

УДК 618.39-008-06:618.177-089.888.11

АЙЗЯТУЛОВА Е.М.

Науково-дослідний інститут медичних проблем сім'ї
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

ЗАВЕРШЕННЯ ВАГІТНОСТІ ЗАЛЕЖНО ВІД ТЕРМІНУ ГЕСТАЦІЇ ПРИ ШТУЧНІЙ РЕДУКЦІЇ ТА КІЛЬКОСТІ РЕДУКОВАНИХ ЕМБРІОНІВ У ЖІНОК ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Резюме. Мета: оцінити перебіг і завершення вагітності залежно від терміну гестації при проведенні штучної редукції та кількості редукованих ембріонів у жінок після використання допоміжних репродуктивних технологій.

Матеріал і методи. Проаналізовано перебіг і завершення вагітності у 33 жінок, у яких через лікування безпліддя методами допоміжних репродуктивних технологій настала багатоплідна вагітність і через це проведено штучну редукцію ембріонів.

Результати. Визначено, що в жінок після штучної редукції одного ембріона рідше, ніж після редукції двох і більше ембріонів, відбувається мимовільний аборт (21,1 і 57,1 %, $p < 0,05$), відповідно частіше вагітність завершується пологамі (78,9 і 42,9 %, $p < 0,05$). Також самовільне переривання вагітності відбувається рідше, коли штучну редукцію здійснюють у ранній термін — 4–5 тижнів після переносу ембріонів (19,0 проти 66,7 % за редукції через 7–8 тижнів, $p < 0,05$), а пологи — частіше (відповідно 81,0 проти 33,3 %, $p < 0,05$).

Висновки. Шанс завершення вагітності пологамі вищий після редукції одного ембріона, ніж після редукції двох і більше ембріонів (СШ = 5,0; 95% ДІ 1,1–23,1), та якщо редукція здійснюється через 4–5 тижнів після переносу ембріонів, ніж через 7–8 тижнів (СШ = 8,5; 95% ДІ 1,7–43,0). Відзначено, що редукцію ембріонів доцільніше здійснювати через 4–5 тижнів після переносу ембріонів, що сприятиме зниженню мимовільного переривання вагітності. Також підкреслено, що під час застосування допоміжних репродуктивних технологій краще переносити не більше 1–2 ембріонів.

Ключові слова: редукція, ембріон, багатопліддя, вагітність, допоміжні репродуктивні технології.

В останні три десятиріччя широке використання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) призвело до збільшення частоти багатоплідної вагітності [1–4]. Актуальною проблемою впровадження методів ДРТ є істотне підвищення частоти вагітності, що розвивається, з числом плодів два і більше. Водночас така вагітність — це високий ризик як для матері, так і для плода. Відомо, що майже в усіх жінок із багатоплідною вагітністю має місце загроза невиношування вагітності, що часто завершується мимовільним викиднем, передчасними пологамі [1–4, 6]. Відповідно передчасні пологи призводять до збільшення перинатальної захворюваності та смертності. У подальшому в дітей, народжених від багатоплідної вагітності, спостерігаються випадки затримки психомоторного та мовного розвитку, порушення стану здоров'я [1, 3, 6].

З одного боку, щоб уникнути вищевказаних ускладнень, необхідно переносити один ембріон. З іншого боку, ефективність процедури ДРТ вища у разі перено-

су декількох ембріонів, особливо це стосується жінок старшого віку, з неодноразовими невдалими спробами ДРТ, також враховується індивідуальне бажання подружжя.

Через це стратегія, спрямована на покращення результатів ДРТ, включає зменшення частоти багатоплідних вагітностей шляхом штучної редукції ембріонів — операції вибіркового переривання розвитку одного ембріона або кількох — з метою поліпшення перебігу та завершення вагітності [2, 4, 7, 8].

Мета: оцінити перебіг і завершення вагітності залежно від терміну гестації при проведенні штучної редукції та кількості редукованих ембріонів у жінок після використання допоміжних репродуктивних технологій.

© Айзятуллова Е.М., 2013

© «Медико-соціальні проблеми сім'ї», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

Матеріал і методи

Наведено дані щодо завершення вагітності у 33 жінок, у яких через лікування безпліддя методами ДРТ, а саме після екстракорпорального запліднення (ЕКЗ), настала багатоплідна вагітність і через це в Українсько-французькому центрі репродуктивних функцій людини «Сім'+Я» була проведена штучна редукція ембріонів.

