

УДК 618.36-02:618.393

І.М. Нікітіна

**СУЧАСНІ АСПЕКТИ АНТЕНАТАЛЬНОГО ДОГЛЯДУ
ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ**

Сумський державний університет

Резюме. Проведений ретельний аналіз перебігу вагітності, пологів та перинатальних наслідків у 182 вагітних із дихоріальною і 86 пацієнток із монохоріальною двійнею та 40 жінок з одноплідною вагітністю. Доведено, що багатоплідна вагітність, як монохоріальна (МХ), так і дихоріальна (ДХ), є чинником високого ризику перинатальних ускладнень. Загроза переривання вагітності відмічена в 59,3 % жінок із монохоріальною та в 62 % жінок із дихоріальною двійнею. Пreeклампсія ускладнила перебіг вагітності у 30,2 % і 23,6 % пацієнток відповідно з монохоріальним і дихоріальним типом плацентациї. Частим ускладненням, як монохоріальної, так і дихоріальної вагітності була анемія, вияв-

лена більш ніж у половини спостережень. Встановлена залежність частоти виявлених патологічних змін під час вагітності двійнею від хоріальності. Ретельне спостереження за пацієнтками з багатоплідністю в антенатальному періоді, профілактика найбільш частих ускладнень, ультразвуковий моніторинг із ранніх термінів вагітності дозволяють диференційовано підходити до ведення вагітності і пологів, сприяючи зниженню перинатальної захворюваності і смертності.

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

Вступ. За останні два десятиріччя у світі відбулося зростання частоти багатоплідної вагітності (БВ), яка досі вважалась певною біологічною константою [1, 2]. Проведені статистичні дослідження в розвинених країнах показали, що частота багатопліддя продовжує збільшуватися. Нині пологи двійнею трапляються в 1,4-2,4 %, а ятрогенне багатопліддя становить 30-80 % серед багатоплідних вагітностей. У 60-70 % випадків це пов'язано з частим використанням індукції овуляції, стимуляції суперовуляції у програмах допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), включаючи екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ) і перенесення ембріонів (ПЕ) [4, 9]. 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. Останні збільшуються більш ніж на 40 % порівняно з одноплідною вагітністю [1, 4]. У процесі внутрішньоутробного розвитку на ембріон і плід діє цілий комплекс факторів, небезпечних для нормального розвитку. По-перше, безплідні жінки дуже пізно вступають у процес репродукції (більше половини обстежуваних жінок мали вік більше 30 років), у зв'язку з чим різко зростає ризик народження дітей з аномаліями розвитку. По-друге, значна кількість обстежуваних (60,5 %) мала серйозну соматичну патологію, яка потребувала медикаментозної терапії. Крім того, всі жінки отримували гормональну терапію з метою стимуляції суперовуляції та (або) збереження вагітності, що також має певний несприятливий вплив на ембріональний розвиток [7, 9].

Багатоплідна вагітність характеризується високою частотою антенатальних ускладнень з боку матері, внутрішньоутробної та неона-

тальної загибелі дітей, перинатальної захворюваності. При цьому перинатальні втрати і захворюваність при багатоплідній вагітності зростають пропорційно числу плодів, що розвиваються [5, 6]. Патогенез перинатальної патології при багатоплідній гестації не може вважатися повністю дослідженим. І 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 у вагітних із багатоплідністю.

Багатопліддя супроводжується великою кількістю ускладнень вагітності та пологів: гестози, невиношування вагітності, передчасні пологи, анемії, гестаційний діабет, затримка розвитку плода, синдром фето-фетальної трансфузії, аномалії положення плода і розташування плаценти, багатоводдя та маловоддя, кровотечі, що призводять до материнської захворюваності і смертності. Встановлено, що розвиток пreeклампсії при індукованому багатоплідді трапляється в 2 рази частіше, ніж у популяції і залежить від типу плацентациї. При трихоріальній триамніотичній трійні гестози спостерігалися у 80 %, при монохоріальній діамніотичній двійні – у 66,6 %, при дихоріальній діамніотичній двійні – у 28,1 % випадків. Пацієнтки з БВ залишаються в групі високого ризику перинатальних ускладнень [8, 10, 11]. 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 двійні, ніж при дихоріальній (5 % і 2 % відповідно). Частота передчасних пологів до 32 тижнів при монохоріальній вагітності становить 10 % порівняно 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, 9].

