

# Порівняльні аспекти перебігу вагітності та пологів при багатоплідній вагітності та різному репродуктивному анамнезі

**О.В. Мельник**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

**Мета дослідження:** вивчення порівняльних клінічних аспектів перебігу вагітності і пологів при багатоплідній вагітності і різному репродуктивному анамнезі.

**Матеріали та методи.** Дослідження ґрунтується на аналізі результатів вагітності у 100 жінок з багатоплідною вагітністю, яка настала природним шляхом (50 жінок – контрольна група) і після різних методів допоміжних репродуктивних технологій (50 жінок – основна група), 50 жінок з одноплідною вагітністю, яка настала природним шляхом, склали групу порівняння.

**Результати.** Результати проведених досліджень свідчать, що клінічний перебіг вагітності і пологів при багатоплідній вагітності залежить від репродуктивного анамнезу жінок – природним чином або з використанням допоміжних репродуктивних технологій. У останньому випадку має місце вища частота всіх акушерських ускладнень – загрози переривання, пре-еклампсії і плацентарної дисфункції. За нашими даними, це пов'язано з наявністю обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу у цих пацієнток, особливо з наявністю високої частоти штучного і мимовільного переривання вагітності в ранні терміни, гінекологічна захворюваність з оперативними методами лікування, соматична захворюваність ендокринного генезу.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про необхідність розробки і впровадження диференційованого підходу при веденні багатоплідної вагітності з урахуванням репродуктивного анамнезу. Це дозволить, на нашу думку, знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень у жінок групи високого ризику.

**Ключові слова:** багатоплідна вагітність, репродуктивний анамнез, вагітність, пологи.

У більшості європейських країн протягом останніх років частота багатоплідних пологів коливається в межах 11–14 на 1000 [1, 2]. І хоча в абсолютних числах це значення не дуже велике, діти від багатоплідних пологів складають більшість серед тих, які потребують інтенсивної терапії в неонатальний період і мають неврологічні відхилення різного ступеня вираженості надалі. Перинатальна смертність при багатоплідді більш ніж у 6 разів перевищує таку при одноплідній вагітності [3–6]. Важкі неврологічні відхилення у віці 1 року мають від 10% до 25% близнят [7, 8]. На думку більшості дослідників, основною причиною перинатальних втрат при багатоплідді є глибока недоношеність і низькі вагово-зростові показники при народженні, причому недоношеність серед причин посідає перше місце [9–12].

Незважаючи на високий інтерес сучасних дослідників до багатоплідної вагітності, не можна вважати всі питання даної проблеми повністю вивченими, особливо в аспекті клінічної оцінки перебігу вагітності та пологів у жінок з різним репродуктивним анамнезом – вагітність настала самостійно або після допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

**Мета дослідження:** вивчення порівняльних клінічних аспектів перебігу вагітності та пологів при багатоплідній вагітності та різному репродуктивному анамнезі.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження ґрунтується на аналізі результатів вагітності у 100 жінок з багатоплідною вагітністю, яка настала самостійно (50 жінок – контрольна група) та після різних методів ДРТ (50 жінок – основна група), 50 жінок з одноплідною вагітністю, яка настала самостійно, склали групу порівняння.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усі жінки з індукованим багатопліддям перебували на диспансерному обліку в жіночій консультації, тоді як зі спонтанним багатопліддям – 94,0% і з одноплідною вагітністю – 76,0% ( $p_{1,3}<0,01$ ;  $p_{2,3}<0,01$ ). Рання явка була відзначена в основній групі у 64,0% випадків, у контрольній – в 62,0% і в групі порівняння – в 42,0% ( $p_{1,3}<0,05$ ;  $p_{2,3}<0,05$ ). Жінки з першою вагітністю в основній групі склали 48,0%, у контрольній групі – 28,0%, у групі порівняння – 38,0% ( $p_{1,2}>0,05$ ).

Зважаючи на особливості методики ДРТ, частіше виявляють дихоріальні діамніотичні двійні, тоді як при спонтанному багатоплідді, за нашими даними, дихоріальні і монохоріальні типи плацентатції виявляють майже з однаковою частотою.

