УДК 618.36-02:618. 393

©А. В. Бойчук, І. М. Нікітіна, Б.М. Бегош

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВЕДЕННЯ БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України», Сумський державний університет

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВЕДЕННЯ БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ. В статті проведений ретельний аналіз перебігу вагітності, пологів і перинатальних результатів у 182 пацієнток з багатоплідною вагітністю в залежності від типу плацентації. Доведено, що багатоплідна вагітність – як монохоріальна, так і дихоріальна, – є чинником високого ризику перинатальних ускладнень. Встановлена виражена залежність від хоріальності частоти виявлених патологічних змін при ультраросонографії. Ретельне спостереження за пацієнтками з багатопліддям в антенатальном періоді, профілактика найбільш частих ускладнень вагітності (передчасні пологи, анемія, гестози, затримка розвитку плода), ультразвуковий моніторинг з ранніх термінів вагітності дозволяють диференційовано підходити до ведення вагітності і пологів, сприяючи зниженню перинатальної захворюваності і смертності.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. В статье проведен тщательный анализ хода беременности, родов и перинатальных результатов у 182 пациенток с многоплодной беременностью в зависимости от типа плацентации. Доказано, что многоплодная беременность – как монохориальная, так и дихориальная является фактором высокого риска перинатальных осложнений. Доказана выраженная зависимость от хориальности частоты обнаруженных патологических изменений при ультраросонографии. Тщательное наблюдение за пациентками с многоплодием в антенатальном периоде, профилактика наиболее частых осложнений беременности (преждевременные роды, анемия, гестоз, задержка развития плода), ультразвуковой мониторинг с ранних сроков беременности позволяют дифференцировано подходить к ведению беременности и родов, способствуя снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

MODERN ASPECTS OF CONDUCT OF MULTIPLE PREGNANCY. The article contains a thorough analysis of the course of gestation, delivery and perinatal outcomes in 182 women with multiple pregnancy, depending upon the placentation type. It was proved that pregnancy – both monochorial, and bichorial – constitutes a high - risk factor of perinatal complications. The incidence of revealing pathological alterations in neurosonography was observed to also drastically depend upon the choriality. A thorough follow-up of the female patients with multiple pregnancy in the antenatal period, prevention of the most common complications of multiple pregnancy (premature delivery, anaemia, gestoses, intrauterine foetal growth retardation), ultrasonographic monitoring from the early terms of gestation make it possible to carry out a differentiated approach to man- aging pregnancy and delivery, thus helping decrease perinatal morbidity and mortality.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, монохоріальна, дихоріальна двійня, ультразвукова діагностика.

Ключевые слова: многоплодная беременность, монохориальная, дихориальна двойня, ультразвуковая диагностика.

Key words: multiple pregnancy, monochorial twins, bichorial twins, ultrasonographic diagnosis.

ВСТУП. За останні три десятиріччя у світі відмічається зростання частоти багатоплідної вагітності, яка досі вважалась певною біологічною константою. Лише за період з 2000 по 2010 роки в Україні відбулось зростання частоти багатоплідних пологів більш ніж на 30 %, при цьому пологи двійнею складають майже 95 % , а інші 5 % припадає на пологи трійнею і багатопліддя більш високого порядку. У зв'язку з широким впровадженням сучасних репродуктивних технологій у повсякденну практику частота багатопліддя в популяції буде продовжувати збільшуватися, це пов'язано з частим використанням індукції овуляції, стимуляції суперовуляції у програмах допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). При обговоренні безпечності цих технологій особлива увага надається проблемі якості здоров'я дітей, народжених після ЕКЗ. Із розвитком репродуктивних технологій, які збільшують число БВ, зростає кількість чинників, що можуть негативно впливати на перебіг вагітності, материнську захворюваність (зростає в 3-7 разів) і пов'язані з нею матеріальні витрати [4].