Питання ранньої діагностики багатоплідної вагітності, усунення акушерських ускладнень, збільшення тривалості терміну вагітності, уникнення ускладнень при пологах і оптимальний догляд за новонародженими і є основними завданнями при веденні багатоплідної вагітності і ключовими у вирішенні питання зниження перинатальних втрат при багатоплідді. Окрему проблему складає ведення багатоплідних пологів, де питання вибору тактики і термінів розродження щільно пов'язані з організацією акушерської допомоги, матеріальним і кадровим забезпеченням лікувальних закладів, що можуть брати на себе відповідальність за розродження вагітних із багатоплідністю [1, 4].

Мета дослідження. Вивчення і узагальнення перебігу вагітності та пологів при багатоплідній вагітності в сучасних умовах.

Матеріал і методи. Дослідження проводилися на базі Сумського обласного клінічного перинатального центру протягом 2012–2015 років. У процесі наукового дослідження нами обстежено 182 вагітні з дихоріальною двійнею, що склали I групу, і 86 пацієнток із монохоріальною (85 діамніотичних і одна моноамніотична), їх включили в II групу, контрольну групу склали 40 жінок з одноплідною вагітністю. На кожну з обстежених пацієнток заповнювалася спеціально розроблена карта. Основну масу досліджуваних вагітних із багатоплідністю склали жінки віком від 26 до 30 років (52,8 %). Віком 30 і більше років було 65 пацієнток I групи (35,7 %) і 30 жінок II групи (34,8 %). Відсоток першо- і повторнонароджуючих в обох групах був ідентичним і становив відповідно: у I групі першонароджуючі – 63 %, повторнонароджуючі – 37 %; у II групі – 68 % першонароджуючі і 32 % – повторнонароджуючі. У 65 (35,7 %) пацієнток із дихоріальною двійнею вагітність була індукованою, з них у 52 (28,6 %) жінок настала після ЕКЗ. Окрім клінічного обстеження і загальноприйнятих лабораторних досліджень, здійснювався ультразвуковий моніторинг із ранніх термінів вагітності. При ультразвуковому дослідженні (УЗД) у терміні 10–13 тижнів проводилося визначення життєздатності, кількості плодів, хоріальності, товщини комірцевого простору, уроджених вад розвитку, точного терміну гестації. У більш пізньому терміні – 18-22 тижні вагітності, – проводилась ультразвукова фетометрія, дослідження плаценти включало вимірювання її товщини і оцінку ступеня зрілості за P.Grannum і співавт. (1979). Крім цього, при ехографії визначали кількість навколоплідних вод, товщину міжплодової перегородки, місце прикріплення пуповини, а також стать плодів. Проводилась ультразвукова цервікометрія всім жінкам з терміну 26-го по 34-й 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 [6, 9]. Ультразвукові дослідження проводилися за допомогою сучасного ультразвукового апарата «SONOACE X8» (Medison, Корея) з використанням трансвагінального датчика 6,5 МГц і конвексних датчиків 3,5 і 5 МГц у двомірному ехорежимі з використанням кольорового доплерівського аналізатора. Стан новонароджених оцінювався при народженні за шкалою Апгар і Сільвермана, проводили оцінку ступенів вираженості гіпотрофії новонароджених. У неонатальному періоді здійснювалася нейросонографія (НСГ), у частини новонароджених відслідковувався психомоторний розвиток у перші шість місяців життя [5].

Статистичну обробку, отриманого в ході дослідження цифрового матеріалу, проводили параметричними методами з використанням комп'ютерних статистичних програм [3]. Статистичні дані оброблялися із застосуванням варіаційно-статистичного методу аналізу отриманих результатів за допомогою персонального комп'ютера IBM PC Intel Celeron™ 556 MHz та прикладної програми роботи з електронними таблицями Microsoft® Excel 97 у середовищі Windows Millennium. 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 за таблицею Стьюдента, був меншим 0,05.

