

Особливості антенатального догляду за жінками з багатоплідною вагітністю

Л.Г. Бойчук

Івано-Франківський національний медичний університет

Останнім часом вагітність і пологи при багатоплідній вагітності є однією з найактуальніших проблем сучасного акушерства. Як відомо, вагітність і пологи при багатоплідній вагітності частіше перебігають з акушерськими та перинатальними ускладненнями. Ефективна та своєчасна робота антенатальної служби сприяє вирішенню завдань, спрямованих на збереження репродуктивного здоров'я, зниження материнської та перинатальної смертності.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, невиношування, безпліддя.

Багатоплідною є вагітність, при якій в організмі жінки розвивається два плода або більше. Народження двох і більше дітей називають багатоплідними пологами. За останні три десятиріччя у світі відбулося зростання частоти багатоплідної вагітності, яка досі вважалась певною біологічною константою. За період з 2000 по 2013 р. в Україні кількість багатоплідних пологів зросла більше ніж на 30%, при цьому пологи двійнею складають майже 95%, а інші 5% припадає на пологи трійнею і багатопліддя більш високого порядку. Проблема «епідемії багатопліддя» є доволі актуальною, оскільки її наслідки можуть призвести до суттєвого зростання акушерської і перинатальної патології.

Багатоплідність – вагітність з одночасним розвитком двох та більше плодів, може виникати внаслідок реалізації двох механізмів: запліднення двох чи більше яйцеклітин, що одночасно дозріли, або внаслідок розщеплення однієї заплідненої яйцеклітини в ранній ембріональний період (поліембріонія) як спонтанно, так і за умов застосування стимуляції овуляції, екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) з переносом ембріонів у порожнину матки (ПЕ). Тобто виділяють два різновиди двійні: двояйцеву (дизиготну) і однайцеву (монозиготну). При однайцевих двійнях запліднюється одна яйцеклітина. Кількість плацент, що формуються, при цьому типі двійні залежить від строку ділення єдиної заплідненої яйцеклітини. Якщо ділення відбувається протягом перших 72 год після запліднення (до стадії морули), то формуються два ембріона, два амніона, два хоріона/плаценти. Міжплодова перегородка, як і при двояйцевій двійні, складається з чотирьох шарів. Таку однайцеву двійню називають біхоріальною біамніотичною. Коли ділення яйцеклітини відбувається в інтервалі 3–8 дів після запліднення (стадія бластоцисти), то формуються два ембріона, два амніона, але один хоріон/плацента. Міжплодова перегородка при цьому складається з двох шарів амніона. Такий тип однайцевої двійні вважають монохоріальним біамніотичним. При діленні яйцеклітини в інтервалі 8–13 дів після запліднення формуються один хоріон і два ембріона, оточені єдиною амніотичною оболонкою, – міжплодова перегородка відсутня. Таку однайцеву двійню називають монохоріальною моноамніотичною. Результат ділення заплідненої яйцеклітини на більш пізніх строках (після 13-ї доби), коли вже сформовані ембріональні диски, – це зрощена двійня. Таким чином, біхоріальними можуть бути як двояйцеві, так і однайцеві двійні, тоді як монохоріальними – тільки однайцеві.

Причини багатопліддя вивчені недостатньо. Певне значення має спадковість. Багатоплідна вагітність (БВ) частіше зустрічається у родинах, де мати або батько, або подружжя із двійні. Крім того, прогностичними чинниками для багатоплідної вагітності є вік жінок старше 35 років, кількість пологів та час зачаття після припинення вживання оральних контрацептивів (ребаунд-ефект), застосування гормональних препаратів при лікуванні безпліддя (стимуляторів овуляції, відміна синтетичних естроген-гестагенних препаратів, екстракорпоральне запліднення), аномалії розвитку матки. Крім того, до факторів, що впливають на частоту багатопліддя відносять географічні, соціально-економічні, побутові фактори.

