

2. Сделать период подготовки докладов, рефератов, курсовых, дипломных работ, диссертаций и научных исследований структурированным и спланированным процессом.

3. Быстро запоминать информацию, используя свойства образной и зрительной памяти.

4. Накапливать идеи для творческой и интеллектуальной деятельности.

5. Провести наглядный сравнительный анализ для принятия взвешенного решения по разрабатываемой теме.

6. Следить за собственными шагами на пути продвижения к намеченной цели, распределять для этого необходимое время и усилия.

Резюмируя вышесказанное, можно сделать вывод о том, что современным педагогам необходимо учитывать особенности феномена «клиповое мышление» при организации образовательного процесса в учебной деятельности студентов, используя наглядные презентации (карты, схемы, образы) с понятными и запоминающимися формулировками.

Литература

1. Ашихмина, Т. В. Методы обучения студентов, обладающих клиповым мышлением / Т. В. Ашихмина // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 17. – С. 706–710.
2. Бьюзен, Т. Интеллект-карты. Практическое руководство / Т. Бьюзен [и др.] – Изд-во: Попурри, 2010 г.
3. Зеленцов, Б. П. О преподавании математики студентам / Б. П. Зеленцов, И. И. Тятенкова И. И. // Непрерывное профессиональное образование: Междунар. сб. науч. ст. / науч. ред. д-р пед. наук, проф. Э. Г. Скибицкий. — Новосибирск: СИФБД. –2007. – С.267–270.
4. Казиник, М. Тайны гениев / М. Казиник – 4-е изд. – М.: Легейн, 2010. – 304 с.
5. Семеновских, Т. В. Психолого-педагогические детерминанты академического мошенничества в исследовательских работах студентов / Т. В. Семеновских // Интернет-журнал «Наукоеведение». – 2013. – №4 (17) [Электронный ресурс]-<http://naukovedenie.ru/PDF/61pvn413.pdf>.

6. Семеновских, Т. В. Феномен «клипового мышления» в образовательной вузовской среде / Т. В. Семеновских // Интернет-журнал «Наукоеведение». – 2014. – №5 (24) [Электронный ресурс]-<http://naukovedenie.ru/PDF/105PVN514.pdf>.

РИСКИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКО НА РАННИХ СРОКАХ

Югина А.А., Пенжоян М.А.,
Новикова В. А.

*ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,
Краснодар, Россия*

Первые сообщения об экстракорпоральной оплодотворении (ЭКО), примененном у человека, были получены в 1976. Первый ребенок после ЭКО родился в 1978 году [7, 8]. Современные репродуктивные технологии всё чаще позволяют решить проблему бесплодия семейным парам с низкими показателями репродуктивного здоровья [2, 3,]. До настоящего времени благодаря ЭКО и его модификациям наступило более 5 миллионов беременностей [6]. Помимо высокого риска развития многоплодной беременности [5], известными особенностями течения беременности признаны: тенденция к невынашиванию; плацентарная недостаточность; многоплодная беременность; повышенный риск ВПР плода; высокий инфекционный индекс [1].

Цель исследования: оценить в I-II триместрах структуру осложнений беременности, наступившей после ЭКО, потребовавшей госпитализации в гинекологическое отделение.

Материал и методы. На клинических базах кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС КубГМУ: в гинекологическом отделении Перинатального центра детской краевой клинической больницы проведено проспективное нерандомизированное когортное исследование, в которое было включено 35 женщин, беременность у которых наступила после ЭКО. Средний возраст женщин составил $32,34 \pm 3,92$ года (24 min – 40 max лет) (рис. 1). На осно-

вании общеклинического, лабораторного и инструментального обследования была проведена структура осложнений беременности у женщин после ЭКО, потребовавшая госпитализации в стационар в I-II триместрах беременности.

Результаты исследования. Отметим, что у 6 (17%) женщин возраст был менее

30 лет, что свидетельствует о значительных нарушениях репродуктивной функции в раннем репродуктивном возрасте. У 19 (54%) возраст был от 30 до 34 лет. В 10 (29%) случаев возраст женщины был 35 лет и старше.

