

УДК 618.251.2



Б.М. Венцківський¹, І.В. Поладич¹, В.В. Біла²,
О.Ю. Костенко¹, К.С. Казидуб¹

Особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з багатопліддям

¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ
² Перинатальний центр, м. Київ

Мета роботи — провести ретроспективний аналіз перебігу вагітності, пологів та перинатальних наслідків у жінок з біхоріальною біамніотичною двійнею залежно від способу запліднення.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз даних 432 роділей з багатоплідністю, які ввійшли до складу основної групи обстеження, розділеної на дві підгрупи: I — 193 роділі з біхоріальною біамніотичною двійнею після допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) (екстракорпорального запліднення); II — 158 жінок з самостійною біхоріальною біамніотичною двійнею. Контрольну групу склали 150 жінок з одноплідною самостійною вагітністю.

Результати та обговорення. Багатоплідна вагітність в разі застосування ДРТ порівняно з багатоплідною та одноплідною вагітністю при самостійному заплідненні пов'язана з ризиком ускладнень як у матері, так і плода. Усі жінки належали до старшої вікової групи, мали обтяжений соматичний і гінекологічний анамнез. Перинатальна захворюваність та смертність при багатоплідності внаслідок ДРТ значно вища, ніж у групах порівняння.

Висновки. Виявлено велику кількість ускладнень, що супроводжують вагітність і пологи при багатоплідності внаслідок ДРТ. Це позначається на перинатальних наслідках, які більш несприятливі, ніж у разі самостійного багатопліддя.

Ключові слова: біхоріальна біамніотична двійня, перебіг вагітності та пологів, допоміжні репродуктивні технології, перинатальні втрати.

На думку спеціалістів, які оцінювали темпи зниження дитячої смертності в усьому світі, висловлені на світовому саміті тисячоріччя та підкріплені підписами представників 189 країн членів ООН, цільового показника (зниження на 2/3) до 2015 р. не буде досягнуто (рис. 1). У цих умовах для зниження показників дитячої смертності особливо актуальними є розробка та застосування стратегії й тактики надання медичної допомоги в структурі розродження. На сьогодні в країнах Європейського союзу показник перинатальної смертності становить майже 4 %, в Україні він сягає 9 %. Знизився цей показник від 1975 р. удвічі. Доведено, що багатоплідність пов'язана з великим, порівняно з одноплідною вагітністю, ризиком перинатальних та материнських ускладнень і втрат [3, 10, 17]. Зростання кількості випадків багатоплідних вагітностей зареєстровано з кінця 90-х років минулого століття, у період появи та розвитку допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) [4, 13, 18]. За останні 5 років частота багатоплідних пологів у Перинатальному центрі м. Києва

значно збільшилася (рис. 2) [6]. При цьому головну роль у природі багатоплідності відіграють медикаментозна стимуляція овуляції, застосування гормональної корекції для лікування підвищеної кількості випадків безплідності, перенесення понад одного ембріона як методу підвищення результативності ДРТ.

Саме застосування ДРТ призвело до збільшення кількості випадків багатоплідних вагітностей порівняно з природною популяцією в понад 20 разів [4, 5].

Багатоплідна вагітність при індукції овуляції становить у середньому від 16 до 39 % [7], а в разі застосування ДРТ, зокрема екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) та перенесення ембріонів в порожнину матки, воно досягає 23 %, що залежить від кількості перенесених ембріонів [6, 19].

Важливим чинником впливу на перебіг та наслідки багатоплідної вагітності є моно- або дизиготність плодів. Дві третини багатоплідної вагітності є дизиготними [8, 9].

Дизиготні біамніотичні спонтанні двійні виникають унаслідок запліднення двох яйцеклітин двома сперматозоїдами. Запліднення може бути одночасним або послідовним. У першому випадку дозрівають кілька яйцеклітин, а потім спостерігається велика кількість випадків овуляції та запліднення двома сперматозоїдами (за підвищеної про-

Стаття надійшла до редакції 2 червня 2015 р.

