

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДИИ

З.З. Исакова, Т.Х. Тепеева, М.М. Омурбекова

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра акушерства и гинекологии №1
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе представлен ретроспективный анализ историй родов женщин с многоплодной беременностью, в т.ч. с экстракорпоральным оплодотворением, госпитализированных на родоразрешение в Городской Перинатальный Центр (ГПЦ) в период с января по декабрь 2017 года. Изучены частота, особенности клинического течения беременности, родов и послеродового периода у пациенток с многоплодием. В ходе исследования проведен анализ литературных данных. Была проведена оценка показаний и противопоказаний для выбора оптимального метода родоразрешения путем кесарева сечения или родов через естественные родовые пути.

Ключевые слова: многоплодная беременность, экстракорпоральное оплодотворение, самостоятельные роды, кесарево сечение

**КӨП БАЛА БОЙГО БҮТКӨН КОШ БОЙЛУУЛУКТУН ЖАНА
ТӨРӨТТҮН ЖҮРҮШҮНҮН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

З.З. Исакова, Т.Х. Тепеева, М.М. Омурбекова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
№1 акушердик жана гинекология кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул иште 2017-жылдын январь айынан тартып декабрь айына чейин Шаардык Перинаталдык Борборго (ШПБ) төрөткө жаткырылган көп бала бойго бүткөн аялдардын төрөт баянына ретроспективдүү талдоо берилген. Көп бала бойго бүткөн кош бойлуулуктун жыштыгы, кош бойлуулуктун клиникалык жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү, төрөт жана төрөттөн кийинки мезгили иликтенди. Изилдөөнүн жүрүшүндө адабияттык маалыматтарга талдоо жүргүзүлдү. Төрөтүүнүн кесарча кесүү же табигый төрөт жолдору аркылуу төрөтүүнүн оптималдуу усулун тандоо үчүн көрсөтмөлөргө жана каршы көрсөтмөлөргө баалоо жүргүзүлдү.

Негизги сөздөр: көп бала бойго бүткөн кош бойлуулук, экстракорпоралдык бойго бүтүрүү, өз алдынча төрөтүү, кесарча кесүү.

SPECIAL ASPECTS OF MULTIPLE PREGNANCY COURSE AND BIRTH DELIVERY

Z.Z. Isakova, T.H. Teppeeva, M. M. Omurbekova

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Obstetrics and Gynecology #1
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: This work represents a post-hoc analysis of labor and delivery records of women with multiple pregnancy, who have been admitted for delivery to the City perinatal center (CPC) from January to December 2017.

The survey included analysis of frequency, special aspects of the course of multiple pregnancies and confinement period. The study also examined the literature reports. Indications and contraindications for defining the ideal mode of deliveries through cesarean operation or vaginal delivery have been evaluated.

Key words: multiple pregnancy, extracorporal fertilization, vaginal delivery, cesarean operation.

Введение. Актуальность проблемы многоплодной беременности заключается в значительном числе осложнений во время беременности, родов и послеродового периода, повышении удельного веса кесарева сечения, высоком уровне антенатальных потерь в различные гестационные сроки [1].

Частота встречаемости многоплодной беременности в большинстве европейских стран колеблется от 0,7 до 1,5% [2]. Широкое внедрение вспомогательных репродуктивных технологий привело к изменению соотношения спонтанной 70% и индуцированной 30% многоплодной беременности в 80-е годы, против 50% и 50% соответственно в конце 90-х годов [3].

К основным факторам, способствующим развитию многоплодной беременности, относят: возраст матери старше 30-35 лет, наследственный фактор (по материнской линии), высокий паритет, наступление беременности сразу после прекращения использования оральных контрацептивов, на фоне использования средств для стимуляции овуляции, при экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО) [4].

