

УДК 616.177-089.888.11:618.25:618.39-021.3-08-039.71
DOI 10.11603/24116-4944.2022.2.13456

© М. О. Франчук, Л. М. Маланчук, О. А. Франчук
Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

СУЧАСНІ ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ І ПРОФІЛАКТИКИ НЕВИНОШУВАННЯ БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ, ЩО НАСТУПИЛА ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Мета дослідження – дослідити дані анамнезу пацієнток і проаналізувати перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду та стан новонароджених у жінок із багатопліддям, а також оцінити результати застосування акушерського розвантажувального песарію як профілактику невиношування у жінок з багатоплідною вагітністю після застосування допоміжних репродуктивних технологій.

Матеріали і методи. Під спостереженням перебували 100 жінок з багатоплідною вагітністю, серед яких у 70 застосували методи допоміжних репродуктивних технологій та у 30 вагітність настала природним шляхом. Після проведеного повного клініко-лабораторного обстеження було запропоновано жінкам із багатоплідною вагітністю після застосування допоміжних репродуктивних технологій встановлення акушерського розвантажувального песарію з метою профілактики виникнення пізнього викидня та передчасних пологів. Таким чином, усі вагітні жінки були поділені на три групи: I група – 35 жінок з багатоплідною вагітністю після допоміжних репродуктивних технологій, котрим з метою запобігання перериванню вагітності встановлювали акушерський розвантажувальний песарій у терміні гестації 14–16 тижнів; II група – 35 жінок з багатоплідною вагітністю після допоміжних репродуктивних технологій, яким не встановлювали акушерський песарій у зв'язку із відмовою пацієнток від даної маніпуляції; III група – 30 жінок контрольної групи із багатоплідною вагітністю, що настала природним шляхом.

Результати дослідження та їх обговорення. Під час проведення дослідження було проаналізовано дані анамнезу жінок, визначено частку супутніх екстрагенітальних патологій, оцінено гестаційний перебіг, хоріальність і амніальність плодів, а також – перебіг пологів і стан новонароджених. З I групи 31 (88,6 %) жінка доносила багатоплідну вагітність до оптимальних термінів для розродження. З II групи у 28 (80 %) вагітних відбулись передчасні пологи в термінах 24–36 тижнів. У контрольній групі доношена багатоплідна вагітність у 16 (53,3 %) вагітних.

Висновки. Жінкам із багатопліддям після застосування допоміжних репродуктивних технологій рекомендується застосовувати розвантажувальний акушерський песарій з метою профілактики невиношування вагітності.

Ключові слова: багатоплідна вагітність; допоміжні репродуктивні технології; невиношування вагітності; передчасні пологи; гестаційний перебіг багатоплідної вагітності; акушерський розвантажувальний песарій; профілактика передчасних пологів; істміко-цервікальна недостатність; непліддя.

M. O. Franchuk, L. M. Malnchuk, O. A. Franchuk
I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

MODERN WAYS OF CORRECTION AND PREVENTION OF MISCARRIAGE OF MULTIPLE PREGNANCY WHICH OCCURRED AFTER THE USE OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

The aim of the study – to investigate the patient history data and analyze the course of pregnancy, childbirth, the postpartum period, and the condition of newborns in women with multiple pregnancies (MP), as well as to evaluate the results of using an obstetric unloading pessary as a prevention of miscarriage in women with multiple pregnancies after using of assisted reproductive technologies (ART).

Materials and Methods. 100 women with MP were under observation, 70 of them used ART, 30 became pregnant naturally. After a complete clinical and laboratory examination we suggested to women with MP after using ART the installation of an obstetric unloading pessary in order to prevent the occurrence of late miscarriage and premature birth. Thus, all pregnant women were divided into three groups: group I – 35 women with MP after ART, who were fitted with an obstetric unloading pessary at 14–16 weeks of gestation to prevent abortion; group II – 35 women with MP after ART, who were not fitted with an obstetric pessary due to the patients' refusal of this manipulation; group III – 30 women of the control group with MP that occurred naturally.

Results and Discussion. During the study, the women's anamnesis was analyzed, the share of accompanying extragenital pathologies was determined, the gestational course, chorionicity and amnioticity of the fetuses, as well as the course of childbirth and the condition of newborns were assessed. From the 1st group 31 (88.6 %) women delivered MP in the optimal term for childbirth. From the 2nd group, 28 (80 %) pregnant women gave birth prematurely within 24–36 weeks. In the control group full-term MP was detected in 16 (53.3 %) pregnant women.

Conclusions. Women with multiple pregnancies after using ART are recommended to use a unloading obstetric pessary in order to prevent miscarriage and premature births.

Key words: multiple pregnancy; assisted reproductive technologies; miscarriage; premature birth; gestational course of multiple pregnancy; obstetric unloading pessary; prevention of premature birth; isthmic-cervical insufficiency; infertility.

