

Порівняльні клінічні аспекти ди- та монохоріальної діамніотичної двійні

О.В. Мельник

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

Результати проведених досліджень свідчать, що акушерські і перинатальні результати розродження при багатоплідній вагітності залежать від типу хоріальності плодів. При цьому при монохоріальній діамніотичній двійні вище ризик передчасних пологів і перинатальної патології. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів при багатоплідній вагітності.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, клінічні аспекти.

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, що потребують інтенсивної терапії в неонатальний період і що мають неврологічні відхилення різного ступеня вираженості надалі. Перинатальна смертність при багатоплідді більше ніж в 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 масовозростові показники при народженні, причому недоношеність серед причин стоїть на першому місці [9–12].

Не дивлячись на значний інтерес сучасних дослідників до багатоплідної вагітності, не можна вважати всі питання даної проблеми повністю вивченими, особливо в аспекті акушерських і перинатальних результатів розродження при багатоплідній вагітності, особливо з урахуванням типу хоріальності плодів.

Мета дослідження: вивчення порівняльних клінічних аспектів ди- та монохоріальної діамніотичної двійні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні проведено аналіз результатів вагітності 207 жінок з двійнятами. Залежно від характеру хоріальності були виділені 2 основні групи: «Дихоріальна діамніотична двійня» (ДХДА-двійня) – 146 жінок і «Монохоріальна діамніотична двійня» (МХДА-двійня) – 61 жінка. Хоріальність встановлювали при ультразвуковому дослідженні (УЗД) в 10–14 тиж на підставі визначення кількості плацент, а при візуалізації однієї плаценти вивчали місце відходження амніотичної перегородки. При виявленні лямбдаподібної форми плацентарної тканини в місці відходження амніотичної перегородки встановлювали дихоріальний тип плацентації, а при виявленні Т-подібної форми плацентарної тканини в місці відходження амніотичної перегородки встановлювали монохоріальний тип плацентації. Підтвердження хоріальності здійснювалося після пологів. При народженні дітей однієї статі оглядали послід з визначенням кількості плацент і кількості шарів в амніотичній перегородці за наявності однієї плаценти, визначення групи крові новонароджених.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що в групі 1 ДХДА-двійні жінок, які народжували вперше, було 123 (84,2%), з них 99 (67,8%) жінок, які вперше завагітніли, жінок, у яких вагітність була повторною, – 47 (32,2%). Серед жінок, у яких

вагітність була повторною, але вони були першороділлями, в анамнезі медичний аборт був у 23 пацієнток (15,7%), позаматкова вагітність – у 10 (6,8%), мимовільний викидень і вагітність, що не розвивається, – у 15 (10,3%). З 23 (15,7%) жінок, які народжували повторно, 4 (2,7%) мали в анамнезі мертвонародження, передчасні пологи – 3 (2%) жінки.

У групі 2 МХДА-двійні переважали жінки, які народжували вперше, – 37 (60,6%), жінок, які народжували повторно, було 24 (39,4%). Серед жінок, які народжували вперше і були вперше вагітними, – 22 (36%), повторновагітними було 15 (24,6%). У повторновагітних, які народжували вперше, попередня вагітність закінчилась медичним абортom в 10 (16,4%) випадках, мимовільним абортom – в 5 (8%) випадках.

Вік вагітних з ДХДА-двійнею варіював від 21 до 41 року і в середньому склав $29,2 \pm 0,3$ року, вік жінок з МХДА-двійнею був в межах 17–39 років, в середньому – $25,5 \pm 0,8$ року. Нами встановлено, що 72,2% жінок з МХДА-двійнею знаходилися у віці від 20 до 30 років і з них майже 2/3 до 25 років, що порівнянно з репродуктивною активністю загальної популяції. Серед вагітних з ДХДА-двійнею 77,4% були старше 26 років і 34,3% старше 30 років. Старший вік вагітних з ДХДА-двійнею зумовлений особливостями репродуктивного здоров'я, зокрема високою частотою безпліддя, з приводу якого проводили тривале лікування. Крім того, гормональний статус жінок старшого репродуктивного віку привертає увагу до порушень процесів овуляції з можливістю дозрівання декількох яйцеклітин в одному менструальному циклі.

