



УДК 618.25-036-06:618.36-008.6+618.39]-08-039.71

АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ ТА ПРОФІЛАКТИКА ЇЇ АКУШЕРСЬКО-ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ

*Корчинська О.О.¹, Костур К.П.¹, Криванич Н.В.¹, Жултакова С.², Галдунова Г.²,
Шлоссерова А.²*

¹ ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород;

² Пряшівський університет, м. Пряшів, Словацька Республіка

Вступ

Багатоплідною називається вагітність, при якій в організмі жінки одночасно розвиваються два або більше число плодів [2, 3]. Частота багатоплідної вагітності становить 0,4-1,6% за даними літератури і має тенденцію до збільшення в усьому світі, у зв'язку з широким впровадженням у клінічну практику методів стимуляції овуляції і допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) [1]. Крім цього, чинниками розвитку багатоплідності може бути зростання віку і кількості пологів в анамнезі матері, велика маса тіла жінки, вади розвитку матки, наявність в анамнезі факту вживання до вагітності оральних контрацептивів, спадковість [7, 8, 11].

Перебіг багатоплідної вагітності супроводжується підвищеним навантаженням на організм матері [4, 5, 12]. Тому багатоплідну вагітність відносять до станів високого ризику в акушерстві. Оскільки вагітність і пологи при багатоплідності частіше перебігають з акушерськими та перинатальними ускладненнями, вона потребує спеціального ведення для досягнення оптимальних наслідків для матері і плода [2, 6, 9].

Актуальність теми полягає в тому, що істинний рівень багатопліддя, а також частота і структура супутніх материнських і неонатальних ускладнень, до цього часу залишаються невідомими у зв'язку з відсутністю в Україні загального єдиного реєстру багатоплодових вагітностей і їхнього результату [6, 9, 10].

Мета дослідження

Провести аналіз перебігу багатоплідних вагітностей, виявити можливі ускладнення під час вагітності та пологів, попередити їх негативні наслідки на організм матері і пло-

да, розробити адекватну профілактику щодо усунення ускладнення перебігу багатоплідності.

Матеріали і методи

Було проведено аналіз амбулаторних карт вагітних та породіль з багатоплідністю, відібраних з архіву Ужгородського міського пологового будинку, протягом 2014-2015 років, для визначення особливостей перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду.

Самостійно було проведено огляд вітчизняної та світової літератури у медичній бібліотеці Закарпатського обласного медичного інформаційно-аналітичного центру, проаналізовано джерела Інтернету щодо особливостей перебігу багатоплідної вагітності.

Було відібрано препарати, які діють на периферичну і органну гемодинаміку з корекцією судинного тонуусу, реології, поліпшують матково-плацентарний кровообіг, впливають на метаболізм у фето-плацентарній системі.

Проаналізувавши механізм дії препаратів, їх вплив на організм вагітної та плід, нами було вирішено призначити такі препарати:

- депротейнізований гемодериват з крові молочних телят (*Bos Taurus*), стандартизований хімічно і біологічно, в перерахунку на суху речовину 42,5 мг, який стимулює аеробний гліколіз та окисне фосфорилування, підвищує утилізацію глюкози і транспорт кисню в тканини при гіпоксії і порушення обміну речовин, позитивно діє на стан центрального та периферичного кровообігу, усуває гіпоперфузію плаценти; гальмуючи агрегацію еритроцитів та тромбоцитів, покращує процеси мікрогемодинаміки, в тому числі кровотік в плодовій частині плаценти;



- гексобендину дигідрохлориду – 60 мг, етофіліну – 60 мг, етамівану – 100 мг; етаміван позитивно впливає на адаптаційні можливості ретикулярної форми стовбура мозку, гексобендин підвищує утилізацію глюкози і кисню за рахунок активації анаеробного гліколізу і пентодних циклів, теофілін активізує стимуляцію підкоркових утворень, середнього мозку і стовбурових центрів та ядер (дихального, судинно-рухового, центрів вегетативної регуляції); комплексна дія активних компонентів поліпшує мозковий кровообіг, роботу серця і обмін речовин у плода в умовах гіпоксії;
- вагінальний мікронізований прогестерон – 100 мг; препарат викликає трансформацію слизової оболонки матки з фази проліферації в секреторну фазу, що необхідно для нормальної імплантації заплідненого яйця, а після запліднення сприяє її переходу в стан, необхідний для розвитку заплідненої яйцеклітини, зменшує збудливість і скоротливість мускулатури матки і маткових труб, що забезпечує збереження вагітності.