Досі відсутні чіткі дані про особливості формування та функціональний стан фетоплацентарного комплексу залежно від причин і характеру багатопліддя, недостатньо розроблені методи оцінки стану плодів, моніторингу їх внутрішньоутробного розвитку, антенатального догляду та прогнозування перинатальних наслідків. Окрему проблему складає ведення багатоплідних пологів, де питання вибору тактики і термінів родорозрішення щільно пов'язані з організацією акушерської допомоги. Перинатальна захворюваність і смертність при двійні залежить від хоріальності. Згідно з дослідженнями, рівень перинатальної смертності, зумовлений в основному глибокою недоношеністю плодів при народженні, вище при монохоріальній (МХ) двійні, ніж при дихоріальній (ДХ) – 5 % і 2 % відповідно. Частота передчасних пологів до 32 тижнів 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 % [7].

Збільшення частоти багатоплідної вагітності впливає на акушерські і перинатальні показники, висуваючи проблему багатоплідної вагітності в ряд найбільш актуальних питань сучасного акушерства та перинатології [1].

Мета дослідження: проведення ретельного аналізу перебігу вагітності, пологів і перинатальних наслідків при багатоплідній вагітності залежно від типу плацентації.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Дослідження проводились на базі Сумського обласного клінічного перина-

тального центру протягом 2010-2013 років. В процесі наукового дослідження нами обстеженено 182 вагітних з дихоріальною двійнею, що склали І групу і 86 пацієнток з монохоріальною (85 діамніотичних і одна моноамніотична), їх включили в ІІ групу, контрольну групу склало 40 жінок з одноплідною вагітністю. Окрім клінічного обстеження і загальноприйнятих лабораторних досліджень, здійснювався ультразвуковий моніторинг з ранніх термінів вагітності. При УЗД в І триместрі проводилося визначення життєздатності, кількості плодів, хоріальності, товщини комірцевого простору, вроджених вад розвитку, точного терміну гестації. В більш пізньому терміні - 18-22 тижні вагітності - проводилась ультразвукова фетометрія та плацентометрія, виявлення вроджених вад розвитку плодів. Дослідження плаценти включало вимірювання її товщини і оцінку ступеню зрілості по P.Grannum і співавт. (1979). Крім цього, при ехографії визначали кількість навколоплідних вод, товщину міжплодової перетинки, місце прикріплення пуповини, а також стать плодів. Проводилась ультразвукова цервікометрія всім жінкам з терміну 26 по 34 тижні вагітності та за наявністю ознак переривання вагітності. Для визначення стану плодово-плацентарної і плодової гемодинаміки використовували доплерометрію кровотоку в артерії пуповини і середньо-мозковій артерії плодів з 30 тижнів вагітності. Ультразвукові дослідження проводились за допомогою сучасного ультразвукового апарату «SONOACE X8» (Medison, Корея) з використанням трансвагінального датчика 6,5 МГц і конвексних датчиків 3,5 і 5 МГц в двохмірному ехорежимі з використанням кольорового допплерівського аналізатора. Стан новонароджених оцінювався при народженні за шкалою Апгар і Сільвермана, проводили оцінку ступеню вираженості гіпотрофії новонароджених. У неонатальному періоді здійснювалася нейросонографія (НСГ), у частини новонароджених відслідковувався психомоторний розвиток в перші шість місяців життя.

Статистичну обробку отриманих даних проводили параметричними методами з використанням комп'ютерних статистичних програм [2].