Діагностика БВ. Достовірне розпізнавання БВ в ранні терміни можливе тільки при застосуванні ультразвукового дослідження (УЗД) в 11–13 тиж з метою визначення життєздатності, кількості плодів, товщини комірцевого простору, вроджених вад розвитку, точного терміну гестації, хоріальності, яка є досить вагомою ознакою та найточніше визначається до 14-го тижня вагітності. Саме хоріальність (а не зиготність) визначає перебіг вагітності, її результати і перинатальну захворюваність. Перинатальна смертність при монохоріальних двійнях незалежно від зиготності у три-чотири рази перевищує таку при біхоріальній. Причини полягають у проблемі плацентарної васкуляризації. Нерівномірність плацентарної циркуляції навіть на одній ділянці (додаткова часточка, частковий інфаркт плаценти або стоншення) може призвести до дискордантних порушень серед близнят. Таким чином, точне визначення хоріальності є найбільш важливим кроком у виборі правильної тактики ведення БВ.

Наявність двох окремо розташованих плацент та міжплодової перегородки завтовшки понад 2 мм є достовірним критерієм біхоріальної двійні. При виявленні єдиної «плацентарної маси» потрібно диференціювати «єдину плаценту» (монохоріальні двійні) від двох, що злилися (біхоріальні двійні). Наявність специфічних ультразвукових критеріїв – Т- і λ-ознак, що формуються в основі міжплодової перегородки, – з великою мірою достовірності дозволяє встановити діагноз моно- або біхоріальної двійні. Виявлення λ-ознаки при УЗД на будь-яких строках гестації свідчить про біхоріальний тип плацентації, Т-ознака свідчить про монохоріальність. Слід урахувати, що після 16 тиж вагітності λ-ознака стає менш доступною для дослідження. На більш пізніх строках вагітності (II–III триместр) точна діагностика хоріальності можлива лише за наявності двох окремо розташованих плацент. У разі єдиної плацентарної маси (одна плацента або плаценти, що злилися) при ехографії часто відбувається гіпердіагностика монохоріального типу плацентації.

Особливості перебігу вагітності і можливі ускладнення при багатоплідді. Загальні симптоми багатоплідної вагітності: печіння, біль у попереку, геморої, обмеження рухливості, набряки, почастішене сечовипускання, закрепи, підвищена втомлюваність.

Можливі ускладнення БВ: надмірне блювання вагітних, самовільні викидні, передчасні пологи (у 50% випадків),

підвищення артеріального тиску, прееклампсія та гестаційна гіпертензія (зустрічаються у 5 разів частіше, ніж при одноплідній вагітності), цукровий діабет вагітних, анемія вагітних, варикозна хвороба, пієлонефрит, багатоводдя, істміко-цервікальна недостатність, передчасне відходження навколоплодових вод, відшарування плаценти.

Монохоріальна двійня в порівнянні з дихоріальною супроводжується більш високим ризиком перинатальної смертності (у 2,3 разу), внутрішньоутробної загибелі одного з плодів (у 8 разів), вираженого дискордантного росту плодів (на 23%), некротизувального ентероколіту (у 4 рази), вроджених вад розвитку. Крім того, існує ризик специфічних ускладнень: синдром фето-фетальної трансфузії (у 10–20% монохоріальних двійнят); синдрому близнюкової емболії.

Моноамніотична двійня характеризується такими ускладненнями: синдром фето-фетальної трансфузії (СФФТ), сплутування пупкових канатиків, підвищений ризик структурних аномалій (10–20%), загальна смертність може сягати 50–60%.

Особливості ведення БВ. Тактика ведення БВ може бути умовно розділена на базові підходи, тобто профілактичні та діагностичні заходи можуть бути запропоновані усім жінкам з БВ та специфічні заходи, які залежать від хоріальності БВ.

Базові підходи: відвідування жіночої консультації вагітної з нормальним перебігом БВ відбувається 1 раз на місяць до 28 тиж вагітності, 2 рази на місяць до 32 тиж та 1 раз на 7–10 днів до 34 тиж. Загальна кількість відвідувань складає 15–17 разів. У вагітних з БВ високого ступеня ризику частота відвідування жіночої консультації визначається індивідуально.