Спочатку була проведена порівняльна характеристика перебігу та завершення вагітності залежно від кількості штучно редукованих ембріонів, зокрема 19 пацієнткам здійснено редукцію одного ембріона, 14 — двох і більше ембріонів. Далі був проведений аналіз завершення вагітності залежно від терміну проведення редукції, зокрема 21 жінці вона була здійснена через 4–5 тижнів після переносу ембріонів і 12 — через 7–8 тижнів, що відповідало 6–7 і 9–10 тижням гестації.

Маніпуляція проводилася вагінальним доступом за допомогою ультразвукового апарату Aloka-1100 (Японія) з використанням спеціального вагінального датчика з адаптером. Використовувалася аспіраційна голка фірми Cook (Австралія) діаметром 17 G зі шприцом на зовнішньому кінці голки.

Редукція проводилася в період, коли за даними ультразвукового дослідження (УЗД) вже чітко візуалізувалася кількість плодів та їх серцева діяльність. Для редукції відбирали ембріони, найменші за розміром, які не відповідали терміну вагітності, з нерегулярною серцевою діяльністю (наприклад, брадикардія) та ті, що мали невдале розташування в порожнині матки, наприклад найближче до внутрішнього зіву. В асептичних умовах у малій операційній, з використанням внутрішньовенного пропофолового наркозу, за допомогою кольорового доплерівського картування судин візуалізували місце склепіння піхви, стінки матки з найменшим кровопостачанням, де здійснювався прокол за часодно виставленим курсором на екрані апарату УЗД, що проходить через грудну клітину та серце

плода. У разі терміну 4–5 тижнів від переносу ембріонів голкою проколювався ембріон і за рахунок руху поршня шприца аспірувався в голку до появи кров'яної тканини в шприці. У терміні 7–8 тижнів від переносу ембріонів голкою входили в серце плода, руйнуючи його до зупинки серцебиття. Уміст плідного яйця до кінця не аспірувався, щоб не викликати скорочувальну діяльність матки. Отриманий матеріал досліджувався ембріологом із метою виявлення елементів ембріональної тканини.

Наприкінці процедури призначалася профілактична зберігаюча та гемостатична терапія.

Через 3 години після процедури і контрольного УЗД жінку відпускали додому з рекомендаціями щодо продовження антибактеріальної, зберігаючої та гемостатичної терапії впродовж 3–5 днів і контрольного УЗД через тиждень. Антибактеріальна та зберігаюча терапія з метою профілактики пізніх інфекційних ускладнень і переривання вагітності також проводилася в терміні 16–20 тижнів гестації.

Результати та їх обговорення

Під час проведення дослідження визначено, що найчастіше здійснено штучну редукцію одного ембріона з трійні — у 17 випадках (51,5 %) та двох з четверні — у 9 (27,3 %) (відповідні приклади на рис. 1, 2). Незважаючи на той факт, що перед переносом ембріонів подружжя попереджають про високу можливість настання багатоплідної вагітності, дві (6,1 %) жінки наполягли на редукції одного ембріона з двійні та одна (3,0 %) — двох із трійні. В інших 2 (6,1 %) випадках проведено редукцію трьох ембріонів з п'ятірні (рис. 3) і по одному випадку (по 3,0 %) чотирьох з шістьох та п'ятьох з сімох. Таким чином, після проведення штучної редукції абсолютна більшість жінок (30 осіб — 90,9 %) виношувала двійнят і тільки три (9,1 %) — одноплідну вагітність.

Далі проаналізовано перебіг і завершення вагітності у 19 жінок після редукції одного ембріона та у 14 після редукції двох і більше ембріонів. Абсолютна більшість