Дане лікування є нешкідливим, покращує кровообіг у системі «мати-плацента-плід» та не викликає побічних реакцій. Перед початком лікування вагітних було проінформовано про проведення профілактичного лікування, пояснено важливість правильного дотримання схеми лікування, вплив на організм майбутніх дітей шкідливих звичок, перевтоми та стресових реакцій. Вагітні проходили діагностику та обстеження відповідно до Протоколу надання медичної допомоги вагітним з багатоплідністю.

Було відібрано 60 вагітних жінок з багатоплідністю, яких розділено на 3 групи, відповідно до підібраних схем лікування:

- I група – контрольна, до неї ввійшли 20 жінок, яким не призначалося дане лікування;
- II група – до неї ввійшло 20 жінок, які приймали такі препарати за схемою: депротейнізований гемодериват з крові молочних телят – упродовж 2 тижнів у період 10–12 тижнів вагітності, 20–22 тижні вагітності та 30–32 тижні та прогестерон вагінальний мікронізований – безперервно (з моменту

початку серцебиття плоду до 34 тижня вагітності);

- III група – до неї ввійшло 20 жінок, який було призначено таке лікування: гексобендину дигідрохлориду – 60 мг, етофіліну – 60 мг, етамівану – 100 мг – упродовж 2 тижнів у період 10–12, 20–22 та 30–32 тижні вагітності та прогестерон вагінальний мікронізований – безперервно з моменту реєстрації серцебиття плоду до 34 тижня вагітності.

I група стала контрольною, з якою порівнювалися результати проведеного лікування у II-й та III-й групі, що були основними.

Для оцінки результатів та визначення ефективності лікування було проведено статистичний аналіз даних з використанням табличного процесора Microsoft Office Excel 7.0 за допомогою t-критерію Стьюдента. Розраховані значення критерію більше критичного рівня, що говорить про статистичну значущість отриманих результатів ($p < 0,05$).

Результати досліджень

Дослідження проводилося в два етапи. Метою першого етапу було провести аналіз амбулаторних карт вагітних та породіль з багатоплідною вагітністю для визначення особливостей її перебігу.

Було отримано такі результати: більшість вагітностей були першими (61%), і у 43% виникли на фоні лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій. Вік матері у 2% випадків становив менше 18 років, у 29% – 18–25 років, у 53% – 26–35 років і у 16% – більше 35 років.

Більше половини жінок мали обтяжений акушерський анамнез (ОАА) – 67%, а саме: самовільний аборт в анамнезі траплявся у 36% випадків, рубець на матці – у 19% випадків і у 12% спостерігалася істміко-цервікальна недостатність (ІЦН). Супутні захворювання під час вагітності спостерігалися у 10% випадків. Серед основних захворювань мали місце: аднексит – у 4% випадків, ожиріння, еутиреоз та міопія траплялися по 2% кожний.

Більшість пологів при багатоплідній вагітності відбувалися передчасно (90%). Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНПП) мало місце у 50% випадків, що дорівнює половині. У 20% випадків мали місце аномалії скоротливої активності



матки. У 16% випадків відбувся передчасний розрив плодової оболонки (ПРПО).

Коротка пуповина та маловоддя спостерігалось по 2 % випадків. Щодо гіпоксії плода, вроджених вад розвитку (ВВР), геморагічного шоку плода, то вони спостерігалися у 8%, 6% та 2% випадків відповідно.

Дані щодо типу плаценти показали наступні результати: у 65% випадків простежувалась біхоріальний (БХ), біамніотичний (БА) тип, у 35% – монохоріальний (МХ), біамніотичний (БА), а монохоріальний (МХ), моноамніотичний (МА) тип плаценти не спостерігався у жодному випадку.