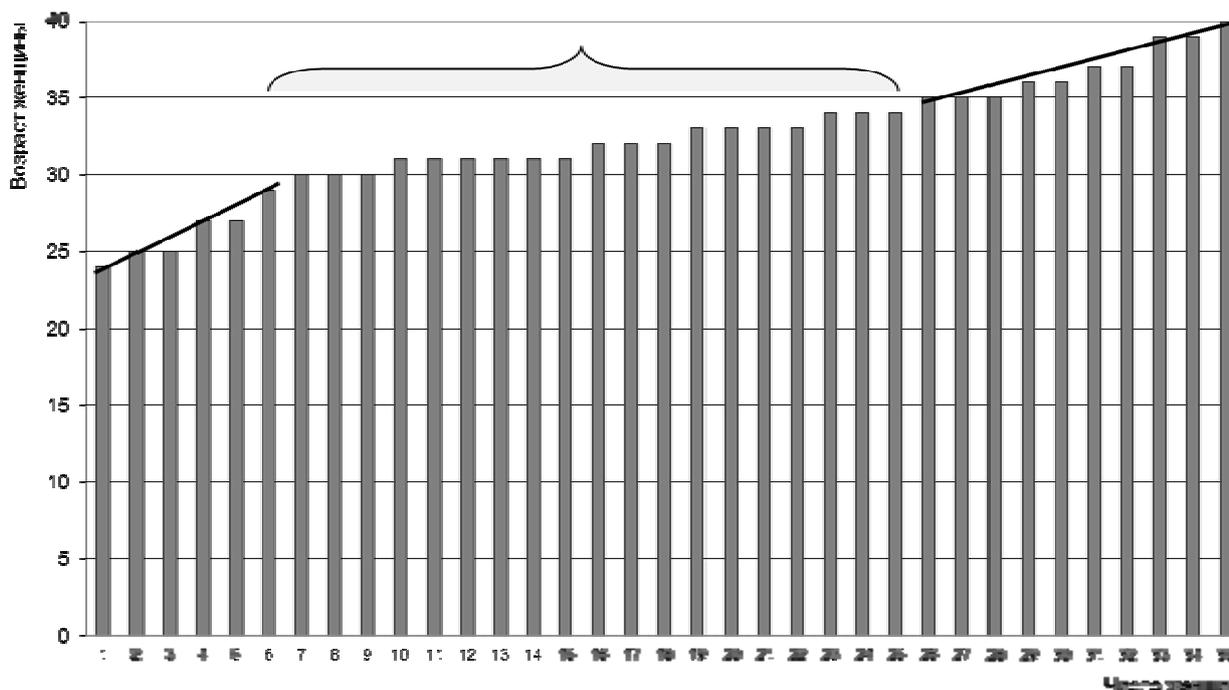


Рисунок 1. Возраст женщин.

20 (57%) женщин страдали первичным бесплодием, у 8 (23%) женщин отмечено самопроизвольное прерывание беременности. Для 69% женщин (n=24) предстояли первые роды, соответственно, повторнородящими были 11 (31%) женщин. При этом количество попыток ЭКО на каждую женщину составило $2,29 \pm 1,76$ (1– 7) (рис. 2). Согласно полученной ме-

дицинской документации выяснилось, что 17 (49%) женщинам было перенесено 2 эмбриона, 3 (9%) – три эмбриона. Однако у 22 (63%) женщин прогрессировала одноплодная беременность. Многоплодной беременностью была у 13 (37%) женщин: у 10 (28%) женщин - двойня, у 3 (8%) - тройня.

