

УДК 618.36-02:618.393

*Н.В. Калашник¹, І.М. Нікітіна¹, В.К. Кондратюк²***АДЕКВАТНА КОРЕКЦІЯ ПОСТНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ
ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ**¹Сумський державний університет, м. Суми²ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України», м. Київ

Резюме. Проведений ретельний аналіз перебігу пологів та перинатальних наслідків у 92 вагітних із двійнею та 40 жінок з одноплідною вагітністю. Доведено, що багатоплідна вагітність є чинником високого ризику перинатальних ускладнень. Вивчено особливості процесу неонатальної адаптації у близнюків залежно від тактики при розродженні. Деференційований підхід до підготовки та ведення пологів, ретельне спостере-

ження за пацієнтками та динамічний моніторинг стану плодів дозволяють знизити частоту постнатальних ускладнень, сприяючи зниженню перинатальної захворюваності і смертності.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, монохоріальна, дихоріальна двійня, синдром дихальних розладів, неонатальна адаптація.

Вступ. За останні два десятиріччя у світі спостерігається прогресивне зростання частоти багатоплідної вагітності (БВ), яка досі вважалась певною біологічною константою [1, 2]. 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) [4, 13]. При обговоренні безпечності цих технологій особлива увага надається проблемі якості здоров'я дітей, народжених після ЕКЗ, тому проблеми антенатального нагляду під час багатоплідної вагітності, адекватної корекції інтранатальних та постнатальних ускладнень мають особливе значення для сучасного акушерства та перинатології.

Багатоплідна вагітність характеризується високою частотою ante- і інтранатальних ускладнень з боку матері, внутрішньоутробної та неонатальної загибелі дітей, перинатальної захворюваності. Багатоплідні пологи часто ускладнюються передчасним розвитком пологової діяльності, передчасним розривом плодових оболонок, багатоводдям та маловоддям, аномаліями положення плода і розташування плаценти, дистресом одного чи обох плодів, а також аномаліями пологової діяльності, передчасним відшаруванням плаценти після народження першого плода з двійні, кровотечею, післяпологовими гнійно-септичними захворюваннями, що призводить до материнської захворюваності і смертності [6, 7].

Питання ранньої діагностики багатоплідної вагітності, усунення акушерських ускладнень, збільшення тривалості терміну вагітності, прогнозування і профілактики ускладнень під час пологів 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 [10, 11].

Мета дослідження. Провести оцінку особливостей процесу адаптації новонароджених близнюків і визначити залежність його від особливостей підготовки до пологів, терміну гестації та акушерської тактики розродження при багатоплідній вагітності.

Матеріал і методи. Дослідження проводилися на базі Сумського обласного клінічного перинатального центру протягом 2012-2016 років. У процесі наукового дослідження нами обстежено 92 вагітні з двійнею, з них 42 – з терміном гестації 37 тижнів – 37 тижнів і 4 доби, що склали I групи. Жінки I групи були розподілені на 4 підгрупи: Ia – 9 пацієток, що мали мимовільний початок пологової діяльності і перебували в пологах більше 4 годин (незалежно від способу розродження – консервативно чи шляхом кесаревого розтину); Ib – 13 жінок, яким проводили підготовку пологових шляхів за допомогою простагландинів E2 та спонтанним початком пологової діяльності; Ic – 10 пацієток, розродження яких відбулося шляхом планового кесаревого розтину; Id – 10 вагітних, яким проводили підготовку пологових шляхів за допомогою простагландинів E2 з подальшою амніотомією та розродженням шляхом кесаревого розтину, через 3-6 годин після амніотомії. II групи склали 50 вагітних із дихоріальною діамніотичною двійнею з терміном гестації 37 тижнів і 5 діб – 38 тижнів. Вагітні II групи також були розподілені на 4 підгрупи: Pa – 12 пацієток, що мали мимовільний початок пологової діяльності і перебували у пологах більше 4 годин (не залежно від типу розродження – консервативно або шляхом кесаревого розтину); Pb – 18 жінок, яким проводили підготовку пологових шляхів за допомогою простагландинів E2 та мимовільними пологами; Pc – 9 роділь, розродження яких відбулося шляхом планового кесаревого розтину; Pd – 11 пацієток, яким проводили підготовку пологових шляхів за допомогою простагландинів E2 з подальшою амніотомією та розродженням шляхом кесаревого розтину, через 3-6 годин після амніотомії. До контрольної групи

увійшли 40 жінок з одноплідною вагітністю. Основну масу обстежуваних вагітних із багатоплідністю склали жінки вком від 26 до 30 років (52,8 %). Віком 30 і більше років було 14 пацієнок I групи (33,3 %) і 17 жінок II групи (34 %). Відсоток першо- і повторнороділь в обох групах був ідентичним і склав відповідно: у I групі – першороділь 63 %, повторнороділь – 37 %; у II групі 68 % – першороділь і 32 % – повторнороділлі. У 32 (34,8 %) пацієнок із дихоріальною двійнею вагітність була індукованою, з них у 30 (32,6 %) жінок – настала після ЕКЗ.