Дихоріальні діамніотичні двійні (Д/Д/Д) діагностовані у 62,0% обстежених жінок основної групи і в 54,0% контрольної групи ( $p>0,05$ ). Монохоріальні діамніотичні двійні (М/Д/Д) як найбільш несприятливі відзначені в основній групі у 18,0%, у контрольній групі – в 46,0% випадків ( $p_{1,2}<0,001$ ).

Лише у групі ДРТ виявлені трійні: трихоріальні тріамніотичні трійні (Т/Т/Т) – в 14,0%, дихоріальні тріамніотичні трійні (Д/Т/Т) – у 6,0% випадків.

Тип плацентатції був встановлений при ультразвуковому дослідженні і підтверджений на підставі детального огляду будови плаценти і плодових оболонок після народження посліду, а також морфологічного дослідження плаценти.

Результати дослідження свідчать про ускладнений перебіг гестаційного періоду у жінок з багатопліддям. Найчастішим ускладненням є загроза переривання вагітності. Так, у I триместрі у жінок основної групи це ускладнення виявляли в 3,5 рази частіше (74,0%), ніж у контрольній і в групі порівняння – по 22,0% відповідно ( $p_{1,2}<0,001$ ;  $p_{1,3}<0,001$ ).

У досліджуваних групах протягом усього терміну гестації просліджується тенденція до збільшення частоти загрози переривання вагітності. У II і III триместрах частота загрози переривання вагітності в основній групі зберігається на попередньому рівні – 72,0% і 76,0% відповідно, що значно перевищує таку в контрольній – 28,0% і 60,0% випадків і в групі порівняння – 20,0% і 50,0% випадків відповідно. Результати дослідження засвідчили, що при багатоплідді «критичними» термінами розвитку переривання вагітності були 18–23 тиж і 31–34 тиж. Істміко-цервікальна недостатність (ЩН) була причиною розвитку загрози переривання в 48,0% випадків при гінекологічній захворюваності пацієнток і частою причиною передчасних пологів ( $r=1,0$ ).

Ускладнення вагітності у досліджуваних групах при інду-

кованому багатоплідді, у 12,0% при спонтанному і у 4,0% випадків – у групі порівняння. За нашими даними, оптимальними термінами для хірургічної корекції ПЦН є: при М/Д/Д – 17,1±2,0 тиж, при Т/Т/Т – 17,3±2,3 тиж, при Д/Т/Т – 17,3±2,3 тиж, при Д/Д/Д – 22,2±2,1 тиж.

Частота прееклампсії у жінок з багатопліддям була в 2,7 разу вище, ніж при одноплідді, і склала 56,0% в основній групі; 46,0% – у контрольній і в групі порівняння частота була значно нижча, ніж в інших групах, – 18,0%.

Високий рівень соматичної патології – 76,0% у жінок основної групи зумовлював те, що у 80,0% випадків спостерігався поєднаний характер прееклампсії. Виникнення поєднаних форм прееклампсії переважало в основній групі у порівнянні з контрольною (80,0% і 40,0% відповідно;  $p_{1,2} < 0,001$ ) і залежало від типу плацентациї. Так, при Т/Т/Т прееклампсія спостерігалася у 80,0%, при М/Д/Д – у 66,0%, а при Д/Д/Д – у 28,0% випадків ( $p < 0,05$ ).

Залізодефіцитну анемію (ЗДА) діагностували в І триместрі майже з однаковою частотою у всіх групах – 38,0%, 34,0% і 24,0% випадків. У II і в III триместрах у вагітних з індукованим і спонтанним багатопліддям анемія спостерігалася вже у кожної другої і склала 54,0% та 52,0% відповідно і 66,0% – у жінок з одноплідною вагітністю.

Ускладнений перебіг вагітності і наявність екстрагенітальної патології у досліджуваних групах призводили до розвитку плацентарної дисфункції (ПД) (70,0% і 64,0%), яку діагностували частіше при монохоріальній двійні і трійні, ніж при дихоріальній двійні ( $p > 0,05$ ). В основній групі ПД діагностована в 70,0% випадків: з них при дихоріальному типові плацентациї зі всіх випадків у 62,5%, при монохоріальному зі всіх – у 88,8% (8) і при трихоріальній тріамніотичній трійні зі всіх – у 80,0% випадків. У жінок при багатоплідді з обтяженим акушерсько-гінекологічним і соматичним анамнезом розвивається ПД, проявами якої є затримка розвитку плода (ЗРП) і дисоційований розвиток плода (ДРП).