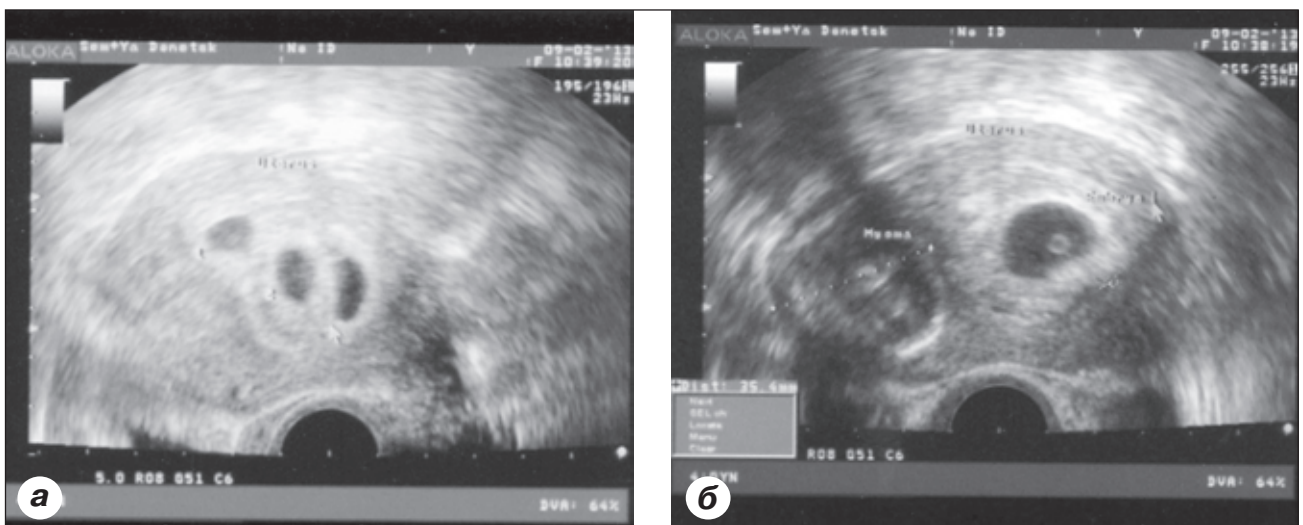


Рисунок 1. Пацієнтка А. через 3–4 тижні після переносу ембріонів у циклі ЕКЗ з трьохплідною вагітністю (а) та після редукції одного ембріона, що здійснена через 4–5 тижнів після переносу (б)

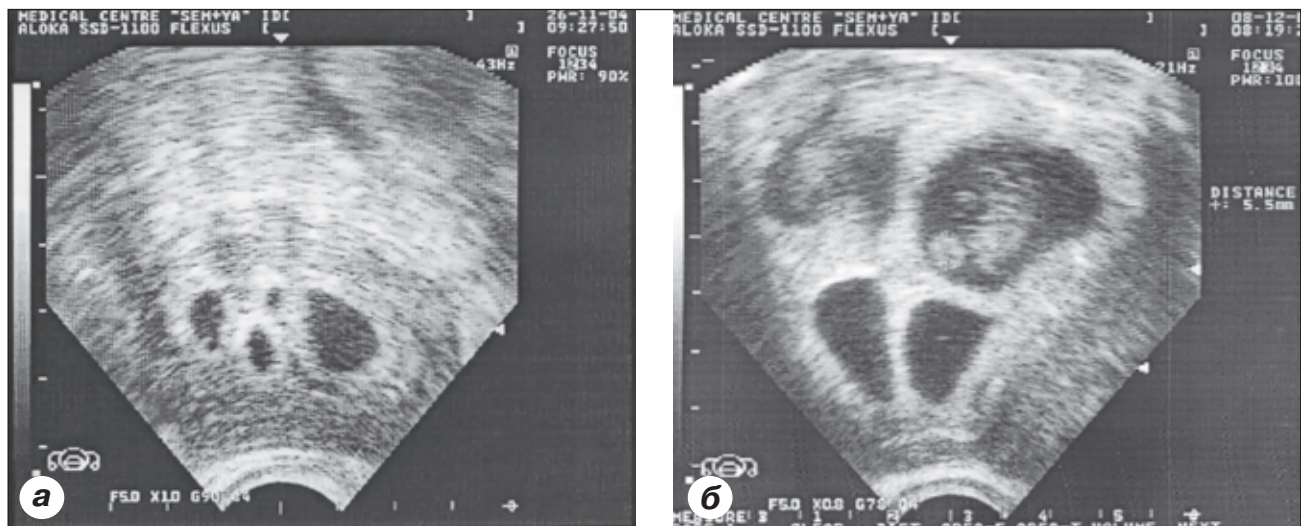


Рисунок 2. Пацієнтка Б. через 3–4 тижні після переносу ембріонів у циклі ЕКЗ з чотирьохплідною вагітністю (а) та після редукції двох ембріонів, що здійснена через 4–5 тижнів після переносу (б)

