

А.В. Жарких, Е.С. Любомирская, В.А. Плотник, Е.В. Бабинчук

ПРОБЛЕМА НЕВЫНАШИВАНИЯ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Запорожский государственный медицинский университет

Ключевые слова: многоплодная беременность, хориальность, невынашивание, угроза прерывания беременности, преждевременные роды.

Проведен ретроспективный анализ 80 историй родов двойней женщин, госпитализированных и впоследствии родоразрешенных на базе клинического родильного дома №5 г. Запорожья за период с 2008 по 2010 г. Изучены особенности течения беременности, структура и частота акушерских и антенатальных осложнений при многоплодной беременности, а также дана оценка ее исходам

Проблема невиношування при багатоплідній вагітності

А.В. Жарких, К.С. Любомирська, В.О. Плотник, О.В. Бабинчук

Здійснено ретроспективний аналіз 80 історій пологів двійнятами жінок, які госпіталізовані та згодом народили на базі клінічного пологового будинку №5 м. Запоріжжя в період з 2008 по 2010 рік. Досліджено особливості перебігу вагітності, структура і частота акушерських, антенатальних ускладнень багатоплідної вагітності, а також виконано оцінку її наслідків.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, хориальність, невиношування, загроза переривання вагітності, передчасні пологи.

Problem of miscarriage in multiple pregnancies

A.V. Zharkich, E.S. Lubomirska, V.A. Carpenter, E.V. Babinchuk

The article presents retrospective analysis of 80 birth case reports of twins in Zaporizhia clinical maternity hospital No. 5 during 2008-2010 years. The features of the multiple pregnancy courses are studied and principles of the assessment of multiple gestation results are given.

Key words: multiple pregnancy, chorionicity, abortion, termination of pregnancy, premature birth.

Многоплодная беременность (МБ) остается одной из наиболее сложных проблем современного акушерства [1]. Согласно данным мировой статистики, только у 15–30% женщин с многоплодной гестацией наблюдают физиологическое течение беременности [13], поэтому по количеству акушерских и перинатальных осложнений многоплодие бесспорно принадлежит к гестации с высокой степенью риска [2].

За последние три десятилетия в мире произошло резкое увеличение частоты МБ, которую прежде считали в какой-то мере биологической константой [3]. Только в период с 2000 по 2010 г. в Украине произошло увеличение частоты МБ более чем на 30%, при этом роды двойней составляют почти 95%, а на остальные 5% приходятся роды тройней и многоплодие более высокого порядка [3]. Данная проблема приобретает особую актуальность вследствие ежегодного увеличения числа МБ, обусловленных широким внедрением вспомогательных репродуктивных технологий в лечении бесплодия [1].

Среди осложнений МБ хотелось бы выделить угрозу прерывания беременности, преэклампсию разной степени тяжести, преждевременные роды (ПР), преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО), преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, послеродовые кровотечения [1].

В настоящее время доказано, что одним из важнейших факторов, определяющих перинатальные исходы при многоплодии, является не зиготность, а хориальность [4]. Монохориальный (МХ) тип плацентации при многоплодии является наиболее неблагоприятным в отношении перинатальных исходов, поскольку перинатальная смертность при монохориальной двойне в 3–4 раза превышает таковую при бихориальной (БХ) двойне [11]. Высокая заболеваемость и смертность при МХ двойне по сравнению с БХ в основном

связаны с особенностями ангиоархитектуры МХ плаценты [4]. Плацентарные анастомозы, объединяющие системы кровообращения двух плодов, являются патогенетической основой развития специфических осложнений, характерных только для МХ типа плацентации, а именно синдрома фето-фетальной трансфузии (СФФТ) и синдрома обратной артериальной перфузии (СОАП) [4].

Какая-то часть течения МБ, в первую очередь необходимо подчеркнуть появление симптомов угрозы прерывания беременности (75%) [9]. Следует отметить, что при спонтанно наступившей МБ эта симптоматика менее выражена и имеет иные механизмы [9]. Например, угроза невынашивания беременности при спонтанной двойне чаще связана с перерастяжением матки и освобождением простагландинов, повышающих тонус миометрия [9]. Причем эта симптоматика проявляется в более поздние гестационные сроки (26–28 нед.) [9]. При многоплодии вследствие IVF к основным механизмам следует отнести наличие инфекции и эндокринного дисбаланса, что определяет особенности терапевтического подхода [9].

