

Ехографічна оцінка перебігу вагітності при дихоріальній діамніотичній двійні

О.В. Мельник

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

Результати проведених досліджень свідчать, що динамічні ехографічні спостереження при багатоплідній вагітності є достатньо інформативними в аспекті своєчасної діагностики затримки розвитку одного чи обох плодів. Особливості зростання плодів при дихоріальних двійнях ідентичні показникам розвитку плода при асиметричній формі затримки розвитку плода при одноплідній вагітності. Найбільш значущі відмінності з'являються в 38 тиж, коли різко знижується надбавка маси тіла і сповільнюється зростання голівки плода, що може бути спричинене декомпенсацією плацентарної функції при багатоплідді. З урахуванням викладеного вище можна передбачити, що пролонгація вагітності дихоріальними двійнями довші 38 тиж недоцільна. Удосконалений алгоритм ведення вагітності дозволяє своєчасно ставити питання про дострокове розродження жінок для покращання перинатальних наслідків 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, які потребують інтенсивної терапії в неонатальний період і що мають неврологічні відхилення різного ступеня вираженості в подальшому. Перинатальна смертність при багатоплідді більше ніж у 6 разів перевищує таку при одноплідній вагітності [3, 4, 5, 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 масо-зростові показники при народженні, причому недоношеність серед причин посідає перше місце [9–12].

Не дивлячись на великий інтерес сучасних дослідників до багатоплідної вагітності, не можна вважати всі питання

даної проблеми повністю вивченими, особливо в аспекті ехографічної оцінки перебігу вагітності при дихоріальних діамніотичних двійнях.

Мета дослідження: вивчення ехографічних особливостей перебігу вагітності при дихоріальних діамніотичних двійнях.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Робота заснована на аналізі результатів вагітності у 207 вагітних з двійнями. 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 ламбдоподібної форми плацентарної тканини в місці відходження амніотичної перегородки встановлювали дихоріальний тип плацентарної тканини, а при виявленні Т-подібної форми плацентарної тканини в місці відходження амніотичної перегородки встановлювали монохоріальний тип плацентарної тканини. Хоріальність підтверджували 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-двійня 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

Таблиця 1

Значення біпаріетального розміру голівки, обводу голівки і обводу живота плода при вагітності ДХДА-двійнею

Термін вагітності, тиж	Біпаріетальний розмір голівки			Обвід голівки			Обвід живота		
	Процентиль			Процентиль			Процентиль		
	10	50	90	10	50	90	10	50	90
16-17	32	35,5	40	123	130	135	94	109	117
18-19	37	44	49	145	154	161	108	132	139
20-21	46	49,5	55	169	180	195	133	156	168
22-23	52	57	61,5	194	204	224	158	175	193
24-25	55	60	65	209	225	231	161	193	208
26-27	64	70	76	235	250	285	192	218	238
28-29	69	75	79	255	263	284	224	241	253
30-31	72	79,5	83	267	285	302	231	252	276
32-33	78	83	89	279	301	326	246	273	297
35-35	80	86	96	295	314	333	265	289	320
36-37	82	89	98	315	325	345	279	309	332
38-39	87	91	100	324	334	348	284	324	341

Значення довжини стегна, великогомілкової і малоомілкової кісток плода при вагітності ДХДА-двійнею

Термін вагітності, тиж	Стегнова кістка			Великогомілкова кістка			Малоомілкова кістка		
	Процентиль			Процентиль			Процентиль		
	10	50	90	10	50	90	10	50	90
16-17	14	20,5	25	15	17,5	22	17	18	21
18-19	22	27	33	20	22,5	31	19	21,5	30
20-21	29	33,5	37	25	30	32	28	28,5	29
22-23	36	38	41,5	32	35	38	31	34	37
24-25	37	42	45	31,5	37	41,5	32	37	41
26-27	44	47	52	39	42	46	37	41	43
28-29	48,5	53	56	42	48	51	41,5	46	49
30-31	53	57,5	62	47	52	55	42	48	52
32-33	55	61	66	49	54	58	45	51	57
35-35	58	66	71	53	56	63	51	54	61
36-37	64	69	73	54	61	70	52	59	64
38-39	67	71	74	59	62	72	53	60	67