Венцківський Борис Михайлович, д. мед. н., проф., зав. кафедри акушерства та гінекології № 1 КМКЛ № 18 01030, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 17
Тел. (044) 235-76-66 (додат. 3-54)

дукції фолікулостимулюючого гормону). У другому випадку після запліднення однієї яйцеклітини дозрівання другого фолікула не гальмується, а в подальшому настає його запліднення (можливо, від другого тата), і з проміжком у 28 діб у матку потрапляє два різних запліднених яйця. При цьому плоди можуть розвиватися ізольовано з різницею в гестаційному терміні й параметрах плодів у 4 тиж. Пологи відбуваються терміново, і генотипи плодів мають схильність на 50 %. Понад 30 % дизиготних двієнь дискордантні за статевою ознакою, а інші зазвичай мають однакову стать. Усі дизиготні двійні біхоріальні й біамніотичні. У разі індукованої вагітності наявність біхоріальної або біамніотичної двійні залежить від доби, на яку розділилася зигота. Якщо на 2—3-й день — формується монозиготна біхоріальна біамніотична двійня. На 4—7-й день — монохоріальна біамніотична. На 8—12-й день — монохоріальна моноамніотична. Розділення після 13-го дня може виникнути не повністю, при цьому плоди можуть бути не розділені, а формується вада розвитку — сіамські близнюки [1, 12, 14].

Як у зарубіжній, так і у вітчизняній літературі малочисленні та суперечливі дані про особливості клінічного перебігу індукованої й самостійної біхоріальної біамніотичної вагітності, про акушерські ускладнення та терміни реалізації їх, не визначено оптимальні терміни та методи розродження залежно від ускладнень вагітності та прогресуючого погіршення стану плода чи плодів. Немає єдиного погляду на раціональність лікування найчастішого ускладнення, такого як невиношування вагітності та його діагностику і шляхи розродження [2, 6, 19].

У цьому аспекті, на нашу думку, вивчення особливостей перебігу вагітності та пологів у жінок з біхоріальною біамніотичною двійнею при спонтанному та індукованому заплідненні становить безумовний інтерес.

Мета роботи — провести ретроспективний аналіз перебігу вагітності, пологів та перинатальних наслідків у жінок з біхоріальною біамніотичною двійнею залежно від способу запліднення.

Матеріали та методи

Комплексно обстежено 432 роділлі з багатоплідністю, що склали основну групу обстеження. Критерій уведення в основну групу — біхоріальна біамніотична двійня з підтвердженим діагнозом за допомогою патологогістологічного дослідження плаценти. Усі жінки проживали в Києві. З дослідження вилучено вагітних з біхоріальними моноамніотичними та монохоріальними моноамніотичними двійнями й трійнями. Основну групу

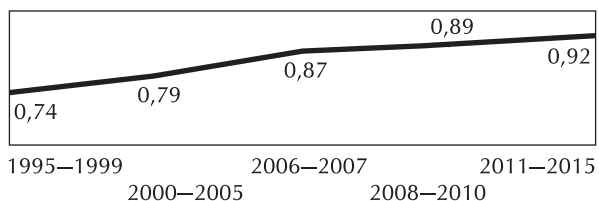


Рис. 1. Темпи розвитку багатоплідної вагітності в Україні за останні 20 років, %

жінок поділено на дві підгрупи. Першу підгрупу склали 193 вагітні з підтвердженим діагнозом «біхоріальна біамніотична двійня, яка настала внаслідок ДРТ, після ЕКЗ». Усім пацієнткам I підгрупи проведено повне клінічне обстеження, санація хронічних осередків інфекції, лікування хронічної екстрагенітальної патології. У I триместрі вагітним призначали гормональне лікування (утрожестан, дюфастон). За наявності причин невиношування проводили етіотропну та патогенетичну терапію. Другу підгрупу склали 158 жінок із підтвердженим діагнозом «біхоріальна біамніотична двійня в разі самостійного запліднення». Для порівняльної оцінки (контрольна група) вивчали особливості перебігу вагітності та пологів у разі одноплідної вагітності за спонтанного запліднення. Контрольну групу склали 150 вагітних з одноплідною самостійною вагітністю. Критерії введення в контрольну групу: кожна п'ята жінка, в якій пологи відбувалися у Перинатальному центрі Києва.

