

ОПТИМІЗАЦІЯ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ

І. М. Нікітіна, Н. В. Калашник, Т. В. Бабар, М. А. Болотна

Сумський державний університет

Ключові слова:

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

Клінічна та експериментальна патологія Т.16, №4 (62). С.63-69.

DOI:10.24061/1727-4338.XVI.4.62.2017.55

E-mail:
nikitina1med@gmail.com

Резюме. Проведений ретельний аналіз перебігу пологів та перинатальних наслідків у вагітних двійнею. Доведено, що багатоплідна вагітність є чинником високого ризику перинатальних ускладнень. Вивчено особливості процесу неонатальної адаптації у близнюків залежно від тактики розродження. **Мета дослідження** - поліпшення перинатальних наслідків у жінок з багатоплідною вагітністю шляхом оптимізації тактики ведення вагітних. **Матеріал і методи.** Обстежено 68 вагітних з двійнею після екстракорпорального запліднення (ЕКЗ), що склали I групу, 62 вагітних зі спонтанною двійнею - II група, та 38 жінок з самостійною одноплідною вагітністю, котрі увійшли в контрольну групу. Вагітних I та II груп залежно від призначеного лікування розділено на дві підгрупи: IA (36 вагітних) та IIA (32 вагітних) отримували стандартний обсяг лікувально-профілактичних заходів. Підгрупи IB (32 вагітних) та IIB (30 вагітних), крім стандартних лікувально-профілактичних заходів, отримували натуральний мікронізований прогестерон (200 мг 3 рази на добу). Усім вагітним проведено повне клініко-лабораторне обстеження з використанням ультразвукового дослідження (УЗД), доплерометрії, кардіотокографії (КТГ), визначення біофізичного профілю плода. Проведений аналіз перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду та стану неонатальної адаптації в обстежуваних групах. У неонатальному періоді здійснювали нейросонографію, у частини новонароджених відслідковували психомоторний розвиток у перші шість місяців життя. Отримані результати статистично обробляли з використанням стандартних пакетів прикладного статистичного аналізу (Statistic 6.0 for Windows, Statgraphics v. 7.0). **Результати.** Результати аналізу перебігу вагітності у пацієнток з ЕКЗ виявили кількість серйозних ускладнень під час вагітності та пологів: загроза передчасних пологів (66,2 %), плацентарна дисфункція (48,5 %), залізодефіцитна анемія (51,5 %), прееклампсія (52,9 %), передчасний розрив плодових оболонок (17,6 %), слабкість пологової діяльності (27,9 %), а також значна частота оперативного розродження (30,9 %). На фоні гормональної підтримки відзначено зменшення частоти дуже ранніх передчасних пологів у I групі в 1,6 раза, ранніх передчасних пологів - на 1,5 раза та збільшення частоти пізніх передчасних пологів в 1,4 раза, що є сприятливим прогностичним фактором зменшення перинатальних утрат. Серед основних методів розродження варто вказати на велику частоту кесаревого розтину в IA підгрупі (55,6 %) та IIA підгрупі (46,9 %), кожна з яких була значно вищою порівняно з групою контролю (10,5 %), ($p < 0,05$). Недоношеність і глибока морфофункціональна незрілість притаманні дітям, народженим під час передчасних пологів, що значно впливало на оцінку за шкалою Апгар, яка в I групі була нижчою, ніж в II групі та групі контролю ($p < 0,05$). **Висновки.** Диференційований підхід до підготовки та ведення пологів, ретельне спостереження за пацієнтками та динамічний моніторинг стану плодів дозволяють знизити частоту постнатальних ускладнень, сприяючи зниженню перинатальної захворюваності і смертності.

Ключевые слова:

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

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

И. Н. Никитина, Н. В. Калашник, Т. В. Бабар, М. А. Болотная

Резюме. Проведен тщательный анализ течения родов и перинатальных исходов у беременных двойней. Доказано, что многоплодная беременность является фактором высокого риска перинатальных осложнений. Изучены особенности процесса неонатальной адаптации у близнецов в зависимости от тактики родоразрешения. Цель исследования - улучшение перинатальных исходов у женщин с многоплодной беременностью путем оптимизации тактики ведения беременных. **Материал и методы.** Обследовано 68 беременных с двойней после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), составивших I группу обследуемых, 62 беременных со спонтанной двойней - II группа, и 38 женщин с самостоятельной одноплодной