Таблиця 3

Значення довжини плеча, ліктьової та променевої кісток плода при вагітності ДХДА-двійнею

Термін вагітності, тиж	Плечова кістка			Ліктьова кістка			Променева кістка		
	Процентиль			Процентиль			Процентиль		
	10	50	90	10	50	90	10	50	90
16-17	23	20	27	15	17	21	16	18	20
18-19	22	24,5	31	19	22	29	18	20,5	27
20-21	28	32	34	22	27,5	30	23	25	28
22-23	34	35,5	39	27	31	35	28	32	37
24-25	35	40	42,5	29	35	39	30	35	42
26-27	41	44	47	32	36	40	34	40	44
28-29	45	47,5	52,5	36,5	43	49,5	34	41	47,5
30-31	48	52	56	41	47	51	37	43	50
32-33	51	55	58	45	50	54	40	46	52
35-35	53	57	60	47	51	58	46	50	56
36-37	56	60	65	50	56	61	47	52	59
38-39	59	62	65	54	60	63	48	53	59

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 мертвородження, передчасні пологи – 3 (2%) жінки.

Вік вагітних з ДХДА-двійнею варіював від 21 до 41 року і в середньому склав 29,2±0,3 року.

У подальшому на підставі результатів динамічного ехографічного спостереження в 1-й групі було виділено 100 вагітних, які були розподілені на дві підгрупи: 1.1 (n=50) – спостереження за загальноприйнятим алгоритмом і 1.2 (n=50) – за пропонуваним нами алгоритмом.

Для цього нами були вдосконалені нормативи основних фетометричних показників в терміні від 16 до 38 тиж вагітності, виявлені критичні терміни таких акушерських ускладнень, як порушення матково-плацентарно-плодового кровотоку, затримка розвитку плода (ЗРП).

Отримані результати наведені в таблиці середніх значень і виконано порівняння змін досліджуваних показників з урахуванням їхньої статистичної достовірності.

Значення основних фетометричних показників в термінах вагітності від 16 до 38 тиж при вагітності дихоріальними двійнятами наведені в табл. 1–4.

З метою виявлення особливостей зростання плодів при дихоріальних двійнях нами виконано порівняння отриманих фетометричних показників з фетометричними нормативами одноплідної вагітності. Використані спеціальні номограми [2, 11].

З представлених даних видно, що після 22 тиж вагітності в першу чергу починають знижуватися темпи зростання об'єму живота. Значення 50-го процентилля об'єму живота плода в 22–23 тиж вагітності дихоріальними двійнями достовірно (p<0,05) відрізняються від даного показника одноплідної вагітності. Найзначніше темпи зростання об'єму живота при дихоріальній вагітності знижуються після 32 тиж гестації, проте, при фізіологічно перебігаючій дихоріальній вагітності даний показник не виходить за межі 10-го процентилля номограми одноплідної вагітності.

Відмінності в розмірах голівки плода при порівнянні показників 50-го процентилля дихоріальної і одноплідної вагітності, зокрема довжини об'єму голівки, починають виявлятися з 34 тиж. У 38 тиж гестації ці відмінності стають достовірними (p<0,05). Проте, біпаріетальний розмір голівки плода знаходиться в межах індивідуальних коливань, властивих одноплідній вагітності.

Довжина трубчастих кісток плода: стегнової, велико-

Значення пропонованої маси плодів в терміні вагітності 16–38 тиж при ДХДА двійні

Термін вагітності, тиж	Пропонована маса плода		
	Процентиль	Процентиль	Процентиль
	10	50	90
16-17	158	169	200
18-19	202	210	249
20-21	298	360	488
22-23	450	520	730
24-25	537	725	900
26-27	794	980	1114
28-29	1100	1200	1404
30-31	1250	1420	1928
32-33	1450	1790	2330
35-35	850	2215	2614
36-37	2270	2700	3210
38-39	2500	2935	3580

гомількової, малогомількової, плечової, ліктьової і променевої – так само знаходяться в межах індивідуальних коливань і практично не відрізняються від нормативів одноплідної вагітності.