При індукованому багатоплідді ПД виявлена в 70,0% випадків і клінічно виявлялася ЗРП – у 16,0%, ДРП – у 16,0%, а у 18,0% випадків ДРП поєднувався із ЗРП. У 42,0% ПД мала компенсований характер і була підтверджена морфологічним дослідженням. При спонтанному багатоплідді ПД діагностована у 64,0% і при УЗД виявляли ЗРП у 30,0%, ДРП – у 16,0%, а в 14,0% випадків ДРП супроводжувався ЗРП. ПД виявлена при дихоріальному типові плацентациї у 59,3%, при монохоріальному – у 70,0% випадків.

Зміни матково-плацентарного кровотоку (гемодинамічні порушення (ГДП) 1А) в основній групі виявлені в 33–34 тиж у 18,0% випадків. У контрольній групі порушення гемодинаміки 1–2-го ступеня діагностовано в 5,3%, з них при дихоріальному типові плацентациї у 62,5%, при монохоріальному – у 31,5% випадків. ГДП 1А і 1Б виявлені у 50,0% випадків. Порушення матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку, що не досягли критичних змін (ГДП 2), спостерігалися при монохоріальному типові плацентациї у 12,5% випадків. Критичні порушення плодово-плацентарного кровотоку (ГДП 3-го ступеня) при збереженому або порушеному матково-плацентарному кровотоку виявлені у 37,5% випадків при монохоріальній і дихоріальній двійні.

Стан плода оцінювали за даними кардіотокографії: нормальний тип КТГ виявлений у 92,0%, патологічний – у 2,0% випадків, підозрілий – у 4,0%, нестабільний діагностований в 2,0% випадків. У групі порівняння ГДП наголюшувалися у 30,8% жінок, це були порушення 1А стадії.

Найбільш ранні прояви ПД діагностуються вже до кінця II триместра у всіх жінок з екстрагенітальними захворюваннями. Соматична і акушерська патологія матері призводить до прогресуючої ЗРП. Приєднання прееклампсії зумовлює формування важкої форми ПД, про що свідчить зростання ЗРП II–III ступеня. Частота ЗРП варіює від 3% до 24% при доношеній вагітності і від 18% до 24% при недоношеній [7, 8].

У групі з індукованим багатопліддям під час вагітності у

32–34 тиж при УЗД виявлена ЗРП в 30,0% випадків, а гіпотрофія новонароджених відзначена у 19,6% випадків, з них 1-го ступеня – у 72,7%, 2-го ступеня – у 13,6%, 3-го ступеня – у 13,6% випадків. При Т/Т/Т зі всіх новонароджених ЗРП виявлена в 26,7% випадків, із всіх дітей при дихоріальній двійні – у 17,2%, а із всіх новонароджених при монохоріальній двійні це ускладнення виявлене в 16,7% випадків. У цих жінок перебіг вагітності ускладнювався загрозою переривання – у 27,5%, анемією – у 13,7%, прееклампсією – у 17,6% випадків.

Під час вагітності УЗД виявило ЗРП плодів при спонтанному багатоплідді у 28,0% випадків. Гіпотрофія у новонароджених спостерігалася в 25,2% випадків, причому 1-го ступеня – у 68,4%, 2-го ступеня – у 22,4% і 3-го – у 9,2% випадків. З гіпотрофії новонароджених отримані достовірні відмінності між основною і контрольною групами ( $p < 0,01$ ).

При дихоріальному типові плацентациї зі всіх новонароджених ЗРП різного ступеня тяжкості виявлена в 25,9% випадків. При монохоріальному типові зі всіх новонароджених дане ускладнення мало місце в 24,3% випадків ( $p > 0,05$ ).

У групах з багатопліддям гіпотрофія плода, як правило, мала асиметричний (гіпотрофічний) характер і була діагностована за УЗД. І лише в декількох випадках в групах була діагностована симетрична (гіпопластична) ЗРП.

У цих пацієнток вагітність також перебігала на фоні загрози переривання вагітності у 23,2%, прееклампсії – у 13,9%, анемії – у 12,6% випадків, у 10,6% випадків під час вагітності діагностований ДРП.