Клінічні спостереження та дослідження проводили на кафедрі акушерства та гінекології № 1 НМУ імені О.О. Богомольця та її клінічній базі — у Перинатальному центрі Києва.

Маркерами загрози передчасних пологів (ПП) була оцінка стану шийки матки за даними УЗД та її готовність до пологів (за допомогою тесту Actim Partus).

Ультразвукове та доплерометричне дослідження проводили на апараті Philips Medizinische System GmbH (Австрія).

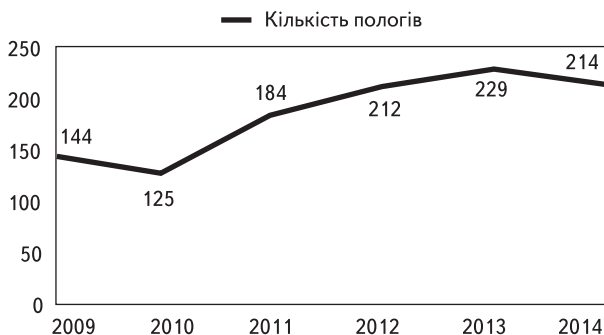


Рис. 2. Динаміка частоти багатоплідної вагітності в Перинатальному центрі м. Києва

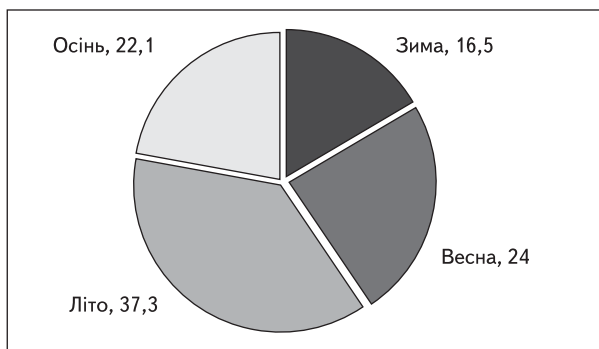


Рис. 3. Вплив сезонності на частоту біхоріальної біамніотичної двійні в разі самостійного запліднення, %

Експрес-тест Actim Partus фірми «Medix Biochemica» (Фінляндія) дає змогу визначити готовність шийки матки до пологів. За допомогою тесту в слизу каналу шийки матки виявляють фосфорильовану форму протеїну-1, що пов'язує інсуліноподібний фактор росту. За його концентрації понад граничне значення (10 мкг/л) в тестовому полі з'являється блакитна смужка (позитивний результат), що свідчить про загрозу ПП.

Дані обробляли з використанням статистичних методів кореляційно-регресійного аналізу, непараметричних методів аналізу із застосуванням програм «STATISTICA for Windows», «Microsoft Word». Графіки і діаграми будували за допомогою програми «Microsoft Excel».

Результати та обговорення

До чинників ризику розвитку спонтанної біхоріальної біамніотичної двійні належать спадкова схильність (за нашими даними, вона становить 47,7 %) та сезонність (рис. 3). Багатоплідні вагітності частіше бувають у сім'ях, де мати або батько, або обое з подружжя походять від багатоплідної вагітності. При цьому основну роль грає генотип матері. Найчастіше спонтанна багатоплідність виникає влітку (59–37,3 %). Ймовірно, на цей

процес впливає рівень сонячної інсоляції на момент запліднення.

Аналіз анамнестичних даних свідчить, що більшість вагітних основної (I та II підгрупи) та контрольної груп мали 26–35 років (53,4; 50,6 і 55,2 % відповідно), що відповідає найактивнішому періоду репродуктивної функції молоді жінки. У I підгрупі середній вік жінок становив 33 роки з розбіжністю від 27 та > 45 років, що пояснюється застосуванням ДРТ у пізнішому репродуктивному віці. Також у цьому віці спостерігається високий рівень спонтанної багатоплідності — середній вік 28 років з розбіжністю від 18 до 44 років (табл. 1). Таким чином, жінки з основної групи були вірогідно старші від пацієнок з контрольної.

Під час розподілу жінок за паритетом пологів з'ясовано, що самостійна багатоплідність частіше виникає у жінок, які народжують повторно або багато разів (79,7 %), а також, які мають вік після 26 років (62,0 %). Ймовірно, на цей процес впливає фолікулостимулюючий гормон, який в цей віковий період найактивніше продукується (рис. 4). Що стосується I підгрупи, то більшу кількість складала першородиллі (127 жінок, або 65,8 %). Це пояснюється застосуванням ДРТ при безплідності.