ВСТУП. Проблема ведення жінок з багатоплідною вагітністю (БВ) ще з давніх часів становить науковий та практичний інтерес для лікарів акушер-гінекологів. Особлива увага даному питанню приділяється в останні 15–20 років у зв'язку з ростом випадків БВ, що зумовлено цілою низкою факторів – зростання репродуктивного віку жінок, антропогенезу, ятрогенного генезу, поширення застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) [1]. Раніше БВ зустрічалась в 1,5–2,5 % випадках від загальної кількості вагітностей, частіше у тих родин, де один з батьків або обоє народились від БВ, проте тепер частота багатопліддя суттєво зросла. Відомо, що БВ належить до вагітності високого ризику і супроводжується значним числом ускладнень під час періоду гестації, а також – у пологах та післяпологовому періоді. При цьому спостерігається великий відсоток передчасних пологів (ПП) та перинатальної смертності і дитячої захворюваності, збільшується питома частка розроджень шляхом кесаревого розтину в різні терміни гестації, а також підвищується ризик ранньої і відтермінованої інвалідизації дітей. БВ може ускладнюватися такими патологіями: затримка розвитку одного або більше плодів, синдром близнюкового перетікання, внутрішньоутробна загибель одного або більше плодів тощо [1, 2]. Найбільше неврологічних ускладнень у плодів і новонароджених спостерігається у недоношених дітей і в дітей з гіпотрофією. Частота церебрального паралічу в дітей з БВ вища у 3–7 разів, ніж при одноплідній. Рівень ante- та інтранатальних ускладнень у матерів з БВ в 10 разів вищий, ніж в пацієток з одним плодом [3]. Необхідно підкреслити, що БВ супроводжується суттєвим збільшенням ризику виникнення всіх акушерських ускладнень: прееклампсії, кровотеч, ПП, а також – затримка внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР). Навіть в умовах сучасної медицини перинатальна смертність при багатоплідді в 4 рази вища, ніж при одноплідній вагітності, а серед монохоріальних двієнь – на порядок вище порівняно з біхоріальними [1, 4]. Окрім цього, частота плацентарних порушень і розвитку синдрому затримки росту плода (СЗРП) у двоєнь в 10 разів вища, ніж у новонароджених при одноплідній вагітності [5]. Перинатальна захворюваність та смертність при БВ залежить від впливу багатьох факторів, а саме: хоріальність та амніальність плодів, соматичний анамнез і стан здоров'я матері, а також інші чинники ендо- чи екзогенного походження, що впливають на вагітність [6]. Число жінок з багатопліддям зростає повсюди, особливо в країнах з високим рівнем надання медичної допомоги, де активно застосовується ДРТ з метою лікування непліддя [1, 7]. Виношування вагітності є основною акушерською проблемою при БВ. В дослідженнях американських вчених частота ПП серед БВ складає 59 %, з них частота пологів до 32-го тижня – 11 %, 5,5 % із новонароджених двоєнь народжуються з низькою та 10% – з дуже низькою масою тіла [8]. Смертність немовлят серед БВ значно вища, ніж при одноплідній, насамперед також внаслідок недоношеності [1, 3]. Безпліддя є розповсюдженою проблемою серед пар репродуктивного віку. На сьогодні ДРТ виходять на перший план в системі надання допомоги безплідним парам [1, 7, 9]. Для вагітностей, що наступили після застосування різних методів ДРТ, характерна велика частка ускладнень порівняно зі спонтанною вагітністю – невиношування вагітності, ЗВУР,