При аналізі даних акушерсько-гінекологічного анамнезу жінок обох груп були виявлені наступні особливості: у всіх 146 (100%) вагітних групи 1 мав місце обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, навпаки, в групі 2 43 (70,5%) жінки не мали патології в репродуктивній сфері. У вагітних з ДХДА-двійнею достовірно частіше є посилення в анамнезі на наявність патологічних змін в репродуктивній сфері, процесів дозрівання яйцеклітини і овуляції, що призводять до порушення (синдром полікістозних яєчників, міома матки). Крім того, для даного контингенту вагітних характерною є наявність хронічних запальних захворювання органів малого таза, які можуть бути причиною безпліддя трубно-перитонеального генезу і вимагають застосування з метою зачаття допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Серед пацієнток групи 1 вагітність настала спонтанно у 56 (38,35%) жінок, на фоні стимуляції овуляції в 15 (10,3%), після екстракорпорального запліднення і перенесення ембріонів в порожнину матки – в 75 (51,4%). У всіх 61 (100%) жінки групи 2 МХДА-двійні зачаття сталося в природному менструальному циклі.

Незважаючи на сприятливіші вихідні дані, вагітність у пацієнток групи 2 мала більш ускладнений перебіг. Структура ускладнень вагітності у пацієнток груп 1 і 2 представлена в табл. 1.

З даних табл. 1 видно, що у вагітних групи 1 достовірно частіше (в 85,6% випадків) вагітність ускладнилася загрозою переривання в різні терміни, що можна пояснити більш вираженими ендокринними порушеннями в репродуктивній сфері. Крім того, у вагітних з ДХДА-двійнею в досить високому відсотку розвинулися преєклампсія, анемія і плацентарна дисфункція (ПД), відповідно 59,6%, 55,5% і 14,4% випадків. Проте, такі вкрай несприятливі для матері і плода ускладнення, як преєклампсія важкого ступеня, важкі форми

Структура ускладнень вагітності у жінок з ДХДА- і МХДА-двійнею

Ускладнення вагітності	ДХДА-двійня, n (%)	МХДА-двійня, n (%)
Прееклампсія легкого і середнього ступеня тяжкості	87 (59,6)	32 (52,5)
Прееклампсія важкого ступеня і еклампсія	-	9 (14,7)*
Анемія легкого ступеня	78 (53,4)	28 (45,9)
Анемія середнього і важкого ступеня	3 (2,1)	-
Загроза переривання вагітності в I триместрі	61 (41,8)	13 (21,3)
Загроза переривання вагітності в II і III триместрах	64 (43,8)	17 (27,9)
Істміко-цервікальна недостатність	24 (16,4)*	2 (3,3)*
Затримка розвитку плода (ЗРП)	21 (14,4)*	20 (32,8)*
Порушення МППК 1А ступеня	2 (1,4)*	5 (8,2)*
Порушення МППК 1Б ступеня	8 (5,5)	2 (3,3)
Порушення МППК 2-3-го ступеня	3 (2,05)	4 (6,6)
Аntenатальна загибель одного плода	2 (1,4)	4 (6,6)
Аntenатальна загибель двох плодів	-	2 (3,3)
Низька плацентація	12 (8,2)*	-
Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти	1 (0,7)	2 (3,3)
Синдром фето-фетальної трансфузії (СФФТ)	-	1 (1,6)

Примітка: * – достовірність $p < 0,05$.

порушень матково-плацентарно-плодового кровотоку і ЗРП з достовірно вищою частотою зустрічаються при монохоріальній плацентації. У нашому дослідженні важкі форми прееклампсії відзначені у 14,7% жінок з МХДА-двійнею і не зустрічалися при ДХДА-двійні. Частота ЗРП при монохоріальній плацентації склала 32,8%, що достовірно вище, ніж при дихоріальній. Причому майже в 10% випадків мали місце критичні порушення у функціонуванні фето-плацентарного комплексу, що завершилися антенатальною загибеллю плода. Крім того, вагітність монохоріальною двійнею може супроводжуватися таким унікальним ускладненням, як СФФТ. У клінічно вираженій формі дана патологія розвинулась в однієї вагітної групи 2 в 26 тиж гестації і закінчилась антенатальною загибеллю обох плодів в 30 тиж.

Усі вагітності завершилися пологамі в термінах від 28 до 40 тиж. У жінок з ДХДА-двійнею пологи настали в період від 32 до 40 тиж гестації, в середньому в 36,5 тиж, у вагітних з МХДА-двійнею в період з 28 до 38 тиж гестації, в середньому 36,5 тиж. Передчасні пологи (до 37 тиж гестації) настали в 58 (39,7%) вагітних з ДХДА-двійнею і в 20 (33%) з МХДА-двійнею. Хоча різниця в частоті передчасних пологів при різних типах плацентації в нашому дослідженні в цілому виявилась недостовірною, частота пологів до 34 тиж гестації була вище при ДХДА-двійні і склала 10 (6,8%) випадків проти 2 (3,3%) при МХДА-двійні. Усі 10 передчасних пологів у жінок з ДХДА-двійнею сталися на фоні передчасного вилиття навколоплідних вод. При МХДА-двійні одні пологи були індукованими у зв'язку з антенатальною загибеллю.