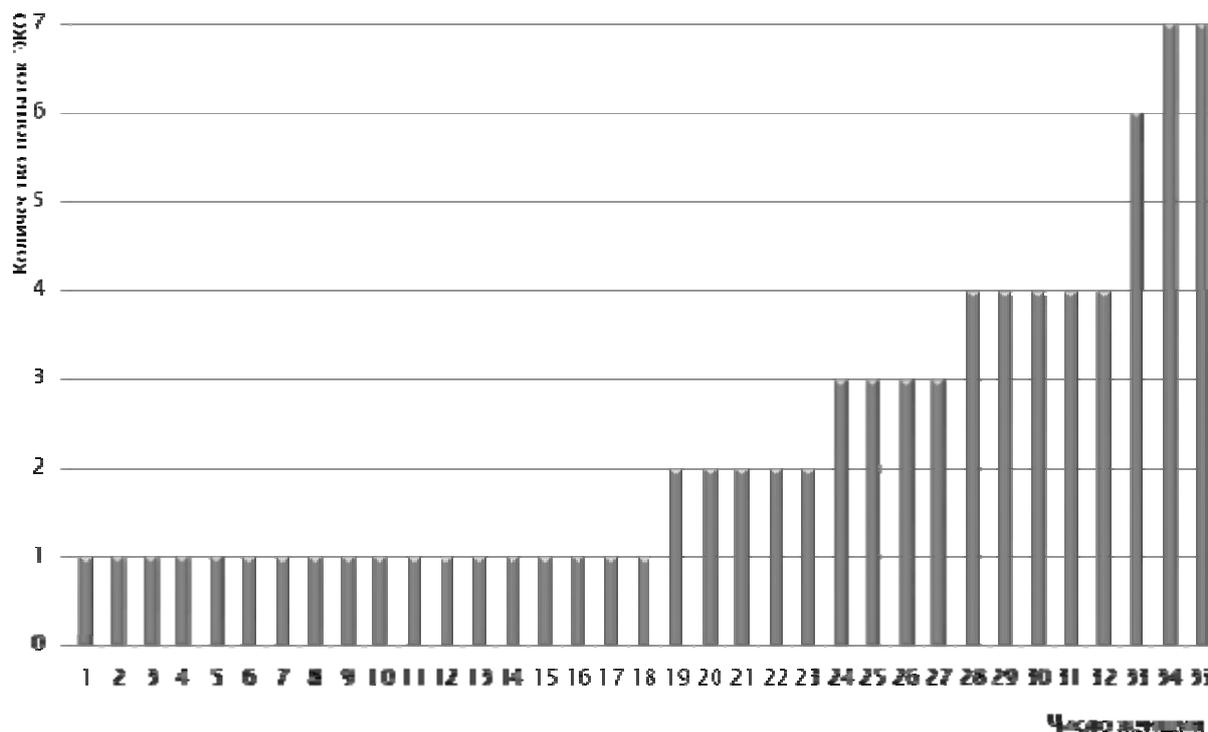


Рисунок 2. Количество попыток ЭКО.

Настоящая беременность характеризовалась осложненным течением, что потребовала госпитализации в стационар. У 13 (37%) женщин госпитализация потребовалась в сроке беременности менее 6 недель. Средний срок беременности составил $7,72 \pm 3,47$ (3-4 min – 18-19 max) недель.

Основными осложнениями беременности явились в 20 (57%) случаев начавшийся самопроизвольный выкидыш, в 15 (43%) угрожающий самопроизвольный выкидыш. У 17 (49%) женщин имелись УЗ-признаки отслойка хориона: у 13 (37%) женщин в срок беременности 5,5 – 9,5 недель имелась ретрохориальная гематома, у 2 (6%) в сроке беременности 5,5 – 12,5 недель – межбололочечная гематома.

Истмико-цервикальная недостаточность осложнила беременность у 10 (29%) женщин. Хирургическая коррекция (наложение швов на шейку матки) была произведена у 2 (6%) женщин, для 8 (23%) женщин применялся разгружающий акушерский пессарий.

Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) осложнил беременность у 8 (23%) женщин в 3,5 – 7,5 недель беременности с легкой тяжестью клинического течения. Только у 6 (17%) женщин СГЯ основывался только на ультразвуковых маркерах.

