

*А. Н. Воробей*

## **ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Научный руководитель канд. мед. наук, доц. О. С. Лобачевская*

*Кафедра акушерства и гинекологии,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

***Резюме.** В последние годы отмечен рост числа многоплодных беременностей, в связи с распространением вспомогательных репродуктивных технологий. Организм женщины создан для вынашивания одного плода, поэтому из-за большой вероятности осложнений многоплодная беременность представляет повышенный риск как для матери, так и для плодов. Данный вид беременности заслуживает определенного алгоритма ведения и выхаживания близнецов.*

***Ключевые слова:** многоплодная беременность, близнецы, преждевременные роды, недоношенность.*

***Resume.** In recent years there has been growth in the number of multiple births, due to the spread of assisted reproductive technologies. Evolutionary woman's body is designed for carrying a single fetus, therefore, because of the high probability of complications of multiple pregnancy is increased risk for*

*both mother and fetus. Thus this type of pregnancy deserves an algorithm reference and nursing twins.*

**Keywords:** *multiple pregnancy, twins, premature births, prematurity.*

**Актуальность.** Развитие репродуктивных технологий привели к увеличению рождения детей от многоплодной беременности. По данным разных авторов частота многоплодной беременности колеблется в пределах 1.4% - 2.8%. По данным статистического отчета в городе Минске количество многоплодных беременностей за 10 лет увеличилось в 2 раза (2005год – 180, 2015 -370). Многоплодная беременность и роды при ней сопровождаются высокой частотой осложнений. Важно и что дети от данного вида беременности занимают особое место среди новорожденных. У них наблюдается более высокая частота неонатальной заболеваемости и смертности, нарушение процессов адаптации и поражение ЦНС.

**Цель:** изучить особенности течения многоплодной беременности, родов и раннего неонатального периода у рожденных детей.

**Задачи:**

1. Дать клиническую характеристику женщин с многоплодной беременностью.

2. Изучить особенности течения беременности и родов у женщин с многоплодием в сравнении с одноплодной беременностью.

3. Оценить исходы многоплодной беременности для плода и новорожденного.

**Материал и методы.** В ходе исследования проведен ретроспективный анализ 30 историй родов женщин с многоплодной беременностью (двойни), которые были родоразрешены в родильном доме УЗ «6 ГКБ» г. Минска в 2014 году. Группу контроля составили 30 пациенток, родивших доношенных плодов при одноплодной беременности.

**Результаты и их обсуждение.** В ходе научного исследования было установлено, что индуцированной многоплодная беременность была в 30% случаев, в частности с применением метода ЭКО; спонтанной в 70%, из них наследственный фактор имели 60% женщин.

Наиболее благоприятно беременность и роды протекали у женщин с самопроизвольно наступившей многоплодной беременностью с дихориальным диамниотическим типом плацентации (86,6%). Группу риска по развитию осложнений составляют беременные с монохориальным типом плацентации, составляющие 13,3 %.

Среди экстрагенитальной патологии выявлен высокий удельный вес миопии различной степени тяжести, пиелонефрита, синдрома гиперкоагуляции, перенесенных бактериальных и вирусных инфекций (таблица 1.).

**Таблица 1.** Структура выявленной экстрагенитальной патологии

Заболевание	Женщины основной группы	Женщины группы контроля
Миопия	33,3 %	23,3 %
Синдром гиперкоагуляции	20 %	Патологии не выявлено

Носители вирусных и бактериальных инфекций (ВПГ, токсоплазма, уреоплазма, ЦМВ, вирус Эпштейна-Барр)	26,6 %	13,3 %
Микроаденома гипофиза	6,6 %	Патологии не выявлено

При анализе особенностей течения беременности установлено, что пациентки с многоплодной беременностью наблюдались в группе высокого риска по невынашиванию. Угроза прерывания беременности возникает в 4,1 раза чаще, чем с одноплодной (83,3 % и 20 %), в 1,9 раз у них чаще возникает железодефицитная анемия, чем у женщин с одноплодной беременностью (70% и 36,6 % соответственно), поздний гестоз в 2 раза чаще (13,3% и 6,6%), ХФПН наблюдается у 16,6 % (7 % в группе контроля).

При анализе исходов родов установлено, что у пациенток с многоплодной беременностью преждевременные роды имели место в 18 случаях, что в 3 раза выше чем у женщин с одноплодной беременностью (60% и 20% соответственно).

Предлежание первого плода в большинстве случаев было головным (66,6%), тазовое наблюдалось в 33,3%, из них 60 %-ягодичное и 40 %-ножное; продольное положение наблюдалось в 34% случаев, поперечное у 53 % женщин и косое в 13%.