При одноплідній вагітності у жінок з ускладненим перебігом ЗРП діагностована у 16,0% випадків, 1-го ступеня – у 62,5%, 2-го ступеня – у 12,5%, 3-го ступеня – у 25,0% випадків.

При індукованому багатоплідді у 32–33 тиж ДРП виявлений в 30,0% випадків і діагностований при Т/Т/Т – в 40,0% обстежуваних, при монохоріальному – в 33,3%, при дихоріальному типові плацентациї – у 25,0% випадків. Різниця у масі тіла новонароджених складала при монохоріальній двійні від 580 до 1200 г, а при Т/Т/Т – від 550 до 1300 г. При ускладненому ступені зі зростанням гестаційного терміну вагітності дисоціація плодів збільшувалася.

У контрольній групі ДРП виявлений також у 32–33 тиж у 18,5% випадків, з них при дихоріальному типові плацентациї – у 18,5%, при монохоріальному – у 18,6% обстежуваних.

Компенсована форма ПД при проведенні низки лікувально-профілактичних заходів під час вагітності супроводжується посиленням морфологічних проявів компенсаторно-присосовних реакцій у плаценті. За відсутності терапії розвивається декомпенсована ПД з переважанням дистрофічних, запальних порушень і патологічної незрілості хоріона, що робить неможливим подальший внутрішньоутробний розвиток плода. За нашими даними, 72,5% жінок знаходилися на стаціонарному лікуванні з приводу загрози переривання вагітності і отримували гормональну, зберігальну, антианемічну терапію на ранніх етапах.

Оцінити характер порушень ПД неможливо без аналізу гістоморфологічних даних.

Були досліджені: посліди при індукованому, спонтанному багатоплідді і одноплідній вагітності; плаценти, отримані в результаті передчасних пологів в термін 33,7±2,6 тиж при індукованому багатоплідді, термінових пологах і передчасних пологах в термін 35,1±1,1 тиж при спонтанній вагітності і при передчасних пологах при одноплідній вагітності в термін 33,5±2,2 тиж.

Морфометрія плаценти включала органометрію, макрометрію і гістометрію. Першим етапом дослідження плаценти було визначення органометричних показників плацент.

Органометричні показники плацент (маса плаценти, об'єм плаценти, площа плаценти, плацентарно-плодовий коефіцієнт (ППК) жінок досліджуваних груп) знаходилися в межах норми. Маса плаценти при дихоріальному типові плацентациї в основній групі склала 417,6±192,1 г, в контрольній – 356,6±99,2 г

і в групі порівняння – 378,5±90,4 г. Площа материнської поверхні – 472,0±93,5 см, 390,3±21,9 см і 340,9±9,1 см відповідно.

При монохоріальному типі плацентації маса плаценти була однаковою при багатоплідді – 703,1±145,6 г. Маса, площа материнської поверхні плацент в основній, контрольній і в групі порівняння достовірно не змінювалася. Плаценти з такими параметрами здатні повністю забезпечити внутрішньоутробний розвиток плода.

При макрометрії плаценти візуально оцінювали тканину свіжої плаценти, визначали відсоткове співвідношення видимих неробочих зон, тобто інфарктів, крововиливів або кіст, вапняних відкладень по відношенню до нормальної тканини плаценти.

Наступним етапом дослідження плацент жінок всіх груп було їхнє гістологічне дослідження. Головною особливістю гістологічної будови плацент була наявність нерівномірного дозрівання окремих котиледонів. Разом з нормальними, добре васкуляризованими ворсинками зустрічалися зони хаотичних склерозованих ворсин, з малою кількістю капілярів. Відносна незрілість ворсинчастої дерева виражалася в двох формах: передчасному дозріванні ворсин і дисоційованому розвитку ворсин.

Порушення дозрівання ворсин відзначено у 20,0% випадків в основній групі, у 10,0% – у контрольній і в 6,0% – у групі порівняння. Порушення дозрівання ворсин діагностували у жінок з екстрагенітальною патологією, з ускладненим перебігом вагітності (загрозою переривання вагітності, прееклампсією, анемією).