плацентарна недостатність, перинатальна захворюваність і смертність [1, 10, 12]. У численних дослідженнях вивчались причини такого високого ризику. Отож, потенційними причинами є супутня соматична патологія матері, наявність у жінки гінекологічної патології, що потребувала застосування методів ДРТ, окрім цього і самі ДРТ можуть бути причиною високого ризику [10, 11, 12]. Вагітність, що наступила при використанні різноманітних методів ДРТ, також складає групу високого ризику виникнення гестаційних ускладнень, таких як пізні самовільні викидні та передчасні пологи [10, 12]. Невиношування вагітності в другому та третьому триместрах можуть бути спровоковані не діагностованою і нескоригованою функціональною недостатністю шийки матки [13]. Завданням акушерської служби являється запобігання гестаційним ускладненням, пов'язаним із багатопліддям, шляхом ефективного виявлення факторів ризику і проведення ціленаправлених профілактичних заходів.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – дослідити дані анамнезу пацієток і проаналізувати перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду та стан новонароджених у жінок з багатопліддям, а також оцінити результат застосування акушерського розвантажувального песарію як профілактику невиношування у жінок з БВ після застосування ДРТ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Під нашим спостереженням перебували 100 жінок з БВ, серед яких у 70 (70 %) застосовувались методи ДРТ та у 30 (30 %) вагітність відбулась природним шляхом. Ми вивчали анамнестичні дані пацієток, перебіг попередніх вагітностей, пологів та стан новонароджених. Також було вивчено загальний, соматичний, акушерсько-гінекологічний та репродуктивний анамнез усіх вагітних. Крім клінічних і загальноприйнятих лабораторних методів обстеження, з метою оцінки загрози передчасного переривання вагітності також проводили трансвагінальну цервікометрію. Під час УЗД визначали довжину шийки матки, розширення внутрішнього вічка та цервікального каналу, величину заднього кута шийки матки, а також тип плацентації у вагітних та стан і розміри плодів. Оскільки багатопліддя, безплідність в анамнезі та застосування ДРТ є вагомими факторами ризику виникнення ІЦН, ми запропонували встановлення акушерського розвантажувального песарію 70 обстежуваним жінкам з БВ після застосування ДРТ в терміні 14–16 тижнів з метою запобігання невиношуванню вагітності та виникненню передчасних пологів. Дану маніпуляцію було проведено 35 жінкам за їхньою згодою та після проведеного повного клініко-лабораторного й інструментального обстеження. Ці жінки були внесені у I піддослідну групу. Ускладнень безпосередньо після введення песарію та протягом наступного гестаційного періоду не було. II групу склали 35 пацієток з БВ після застосування ДРТ, що відмовились від встановлення песарію на 14–16 тижні вагітності. За даними цервікометрії в більшості жінок цієї групи в різні терміни вагітності від 24 до 36 тижня було діагностовано коротку довжину шийки матки (менше 25 мм), а також – розкриття цервікального каналу до 15 мм. Проте, у зв'язку з відмовою пацієток, цим жінкам не було встановлено акушерський розвантажувальний песарій, а також не накладався шов на шийку матки. У контрольну групу ми внесли 30 жінок, у котрих багатоплідна вагітність настала природним шляхом. Було погоджено, що окрім

переліку всіх обов'язкових обстежень, регулярно та ретельно проводити пацієнткам УЗД контроль стану плодів, фето-плацентарного комплексу та шийки матки задлячасної діагностики виникнення ІЦН (табл. 1).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Аналіз анамнестичних даних встановив, що вік вагітних I групи коливався від 19 до 47 років, середній – 42,5; II групи – від 19 до 42 років, середній – 30,5 років; у контрольної групи був аналогічний показник – 19–42 років, середній – 30,5 років. Перебіг вагітності значною мірою залежав від стану здоров'я жінки. Після детального вивчення соматичного анамнезу, отримано наступні дані: в I групі виявлено таку частоту екстрагенітальної патології: захворювання сечовидільної системи (пієлонефрит,

сечокам'яна хвороба, цистит) були діагностовані у 13 (37,1 %) жінок; патологія зору (міопія) – у 7 (20 %) пацієнток; ендокринна патологія – у 6 (17,1 %), серед них – захворювання щитоподібної залози (її гіпо- та гіперфункція, аутоімунний тиреоїдит) і ожиріння II ст.; в 5 (14,3 %); патологію серцево-судинної системи (артеріальну гіпертензію, синусову аритмію, дисметаболичну кардіоміопатію, пролапс мітрального клапана); у 3 (8,6 %) – захворювання органів травлення (дискінезія жовчовивідних шляхів) та у 2 (5,7 %) – органів дихання (bronхіальна астма) з ознаками легеневої недостатності; значну частку захворювань становила гінекологічна патологія (безпліддя, порушення менструальної функції та хронічні запальні захворювання) – у 19 (54,3 %) вагітних (табл. 2). В 7 (20 %) пацієнток

Таблиця 1. Обстежувані групи

I група	II група	Контрольна група
35 жінок з БВ після застосування ДРТ, яким встановлювали акушерський розвантажувальний песарій з профілактичною метою в терміні вагітності 14–16 тижнів	35 жінок з БВ після застосування ДРТ, які відмовились від встановлення акушерського песарію	30 жінок з БВ, що настала природним шляхом