Жінка з БВ має бути навчена розпізнаванню небезпечних симптомів вагітності:

- біль внизу живота;
- кров'яністі виділення зі статевих шляхів;
- слабкість, запаморочення, втрата свідомості;
- зменшення рухової активності плодів;
- нудота, блювання, головний біль;
- порушення зору;
- спрага, зменшення сечовиділення;
- раптові набряки рук, ніг, обличчя.

Поява хоча б одного з небезпечних симптомів є показаннями до негайної госпіталізації.

Особливу увагу приділяють консультуванню вагітних з БВ щодо особливостей перебігу даної вагітності, найбільш часті ускладнення перебігу БВ, особливості антенатального спостереження та необхідні лікувально-діагностичні втручання. Також рекомендується відвідування «Школи Відповідального Батьківства», де вагітній чи подружній парі надають інформацію щодо особливостей перебігу пологів та догляду за двома новонародженими.

Особливості скринінгу БВ:

1. УЗД уперше проводять в 10–13 тиж вагітності, у подальшому друге УЗД-обстеження – в 20–22 тиж для визначення структурних аномалій, третє УЗД – в 32–36 тиж та за показаннями. Крім того, рекомендують своєчасне медико-генетичне консультування.

2. Обов'язковим є рутинний скринінг з урахуванням підвищеного ризику прееклампсії (вимірювання артеріального тиску та визначення загального аналізу сечі у 20, 24, 28 тиж вагітності, надалі один раз на два тижні).

3. Визначення стояння висоти дна матки (ведення гравідограми для БВ). Однією з цілей ведення БВ є своєчасне розпізнавання плода (плодів), малого для гестаційного віку (МГВ). Ультразвукова фетометрія при БВ може бути високочутливим методом діагностики при прогнозуванні МГВ немовлят, однак ця процедура є дорогою і не завжди

доступною. Вимірювання висоти стояння дна матки (ВДМ) – широко використовуваний метод виявлення МГВ плодів при одноплідній вагітності. Відомо, що чутливість цього показника варіює між 62% і 86% і навіть може зростати до 95%. При порівнянні чутливості вимірювання ВДМ і ультразвукової оцінки кола живота плода як скринінгового тесту на визначення МГВ плодів при одноплідній вагітності не виявлено значних відмінностей (76% і 83% відповідно). На підставі низки досліджень популяцій були побудовані гравідограми для БВ. Так, у найбільшому дослідженні (Швейцарія) була запропонована гравідограма, розрахована за допомогою сучасних статистичних методів на основі даних по великій сукупності пар близнят із досить точним певним гестаційним віком. Середній показник ВДМ в цьому дослідженні був значно вищим на кожному тижні, ніж зареєстровані показники ВДМ при одноплідній вагітності. У 18 тиж гестаційного віку середня ВДМ становила близько 20 см і збільшувалася майже удвічі до 36-го тижня вагітності. Було виявлено, що ВДМ збільшується лінійно, а гестаційний строк (ГС) був запропонований як позначка для 50-го перцентиля:

$ВДМ (см) = ГС (тиж) + 10\% ГС$. Дана формула легко запам'ятовується і може стати в нагоді у клінічній практиці для оцінювання розвитку плода, особливо у випадках, коли УЗД недоступна. Перевагою вимірювання ВДМ є те, що це простий, дешевий і неінвазивний метод, доступний на будь-якому рівні надання медичної допомоги.

Слід звернути увагу на превентивну протианемічну терапію, яку рекомендовано призначати після 12 тиж вагітності і яка полягає у застосуванні препаратів заліза в дозі 60–100 мг/добу, фолієвої кислоти в дозі 400 мкг/добу, що достовірно знижує частоту виникнення дефекту нервової трубки на 72%. Профілактичне вживання препаратів Са в дозі 1 г/добу з 16-го тижня вагітності, що достовірно знижує частоту гіпертензії на 30%, прееклампсії на 52%, знижує частоту тяжкої материнської захворюваності та смертності на 20%.