Передчасне дозрівання ворсин діагностується при невинуюванні вагітності, коли в плаценті в гестаційні терміни 32–33 тиж домінують термінальні ворсини з вузькими капілярами, що не формують синцитіокапілярні мембрани. Передчасне дозрівання ворсин спостерігалася у 6,0% випадків в основній і 6% випадків в групі порівняння. Дисоційований розвиток ворсин мав місце лише при багатоплідній вагітності: в основній – у 14,0% пацієнток, в контрольній – у 10,0% і виявлявся в поширеному поєднанні котиледонів з персистенцією тих або інших типів ворсин з ділянками зрілої будови.

Аналіз перебігу вагітності у цих пацієнток виявив наявність великого числа ускладнень у всіх триместрах; загроза переривання, прееклампсії різного ступеня тяжкості, анемії, соматичні захворювання. Вік цих жінок коливався від 31 до 38 років. У кожної акушерсько-гінекологічний анамнез був обтяжений наявністю медичних абортів, мимовільних викиднів, хронічних ендометритів, хронічних салпінгоофоритів, міоми матки.

У досліджуваних плацентах в 28,0% спостережень в групі після індукованого багатопліддя, в 14,0% – після спонтанного багатопліддя і в 34,0% в групі з одноплідною вагітністю спостерігалися ознаки запалення (децидуїт, вілзит, хоріонамніоніт). У цих пацієнток в анамнезі і під час вагітності діагностували кольпіти, інфекції, які передаються статевим шляхом, сифіліс, захворювання сечостатевої системи: гестаційні і хронічні пієлонефрити, нефроптози, сечокам'яна хвороба. У пологах спостерігалася допологове вилиття навколоплідних вод, слабкість пологової діяльності, ПД, внутрішньоутробне інфікування плодів.

Таким чином, виявлені структурні зміни в плацентах інфікованих жінок свідчать про розвиток ПД. Компенсована форма ПД при проведенні низки лікувально-профілактичних заходів під час вагітності супроводжується посиленням морфологічних проявів компенсаторно-приспосовних реакцій в плаценті. За відсутності терапії розвивається декомпенсована ПД з переважанням дистрофічних, запальних порушень і патологічною незрілістю хоріона, що робить неможливим подальший внутрішньоутробний розвиток плода.

Ускладнений перебіг вагітності відображається не лише на характері перебігу пологів, але і на термінах розродження. У наших дослідженнях більшість вагітних були розроджені достроково, при недоношеній вагітності. При індукованому багатоплідді частота передчасних пологів була вищою і залежала

від типу плацентації: так, при Т/Т/Т пологи відбулися в термін 32,9±1,1 тиж в 22,7%, при М/Д/Д і Д/Д/Д – у гестаційний термін 35,1±1,4 тиж у 18,2% і в 59,1% випадків відповідно.

При спонтанному багатоплідді передчасні пологи сталися у 34,4±1,7 тиж, з них при М/Д/Д – у 36,4%, при Д/Д/Д – у 37,7% випадків (p>0,05). Кореляційний аналіз виявив взаємозв'язок між достовірними відмінностями і склав 86,0%, 74,0% і 40,0% (p<sub>1,3</sub><0,001; p<sub>2,3</sub><0,001).

У групі порівняння передчасні пологи сталися в термін гестації 33,7±0,5 тиж у 40,0% жінок, що в 2 і 1,5 разу менше, ніж в основній і контрольній групах.

Термінові пологи в основній групі спостерігалися у 14,0% жінок при дихоріальному типі плацентації, в контрольній групі – у 26,0%, з них при дихоріальному – у 29,6%; при монохоріальному – у 21,4% випадків, що в 2 рази рідше, ніж при одноплідній вагітності, – у 60,8% випадків (p<sub>1,2,3</sub><0,001). Слід зазначити відсутність достовірності відмінностей показників при своєчасних і передчасних пологах у всіх групах (p>0,05).

Розродження пацієнток в основному проводилося шляхом операції кесарева розтину. Оперативне розродження в групі ятрогенного багатопліддя виконано в 98,0% при передчасних пологах і в 100% – при термінових пологах. І лише в одному випадку (2,0%) були мимовільні пологи в терміні 29 тиж.

Провідними показаннями до операції кесарева розтину є ДРТ і багатопліддя. У структурі показань головне місце посідає неправильне передлежання першого плода (тазове) – у 40,0% випадках. На другому місці прееклампсія – у 34,0%, далі йдуть первинне або вторинне безпліддя – у 16,0%, ДРП – у 10,0% випадків.

