

Многоплодная беременность. Современный взгляд на проблему

Ю.Я. Круть, Е.В. Бабинчук

Запорожский государственный медицинский университет

В статье рассмотрены современные взгляды на ведение и родоразрешение женщин с многоплодной беременностью.

Ключевые слова: многоплодная беременность, фетоплацентарный комплекс, хориальность, ультразвуковое исследование, доплерометрия.

Повышенный интерес к многоплодной беременности существует еще с древних времен, не ослабевает он и в настоящее время. Одной из причин является то, что частота многоплодной беременности после резкого спада в 70-е годы XX ст. существенно возросла в последние 15–20 лет, приобретая масштабы эпидемии, что вывело эту проблему в разряд экстраординарных.

За последние 20 лет во всем мире отмечен резкий скачок количества многоплодных беременностей и родов и эта тенденция сохраняется в настоящее время. И если частота разнородных двоен значительно варьирует в различных регионах, то частота монозиготных двоен (развивающихся из одной оплодотворенной яйцеклетки) является относительно стабильной по всему миру и достигает 3,5–5 на 1000 беременностей. Таким образом, различия между странами в уровне многоплодия обуславливаются различной частотой дизиготных двоен (являющихся результатом оплодотворения двух различных яйцеклеток). Украина относится к группе стран с прогнозируемо низким показателем многоплодных родов. В то же время за последние 5 лет установлено увеличение удельного веса многоплодных родов на 21,5%, а общий прирост родов несколькими плодами за период с 1999 года составил почти 30%. Однако истинный уровень многоплодия, а также частота и структура сопутствующих материнских и неонатальных осложнений до сих пор остаются недостаточно изученными [1].

По количеству осложнений для матери и плодов в течение беременности и в родах многоплодие относится к случаям высокого акушерского и перинатального риска.

Многоплодная беременность не свойственна для женщины как биологического вида (организм женщины не приспособлен ни физиологически, ни анатомически для вынашивания и выкармливания одновременно нескольких детей) [12].

Для того чтобы своевременно выявить, предупредить или уменьшить степень выраженности специфических осложнений, необходимо понимание и знание особенностей течения многоплодной беременности и основных рисков с нею связанных.

До сих пор не существует единых алгоритмов, как правильно наблюдать, лечить и родоразрешать женщин с различными вариантами многоплодной беременности [1].

Одним из главных факторов, контролирующих частоту дизиготных двоен в популяции, считается уровень секреции гипофизарных гонадотропинов. Установлено, что уровень их секреции увеличивается с возрастом женщины. Известно также, что он выше у представительниц негроидной расы и ниже у японских женщин по сравнению с европейскими. Это согласуется с данными о том, что частота дизиготных двоен растет с возрастом матери и пари-

тетом, а также варьирует в зависимости от расовой принадлежности. Кроме того, их частота зависит и от генетической предрасположенности (наличия многоплодия в семейном анамнезе). Наступление беременности в возрасте более 35 лет способствует повышению риска развития многоплодия. Кроме того, рост частоты двоен может быть следствием расширения применения гормональных препаратов, в том числе для стимуляции овуляции, лечения бесплодия, а также – нерационального использования вспомогательных репродуктивных технологий. Неспецифическими осложнениями многоплодной беременности являются: ранний токсикоз, угроза прерывания беременности, преэклампсия, анемия, многоводие, кровотечения во время беременности и в родах, послеродовые воспалительные заболевания и т.д. [5].

Преждевременные роды являются одним из наиболее частых осложнений беременности у женщин с многоплодием, составляя от 43% до 87% и резко возрастая с увеличением порядка многоплодия. В то же время гестационный возраст и масса плодов являются двумя наиболее важными факторами, влияющими на перинатальную заболеваемость и смертность. Наиболее вероятной причиной, вызывающей преждевременные роды при многоплодии, считают перерастяжение мышечных волокон матки, которое, в отличие от наблюдаемого при одноплодной беременности, начинается во II триместре, а также прогрессирующий дефицит маточно-плацентарного кровотока. Кроме того, перерастяжение матки при многоплодной беременности обуславливает раннее укорочение и раскрытие шейки матки и, следовательно, возможность контакта плодных оболочек с бактериальной флорой влагалища, что приводит к развитию амнионита с последующим преждевременным излитием околоплодных вод. С целью своевременной и адекватной оценки состояния шейки матки у беременных с многоплодием профессор Birgit Arabin (Нидерланды) предложила проводить в динамике УЗИ с помощью ТВД в двух положениях: стоя и лежа [7].