Частота розвитку гестозу у жінок при багатоплідді досягає 45%. При БВ гестоз зазвичай виникає раніше, і його перебіг більш тяжкий, ніж при одноплідній вагітності, що пояснюють збільшенням об'єму плацентарної маси (гіперплацентозом). У значного числа вагітних з двійнятами внаслідок надмірного збільшення внутрішньосудинного об'єму розвиваються артеріальна гіпертензія (АГ) і набряки, і цих жінок помилково відносять до групи вагітних з гестозом. У таких випадках швидкість клубочкової фільтрації підвищена, протеїнурія незначна або відсутня, а зниження величини гематокриту в динаміці свідчить про збільшений об'єм плазми. У цих вагітних настає значне покращання стану при дотриманні bed-rest-режиму.

На сьогоднішній день існують незаперечні дані, які свідчать про високу ефективність вживання низьких доз аспірину в дозі 50–50 мг/добу після 20 тиж вагітності, що супроводжується достовірним зниженням частоти прееклампсії на 13%, також рекомендовано вагітним з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, вадами серця, з протезами клапанів серця.

Перебіг БВ супроводжується ризиком передчасних пологів. На сьогодні практика рутинної госпіталізації та призначення ліжкового режиму для вагітних при багатоплідді не рекомендується. Дані рандомізованих контрольованих досліджень свідчать про відсутність зниження частоти передчасних пологів у жінок з БВ, яким було призначено ліжковий режим в умовах стаціонару, у порівнянні з жінками, які залишалися під амбулаторним наглядом. До того ж немає достовірних свідчень ефективності обмеження рухової активності з метою профілактики передчасних пологів у жінок з БВ.

Існують наукові докази помірної достовірності відносно використання шва на шийку матки та тривалого перорально-го вживання токолітичних препаратів у жінок з БВ з метою попередження передчасних пологів. Шийка матки при вагітності – надзвичайно важлива анатомічна і функціональна структура. Порушення, що виникають у ній, можуть серйозно впливати на результат вагітності. При цьому методом вибору оцінювання стану шийки матки слугуватиме трансвагінальна цервікометрія. Довжина шийки матки на 23-му тижні вагітності становить 38 мм, на 24-му та 28-му тижнях вагітності – 35 і 34 мм відповідно. Не дивлячись на те, що трансвагінальне ультразвукове виявлення довгої шийки матки дозволяє передбачити ризик передчасних пологів, немає ніяких доказів того, що ця інформація може бути використана з метою поліпшення результатів пологів. Проте трансвагінальна цервікометрія дає підстави для своєчасного визначення належного лікувального закладу для розродження.

Якщо за результатами трансвагінального ультразвукового вимірювання на 24–26-му тижні двоплідної вагітності довжина шийки матки > 35 мм, то це свідчить, що жінка належить до вагітних з низьким ступенем ризику пологів раніше 34-го тижня гестації. Тобто існує три можливих параметри для оцінювання стану шийки матки – основний (довжина шийки матки) і додаткові (стоншення передньої стінки нижнього сегмента матки < 6 мм і заднього кута шийки матки понад 90°).

Згідно з сучасними науковими даними рутинний профілактичний шов на шийку матки при БВ не може бути рекомендований, крім випадків, коли виявляються ознаки істміко-цервікальної недостатності. Оскільки рутинне накладання шва на шийку матки при БВ підвищує частоту передчасних пологів у 2 рази.

Більшість рандомізованих досліджень не підтвердили ефективність внутрішньовенного або перорального застосування токолітиків для профілактики передчасних пологів при БВ. Використання токолітиків при БВ може бути обґрунтовано лише наявністю показань (клінічні ознаки загрози переривання вагітності).

Специфічні підходи до ведення БВ

Ведення дихоріальної двійні:

- рекомендовано проводити УЗД (фетометрію) на 26, 30, 33, 36-му тижні вагітності;
- вибір способу розродження і тактики ведення пологів здійснюють на строках вагітності 34–36 тиж;
- госпіталізацію для розродження здійснюють в повні 37–38 тиж (якщо немає показань для більш раннього розродження).