Обсуждение. В результате полученных данных было установлено, что применение современных методов ЭКО обладают не только высокой эффективностью в плане реализации фертильности женщины. Однако полученные результаты демонстрируют необходимость неоднократного применения вспомогательных репродуктивных технологий (от 1 до 7 процедур ЭКО) для получения беременности, закончившейся родами. В настоящем при наличии многоплодной беременности у 37% женщин, несмотря на угрозу прерывания беременности и СГЯ, ни в одном случае не произошел выкидыш, не диагностирована первичная хроническая плацентарная недостаточность, синдром фето-фетальной гемотрансфузии, ранняя преэклампсия, и беременность была доношена до третьего триместра

беременности. Этот результат имеет принципиальную значимость с той позиции, что с апреля 2012 года в России были введены новые критерии живорождения, соответствующие Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Так, преждевременными считаются роды, произошедшие на сроке от 22 до 37 недель беременности (от 154 до менее 259 дней). Известно, что преждевременные роды (ПР), особенно до 28 недель беременности, сопряжены с крайне высоким риском перинатальной смертности, требуют применения высокотехнологичных мероприятий по выхаживанию недоношенных детей в специализированных отделениях. Недонашивание беременности является основной причиной тяжёлой заболеваемости новорожденного, прогнозируемо по интеллектуальному и эмоциональному дефициту ребенка в будущем.

Действительно, современное акушерство характеризуется двойственностью проблем фертильности: одни женщины в связи с различными социально-экономическими причинами откладывают реализацию фертильности на более поздний срок, другие – имеют выраженные нарушения фертильности в следствии перенесенной генитальной и экстрагенитальной патологии. Применение вспомогательных репродуктивных технологий, в частности ЭКО, сопряжены с потенциальными рисками. Серьезные нарушения регуляции репродуктивной функции, потребовавшие ЭКО, объясняют потенциальный прогноз для нарушений гестации и требуют наблюдения за вынашиванием беременности высококвалифицированными специалистами. Тем более, что причинами осложнений беременности на ранних сроках (в I-II триместрах беременности) могут быть комбинированные факторы (эндокринные, ауто- и аллоиммунные, бактериальные, вирусные и др). Таким образом, успех вынашивания беременности у женщин, профилактики преждевременных родов, тяжелых осложнений гестации заложен не только в успешной концепции (наступлении беременности), но и в своевременной диагностике и лечении гестационных осложне-

ний в I-II триместрах, госпитализации в гинекологическое отделения стационара с высокотехнологическими возможностями.

Внедрение программ по улучшению репродуктивного здоровья населения, обучение студентов медицинских ВУЗов, постдипломная подготовка врачей акушеров-гинекологов современным методам профилактики, диагностики и лечения осложнений гестации, ассоциированных с ЭКО, является залогом улучшения демографических показателей, реализации стратегической концепции ВОЗ по сохранению здоровья населения.

Литература.

1. Айламазян, Э. К. Дискуссионные вопросы преждевременных родов / Э. К. Айламазян, Т. У. Кузьминых // Журнал акушерства и женских болезней. – 2013. – № 4. – С.97-105.
2. Вяликова, Ю. В. Особенности беременности и родов у пациенток после экстракорпорального оплодотворения / Ю. В. Вяликова, А. Я. Алиева, Ю. В. Найко, Т. К. Шинтаев / Bulletin of Medical Internet Conferences. – 2015. – Volume 5. – P. 442.
3. Рудакова, Е. Б. Вспомогательные репродуктивные технологии. Проблемы потерь беременности / Е. Б. Рудакова, И. В. Бесман // Лечащий врач. – 2010. – №3. – С. 46-49.
4. Morin Lucie, Lim Kenneth. Ultrasound in Twin Pregnancies // J Obstet Gynaecol Can. – 2011. – 33(6). – P. 643–656.
5. Ory, SJ. The national epidemic of multiple pregnancy and the contribution of assisted reproductive technology. Fertil Steril 2013; 100:929.
6. Paulson, R. Pregnancy outcome after assisted reproductive technology. Disponível em www.uptodate.com.
7. Steptoe, PC, Edwards RG. Reimplantation of a human embryo with subsequent tubal pregnancy. // Lancet 1976; 1:880.
8. Steptoe, PC., Edwards RG. Birth after the reimplantation of a human embryo. // Lancet 1978; 2:366.