Таблиця 2. Супутні екстрагенітальні захворювання в обстежуваних групах

Екстрагенітальні патології	I група, n=35	II група, n=35	Контрольна група, n=30
Захворювання сечовидільної системи	13 (37,1 %) - пієлонефрит, СКХ, цистит	13 (37,1 %) - пієлонефрит: гострий та хронічний; СКХ, гідронефроз, хронічний гломерулонефрит	-
Захворювання серцево-судинної системи	5 (14,3 %) - артеріальна гіпертензія, синусова аритмія, дисметаболична кардіоміопатія, пролапс мітрального клапана	12 (34,2%) - дисметаболична кардіоміопатія з проявами СН II ст., синусова тахікардія, блокада ніжок пучка Гіса	4 (13,3 %) - метаболічна кардіоміопатія, додаткова хорда лівого шлуночка, синусова тахікардія
Захворювання ендокринної системи	6 (17,1 %) - гіпо- та гіперфункція щитоподібної залози, аутоімунний тиреоїдит, ожиріння II ст.	7 (20 %) - субклінічний гіпотиреоз, дифузний зоб, ожиріння III ст.	7 (23,3 %) - дифузний зоб, субклінічний та аутоімунний гіпотиреоз, ожиріння II і III ст., порушення ліпідного обміну
Захворювання травної системи	3 (8,6 %) - дискінезія жовчовивідних шляхів	9 (25,7 %) - хронічний калькульозний холецистит, ГЕРХ, дискінезія жовчовивідних шляхів	3 (10 %) - ГЕРХ, хронічний калькульозний холецистит
Захворювання органів зору	7 (20 %) - міопія	2 (5,7 %) - міопія	2 (6,6 %) - міопія
Захворювання дихальної системи	2 (5,7 %) - бронхіальна астма	-	-
Захворювання жіночої статевий системи	19 (54,3 %) - безпліддя, порушення менструальної функції, хронічні запальні захворювання	31 (88,6 %) - порушення менструального циклу, безпліддя	12 (40 %) - порушення менструального циклу, пухлини матки, спайкова хвороба очеревини, пухлини яєчників
Операційні втручання на репродуктивних органах в анамнезі	7 (20 %) - гістеро-резектоскопічне втручання, тубектомія з приводу позаматкової вагітності, гідро- чи піосальпікосу	10 (28,6 %) - резекція яєчників і труб, діатермокоагуляція шийки матки	7 (23,3 %) - резекція яєчника, поліпектомія, кістектомія, гістероскопія, консервативна міомектомія

даної групи в анамнезі спостерігались операційні втручання на органах репродуктивної системи (гістерорезектоскопічні втручання, тубектомія з приводу позаматкової вагітності, гідро- чи піосальпінксу); в II групі також виявлено значний рівень екстрагенітальних захворювань: патологію сечовидільної системи (пієлонефрит – гострий та хронічний, сечокам'яна хвороба нирок, гідронефроз, хронічний гломерулонефрит) виявлено у 13 (37,1 %) жінок; серцево-судинні захворювання (дисметаболічна кардіоміопатія з проявами серцевої недостатності II ст., синусова тахікардія, блокада ніжок пучка Гіса) – у 12 (34,3 %); у 9 (25,7 %) жінок – захворювання органів травлення; патологія залоз внутрішньої секреції (субклінічний гіпотиреоз, дифузний зоб, ожиріння III ст.) – у 7 (20 %); патологія зору (міопія) – у 2 (5,7 %) вагітних; гінекологічні розлади (порушення менструального циклу і безпліддя) спостерігались у 31 (88,6 %) пацієнтки даної групи. У 10 (28,6 %) жінок були наявні в анамнезі операційні втручання на органах репродуктивної системи (резекція яєчників і труб, діатермокоагуляція шийки матки); в контрольній групі пацієнток виявлено незначну кількість випадків екстрагенітальної патології порівняно з іншими групами: у 7 (23,3 %) вагітних – ендокринні патології (дифузний зоб, субклінічний гіпотиреоз, автоімунний гіпотиреоз, ожиріння II і III ст., порушення ліпідного обміну); в 4 (13,3 %) – захворювання серцево-судинної системи (метаболічна кардіоміопатія, додаткова хорда лівого шлуночка, синусова тахікардія); патологія травної системи (гастро-езофагальний рефлюкс, хронічний калькульозний холецистит) – у 3 (10 %); патологія зору (міопія обох очей) – у 2 (6,6 %); найчастіше спостерігались акушерсько-гінекологічні

захворювання – у 12 (40 %) жінок, серед яких було діагностовано порушення менструального циклу, пухлини матки, спайкову хворобу очеревини, пухлини яєчників. Операційні втручання на органах репродуктивної системи (резекція яєчника, поліпектомія, кістектомія, гістероскопія, консервативна міомектомія) раніше проводились у 7 (23,3 %) пацієнток з даної групи.

За оцінкою типу плацентації у трьох групах вагітних із БВ отримано такі результати: в I групі – дихоріальна діамніотична (ДД) двійня діагностована у 26 (74,3 %) жінок, монохоріальна діамніотична (МД) – у 9 (25,7 %); в II групі у 24 (68,6 %) пацієнток – ДД двійня, у 10 (28,6 %) – МД та в 1 (2,8 %) – монохоріальна моноамніотична (ММ) двійня; в контрольній групі ДД двійня виявлялась у 20 (66,7 %) жінок, МД у 10 (33,3 %) (табл. 3).