Серьезным осложнением многоплодной беременности является преэклампсия. Частота ее варьирует от 6% до 68%. Частота развития HELLP-синдрома также выше, чем при одноплодной беременности, и достигает 1,0%. Следует отметить, что преэклампсия встречается в 2 раза чаще у первородящих женщин, чем у повторнородящих. Полагают, что пол плодов и зиготность при многоплодной беременности не влияют на частоту преэклампсии, в то же время частота ее достоверно выше при монохориальном типе плацентации [6].

Чаще, чем при одноплодной беременности, при многоплодии наблюдаются послеродовый эндометрит, кровотечение в послеродовой период, инфекции мочевых путей, что связывают с большими размерами плацентарной площадки и большей частотой оперативного родоразрешения, атонией миометрия, вызванной внезапной декомпрессией перерастянутой матки.

Наряду с высокой частотой осложнений для матери при многоплодной беременности возрастает вероятность

неблагоприятного исхода для плода. Хотя роды двумя и более плодами составляют всего 1–2% от всех родов (в Украине – 0,96%), показатель перинатальной смертности при многоплодии в 5–10 раз выше, чем при беременности одним плодом.

Наиболее частой причиной перинатальной заболеваемости и смертности является недоношенность как результат преждевременных родов и малая масса тела детей при рождении. Каждая вторая беременность двойней завершается родами до или на 36-й неделе беременности и каждая вторая беременность более высокого порядка заканчивается родами до 32-й недели беременности.

Следующая причина перинатальной заболеваемости и смертности при многоплодии, которая, как правило, является следствием плацентарной недостаточности, – задержка внутриутробного развития плодов и наблюдается она более чем у 30–60% беременных [3]. На основании опереждения биометрических показателей при УЗИ выделяют различные типы развития плодов у женщин с двойней. При физиологическом типе биометрические показатели плодов в динамике практически не отличаются от аналогичных данных при нормальном течении одноплодной беременности, а также не выявляется существенных различий – диссоциации в размерах первого и второго плодов. При гипотрофии и отсутствии диссоциации (в пределах до 10–20% массы тела) биометрические показатели первого и второго плодов практически одинаковы, но существенно отличаются от аналогичных данных при одноплодной беременности.

Существует точка зрения, что рост плодов при двойне начинает замедляться приблизительно в тот момент, когда масса тела обоих соответствует массе одного плода при 36-недельном сроке гестации. На основании антропометрических данных, полученных при обследовании 250 000 (!!!) близнецов, L. Keith и I. Blickstein составили перцентильные таблицы развития (роста) плодов при двойнях и предложили считать нормой фетометрические показатели при многоплодии, находящиеся в пределах от 10-й до 50-й перцентили, меньше 10-й перцентили трактовать как задержку внутриутробного развития (ЗВУР), а больше 50-й перцентили – как гипертрофию (для двоен).

Специфические осложнения многоплодной беременности

Большое значение имеет также определение особенностей плацентации. Напомним, что в зависимости от типа плацентации двойня может быть дихориальной (дихориальной-диамниальной, ДХДА) и монохориальной (монохориальной-моноамниальной, МХМА или монохориальной-диамниальной, МХДА). Приблизительно 80% плацент при беременности двойней являются дихориальными, 20% – монохориальными. Дизиготные двойни – всегда дихориальные, в то же время монозиготные двойни в зависимости от сроков, когда происходит деление надвое, могут быть монохориальными и дихориальными (при раздельной имплантации монозиготных близнецов). Тип плацентации является фактором, который существенно влияет на перинатальную заболеваемость и смертность.

