УДК 618.252:618.4]-037

©О. В. Кравченко, С. Я. Ткачик

ІНТРАНАТАЛЬНІ РИЗИКИ У РОДІЛЬ З ДВІЙНЕЮ

Буковинський державний медичний університет

ІНТРАНАТАЛЬНІ РИЗИКИ У РОДІЛЬ З ДВІЙНЕЮ. Під спостереженнями було 42 вагітні жінки з двійнею, які народили в МКПБ № 2 м. Чернівці в 2013 році. За даними І УЗД скринінгу дихоріальна диамніотична двійня діагностована у 24 жінок (57,1 %), монохоріальна диамніотична - у 18 вагітних (42,8 %), монохоріальна моноамніотична двійня діагностована не була. Ускладнений перебіг даної вагітності був діагностований у 33 жінок (78,5 %). Вагінальні пологи при багатоплідній вагітності відбулися в 50% випадків (у 21 жінки). Кесаревим розтином було розроджено 21 вагітну, також50 %.

Проведені дослідження показали, що при багатоплідній вагітності зростає кількість передчасних пологів до 40,4 %, при чому при монохоріальнао диамніотичній двійні рівень даної патології в тричі більший ніж при дихоріальній діамніотичній. Частота оперативного розродження при багатоплідній вагітності складає 50 %. Домінуючими показами до кесаревого розтину були тазові передлежання та неправильні положення плода (47,2 %). При вагітності двійнею частота мертвонародження перевищує середні популяційні показники в 2 рази. Зниження показників перинатально!'смертності при багатоплідній вагітності тісно пов'язано з профілактикою передчасних пологів та удосконаленням діагностики внутрішньоутробного стану

ИНТРАНАТАЛЬНЫЕ РИСКИ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. Под наблюдениям было 42 беременные женщины с двойней, родившиие в ГКРД № 2 г. Черновцы в 2013 году. По данным I ультразвукового скрининга дихориальная диамниотическая двойня диагностирована у 24 женщин (57,1 %), монохориальная диамниотическая - у 18 беременные (42,8 %), монохориальных моноамниотичесю/іх двоен диагностировано не была. Осложненное течение данной беременности было у 33 женщин (78,5 %). Вагинальные роды при многоплодной беременности произошли в 50 % случаев (у 21 женщины). Кесаревым сечением была родоразрешена 21 беременная, также 50 %.

Проведенные исследования показали, что при многоплодной беременности возрастает количество преждевременных родов до 40,4%, причем при монохориальной диамниотической двойне уровень данной патологии втрое выше, чем при дихориальной диамниотической . Частота оперативного родоразрешения при многоплодной беременности составляет50 %. Доминирующими показаниями к кесареву сечению были тазовые предлежания и неправильные положения плода (47,2 %). При беременности двойней частота мертворождения превышает среднее популяционные показатели в 2 раза. Снижение показателей перинатальной смертности при многоплодной беременности тесно связано с профилактикой преждевременные родов и усовершенствованием диагностики внутриутробного состояния плода.

INTRAPARTUM RISKS OF MULTIPLE PREGNANCY. Under observation there were 42 pregnant women with twins, who had deiivery in RKMH #2 in Chernivtsi in 2013. According to the Ist uitrasound screening dyhorionic dyamniotic (DHDA) twins had been diagnosed in 24 women (57.1 %), monohorionic dyamniotic (MHDA) - 18 pregnant women (42.8 %), monohorionic monoamniotic (MHMA) twins had not been diagnosed. Compiications during this pregnancy has been diagnosed in 33 women (78.5 %). Vaginai birth in muitipie pregnancies occurred in 50% of cases (21 women). Caesarean section has been performed in 21 pregnant women, aiso50 %.

Studies have shown that number of preterm deiivery increases to 40.4 % in muitipie pregnancy, the ievei of the disease in three times greater in MHDA than in DHDA. The frequency of operative deiivery in muitipie pregnancies is 50 %. The predominant indications for caesarean section were breech presentation and maiposition (47.2 %). The frequency of stiiibirth is higher than the average popuiation vaiues in 2 times in pregnancy with twins. Reduction of perinatai mortaiity in muitipie pregnancies iscioseiy iinked to the prevention of preterm deiivery and fetai diagnostic improvement of the fetus.

Ключові слова. Багатоплідна вагітність, інтранатальний ризик.

Ключевые слова. Многоплодная беременность, интранатальный риск.

Keywords. Muitipie pregnancy, intrapartum risk.