Як свідчать дані рис. 5, у вагітних I підгрупи втричі частіше були гінекологічні захворювання (68,9 %) порівняно з контролем (21,3 %). У більшості з них в анамнезі вказується на хронічні запальні захворювання органів малого таза (127 жінок, або 65,8 %). У вагітних II підгрупи та контрольної групи цей показник становив відповідно 36,7 і 20 % ($p < 0,05$), спостерігалися оперативні втручання на матці та придатках (8,3 % порівняно з 2,5 і 2,7 % відповідно); ($p < 0,05$). Серед оперативних втручань найширше були представлені операції на придатках (5,2–10 %), з приводу консервативної міомектомії (2–4 %) та ендометріозу (1,6–3 %).

Не мали екстрагенітальної патології більшість жінок контрольної групи (85,3–128 %), тобто

Таблиця 1

Розподіл жінок основної й контрольної груп за віком

Вік, роки	Основна група (I підгрупа) (n = 193)		Основна група (II підгрупа) (n = 158)		Контрольна група (n = 150)	
	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%
До 18	—	—	—	—	—	—
18–25	22	11,4	60	38,0	63	42,0
26–35	103	53,4	80	50,6	83	55,3
36–44	63	32,6	18	11,4	4	2,7
> 45	5	2,6	—	—	—	—

втричі менше, ніж унаслідок ДРТ (13,5—26 %) та в разі спонтанного запліднення (38,6—61 %; $p < 0,05$).

З екстрагенітальної патології в I та II підгрупах порівняно з контрольною групою найчастіше спостерігалася серцево-судинна патологія (24,4; 25,9 та 3,3 % відповідно; $p < 0,05$). Переважно виявляли хронічну венозну недостатність і вегетосудинну дистонію за гіпертензивним типом. Також серед екстрагенітальної патології в I підгрупі часто діагностували захворювання сечовидільної системи (11,9 % порівняно з 6,3 і 2,7 % відповідно; $p < 0,05$), хвороби травного каналу (21,3 % порівняно з 11,4 і 5,3 % відповідно; $p < 0,05$), органів дихання (7,8 % порівняно з 3,2 і 1,3 % відповідно; $p < 0,05$; рис. 6).

Високу частоту екстрагенітальної патології у жінок основної групи можна пояснити віковою категорією. У I підгрупі вірогідно часто спостерігалися захворювання ендокринної системи (13,5 % порівняно з 14,6 і 2,0 % відповідно; $p < 0,05$). Серед ендокринної патології виявляли аутоімунний тиреоїдит (2,6—5 %), ожиріння (ІМТ > 32; 4,7—9 %), гіперпролактинемію (0,5—1 %), гіперандрогенію (2,6—5 %).

Таким чином, екстрагенітальна патологія, обтяжений гінекологічний анамнез, незадовільні наслідки репродуктивного здоров'я є тим несприятливим тлом для розвитку вагітності, на якому

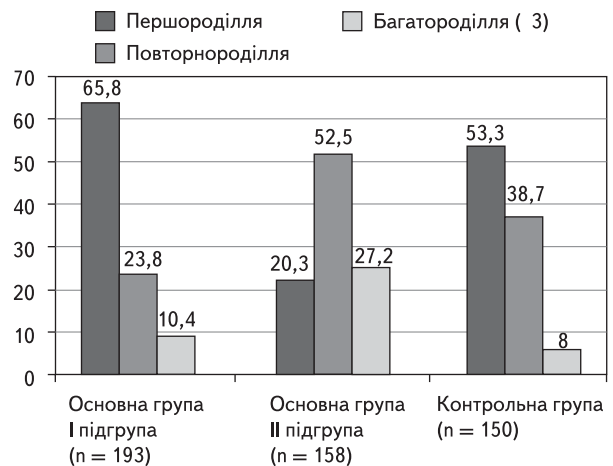


Рис. 4. Розподіл жінок основної й контрольної груп за паритетом пологів, %

скорочуються або обмежуються можливості адаптаційних механізмів у I підгрупі жінок.