Монохориальная плацента – единая структура, в 90–95% содержащая сосудистые анастомозы между плацентарными системами кровообращения двух плодов, что в ряде случаев является основой для развития таких серьезных осложнений многоплодной беременности, как синдром фето-фетальной трансфузии (СФФТ) и синдром обратной артериальной перфузии. СФФТ осложняет течение беременности у 10–15% монохориальных двоен (или около 4% всех беременностей двойнями). Для данной патологии характерны различные по числу и размеру артериовенозные анастомозы в плаценте, по которым осу-

ществляется однонаправленный (или асимметричный двунаправленный) ток крови от одного плода к другому. При этом плод-донор – маленький, с выраженной задержкой развития, анемией, гиповолемией в сочетании с маловодием, а плод-реципиент – крупный, с полицитемией, гиперволемией, кардиомегалией и застойной сердечной недостаточностью и многоводием. Острое многоводие в сочетании с диссоциированным развитием плодов может быть первым клиническим симптомом СФФТ. При выраженном СФФТ наступает антенатальная гибель одного плода с последующей острой гиповолемией второго плода, переносом тромбопластического материала от умершего плода к живому и развитием у него ДВС-синдрома и церебральных нарушений, что представляет непосредственную угрозу для его жизни и тяжелой инвалидизации в дальнейшем. Перинатальная смертность при некорригированном СФФТ – от 60% и более, в зависимости от сроков возникновения и степени выраженности. В связи с этим актуальной является проблема его ранней диагностики и выбора метода лечения.

В настоящее время с целью коррекции состояния плода(ов) при СФФТ применяют: амниодренаж, лазерную коагуляцию анастомозов (в 18% случаев в течение 48 ч происходит гибель одного из плодов), селективный фетисайд (селективная редукция плода).

Врожденные пороки развития (ВПР) при многоплодной беременности по сравнению с одноплодной (и чаще у монозиготных близнецов). При двойне ВПР наблюдаются в 4–6% случаев, это в 2 раза чаще, чем при беременности одним плодом.

Специфическим осложнением многоплодной беременности является гибель одного из плодов. По данным некоторых авторов, на 10 беременностей двойней приходится только одни многоплодные роды. На основании УЗИ в ранние сроки беременности установлено, что в отдельных случаях происходит элиминация одного из плодных яиц (по крайней мере в 20–30% случаев беременностей двойнями). Причиной может быть анэмбриония или гибель одного эмбриона, который по мере прогрессирования беременности подвергается постепенной резорбции. Этот феномен известен как феномен «исчезнувшего близнеца» (vanishing twin) и наблюдается большей частью в течение первых 7 нед гестации.

При невозможности предотвратить преждевременные роды и рождении первого плода до 24 нед гестации, по существующему европейскому опыту (Португалия, Нидерланды) второй (третий) может оставаться в матке, при этом беременность пролонгируется и выживаемость второго плода достигает 60%, а после 29 нед гестации – до 90% (B. Arabin).

При перинатальном сопровождении ДХДА считают целесообразным использование УЗИ-фетометрии в 26, 30, 33, 36 нед беременности с обязательным проведением трансвагинальной цервикометрии и доплерометрии в магистральных сосудах плодов. Дополнительным методом может быть определение биофизического профиля плодов, который имеет высокую диагностическую ценность выявления «нормы» и достаточно большой процент ложнонегативных результатов при нарушении состояния плода. Рекомендованные сроки родоразрешения – полных 37–38 нед.

Беременных с монохориальными двойнями (МХДА) между 24-й и 30-й неделями гестации следует наблюдать 1 раз в 2 нед, а после 30-й недели – еженедельно (включая общий осмотр, акушерское обследование, УЗИ, цервикометрию, доплерометрию в сосудах пуповины, СМА, венозном протоке).

Тактика родоразрешения беременных с многоплодием

В большинстве европейских стран предпочтение отдают программированному родоразрешению (индуцированные роды) в 38 полных недель, так как доказано, что дальнейшее пролонгирование беременности влечет за собой достоверное повышение риска внутриутробной гибели одного или обоих плодов, причина которой остается неясной. Рекомендуемым сроком родоразрешения монохориальной, моноамниотической двойни является 32 нед беременности после проведения курса кортикостероидов, что связано прежде всего со значительным увеличением перинатальных потерь после 32 нед гестации. На сегодняшний день отсутствует общепринятый алгоритм акушерского и перинатального сопровождения пациенток с многоплодием различной степени.