Таблиця 2

Результат багатоплідної вагітності залежно від характеру хоріальності

Результат вагітності	ДХДА-двійня, n (%)	МХДА-двійня, n (%)
Пологи термінові (37 тиж і більш)	88 (60,3)	41 (67,0)
Пологи передчасні	58 (39,7)	20 (33,3)
Народилося дітей:		
• усього	292 (100)	122 (100)
• живих	290 (99,3)	114 (93,4)
• мертвонароджених	2 (0,7)*	8 (6,6)*
Стан при народженні:		
• задовільний	68 (23,3)	20 (16,4)
• середньої тяжкості	199 (68)	64 (52,4)
• тяжкий	23 (7,9)*	30 (24,6)*
Оцінка за шкалою Апгар:		
• 1 хв	7,0±0,7	7,0±0,3
• 5 хв	8,1±0,4	7,7±0,3
Неонатологічний діагноз:		
• здоровий	72 (24,6)*	10 (8,2)*
• транзиторна неврологічна дисфорія	155 (53,1)	61 (50,0)
• ішемічно-гіпоксичні ураження ЦНС середнього і важкого ступенів	53 (18,1)	42 (34,4)
• синдром дихальних розладів	7 (2,4)*	11 (9,0)*
• анемія	-	7 (5,7)*
• внутрішньоутробна гіпотрофія	31 (10,6)	21 (17,2)
Рання неонатальна смерть	2 (0,7)	-

Примітка: * – достовірність $p < 0,05$.

беллю обох плодів в 30 тиж і одна вагітність була перервана в 28 тиж у зв'язку з важким перебігом прееклампсії.

Вибір методу і тактика ведення пологів не залежали від характеру хоріальності і визначались особливостями перебігу вагітності, членорозташуванням плодів, акушерсько-гінекологічного анамнезу жінки і її соматичного статусу. Підставою до планового розродження шляхом операції кесарева розтину були неправильне положення одного або двох плодів, рубець на матці після кесарева розтину, соматична патологія, що вимагає виключення періоду потуг за висновком фахівця відповідного профілю, тривале безпліддя в анамнезі.

Екстрене розродження шляхом операції кесарева розтину зроблено у зв'язку з важким перебігом і підвищенням тяжкості прееклампсії, передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, кровотечею на фоні низької плацентадії, критичним станом одного або двох плодів, первинною слабкістю пологової діяльності, неефективністю медикаментозної корекції.

Серед жінок групи 1 було розроджено шляхом операції кесарева розтину 99 (67,8%), групи 2 – 33 (54,1%). Більш висока частота вибору кесарева розтину в групі жінок з ДХДА-двійнею пов'язана з більшим відсотком безпліддя і застосування ДРТ.

Нами встановлено, що вибір методу розродження операції кесарева розтину при дихоріальній плацентадії зумовлений найчастіше наявністю порушень в репродуктивній сфері жінки. При вагітності МХДА-двійнею у зв'язку з більш обтяженим її перебігом достовірно частіше ($p < 0,05$) операцію кесарева розтину виконували за екстремними показаннями з приводу важких форм прееклампсії і ПД.

При фізіологічному веденні пологів протягом першого і другого періодів здійснювали моніторний контроль за станом плодів з використанням кардіомоніторного спостереження.

З метою підтвердження характеру хоріальності при народженні плодів однієї статі оглядали послід з визначенням кількості плацент і кількості шарів в амніотичній перегородці за наявності однієї плаценти. За наявності 4 шарів в амніотичній перегородці діагностувалася дихоріальний тип, а за наявності 2 шарів монохоріальний тип плацентадії. Крім того, підтвердженням дихоріальної плацентадії було визначення різних груп крові в одностатевих близнят.

Акушерський діагноз ЗРП зіставляли з діагнозом, встановленим неонатологом після обстеження новонароджених. Обсте-

ження новонароджених включало оцінювання стану при народженні, біометричних параметрів і фізіологічних рефлексів. Визначення активності адаптаційно-присосовних механізмів виконували за шкалою Апгар.

У результаті вагітностей ДХДА-двійнею народилися 292 (100%) дитини, з них живонароджених 290 (99,3%), мертвонароджених – 2 (0,7%). Маса тіла доношених дітей при народженні складала 1550–3610 г, в середньому 2788,2±25,8 г. Обидва мертвонародження зумовлено антенатальною загибеллю одного плода з двійні, що сталися на фоні декомпенсованої ПД. У ранньому неонатальному віці померли 2 (0,7%) дітей у зв'язку з глибокою недоношеністю.