Таким чином, особливості зростання плодів при дихоріальній вагітності починають виявлятися з 22 тиж у вигляді уповільнення темпів зростання розмірів живота плода. Найбільшою мірою відставання вище наведеного параметру виявляється в 32 тиж гестації і супроводжується достовірним ($p < 0,05$) зниженням темпів збільшення маси тіла плода з 34 тиж. У цілому особливості зростання плодів при дихоріальних двійнях ідентичні показникам розвитку плода при асиметричній формі ЗРП при одноплідній вагітності. Найбільш значущі відмінності з'являються в 38 тиж, коли різко знижується надбавка маси тіла і сповільнюється збільшення голівки плода, що може бути спричинене декомпенсацією плацентарної функції при багатоплідді. З урахуванням викладеного вище можна передбачити, що пролонгація вагітності дихоріальними двійнями довше 38 тиж недоцільна.

Найчастішим ускладненням багатоплідної вагітності з боку плодів є ЗРП у поєднанні з порушенням матково-плацентарно-плодового кровотоку або зі збереженням кровотоком. Серед вагітних, що ввійшли у дослідження з дихоріальними діамніотичними двійнями частота розвитку ЗРП склала 14,4% порушень МППК 8,9%, відповідно 21 і 13 випадків. Причому серед варіантів порушень МППК переважали порушення плодово-плацентарного кровотоку різного ступеня тяжкості. Необхідно також відзначити, що не у всіх випадках розвитку порушень МППК ІА і ІБ ступеня виявлялася ЗРП. У всіх випадках діагноз ЗРП був підтверджений неонатологом після пологів.

У підгрупі 1.1 ($n=50$ – спостереження за пропонованим алгоритмом) розвиток ЗРП відзначений в 12,0% випадків, з них ЗРП одного плода в 6,0% і ЗРП обох плодів у 6,0% жінок. З них 1 (2,0%) випадок виявлено в 22 тиж, 1 (2,0%) в 24 тиж, 1 (2,0%) в 30 тиж, 2 (4,0%) в 32 тиж, 1 (2,0%) в 34 тиж і 1 (2,0%) в 36 тиж. ЗРП поєднувалася в 1 (2,0%) випадку з порушенням МППК ІА ступеня, в 1 (2,0%) випадку ІБ ступеня і в 1 (2,0%) випадку ІІІ ступеня. У 1 (2,0%) випадку порушення МППК ІБ ступеня не супроводжувалося ЗРП. При цьому ЗРП при ДХДА найчастіше розвивається в термінах від 30 до 34 тиж вагітності, що співставно з результатами, викладеними вище. Значне уповільнення темпів зростання плодів при нормально перебігаючій вагітності ДХДА відбувається після 32 тиж. Мабуть, наявність додаткових неспри-

ятливих чинників призводить до декомпенсації плацентарної функції в зазначеному терміні вагітності. Такими чинниками можуть бути будь-які ендогенні і екзогенні дії, як на етапі формування, так і на етапі зрілого стану плаценти.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що динамічні ехографічні спостереження при багатоплідній вагітності є достатньо інформативними в аспекті своєчасної діагностики затримки розвитку одного або обох плодів. Особливості зростання плодів при дихоріальних двійнях ідентичні показникам розвитку плода при асиметричній формі затримки розвитку плода при одноплідній вагітності. Найбільш значущі відмінності з'являються в 38 тиж, коли різко знижується надбавка маси тіла і сповільнюється збільшення голівки плода, що може бути спричинене декомпенсацією плацентарної функції при багатоплідді. З урахуванням викладеного вище можна передбачити, що пролонгація вагітності дихоріальними двійнями довше 38 тиж недоцільна. Удосконалений алгоритм ведення вагітності дозволяє своєчасно ставити питання про дострокове розродження жінок для покращання перинатальних наслідків вагітності.

