

ЛІТЕРАТУРА

1. Clinical manual of incontinence in women. / Abrams P, Artibani W, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Health Publications Ltd. 2005.
2. Schroder P, Abrams P, Andersson K-E, Chapple C.R. Chapple. Neurogenic Lower Urinary tract Dysfunctional. Guidelines of European Urology Association. 2009. 53 p.

УДК 618.25:612.647/.648.1

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ПЛОДІВ ТА НОВОНАРОДЖЕНИХ ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ

КРАВЧЕНКО О.В., ЯСНІКОВСЬКА С.М.

м. Чернівці

Сьогодні в Україні відмічаються високі темпи росту багатоплідної вагітності, що пов'язано з агресивним використанням допоміжних репродуктивних технологій, застосуванням гормональних препаратів для лікування непліддя, а також зростання кількості вікових роділь [1, 3, 6].

Водночас збільшення числа вагітностей двійнею призводить до зростання рівня передчасних пологів в 5 – 7 разів, народження дітей з дуже низькою масою, що, в свою чергу, збільшує ризик виникнення дитячого церебрального паралічу в 4 – 5 разів, перинатальне виживання складає лише 10 – 20%, а частота неврологічних ускладнень у дітей, що вижили, досягає 40% [2, 4, 5].

Тому, безумовно, діагностика та оцінка внутрішньоутробного стану плодів при багатоплідній вагітності є актуальною і перспективною.

Метою нашої роботи було дослідити особливості розвитку плодів та новонароджених при вагітності двійнею.

Матеріали і методи дослідження

Під спостереженнями було 42 вагітні жінки з двійнею, які народили в МКПБ №2 м. Чернівці в 2013 році. У 4 жінок, з вище означених, вагітність настала внаслідок ЕКЗ.

Результати досліджень та їх обговорення

За віком спостережені жінки були розподілені наступним чином: до 20 років вагітних не було. Основну групу склали вагітні віком 25-30 років – 22 (52,3%) жінки, віком 30-35 років – 16 (38,0%) пацієнток, старше 35 років і у віковій категорії 20-25 років під спостереженням було по 2 вагітних (по 4,7%).

Дана вагітність за паритетом була першою у 16 (38,0%) жінок, другою у 9 (21%), третьою у 8 (19,0%) жінок, четвертою у 6 (14,2%). Більш високий паритет вагітності склав 7,1%, що відмічалось у 3 пацієнток.

Двійні в анамнезі були діагностовані в однієї жінки (2,3%), антенатальна загибель плода в попередній вагітності відмічалась теж в однієї жінки (2,3%), двічі невдала спроба ЕКЗ – у 2 (4,7%) жінок.

Дослідження репродуктивної функції обстежених показало, що самостійні пологи були у 22 (52,3%) жінок, у 2 (4,7%) жінок спостерігалися передчасні пологи, самовільні викидні були у 5 (11,9%), штучні аборти – у 4 (9,5%). Позаматкова вагітність відмічалась в однієї жінки (2,3%).

Непліддя серед обстежених мало місце у 8 (19,0%) випадках. У 27 (64,2%) вагітних жінок гінекологічний анамнез був обтяжений.

Дана вагітність в групі обстежених була планованою в 83,3% випадків (у 36 жінок). Всі вагітні були під диспансерним спостереженням, раннє взяття на облік відмічалось у 37

(88%) вагітних. 76,1% вагітних були мешканками міста і 23,9% були сільськими жительками і стояли на обліку по вагітності в районах області.

Всі вагітні спостерігались відповідно до наказу № 417 МОЗ України. Особливої уваги при багатоплідній вагітності надавали оцінці розвитку внутрішньоутробних плодів в залежності від хоріальності, чітко велась графідограма, та оцінка передбачуваної маси плодів за шкалою Blichstein, визначалась також кількість навколоплідних вод плодів.

Всім вагітних проведено плановий дворазовий скринінг, I скринінг не проведено 4 (9,5%) вагітним, що пов'язано з пізньою явкою.

За даними I УЗД скринінгу дихоріальна діамніотична (ДХДА) двійня діагностована у 21 (50%) жінки, монохоріальна діамніотична (МХДА) – у 17 (40,4%) вагітних, монохоріальна моноамніотична (МХМА) двійня діагностована не була. При монохоріальній діамніотичній двійні проводились додаткові ультразвукові дослідження (з 16 по 24 тиждень гестації, кожні 2-3 тижні), з метою діагностики синдрому фето-фетальної трансфузії.

За даними II ультразвукового скринінгу ДХДА була відмічена у 24 (57,1%) випадках, МХДА – у 18 (42,8%) випадках, вроджена вада розвитку серця одного плода - в 1 (2,3%) випадку, передлежання плаценти – у 1 (2,3%) жінки, ознаки істміко-цервікальної недостатності – в 1 (2,3%) випадку.

При III УЗ дослідженні в 30-34 тижні тип хоріальності був визначений в таких же відсотках, як при II скринінгу. Однак була діагностована наступна патологія плодів та елементів плодового яйця: багатоводдя обох плодів виявлено у 2 (4,7%) випадках, багатоводдя одного з плодів – у 3 (7,1%), дискордантний ріст плодів - у 9 (21,4%) випадках, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – в 1 (2,3%) випадку, синдром затримки розвитку одного з плодів - в 3 (7,1%) випадках.

