

Сучасний погляд на багатоплідну вагітність з елементами доказової медицини

А.Н. Гайструк, О.В. Булавенко, Н.А. Гайструк, М.В. Шевчук, Л.В. Притуляк
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Для визначення причин розвитку ускладнень багатоплідної вагітності та їх попередження було проведено клініко-статистичний аналіз 27 індивідуальних карт вагітних та історій пологів у жінок з багатопліддям, які були під диспансерним наглядом в жіночій консультації та народжували протягом 2010–2011 років на базі ВМКПБ №2 м. Вінниці та проведено мета-аналіз досліджень, пов'язаних з багатопліддям.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, ускладнення, диспансерний нагляд.

Актуальність питання багатоплідної вагітності полягає в тому, що при цій вагітності значно зростає ризик розвитку різних ускладнень, як загальних для всіх вагітностей, так і типових тільки для багатоплідних.

Найважливішим завданням сучасного акушерства є антенатальна охорона плода, яка посідає провідне місце в комплексній програмі щодо охорони майбутнього покоління. Причини перинатальної смертності є різноманітні і залежать не тільки від соціальних чинників, але й від біологічних особливостей організму вагітної і плода, а однією з таких особливостей є не характерна для людини багатоплідна вагітність (М.В. Федорова и соавт., 2000; М.А. Фукс и соавт., 2001). Порівняно з одноплідною вагітністю у разі багатопліддя ускладнюється перебіг гестаційного періоду з високим рівнем ускладнень пологи, а також значно підвищується материнська і перинатальна захворюваність і смертність (Е.А. Чернуха и соавт., 1997; D. Campbell et al, 2001).

Багатоплідною називають вагітність двома чи більшою кількістю плодів. Народження двох і більше дітей називають багатоплідними пологами. Зважаючи на велику кількість ускладнень під час вагітності і в пологах при багатоплідді, своєчасне розпізнання та проведення профілактичних чи лікувальних заходів призводять в кінцевому результаті до зниження материнської та перинатальної смертності.

Мета дослідження: аналіз ускладнень при багатоплідній вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

При проведенні аналізу виявлено, що поздовжнє положення і головне передлежання обох плодів спостерігається в 21 випадках, що складає 78%, поздовжнє положення і сідничне передлежання другого плода спостерігається у 6 випадках (22%). Перебіг багатоплідної вагітності у 12 вагітних був ускладнений анемією (44%), пізні гестози спостерігалися у 7 вагітних (26%), гіпотензія у 3 вагітних (11%), гестаційний пієлонефрит відзначався у 9 вагітних, що складає 33%. Багатоводдя у одного з плодів діагностовано у 15 вагітних (56%), передчасні пологи у 20 вагітних (74%).

При аналізі пологів у вагітних з багатопліддям виявлено такі ускладнення, як слабкість пологової діяльності у 7 вагітних, що складає 26%, затримка частки плаценти у 4

випадках (15%); передчасне відходження навколоплодових вод у 10 жінок, що відповідає 37%.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Перинатальна захворюваність і смертність при двійні залежить від хоріальності. Згідно з дослідженнями Sebare, рівень перинатальної смертності, зумовлений в основному глибокою недоношеністю плодів при народженні, вище при монохоріальній двійні, ніж при дихоріальній (5% і 2% відповідно). Частота передчасних пологів до 32 тиж при монохоріальній вагітності складає 10% у порівнянні з 5% при дихоріальній двійні. Частота мимовільного переривання вагітності в період з 11-го по 24-й тиждень при дихоріальній двійні становить 2%, при монохоріальній – близько 10% [4]. Для визначення тактики ведення вагітності і пологів при багатоплідді вирішальну роль відіграє визначення зиготності, хоріальності і кількості амніотичних порожнин.