Під час аналізу гестаційного перебігу було виявлено низку ускладнень (табл. 4). Поширеним ускладненням у вагітних була загроза переривання вагітності на різних термінах. В I групі загрозу пізнього викидня реєстрували у 4 (11,4 %) жінок, в II групі – в 6 (17,1 %), у контрольній групі – в 4 (13,3 %). Загроза передчасних пологів виявлялась у 6 (17,1 %) пацієнток I групи, у 25 (71,4 %) II групи та у 21 (70 %) контрольної групи. Необхідно відмітити, що плацентарна дисфункція, яка маніфестувала в другій половині вагітності, була діагностована у 56 (56 %) вагітних з БВ. У I групі – в 21 (60 %) пацієнтки, в II – у 14 (40 %), в контрольній – також у 21 (70 %). Гестаційна анемія спостерігалась у 41 (41 %) пацієнтки: у 18 (51,4 %) I групи, в 11 (31,4 %) II групи та у 12 (40 %) – контрольної. Також у всіх 3-х групах спостерігались пізні гестози: помірна преєклампсія діагностувалась у 8 (22,8 %) вагітних I групи,

Таблиця 3. Тип плацентації плодів в обстежених групах

ОБСТЕЖУВАНІ ГРУПИ	Тип плацентації		
	дихоріальна діамніотична двійня	монохоріальна діамніотична двійня	монохоріальна моноамніотична двійня
I група, n=35	26 (74,3 %)	9 (25,7 %)	-
II група, n=35	24 (68,6 %)	10 (28,6 %)	1 (2,8 %)
Контрольна група, n=30	20 (66,7 %)	10 (33,3 %)	-

Таблиця 4. Перелік гестаційних ускладнень у вагітних із багатоплідною вагітністю

Гестаційні ускладнення	I група, n=35	II група, n=35	Контрольна група, n=30
Загроза пізнього викидня	4 (11,4 %)	6 (17,1 %)	4 (13,3 %)
Загроза передчасних пологів	6 (17,1 %)	25 (71,4 %)	21 (70 %)
Дисфункція плаценти (після 20-го тижня)	21 (60 %)	14 (40 %)	21 (70 %)
Гестаційна анемія	18 (51,4 %)	11 (31,4 %)	12 (40 %)
Пізній гестоз: 1) помірна преєклампсія; 2) тяжка преєклампсія	1) 8 (22,8 %) 2) -	1) 9 (25,7 %) 2) 2 (5,7 %) (в 33 і 34 тижні)	1) 7 (23,3 %) 2) 1 (2,8 %) (в 34 тижні)
Багатоводдя	8 (22,8 %)	8 (22,8 %)	7 (23,3 %)
Маловоддя	7 (20 %)	6 (17,1 %)	2 (6,7 %)
Дисоціація плодів	5 (16,7 %)	6 (17,1 %)	4 (13,3 %)

у 9 (25,7 %) – другої та у 7 (23,3 %) – контрольної. Тяжка прееклампсія діагностувалась у 2 (5,7 %) пацієнток II групи (в терміні вагітності 33 і 34 тижні) та в 1 (2,8 %) – контрольної (в терміні вагітності 34 тижні). Гестаційні набряки турбували 2 (5,7 %) жінок з II групи та 9 (30 %) – з контрольної, а у вагітних з I групи не спостерігались. Ускладнювали перебіг БВ також такі патології, як багатоводдя і маловоддя. В I групі багатоводдя виявлялось у 8 (22,8 %) вагітних, в II – також у 8 (22,8 %), в контрольній – у 7 (23,3 %). Маловоддя у I групі виявлялось у 7 (20 %) жінок, в II групі – у 6 (17,1 %) та у контрольній – в 2 (6,7 %). Дисоціація плодів спостерігалась у 5 (16,7 %) пацієнток I групи, у 6 (17,1 %) – II та у 4 (13,3 %) – контрольної.

З I групи до оптимальних термінів для розродження БВ доносила 31 (88,6 %) жінка. В 1 (2,8 %) вагітної відбувся гострий дистрес одного плода на тлі передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти в 35 тижнів. У 2 (5,7 %) вагітних розпочались спонтанні передчасні пологи в терміні 32 і 34 тижні, відповідно. У 5 (14, 3 %) жінок стався ПРПО, з них в 1 (2,8 %) в терміні 29 тижнів. 2 (5,7 %) жінки народили через природні пологові шляхи, 33 (94,2 %) було проведено кесарів розтин.

З II групи у 28 (80 %) вагітних відбулись передчасні пологи в терміні 24–36 тижнів, що були спровоковані різними факторами: у 13 (37,1 %) вагітних відбувся ПРПО, в 12 (34,3 %) – передчасні пологи, спричинені ІЦН, в 2 (5,7 %) – дистрес обох плодів на тлі тяжкої прееклампсії (в 30–34 тиж.), а також в 1 (2,8 %) вагітної – антенатальна загибель 2-ох плодів із моноамніотичної монохоріальної двійні (в 24 тиж.). Так, пологи природними пологовими шляхами відбулись в 11 (31,4 %) жінок, кесарів розтин – в 24 (68,6 %). Двом (5,7 %) роділлям було проведено ручне відділення плаценти в третьому періоді, а також в однієї (2,8 %) породіллі виникла гіпотонічна маткова кровотеча в ранньому післяпологовому періоді.