ПР наблюдают в 43,6% случаев всех родов двойней в сравнении с 5,6% при одноплодной беременности [12]. Риск ПР выше при МХ двойне, чем БХ: 9,2% МХ рождаются раньше 32 недели в сравнении с 5,5% БХ двоен [12]. Причинные факторы и патогенез ПР окончательно не выяснены, хотя и намечен определенный прогресс в этом направлении [5]. В частности, установлена важная роль инфекционного фактора в инициировании ПР и ПРПО [5]. Появляется все больше доказательств того, что процессы, которые происходят в репродуктивной системе во время инициирования как срочных, так и ПР, имеют характер воспалительной реакции и сопровождаются лейкоцитарной инфильтрацией шейки матки, высвобождением воспалительных цитокинов и матриксных металлопротеиназ, повышением синтеза



контрактильных эйкозаноидов и кортикотропин-рилизинг гормона [5].

Исходя из таких представлений, в последние годы предложены диагностические системы прогнозирования ПР, которые базируются на определении воспалительных цитокинов, компонентов экстрацеллюлярного матрикса и уже проявили определенные преимущества перед традиционными методами диагностики [10]. Однако в целом проблема диагностики угрозы прерывания беременности и прогнозирования срока ПР окончательно не решена [10].

Терапевтические мероприятия, проводимые в поздние сроки беременности и постнатально, нередко бывают малоэффективными, и у детей остаются те или иные патологические отклонения, зачастую необратимые [6]. В последние годы сфера научных интересов в перинатальной охране плода сместилась к ранним срокам беременности – к первому триместру, так как именно в этот период происходит формирование фетоплацентарной системы, закладка органов и тканей плода, экстраэмбриональных структур и провизорных органов, что в большинстве случаев определяет дальнейшее течение беременности [7].

В связи с этим, большое значение при невынашивании беременности приобретает ранняя пренатальная диагностика возможных осложнений, начиная с I триместра гестации [8]. Так, доказано, что гипоксия задерживает созревание структур стволовых отделов мозга уже с 6–11 нед. развития, обуславливает возникновение дисплазии сосудов, замедляет созревание гематоэнцефалического барьера, несовершенство и повышенная проницаемость которого, в свою очередь, являются ключевыми при возникновении органической патологии ЦНС [8]. Поэтому ранняя диагностика нарушений развития плодного яйца при невынашивании беременности, по мнению большинства ученых, позволила бы своевременно разрабатывать оптимальную тактику дальнейшего ведения беременности и решать вопрос о проведении адекватной терапии [8].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить особенности течения беременности, структуру и частоту акушерских и антенатальных осложнений у женщин с многоплодным типом гестации, а также оценить исходы многоплодной беременности для плода и новорожденного.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По данным медицинской документации (обменных карт формы №113/о, историй родов формы №096/о, заключений патогистологического исследования формы №014/о) проведен ретроспективный анализ течения многоплодной беременности и родов двойней 80 женщин, госпитализированных и впоследствии родоразрешенных на базе Клинического родильного дома №5 г. Запорожья за период с 2008 по 2010 г.

Для решения поставленных задач проанализированы истории родов женщин со спонтанно наступившей многоплодной беременностью. Все пациентки разделены на 2 группы в зависимости от хориальности: I группа – 37 (46,2±30,40%) пациенток с монохориальной диамниотической двойней; II группа – 43 (53,8±26,16%) пациенток с дихориальной диамниотической двойней. Беременные, которым выполнено экстракорпоральное оплодотворение (IVF) (5 женщин: 2 МХ и 3 ДХ), исключены из исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ анамнестических данных показал, что средний возраст обследованных пациенток обеих групп составил 27,02±9,19 лет, при этом пациентки I группы были моложе (25,33±10,61 лет), чем пациентки II группы (28,07±4,95 лет).

Различные экстрагенитальные заболевания обнаружены у 35 (43,8±31,82%) пациенток: в I группе – 13 беременных, что составило 35,1±8,48% всех МХ, во II группе – 22, т. е. 51,2±14,84% всех ДХ двоен. При этом пациентки I группы чаще страдали заболеваниями мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит) – 16,2±21,92%, органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – 8,1±24,04%, перенесенным гепатитом А – 5,5±24,74%, кожными заболеваниями (псориаз, экзема) – 5,5±24,74%. У пациенток II группы чаще отмечали перенесенный гепатит А – 16,3±25,46%, заболевания почек – 4,6±28,99%, ЖКТ – 2,3±29,69%, кожные заболевания – 4,6±28,99%, ВРВ нижних конечностей – 2,3±29,69%. Анемия беременных в I группе не обнаружена, а во II группе – у 4,7±29,69% беременных.

Гинекологические заболевания определены у 51 (63,8±20,51%) пациентки обеих групп. У пациенток I и II группы чаще обнаруживали хронические воспалительные заболевания придатков матки (I – 16,2±21,92%, II – 20,9±24,04%), патология шейки матки (I – 27,1±19,09%, II – 41,9±17,68%), миома матки (II – 4,6±28,99%), вторичное бесплодие в анамнезе (II – 6,9±28,28%).