Дослідження біофізичного профілю плода (БПП), яке проводилося в 36-37 тижнів показало, що оцінка плодів 9-9 балів була відмічена - у 3 (7,1%) випадках, 9-8 балів – у 5 (11,9%) випадках, 8-8 балів – у 9 (21,4%), 8-7 балів – у 5 (11,9%), 7-7 балів – у 4 (9,5%), 6-7 балів – у 2 (4,7%), 3-6 балів – у 1 випадку (2,3%).

Доплерометричні дослідження кровоплину в судинах пуповини були в межах норми в 32 (82,0%) випадках, в 6 (15,3%) випадках – був відмічений сповільнений кровоплин, в 1 (2,5%) випадку – нульовий кровоплин у I з плодів, в 3 (7,6%) випадках доплерометричні дослідження проведені не були.

Аналіз терміну початку пологів показав, що з групи обстежених 3 (7,1%) вагітних народили до 30 тижнів гестації, в терміні 31-34 тижні розроджені 3 (7,1%) жінки, в 35 – 36 тижнів - 9 (21,4%) жінок, в 36 – 37 тижнів – 2 (4,7%) жінок, в 37-38 тижнів – 18 (42,8%) пацієнток, в 38 – 39 тижнів - 7 (16,6%) вагітних.

Таким чином, передчасні пологи відбулися у 17 роділь, що склало 40,4%. Причому рівень передчасних пологів при МХДА двійні становив 74,4% (13 випадків), при ДХДА даний показник становив лише 23,6% (4 випадки).

50% обстежених жінок розроджені шляхом кесаревого розтину і у 50% були вагінальні пологи. Мертвонародження при багатоплідній вагітності становила 4 (9,5%) випадки, а саме: антенатальна загибель одного плода – 2 (4,7%) випадки, двох плодів - 1 (2,3%) випадок, інтранатальні загибель одного плода - 1 (2,3%) випадок.

За масою тіла новонароджені розподілись наступним чином вага до 1кг в обох плодів була виявлена в 1 (2,3%) випадку, від 1 до 2,5 кг була маса обох плодів в 24 (57,1%) випадках. У ваговій категорії 2,5-3 кг плодів народжених першими було 10 (23,8%), другими – 14 (33,3%). Масу від 3 до 3,5 кг мали 7 (16,6%) плодів народжених першими і 3 (7,1%) народжених другими.

Живими народилися при багатоплідних вагітностях 80 дітей.

Оцінка обох новонароджених при двійнях за шкалою Апгар на 1 – 5 хвилині в 60% (48 дітей) випадків була в межах 7 – 9 балів. Відповідно на 6 – 7 балів було оцінено 22 (27,5%) новонароджених, на 6 – 8 балів – один другий плід (1,2%) при антенатальній загибелі першого плода, на 6 – 6 балів було оцінено 2 (2,4%) плода, на 5 – 7 балів – один другий плід (1,2%) при антенатальній загибелі першого плода, 5 балів – ШВЛ – 5 (6,2%) новонароджених, 4 бали – ШВЛ – один перший плід (1,2%) при інтранатальній загибелі другого

плода. Таким чином, в стані помірної асфіксії народилося 32 (40 %) дітей, народжених у важкій асфіксії не було. 6 (7,6%) дітей переведені на ШВЛ з 3 – 5 хвилини життя.

На 3-4 добу післяпологового періоду було виписано додому з дітьми 7 (16,6%) породіль, на 5 добу - 11 (26,1%), на 6 добу – 8 (19%), на 7, 8, 11 добу, відповідно, по одній породілі (2,3%). 13 (30,9%) новонароджених були переведені в обласну дитячу клінічну лікарню на другий етап виходжування та відділення патології новонароджених. До 6 доби переведено 8 дітей, з 7 по 12 добу ще 5 новонароджених.

Висновки

1. При багатоплідній вагітності різко зростає рівень передчасних пологів (40,4%) та мертвородження (9,5%).
2. При монохоріальній діамніотичній двійні частота передчасних пологів в тричі вища ніж при дихоріальній діамніотичній двійні.
3. Ризики для плодів при багатоплідній вагітності в основному пов'язані з антенатальними факторами, інтранатальні ризики, враховуючи широке використання оперативного розродження, практично не впливають на показники перинатальної смертності.
4. Зниження показників перинатальної смертності при багатоплідній вагітності тісно пов'язано з профілактикою передчасних пологів та удосконаленням діагностики внутрішньоутробного стану плода.

ЛІТЕРАТУРА

1. Акушерство: национальное руководство / [Э.К.Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.- С. 57-89.
2. *Blickstein I.* Pregnancy, Epidemiology, Gestation & Perinatal outcome / [I. Blickstein, L.G. Keith]. - Ltd. Informa UK, 2005. – 946 p.
3. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists / Number 56. – October, 2004. - P. 276-285.
4. Consensus views arising from the 50th Study Group: Multiple Pregnancy / RCOG, 2006. – P. 56-98.
5. *Dodd J.M.* Specialised antenatal clinics for women with a multiple pregnancy to improve maternal and infant outcomes / [J.M.Dodd, C.A.Crowther]. - Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008, Issue 4.
6. Growth restriction as a determinant of outcome in preterm discordant twins / [Yinon Y., Mazkereth R., Rosentzweig N. and other]. - Obstet. Gynecol., 2005. – P. 80-84.