Результати дослідження та їх обговорення. Як відомо, перебіг вагітності та пологів знаходиться в прямій залежності від наявності або відсутності в майбутньої матері генітальної патології. У вагітних I та II груп відзначено наявність генітальної патології у 38,9 % випадків. Більшу частину захворювань становили ерозії шийки матки – 25 %, аднексити – 16,7 % і, як їх наслідок, первинне і вторинне безпліддя – у 13,9 % жінок. Також кольпіти в анамнезі у 11,1 % вагітних, інфекції, що передаються статевим шляхом – в 11,1 %, кіста яєчника – у 8,3 % пацієнток, міома матки і варикоз вен вульви мали близько 2,8 % жінок.

При ультразвуковому дослідженні в I триместрі вагітності встановлювався тип плацентациї у вагітних із багатопліддям. Диференційний діагноз моно-і дихоріальної двійні в ранні терміни вагітності ґрунтувався на визначенні кількості плодових яєць, числа ембріонів у плодовому яйці, а також на виявленні Т- або Y- ознаки при ретельному дослідженні міжплодової перегородки. В одному спостереженні відсутність міжплодової перегородки була підставою для встановлення діагнозу монохоріальної моноамніотичної двійні, ця вагітна була включена до II групи обстежуваних. Товщина міжплодової перегородки, котра є одним із діагностичних критеріїв хоріальності, коливалась від 0,8 до 1,1 мм при монохорі-

альній двійні і від 1,4 до 2,8 мм при дихоріальному типу плацентациї. У більш пізні терміни вагітності додатковими критеріями типу плацентациї служили стать плодів, число плацент, а також відмінності в їх дозріванні.

При ультразвуковому обстеженні у вагітних II групи оболонкове прикріплення пуповини діагностовано в 16 плодів при монохоріальних двійнятах, у тому числі у 12 спостереженнях у одного і у двох – в обох плодів. У всіх 16 плодів це поєднувалося із затримкою росту плода (ЗРП): I ступеня – в одного, II ступеня – у 7 і III ступеня – у 8 плодів, що, очевидно, зумовлено аномальним формуванням плацентарного кровообігу при патології прикріплення пуповини. При дихоріальній вагітності частота цього ускладнення становила 8,6 %. Багатоводдя виявлене у 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) виявлене в шести вагітних. У такому ж відсотку спостережень діагностовано маловоддя – у 41 (23,8 %) плода, котре частіше виявлялося у III триместрі (75,6 проти 24,4 % у II триместрі).

Комплекс патологічних ультразвукових параметрів (виражена дисоціація в масі плодів – від 15 до 55%, багатоводдя/маловоддя) дозволив антенатально встановити діагноз синдрому фетофетальної гемотрансфузії (СФФГ) у 20 пацієнок з II групи в терміни 18–30 тижн. 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-му тижн. вагітності, і була ознакою набряку частини плаценти, що належала реципієнтові. Надалі в міру наростання багатоводдя в реципієнта і маловоддя у плода-донора спостерігалось деяке зменшення товщини цієї частини плаценти за рахунок її механічного здавлення великим об'ємом навколоплідних вод. Тяжка форма СФФГ виявлена у восьми пацієнок II групи в II триместрі – у 9,3 % вагітних, що призвело до пізнього викидня в п'яти випадках (у тому числі в однієї пацієнтки з моноамніотичною двійнею), антенатальної загибелі обох плодів у однієї вагітної і по одному близнюкові у двох пацієнок у терміни 28–30 тижнів. Патогномонічною ехоознакою тяжкого СФФГ була наявність більшого сечового міхура у плода-реципієнта на тлі вираженого багатоводдя і відсутності візуалізації сечового міхура у плода-донора, для якого було характерне зниження рухової активності на тлі вираженого маловоддя. Для тяжкого ступеня СФФГ виявився характерний патологічний кровотік в артерії пуповини в обох плодів, коли систоло-діастолічне співвідношення (СДС) було більшим за 3,3, більш виражений у плода-реципієнта, в якого був відзначений реверсний кровотік. У плода-донора це зумовлено патологією розвитку плаценти, а в плода-реципієнта по-

рушення кровотоку пов'язують із компресією пуповини в результаті багатоводдя.