із цих жінок виношувала двійнят, що разом із обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом і соматичними захворюваннями, які частіше мають місце у жінок з безпліддям, суттєво збільшує ризик розвитку ускладнень як для матері, так і для плода. Так, у більшості випадків, особливо після редукції двох і більше ембріонів, відзначено загрозу мимовільного абортів. Водночас самовільне переривання вагітності частіше відбулося в групі жінок після редукції двох і більше ембріонів (57,1 проти 21,1 % після редукції одного ембріона, $p < 0,05$), більшість цих випадків відбулася до 12 тижнів гестації (відповідно 42,9 і 10,5 %, $p < 0,05$). Це співпадає з даними інших авторів, які вказують, що саме на ембріональний період індукованих багатоплідних вагітностей припадає найвищий відсоток загрози переривання та мимовільних абортів, що пов'язано з багатоплідністю, ускладненим анамнезом жінок і гормональним навантаженням під час ДРТ [1–3, 5, 6]. Значної різниці між групами за показником пізнього

самовільного абортів помічено не було (10,5 і 14,3 %, $p > 0,05$) (рис. 4).

Оцінюючи перебіг раннього фетального періоду в жінок із пролонгованою вагітністю, ми визначили, що з 17 жінок після редукції одного ембріона загроза пізнього абортів була зареєстрована у 9 (52,9 %), що вірогідно рідше, ніж після редукції двох і більше ембріонів — у 7 з 8 жінок (87,5 %, $p < 0,05$).

У двох випадках у групі жінок після редукції двох і більше ембріонів у 12 і 22 тижні гестації зареєстровано завмирання одного плода, тоді як другий плід продовжував розвиватися.

Таким чином, вагітність завершилася пологами в жінок із редукцією одного ембріона частіше, ніж після редукції двох і більше ембріонів (відповідно 78,9 і 42,9 %, $p < 0,05$) (рис. 4).

За розрахунком показників співвідношення шансів (СШ) визначено, що ймовірність завершення вагітності пологами після редукції одного ембріона в

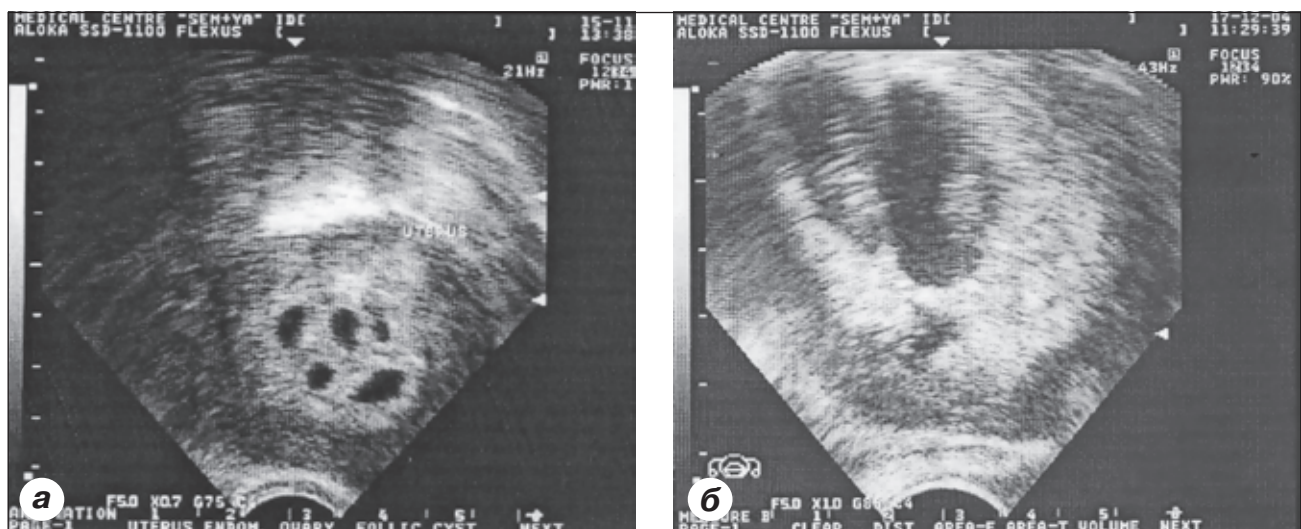


Рисунок 3. Пацієнтка В. через 3–4 тижні після переносу ембріонів у циклі ЕКЗ з вагітністю п'ятьма плодами (а) та після редукції трьох ембріонів, що здійснена через 6–7 тижнів після переносу (б)

5 раз вища, ніж після редукції 2 і більше ембріонів (СШ = 5,0; 95% ДІ 1,1–23,1).