Загроза ПП була приводом для стаціонарного лікування 67,8 % вагітних з багатоплідністю в разі застосування ДРТ (табл. 2). Отже, по-перше, не в усіх випадках враховують прогностичне значення виявів загрози невиношування вагітності в розвитку ПП. По-друге, система профілактики невиношування вагітності навіть у жінок з групи ризику не завжди дає змогу запобігти у них дострокове переривання вагітності і потребує



Рис. 5. Частота гінекологічних захворювань та оперативних втручань на органах малого таза, %



Рис. 6. Структура та частота екстрагенітальної патології у жінок, %

Таблиця 2

Структура акушерських ускладнень під час вагітності та пологів у жінок

Показник	Основна група (I підгрупа) (n = 193)		Основна група (II підгрупа) (n = 158)		Контрольна група (n = 150)	
	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%
Передчасне розривання навколоплідних оболонок	108	56,2*	17	10,7	2	1,3
Слабкість пологової діяльності	14	7,3*	10	6,5	1	0,5
Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти	4	2,1	2	1,3	—	—
Гіпотонічна кровотеча	25	12,9*	5	3,2	2	1,3
Преeklampсія	115	59,6*	22	14,4	12	8
Залізодефіцитна анемія	97	50,3*	51	26,2	8	5,3
Загроза передчасних пологів	130	67,8*	89	56,3	10	6,6
Істміко-цервікальна недостатність	59	30,5*	26	16,4	1	0,6
Гестаційний пієлонефрит	23	11,9	20	12,7	9	6,0
Дистрес плода	52	27,2*	4	2,5	2	1,0
Затримка розвитку плода	27	14,1*	5	3,2	1	0,6

Примітка. *Різниця порівняно з групою контролю статистично значуща ($p < 0,05$).

вдосконалення. По-третє, чинники, які зумовлюють ПП, формуються у таких жінок в ранні строки вагітності.

Вірогідно частіше (56,2 %) при багатоплідності спостерігається передчасне розривання навколоплідних оболонок (ПРНО). У разі застосування репродуктивних технологій цей показник вищий у 5 разів, ніж у разі самостійної багатоплідності. Ймовірно, на ПРНО впливає не тільки перерозтягнення м'язових структур матки, а й гормональна насиченість організму та можливе інфікування під час вагітності.

У вагітних основної групи частіше буває слабкість пологової діяльності, але вірогідної різниці при багатоплідності не помічено. Вона має значення порівняно з одноплідною вагітністю.

У жінок, яким застосовували ДРТ, порівняно з вагітними II підгрупи, вдвічі частіше відшарується нормально розташована плацента, але вірогідної різниці між іншими групами не зауважено.

У разі багатоплідності із застосуванням ДРТ у 4 рази підвищується ризик розвитку преeklampсії порівняно з багатоплідністю при самостійному заплідненні та в 7 разів порівняно з одноплідною самостійною вагітністю. Преeklampсія має тяжкий перебіг, виникає на ранніх термінах вагітності та часто поєднується з гестаційним пієлонефритом.

Частим ускладненням багатоплідності є гіпотонічна післяпологова кровотеча, яка виникає в 5 разів частіше порівняно з багатоплідністю в разі мимовільного запліднення та в 11 разів — за одноплідною вагітністю.

Ризик природжених вад розвитку плода в разі застосування ДРТ вищий порівняно з багатоплідною та одноплідною вагітностями в разі самостійного запліднення. Від 7,1 % (0,63 та 0 % відповідно порівняно з контролем) дизиготних двієнь у разі застосування ДРТ мають аномалії, що свідчить про важливість чинників внутрішньоматкового розвитку. Часто уражується один плід. Це може бути пов'язано з віком вагітної, а також з причинами тривалої безплідності. Наприклад, у 0,5 % вагітних спостерігається: діафрагмальна грижа, у 1,5 % — природжені вади серця, у 0,5 % — гідроцефалія, у 3,6 % — бронхолегенева дисплазія, у 0,5 % — підковоподібна нирка та дивертикул Меккеля, у 0,5 % — атрезія стравоходу й кишкова непрохідність.