Відсоток оперативного розродження при спонтанному багатоплідді був у 2 рази вищий, ніж у групі порівняння, і склав 44,6% при передчасних пологах і 38,5% – при термінових пологах, тоді як у групі з одноплідною вагітністю він склав 20,0% при передчасних пологах і 29,0% – при термінових пологах (p<sub>1,2</sub><0,001; p<sub>1,3</sub><0,001). Показаннями для оперативного розродження при спонтанному багатоплідді були неправильне передлежання першого плода (тазове і поперечне) – у 43,1%, прееклампсія – у 27,7% випадків, рубець на матці – у 15,4%, ДРП – у 13,8% випадків.

У плановому порядку в основній групі було прооперовано 50,0%, у групі зі спонтанним багатопліддям – 28,8% жінок, а в групі порівняння – 30,7% жінок (p>0,05). Основними показаннями до екстреного розродження при передчасних пологах були: допологове вилиття навколоплідних вод, прееклампсія, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНРП). У всіх досліджуваних групах частота операцій в екстреному порядку переважала над показниками планового розродження.

Високий відсоток (25,5%) оперативного розродження в групі порівняння пояснюється показаннями як з боку плода (дистрес плода, неправильне положення плода, великий плід, ЗРП, ПД), так і з боку матері (важка прееклампсія, ПВНРП, слабкість пологової діяльності).

Пологи при багатоплідді мали ускладнений перебіг. У них достовірно частіше спостерігалася передчасне вилиття навколоплідних вод (частіше допологове) у 37,3% в основній групі, у 44,4% – у контрольній і у 15,7% випадків у групі порівняння (p<sub>2,3</sub><0,05).

При спонтанному багатоплідді відзначено високий відсоток ручного обстеження – 28,5% та інструментального вишкрібання порожнини матки – 5,3% з приводу кровотечі у послідовий і ранній післяродовий періоди (p<0,05). Показанням до ручного входження в порожнину матки при спонтанному багатоплідді були часткове щільне прикріплення плаценти, гіпотонія матки і дефект посліду – у 28,5% випадків, що достовірно вище, ніж при ятрогенному багатоплідді, – 2,0% випадків (p<sub>1,2</sub><0,05; p<sub>2,3</sub><0,01). Слабкість пологової діяльності спостерігалася у 26,7% випадків.

Таким чином, перебіг багатоплідної вагітності супроводжувався великою частотою прееклампсії, загрозою переривання вагітності, анемією. Ускладнений перебіг вагітності призводить

до високої частоти передчасних пологів, оперативного розривання, а також до високого ризику перинатальної смертності і захворюваності.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічно перебіг вагітності і пологів при багатоплідній вагітності залежить від репродуктивного анамнезу жінок – природним чином або з використанням допоміжних репродуктивних технологій. В останньому випадку має місце вища частота всіх акушерських ускладнень – загрози переривання, преєклампсії і

плацентарної дисфункції. За нашими даними, це пов'язано з наявністю обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу у цих жінок, особливо з високою частотою штучного і мимовільного переривання вагітності в ранні терміни, гінекологічною захворюваністю з оперативними методами лікування, соматичною захворюваністю ендокринного генезу. Отримані результати свідчать про необхідність розробки і впровадження диференційованого підходу при веденні багатоплідної вагітності з урахуванням репродуктивного анамнезу. Це дозволить, на нашу думку, знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень у жінок групи високого ризику.

### Сравнительные аспекты течения беременности и родов при многоплодной беременности и различном репродуктивном анамнезе О.В. Мельник

**Цель исследования:** изучение сравнительных клинических аспектов течения беременности и родов при многоплодной беременности и различном репродуктивном анамнезе.

**Материалы и методы.** Исследование основано на анализе результатов беременности у 100 женщин с многоплодной беременностью, которая наступила природным путем (50 женщин – контрольная группа) и после различных методов вспомогательных репродуктивных технологий (50 женщин – основная группа), 50 женщин с одноплодной беременностью, которая наступила природным путем, составили группу сравнения.

