

*А.А. Крент, А.С. Козловский*

**ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ МНОГОПЛОДНЫХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ В  
ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ЗАЧАТИЯ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Р. Л. Коршикова*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г.Минск*

*1-ая городская клиническая больница, г.Минск*

**Резюме.** Статья содержит результаты анализа 80 историй родов женщин с многоплодной беременностью, достигнутой с помощью метода экстракорпорального оплодотворения или в результате самостоятельного зачатия, и 160 историй новорожденных. Проанализирована структура генитальной патологии женщин как основной причины бесплодия, экстрагенитальная патология, а также особенности течения беременностей и исходы родов для новорожденных.

**Ключевые слова:** бесплодие, ЭКО, спонтанные, преэклампсия, гипоксия.

**Resume.** The article contains the results of an analysis of 80 histories of birth of women with multiple pregnancies achieved by in vitro fertilization or as a result of independent conception and 160 newborn histories. The structure of genital pathology of women as the main cause of infertility, extragenital pathology as well as the features of the course of pregnancies and outcomes of labor for newborns are analyzed.

**Keywords:** infertility, ECF, spontaneous, preeclampsia, hypoxia.

**Актуальность.** Частота встречаемости многоплодной беременности ранее определялась зависимостью Хейлина: двойни - 1:100, тройни - 1:1000, четверни – 1:10000 и т.д. Сейчас ситуация изменилась в связи с ростом бесплодия среди супружеских пар (частота бесплодных браков составляет 10-20%, у 1/3 из них лечение остается неэффективным). Более частое обращение к методам вспомогательных репродуктивных технологий обусловило повышение частоты рождаемости двух и более плодов (в случае оплодотворения in vitro составляет 35-40%).

По данным литературы, при многоплодной беременности чаще встречаются основные акушерские осложнения, в значительной степени влияющие на течение и исход беременности и родов. К ним относятся: преждевременные роды; обвитие пуповины; преждевременная отслойка плаценты; внутриутробное инфицирование; гипоксия плода; многоводие. Особенно частыми осложнениями многоплодной беременности являются гипертензия, гестозы, анемия. Самыми существенными факторами перинатальной патологии при многоплодии являются невынашивание беременности, малая масса новорожденных, в 2-5 раз чаще встречаются врожденные пороки развития. Ведущими причинами поздней внутриутробной гибели является синдром фето-фетальной гемотрансфузии, задержка роста плода (плодов) и оболочечное прикрепление пуповины. В родах чаще наблюдаются такие осложнения, как слабость родо-вых сил, раннее и преждевременное излитие околоплодной жидкости одного из плодов. Особенно велика вероятность маточных кровотечений в III периоде родов и в раннем послеродовом, частота которых превышает в несколько раз таковую при одноплодной беременности<sup>[1]</sup>.

**Цель:** Проследить особенности течения беременности и родов у женщин с многоплодной беременностью, наступившей в результате естественного зачатия или ЭКО.

**Задачи:**

1. На основании историй родов проанализировать акушерско-гинекологический статус беременных (возраст, срок и порядок родов, исход предыдущих беременностей).
2. Установить причины и длительность бесплодия, в связи с чем женщины обращались к применению метода ЭКО.

3. Выявить корреляцию между генитальной и экстрагенитальной патологией матери с одной стороны и особенностями течения беременности, возникновением осложнений и исходом родов.

4. Проанализировать морфофункциональные параметры детей (доношенность, пол, рост, вес плода, состояние по шкале Апгар, рН при рождении, сопутствующие патологические состояния) как главный критерий исхода родов.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный статистический анализ 80 историй родов женщин с многоплодной беременностью (двойни), родоразрешенных в роддоме при 1-ой городской клинической больнице г.Минска в период с 2013 по 2015 годы. В зависимости от метода достижения многоплодной беременности женщин разделили на две группы: 1-я группа – 40 (50%) женщин с беременностью, достигнутой методом вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО), 2-я – 40 (50%) женщин со спонтанной беременностью.

#### **Результаты и их обсуждение.**

Среди женщин с беременностью, достигнутой методом ЭКО, старше 30 лет было 75% женщин, все они были возрастными первородящими, 15% из них старше 35 лет. Средний возраст матерей – 31,35 лет (женщины от 25 до 38 лет). В группе женщин со спонтанной беременностью старше 30 лет было 55% женщин, из них старше 35 лет - 15%. Доля возрастных первородящих составила 15%. Средний возраст матерей – 29,85 лет (женщины от 22 до 37 лет).