У контрольній групі отримано такі результати: 16 (53,3 %) вагітних доносили БВ до оптимальних термінів для розродження. Передчасні пологи відбулись в 14 (46,6 %) жінок: в 9 (30 %) у зв'язку з розвитком ІЦН в терміні 26–35 тижнів, у 4 (13,3 %) – у зв'язку з ПРПО в терміні 32–34 тижні, в 1 (3,3 %) – у зв'язку із дистресом обох плодів на тлі тяжкої прееклампсії в 30 тижнів. Природні пологи

відбулись у 6 (20 %) жінок, у 24 (80 %) був проведений кесарів розтин. В 1 (3,3 %) пацієнтки під час пологів було застосовано вакуум-екстракцію обох плодів у зв'язку із вторинною слабкістю пологової діяльності. Трьом (10 %) роділлям з патологією прикріплення плаценти було проведено ручне її відділення, а також у 2 (6,6 %) пацієнток даної групи виникла гіпотонічна кровотеча: в однієї – інтраопераційно, в іншій – в ранньому післяпологовому періоді (табл. 5).

При вивченні стану новонароджених з I групи були отримані наступні дані: маса у 62 (88,6 %) немовлят коливалась в межах 2100–3700 г, у 8 (11,4 %) – в межах 1490–1890 г. За шкалою Апгар оцінка стану всіх новонароджених становила 7–8 балів на 1-й та 5-й хвилині.

При оцінці стану новонароджених з II групи було зареєстровано 3 (8,6 %) випадки антенатальної загибелі: в однієї жінки – 2 плоди з монохоріальної моноамніотичної двійні з вираженим ЗВУР та в іншій – один плід внаслідок уродженої вади розвитку серця. У 24 (34,2 %) новонароджених в термінах вагітності 26–28 тижнів маса становила з коливаннями від 520 г до 1020 г, а показники шкали Апгар – від 2 до 6 балів на 1-й хвилині та від 4 до 7 балів на 5-й хвилині, що вказує на виражену гіпоксію плодів. Маса у 32 (45,7 %) новонароджених в термінах вагітності 29–34 тижні знаходилась в межах від 1100 г до 1950 г, а показники шкали Апгар були вищими й коливались в межах 6–7 балів на 1-й хвилині та 6–8 балів на 5-й хвилині, що вказує на менш виражену гіпоксію плодів. У 14 (20 %) доношених новонароджених маса становила від 2050 г до 3400 г, а показники по шкалі Апгар 7–8 балів на 1-й та 5-й хвилині. При огляді новонароджених контрольної групи було отримано наступні дані: маса у 32 (53,3 %) доношених немовлят коливалась в межах 2000–3600 г та за шкалою Апгар оцінка стану новонароджених становила 7–8 балів на 1-й та 5-й хвилині життя. У 28 (46,6 %) недоношених новонароджених результати були такими: в 10 (16,7 %) немовлят, народжених в терміні вагітності 26–28 тижнів, маса становила – 780–1050 г, а за шкалою Апгар була оцінка 3–6 балів на 1-й та 5–7 на 5-й хвилині життя, у 18 (30 %) немовлят, народжених в терміні 29–34 тижні, маса коливалась в межах 1100–1800 г, а за шкалою Апгар 6–7 на 1-й та 6–8 балів на 5-й хвилині життя (табл. 6).

Таблиця 5. Результати виношування вагітності в пацієнток трьох груп

Обстежувані групи	Пологи в термін	Передчасні пологи, причини
I група, n=35	31 (88,6 %)	4 (11,4 %): - 1 (2,8 %) – гострий дистрес одного плода на тлі передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти в 35 тиж.; - 2 (5,7 %) – спонтанні передчасні пологи в 32 і 34 тиж.; - 5 (14, 3 %) – ПРПО, з них в 1 (2,8 %) в 29 тиж.
II група, n=35	7 (20 %)	28 (80 %): - 13 (37,1 %) – ПРПО в 24-36 тиж.; - 12 (34,3 %) – спричинені ІЦН в 24–36 тиж.; - 2 (5,7 %) – дистрес обох плодів на тлі тяжкої прееклампсії в 30–34 тиж.; в 1 (2,8 %) вагітної – антенатальна загибель 2-ох плодів з ММ двійні в 24 тиж.
Контрольна група, n=30	16 (53,3 %)	14 (46,6 %): - 9 (30 %) у зв'язку з розвитком ІЦН в 26–35 тиж.; - 4 (13,3 %) – ПРПО в терміні 32–34 тиж.; - 1 (3,3 %) – дистрес обох плодів на тлі тяжкої прееклампсії в 31 тиж.