Статистичну обробку матеріалу проводили методами варіаційної та парної статистики, а також застосовували метод відмінності з використанням t-критерію Стьюдента. Отримані результати вважали вірогідними, якщо коефіцієнт достовірності p, який знаходили по таблиці Стьюдента, був меншим 0,05. Статистичну обробку результатів виконано у відділі системних статистичних досліджень університету в програмному пакеті Statsoft STATISTIKA.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Вік обстежуваних жінок в середньому склав 27,8 ± 3,5 років (коливався від 18 до 39 років). У віці 30 і більше років було 65 пацієнток І групи (35,7 %) і 30 жінок ІІ групи (34,8 %), в контрольній групі - 13 (32,5 %) вагітних. Відсоток першо- і повторнонароджуючих у всіх групах був ідентичним і склав відповідно: у І групі - першонароджуючі 114 вагітних (62,6 %), повторнонароджуючі – 68 (37,4 %); у ІІ групі 58 (67,4 %) - першонароджуючі і 28 (32,6 %) - повторно, в контрольній – першонароджуючі склали 26 (65 %) . У 65 (35,7%) пацієнток з дихоріальною двійнею вагітність була індукованою, з них у 52 (28, 6%) жінок настала після ЕКЗ. У контрольній групі випадки індукованої вагітності та застосування ДРТ відсутні.

При ультразвуковому дослідженні в І триместрі вагітності встановлювався тип плацентації у вагітних з багатоплідям. Диференційний діагноз моно- і дихоріальної двійні в ранні терміни вагітності грунтувався на визначенні кількості плодових яєць, числа ембріонів в плодовому яйці, а також на виявленні Т- або Y- ознаки при ретельному дослідженні міжплодової перегородки. У одному спостереженні відсутність міжплодової перегородки була підставою для встановлення діагнозу монохоріальної моноамніотичної двійні, ця вагітна була включена до ІІ групи обстежуваних. Товщина міжплодової перегородки, котра є одним з діагностичних критеріїв хоріальності, кооливалась від 0,8 до 1,1 мм при монохоріальній двійні і від 1,4 до 2,8 мм при дихоріальному типу плацентації. У більш пізні терміни вагітності додатковими критеріями типу плацентації служили стать плодів, число плацент, а також відмінності в їх дозріванні (рис.1).

При ультразвуковому обстеженні у вагітних ІІ групи оболонкове прикріплення пуповини було діагностовано у 16 плодів при монохоріальній вагітності, у тому числі в 12 спостереженнях в одного з близнят і в двох - у обох плодів. У всіх 16 плодів це поєднувалося з затримкою росту плода: І ст. - у одного, ЗРП ІІ ст. - у 7 і ІІІ ст. - у 8 плодів, що, очевидно зумовлено аномальним формуванням плацентарного кровообігу при па-

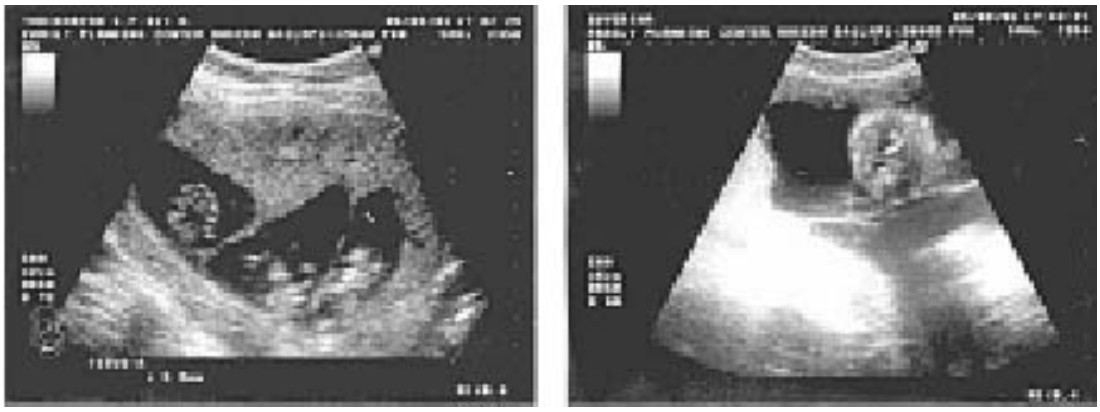

Рис. 1.Ультразвукові маркери хоріальності при багатоплідній вагітності.