При анализе паритета родов выявлено, что у 95% женщин с беременностью после ЭКО ожидаются первые роды, у 5% - вторые. Среди женщин со спонтанной беременностью первые роды – у 40%, вторые – у 45%, третьи – у 10% и четвертые – у 5% женщин.

Согласно имеющимся данным, длительность бесплодного периода у 45% женщин из группы «ЭКО» составила 5 и более лет. Таким образом, к моменту использования вспомогательных репродуктивных технологий и наступления беременности они уже оказывались возрастными первородящими. В структуре причин бесплодия у этих женщин миома матки составляет 20%, патология маточных труб - спаечная болезнь и хронический аднексит – по 15%, с одинаковой частотой встречаются кольпит, эндометриоз, эрозии шейки матки, наследственная тромбофилия, мужской фактор бесплодия (по 10%).

Различается и акушерский анамнез женщин из двух групп.

**Таблица 1.** Исходы предыдущих беременностей.

	ЭКО		Спонтанные	
	Абс.	%	Абс.	%
Настоящая беременность первая	22	<b>55</b>	12	<b>30</b>
Роды	2	<b>5</b>	24	<b>60</b>
Выкидыш	8	<b>20</b>	6	<b>15</b>
Медицинский аборт и вакуум-аспирация	8	<b>20</b>	6	<b>15</b>
Неудачное ЭКО	4	<b>10</b>	-	-
Внематочная беременность	2	<b>5</b>	-	-

Таким образом, нетрудно сделать вывод, что в первой группе низкая доля благополучных родов, высокая доля первобеременных, большая частота осложнений и неблагоприятных исходов беременностей – осложненный акушерско-гинекологический анамнез. Во второй группе более благоприятная картина исходов предыдущих беременностей, частота выкидышей и аборт меньше.

В структуре экстрагенитальной патологии матерей с беременностью после ЭКО 1-ое место занимает миопия (45%), 2-ое – болезни ЛОР-органов (45%, из них хронические тонзиллиты – 15%), на 3-ем месте – болезни гепатобилиарной системы и системы крови (по 30%). Среди женщин со спонтанной двойней у 50% имеется патология сердечно-сосудистой системы, у 45% - болезни ЛОР-органов (хронические тонзиллиты – 15%), у 40% - заболевания мочевыделительной системы.

При анализе структуры генитальной патологии женщин из сравниваемых групп также было выявлено различие.

**Таблица 2.** Генитальная патология матери.

	ЭКО		Спонтанные	
	Абс.	%	Абс.	%
Аднексит	12	<b>30</b>	-	-
Кольпит	10	<b>25</b>	20	<b>50</b>
Миома	8	<b>20</b>	-	-
Эндометриоз	6	<b>15</b>	-	-
ЭШМ	4	<b>10</b>	16	<b>40</b>
Сальпингит	4	<b>10</b>	-	-
Спаечная болезнь	4	<b>10</b>	-	-
Кисты яичников	2	<b>5</b>	6	<b>15</b>
Уреаплазмоз	-	-	4	<b>10</b>
Другое (водянка, двурогая матка, ВПЧ-16, гарднереллез, пластика маточных труб, НМЦ, папилломатоз вульвы, кандидоз, полип эндометрия, рубцовая деформация шейки матки)	22	<b>2,5% (каждое)</b>	12	<b>2,5% (каждое)</b>

Таким образом, спектр заболеваний мочеполовой системы шире в группе «ЭКО», у большинства преобладают аднексит, кольпит, миома матки, эндометриоз и прочие нозологии, которые являются более частой причиной длительного бесплодия и невынашивания беременности.

В течение беременности у 70% женщин после ЭКО развивалась преэклампсия, у 55% - анемия. Следует отметить, что у 25% женщин из этой группы наблюдалась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, у 15% беременность осложнялась кровотечениями. У женщин со спонтанной беременностью среди всех осложнений на 1-ом месте - анемия и угроза прерывания беременности (по 70%), на 2-ом месте – кольпит (60%), на 3-ем месте – угроза преждевременных родов.