Таблиця 6. Оцінка стану новонароджених

I група, n=70	II група, n=70	Контрольна група, n=60
<p>Маса:</p> <ul style="list-style-type: none"> • у 62 (88,6 %) (при доношеній вагітності) – 2100–3700 г, • у 62 (88,6 %) (при доношеній вагітності) – 2100–3700 г, у 8 (11,4 %) (в терміні 29–35 тиж.) – 1490–1890 г <p>За Апгар: у всіх новонароджених 7–8 балів на 1-й та 5-й хв</p>	<ul style="list-style-type: none"> • маса у 24 (34,2 %) (в терміні 26–28 тиж.) – 520–1020 г За Апгар: 2–6 балів на 1-й хв; 4–7 балів на 5-й хв • маса у 32 (45,7 %) (в терміні 29–34 тиж.) – 1100–1950 г За Апгар: 6–7 балів на 1-й хв; 6–8 балів на 5-й хв • маса у 14 (20 %) (при доношеній вагітності) – 2050–3400 г За Апгар: 7–8 балів на 1-й та 5-й хв • 3 (8,6 %) випадки антенатальної загибелі 	<ul style="list-style-type: none"> • маса у 10 (16,7 %) (в терміні вагітності 26–28 тиж.) – 780–1050 г За Апгар: 3–6 балів на 1-й хв; 5–7 на 5-й хв • маса у 18 (30 %) (в терміні 29–34 тиж.) – 1100–1800 г За Апгар: 6–7 балів на 1-й хв; 6–8 балів на 5-й хв • маса у 32 (53,3 %) (при доношеній вагітності) – 2000–3600 г За Апгар: 7–8 балів на 1-й і 5-й хв

ВИСНОВКИ. Отримані результати особливостей перебігу БВ дають підстави зробити наступні висновки:

1. У жінок з БВ після застосування ДРТ, у яких з профілактичною метою невиношування не застосовували акушерський розвантажувальний песарій (у зв'язку з відмовою пацієнток від даної маніпуляції), спостерігався високий відсоток (80 %) виникнення передчасних пологів, відповідно, народження дітей з низькою масою тіла (520–1950 г) і низькою оцінкою за шкалою Апгар.

2. У жінок із БВ після використання методів ДРТ із застосуванням акушерського розвантажувального песарію з профілактичною метою показник невиношування був нижчий і становив 5,7 %, а маса плодів була вищою (маса

у 62 (88,6 %) немовлят коливалась в межах 2100–3700 г, у 8 (11,4 %) – в межах 1490–1890 г). Вищими також були і показники за шкалою Апгар.

3. Жінкам з багатопліддям після застосування ДРТ з метою профілактики невиношування рекомендується застосовувати розвантажувальний акушерський песарій.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Оскільки потреба у застосуванні ДРТ продовжує зростати, відповідно, збільшується кількість БВ. Отож, необхідно продовжувати дослідження впровадження запропонованого методу з метою профілактики невиношування вагітності та запобігання випадкам перинатальних втрат і недоношеності плодів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Sebghati M. Reduction of multiple pregnancy: Counselling and techniques / M. Sebghati, A. Khalil // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* – 2021. – Vol. 70. – P. 112–122.
2. Kamat S. Comparison of nifedipine and progesterone for maintenance tocolysis after arrested preterm labour / S. Kamat, P. Veena, R. Rani // *J. Obstet. Gynaecol.* – 2014. – Vol. 34 (4). – P. 322–325.
3. Rode L. Prevention of preterm delivery in twin pregnancy / L. Rode, A. Tabor // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* – 2014. – Vol. 28 (2). – P. 273–283.
4. Townsend R. Fetal growth restriction in twins / R. Townsend, A. Khalil // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* – 2018. – Vol. 49. – P. 79–88.
5. D'Antonio F. Weight discordance and perinatal mortality in twin pregnancy: systematic review and meta-analysis / F. D'Antonio, A. O. Odibo // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* – 2018. – Vol. 52 (1). – P. 11–23.
6. Berceanu C. Morphological and ultrasound findings in multiple pregnancy placentation / C. Berceanu, C. Mehedintu // *Rom. J. Morphol. Embryol.* – 2018. – Vol. 59 (2). – P. 435–453.
7. Jahan R. Obstetric Outcome of Multiple Pregnancy in a Medical College Hospital / R. Jahan, K. Jahan // *Mymensingh Med. J.* – 2021. – Vol. 30 (3). – P. 633–637.
8. Hamilton B. E. Births: Final Data for 2014 / B. E. Hamilton, J. A. Martin // *National vital statistics reports : from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System.* – 2015. – Vol. 64 (12). – P. 1–64.
9. Chmel R. Assisted reproductive methods - current status and perspectives. *Metody asistované reprodukce - aktuální stav a perspektivy* / R. Chmel Jr., I. M. Čeka // *Ceska gynekologie.* – 2020. – Vol. 85 (4). – P. 244–253.
10. Kawwass J. F. Maternal and Fetal Risk Associated With Assisted Reproductive Technology / J. F. Kawwass, I. M. L. Badel // *Obstet. Gynecol.* – 2018. – Vol. 132 (3). – P. 763–772.
11. Srisajjakul S. Imaging of complications following treatment with assisted reproductive technology: keep on your radar at each step / S. Srisajjakul, P. Prapaisilp, S. Bangchokdee // *Abdom. Radiol. (NY).* – 2022. – Vol. 47 (1). – P. 328–340.
12. Romanenko T. H. A statistical analysis of obstetric and perinatal complications in singleton and multiple pregnancies once assisted reproductive technologies are used / T. H. Romanenko, O. M. Sulimenko, S. O. Ovcharenko // *Wiad. Lek.* – 2021. – Vol. 74 (4). – P. 915–922.
13. The problem of miscarriage in multiple pregnancy / V. I. Boiko, I. M. Nikitina, T. V. Babar, A. V. Boiko // *Wiad. Lek.* – 2018. – Vol. 71 (7). – P. 1195–1199.