Виділяють два різновиди двійні: двояйцеву (дизиготну) і однайцеву (монозиготну). При однайцевих двійнях запліднюється одна яйцеклітина. Кількість плацент, що формуються при цьому типі двійні, залежить від строку ділення єдиної заплідненої яйцеклітини. Якщо ділення відбувається протягом перших 72 год після запліднення (до стадії морули), то формуються два ембріона, два амніона, два хоріона/плаценти. Міжплодова перегородка, як і при двояйцевої двійні, складається з чотирьох шарів. Таку однайцеву двійню називають біхоріальною біамніотичною. Коли ділення яйцеклітини відбувається в інтервалі 3–8 діб після запліднення (стадія бластоцисти), то формуються два ембріона, два амніона, але один хоріон/плацента. Міжплодова перегородка при цьому складається з двох шарів амніона. Такий тип однайцевої двійні вважають монохоріальним біамніотичним. При діленні яйцеклітини в інтервалі 8–13 діб після запліднення формуються один хоріон і два ембріона, оточені єдиною амніотичною оболонкою, – міжплодова перегородка відсутня. Таку однайцеву двійню називають монохоріальною моноамніотичною. Результат ділення заплідненої яйцеклітини на більш пізніх строках (після 13-ї доби), коли вже сформовані ембріональні диски, – це зрощена двійня. Таким чином, біхоріальними можуть бути як двояйцеві, так і однайцеві двійні, тоді як монохоріальними – тільки однайцеві [1, 6].

За останнє десятиліття підвищилася частота багатопліддя у зв'язку зі зростанням безпліддя, що потребує використання індукції овуляції, стимуляції суперовуляції у програмах допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), включаючи екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ) і перенесення ембріонів (ПЕ) [9].

Із розвитком репродуктивних технологій, які збільшують число багатоплідної вагітності (БВ), зростає кількість чинників, що можуть негативно впливати на перебіг вагітності, материнську захворюваність і пов'язані з нею матеріальні витрати, що зростають більш ніж на 40% у порівнянні з одноплідною вагітністю [6, 9].

Найбільш частими та вагомими ускладненнями при багатоплідді є прееклампсія різних ступенів тяжкості, передчасні пологи, передчасне відходження навколоплодових вод, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, гестаційний діабет, пієлонефрит, післяпологові кровотечі, анемію та ін. [7].

Дві третини БВ закінчуються одноплідними пологамі внаслідок втрати іншого ембріона в результаті кровотечі, редукції і подальшої резорбції протягом перших 10 тиж вагітності [6].

За даними Канадської спільноти акушерів-гінекологів і спільноти безпліддя та андрології ризик ВВР при БВ після ДРТ підвищується у 2 рази у порівнянні зі спонтанною вагітністю.

У світовій літературі також є дані щодо достовірного підвищення частоти ВВР плода при БВ внаслідок ДРТ. Дійсно, з біологічної точки зору підвищення ризику ВВР при використанні ДРТ цілком можливе. До чинників, які можуть підвищувати цей ризик, відносяться як і самі причини безпліддя, так і ті, що безпосередньо пов'язані з процедурою ДРТ – заморожування і розморожування ембріонів, відтерміноване запліднення ооцитів, препарати для індукції овуляції, а також медикаменти, що використовують для підтримки лютеїнової фази. Результат мета-аналізу дослідження свідчить про статистично достовірне підвищення ризику ВВР на 30–40% при використанні ДРТ порівняно зі спонтанною вагітністю [6].

Автори рекомендують проводити інвазивні генетичні дослідження усім жінкам з БВ віком понад 31 рік.

Для вироблення правильної тактики ведення вагітності та пологів при багатоплідді вирішальне значення має раннє (у I триместрі) визначення хоріальності (числа плацент) і діагностика самої БВ. В епоху «До УЗ-обстеження» в акушерській практиці діагноз БВ нерідко встановлювали на пізніх строках або навіть під час пологів.

