

УДК 618.25:618.177-089.888.11:312

© С. Р. Галич, Г. Э. Оруджева, Д. Н. Смышляева, 2011.

МНОГОПЛОДИЕ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПРИ СПОНТАННОЙ И ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

С. Р. Галич, Г. Э. Оруджева, Д. Н. Смышляева*Кафедра акушерства и гинекологии №1 (зав. кафедрой – проф. В. Н. Запорожан),
Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса.*

TWINS: THE COURSE IN SPONTANEOUS AND INDUCTION OF PREGNANCY

S. R. Galych, G. E. Orudzheva, D. N. Smyshlyayeva

SUMMARY

One of the important aspects of infertility treatment using assisted reproductive technologies (ART) is the occurrence of multiple pregnancy (MP). Yes, with 1048 deliveries which occurred after use of ART (in vitro fertilization) in 2006 in Ukraine, 287 were multiple (27,8%). The frequency of MP is growing not only among patients who used ART, but in the population as a whole, making the study. This problem is especially acute today. Requires the imposition of these patients with high risk for extragenital, obstetric and perinatal pathology. Careful supervision for by patients in the antenatal period, preventing the most frequent complications of multiple pregnancy, ultrasound monitoring of early timing allows exercise it differentiated approach to managing pregnancy and childbirth, helps reduce perinatal morbidity and mortality. Which in turn requires the development of protocols with appropriate tactics of multiple pregnancy.

БАГАТОПЛІДІЯ: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПРИ СПОНТАНІЙ ТА ІНДУКОВАНІЙ ВАГІТНОСТІ

С. Р. Галич, Г. Э. Оруджева, Д. Н. Смышляева

РЕЗЮМЕ

Одним з важливих аспектів лікування безпліддя із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) вважається настання багатоплідної вагітності (БВ). Так, із 1048 пологів, що настали після застосування ДРТ (in vitro fertilization) у 2006 році в Україні, 287 були багатоплідними (27,8%). Частота БВ щорічно зростає не лише серед пацієнток, яким застосовували ДРТ, а й у популяції в цілому, що робить вивчення цієї проблеми особливо актуальним на сучасному етапі. Потребує винесення цих пацієнток до групи високого ризику по екстрагенітальній, акушерській та перинатальній патології. Ретельний нагляд за пацієнтками в антенатальному періоді, профілактика найбільш частих ускладнень багатоплідної вагітності, ультразвуковий моніторинг з ранніх термінів дозволяє здійснювати диференційований підхід до ведення вагітності та пологів, сприяє зниженню перинатальної захворюваності та смертності, що, в свою чергу, вимагає розробки протоколів з доцільною тактикою ведення багатоплідної вагітності на різноманітних етапах її перебігу, з урахуванням особливостей.

Ключевые слова: беременность, многоплодие, индукция, осложнения, анализ.

Одна из важных составляющих здоровья общества – репродуктивное здоровье. По данным за 2007 г., в Украине проживает более 25 млн. женщин, из которых более 12,4 млн. – фертильного возраста, что составляет 51,7% населения [6]. Из 2 млн. 384 тыс. женщин Одесской области 596738 (25%) – женщины фертильного возраста. Уровень их здоровья отражает социальную, экономическую, политическую и медицинскую ситуацию в обществе.

Одной из наиболее важных проблем репродуктивного здоровья остаётся проблема бесплодного брака. В разных странах мира процент бесплодия колеблется в пределах 10-15% и 18-20%. По данным ВООЗ, около 100 млн. семейных пар в мире являются бесплодными и согласно статистике их количество ежегодно увеличивается на 10 млн. Отмечается, что бесплодный брак влияет на демографические показатели значительно больше, чем вместе взятое невынашивание беременности и перинатальная патология [7, 3].

Различные факторы, которые влияют на возникновение бесплодия, обуславливают разнообразие патологических процессов в репродуктивной системе, что усложняет диагностику. При этом в каждом конкретном случае бесплодие может обуславливать не один, а несколько факторов [3, 8].