Подводя итог изложенному выше, можно сделать вывод, что ведение многоплодной беременности требует от специалиста наивысшей степени профессионализма и внимания.

Багатоплідна вагітність. Сучасний погляд на проблему

Ю.Я. Круть, Є.В. Бабинчук

В статті розглянуті сучасні погляди на ведення та пологорозродження жінок з багатоплідною вагітністю.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, фетоплацентарний комплекс, хоріальність, ультразвукове дослідження, доплерометрія.

Multiple pregnancies. The modern approach to the problem

YY Cool, EV Babinchuk

In the article considered complementary methods for conduct and delivery of women with a multiple pregnancy.

Key words: multiple pregnancy, feto-placental unit, chorionicity, ultrasonic scanning, Doppler ultrasonography.

Сведения об авторах

Круть Юрий Яковлевич – Запорожский государственный медицинский университет, 69035, г. Запорожье, просп. Маяковского, 26.

Бабинчук Елена Васильевна – Запорожский государственный медицинский университет, 69035, г. Запорожье, просп. Маяковского, 26. E-mail: babinchuk.sergej@mail.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вдовиченко Ю.П. Багатоплідна вагітність, Ч. 1 (для слухача) / Ю.П. Вдовиченко, Н.Г. Гойда, О.М. Юзько. – К., 2011. – 288 с.
2. Фукс М.А. Многоплодная беременность / М.А. Фукс, Л.Б. Маркин. – К.: Здоров'я, 1990. – 128 с.
3. Тришкин А.Г. Комплексная функциональная диагностика плацентарной недостаточности во время беременности и в родах/ А.Г. Тришкин, Л.Б. Николаева, Н.В. Артымук, В.А. Калядов // Медицина в Кузбассе. – 2005. – № 7. – С. 161–162.
4. Краснопольский В.И. Система оценки степени тяжести фетоплацентарной недостаточности у беременных и рожениц / В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова, В.А. Петрухин, С.В. Новикова, Л.И. Титченко, М.В. Капустина, В.М. Гурьева, Т.В. Реброва, О.А. Салдусова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – № 5. – С. 87–95.
5. Новикова С.В. Особенности течения и перинатальные исходы у беременных с двойней / С.В. Новикова, А.А. Жарова, И.В. Климова, Е.Б. Цивцивадзе // Мать и дитя в Кузбассе. – 2010. – Спецвып. № 1. – С. 124–127.
6. Поварова А.А. Особенности роста плодов при монохориальной двойне / А.А. Поварова, Л.Г. Сичинава, А.Е. Бугеренко, Ю.В. Выхристюк // Вестник РГМУ. Специальный выпуск –2011. – № 2 (200). – С. 39–41.
7. Голота В.Я. Ультразвукова діагностика в прогнозуванні перебігу вагітності та пологів при багатоплідді / В.Я. Голота, В.О. Бенюк, С.В. Тагайчинова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – № 1. – С. 83–85.
8. Голота В.Я. Медико-соціальні аспекти багатопліддя / В.Я. Голота, В.О. Бенюк, С.В. Тагайчинова // Укр. мед. часопис. – 2004. – № 5. – С. 103–105.
9. Фролова О.Г. Многоплодная беременность: вопросы методологии и эпидемиологии / О.Г. Фролова, С.И. Глиняная, И.А. Ильичева // Акушерство и гинекология. – 2001. – №2. – С. 3–5.
10. Does chorionicity or zygosity predict adverse perinatal outcomes in twins? / J. Dube, L. Dodds, B.A. Armson // Obstet. Gynecol. 2002. – Vol. 186. – P. 579–583.
11. Some perinatal characteristics of monozygotic twins who are dichorionic / G. Machin, F. Bamforth, M. Innes and K. McNichol// Med. Genet. – 1995. – Vol. 55. – P. 71–76.
12. Adverse perinatal outcome of tmin pregnancies according to chorionicity: review of literature / D.M. Sherer // Perinat. – 2001.– Vol. 18 (1). – P. 23–37.

Статья поступила в редакцию 25.06.2013