Пациентки с многоплодной беременностью остаются в группе высокого риска перинатальных осложнений. Даже при современном развитии медицины перинатальная смертность при беременности двойней в 5 раз выше, чем при одноплодной беременности, внутриутробная гибель плода выше в 4 раза, неонатальная – в 6 раз, перинатальная – в 10 раз. Уровень ante- и интранатальных осложнений со стороны матери в 2-10 раз превышает таковой у пациенток с одноплодной беременностью [5].

Течение беременности при многоплодии часто осложняется преэклампсией, неправильным положением плода, преждевременным разрывом плодных оболочек, преждевременными родами, дистрессом плода, аномалиями родовых сил, гипо- и атоническими кровотечениями [6].

Цель исследования состояла в изучении характера и частоты развития акушерских и антенатальных осложнений у женщин с многоплодной беременностью, особенно после экстракорпорального оплодотворения.

Материал и методы

Данное исследование проводилось на базе Городского Перинатального Центра г.Бишкек в период с января по декабрь 2017 года. Нами проанализировано 96 историй родов женщин с многоплодной беременностью. в том числе после ЭКО.

Нами изучены общий, соматический, акушерско-гинекологический анамнезы, течение беременности, родов, послеродового периода и состояние плодов при многоплодии. Проведены клинические, лабораторные и статистические методы исследования, а также отдельно рассматривался вопрос срока и метода родоразрешения. Статистическая обработка выполнялась статистической программой SPSS версия 20.

Результаты и обсуждение

За 2017 в ГПЦ было проведено 9284 родов, из них путем операции кесарева сечения родоразрешены 1377 женщин, что составило 14,8% от общего количества родов. У 130 женщин диагностирована многоплодная беременность – 1,4%.

По возрастным категориям исследуемые разделились следующим образом: в возрасте до 20 лет было 3 (3,12%) женщины, 21-25 лет – 23 (23,95%), 26-30 лет – 29 (30,20%), 31-35 лет – 24 (25%), 36-40 лет – 15 (15,62%), старше 41 года – 2 (2,08%). Таким образом, многоплодная беременность встречалась чаще в возрастной группе 21-35 лет (Рис. 1).

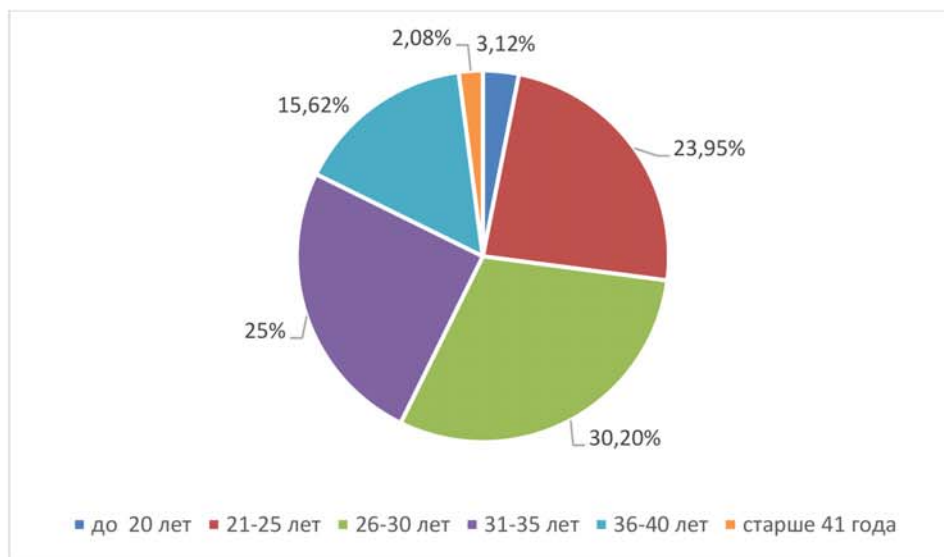


Рис. 1. Распределение женщин по возрастным категориям.