Одним из важных аспектов практики вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) является наступление многоплодной беременности (МБ). Учитывая, что частота МБ ежегодно увеличивается и не только среди пациенток, которым применяли ВРТ, но и в популяции в целом, проблема ведения беременности и родов у таких пациенток выглядит особенно актуальной на современном этапе [2, 5, 8]. Данные об особенностях течения беременности у пациенток с МБ после ВРТ и со спонтанной беременностью разноречивы. Большинство специалистов отмечают, что показатели перинатальной смертности у пациенток с МБ после ВРТ ниже, чем у паци-

енток, со спонтанной МБ [4]. Указанный факт объясняют преимущественной плацентацией монохориального типа при спонтанной МБ, что отрицательно влияет на внутриутробное развитие двоен [1, 2]. Одновременно данные литературы свидетельствуют о несовершенстве существующих тактик ведения МБ и определения способов родоразрешения. Указанная проблема требует дальнейшей разработки современных методов ранней диагностики и прогнозирования, проведения профилактических и лечебных мероприятий относительно акушерской и перинатальной патологии.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей течения беременностей, наступивших с использованием вспомогательных репродуктивных технологий и наступивших спонтанно, с дальнейшей разработкой путей прогнозирования и профилактики осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Осуществлен ретроспективный анализ медицинской документации 118 женщин, имевших многоплодную беременность, у которых были проанализированы общий, соматический и акушерско-гинекологический анамнезы, течение беременности и родов, состояние фето-плацентарного комплекса, макро- и микроскопические показатели плацент и состояние новорожденных. Использованы клинические, лабораторные и статистические методы исследования. Беременные были разделены на III группы: в I группе (40 случаев – 33,9%), многоплодная беременность наступила спонтанно, во II группе – 40 случаев (37,2%) беременность наступила после использования ВРТ на фоне исключительно женского бесплодия. Из них у 30 пациенток беременность наступила после использования IVF (in vitro fertilization), у 4-х – после инсеминации, у 6-х – после проведения стимуляции суперовуляции. III группа была представлена пациентками со спонтанной одноплодной неосложненной беременностью 38 (15,3%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст женщин I-ой группы составил $28,4 \pm 3,1$, старше 35 лет – 5%, во II-ой группе средний возраст женщин – $31,7 \pm 2,8$, что значительно не отличалось от I-ой группы, однако возраст старше 35 лет отмечен у 20 женщин (25%), в III-ей группе средний возраст – $24,7 \pm 4,2$. Первобеременные преобладали в обеих группах. В I-ой группе было первобеременных 12 (30%), повторнобеременных и повторнородящих – 28 (7%). Во II группе первобеременные составили 18 случаев (45%), повторнобеременные – 22 случая (55%), большинство из них имели в анамнезе невынашивание (замершие и внематочные беременности, прерывание беременности по медицинским показаниям). Показатели III группы были сопоставимы с показателями в I группе. Частота осложнений беременности в I-ой группе составила 28 случа-

ев (70%), во II-ой – 39 случаев (90%). Наиболее частым осложнением была угроза прерывания беременности и угрожающие преждевременные роды. Угроза прерывания беременности осложнила первый триместр беременности у 10 пациенток I группы (25%) и у 12 пациенток II группы (30%), выявлялась во II триместре у 18 беременных (45%) I группы, у 18 пациенток (45%) второй группы. Угрожающие преждевременные роды отмечались у 14 беременных первой группы (35%) и у 18 беременных второй группы (45%). Преобладание частоты угрозы прерывания беременности и угрозы преждевременных родов в более ранние сроки беременности (I и II триместры) среди беременных II-ой группы, а в более поздние – среди беременных II группы, объясняется, в первую очередь, типом плацентации при спонтанной беременности. На протяжении всей беременности угроза невынашивания диагностировалась преимущественно во II группе (8 случаев – 20%), чем в I-ой (4 случая – 10%). В коррекции истмико-цервикальной недостаточности нуждались чаще пациентки II группы – 18 (45%), чем I – 36 (20%). В связи с этим в различные сроки беременности 73,5% женщин были госпитализированы в стационар, а 53,4% проходили стационарное лечение 2 и более раз.

Дисфункция плаценты выявлялась у 18 пациенток (45%) I группы, из них у 4 пациенток диагностирован синдром фето-фетальной трансфузии (10%), развитие которого начиналось во 2-ом триместре беременности. Во II-ой группе указанный синдром отмечен у 24 (60%) пациенток и наблюдался чаще с III триместра беременности. Многоводие обнаруживалось у 10 пациенток (25%) I группы, у 2 из которых имелось многоводие обоих плодов (5%) и у 12 беременных (30%) II-ой группы при манифестации в III триместре беременности. Маловодие, как проявление плацентарной дисфункции, диагностировано у 4 (10%) пациенток I-ой группы и у 10 (25%) беременных II группы. В 4-х случаях во II-ой группе наблюдалось маловодие обоих плодов с показателем ВСАЖ менее 40 мм, в сроках 32-35 нед. гестации. При макроскопическом исследовании последов в I-ой и III-ей группах наблюдения преобладали плаценты с центральным прикреплением пуповины, круглой и овальной формы. Монохориальные биамниотические последы в I-ой группе встречались в 16 (40%) случаях. Во II-ой группе последы имели преимущественно неправильную форму с парацентральным прикреплением пуповины и наличием мелких инфарктов, усилением инволютивно-дистрофических изменений. Микроскопическое исследование плацент позволило верифицировать наличие дисфункции плаценты.