Наявність двох окремо розташованих плацент та міжплодової перегородки завтовшки понад 2 мм слугують достовірним критерієм біхоріальної двійні. При виявленні єдиної «плацентарної маси» потрібно диференціювати «єдину плаценту» (монохоріальні двійнята) від двох, що злилися (біхоріальні двійні). Наявність специфічних ультразвукових критеріїв – Т- і λ-ознак, що формуються в основі міжплодової перегородки, – з великою мірою достовірності дозволяє поставити діагноз моно- або біхоріальної двійні. Виявлення λ-ознаки при УЗД на будь-яких строках гестації свідчить про біхоріальний тип плацентації, Т-ознака свідчить про монохоріальність. Найбільш оптимальним строком вагітності для діагностики хоріальності двієнь є 10–13-й тиждень гестації. Слід урахувати, що при збільшенні терміну гестації λ-ознака стає менш доступною для дослідження [1, 2].

Для широкого прогнозування перебігу вагітності та пологів при багатоплідді має тип хоріальності. Саме хоріальність визначає перебіг вагітності, її результати і перинатальну захворюваність. Найбільш несприятливою у плані перинатальних ускладнень є монохоріальна БВ, яку спостерігають у 65% випадків однойцевих двійнят. Перинатальна смертність при монохоріальних двійнятах незалежно від зиготності у 3–4 рази перевищує таку при біхоріальній. Причини полягають у проблемі плацентарної васкуляризації. Нерівномірність плацентарної циркуляції навіть на одній ділянці може призвести до дискордантних порушень серед близнят [7].

Монохоріальна двійня порівняно з дихоріальною супроводжується вищим ризиком: перинатальної смертності – 11,6% при монохоріальній та 5% при дихоріальній двійні; внутрішньоутробної загибелі плода після 32 тиж; тяжкого дискордантного розвитку плодів (>20%).

У монохоріальних близнят у порівнянні з дихоріальними частота інтранатальної загибелі вища. Монохоріальність і дискордантна вага є чинниками, які достовірно пов'язані зі смер-

тю внутрішньоутробно. Багато спостережень свідчать, що для перинатальних результатів більше значення має хоріальність двієнь, ніж зиготність [5]. Найбільш серйозною проблемою при монохоріальній плацентації є синдром фето-фетальної трансфузії (СФФТ).

Таким чином, чітке визначення хоріальності є значним кроком у виборі оптимальної тактики ведення БВ.

Згідно з клінічними протоколами (стандартів надання медичної допомоги) програма ведення БВ включає основні та індивідуальні заходи роботи лікаря. До основних заходів відносять профілактичні і діагностичні заходи, які слід запропонувати всім пацієнткам з БВ. Індивідуальні заходи (залежні від хоріальності) відрізняються для моно- і біхоріальної двійні.

Пацієнткам з БВ необхідно відвідувати жіночу консультацію частіше, ніж з одноплідною, але головним є індивідуальний підхід та програма ведення кожної вагітної з багатопліддям лікарем жіночої консультації, який залежить від акушерської ситуації в кожному окремому випадку [4].

При проведенні першого УЗД в 10–13 тиж визначають життєздатність плодів, хоріальність, товщину шийної складки (анеуплоїдія) та ВВР. При наступному УЗД (20–22 тиж) виявляють структурні аномалії [3].

Пацієнтка з БВ повинна бути проінформована щодо особливостей перебігу та найбільш частих ускладнень БВ, особливостей антенатального спостереження і необхідних лікувально-діагностичних утручань. Жінку з БВ необхідно навчити розпізнавати небезпечні симптоми, а саме біль внизу живота, кров'янисті виділення зі статевих шляхів, зменшення рухової активності плодів, головний біль, втрата свідомості, слабкість, запаморочення, нудота, блювання, порушення зору (помутніння, двоїння), спрага, зменшення сечовиділення, раптові набряки рук, ніг. Наявність хоча б одного з цих небезпечних симптомів у вагітної є показанням до екстреної госпіталізації.

Вагітним з багатопліддям після 12-го тижня гестації бажано призначати полівітамінні комплекси з доведеною науковою базою, що профілактують анемію вагітних та ВВР.