ВСТУП. За останні 10 років частота багатоплідних пологів в Україні зросла на 30 %. Багатоплідна вагітність і пологи є фактором ризику виникнення дитячого церебрального параліча, який при двійнях зустрічається в 4 рази частіше. [1, 2] Зростання кількості плодів мало вагових до терміну гестації та з синдромом затримки розвитку призводять в свою чергу до зниження перинатального виживання (10-20 %) та зростання до 40 % неврологічних ускладнень у дітей, що вижили [3, 4, 5].

Тому, безумовно, вивчення особливостей перебігу пологів при багатоплідній вагітності є актуальним і перспективним.

Метою нашого дослідження було проаналізувати інтранатальні фактори ризику при багатоплідній вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Під спостереженнями було 42 вагітні жінки з двійнею, які народили в МКПБ № 2 м. Чернівці в 2013 році. У 4 жінок, з вище означених, вагітність настала внаслідок ЕКЗ.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Соціальний анамнез в групі досліджених був представлений наступним чином: домогосподарки склали 30 жінок (71,4 %), робітниці - 4 (9,5 %), службовці - 8 (19,0 %).

Жінок віком до 20 років в числі обстежених не було. Основну групу склали вагітні віком 25-30 років - 22 жінки (52,3 %), віком 30-35 років було - 16 пацієнток (38,0 %), старше 35 років і у віковій категорії 20-25 років під спостереженням було по 2 вагітних (по 4,7%).

Дана вагітність за паритетом була першою у 16 жінок (38,0 %), другою у 9 (21 %), третьою у 8 жінок (19,0 %), четвертою у 6 (14,2 %). Більш високий паритет вагітності склав 7,1 %, що відмічалося у 3 пацієнток.

Аналіз репродуктивної функції обстежених показав, що самостійні пологи були у 22 жінок (52,3 %), у 2 жінок спостерігалися передчасні пологи (4,7 %), самовільні викидні були у 5 (11,9%), штучні аборти - у 4 (9,5 %). Позаматкова вагітність відмічалася у однієї жінки (2,3 %).

Двійні в анамнезі були діагностовані в однієї жінки (2,3 %), антенатальна загибель плода в попередній вагітності відмічалась теж в однієї жінки (2,3 %), двічі невдала спроба ЕКЗ - у 2 жінок (4,7 %).

Гінекологічний анамнез був обтяжений у 27 обстежених (64,2 %). Хронічний сальпінгоофорит спостерігався у 5 жінок (11,9 %), ерозія шийки матки у 7 (16,6 %), порушення менструального циклу, ендометріоз, міома матки склали по 4,7 % випадків (відповідно по 2 жінки в кожній нозології).

Неплідця серед обстежених жінок мало місце у 8 випадках (19,0 %). У 15 вагітних жінок (35,7 %) гінекологічний анамнез був необтяжений.

Аналіз екстрагенітальної патології показав, що 36 вагітних (85,7 %) мали ті чи інші самотичні захворювання. Зокрема: хронічний пієлонефрит був діагностований в 16,6 % випадків (7 жінок), гестаційний пієлонефрит в - 7,1% (3 жінки), серцево-судинні захворювання - 17 випадків (40,4%) (а саме: ВСД - 12 випадків, пролапс мітрального клапана - 4 , гіпертонічна хвороба - 1, міокардитичний міокардіофіброз - 1). Патологія зору спостерігалась в 4 випадках (9,5 %), варикозне розширення вен нижніх кінцівок - в 4 (9,5 %), залізодефіцитна анемія I ст. - в 8 (19,0 %), II ст. - в 4 (9,5 %).

Патологія опорно- рухового апарату діагностована в однієї жінки (2,3 %), центральної-нервової системи - у 2 (4,7 %), хронічний бронхіт - у 1 (2,3 %), хронічний гепатит - у 2 (4,7 %), стан після субтотальної резекції щитоподібної залози - у однієї пацієнтки (2,3 %).

За даними I УЗД скринінгу дихоріальна диамніотична (ДХДА) двійня діагностована у 24 жінок (57,1 %), монохоріальна диамніотична (МХДА) - у 18 вагітних (42,8 %), монохоріальна моноамніотична (МХМА) двійня діагностована не була.

Ускладнений перебіг даної вагітності був діагностований у 33 жінок (78,5 %). Фізіологічно вагітність перебігала у 9 пацієнток (21,4 %).

25 вагітних (59,5 %) були планово госпіталізовані перед пологами в 37 тижнів гестації, 14 жінок (33,3 %) знаходились в стаціонарі у відділенні патології вагітних 3 30-32 тижнів до пологів. І лише 3 жінки поступили на пологи з дому у терміні недоношеної вагітності.