Щодо положення плодів, то тут були отримані такі дані: головне положення обох плодів спостерігалось у 28% випадків; перший плід (I) у головному положенні, другий (II) у поперечному – спостерігалось у 20%; положення I плода головне, II – сідничне та I плода сідничне, II – головне траплялися з однаковою кількістю – по 17% випадків; сідничне положення I плода і поперечне II було в 10%; сідничне обох плодів – у 8%.

Залежно від виду передлежання плодів, типу плаценти, гестаційного віку плодів залежить успіх розродження. Фізіологічні пологи траплялися у 35% випадків, у той час як оперативне ведення пологів (шляхом кесаревого розтину) зустрічалось у 65% випадків.

Це підтверджує той факт, що у сучасному акушерстві спостерігається тенденція до розширення показань до кесаревого розтину за наявності багатоплодової вагітності [10, 13]. Так, розродження шляхом кесаревого розтину рекомендується у випадках однояйцевої моноамніотичної двійні, наявності більше двох плодів, випаданні пупкового канатика, а також за загальними показаннями з боку матері й плода (дистрес плода, слабкість пологової діяльності, що не підлягає корекції, відсутність ефекту від стимулювання пологів, неготовність пологових шляхів при доношеній вагітності, тяжка прееклампсія, виражена екстрагенітальна патологія у матері) [15, 16].

Основну увагу було звернено на аналіз ускладнень під час багатоплідної вагітності. Більшість вагітних непокоїла підвищена стомлюваність, задишка, часте сечовипускання, нудота. Найбільш поширеним ускладненням у досліджуваного контингенту вагітних, за даними літератури, є загроза переривання вагітності (найчастіше в I триместрі вагітності) та плацентарна дисфункція [4, 11, 12].

Наші дані узгоджуються з опублікованими літературними джерелами, оскільки, за даними нашого аналізу, загроза переривання вагітності спостерігалась у 35% випадків. Щодо плацентарної дисфункції, то вона зустрічалась у 42% випадків.

Серед інших ускладнень найчастіше траплялась анемія вагітних – у 28% випадків, прееклампсія – у 20%, токсикоз ранніх термінів вагітності та варикозна хвороба траплялися з однаковою частотою – по 4% випадків, також було виявлено гепатоз вагітних у одному випадку. Ускладнення у післяпологовому періоді проявлялися кровотечею, що була в 11% випадків.

Згідно з вищенаведеним матеріалом, було вирішено розробити профілактично-лікувальну схему щодо попередження плацентарної недостатності під час багатоплідної вагітності, що і стало метою II етапу нашого дослідження.

За даними літератури, одним із найважливіших пускових механізмів плацентарної недостатності є дифузно-перфузійна недостатність матково-плацентарного, внутрішньо-плацентарного та плодо-плацентарного кровообігу [14]. При цьому спостерігаються порушення транспортної, трофічної, ендокринної, метаболічної та антитоксичної функції плаценти [3, 5].

Тому ми вирішили застосувати препарати, які можуть впливати на ці ланки патогенезу виникнення плацентарної недостатності, покращують функцію і стан плаценти.

До початку лікування за даними лабораторних досліджень та УЗД патології в перебігу багатоплідних вагітностей досліджуваних жінок не виявлено.

Всім жінкам було визначено рівень хоріонічного гонадотропіну (ХГ) в крові під час першого триместру вагітності, плацентарного лактогену (ПЛ) та вільного естріолу (ВЕ) під час другого і третього триместру вагітності.

Було отримано такі результати:

I група – рівень гормонів складав:

- ХГ – I триместр вагітності: 23615,195±4800,951 (N=27832,0–210612,0 мМЕ/мл);

- ПЛ – II триместр вагітності: 1,16±0,178 (N=1,30–5,80 мг/л).

III триместр вагітності: 3,796±0,406 (N=4,00–10,70 мг/л)

- ВЕ – II триместр вагітності: 3,978±0,308 (N=4,5–14,0 нмоль/л).



III триместр вагітності: $8,701 \pm 0,655$ (N=10,0 – більше 42 нмоль/л).