В обеих группах в 85% положение плодов продольное, в 15% - поперечное одного из плодов. При этом в группе «Спонтанные» больше доля детей, находившихся

к моменту родов в тазовом предлежании. Доля дихориальных диамнионических и монохориальных диамнионических двоен в обеих группах приблизительно одинакова.

Доля преждевременных родов и переносенных беременностей в группе «Спонтанные» в 2 раза ниже, чем в группе «ЭКО». Доношенными в группе «Спонтанные» родились 80% детей, в группе «ЭКО» - 55%. К операции кесарева сечения в группе «ЭКО» прибегали в 95% случаев (экстренных операций 40%), в группе «Спонтанные» - в 85% (экстренных операций 25%). Таким образом, доля самостоятельных родов в группах составляет 5% и 15% соответственно. Объем кровопотери при родах *per vias naturalis* меньше допустимой для женщин нормы в обеих группах.

В обеих группах 82,5% детей родились массой менее 3кг. Средний рост выше в группе «Спонтанные» (47см и 48,4см соответственно). В группе «ЭКО» мальчиков родилось 46, девочек – 34, в группе «Спонтанные» - 48 и 32 соответственно.

В группе «ЭКО» 70% детей родились с оценкой 8/8 по шкале Апгар, 30% – меньше 8/8, 15% из них нуждались в переводе на ИВЛ. У 50% детей отмечалась морфофункциональная незрелость. Дыхательная недостаточность преимущественно II степени развилась у 40% детей, причем РДС-синдром – 27,5%, 25% детей родились в асфиксии. Риск внутриутробной инфекции и патологии ЦНС – у 47,5% детей. В группе «Спонтанные» 87,5% детей оценены на 8/8 по шкале Апгар, дыхательная недостаточность 0-I развилась у 55% детей, однако РДС-синдром наблюдался у 17,5%, а в асфиксии родилось 15% детей. Значительно чаще (в 77,5%) возникал риск внутриутробной инфекции и патологии ЦНС. Морфофункционально незрелыми родились 50% детей.

#### **Выводы:**

1 Среди женщин с многоплодной беременностью, достигнутой методом ЭКО, 95% были первородящими, 75% из них – возрастные, что объясняется установлением диагноза бесплодие позже 5 лет. В группе женщин со спонтанной беременностью первородящими были 40%, из них возрастные – 15%.

2 Течение многоплодной беременности, достигнутой методом ЭКО, осложняется преэклампсией в 70% случаев, в группе женщин со спонтанной беременностью - в 40% (для сравнения, при самостоятельной одноплодной беременности преэклампсия встречается в 5%).

3 В группе женщин с беременностью после ЭКО частота переносенных беременностей и преждевременных родов в 2 раза выше, чем в группе со спонтанной беременностью.

4 Женщин с многоплодной беременностью, достигнутой методом ЭКО, родоразрешали с помощью операции кесарева сечения в 95% (экстренная операция - в 40%), женщин со спонтанной беременностью – в 85% (экстренные операции – в 25% случаев). Объем кровопотери при родах через естественные родовые пути в обеих группах не превышает допустимую норму.

5 В обеих группах женщин в 50% встречается морфофункциональная незрелость детей и повышен риск внутриутробной инфекции. Дети, рожденные у женщин после применения метода ЭКО, в 1,5 раза чаще находятся в асфиксии и в 15% нуждаются в переводе на ИВЛ.

*A.A.Krent, A.S.Kozlovskii*

**PERINATAL OUTCOMES OF MULTIFOETUS PREGNANCIES DEPENDING  
ON THE METHOD OF CONCEPTION**

*Tutor: MD, PhD, Associate Professor R.L.Korshikova*

*Department of Obstetrics and Gynecology*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

*1<sup>st</sup> city clinical hospital, Minsk*

**Литература**

1. Дуда, В. И. Акушерство: учеб. / В. И. Дуда. – Минск: РИПО, 2013. - 576 с.
2. Айламазян Э. К. Акушерство: Учебник для медицинских вузов. 4-е изд., доп./Э. К. Айламазян. - СПб.: СпецЛит, 2003. - 528 с: ил.
3. Акушерство: Учебник/ Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков [и др.]; Под ред. Г.М.Савельевой. — М.: Медицина, 2000. — 816 с: ил. (Учеб. лит. для студентов медицинских вузов).