тології прикріплення пуповини. При дихоріальній вагітності частота цього ускладнення склала 8,6 %. Багатоводдя було виявлене в 26,2 % плодів у II групі, у тому числі в II триместрі - у 18 (40 %) і в III - у 27 (60 %). Слід відзначити, що виражене багатоводдя (вертикальний стовпчик навколоплідних вод від 120 до 155 мм) було виявлене у шести вагітних. У такому ж відсотку спостережень було діагностовано маловоддя - 41 (23,8 %) плодів, котре частіше виявлялося в III триместрі (75,6 проти 24,4 % в II триместрі). У контрольній групі багатоводдя виявлено у 7 (17,5 %) випадках.

Комплекс патологічних ультразвукових параметрів (виражена дисоціація в масі плодів – від 15 до 55 %, багатоводдя/маловоддя) дозволив антенатально установити діагноз СФФГ у 20 пацієнток з II групи в терміни 18 –30 тиж. Важливою прогностичною ознакою розвитку СФФГ є також, на нашу думку, різниця товщини плаценти в різних її відділах, яка діагностувалась при УЗД вже на 15–20 тиж. вагітності, і була ознакою набряку частини плаценти, що належала реципієнтові. Надалі по мірі наростання багатоводдя у реципієнта і маловоддя у плода-донора спостерігалось деяке зменшення товщини цієї частини плаценти за рахунок її механічного здавлення великим об' ємом навколоплідних вод. Важка форма СФФГ була виявлена у восьми пацієнток II групи в II триместрі вагітності – 9,3 % вагітних, що призвело до пізнього викидня в п'яти випадках (у тому числі у однієї пацієнтки з моноамніотичною двійнею), антенатальної загибелі обох плодів у однієї вагітної і по одному близнюкові у двох пацієнток в терміни 28 –30 тиж. Патогномонічною ехо-ознакою важкого СФФГ була наявність більшого сечового міхура у плоду-реципієнта на фоні вираженного багатоводдя і відсутності візуалізації сечового міхура у плода-донора, для якого було характерне зниження рухової активності на тлі вираженого маловоддя. Для важкого ступеню СФФГ виявився характерним патологічний кровотік в артерії пуповини в обох плодів (СДС більше 3,3), більш виражений у плода-реципієнта, у якого був відмічений реверсний кровотік. У плода-донора це зумовлено патологією розвитку плаценти, а в плода-реципієнта порушення кровотоку пов'язують з компресією пуповини в результаті багатоводдя.

При аналізі перебігу вагітності у більшості пацієнток (91,9-95 %) з МХ і ДХ двійнятами виявлена велика кількість ускладнень. Загроза переривання вагітності була виявлена у 51 (59,3 %) жінок з МХ і 34 (62 %) жінки з ДХ вагітністю. Прееклампсія ускладнила перебіг вагітності в 26 (30,2 %) і 43 (23,6 %) пацієнток відповідно з монохоріальним і дихоріальним типом плацентації. Частим ускладненням як МХ так і ДХ вагітності була анемія, котора виявлена більш ніж в половині спостережень (56,9 і 51 % відповідно).

Діагностіка дисоційованого росту плодів при багатоплідній вагітності грунтується на різниці БПР (більше 6 мм), ОЖ (більше 20 мм), ДС (більше 5 мм), різниці передбачуваної маси плодів (більше 20 %). В наших спостереженнях при практично однаковій частоті анемії, гестозу і загрози переривання вагітності звертає увагу вищий відсоток диссоційованого росту плодів при МХ вагітності (22 проти 14 %), що, можливо, пов'язано з гемодинамічним дисбалансом. Відзначається високий відсоток ЗРП при МХ двійнях (34 %). По мірі прогресування вагітності число плодів з затримкою росту як при МХ, так і при ДХ типі плацентації збільшувалося з 32 % в 32 –35 тижнів гестації до 65,9 % в 36 –39 тижнів. При цьому ЗРП одного з двійнят частіше спостерігалася у плодів чоловічої статі, чим жіночої (73,6 проти 26,4 %), відмінностей в частоті ЗРП 1-го і 2-го плодів нами виявлено не було (60,8 і 62 %). В контрольній групі випадки ЗРП були відсутні.