II група – рівень гормонів складав (на фоні приймання депротейнізованого гемодеривату з крові молочних телят та вагінального мікронізованого прогестерону):

- ХГ – I триместр вагітності: $183889,965 \pm 13214,464$ (N=27832,0–210612,0 мМЕ/мл)
- ПЛ – II триместр вагітності: $4,9435 \pm 0,442$ (N=1,30–5,80 мг/л)

III триместр вагітності: $8,1945 \pm 0,783$ (N=4,00–10,70 мг/л)

- ВЕ – II триместр вагітності: $12,1 \pm 1,076$ (N=4,5–14,0 нмоль/л)

III триместр вагітності: $62,265 \pm 10,171$ (N=10,0 – більше 42 нмоль/л).

III група – рівень гормонів складав (на фоні приймання гексобендину дигідрохлориду – 60 мг, етофіліну – 60 мг, етамівану – 100 мг та вагінального мікронізованого прогестерону):

- ХГ – I триместр вагітності: $183088,06 \pm 11023,03$ (N=27832,0–210612,0 мМЕ/мл)
- ПЛ – II триместр вагітності: $5,009 \pm 0,337$ (N=1,30–5,80 мг/л)

III триместр вагітності: $8,775 \pm 0,859$ (N=4,00–10,70 мг/л):

- ВЕ – II триместр вагітності: $11,75 \pm 1,283$ (N=4,5–14,0 нмоль/л)

III триместр вагітності: $66,52 \pm 10,177$ (N=10,0 – більше 42 нмоль/л).

Дані лабораторних методів діагностики показали, що в I групі (контрольній) достовірно знижені всі показники, що може свідчити про формування плацентарної дисфункції, на відміну від показників II та III груп, які знаходяться в межах норми, що свідчить про позитивний ефект лікування.

Результати додаткових методів дослідження показали, що за даними УЗД фізіологічний розвиток плода спостерігався у 90% випадків, патологічний – у 10%. Оцінка біофізичного профілю плода (БПП) показала задовільний стан (8-10 балів) у 89% випадків, патологічний (4 бали і нижче) – у 11% випадків. Дані доплерометрії свідчать про нормальний кровоплин у 93% випадків, знижені індекси кровоплину спостерігалися у 7% випадків.

Щодо перебігу багатоплідної вагітності та самопочуття вагітної жінки, то тут отримано такі результати:

Симптоми	Кількість жінок (%)		
	I група	II група	III група
токсикоз ранніх термінів вагітності	5 (25%)	1 (5%)*	1 (5%)*
пreeклампсія	4 (20%)	1 (5%)*	1 (5%)*
анемія вагітних	2 (10%)	2 (10%)*	1 (5%)*
загроза переривання вагітності	9 (45%)	1 (5%)*	2 (5%)*
плацентарна дисфункція	10 (50%)	1 (5%)*	1 (5%)*
передчасні пологи до 34 тижня вагітності	14 (70%)	3 (15%)*	4 (20%)*
слабкість пологової діяльності	2 (10%)	2 (10%)*	1 (5%)*
ПВНРП	4 (20%)	1 (5%)*	1 (5%)*
кесарів розтин	13 (65%)	3 (15%)*	4 (20%)*

*достовірність $p < 0,05$



Висновки

1. За даними клінічних, лабораторних та додаткових методів дослідження виявлено, що перебіг багатоплідної вагітності ускладнений високою частотою загрози переривання вагітності на ранніх термінах, плацентарної дисфункції, порушенням рівнів гормонів хоріонічного гонадотропіну, плацентарного лактогену та естріолу.

2. За допомогою статистичної обробки доведено, що використання нашої методики дозволяє достовірно знизити частоту виникнення вищеперерахованих ускладнень.

Перспективи подальших досліджень.

Частота багатоплідних вагітностей з кожним роком зростає, через впровадження у клінічну практику методів стимуляції овуляції та допоміжних репродуктивних технологій. Існує низка наукових досліджень та публікацій щодо виникнення ускладнень при багатоплідді, але на сьогоднішній час немає чітко розробленої схеми щодо попередження ускладнень. Втілення в практику даного профілактичного лікування допоможе жінкам з багатоплідною вагітністю позбутися серйозних ускладнень та народжувати здорове майбутнє покоління.