Различная экстрагенитальная патология выявлена у 88 пациенток (91,6%), из них у 50 (52,07%) женщин – анемия, у 23 (30,7%) – заболевания

сердечно-сосудистой системы, варикозное расширение вен нижних конечностей у 8 (8,33%) пациенток, у 6 (6,25%) патология мочевыделитель-

ных путей, у 5 (5,2%) – патология легких и верхних дыхательных путей, у 5 (5,2%) – патология желудочно-кишечного тракта, у 4 (4,16%) – патология зрения, у 2 (2,08%) – патология эндокринной системы

Все выявленные заболевания были в стадии компенсации и не приводили к существенному изменению общего состояния беременных.

При изучении акушерского анамнеза среди 96 женщин с многоплодием выявлено, что у 14 (14,58%) обследованных эта беременность была первой. Более 7 беременностей имели 11 (11,45%) пациенток.

У 17 женщин (17,7%) в анамнезе были самопроизвольные выкидыши.

Искусственные прерывания беременности выполнялись 29 (30,2%) пациенткам. Кесарево сечение в анамнезе встречалось у 16 пациенток (16,6%).

Оперативное родоразрешение проводилось 10 женщинам однократно, 4 пациенткам дважды, у 2 женщин – операция кесарево сечение проводилась трижды.

Из гинекологического анамнеза отмечено, что менархе в возрасте 10-12 лет наступило у 6 (6,25%) пациенток, в 13-15 лет – у 65 (67,7%), в

16-18 лет первая менструация наступила у 25 женщин (26,04%).

Из гинекологических заболеваний у двух пациенток (2,08%) – эрозия шейки матки, у 2 (2,08%) – миома, двусторонний сальпингоофорит у 1 пациентки.

Течение настоящей беременности. Из 96 обследованных женщин с многоплодной беременностью – в 94 (95,9%) случаях отмечалась двойня, и в 2 случаях (2,08%) тройня. Из анамнеза выяснено, что многоплодная беременность у 89 (92,7%) женщин наступила спонтанно. В 7 случаях (7,29%) беременность наступила в результате вспомогательных репродуктивных технологий путем экстракорпорального оплодотворения.

Первый триместр у 46% женщин протекал на фоне ранних гестозов.

Наиболее частыми осложнениями во время третьего триместра беременности были (Рис. 2):

- угроза прерывания беременности – 7 (6,72%);
- гестационные отеки без протеинурии 16 (16,66%);
- анемия – 42 (43,75%);
- гестационная гипертензия – 10 (10,04%);
- преэклампсия легкой степени – 10 (10,04%);
- преэклампсия тяжелой степени – 6 (6,25%).