Аналіз перинатальних результатів проводився з урахуванням термінів і методу родорозрішення у 182 жінок з ДХ (антенатальная загибель одного з плодів у двох пацієнток) і у 86 пацієнтки з МХ двійнятами (у п'яти з СФФГ важкого ступеню стався пізній викидень в 23 –27 тижнів вагітності).

Термінові пологи мали місце в 29 з 86 (33,7 %) пацієнток з МХ вагітністю, з котрих більшість (24) роділі в термін 37,5 – 38,5 тижнів вагітності. Передчасні пологи є найбільш частими ускладненням багатоплідної вагітності, і мали місце у 57 (66,3 %) пацієнток з МХ вагітністю. При ДХ двійні відсоток передчасних пологів був декілька меншим і склав 79 (43,4 %). Через природні пологові шляхи були родорозрішені 60,5 % вагітни х з МХ двійнею і 45 % з ДХ типом плацентації. Слід зазначити, що у всіх жінок, котрі народжували через природні пологові шляхи, перший плід розташовувався лише в головному передлежанні. У контрольній групі всі пологи були проведені через природні пологові шляхи у терміні доношеної вагітності.

Найбільш частими показаннями до оперативного родорозрішення були тазове передлежання першого плода, дистрес плода під час вагітності та пологів, ЗРП плода/плодів, тяжка прееклампсія, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, аномалії пологової діяльності. При цьому перинатальні втрати в однаковій мірі спостерігалися як після кесарського розтину, так і після мимовільних пологів і склали 4 % при МХ і 1,7 % при ДХ вагітності відповідно.

Аналіз стану новонароджених залежно від типу плацентації свідчить, що при монохоріальній вагітності стан дітей при народженні оцінювався нижче ніж 7 балів за шкалою Апгар у пять разів частіше. Це переважно відмічалось за рахунок фізіологічної незрілості, гіпотрофії, асфіксії різного ступеню. Слід враховувати і той факт, що при МХ більше страждає другий плід.

Прояви незрілості легень відмічались у немовлят, народжених до 37 тижнів гестації. Проте, за однакової частоти СДР при МХ і ДХ двійні, тяжкість їх проявів була більш вираженою при монохоріальній вагітності. Число новонароджених, що потребували ШВЛ після народження, склало при ДХ двійні 15 % проти 24 % при монохоріальній.

Наявність церебральної патології, за даними нейросонографії, не була прямо по'вязана з методом розродження, проте важливого значення при цьому набував гестаційний вік, коли мали місце у новонароджених нетравматичні крововиливи, також супутні ускладнення, такі як дистрес плода, СФФГ. Тяжкі церебральні ураження, як правило, не зустрічалися після 33 тижнів гестації при обох типах багатоплідної вагітності. В той же час слід підкреслити виражену залежність частоти виявлених патологічних змін при НСГ

від хоріальності (з 11 дітей з вираженими церебральними ураженнями 7 були з МХ двієнь, причому один – з монохоріальної, моноамніотичної).

Нами були проведені дослідження по вивченню віддаленого розвитку дітей з ДХ і МХ двієнь у віці шести місяців. Мали місце чотири випадки неонатальної смертності у недоношених новонароджених з монохоріальних двійнят, що народилися в 28 –34 тижнів гестації та померли у віці 2 –3 місяці. При паталогоанатомічному дослідженні виявлено тотальне розм'якшення речовини головного мозку, постгеморагічна гидроцефалія, некротичний ентероколіт. Наявність церебральної патології легкого і середнього ступеню (перинатальне гипоксичне ураження ЦНС, синдром рухових розладів, синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості, м'язова дистонія) незалежно від методу родорозрішення виявлені в одного доношеного і шести недоношених новонароджених.