Всім вагітним, які знаходилися в стаціонарі проведена оцінка внутрішньоутробного стану плодів, оцінена готовність шийки матки до пологів. За шкалою Бішопа в 37 тижнів «зріла» шийка матки була діагностовано - в 29 випадках (69,0%), «недостатньо зріла» - в 6 (14,2 %), «незріла» - у 4 (9,5 %).

За даними біофізичного профілю оцінка стану плодів виглядала наступним чином: оцінка плодів 9-9 балів була відмічена - у 3 випадках (7,1 %), 9-8 балів - у 5 випадках (11,9 %), 8-8 балів - у 9 (21,4 %), 8-7 балів - у 5 (11,9 %), 7-7 балів - у 4 (9,5 %), 6-7 балів - у 2 (4,7 %), 3-6 балів - у 1 випадку (2,3 %).

Доплерометричні дослідження кровоплину в судинах пуповини були в межах норми в 32 випадках (82,0 %), в 6 випадках - був відмічений сповільнений кровотік (15,3 %), в 1 випадку (2,5 %) - нульовий кровотік у I з плодів, в 3 випадках (7,6 %) доплерометричні дослідження проведені не були.

Аналіз терміну початку пологів показав, що з групи обстежених 3 вагітних народили до 30 тижнів гестації (7,1 %), втерміні 31-34тижні родорозрішенітакож3 роділлі (7,1 %), в 35-36 тижнів - 9 жінок (21,4%), в 36-37 тижнів - 2 жінки (4,7 %), в 37-38 тижнів - 18 пацієнток (42,8 %), в 38-39 тижнів - 7 вагітних (16,6 %).

Таким чином передчасні пологи відбулися у 17 роділь, що склало 40,4 %. Причому рівень передчасних пологів при МХДА двійні становив 74,4 % (13 випадків), при ДХДА даний показник становив лише 23,6 % (4 випадки).

Вагінальні пологи при багатоплідній вагітності відбулися в 50 % випадків (у 21 жінки). Кесаревим розтином було розроджено 21 вагітну, також 50 %. Оперативне розродження при двійнях проведено за наступними показами: сідничне передлежання першого плода - 8 випадків (38,0 %), ніжне передлежання першого плода - 1 випадок (4,6 %), поперечне положення першого плода - 1 випадок (4,6 %), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти - 4 випадки (19,0 %), прееклампсія важкого ступеня - 2 випадки (9,4 %), дистрес обох плодів - 1 випадок (4,6 %), дистрес другого плода 2 випадки (9,4 %), антенатальназагибель першого плода, синдром затримки розвитку та дистес другого плода - 1 випадок (4,6 %), передчасний розрив плідних оболонок, незріла шийка матки, аномалії пологової діяльності - 1 випадок (4,6 %).

Передчасний розрив плідних оболонок нами діагностований у 4 випадках (9,5 %). Мертвонародження при багатоплідній вагітності становила 4 випадки (9,5 %), а саме антенатальна загибель одного плода - 2 випадки (4,7 %), двох плодів - 1 випадок (2,3 %), інтранатальні загибель одного плода - 1 випадок (2,3 %). В одному випадку об'єм оперативного втручання був розширений при кесаревому розтині до екстирпації матки у зв'язку з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти та гіпотонією матки, загальна крововтрата становила 2 л 100 мл, середня крововтрата при кесаревому розтині була 710±100 мл.

Загальна тривалість вагінальних пологів в середньому склала 7 годин 12 хвилин. Перший період пологів тривалістю до 5 годин був констатований у 6 роділь (28,4%), 5-6 годин - у 5 (23,8 %), 7-8 годин у 6 (28,4 %), 9-11-1 випадок (4,6 %), більше 12 годин у 3 випадках (14,2 %).

В пологах навколоплідні води вилились при відкритті шийки матки до 4 см у 11 роділь (52,2 %), при відкритті до 6 см - у 9 випадках (42,8 %), у 1 випадку була проведена амніотомія (4,6 %). Характер і кількість навколоплідних вод були не патологічними у всіх роділь. Тривалість безводного проміжку не перевищувала 5 годин 40 хвилин. Другий період пологів три-

вав 15-20 хвилин - у 3 роділь (14,2 %), 20-25 хв. - у 8 (38,0 %), 25-30 хвилин - у 7 (33,2 %), 30-40 хвилин - у 3 випадках (14,2 %).