У результаті вагітностей МХДА-двійнею народилися 122 (100%) дитини, з них народилося живими 114 (93,4%), мертвонароджених – 8 (6,6%). Маса тіла доношених живонароджених дітей складала 1410–3120 г, в середньому 2535,3±231,7 г. Причиною антенатальної загибелі одного плода з двійні в 4 випадках і обох плодів в 1 випадку за даними патологоанатомічного висновку з'явилася декомпенсована ПД. У 3 випадках вона поєднувалася з єдиною артерією пупкового канатика і в 3 випадках з інфекцією. Ще 2 плоди з двійнят загинули у зв'язку з СФФТ.

У цілому перинатальні результати вагітності МХДА-двійнею були менш сприятливі, ніж ДХДА-двійнею. Вищий відсоток народження важких дітей при МХДА-двійні (24,6% проти 7,9%) може бути пояснений менш сприятливими умовами внутрішньоутробного розвитку і народженням дітей з нижчою масою тіла.

Дані про результати вагітності при ДХДА- і МХДА-двійні, отримані в результаті нашого дослідження, наведені в табл. 2. Як показники для оцінювання результату вагітності ми використовували термін пологів, стан при народженні і особливості періоду адаптації новонароджених.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що акушерські і перинатальні результати розродження при багатоплідній вагітності залежать від типу хоріальності плодів. При цьому при МХДА-двійні вище ризик передчасних пологів і перинатальної патології. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів при багатоплідній вагітності.

Сравнительные клинические аспекты ди- и монохориальной диамниотической двойни О.В. Мельник

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что акушерские и перинатальные исходы родоразрешения при многоплодной беременности зависят от типа хоральности плодов. При этом при монохориальной диамниотической двойне выше риск преждевременных родов и перинатальной патологии. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при многоплодной беременности.

Ключевые слова: многоплодная беременность, клинические аспекты.

Comparative clinical aspects di- and monohorial diamniotical twins O.V. Melnik

Results of the spent researches testify that obstetrical and perinatal outcomes delivery at multipara pregnancy depend on type horial borns. Thus at monohorial diamniotical twins above risk of premature birth and perinatal pathologies. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at multipara pregnancy.

Key words: multipara pregnancy, clinical aspects.

Сведения об авторе

Мельник Оксана Васильевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (067) 401-40-28

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Bryan E.M. Support for families with multiple births / E.M. Bryan // Course manual, Diploma in Fetal Medicine. – 2010. – № 2. – P. 39–48.
- Keith L. Multiple pregnancy: epidemiology, gestation and perinatal outcome / L. Keith, E. Papiernick, D.M. Keith // Parthenon. – 2011. – № 1. – P. 721–730.
- MacGillivray I. Epidemiology of twin pregnancy / I. MacGillivray // Semin Perinatol. – 2009. – № 10. – P. 4–8.
- Фукс М.А. Многоплодная беременность / М.А. Фукс, Л.Б. Маркин. – К.: Здоров'я, 2008. – 243 с.
- Hack K.E. The natural course of monochorionic and dichorionic twin pregnancies: a historical cohort / K.E. Hack, J.B. Derks, V.L. de Visser // Twin Res. Hum. Genet. – 2013. – № 9. – P. 450–455.
- Gul A. Perinatal outcomes of twin pregnancies discordant for major fetal anomalies / A. Gul, A. Gebeci, H. Asian // Fetal Diagn. Ther. – 2012. – № 20. – P. 244–248.
- Asztalos E. Evaluating 2 year outcome in twins < or = 30 weeks gestation at birth: a regional perinatal unit's experience / E. Asztalos, J.F. Barrett, M. Lacy // Twin Res. – 2011. – № 4. – P. 431–438.
- Adegbite A.L. Prevalence of cranial scan abnormalities in preterm twins in relation to chorionicity and discordant birth weight / A.L. Adegbite, S. Castille, S. Ward // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2013. – № 1. – P. 47–55.
- Fitzsimmons B.P. Perinatal and neonatal outcomes in multiple gestations: assisted reproduction versus spontaneous conception / B.P. Fitzsimmons, M.W. Begginton, M.R. Fluker // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2008. – № 9. – P. 1162–1167.
- Hack K.E. The natural course of monochorionic and dichorionic twin pregnancies: a historical cohort / K.E. Hack, J.B. Derks, V.L. de Visser // Twin Res. Hum. Genet. – 2012. – № 9. – P. 450–455.
- Ferreira I. Chorionicity and adverse perinatal outcome / I. Ferreira, C. Laureano, M. Branco // Acta Med. Port 2005. – № 3. – P. 183–188.
- Cordero L. Mean arterial pressure in very low birth weight (801 to 1500 g) concordant and discordant twins during the first day of life / L. Cordero, P.J. Giannone, J.T. Rich // J. Perinatal. – 2013. – № 7. – P. 545–551.

Статья поступила в редакцию 19.08.2015