Существенной разницы в частоте гестозов в сравниваемых группах не наблюдалось, случаев преэклампсий средней и тяжелой степени не было. Обращало на себя внимание, что дебют преэклампсии в I

группе происходил во втором триместре, а во II-ой группе – в третьем триместре. Анемия беременных развивалась преимущественно во II половине беременности (в I группе – 32 случая – 80%, во II группе 4 случая – 10%). Анемия при МБ нередко считается «обычным» осложнением. На самом же деле значительное увеличение эритропоэза во время беременности двойней приводит к истощению ограниченных запасов железа и играет роль пускового механизма в развитии железодефицитной анемии.

Из экстрагенитальных заболеваний преобладали заболевания мочевыводящих путей (I группа – 12 случаев – 30%), нейроциркуляторная дистония (НЦД), как самостоятельной нозологии (I группа – 6 случаев – 15%, II группа – 12 случаев – 30%), так и в сочетании с гипертензионно-ликворным синдромом на фоне перенесенных ЧМТ. В структуре эндокринопатий существенной разницы замечено не было.

Роды до срока в 34-35 недель произошли у 10 пациенток I-ой группы (25%) и у 14 пациенток (35%) II-ой группы. Через естественные родовые пути родили 16 пациенток I группы (40%) и 2 (5%) II-ой группы. Показаниями к оперативному родоразрешению у остальных было неправильное положение плодов, развитие ante- и интранатального дистресса плода/ов. Во II-ой группе в 95% случаев родоразрешение проведено путем операции кесарево сечения, основным показанием явилось бесплодие в анамнезе и возраст женщины.

ВЫВОДЫ

1. Беременные с многоплодной беременностью после ВРТ характеризуются отягощенным акушерско-гинекологическим и соматическим анамнезом, наличием факторов риска вынашивания беременности и перинатальной патологии.

2. Ведущее место в структуре осложнений многоплодной беременности, наступившей после применения ВРТ, занимают угроза прерывания беременности (30%), угрожающие преждевременные роды (30%), дисфункция плаценты (60%), патология амниона (55%), частота которых уступает таковой при спонтанных многоплодных беременностях.

3. При многоплодной беременности после при-

менения ВРТ отмечен более низкий процент анемии беременных, в сравнении со спонтанной многоплодной беременностью (80% и 55%), что требует более детального изучения указанного вопроса.

4. Необходимы дальнейшие исследования гестационного формирования фето-плацентарного комплекса с целью уточнения механизмов формирования плацентарной дисфункции как при многоплодной беременности после ВРТ, так и при спонтанной многоплодной беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гулькевич Ю. В. Патология последа человека и ее влияние на плод / Гулькевич Ю. В., Макавеева М. Ю., Никифоров Б. И. – Минск: Беларусь, 1968. – 232 с.

2. Использование репродуктивных технологий и результаты родов при многоплодной беременности / Н. М. Побединский, Е. С. Ляшенко, С. Ю. Титов [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2001. – № 5. – С. 16–19.

3. Иванюта Л. І. Принципи діагностики та лікування неплідності у жінок / Л. І. Иванюта, С. О. Иванюта / Вісник асоціації акушер-гінекологів України. – 2001. – № 5-6 (15). – С. 3–7.

4. Камінський В. В. Багатоплідна вагітність: нові аспекти проблеми за умов застосування допоміжних репродуктивних технологій / В. В. Камінський, Л. І. Прокопів // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 6. – С. 85–92.

5. Курцер М. А. Беременность и роды у пациенток после ЭКО / М. А. Курцер, Л. Х. Ероян, К. В. Краснополянская // Акушерство и гинекология. – 2001. – № 5. – С. 24–28.

6. Показники здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я Одеської області за 2006-2007 роки. – Одеса, 2008. – С. 11-13.

7. Современные подходы к тактике ведения многоплодной беременности / В. Я. Голота, В. А. Бенюк, В. А. Половинка [и др.] // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 3 (23). – С. 77–78.

8. Brinsden P. R. A Textbook of in Vitro Fertilization and Assisted. Reproduction and assisted / Brinsden P. R. – New York, 1999.