Мертвонародженість у разі застосування ДРТ становить 1,0 % (немає показників у групі порівняння). У разі багатоплідності один плід часто уражається менше. Наприклад, у першому випадку — дистрес першого плода в 35–36 тиж вагітності й антенатальна загибель другого; у другому

Таблиця 3

Основні причини перинатальної смертності

Показник	Основна група (I підгрупа) (n = 193)		Основна група (II підгрупа) (n = 158)		Контрольна група (n = 150)	
	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%	Абс. кількість	%
Внутрішньоутробне інфікування	25	12,95*	4	2,7	3	1,6
Крайній ступінь незрілості	10	5,18*	4	2,5	1	0,5
Асфіксія	10	5,2*	2	1,0	1	0,5
Природжені вади розвитку	14	7,1*	1	0,63	—	—
Внутрішньошлуночкові крововиливи	11	5,7*	5	3,0	1	0,5
Мертвонародженість	2	1,0*	—	—	—	—

Примітка. *Різниця порівняно з групою контролю статистично значуща ($p < 0,05$).

випадку в термін вагітності 32 тиж — недостатній ріст першого плода і його антенатальна загибель. Антенатальна загибель плодів, за даними патолого-гістологічного дослідження, була зумовлена недостатністю матково-плацентарного комплексу, який не здатний забезпечити адекватні умови для оптимізації росту та розвитку двійні.

Дистрес плода в разі застосування ДРТ спостерігався у 27,2 % (2,5 та 1 % відповідно порівняно з контрольними групами), і на тлі плацентарної дисфункції призвів до затримки розвитку плода у 14,1 % жінок (контрольні показники 3,2 та 0,6 % відповідно). За показанням (дистрес плода, затримка розвитку) прооперовано 17 (18,9 %) жінок із 90 випадків кесаревого розтину. У дитячій реанімації, за даними патолого-гістологічного дослідження, від асфіксії померли 5,2 % (1,0 та 0,5 % відповідно) новонароджених у різні строки гестації.

У 65,8 % жінок у разі застосування ДРТ виявляють хронічні генітальні інфекції (36,7 та 20 % відповідно). Це призводить до внутрішньоутробного інфікування (ВУІ) плода та підвищує захворюваність дітей у пuerперальний період і має перинатальні наслідки. У жінок, які народили дітей з ВУІ, обтяжений соматичний і гінекологічний анамнез, у 56,2 % пологи ускладнюються ПРНО (10,7 та 1,3 % відповідно). Хронічні генітальні інфекції свідчать про ймовірність порушення соціальної поведінки, а також про зниження функціональних можливостей імунної системи під час вагітності, коли хронічна інфекція активізується та призводить до ВУІ у новонароджених (табл. 3). У дитячій реанімації, за даними патолого-гістологічного дослідження, від ВУІ померло 12,95 % (2,7 та 1,6 % відповідно) новонароджених у різні строки гестації.

До причин, які підвищують перинатальну смертність у пuerперальний період, належать

крайній ступінь незрілості до 5,18 % (порівняно з контрольними показниками 2,5 та 0,5 % відповідно; $p < 0,5$) і внутрішньошлуночкові крововиливи (до 5,7 % порівняно з контрольними показниками 3,0 та 0,5 % відповідно; $p < 0,5$), які часто бувають у недоношених дітей, зазвичай до 33-го тижня вагітності.

Висновки

1. Ретроспективний аналіз перебігу вагітності, пологів, пuerперального періоду та перинатальних наслідків дає підстави вважати, що багатоплідна вагітність в разі застосування допоміжних репродуктивних технологій порівняно з багатоплідною та одноплідною вагітністю в разі самостійного запліднення пов'язана з ризиком ускладнень у матері. Усі жінки належали до старшої вікової групи (середній вік — 33 роки \pm 5 років), мали обтяжений соматичний і гінекологічний анамнез. Усі вони довго лікувалися від безплідності, хворіли на генітальні інфекції. Перебіг вагітності характеризувався високою частотою загрози передчасних пологів (у 67,8 % порівняно з 56,3 та 6,6 % відповідно), істміко-цервікальною недостатністю (30,5 % порівняно з 16,4 та 0,6 % відповідно), розвитком анемії (50,3 % порівняно з 26,2 та 5,3 % відповідно), прееклампсією (59,6 % порівняно з 14,4 та 8 % відповідно). Перебіг пологів характеризувався високою частотою передчасного розривання навколоплідних оболонок (56,2 % порівняно з 10,7 та 1,3 % відповідно), слабкістю пологової діяльності (7,3 % порівняно з 6,5 та 0,5 % відповідно) і гіпотонічною кровотечею (12,9 % порівняно з 3,2 та 1,3 % відповідно).