REFERENCES

1. Sebghati, M., & Khalil, A. (2021). Reduction of multiple pregnancy: Counselling and techniques. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 70, 112-122. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2020.06.013.
2. Kamat, S., Veena, P., & Rani, R. (2014). Comparison of nifedipine and progesterone for maintenance tocolysis after arrested preterm labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of The Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 34(4), 322-325. DOI: 10.3109/01443615.2013.874407.
3. Rode, L., & Tabor, A. (2014). Prevention of preterm delivery in twin pregnancy. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(2), 273-283. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2013.11.002.
4. Townsend, R., & Khalil, A. (2018). Fetal growth restriction in twins. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 49, 79-88. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2018.02.004.
5. D'Antonio, F., Odibo, A.O., Prefumo, F., Khalil, A., Buca, D., Flacco, M.E., Liberati, M., Manzoli, L., & Acharya, G. (2018). Weight discordance and perinatal mortality in twin pregnancy: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: The Official Journal of The International Society of Ultrasound In Obstetrics And Gynecology*, 52(1), 11-23. DOI: 10.1002/uog.18966.
6. Berceanu, C., Mehedințu, C., Berceanu, S., Voicu, N.L., Brătilă, E., Istrate-Ofițeru, A.M., Navolan, D.B., Niculescu, M., Szasz, F.A., Căpitănescu, R.G., & Văduva, C.C. (2018). Morphological and ultrasound findings in multiple pregnancy placentation. *Romanian Journal of Morphology and Embryology = Revue Roumaine De Morphologie Et Embryologie*, 59(2), 435-453. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30173248/>.
7. Jahan, R., Jahan, K., Afrose, R., Akhter, S., Fatema, S., Dey, S., & Khan, M.M. (2021). Obstetric Outcome of Multiple Pregnancy in a Medical College Hospital. *Mymensingh Medical Journal: MMJ*, 30(3), 633-637. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34226448/>.
8. Hamilton, B. E., Martin, J. A., Osterman, M. J., Curtin, S.C., & Matthews, T.J. (2015). Births: Final Data for 2014. *National Vital Statistics Reports: From The Centers For Disease Control And Prevention, National Center For Health Statistics, National Vital Statistics System*, 64(12), 1-64. Retrieved from: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr64/nvsr64_12.pdf.
9. Chmel, R., Jr., & Čekal, M. (2020). Assisted reproductive methods - current status and perspectives. Metody asistované reprodukce - aktuální stav a perspektivy. *Ceska Gynekologie*, 85(4), 244-253. Retrieved from: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2020-4-22/metody-asistovane-reprodukce-aktualni-stav-a-perspektivy-125809>.
10. Kawwass, J.F., & Badell, M.L. (2018). Maternal and Fetal Risk Associated With Assisted Reproductive Technology. *Obstetrics and Gynecology*, 132(3), 763-772. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002786.
11. Srisajakul, S., Prapaisilp, P., & Bangchokdee, S. (2022). Imaging of complications following treatment with assisted reproductive technology: keep on your radar at each step. *Abdominal Radiology (New York)*, 47(1), 328-340. DOI: 10.1007/s00261-021-03245-y.
12. Romanenko, T.H., Sulimenko, O.M., & Ovcharenko, S.O. (2021). A statistical analysis of obstetric and perinatal complications in singleton and multiple pregnancies once assisted reproductive technologies are used. *Wiadomosci Lekarskie*, 74(4), 915-922. DOI: 10.36740/WLek202104120.
13. Boiko, V.I., Nikitina, I.M., Babar, T.V., & Boiko, A.V. (2018). The problem of miscarriage in multiple pregnancy. *Wiadomosci Lekarskie*, 71(7), 1195-1199. Retrieved from: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85083071357&origin=resultslist>.

Отримано 03.10.2022

Прийнято до друку 06.10.2022

Електронна адреса для листування: franchukmo@tdmu.edu.ua