Окрім клінічного обстеження і загальноприйнятих лабораторних досліджень, здійснювався ультразвуковий моніторинг із ранніх термінів вагітності. При ультразвуковому дослідженні (УЗД) в терміні 10-13 тижнів проводилося визначення життєздатності, кількості плодів, хоріальності, товщини комірцевого простору, природжених 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 методом P.Gannum і співавт. (1979). Крім цього, при ехографії визначали кількість навколоплідних вод, товщину міжплодової перегородки, місце прикріплення пуповини, а також стать плодів. Для визначення стану плодово-плацентарної і плодової гемодинаміки використовували доплерометрію кровотоку в артерії пуповини і середньо-мозковій артерії плодів [6, 13]. Стан новонароджених оцінювався при народженні за шкалою Апгар. У неонатальному періоді здійснювалася нейросонографія (НСГ), у частини новонароджених відслідковувалася психомоторний розвиток у перші шість місяців життя [9, 12].

Статистичну обробку отриманого в ході дослідження цифрового матеріалу проводили параметричними методами з використанням комп'ютерних статистичних програм [5]. 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.

При ультразвуковому дослідженні в I триместрі вагітності встановлювали тип плацентації у вагітних із багатопліддям. Диференційний діагноз моно- чи 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 ретель-

ному дослідженні міжплодової перегородки. Товщина міжплодової перегородки, котра є одним із діагностичних критеріїв хоріальності, коливалася від 1,4 до 2,8 мм, що є ознакою дихоріального типу плацентації. У більш пізні терміни вагітності додатковими критеріями типу плацентації служили стать плодів, число плацент, а також відмінності в їх дозріванні.

При ультразвуковому обстеженні у вагітних I і II групи багатоводдя було виявлене у 30,4 % плодів II групи, у тому числі у другому триместрі – у 18 (19,6 %) і в третьому – у 27 (29,4 %). Слід відзначити, що маловоддя спостерігалось у 12 (13,1 %) випадках і частіше виявлялося у III триместрі.

При аналізі перебігу вагітності загроза переривання вагітності була виявлена у 54 (58,7 %) жінок із I та II групи двійнят. Преєклампсія ускладнила перебіг вагітності у 32 (34,8 %) жінок. Анемія виявлена більш ніж у половині обстежуваних – (51 %).

Оцінка стану новонароджених проводилася за допомогою загальноприйнятої шкали Апгар із подальшим занесенням даних до карти розвитку новонародженого. Отримані нами результати представлені в таблиці 1.

Частота надання первинної реанімаційної допомоги новонародженим, відсоток дітей, що потребували подальшої респіраторної та інфузійної терапії в умовах відділення інтенсивної терапії новонароджених (ВІІТН), а також кількість переведених на другий етапу надання неонатальної допомоги та віддалені наслідки (оцінка стану дитини віком 6 місяців) в таблиці 2. За даними таблиці 2 видно, що новонароджені від вагітних II групи з терміном гестації 37 тижнів і 5 днів-38 тижнів мали нижчий відсоток використання заходів корекції стану після народження. Окрім того, привертає увагу те, що діти, які відчували на собі дію пологового стресу (навіть у незначній мірі) мали кращі результати оцінки стану дитини при народженні, та вищу оцінку за шкалою Апгар порівняно з малюками такого ж гестаційного віку, але без пологового стресу.

Аналіз стану двох малюків з двійні свідчить про те, що перший, у якого мало місце порушення цілісності плодових оболонок (незалежно від способу народження) мав кращі результати оцінки стану при народженні, та вищу оцінку за шкалою Апгар у порівнянні з другим. Другий новонароджений з двійні, особливо за умови проведення подальшого кесаревого розтину, мав вищий відсоток застосування реанімаційних заходів. Найімовірніше це пов'язано з тим, що при відходженні навколоплідних вод починається вивільнення простогландинів F2a, дія яких, у свою чергу, запускає механізми початку пологової діяльності, що призводить до підвищення рівня «стресових гормонів» у організмі матері, а отже і плода.