У всіх жінок розродження відбулося шляхом операції кесарів розтин, що узгоджується з наказом МОЗ України № 582 від 15.12.2003 р. Необхідно вказати, що в кожній п'ятій жінки після редукції одного ембріона пологи були своєчасними, у той час як після редукції двох і більше ембріонів — тільки передчасними, також у цих жінок частіше пологи починалися у 22–27 тижнів гестації (рис. 5). Наші дані співпадають з даними інших дослідників [1, 2, 4, 7], які вказують на високий відсоток передчасних пологів серед жінок після штучної редукції ембріонів.

Головним критерієм сприятливого завершення вагітності та пологів у жінок із виликаним безпліддям є народження життєздатної дитини. Так, у групі після редукції одного ембріона всі 29 дітей народилися живими (100 %), зокрема 1 (3,4 %) дитина була з одноплідної вагітності (редукція одного ембріона з двійні) та 28 (96,6 %) — з двійнят; 5 (17,2 %) доношених і 24 (82,8 %) недоношених. Перинатальної смертності в цій групі не було.

У групі після редукції двох і більше ембріонів народилося 11 дітей, з яких 10 (90,9 %) були живими недоношеними. Перинатальна смертність у цій групі становила 2 (181,8 %) випадки. В одному випадку відбулася вказана раніше антенатальна смерть в 22 тижні одного з двійнят. Інший випадок ранньої неонатальної смерті: під час пологів двома плодами (вагітність четвернею та редукція двох ембріонів через 7 тижнів після переносу ембріонів) у однієї дівчинки виявлені множинні вади, не сумісні з життям, у вигляді горба на спині, деформації верхніх і нижніх кінцівок, деформації кісток обличчя, множинних вад розвитку внутрішніх органів, що не відповідають загальноприйнятій класифікації вад розвитку плода, що, ймовірно, пов'язано з механічним uszkodженням під час проведення редукції. Тому фахівець, який проводить таку процедуру, повинен досконало володіти цією методикою, бо крім техніки проведення редукції дуже важливим моментом є велика ймовірність ушкодження сусідніх ембріонів, що може призвести до народження дітей із вадами розвитку.

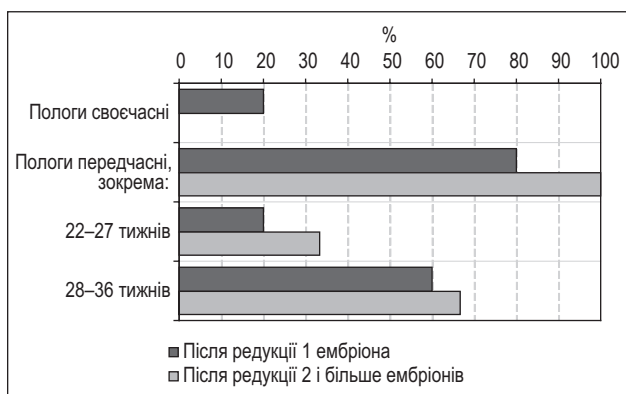


Рисунок 5. Термін пологів залежно від кількості редукованих ембріонів у жінок після ДРТ

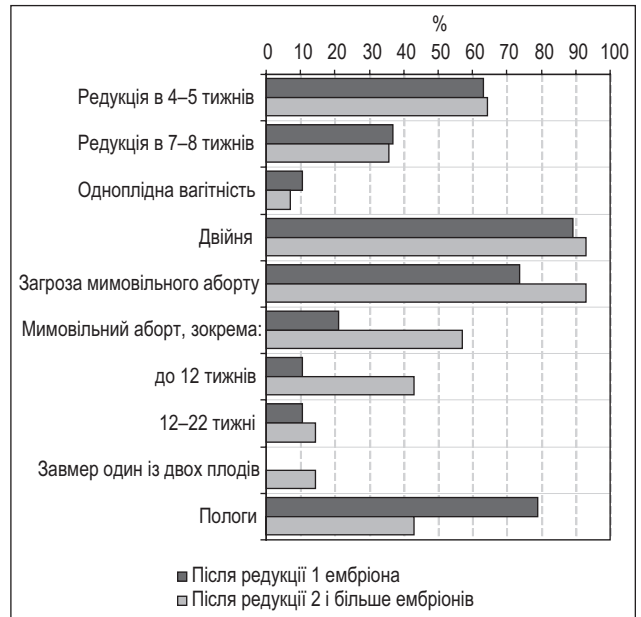


Рисунок 4. Перебіг і завершення вагітності залежно від кількості редукованих ембріонів у жінок після ДРТ