2. Багатоплідна вагітність в разі застосування допоміжних репродуктивних технологій порівняно з багатоплідною та одноплідною вагітністю в разі самостійного запліднення пов'язана з

ризиком ускладнень для плода, а саме: природжених вад розвитку (7,1; 0,63 та 0 % відповідно), мертвонародженості (1 %), асфіксії новонародженого (5,2; 1,0 та 0,5 % відповідно), внутрішньоутробного інфікування (12,95; 2,7 та 1,6 % відповідно), крайнім ступенем незрілості (до 5,18; 2,5 та 0,5 % відповідно) та внутрішньошлу-

нчковими крововиливами (до 5,7; 3,0 та 0,5 % відповідно).

3. Таким чином, велика кількість ускладнень, що супроводжують вагітність і пологи в разі багатоплідності внаслідок допоміжних репродуктивних технологій, негативно позначаються на перинатальних наслідках.

Література

1. Айламазян Э.К. Роль ультразвукового исследования при ведении беременности двойней // Мед. акад. журн. — 2011. — Т. 11, № 1. — С. 110—114.
2. Александрова Н.В. Преждевременные роды при беременности, наступившей с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, пути профилактики // Акуш. и гин. — 2012. — № 4/2. — С. 33—38.
3. Баранов И.И. Перинатальные исходы при многоплодных родах // Акуш. и гин. — 2012. — № 1. — С. 98—102.
4. Белобаба Л.Ф., Григорів Л.Б., Дзюба Г.А. та ін. Багатоплідна вагітність: «Здоров'я матері та дитини». — К., 2011. — 288 с.
5. Бенюк В.О. Функціональний моніторинг у прогнозуванні перинатальних ускладнень у разі багатоплідної вагітності // Здоровье женщины. — 2010. — № 3. — С. 202—204.
6. Біла В.В. Многоплодная беременность: современные аспекты // 3 турботою про жінку. — 2012. — № 7 (37). — С. 12—16.
7. Бойчук А.Г., Вакалюк Л.М., Дрогомирецький Л.В. та ін. Особливості перебігу багатоплідної вагітності після застосування допоміжних репродуктивних технологій // Медико-соціальні проблеми сім'ї. — № 4. — 2013. — С. 38—40.
8. Вдовиченко Ю.П., Жук С.И., Мельник О.В. Беременность двойней — двойное требование к материнскому организму // Здоровье женщины. — 2011. — № 1 (57). — С. 64—67.
9. Веропотвелян М.П. Багатоплідна вагітність в акушерській практиці // Педіат., акуш. та гин. — 2009. — Т. 71, — № 2. — С. 56—63.
10. Галич С.Р. Багатоплідна вагітність після застосування допоміжних репродуктивних технологій та її вплив на демографічні процеси // Одеський мед. журн. — 2009. — № 5. — С. 67—71.
11. Демченко О.Б., Грищенко О.В., Коровай С.М., Вервейко Т.А. Возможные пути снижения рисков неблагоприятных исходов многоплодной беременности // Здоров'я України. — 2014. — № 3 (15). — С. 33—35.
12. Камінський В.В., Суханова А.А. та ін. Багатоплідна вагітність після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Особливості перебігу вагітностей із самовільною та штучною редукцією ембріонів // Здоровье женщины. — 2009. — № 6. — С. 34—40.
13. Коньков Д.Г. Багатоплідна вагітність: нові антенатальні аспекти з точки зору доказової медицини // Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2009. — № 4. — С. 5—11.
14. Маркін Л.Б. Допплерометричне дослідження гемодинамічних процесів у функціональній системі материнський організм — плацента — плід при багатоплідній вагітності // Прак. мед. — 2010. — Т. 16, № 5. — С. 3—9.
15. Романенко Т.Г. Профилактика послеродовых маточных кровотечений при многоплодной беременности // Здоровье женщины. — 2011. — № 10. — С. 80—82.
16. Barrett J.F., Hannah M.E., Hutton E.K. et al. Twin Birth Study Collaborative Group. A randomized trial of planned cesarean or vaginal delivery for twin pregnancy // N. Engl. J. Med. 2013;369 (14) : 1295—305.
17. Conde-Agudelo A., Belizán J.M., Lindmark G. Maternal morbidity and mortality associated with multiple gestations // Obstet Gynecol. 2000; 95 (6 Pt 1): 899—904.
18. Corsello G., Piro E. The world of twins: an update // J. Matern. Fetal. Neonatal Med. 2010;23 (Suppl. 3):59—62.
19. Koudstaal J., Bruinse H.W., Helmerhorst F.M. et al. Obstetric outcome of twin pregnancies after in vitro fertilization: a matched control study in four Dutch University hospitals // Hum. Reprod. — 2000. — N 15(4). — P. 935—940.