Доступні результати ретроспективних досліджень свідчать про підвищення ризику несприятливого результату вагітності для двійнят зі збільшенням гестаційного строку,

при цьому найменший ризик перинатальної смертності та захворюваності визначається на 36-му і 38-му тижнях вагітності.

Ведення монохоріальної двійні:

- рекомендовано проводити ультразвукове оцінювання стану плодів кожні 2–3 тиж при неускладненій монохоріальній двійні, починаючи з 16-го тижня. УЗД між 16-м і 24-м тижнем спрямоване перш за все на виявлення СФФТ. У кожній монохоріальній плаценті присутні судинні анастомози, що поєднують кров'яні русла обох плодів. У деяких випадках баланс в обміні кров'ю між плодами порушується – кров від одного плода (донора) по артеріовенозних анастомозах плаценти починає поступати в кров'яне русло іншого плода (реципієнта). Розвивається СФФТ, важкість якого залежить від сумарного об'єму крові, що надходить від одного плода до іншого. Плід-донор страждає від гіповолемії, гіпоксії, олігурії, розвивається затримка розвитку плода. Реципієнт, навпаки, страждає від гіперволемії, яка призводить до поліурії, багатоводдя, серцевої недостатності з високим серцевим викидом. Більше ніж 90% вагітностей, ускладнених СФФТ, закінчуються самовільним викиднем або передчасними пологами;

- рекомендується режим відвідувань жіночої консультації кожні 2–3 тиж. Такі відвідування повинні включати, як мінімум, вимірювання обводу живота, ехограму головного мозку кожного з плодів з або без вимірювання обводу голови, вимірювання кишені вільної рідини, дослідження параметрів кровотоку пупкової артерії після 24 тиж вагітності. Особливу увагу слід приділити визначенню розподільної мембрани і переконатися, що кожен пупковий канатик був досліджений окремо;

- у разі вагітності монохоріальними двійнятами методи розродження і ведення пологів слід обговорювати на 32–34-му тижні вагітності. Розродження слід запланувати на 36–37-й тиждень вагітності. Пологи слід спланувати на 36-37-й тиждень вагітності, якщо відсутні показання до раннього розродження. При монохоріальній двійні застосовують тактику вагінального розродження у разі, якщо немає загальноприйнятих, специфічних клінічних показань до кесарева розтину, таких, як сідничне передлежання одного з плодів або кесарів розтин в анамнезі.

Таким чином, БВ потрібно вести з обов'язковим попереднім визначенням хоріальності (перше УЗД виконують на 10–13-у тижні вагітності); пацієнтка повинна відвідувати жіночу консультацію 15–17 разів протягом вагітності; слід здійснювати терапію для профілактики анемії та преєклампсії; обов'язково проводити гравідограму, під час УЗД виконувати трансвагінальну цервікометрію. Розродження при дихоріальній двійні рекомендується проводити на 37–38-му тижні вагітності, при монохоріальній – на 36–37-му тижні.

Сведения об авторах

Бойчук Леся Григорьевна – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76000, г. Ивано-Франковск, ул. Черновола, 47; тел.: (050) 209-40-29

Особенности антенатального ухода за женщинами с многоплодной беременностью Л.Г. Бойчук

В последние годы беременность и роды при многоплодной беременности являются одной из самых актуальных проблем современного акушерства. Как известно, беременность и роды при многоплодной беременности чаще сопровождаются акушерскими и перинатальными осложнениями. Эффективная и своевременная работа антенатальной службы способствует решению задач, направленных на сохранение репродуктивного здоровья, снижение материнской и перинатальной смертности.

Ключевые слова: многоплодная беременность, невынашивание, бесплодие.