Через те, що редукція ембріонів здійснювалася в різні терміни гестації, а саме через 4–5 і 7–8 тижнів після переносу ембріонів, та враховуючи той факт, що кількість жінок за вказаними термінами між групами залежно від кількості редукованих ембріонів не різнилася (рис. 4), доцільним було оцінити завершення вагітності залежно від терміну редукції.

Найчастіше гестаційне ускладнення, що відзначається в жінок після ДРТ, загроза самовільного переривання вагітності після редукції, що здійснена через 4–5 тижнів після переносу ембріонів, спостерігалось майже в півтори рази рідше, ніж серед жінок із редукцією, проведеною у 7–8 тижнів гестації (відповідно 71,4 і 100 %, $p < 0,05$). Відповідно мимовільний аборт у жінок, яким штучну редукцію здійснено раніше, відбувався рідше (19,0 проти 66,7 % за редукції через

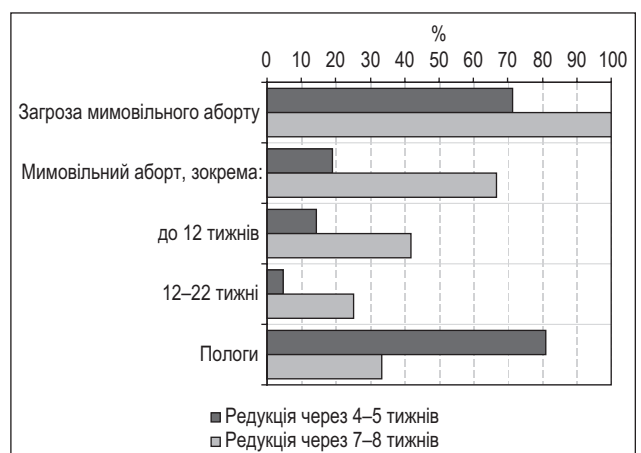


Рисунок 6. Перебіг і завершення вагітності залежно від терміну гестації при проведенні редукції у жінок після ДРТ

7–8 тижнів, $p < 0,05$), а пологи — частіше (відповідно 81,0 проти 33,3 %, $p < 0,05$) (рис. 6). Одержані результати дозволяють відмітити, що при меншому терміні редукції ембріонів збільшується ймовірність сприятливого завершення вагітності ($r = -0,53$, $p < 0,05$).

СШ за пологами становило 8,5 (95% ДІ 1,7–43,0), тобто ймовірність завершення вагітності пологами після редукції через 4–5 тижнів в 8,5 раза вища, ніж через 7–8 тижнів.

Таким чином, отримані нами результати, що співпадають із літературними [2, 6], вказують на той факт, що ризик невиношування та репродуктивні втрати в жінок після редукції ембріонів є високими, хоча несприятливе завершення може бути зумовлене й обтяженням акушерсько-гінекологічним анамнезом. Крім того, під час ДРТ доцільно переносити не більше двох ембріонів, що суттєво не відіб'ється на частоті настання вагітності, але значно зменшить частоту ускладнень багатоплідної вагітності та ускладнень, що можуть виникнути через штучну редукцію. Досвід клінік світу, що спеціалізуються на середній стимуляції і переносі одного ембріона, ілюструє високу ефективність таких підходів. Тобто вдосконалення роботи ембріологічної служби в клініках репродукції людини нашої країни також дозволить у більшості випадків проводити перенос одного селективно вибраного ембріона.

У дослідженнях наводяться різні оптимальні терміни щодо проведення трансвагінальної редукції ембріонів [2, 4, 7, 8]. Одержані нами результати дозволяють відзначити, що найефективнішою є редукція у 4–5 тижнів від переносу ембріонів.