Слід зазначити, що у всіх жінок, котрі народжували через природні пологові шляхи, перший

Таблиця 1

Оцінка новонародженого на 1-й хвилині за шкалою Апгар

	Колір шкіри	Тонус	ЧСС	Дихання	Рефлекси	
Ia	1	1	2	2	1-2	7-8
Ib	1	1	2	1-2	1-2	6-8
Ic	1	1	2	1	1	5-6
Id	1	1	2	1-2	1-2	6-8
IIa	1	1	2	2	2	8
IIb	1	1	2	1-2	2	7-8
IIc	1	1	2	1-2	1	6-7
IId	1	1	2	2	1-2	7-8
К. група	1	1-2	2	2	2	8-9

Таблиця 2

Частота корекцій стану новонароджених та віддалені наслідки

	Первинна реанімація новонародженого	Подальше лікування в умовах ВІТН	Другий етапу виходження новонароджених	Віддалені наслідки
Ia	2 (4,8 %)	1 (2,4 %)	-	Задовільний
Ib	3 (7,2 %)	2 (4,8 %)	1 (2,4 %)	Задовільний
Ic	6 (14,3 %)	4 (9,5 %)	2 (4,8 %)	Задовільний
Id	5 (11,9 %)	2 (4,8 %)	1 (2,4 %)	Задовільний
IIa	-	-	-	Задовільний
IIb	2 (4 %)	-	-	Задовільний
IIc	3 (6 %)	1 (2 %)	-	Задовільний
IId	2 (4 %)	-	-	Задовільний
Контрольна група	-	-	-	Задовільний

плід розташовувався лише в головному передлежанні.

Найбільш частими показаннями до оперативного розродження були тазове передлежання першого плода, використання ДРТ та небажання жінки народжувати самостійно, ЗРП плода/плодів, тяжка прееклампсія, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, аномалії пологової діяльності, дистрес плода.

Наявність церебральної патології, за даними нейросонографії, у обстежуваних новонароджених I та II груп клінічно проявлялися різними неврологічними симптомами: зниження м'язового тону – 6,7 %, нестійкість фізіологічних рефлексів – 9,5 %, порушення рухової активності – 7,5 %, синдром нервово-рефлекторної збудливості – 11,0 %. Як відзначалося вище, неврологічні порушення в деяких випадках супроводжувалися синдромом дихальних розладів. Серед дітей ЗРП I ст. неврологічна симптоматика проявлялася лише в 4 (13,7 %) дітей у вигляді змін м'язового тону та вегето-вісцеральних розладів. У контрольній групі подібні симптоми спостерігалися не більш ніж у 3 (15 %) дітей.

Катамнестичне спостереження дітей із ЗРП упродовж року виявило, що переважна більшість з них – 16 (88,8 %) спостерігалися неврологом. Переважаючими клінічними синдромами були:

синдром пірамідної недостатності, рухових розладів, нервово-рефлекторна збудливість, астено-невротичний синдром. Позитивна динаміка на фоні проведеного лікування спостерігалась у більшості дітей – 11 (61,1 %) і 5 (27,7 %) дітей продовжують перебувати під диспансерним наглядом невролога на другому році життя з мінімальною дисфункцією.

Відновлення маси тіла до кінця раннього неонатального періоду спостерігалось майже в переважній більшості дітей контрольної групи – 38 (95 %), а в новонароджених I та II групи у значно меншій частині дітей – 19 (45,2 %) та 26 (52 %) відповідно, ($p < 0,05$).

Таким чином, менш напружено і з незначними порушеннями проходить адаптація в новонароджених із дихоріальної діамніотичної двійні, з терміном гестації 37 тижнів і 5 діб-38 тижнів, а також малюків, що відчули на собі дію пологового стресу, що дозволяє здійснювати диференційований підхід до ведення вагітності і пологів, сприяючи зниженню перинатальної захворюваності і смертності.

Висновки

1. Перебіг багатоплідної вагітності проходить зі значною кількістю ускладнень, порівняно з одноплідною. Загроза переривання вагітності

відзначена у 54 (58,7 %) жінок із багатопліддям, що вдвічі частіше, ніж при одноплідній вагітності. Преєклампсія ускладнила перебіг вагітності у 32 (34,8 %) жінок. Частим ускладненням ДХ двійні була анемія, котра виявлена більш ніж у половини обстежуваних (51 %).

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, ЗРП, тяжка преєклампсія, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, аномалії пологової діяльності, дистрес плода.

3. Неонатальна адаптація новонароджених із двійні залежить від терміну розродження – значно кращі показники мають малюки з терміном гестації 37 тижнів і 5 днів-38 тижнів. Найкращі показники отримані в новонароджених зі спонтанним початком пологової діяльності.

4. Раціональним рішенням, незалежно від запланованого шляху розродження, є дати можливість плодам внутрішньоутробно відчути на собі дію «пологового стресу», під час якого в роділлі і дітей починається вивільнення катехоламінів та глюкокортикоїдів, що призводить до прискорення дозрівання легенів, активізує роботу симпатико-адреналової системи, збільшує ЧСС, системний легеневий і артеріальний кровотік.