Частота розвитку такого ускладнення, як пізній гестоз у жінок з багатопліддям, може досягати 45%. При БВ гестоз зазвичай виникає раніше і його перебіг більш тяжкий, ніж при одноплідній вагітності, що пояснюється морфо-функціональними змінами в плаценті. У значного числа вагітних з двійнятами внаслідок анатомо-фізіологічних особливостей періоду вагітності: надмірного збільшення внутрішньосудинного об'єму розвиваються артеріальна гіпертензія (АГ) і набряки, і цих жінок помилково відносять до групи вагітних з гестозом. У таких випадках швидкість клубочкової фільтрації підвищена, протеїнурія незначна або відсутня, а зниження величини гематокрит у динаміці свідчить про збільшений об'єм плазми. У цих вагітних настає значне покращання стану при дотриманні ліжкового режиму. Таким вагітним згідно з клінічними протоколами та принципами доказової медицини необхідно призначати низькі дози ацетилсаліцилової кислоти для профілактики прееклампсії. Застосування низьких доз ацетилсаліцилової кислоти (50–150 мг/доб) з 20-го тижня вагітності сприяє зниженню частоти прееклампсії на 13%.

При БВ найбільший ризик – це передчасне народження, що виникає в 30–50% випадків. Передчасні пологи (народження раніше 37 тиж) відбуваються в 43,6% випадків усіх пологів двійнятами у порівнянні з 5,6% при одноплідній вагітності. Ризик передчасних пологів вище при монохоріальних двійнях, ніж при дихоріальних – 9,2% монохоріальних двієнь народжуються раніше 32-го тижня в порівнянні з 5,5% дихоріальних двієнь.

Достовірною ознакою передчасних пологів є визначення довжини шийки матки. Визначення довжини шийки матки за допомогою пальцевого вагінального дослідження або УЗД рекомендується як метод оцінювання ризику передчасних пологів, якщо довжина шийки матки менше 20 мм, існує досить

високий ризик передчасних пологів [5]. Основною умовою визначення довжини шийки матки є УЗД в динаміці.

Для попередження та профілактики передчасних пологів при «короткій шийці» можна застосувати акушерський пеларій, накладання шва на шийку матки або їх комбінацію.

Для профілактики та комплексного лікування передчасних пологів при БВ необхідно використовувати прогестерон (мікронізований прогестерон) та β-міметики, що достовірно знижує дозу останніх, а також необхідно використовувати охоронний режим, який передбачає виключення психічного стресу та тривоги, фізичної перевтоми.

Введення кортикостероїдів пацієнткам до 34 тиж вагітності, коли існує ризик передчасних пологів у наступні 48 год, сприяє поліпшенню результату для немовлят. Невідомо про необхідність введення вищих доз кортикостероїдів при БВ.

Було проведено систематичний огляд досліджень із метою оцінювання ефективності та ускладнень антенатального скринінгу на наявність інфекцій нижніх статевих шляхів, а також програм лікування для зниження частоти передчасних пологів і пов'язаною з ними захворюваністю. Існують докази найбільш високого рівня достовірності, що програми скринінгу і лікування інфекцій вагітних можуть знижувати частоту передчасних пологів і народження недоношених дітей із малою масою тіла [8].

Індивідуальні заходи для ведення БВ

Ведення дихоріальної двійні. Проводять УЗД (фетометрія) на 26, 30, 33, 36-му тижні вагітності. На пологи жінку з багатопліддям слід направляти до лікувальних закладів 3-го рівня, якщо ж діагностується ускладнення (фетальне або материнське), – її госпіталізують до спеціалізованого перинатального центру. У деяких умовах 2-го рівня можна проводити розродження вагітних двійнятами за наявності відповідних умов (персонал, інфраструктура, устаткування) для надання екстреної допомоги матері та новонародженим; при дихоріальних двійнях методи розродження і ведення пологів слід обговорювати на 34–36-му тижні гестації; розродження необхідно запланувати на 37–38-й тиждень вагітності. Госпіталізацію для розродження здійснюють в повні 37–38 тиж (якщо немає показань для більш раннього розродження) [6].

Доступні результати ретроспективних досліджень свідчать про підвищення ризику несприятливого результату вагітності для двієнь зі збільшенням гестаційного строку, при цьому найменший ризик перинатальної смертності та захворюваності визначається на 36-му і 38-му тижні вагітності.