Слід також указати, що раннє виявлення багатопліддя в пацієток (4–5 тижнів від переносу ембріонів) дозволяє проводити редукцію в ранні терміни вагітності, що значно знижує постредукційні ускладнення, такі як інфекційні та акушерські, тому УЗД краще проводити через 4–5 тижнів після переносу ембріонів. Однак кращий прогноз у ракурсі акушерських ускладнень і завершення вагітності в тих пацієток, у яких редуковано менше ембріонів, тобто менше проколів на матці.

Висновки

Визначено, що найчастіше здійснюють штучну редукцію одного ембріона з трійні (51,5 %) та двох із четверні (27,3 %), найрідшими є випадки редукції трьох і більше ембріонів (12,1 %).

У жінок після штучної редукції одного ембріона рідше, ніж після редукції двох і більше ембріонів, відбувається мимовільний аборт (21,1 і 57,1 %, $p < 0,05$) та відповідно частіше вагітність завершується пологами (87,5 і 52,9 %, $p < 0,05$).

Після редукції ембріонів, що здійснена через 4–5 тижнів після переносу ембріонів, рідше, ніж після редукції через 7–8 тижнів після переносу, реєструється загроза мимовільного переривання вагітності (відповідно 71,4 і 100 %, $p < 0,05$), мимовільний аборт (19,0 і 66,7 %, $p < 0,05$), а пологи відбуваються частіше (відповідно 81,0 і 33,3 %, $p < 0,05$).

Раннє виявлення багатоплідності в пацієток, а саме через 4–5 тижнів після переносу ембріонів, дозволяє проводити редукцію в ранні терміни вагітності, що значно знижує постредукційні ускладнення та сприятливо впливає на завершення вагітності. Зворотний кореляційний зв'язок між терміном редукції та завершенням вагітності ($r = -0,53$, $p < 0,05$) також вказує на доцільність виконання штучної редукції ембріонів через 4–5 тижнів після переносу ембріонів.

Шанс завершення вагітності пологами вищий після редукції одного ембріона, ніж після редукції двох і більше ембріонів (СШ = 5,0; 95% ДІ 1,1–23,1), та якщо редукція здійснюється через 4–5 тижнів після переносу ембріонів, ніж через 7–8 тижнів (СШ = 8,5; 95% ДІ 1,7–43,0).

Для профілактики багатоплідної вагітності краще переносити не більше 1–2 ембріонів і намагатися вдосконалювати роботу ембріологічної служби.

Список літератури

1. Амниоредукция в лечении осложненной многоплодной беременности / А.М. Стыгар, К.В. Костюков, К.А. Гладкова [и др.] // *Материалы XII Всерос. науч. форума «Мать и дитя» (Москва, 27–30 сент. 2011 г.)*. — М.: МЕДИ Экспо, 2011. — С. 205–206.
2. Багатоплідна вагітність після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Особливості перебігу вагітностей із самовільною та штучною редукцією ембріонів / В.В. Камінський, А.А. Суханова, Л.І. Воробей [та ін.] // *Здоров'я жінчини*. — 2009. — № 6(42). — С. 34–40.
3. Говоруха І.Т. Клінічні та соціальні аспекти багатоплідної вагітності у жінок з вилікуваним безпліддям в анамнезі. Розвиток та стан здоров'я їхніх дітей / І.Т. Говоруха // *Проблеми, досягнення і перспективи розвитку медико-біологічних наук і практичного здравоохранения: труды Крым. гос. мед. ун-та им. С.И. Георгиевского*. — 2008. — Т. 144, ч. IV. — С. 26–28.
4. Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии / Под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова, Л.Н. Кузьмичева. — М.: Медицинское информационное агентство, 2005. — 592 с.
5. Хомінська З.Б. Гормональні маркери перебігу гестаційного процесу після селективної редукції ембріонів у програмі екстракорпорального запліднення / З.Б. Хомінська, Л.Є. Туманова, О.П. Рябенко // *Педіатрія, акушерство та гінекологія*. — 2006. — № 2. — С. 115–118.
6. Хорионический гонадотропин и редукция эмбрионов / В.А. Бахарев, Н.А. Каретникова, М.Л. Алексеева [и др.] // *Пробл. репродукции*. — 2003. — Т. 9, № 2. — С. 63–64.
7. A comparison of the outcomes between twin and reduced twin pregnancies produced through assisted reproduction / C.U. Cheang, L.S. Huang, T.H. Lee [et al.] // *Fertil. Steril.* — 2007. — Vol. 88, № 1. — P. 47–52.
8. Early transvaginal embryo aspiration: A safer method for selective reduction in high order multiple gestations / M.S. Cofler, S. Kol, A. Drugan [et al.] // *Hum. Reprod.* — 1999. — Vol. 14. — P. 1875–1878.