Враховуючи все вище перераховане, неонатальна адаптація новонароджених із двійні покращується, що, у свою чергу, зменшує відсоток дітей, які потребують первинної реанімації, а також подальшої інтенсивної респіраторної та інфузійної терапії в умовах відділення інтенсивної терапії новонароджених. Такі малюки менш загрозові відносно розвитку патологічних станів перинатального періоду, синдрому дихальних розладів, перинатальних уражень центральної нервової системи.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленні вивчення проблем антенатального догляду при багатоплідній вагітності, тактики підготовки та ведення пологів. 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. Баранов И.И. Перинатальные исходы при многоплодных родах / И.И. Баранов, З.З. Токова, А.А.Тадевосян // Акушерство и гинекол. – 2012. – № 1. – С. 98-102.
2. 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.
3. Калашников С.А. Оценка физического развития новорожденных при двойне / С.А. Калашников, Р.В. Зябликова, Л.Г. Сичинава // Вопр. гинекол., акуш. и перинатол. – 2004. – Т. 3, № 3. – С. 55-58.
4. Князев Ю.А. Течение раннего неонатального периода и гормональные показатели у новорожденных, родившихся от многоплодной беременности (двойни) / Ю.А. Князев, О.А. Сенкевич, В.А. Беспалов // Педиатрия. – 1990. – Т. 10. – С. 24-29.
5. 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.
6. Нікітіна І.М. Багатоплідна вагітність: навчальний посібник / І.М. Нікітіна, М.Л. Кузьоменська. – Суми: Університетська книга, 2014. – 55 с.
7. 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.
8. 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.
9. Blickstein I. Multiple Pregnancy / I. Blickstein, L.G. Keith // Epidemiology, Gestation & Perinatal outcome. – 2005, Informa UK Ltd. – 946 p.
10. Neuromorbidity in preterm twins in relation to chorionicity and discordant birth weight / A.L. Adegbite, S. Castille, S.Ward [et al.] // Am. J. of Obstetrics and Gynecology. – 2004. – Vol. 190, № 1. – P. 156-163.
11. Spontaneous and non-spontaneous twins: a comparison study of preterm labor, preterm premature rupture of membranes, gestational age at delivery, maternal age, and length of hospital stay / L. Almonte, M. Davis, C. Ward [et al.] // Twin Research and Human Genetics. – 2012. – Vol. 15, № 2. – P. 170.
12. The risk of birth defects in dichorionic twins conceived by assisted reproductive technology / T. Kuwata, S. Matusubara, A. Ohkuchi [et al.] // Twin Res. – 2004. – № 7. – P. 223-227.
13. 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.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АНТЕНАТАЛЬНОГО УХОДА ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Н.В. Калашник¹, И.Н. Никитина¹, В.К. Кондратюк²

Резюме. Проведен тщательный анализ течения родов и перинатальных исходов у 92 беременных с двойней и 40 женщин с одноплодной беременностью. Доказано, что многоплодная беременность является фактором высокого риска перинатальных осложнений. Изучены особенности процесса неонатальной адаптации у близнецов в зависимости от тактики при родоразрешении. Дифференцированный подход к подготовке и ведению родов, тщательное наблюдение за пациентками и динамический мониторинг состояния плодов позволяют снизить частоту постнатальных осложнений, способствуя снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

Ключевые слова: многоплодная беременность, монохориальная, дихориальная двойня, синдром дыхательных расстройств, неонатальная адаптация.

**ADEQUATE CORRECTION OF POSTNATAL COMPLICATIONS
IN MULTIPLE PREGNANCY***N.V. Kalashnyk¹, I.N. Nikitina¹, V.K. Kondratiuk²*

Abstract. We have carried out a thorough analysis of the delivery and perinatal outcomes in 92 pregnant women with twins and 40 women with singleton pregnancy. It is proved that multiple pregnancy is a high risk factor of perinatal complications. We studied some peculiarities of the process of neonatal adaptation in twins depending on tactics during delivery. Differentiated approach to the preparation and management of labour, careful monitoring of patients and dynamic monitoring of the condition of the fetus reduce the incidence of postnatal complications, contributing to reducing perinatal morbidity and mortality.

Key words: multiple pregnancy, monochorionic, dichorionic twins, respiratory distress syndrome, neonatal adaptation.

¹Sumy State University (Sumy)

²Institute of pediatrics, obstetrics and gynecology,
Academy of Medical Sciences of Ukraine (Kyiv)

Рецензент – д. мед. н. І.В. Каліновська

Buk. Med. Herald. – 2017. – Vol. 21, № 1 (81). – P. 58-62

Надійшла до редакції 09.12.2016 року