При ДХ вагітності відсоток ускладнень з боку ЦНС у дітей до пів-року життя був практично ідентичним і склав 27 проти 23 при МХ плацентації. Звертають на себе увагу важкі неврологічні ускладнення у вигляді гемітетрапарезів у двох дітей з ДХ двійнят, котрі народились на 32 і 37 тижнях гестації.

Таким чином, багатоплідна вагітність – як МХ, так і ДХ, – є чинником високого ризику перинатальних ускладнень. Ретельне спостереження за вагітними з багатопліддям в антенатальном періоді, профілактика найбільш частих ускладнень багатоплідної вагітності (передчасні пологи, анемія, гестози, ЗРП), ультразвуковий моніторинг з ранніх термінів вагітності дозволяють здійснювати диференційований підхід до ведення вагітності і пологів, сприяючи зниженню перинатальної захворюваності і смертності. На жаль, до теперішнього часу деякі аспекти ведення багатоплідної вагітності залишаються невирішеними.

ВИСНОВКИ.

– ранніми критеріями хоріальності слугують Т- або Y- ознаки і товщина міжплодових оболонок;

– близько 91,9 – 95 % жінок з багатопліддям мають велику кількість ускладнень під час вагітності. Загроза переривання вагітності відмічена у 51 (59,3 %) жінок з монохоріальною і 34 (62 %) жінки з дихоріальною вагітністю. Прееклампсія ускладнила перебіг вагітності в 26 (30,2 %) і 43 (23,6 %) пацієнток відповідно з монохоріальним і дихоріальним типом плацентації. Частим ускладненням як монохоріальної так і дихоріальної вагітності була анемія, котора виявлена більш ніж в половині спостережень. Звертає увагу вищий відсоток диссоційованого росту плодів при монохоріальній вагітності (22 % проти 14 % при дихоріальній двійні. Число плодів з затримкою росту як при МХ, так і при ДХ типі плацентації збільшувалося з 32 % в 32 –35 тижнів гестації до 65,9 % в 36 –39 тижнів;

– найбільш частими показаннями до оперативного родорозрішення були тазове передлежання першого плода, дистрес плода під час вагітності та пологів, ЗРП плода/плодів, тяжка прееклампсія, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, аномалії пологової діяльності. При цьому перинатальні втрати в однаковій мірі спостерігалися як після кесарського розтину, так і після мимовільних пологів і склали 4 % при МХ і 1,7 % при ДХ вагітності відповідно.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Вони полягають у поглибленні вивчення проблем антенатального догляду при багатоплідній вагітності, впровадженні обов'язкового ультразвукового дослідження в І триместрі вагітності з визначенням типу плацентації та включення трансвагінальної цервікометрії до обов'язкового алгоритму обстежень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Багатоплідна вагітність. - Навчальний посібник під ред. Вдовиченко Ю.П./ К.2011. 360 с.

2. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. – Акушерство: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

3. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Exel. - К.: Морион. - 2000. - 320с.

4. Фролова О. Г.,Матвеенко М. Е. Многоплодные роды и их исходы для матери. Проблемы беременности, 2001, №3, с.3 –5.

5. Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology and the American Society for Reproductive Medicine. Guidelines on the number of embryos transferred. Fertil. Steril. 2004; 82 Suppl. 1-2.

6. Blickstein I., Keith L.G. Multiple Pregnancy. Epidemiology, Gestation & Perinatal outcome. 2005, Informa UK Ltd. – 946 p.

7. Kuwata T., Matusubara S., Ohkuchi A. et al. The risk of birth defects in dichorionic twins conceived by assisted reproductive technology. Twin Res. 2004; 7: 223-227.

8. Sebire N., Snijders A. et al. // Brit. J. Obstet. Gynaecol. – 1997. – Vol.104. – P. 1203– 1207.

Отримано 07.02.14