Резюме. У статті наводяться дані щодо особливостей перебігу багатоплідних вагітностей, пологів та післяпологового періоду. Проведено аналіз акушерсько-перинатальних ускладнень, що виникають під час багатопліддя. Детально описано лікувально-профілактичну схему попередження розвитку негативних наслідків на організм матері і плода. Доведено та статистично підтверджено ефективність даної схеми щодо усунення плацентарної дисфункції.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, ускладнення, переривання вагітності, плацентарна дисфункція, профілактика.

Analysis of multiple pregnancy and prevention of its obstetric and perinatal complications

Korchynska O., Kostur K., Kryvanych N., Zultakova S., Galdunova H., Schlosserova A.

Summary. The article considers data about peculiarities of multiple pregnancies, childbirth and postpartum. The authors analyzed obstetrics and perinatal complications, that appear during multiple pregnancy. Detailed about therapeutic scheme of prevention of negative consequences on mother's and fetus' organism. Proved and confirmed statistically efficiency of the scheme about elimination of placental dysfunction.

Key words: multiple pregnancy, complications, abortion, placental dysfunction, prevention.

ЛІТЕРАТУРА

1. Багатоплідна вагітність після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Особливості перебігу вагітностей із самовільною та штучною редукцією ембріонів/ В.В. Камінський, А.А. Суханова, Л.І. Воробей [та ін.]//Здоровье женщины. – 2009. – №6 (42). – С. 34–40.
2. Бойчук А.Г., Вакалюк Л.М., Дрогомирецький Л.В., Любінець В.О., Юнгер В.І. Особливості перебігу багатоплідної вагітності після застосування допоміжних репродуктивних технологій / Медико-соціальні проблеми сім'ї. – №4. – 2013. – С. 5–8.
3. Василишина В.Р. Порівняльні аспекти багатоплідної вагітності без і після допоміжних репродуктивних технологій: Дис.канд.мед.наук: 14.01.01. – К., 2015. – 164 с.
4. Вдовиченко Ю.П., Ткаченко А.В. Клініко-статистичні риси багатопліддя на сучасному етапі // Вісник наукових досліджень. – 2005. – №2. – С.10–13.
5. Голота В.Я., Бенюк С.В., Тагайчинова С.В. Ультразвукова діагностика в прогнозуванні перебігу вагітностей та пологів при багатоплідді // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – №1. – С. 83–85
6. Ефективний антенатальний догляд: Навчальний посібник / С.Б. Арбузова, Ю.В. Бенедичук, М.П. Веропотвелян [та ін.]. – К., 2012. – 508 с.
7. Кулаков В.И., Леонов Б.В. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия. – М.: МИА, 2002. – 782 с.
8. Романенко Т.Г., Завадская О.Ю. Особенности течения беременности и родов при многоплодной беременности // Репродуктивное здоровье женщины. – 2004. – №1(17). – С. 67–69.



9. Руководство по акушерству / И.С. Сидорова, В.И. Кулаков, И. Макаров. – Медицина, 2006 – 1030 с.
10. Сухих Г.Т. Иммунология репродукции / Г.Т. Сухих, Л.В. Ванько. – М., 2003. – 400 с.
11. Ткаченко А.В. Перебіг та наслідки багатоплідних гестацій у порівняльному аспекті // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – №3. – С. 89–95.
12. Хайбуллина Г. Р. Близнецы – величайшая загадка природы // Молодой ученый. – 2015. – № 23. – С. 302–304.
13. Хорионический гонадотропин и редукция эмбрионов / В.А. Бахарев, Н.А.Каретникова, М.Л. Алексеева [и др.] // Проблемы репродукции. – 2003. – Т.9, №2. – С. 63–64.
14. A comparison of the outcomes between twin and reduced twin pregnancies produced through assisted reproduction/ C. Cheang, L. Huang, T. Lee [et al.] // Fertil. Steril. – 2007. – Vol. 88, №1. – P. 47–52.
15. Dodd J.M., Dowswell T., Crowther C.A. Specialised antenatal clinics for women with a multiple pregnancy for improving maternal and infant outcomes. Cochrane Database Syst Rev. – 2015. – Nov 6. – P. 11–16.
16. Hofmeyr G.J., Barrett J.F., Crowther C.A. Planned caesarean section for women with a twin pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. – 2015. – Dec 19. – P. 12–18.