При аналізі перебігу вагітності загроза переривання виявлена в 51 (59,3 %) жінки з монохоріальними і в 34 (62 %) жінок із дихоріальними двійнятами. Прееклампсія ускладнила перебіг вагітності у 26 (30,2 %) і 43 (23,6 %) пацієнок відповідно з монохоріальним і дихоріальним типом плацентациї. Частим ускладненням як МХ, так і ДХ двійні, була анемія, котра виявлена більш ніж у половини обстежуваних (56,9 і 51 % відповідно).

Діагностика дисоційованого росту плодів при багатоплідній вагітності ґрунтується на різниці біпаріетального розміру (БПР) (більше 6 мм), окружності живота (ОЖ) (більше 20 мм), довжини стегна (ДС) (більше 5 мм), різниці передбачуваної маси плодів (більше 20 %). У наших спостереженнях при практично однаковій частоті анемії, гестозу і загрози переривання вагітності звертає увагу вищий відсоток дисоційованого росту плодів при МХ вагітності (22 проти 14 %), що, можливо, пов'язано з гемодинамічним дисбалансом. Це узгоджується і з даними М. Нолтона і співавт. [8], відповідно відзначається високий відсоток ЗРП при МХ двійнях (34 %). Із прогресуванням вагітності число плодів із затримкою росту як при МХ, так і при ДХ типу плацентациї збільшувалося з 32 % у 32–35 тижнів гестації до 65,9 % у 36–39 тижнів. При цьому ЗРП одного з двійнят частіше спостерігалась в плодів чоловічої статі, ніж жіночої (73,6 проти 26,4 %), відмінностей у частоті ЗРП I-го і 2-го плодів на ми не виявлено (60,8 і 62 %).

Аналіз перинатальних результатів проводився з урахуванням термінів і методу розродження в 182 жінок із ДХ (антенатальна загибель одного з плодів у двох пацієнок) і у 86 пацієнок із МХ двійнятами (у п'яти з СФФГ тяжкого ступеня стався пізній викидень у 23–27 тижнів вагітності).

Термінові пологи мали місце у 29 із 86 (33,7 %) пацієнок із МХ вагітністю, з котрих більшість (24) родилась у терміні 37,5–38,5 тижня вагітності. Передчасні пологи є найбільш частими ускладненнями багатоплідної вагітності і мали місце в 57 (66,3%) пацієнок із МХ вагітністю. При ДХ двійні відсоток передчасних пологів був декілька меншим і становив 79 (43,4 %). Через природні пологові шляхи розроджені 60,5 % вагітних із МХ двійнею і 45 % із ДХ типом плацентациї. Слід зазначити, що у всіх жінок, котрі народжували через природні пологові шляхи, перший плід розташовувався лише в головному передлежанні.

Найбільш частими показаннями до оперативного розродження 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 кесаревого розтину, так і

після мимовільних пологів і становили 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 п'ять разів частіше. Це переважно відзначалося за рахунок фізіологічної незрілості, гіпотрофії, асфіксії різного ступеня. Слід враховувати і той факт, що при МХ більше страждає другий плід.

Прояви незрілості легень відзначались у немовлят, народжених до 37 тижнів гестації. Проте за однакової частоти синдрому дихальних розладів (СДР) при МХ і ДХ двійні, тяжкість їх проявів була більш вираженою при монохоріальній вагітності. Число новонароджених, що потребували штучної вентиляції легень (ШВЛ) після народження, становило при ДХ двійні 15 % проти 24 % при монохоріальній.

Наявність церебральної патології, за даними нейросонографії, не була прямо пов'язана з методом розродження, проте важливого значення при цьому набував гестаційний вік, коли мали місце в новонароджених нетравматичні крововиливи, також супутні ускладнення, такі як дистрес плода, СФФГ. Тяжкі церебральні ураження, як правило, не траплялися після 33 тижнів гестації при обох типах багатоплідної вагітності. У той же час слід підкреслити виражену залежність частоти виявлених патологічних змін від хоріальності (з 11 дітей із вираженими церебральними ураженнями 7 були з МХ двійнят, причому один – із монохоріальної, моноамніотичної).