Среди обследуемых женщин I группы был высок процент первородящих (72,9±7,07%), а во II группе процент первородящих был меньшим и составил 48,8±15,56%. Среди всех обследованных пациенток частота самопроизвольных выкидышей в анамнезе составила 8,8±2,87%, эктопических беременностей, анэмбрионий – по 2,5±8,36%, замерших на ранних сроках беременностей – 7,5±4,12%, частота кесарева сечения – 2,5±8,36%. Артифициальными абортми предыдущие беременности завершились у 27 (33,8±37,47%) пациенток, при этом в I группе частота абортов была в 1,7 раз выше, чем во второй.

Течение беременности осложнено у 31 (38,8±34,64%) пациентки, из них у 20 (46,5±12,02%) беременных II группы. Преэклампсия (ПЭ) обнаружена у 5 (6,3±2,63%) беременных, из них 3 (8,1±24,04%) из I группы. Истмикоцервикальная недостаточность (ИЦН) осложнила течение 3 (3,8±5,44%) беременностей. Угроза прерывания беременности в I и II триместрах диагностирована у 26 (32,5±38,18%) пациенток. В III триместре угрозой преждевременных родов осложнились 18 (22,5±43,84%) беременностей.

Частота самопроизвольных родов в I группе была значительно выше, чем во II группе, составляя 94,6±1,41% и 65,1±10,61% соответственно. Во II группе наиболее часто выполняли оперативные вагинальные роды (вакуум-экстракция плода), составляя 2,3±9,69%, что в 2 раза выше, чем в I группе. Частота кесарева сечения (КС) в II группе была существенно выше и составила 34,9±19,79%, в сравнении с I группой, где частота родоразрешения оперативным путем составила 5,4±24,75%. Ручное отделение плаценты и выделение последа выполнено у 5,0±53,74% пациенток основной группы: 5,4±24,75% I группы и 4,7±28,99% II группы.

Преждевременные роды произошли у 49 (61,3±21,92%) пациенток, при этом в I группе они составили 67,6±8,48% (25), а во II группе – в 55,8±13,43% (24) наблюдений (табл. 1).

Таблица 1

Структура невынашивания при спонтанной МБ

Причины невынашивания при спонтанной МБ	I группа (n=37)		II группа (n=43)	
	абс.	% in ± m (p>0,05)	абс.	% in ± m (p>0,05)
Угроза прерывания беременности	14	37,8±7,92 (p>0,05)	12	27,9±6,84 (p>0,05)
Угроза преждевременных родов	9	24,3±7,05 (p>0,05)	9	20,9±6,20 (p>0,05)
Очень ранние преждевременные роды (22–27 нед.)	-	-	-	-
Ранние преждевременные роды (28–33 нед.)	20	54,1±8,19 t=1,98 (p<0,05)	14	32,6±7,15 t=1,98 (p<0,05)
Преждевременные роды (34–36+6 нед.)	5	13,5±5,62 (p>0,05)	10	23,3±6,44 (p>0,05)
ПРПО	7	18,9±6,44 (p>0,05)	9	20,9±6,20 (p>0,05)

Преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО) осложнились 16 (20,0±45,25%) беременностей: 7 (18,9±21,21%) случаев в I и 9 (20,9±24,04%) во II группе. Длительный безводный период (от 1,5 до 16 суток) отмечен у 8,1±24,04% пациенток I группы и 4,7±28,99% II группы.

Специфические осложнения МБ (синдром фето-фетальной трансфузии (СФФТ), синдром обратной артериальной перфузии (СОАП), дискордантный рост плодов (ДРП), задержка роста плода (ЗРП), антенатальная гибель одного из плодов) отмечены у 15 (18,8±45,96%) беременных: у 9 (24,3±19,79%) I группы и у 6 (13,5±26,16%) II группы.

СФФТ диагностирован у 1 (2,7±5,45%) беременной I группы. СОАП (а именно ацефальная акардия II плода) обнаружен у 1 (2,7±5,45%) беременной I группы. Родилась мертвая девочка с туловищем без головы и шеи, с зачатками носа и губ на левом плече. Еще один случай антенатальной гибели плода зарегистрирован у 1 (2,3±9,69%) пациентки II группы. ДРП с разницей между предполагаемыми массами плодов больше 20% обнаружен у 12 (15,0±48,08%) пациенток: у 7 (18,9±21,21%) в I группе и у 5 (11,6±26,87%) – во второй. ЗРП определили у 1 (2,7±5,45%) беременной I группы.