Features multiple pregnancy antenatal care LG. Boychuk

In recent years, pregnancy and birth in multiple pregnancies (BV) facing one of the most urgent problems of modern obstetrics. It is known that pregnancy and birth in multiple pregnancies often occur with obstetric and perinatal complications. Effective and timely antenatal service work contributes to the solution of tasks aimed at reproductive health, reduce maternal and perinatal mortality.

Key words: multiple pregnancy, miscarriage, infertility.

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. – Акушерство: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
2. AIUM practice guideline for the performance of an antepartum obstetric ultrasound examination. J. Ultrasound Med. 2003; 22: 1116–1125.
3. Anderson H.F., Nugent C.E., Wanty S.D., Hayashi R.H. Prediction of risk of preterm delivery by ultrasonographic measurement of cervical length. Am. J. Obstet. Gynecol. 1990; 163: 859–67.
4. Crowther C.A. Hospitalisation and bed rest for multiple pregnancy Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; Issue 4.
5. Cheung Y.B., Yip P., Karlberg J. Mortality of twins and singletons by gestational age. Am. J. Epidemiol. 2000; 152: 1107–1116.
6. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 56, October 2004.
7. Consensus views arising from the 50th Study Group: Multiple Pregnancy. RCOG, 2006.
8. Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford, UK: Update Software, 2000.
9. Cruikshank D.P. Intrapartum Management of Twin Gestations. Obstetrics & Gynecology. 2007; 109 (5): 1167–76.
10. Staub D. et al. Reference curves of symphysis-fundus height in twin pregnancies. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 128 (2006): 236–242.
11. Elizabeth A. Pector, Spectrum Family Medicine, S.C. & Jean Kollantai President and Founder, Center for Loss in Multiple Birth, 2007.
12. Dodd J.M. Evidence-based care of women with a multiple pregnancy. Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol., 2005.
13. Golombok S. et al. The European study of assisted reproduction families: family functioning and child development. Human Reproduction, 1996, 11: 2324–2331.
14. Hofmeyr G.J. et al. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane Database Syst. Rev. 2002.
15. Imseis H.M., Albert T.A., Iams J.D. Identifying twin gestations at low risk for preterm birth with a transvaginal ultrasonographic cervical measurement at 24 to 26 weeks' gestation. Am. J. Obstet. Gynecol. 1997 Nov.; 177 (5): 1149–55.
16. Increased perinatal mortality and morbidity in monochorionic versus dichorionic twin pregnancies: clinical implications of a large Dutch cohort study. 2008 Jan.; 115 (1): 58–671.
17. Dodd J.M., Crowther C.A. Specialised antenatal clinics for women with a multiple pregnancy to improve maternal and infant outcomes Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4.
18. 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.
19. Machin G.A. Why is it important to diagnose chorionicity and how do we do it? Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2004; 4: 515–530.
20. Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001.
21. Management of monochorionic twin pregnancy. RCOG. Green-top Guideline No. 51. December 2008.
22. Ayres A. Management of Multiple pregnancy: Labor and Delivery. Obstet. Gynecol. Surv. 2005.
23. Multiple gestation pregnancy. The ESHRE Capri Workshop Group. Human Reproduction, 2000, 15: 1856–1864.
24. Multiple Pregnancies: Determining Chorionicity and Amnionicity Traci B. Fox, 2006.
25. Blickstein I., Keith L.G. Multiple Pregnancy. Epidemiology, Gestation & Perinatal outcome. 2005, Informa UK Ltd. – 946 p.
26. Neilson J.P. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 4.
27. Olivienne F. et al. Follow-up of a cohort of 422 children aged 6 to 13 years conceived by in vitro fertilization. Fertility and Sterility, 1997; 67: 284–289.
28. Polyzos N. et al. Combined vitamin C and E supplementation during pregnancy for preeclampsia prevention: a systematic review. Obstetrical and Gynecological Survey. 2007; 62 (3): 202–206.
29. 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.
30. Ruano R., Fontes R., Zugaib M. Prevention of preeclampsia with low-dose aspirin: a systematic review and meta-analysis of the main randomized controlled trials. Clinics. 2005; 60 (5): 407–414.

Статья поступила в редакцию 25.11.2013