Нами проведені дослідження з вивчення віддаленого розвитку дітей із ДХ і МХ двійнят у віці шести місяців. Мали місце чотири випадки неонатальної смертності в недоношених новонароджених із монохоріальних двійнят, що народилися у 28-34 тижнів гестації та померли у віці 2-3 місяців. При патолого-анатомічному дослідженні виявлено тотальне розм'якшення речовини головного мозку, постгеморагічна гідроцефалія, некротичний ентероколіт. Наявність церебральної патології легкого і середнього ступеня (перинатальне гіпоксичне ураження центральної нервової системи (ЦНС), синдром рухових розладів, синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості, м'язова дистрофія) незалежно від методу розродження виявлені в одного доношеного і шести недоношених новонароджених.

При ДХ вагітності відсоток ускладнень з боку ЦНС у дітей до шести місяців життя був практично ідентичним і становив 27 % проти 23 % – при МХ плацентації. Привертають увагу тяжкі неврологічні ускладнення у вигляді гемітетрапарезів у двох дітей із ДХ двійнят, котрі народилися на 32-му і 37-му тижнях гестації.

Таким чином, багатоплідна вагітність – як МХ, так і ДХ, – є чинником високого ризику перинатальних ускладнень. Ретельне спостереження за вагітними з багатопліддям в антенатальному періоді, профілактика найбільш частих ускла-

днень багатоплідної вагітності (передчасні пологи, анемія, гестози, ЗРП), ультразвуковий моніторинг із ранніх термінів вагітності дозволяють здійснювати диференційований підхід до ведення вагітності і пологів, сприяючи зниженню перинатальної захворюваності і смертності.

Висновки

1. Багатоплідна вагітність проходить із значною кількістю ускладнень, порівняно з одноплідною. Загроза переривання вагітності відзначена у 59,3 % жінок з монохоріальними і 62 % жінок із дихоріальними двійнятами, що втричі перевищує показники при одноплідній вагітності. Преєклампсія ускладнила перебіг вагітності у 30,2 % і 23,6 % пацієнток відповідно з монохоріальним і дихоріальним типом плацентації, що вдвічі частіше, ніж при одноплідній вагітності. Частим ускладненням як монохоріальної, так і дихоріальної вагітності, була анемія, виявлена більш ніж у половини спостережень. Привертає увагу вищий відсоток дисоційованого росту плодів при монохоріальній вагітності (22 % проти 14 % при дихоріальній двійні).

2. Пологи у випадку багатоплідної вагітності також проходять значно складніше і в три рази частіше, ніж при одноплідних пологах завершуються оперативним шляхом. Найбільш частими показаннями до оперативного розродження були тазове передлежання першого плода, дистрес плода під час вагітності та пологів, затримка розвитку плода, тяжка преєклампсія, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, аномалії пологової діяльності. При цьому перинатальні втрати в однакової мірі спостерігалися як після кесаревого розтину, так і після пологів через природні пологові шляхи і становили 4 % при монохоріальних і в 1,7 % при дихоріальних двійнятах.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленні вивчення проблем антенатального догляду при багатоплідній вагітності, впровадженні обов'язкового ультразвукового дослідження в I триместрі вагітності з визначенням типу плацентації та включення трансвагінальної цервікометрії до обов'язкового алгоритму обстежень при багатоплідній вагітності. Таким чином, збільшення частоти багатоплідної вагітності впливає на акушерські і перинатальні показники, висуваючи дану проблему в ряд найбільш актуальних питань сучасного акушерства та перинатології.

Література

1. Вдовиченко Ю.П. Багатоплідна вагітність: навчальний посібник. Ч. II (для викладача) / ред.: Ю.П. Вдовиченко, Н.Г. Гойда, О.М. Юзько. – К., 2011. – 360 с.
2. Акушерство: национальное руководство / Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 763 с.
3. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – К.: Морион, 2000. – 320 с.