В I группе родились 49 мальчиков и 25 девочек, во II группе – 39 мальчиков и 47 девочек. Оценка новорожденных по шкале Апгар в I группе на первой минуте составила 6,19±0,71 балла, на пятой минуте – 7,16±2,12 балла, во II группе: на первой минуте – 6,71±1,32 балла, на пятой минуте – 7,45±1,14 балла. Масса новорожденных в I группе: 500–1499 г – 14; 1500–2999 г – 53; 3000–4000 г – 7; во II группе: 500–1499 г – 8; 1500–2999 г – 69; 3000–4000 г – 9.

ВЫВОДЫ

Женщины с многоплодной беременностью входят в группу риска по развитию невынашивания беременности. Чаще всего среди осложнений гестационного процесса отмечают

преждевременные роды (61,3±21,92%), угрозу прерывания беременности (32,5±38,18%), угрозу преждевременных родов (22,5±43,84%), преждевременный разрыв плодных оболочек (20,0±45,25%).

Клинический опыт показывает, что МХ тип плацентации сопровождается большей частотой таких специфических осложнений МБ, как ДРП (18,9±21,21%), СФФТ (2,7±5,45%), СОАП (2,7±5,45%), ЗРП (2,7±5,45%). Таким образом, именно хоральность определяет течение МБ и ее исходы.

Для ранней диагностики, профилактики прерывания беременности, определения тактики ведения и лечения невынашивания у женщин с многоплодным типом гестации крайне важным является проведение исследований с использованием современных неинвазивных и относительно безопасных методов функциональной оценки состояния плода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рыбалка А.Н. Течение беременности, родов и послеродового периода у женщин с многоплодной беременностью / А.Н. Рыбалка, А.Ф. Новицкая, Н.С. Демидова, И.А. Хомуленко, И.М. Шлапак // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. – №3. – С. 22–25.
2. Фролова О.Г. Многоплодная беременность: вопросы методологии и эпидемиологии / О.Г. Фролова, С.И. Глиняная, И.А. Ильичева // Акушерство и гинекология. – 2001. – №2. – С. 3–5.
3. Вдовиченко Ю.П. Багатоплідна вагітність. Ч.1 (для слухача) / Ю.П. Вдовиченко, Н. Г. Гойда, О.М. Юзько. – К.: б. в., 2011. – 288 с.
4. Поварова А.А. Особенности роста плодов при монохориальной двойне / А.А. Поварова, Л.Г. Сичинава, А.Е. Бугеренко, Ю.В. Выхристюк // Вестник РГМУ. Специальный выпуск. – 2011. – №2 (200). – С. 39–41.
5. Гвинджилия Л.Э. Подготовка к беременности и основные принципы ее ведения у женщин с синдромом задержки внутриутробного роста плода в анамнезе и тромбофилией / Гвинджилия Л.Э. – М., 2005. – 26 с.
6. Флейшер А. Трансвагинальная эхография в I триместре беременности / А. Флейшер, Д. Кеппл // Эхография в акушерстве и гинекологии. Теория и практика. – Ч. 1. – М.: Видар, 2005. – С. 71–99.
7. Чернишов В.П. Імунологічні предиктори невиношування вагітності після екстракорпорального запліднення / В.П. Чернишов, О.М. Мозгова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – №3. – С. 101–105.
8. Лупояд В.С. Привычное невынашивание беременности: современный взгляд на старую проблему / В.С. Лупояд, И.С. Бородай, О.Н. Аралов, И.Н. Щербина // Международный медицинский журнал. – 2011. – №4. – С. 54–60.
9. Краснополский В.И. Современные проблемы многоплодной беременности / В.И. Краснополский, С.В. Новикова, М.В. Капустина, Л.И. Титченко, А.Н. Аксенов, А.А. Жарова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – №2. – С. 79–82.
10. The beginning of human development: the first week / K. L. Moore, T. V. N. Persuad // Developing Human: Clinically oriented Embriol. – 6th ed. – Philadelphia: WB Saunders company, 2006. – P. 34–36.
11. Does chorionicity or zygosity predict adverse perinatal outcomes in twins? / J. Dube, L. Dodds, B.A. Armson // Obstet. Gynecol. – 2002. – Vol. 186. – P. 579–583.
12. Management of Multiple pregnancy: Labor and Delivery / A. Ayres // Obstet. Gynecol. Surv. – 2005. – Vol. 17 (8). – P. 67–71.
13. Adverse perinatal outcome of twin pregnancies according to chorionicity: review of literature / D.M. Sherer // Perinat. – 2001. – Vol. 18(1). – P. 23–37.

Сведения об авторах:

Жарких А.В., к. мед. н, профессор, зав. каф. акушерства и гинекологии ЗГМУ.
 Любомирская Е.С., студентка 6 курса I медицинского факультета ЗГМУ.
 Плотнок В.А., аспирант кафедры акушерства и гинекологии ЗГМУ.
 Бабинчук Е.В., аспирант кафедры акушерства и гинекологии ЗГМУ.

Поступила в редакцию 23.04.2013 г.