Сведения об авторах

Гайструк Анатолій Никифорович – кафедра акушерства і гінекології №2 Вінницького національного медичного університету ім.Н.И.Пирогова, 21018, г. Вінниця, ул. Пирогова, 56; тел.:(0432)57-03-60

Булавенко Ольга Васильевна – кафедра акушерства і гінекології №2 Вінницького національного медичного університету ім.Н.И.Пирогова, 21018, г. Вінниця, ул. Пирогова, 56; тел.:(0432)57-03-60

Гайструк Наталія Анатольевна – кафедра акушерства і гінекології №2 Вінницького національного медичного університету ім.Н.И.Пирогова, 21018, г. Вінниця, ул. Пирогова, 56; тел.:(0432)57-03-60

Шевчук Михайл Васильевич – Уманская центральная районная больница Черкасской области, 20300, г. Умань, ул. 24 Партсъезда, 2; тел.: 095-92-056-94

Причуляк Лариса Викторовна – Областной перинатальный центр в составе областной больницы, 29000, г. Хмельницкий, ул. Пилотская, 1; тел.: 067-250-30-66

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. – Акушерство: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
2. AIUM practice guideline for the performance of an antepartum obstetric ultrasound examination. J. Ultrasound Med. 2003; 22: 1116–1125.
3. Наказ N417, від 15.07.2011, м.Київ
4. Sebire N., Snijders A. et al. // Brit. J. Obstet. Gynaecol. – 1997. – Vol. 104. – P. 1203–1207.
5. Научно-практический журнал для акушер-гинекологов «3 турботою про жінку», дайджест публікацій компанії

Ведення монохоріальних двійнят. Ультразвукове оцінювання стану плодів слід проводити 1 раз на місяць при неуспадненій монохоріальній двійні, починаючи з 20-го тижня. УЗД в 24 тиж спрямоване на виявлення СФФТ [6, 7].

При монохоріальній двійні застосовують тактику вагінального розродження, якщо немає загальноприйнятих, специфічних клінічних показань до кесарева розтину, таких, як сідничне передлежання одного з плодів або кесарів розтин в анамнезі. У разі вагітності монохоріальними двійнятами методи розродження і ведення пологів необхідно обговорювати на 32–34-му тижні вагітності. Пологи слід спланувати на 36–37-й тиждень вагітності, якщо відсутні показання до раннього розродження. При неуспаднених монохоріальних діамніотичних двійнях (без затримки розвитку плода), не дивлячись на інтенсивне спостереження за станом дитини, може існувати підвищений ризик антенатальної загибелі плода [7, 6].

ВИСНОВКИ

Таким чином, багатоплідна вагітність – це вагітність з високим ризиком, яка потребує особливого ставлення лікаря до вагітної, а вагітної до свого здоров'я. Тактика лікаря має бути спрямована на визначення хоріальності; розроблення переважно індивідуального плану відвідування вагітної з багатопліддям жіночої консультації; необхідні профілактикувати ускладнення вагітності (пreekлампсія, анемія); при УЗД в динаміці проводити трансвагінальну цервікометрію з метою профілактики передчасних пологів; розродження при дихоріальній двійні рекомендується проводити на 37–38-му тижні вагітності, при монохоріальній – на 36–37 тижні; лікування і профілактика інфекції пологових (статевих) шляхів.

Современный взгляд на многоплодную беременность с элементами доказательной медицины
А.Н. Гайструк, О.В. Булавенко, Н.А. Гайструк, М.В. Шевчук, Л.В. Причуляк

Для определения причин развития осложненной многоплодной беременности и их предупреждения был проведен клинико-статистический анализ 27 индивидуальных карт беременных и историй родов у женщин с многоплодием, которые находились под диспансерным наблюдением в женской консультации и рожали в течение 2010–2011 годов на базе ВМКПБ № 2 г. Винницы, и проведен мета-анализ исследований, связанных с многоплодием.
Ключевые слова: многоплодная беременность, осложнения, диспансерный надзор.

Статья поступила в редакцию 01.04.2013