4. Нікітіна І.М. Багатоплідна вагітність: навчальний посібник / І.М. Нікітіна, М.Л. Кузьоменська. – Суми: Університетська книга, 2014. – 55 с.
5. Особливості неонатальної адаптації новонароджених з двійні / І.М. Нікітіна, А.Б. Сухарев, А.В. Бойчук [та ін.] // Ж. клін. та експерим. мед. досліджень. – Суми : СумДУ, 2016. – С. 264-271.
6. Ультразвукові критерії стану шийки матки в діагностиці загрози передчасних пологів при багатоплідній вагітності / А.В. Бойчук, І.М. Нікітіна, В.І. Бойко, Б.М. Бегош // Актуал. пит. педіатрії, акуш. та гінекол. – 2015. – № 1 (15). – С. 99-103.
7. Юлдашева О.Э. Особенности ведения многоплодной беременности, оценка родов и перинатальных исходов: дис. на соискание уч. ст. канд. мед. наук: 14.00.01 / Юлдашева Оксана Эргашевна. – Душанбе, 2007. – 132 с.
8. Victoria A. Perinatal outcome, placental pathology and severity of discordance in monochorionic and dichorionic twins / A. Victoria, G. Mora, F. Arias // *Obstet. Gynecol.* – 2001. – Vol. 97, № 2. – P. 310-315.
9. Diagnosis of twin reversed arterial perfusion sequence in the first trimester by transvaginal color Doppler ultrasound / P. Schwarzle, Y. Ville, G. Moscoso [et al.] // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* – 1999. – Vol. 13, № 2. – P. 143-146.
10. Blickstein I. Multiple Pregnancy / I. Blickstein, L.G. Keith // *Epidemiology, Gestation & Perinatal outcome.* – 2005. – Informa UK Ltd. – 946 p.
11. The risk of birth defects in dichorionic twins conceived by assisted reproductive technology / T. Kuwata, S. Matusu-

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АНТЕНАТАЛЬНОГО УХОДА ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

И.Н. Никитина

Резюме. Проведен тщательный анализ течения беременности, родов и перинатальных исходов у 182 беременных с дихориальной, 86 пациенток с монохориальной двойней и 40 женщин с одноплодной беременностью. Доказано, что многоплодная беременность – как монохориальная (МХ), так и дихориальная (ДХ), – является фактором высокого риска перинатальных осложнений. Угроза прерывания беременности отмечена у 59,3 % женщин с монохориальной и у 62 % женщин с дихориальной двойней. Преэклампсия осложнила течение беременности в 30,2 % и 23,6 % пациенток соответственно с монохориальным и дихориальным типом плацентации. Частым осложнением как монохориальной, так и дихориальной беременности была анемия, обнаруженная более чем в половине наблюдений. Установлена зависимость частоты выявленных патологических изменений при беременности двойней от хориальности. Тщательное наблюдение за пациентками с многоплодием в антенатальном периоде, профилактика наиболее частых осложнений, ультразвуковой мониторинг с ранних сроков беременности позволяют дифференцированно подходить к ведению беременности и родов, способствуя снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

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

MODERN ASPECTS OF ANTENATAL CARE IN MULTIPLE PREGNANCIES

I.N. Nikitina

Abstract. We have conducted a thorough analysis of the course of pregnancy, labor and perinatal outcomes in 182 women with dichorionic and 86 patients with monochorionic twins and 40 women with a singleton pregnancy. It is proved that multiple pregnancy – a monochorionic and dichorionic – is a high risk factor for perinatal complications. The threat of termination of pregnancy was noted in 59,3 % of women with monochorionic and 62 % of women with dichorionic twins. Preeclampsia complicated pregnancy in 30,2 % and 23,6 % of patients with monochorionic and dichorionic placentation type respectively. A frequent complication of a monochorionic and dichorionic pregnancy anemia was detected in more than half of observations. We established the dependence of the frequency of identified lesions in pregnancy with twins on chorionic features. Careful observation of the patients with multiple pregnancy in the antenatal period, the prevention of the most frequent complications, ultrasound monitoring with early pregnancy allows a differentiated approach to the management of pregnancy and childbirth, helping to reduce perinatal morbidity and mortality.

Key words: multiple pregnancies, monochorionic, dichorionic twins, ultrasound diagnostics.

Sumy State University

Рецензент – проф. О.М. Юзько

Buk. Med. Herald. – 2016. – Vol. 20, № 4 (80). – P. 112-116

Надійшла до редакції 10.10.2016 року