**Результаты.** Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что клиническое течение беременности и родов при многоплодной беременности зависит от репродуктивного анамнеза женщины – естественным путем или с использованием вспомогательных репродуктивных технологий. В последнем случае имеет место более высокая частота всех акушерских осложнений – угрозы прерывания, преєклампсии и плацентарной дисфункции. По нашим данным, это связано с наличием обтяженного акушерско-гінекологічного анамнезу у этих пациенток, особенно с высокой частотой искусственного и самопроизвольного прерывания беременности в ранние сроки, гинекологической заболеваемостью с оперативными методами лечения, соматической заболеваемостью эндокринного генеза.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки и внедрения дифференцированного подхода при ведении многоплодной беременности с учетом репродуктивного анамнеза. Это позволит, по нашему мнению, снизить частоту акушерских и перинатальных осложнений у женщин группы высокого риска.

**Ключевые слова:** многоплодная беременность, репродуктивный анамнез, беременность, роды.

### Comparative aspects of current of pregnancy and labours at multipata pregnancy and the various reproductive anamnesis O.V. Melnik

**Research objective:** studying of comparative clinical aspects of current of pregnancy and labours at multipara pregnancy and the various reproductive anamnesis.

**Material and research methods.** Work is based on the analysis of results of pregnancy at 100 women with multipara pregnancy, which has come a natural way (50 women – control group) and after various methods auxiliary reproductive technologies (50 women – the basic group), 50 women with onepara pregnancy which has come a natural way has made comparison group.

**Results of researches.** Results of the spent researches testify that clinical the current of pregnancy and labours at multipara pregnancy depends on the reproductive anamnesis of women – a natural way or with use of auxiliary reproductive technologies. Higher frequency of all obstetrical complications – interruption threats, preeclampsia and placental dysfunction in the latter case takes place. Under our data it is connected with presence of the burdened obstetrical-gynecologic anamnesis at these patients, especially with presence of high frequency of artificial and spontaneous interruption of pregnancy in early terms, gynecologic disease with operative methods of treatment, somatic disease endocrinological genesis.

**Conclusion.** The received results testifies to necessity of working out and introduction of the differentiated approach at conducting multipara pregnancy taking into account the reproductive anamnesis. It will allow, in our opinion, to lower frequency obstetrical and perinatal complications at women of group of high risk.

**Key words:** multipara pregnancy, the reproductive anamnesis, pregnancy, childbirth.

### Сведения об авторе

Мельник Оксана Васильевна – Кафедра акушерства, гинекологии и медицины плода Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04074, г. Киев, ул. Мостицкая, 11; тел.: (067) 401-40-28

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Bryan E.M. 2010. Support for families with multiple births. Course manual, Diploma in Fetal Medicine: 2:39–48.
- Keith L. 2011. Multiple pregnancy: epidemiology, gestation and perinatal outcome. Parthenon: 1:721–730.
- MacGillivray I. 2009. Epidemiology of twin pregnancy. Semin. Perinatol.: 10: 4–8.
- Fux M.A. 2008. Multipara pregnancy. Kiev: Health: 243.
- Hack K.E. 2013. The natural course of monozygotic and dizygotic twin pregnancies: a historical cohort. Twin Res. Hum. Genet.: 9:450–455.
- Gul A. 2012. Perinatal outcomes of twin pregnancies discordant for major fetal anomalies. Fetal Diagn. Ther.: 20:244–248.
- Asztalos E. 2011. Evaluating 2 year outcome in twins <or=30 weeks gestation at birth: a regional perinatal unit's experience. Twin Res.: 4: 431–438.
- Adegbite A.L. 2013. Prevalence of cranial scan abnormalities in preterm twins in relation to chorionicity and discordant birth weight. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.: 1: 47–55.
- Fitzsimmons B.P. 2008. Perinatal and neonatal outcomes in multiple gestations: assisted reproduction versus spontaneous conception. Am. J. Obstet. Gynecol.: 9: 1162–1167.
- Hack K.E. 2012. The natural course of monozygotic and dizygotic twin pregnancies: a historical cohort. Twin Res. Hum. Genet.: 9: 450–455.
- Ferreira I. 2005. Chorionicity and adverse perinatal outcome. Acta Med. Port: 3: 183–188.
- Cordero L. 2013. Mean arterial pressure in very low birth weight (801 to 1500 g) concordant and discordant twins during the first day of life. J. Perinatol.: 7: 545–551.

Статья поступила в редакцию 22.02.2016