Эхографическая оценка течения беременности при дихориальной диамниотической двойне О.В. Мельник

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что динамические эхографические наблюдения при многоплодной беременности являются достаточно информативными в аспекте своевременной диагностики задержки развития одного или обоих плодов. Особенности роста плодов при дихориальной двойне идентичны показателям развития плода при асимметричной форме задержки развития при одноплодной беременности. Наиболее значимые отличия появляются в 38 нед, когда резко снижается прибавка массы тела и замедляется увеличение головки плода, что может быть вызвано декомпенсацией плацентарной функции при многоплодии. С учетом изложенного выше можно предположить, что пролонгация беременности при дихориальной двойне после 38 нед нецелесообразна. Усовершенствованный алгоритм ведения беременности позволяет своевременно ставить вопрос о досрочном родоразрешении женщин для улучшения перинатальных исходов беременности.

Ключевые слова: многоплодная беременность, эхография, задержка развития плода.

Ehografical estimation of a current of pregnancy at dihorial diamniotical twins

O.V. Melnik

Results of the spent researches testify that dynamic ehografical supervision at multipara pregnancy are informative enough in aspect of timely diagnostics of an arrest of development of one or both fetus. Features of growth of fetus at dihorial twins are identical to indicators of development of fetus at the dissymmetric form of an arrest of development at onepara pregnancy. Most differences appear in 38 weeks, a

cord the increase of weight of body sharply decreases and growth of a head of fetus that can be caused decompensation placentary function at multipara is slowed down. With the account above stated it is possible to assume that pregnancy prolongation dihorial twins after 38 weeks is inexpedient. The advanced algorithm of conducting pregnancy allows to bring in due time an attention to the question about preschedule delivery women for improvement perinatal pregnancy outcomes.

Key words: multipara pregnancy, ehografia, a fetus arrest of development.

Сведения об авторе

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

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Bryan E.M. Support for families with multiple births / E.M. Bryan // Course manual, Diploma in Fetal Medicine. – 2010. – № 2. – P. 39–48.
2. Keith L. Multiple pregnancy: epidemiology, gestation and perinatal outcome / L. Keith, E. Papiernick, D.M. Keith // Parthenon. – 2011. – № 1. – P. 721–730.
3. MacGillivray I. Epidemiology of twin pregnancy / I. MacGillivray // Semin Perinatol. – 2009. – № 10. – P. 4–8.
4. Фукс М.А. Многоплодная беременность / М.А. Фукс, Л.Б. Маркин. – К.: Здоров'я, 2008. – 243 с.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Fitzsimmons B.P. Perinatal and neonatal outcomes in multiple gestations: assisted reproduction versus spontaneous conception / B.P. Fitzsimmons, M.W. Bebbington, M.R. Fluker // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2008. – № 9. – P. 1162–1167.
10. 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.
11. Ferreira I. Chorionicity and adverse perinatal outcome / I. Ferreira, C. Laureano, M. Branco // Acta Med. Port 2005. – № 3. – P. 183–188.
12. 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. Perinatol. – 2013. – № 7. – P. 545–551.

Статья поступила в редакцию 31.08.2015

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

ЖЕНЩИНЫ, ПРЕКРАТИВШИЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ ИЗ-ЗА БОЛИ, ЧАЩЕ ВПАДАЮТ В ДЕПРЕССИЮ

Об этом сообщили специалисты Университета Суонси (Уэльс).

Педиатры рекомендуют молодым матерям кормить грудью новорожденных хотя бы до полугода. Грудное вскармливание уменьшает риск ушных и дыхательных инфекций, синдрома внезапной смерти младенцев, а также снижает вероятность развития ожирения, аллергии и некоторых видов рака.

Но не только ребенок получает пользу от кормления грудью - для матери это не менее полезно. Кормящие женщины менее подвержены депрессии и ломкости костей, сообщают специалисты. По мнению доктора Эми Браун, некоторые матери прекращают кормление с целью сохранить привычный образ жизни. Однако, если отказ от кормления - следствие боли или тяжелых родов, женщины подсознательно

чувствуют недовольство. Такие эмоции культивируют в молодых мамах чувство вины, депрессию.

Специалисты советуют женщинам не отказываться от грудного вскармливания при возникновении различных болевых ощущений или проблем с выработкой молока, а обращаться к специалистам: акушеркам, врачам, представителям волонтерских организаций.

<http://www.medicinform.net>