В группе контроля процент головного предлежания составил 86,6 %, тазового- 13,4 %. Продольное положение -82 %, поперечное-18 %.

Основными осложнениями в родах и раннем послеродовом периоде были преждевременное излитие вод -17 %, угрожающая внутриматочная гипоксия плода-7 %, слабость родовой деятельности-7 %, гипотоническое кровотечение после родов – 1 пациентка (3 %).

Через естественные родовые пути были родоразрешены 27 % женщин, путем операции КС- 73,3 %: из них плановое- 72,7 %, экстренное- 27,2 %.

Показаниями к операции кесарева сечения при многоплодной беременности явились тазовое предлежание первого плода, монохориальный тип плацентации, сочетанные показания (возраст, ОАА, неготовность родовых путей), преждевременные роды при неготовности родовых путей, угрожающая внутриматочная гипоксия плода.

Амниотомия в родах была проведенная в 17 % случаев.

При анализе оценки новорожденных из **60** рожденных детей **36** родились недоношенными, что составило **60 %**. В группе контроля процент недоношенных детей- **26,6** .

Анализ антропометрических показателей показал, что дети от многоплодной беременности имели более низкие средние массы соответственно сроку гестации в сравнении с группой контроля.

По шкале Апгар в асфиксии легкой степени родилось 13,2 %, средней степени – 4,8% . В группе контроля асфиксия встречалась реже, соответственно 10 и 3 %.

Состояние 8,3 % рожденных детей было тяжелым и на 5 минуте жизни они были переведены на ИВЛ.

46,6 %- процент детей, состояние которых потребовало перевода на второй этап выхаживания в условиях ОАиР.

53,3 % новорожденных в удовлетворительном состоянии были выписаны домой.

#### **Выводы:**

1. Многоплодная беременность и роды относятся к патологическим в связи с высокой частотой осложнений как для матери так и для плода.

2. Наиболее частыми осложнениями во время беременности являются невынашивание беременности, анемия, гестозы, что требует наблюдения данных пациентов в группе высокого риска по перинатальным потерям и материнской смертности.

3. Наиболее благоприятно беременность и роды протекают у женщин с самопроизвольно наступившей многоплодной беременностью с дихориальным типом плацентации. Беременные же после ЭКО и с монохориальным типом плацентации имеют более высокий уровень акушерской патологии.

4. Женщины с многоплодной беременностью входят в группу высокого риска по внутриутробной задержке развития плодов, которая у них происходит почти в 4 раза чаще, чем у женщин с одноплодной беременностью (13,3% и 3,3%, соответственно), что в дальнейшем осложняет течение периода новорожденности.

5. У близнецов ранний неонатальный период имеет осложненное течение.

Часто регистрируются такие осложнения как: перинатальное поражение ЦНС (83.79%), РДС (20%).

*A. N. Vorobei*

### **THE COURSE AND OUTCOME OF LABOR IN MULTIPLE PREGNANCIES**

*Tutor PhD, associate professor O. S. Lobachevskaya*

*Department of Obstetrics and Gynecology,*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

#### **Литература**

1. Коротеев А.Л., Михайлов А.В., Константинова Н.Н. / Современное представление о тактике ведения многоплодной беременности на ранних сроках // Журнал акушерства и женских болезней. - 2001.- №2. – С. 27-30.

2.Макарова Е.К., Гудимова В.В., Глинягая С.В. / Исходы многоплодной беременности для плода и новорожденного // Рос. Вестник акушера - гинеколога. – 2001.- № 1.- с. 46-49.

3.Многоплодная беременность. Метод. Рекомендации / Подгот. Л.П. Василевской, М.А. Фукс, Чернухой Е.А. М.- 1987.- 21 с.

4.Сидельникова В.М. Акушерская тактика ведения преждевременных родов // Акуш. и гинек. 2000.- № 4. – С. 8-12.

5.Федорова М.В., Смирнова В.С. Современное представление о многоплодной беременности // Вестн. Рос. Ассоц. Акуш.-гинек. 1998.- № 2.- 38-45.

70-я Международная научно-практическая конференция студентов и молодых учёных  
"Актуальные проблемы современной медицины и фармации - 2016"

---

6.Фролова О.Г., Глиняная С.В., Ильичева И.А., Макарова Е.Е., Пугачева Т.Н. Многоплодная беременность: вопросы методологии и эпидемиологии // Акуш. и гинек. 2001.- № 2.- С.3-5.

7.Фукс М.А., Маркин Л.Б. Многоплодная беременность.- Киев, 1990.