Отримано 20.12.13 □

Айзятупова Э.М.

Научно-исследовательский институт медицинских проблем семьи

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ГЕСТАЦИИ ПРИ ИСКУССТВЕННОЙ РЕДУКЦИИ И КОЛИЧЕСТВА РЕДУЦИРОВАННЫХ ЭМБРИОНОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Резюме. Цель: оценить течение и исход беременности в зависимости от срока гестации при проведении искусственной редукции и количества редуцированных эмбрионов у женщин после использования вспомогательных репродуктивных технологий.

Материал и методы. Проанализированы течение и исход беременности у 33 женщин, у которых в результате лечения бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий наступила многоплодная беременность, вследствие чего была проведена искусственная редукция эмбрионов.

Результаты. Выявлено, что у женщин после искусственной редукции одного эмбриона реже, чем после редукции двух и более эмбрионов, происходит самопроизвольный аборт (21,1 и 57,1 %, $p < 0,05$), соответственно чаще беременность заканчивается родами (78,9 и 42,9 %, $p < 0,05$). В то же время самопроизвольное прерывание беременности происходит реже, когда искусственную редукцию проводят в раннем сроке — 4–5 недель после переноса эмбрионов (19,0 против 66,7 % при редукции через 7–8 недель, $p < 0,05$), а роды — чаще (соответственно 81,0 против 33,3 %, $p < 0,05$).

Выводы. Шанс завершения беременности родами выше после редукции одного эмбриона, чем после редукции двух и более эмбрионов (ОШ = 5,0; 95% ДИ 1,1–23,1), и если редукция осуществляется через 4–5 недель после переноса эмбрионов, а не через 7–8 недель (ОШ 8,5; 95% ДИ 1,7–43,0). Отмечено, что редукцию эмбрионов целесообразнее проводить через 4–5 недель после переноса эмбрионов, что способствует снижению самопроизвольного прерывания беременности. Также подчеркнуто, что во время применения вспомогательных репродуктивных технологий лучше переносить не более 1–2 эмбрионов.

Ключевые слова: редукция, эмбрион, многоплодие, беременность, вспомогательные репродуктивные технологии.

Ayziatulova E.M.

Research Institute of Family Medical Problems
Donetsk National Medical University

named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine

PREGNANCY OUTCOME DEPENDING ON THE PERIOD OF GESTATION DURING ARTIFICIAL REDUCTION AND NUMBER OF REDUCED EMBRYOS IN WOMEN AFTER USE OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

Summary. Objective: to evaluate the course and outcome of pregnancy depending on the period of gestation during artificial reduction and the number of reduced embryos in women after the use of assisted reproductive technologies.

Materials and Methods. The course and outcome of pregnancy are analyzed for 33 women who due to sterility treatment using the methods of assisted reproductive technologies, multifetation occurred, as a result of which artificial reduction of embryos was conducted.

Results. It is determined that in women after artificial reduction of one embryo rarer, than after reduction of two and more embryos, there is spontaneous abortion (21.1 and 57.1 %, $p < 0.05$), so more frequently pregnancy is ended in birth (78.9 and 42.9 %, $p < 0.05$). At the same time spontaneous abortion occurs less often when the artificial reduction is carried out in early pregnancy — 4–5 weeks after embryo transfer (19.0 vs 66.7 % at reduction in 7–8 weeks, $p < 0.05$), while childbirth — more often (respectively 81.0 vs 33.3 %, $p < 0.05$).

Conclusions. The chance of ending pregnancy with birth is higher after reduction of one embryo than after reduction of two or more embryos (OR = 5.0; 95% CI 1.1–23.1) and if reduction occurs in 4–5 weeks after embryo transfer, and not in 7–8 weeks (OR = 8.5; 95% CI 1.7–43.0). It is noted that reduction of embryos is more expedient to conduct in 4–5 weeks after the transfer of embryos that assists the decline of the spontaneous abortion. It is also emphasized, that during realization of assisted reproductive technologies it is better to transfer not more than 1–2 embryos.

Key words: reduction, embryo, multifetation, pregnancy, assisted reproductive technologies.