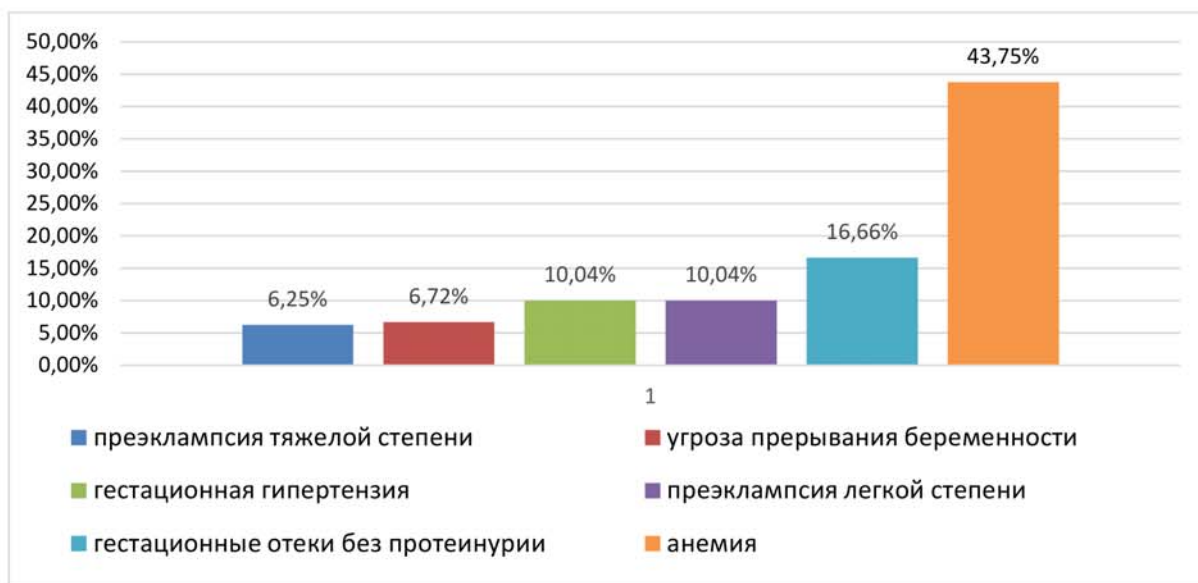


Рис. 2. Осложнения, возникшие в III триместре беременности.

Своевременные роды произошли у 49 (48,9%) беременных; из них на сроке 37-38 нед – у 22 (22,91%), 39-40 нед – у 27 (28,125%). Преждевременные роды 47 (48,95%) женщин: на сроках 22-

27 нед – 2 (2,83%), 28-31 нед – 9 (9,37%), 32-34 нед – 16 (16,66%), 35-36 нед – 20 (2,83%) (Табл. 1).

Сроки родоразрешения беременных с многоплодием

| Срок беременности | Число случаев | Процентное соотношение % |
|-------------------|---------------|--------------------------|
| 39-40 | 49 | 48,9 |
| 38-39 | 22 | 22,91 |
| 35-36 | 20 | 20,83 |
| 32-34 | 16 | 16,66% |
| 28-31 | 9 | 9,37% |
| 22-27 | 2 | 2,83% |

Роды через естественные родовые пути произошли у 55 женщин (57,2%). Показанием для самостоятельных родов послужили: активная родовая деятельность, головное предлежание обоих плодов, готовность родовых путей, соответствие размеров головки плода размерам таза. Травмы мягких тканей родовых путей отмечались у 7 (7,29%) пациенток.

Послеродовый период у 45 пациенток после самостоятельных родов протекал без осложнений.

В 10 случаях ранний послеродовый период осложнился гипотоническим кровотечением от 500 до 750 мл у 6 (6,25%) женщин, свыше 750 мл – у 4 (4,1%) женщин. С целью остановки кровотечения в 3 (3,12%) случаях прибегли к хирургическому гемостазу путем перевязки маточных сосудов. В остальных случаях кровотечение остановлено консервативно путем инфузии утеротонических средств.

В 41 (42,7%) случае женщинам была проведена операция кесарева сечения. Показанием для оперативного родоразрешения послужили слабость родовой деятельности – у 8 (8,33%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – у 4 (4,16), 2 и более рубцов на матке после кесарева сечения - 17 (17,7%), гипертензивные нарушения в третьем триместре - 20

(20,83%), поперечное положение плода – 12 (2,5%) миопия высокой степени – 4 (4,16) экстракорпоральное оплодотворение – 7 (7,29%), дородовое излитие околоплодных вод – у 31 пациентки (32,29%).

В 33 (34,37%) случаях операция кесарева сечения протекала без особенностей.

У 8 (8,33%) пациенток кровопотеря составила от 750 до 1000 мл. С целью остановки кровотечения была произведена двусторонняя перевязка маточных артерий и наложены компрессионные швы по Б. Линчу в 7 случаях (7,29%), гемостатические швы наложены одной (1,04%) пациентке. В остальных случаях кровотечение было остановлено консервативно, с использованием утеротонических средств и введением гемостатиков.

Всего у 96 пациенток родилось 194 детей: недоношенных – 122 (62,88%), доношенных – 72 (37,11%). Из них мальчиков – 113 (58,24%), девочек – 81 (41,75%); живорожденных – 189 (97,42%), мертворожденных – 5 (2,57%).