Б.М. Венцовский¹, И.В. Поладич¹, В.В. Белая², О.Ю. Костенко¹, К.С. Казидуб¹

Особенности течения беременности и родов у женщин с многоплодной беременностью

¹ Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев

² Перинатальный центр, г. Киев

Цель работы — изучить особенности течения беременности и родов у женщин с бихориальной биамниотической двойней при спонтанном и индуцированном оплодотворении.

Материалы и методы. Обследовано 432 роженицы с многоплодием, составивших основную группу обследования, которая была разделена на две подгруппы: I — 193 роженицы с бихориальной биамниотической двойней после вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) (ЭКО); II — 158 женщин с самостоятельной бихориальной биамниотической двойней. Контрольную группу составили 150 женщин с одноплодной самостоятельной беременностью.

Результаты и обсуждение. Многоплодная беременность при применении ВРТ в сравнении с многоплодной и одноплодной беременностью при самостоятельном оплодотворении связана с риском развития осложнений как для матери, так и плода. Все женщины относились к старшей возрастной группе, имели отягощенный соматический и гинекологический анамнез. Перинатальная заболеваемость и смертность при многоплодии в результате ВРТ значительно выше, чем в группах сравнения.

Выводы. Обнаружено большое количество осложнений, сопровождающих беременность и роды при многоплодии в результате ВРТ, отражающихся на перинатальных последствиях, которые оказываются более неблагоприятными, чем при самостоятельном многоплодии.

Ключевые слова: бихориальная биамниотическая двойня, течение беременности и родов, вспомогательные репродуктивные технологии, перинатальные потери.

B.M. Ventskiy¹, I.V. Poladich¹, V.V. Belaya², O.Yu. Kostenko¹, K.S. Kazydub¹

The specific features of the course of pregnancy and delivery in women with multiple pregnancy

¹ O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

² Perinatal Center, Kyiv, Ukraine

Objective. To study the characteristics of the course of pregnancy and childbirth in women with bichorial biamniotic twins depending on the mode of fertilization.

Materials and methods. The study involved 432 women with multiple pregnancy, which were included in the main surveyed group, divided into 2 subgroups: the first group included 193 mothers with bichorial biamniotic twin safter auxiliary reproduction (in vitro fertilisation IVF); the second group consisted of 158 women with spontaneous bichorial biamniotic twins. The control group consisted of 150 women with singleton spontaneous pregnancy.

Results and discussion. Multiple pregnancy after IVF, compared with a multiple and singleton pregnancies at unauthorized insemination involves the risk of complications for both mother and fetus. All women ranked to the older age group; and had burdened somatic and gynecological medical history. The perinatal morbidity and mortality in multiple pregnancy after IVF was significantly higher than in the comparison groups.

Conclusions. A large number of complications, accompanying pregnancy and childbirth at the multiple pregnancy after IVF, have been revealed as a result of the study. They became apparent in the perinatal consequences which were more unfavourable than at spontaneous multiple pregnancy.

Key words: bichorial biamniotic twins, pregnancy and childbirth, assisted reproductive technologies, perinatal loss.