Другий плід народився через 5 хвилин - в 9 випадках (42,8 %), через 10 хвилин - в 11 випадках (52,3 %), через 15 хвилин - у 1 роділі (0,4 %). Третій період пологів був тривалістю 5 хв. у 16 роділь (76,1 %), 10 хв. - у 5 (2,3 %). Загальна крововтрата в пологах коливалась від 300 до 450 мл. П'яти роділлям проведено епізіо- чи перінеотомія, розриви шийки матки та промежини в дослідженій групі не спостерігалось.

За масою тіла новонароджені розподілись наступним чином вага до 1кг в обох плодів була виявлена в 1 випадку (2,3 %), від 1 до 2,5 кг була маса обох плодів в 24 випадках (57,1 %). У ваговій категорії 2,5-3 кг плодів народжених першими було 10 (23,8%), другими - 14 (33,3 %). Масу від 3 до 3,5 кг мали 7 плодів народжених першими (16,6 %) і 3 народжених другими (7,1 %).

Відповідно ростові параметри: до 40 см довжина обох плодів була - у 3 випадках (7,1 %), 40-45 см - у 10 (23,8 %), 45-55 см мали довжину 28 перших плодів (66,6 %) і 30 - других (71,4 %), більше 55 см - була довжина двох перших плодів (4,7 %), других плодів в даній ростовій категорії не було.

Живими народилися при багатоплідних вагітностях 80 дітей.

Оцінка обох новонароджених при двійнях за шкалою Апгар на 1-5 хвилині в 60% випадків (48 дітей) була в межах 7-9 балів. Відповідно на 6-7 балів було оцінено 22 новонароджених (27,5 %), на 6-8 балів - один другий плід (1,2 %) при антенатальній загибелі першого плода, на 6-6 балів було оцінено 2 плода (2,4 %), на 5-7 балів - один другий плід (1,2 %) при антенатальній загибелі першого плода, 5 балів - ШВЛ - 5 новонароджених (6,2 %), 4 бали - ШВЛ - один перший плід (1,2 %) при інтранатальні загибелі другого плода. Таким чином, в стані помірної асфіксії народилося 32 дітей (40 %), народжених у важкій асфіксії не було. 6 дітей (7,6 %) переведені на ШВЛ з 3-5 хвилини життя.

Ще на допологовому етапі у кожної вагітної був оцінений ризик виникнення післяпологових септичних ускладнень. У всіх роділь він був низький. Післяпологовий період 100% перебігав фізіологічно.

На 3-4 добу післяпологового періоду було виписано додому з дітьми 7 роділь (16,6 %), на 5 добу - 11 (26,1 %), на 6 добу - 8 породіль (19 %), на 7, 8, 11 добу відповідно по одній породілі (2,3 %). 13 новонароджених (30,9 %) були переведені в обласну дитячу клінічну лікарню на другий етап виходжування та відділення патології новонароджених. До 6 доби переведено 8 дітей, з 7 по 12 добу ще 5 новонароджених.

ВИСНОВКИ. 1. При багатоплідній вагітності зростає кількість передчасних пологів до 40,4 %, при чому при МХДА рівень даної патології в тричі більший ніж при ДХДА.

2. Частота оперативного розродження при багатоплідній вагітності складає 50 %.

3. Домінуючими показами до кесаревого розтину були тазові передлежання та неправильні положення плода (47,2 %).

4. При вагітності двійнею частота мертвонародження перевищує середні популяційні показники в 2 рази.

5. Зниження показників перинатальної смертності при багатоплідній вагітності тісно пов'язано з профілактикою передчасних пологів та удосконаленням діагностики внутрішньоутробного стану плода.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Полягають в удосконаленні методів діагностики загрози передчасних пологів при багатоплідній вагітності та об'єктивізації визначення внутрішньоутробного стану кожного з плодів.

Л1ТЕРАТУРА

1. Айламазян Э. К., Кулаков В. И., Радзинский В. Е., Савельева Г. М. - Акушерство: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

2. Yinon Y., Mazkereth R., Rosentzweig N., Jarus-Hakak A., Schiff E., Simchen M. J. Growth restriction as a determinant of outcome in preterm discordant twins. Obstet. Gynecol. 2005; 105: 80-84.

3. Berghella V, Obdido AO, To MS, Rust OA, Althuisius SM. Cerclade for short cervix on ultrasound: meta-analysis of trials using individual patient-level data. Obstet Gynecol.- 2005 Jul; 106 (1): 181-9.

4. D. Staub et al. Reference curves of symphysis-fundus height in twin pregnancies. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 128 (2006) 236 - 342.

5. Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology and the American Society for Reproductive Medicine. Guidelines on the number of embryos transferred. Fertil. Steril. 2004; 82 Suppl. 1-2.

Отримано 03.02.14