Массу тела при рождении до 999 г имели 3 (1,55%) плодов, 1000-1499 г – 7 (3,61%), 1500-1999 г – 29 (14,95%), 2000-2499 г – 53 (27,32%), 2500-2999 г – 60 (30,93%), 3000-3499 г – 29 (14,95%), более 3500 г – 13 (6,7%) детей (Рис. 3.).

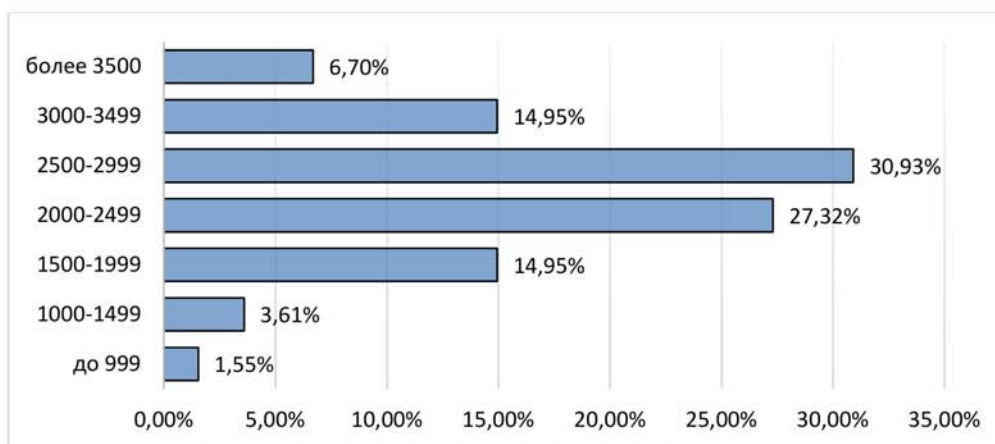


Рис. 3. Показатели массы тела детей при рождении у женщин с многоплодной беременностью.

Выводы:

1. За 2017 в Городском Перинатальном Центре г. Бишкек было зарегистрировано 9284 родов, среди которых в 1,4% случаев было диагностировано многоплодие
2. Из 96 обследованных пациенток в 7 (7,29%) случаях беременность наступила в результате вспомогательных репродуктивных технологий – путем экстракорпорального оплодотворения.
3. Из числа обследованных женщин самостоятельные роды произошли в 55 случаях, путем операции кесарева сечения родоразрешена 41 пациентка.
4. Беременность и роды у женщин с многоплодием протекают с многочисленными осложнениями, такими как гипотоническое кровотечение, и сопровождаются частыми акушерскими вмешательствами.
5. Многоплодная беременность является фактором высокого риска по развитию поздних гипертензивных нарушений, анемии, неправильному положению плода, ранних гипо- и атонических кровотечений в послеродовом периоде.

Литература

1. *Акушерство: национальное руководство: Медицинская литература* / [Э. К. Айламазян и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1200 с.
2. *Клинические протоколы по акушерству-гинекологии для первичного, вторичного и третичного уровней здравоохранения. Сборник №3.* – Бишкек: Медицинская литература, 2015.
3. *Егорова, А.Т. Комплексная оценка социального, репродуктивного и соматического анамнезов беременных при индуцированном многоплодии* / А.Т. Егорова // *Российский вестник акушера-гинеколога.* - 2014. - №4. - С. 69-73.
4. *Киселевич, М.Ф. Течение беременности и родов при многоплодии* / М.Ф. Киселевич, В.М. Киселевич // *Научные ведомости БелГУ. Серия Медицина. Фармация.* - 2010. - №10. - С. 56-59.
5. *Цивцивадзе, Е.Б. Многоплодная беременность: современный взгляд на проблему ведения беременности и родов. Обзор литературы* / Е.Б. Цивцивадзе, С.В. Новикова // *РМЖ.* - 2014. - №1. - С. 16-22.
6. *Khodzhaeva, Z. Experience with cervical cerclage in multiple pregnancies* / Z. Khodzhaeva, G. Sukhikh // *J. Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.* - 2009. - Vol. №3. - P. 21.