беременностью, которые вошли в контрольную группу. Беременных I и II групп в зависимости от назначенного лечения были разделены на две подгруппы: IA (36 беременных) и IIA (32 беременных) получали стандартный объем лечебно-профилактических мероприятий. Подгруппы IB (32 беременные) и IIB (30 беременных) помимо стандартных лечебно-профилактических мероприятий получали натуральный микронизированный прогестерон (200 мг 3 раза в сутки). Всем беременным было проведено полное клинико-лабораторное обследование с использованием ультразвукового исследования (УЗИ), доплерометрии, кардиотокографии (КТГ), определение биофизического профиля плода. Проведен анализ течения беременности, родов, послеродового периода и состояния неонатальной адаптации у обследуемых групп. В неонатальном периоде осуществлялась нейросонография, у части новорожденных отслеживалось психомоторное развитие в первые шесть месяцев жизни. Полученные результаты статистически обрабатывали с использованием стандартных пакетов прикладного статистического анализа (Statistic 6.0 for Windows, Statgraphics v. 7.0). **Результаты.** Результаты анализа течения беременности у пациенток с ЭКО обнаружили количество серьезных осложнений во время беременности и родов: угроза преждевременных родов (66,2%), плацентарная дисфункция (48,5%), железодефицитная анемия (51,5%), преэклампсия (52,9%), преждевременный разрыв околоплодных оболочек (17,6%), слабость родовой деятельности (27,9%), а также большая частота оперативного родоразрешения (30,9%). На фоне гормональной поддержки отмечено уменьшение частоты очень ранних преждевременных родов в первой группе в 1,6 раза, ранних преждевременных родов - на 1,5 раза и увеличение частоты поздних преждевременных родов в 1,4 раза, что является благоприятным прогностическим фактором уменьшения перинатальных потерь. Среди основных методов родоразрешения следует указать на большую частоту кесарева сечения в IA подгруппе (55,6%) и IIA подгруппе (46,9%), каждая из которых была значительно выше по сравнению с группой контроля (10,5%) ($p < 0,05$). Недоношенность и глубокая морфофункциональная незрелость были присущи детям от преждевременных родов, что значительно влияло на оценку по шкале Апгар, которая в первой группе была ниже, чем во II группе и группе контроля ($p < 0,05$). **Выводы.** 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.

Клиническая и экспериментальная патология Т.16, №4 (62). С.63-69.

OPTIMIZATION OF TACTICS OF MANAGEMENT OF MULTIPLE PREGNANCY AND LABOR

I. N. Nikitina, N. V. Kalashnik, T. V. Babar, M. A. Bolotnaya

Abstract. A thorough analysis of the course of labor and perinatal outcomes was conducted in pregnant twins. It is proved that multiple pregnancy is a factor of high risk of perinatal complications. The features of the process of neonatal adaptation in twins are studied depending on the tactics of delivery. Goal: to improve perinatal outcomes in women with multiple pregnancies by optimizing the management of pregnancy. **Material and methods.** Examined 68 pregnant women with twins after IVF, who made up the I group of subjects, 62 pregnant women with spontaneous twins - group II, and 38 women with self-singleton pregnancy who entered the control group. Pregnant Groups I and II, depending on the treatment prescribed, were divided into two subgroups: IA (36 pregnant women) and IIA (32 pregnant women) received a standard amount of treatment and prophylactic measures. Subgroups IB (32 pregnant women) and IIB (30 pregnant women) received natural micronized progesterone (200 mg 3 times a day) in addition to standard treatment and prophylactic measures. All pregnant women underwent a complete clinical and laboratory examination using ultrasound, Doppler, and cardiotocography (CTG), and a biophysical profile of the fetus. The analysis of the course of pregnancy, childbirth, the postpartum period and the state of neonatal adaptation in the surveyed groups were carried out. In the neonatal period, neurosonography was performed, a part of the newborns were followed by psychomotor development in the first six months of life. The obtained results were statistically processed using standard packages of applied statistical analysis (Statistic 6.0 for Windows, Statgraphics v. 7.0). **Results.** The results of pregnancy analysis in patients with IVF revealed a number of serious complications during pregnancy and childbirth: the

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

Clinical and experimental pathology. Vol.16, №4 (62). P.63-69.

threat of premature birth (66.2%), placental dysfunction (48.5%), iron deficiency anemia (51.5%), preeclampsia (52, 9%), premature rupture of amniotic membranes (17.6%), weakness of labor (27.9%), and a high incidence of operative delivery (30.9%). Against the backdrop of hormonal support, a decrease in the frequency of very early premature births in the first group was 1.6 times, early premature births by 1.5 times and an increase in the frequency of late premature births by 1.4 times, which is a favorable prognostic factor for reducing perinatal losses. Among the main methods of delivery, mention should be made of the high rate of cesarean section in the IA subgroup (55.6%) and the IIA subgroup (46.9%), each of which was significantly higher than the control group (10.5%) ($p < 0.05$). Almost with the same frequency cesarean section was observed in women with independent multiplicity. Premature and deep morphofunctional immaturity were inherent in children from premature births, which significantly influenced the Apgar score, which was lower in the first group than in group II and control group ($p < 0.05$).

Conclusions. A differentiated approach to the preparation and management of labor, careful observation of patients and dynamic monitoring of the fetus state allows to reduce the frequency of postnatal complications, contributing to the reduction of perinatal morbidity and mortality.

Вступ

Перебіг багатоплідної вагітності відрізняється від одноплідної частими ускладненнями: анемія, гестози, недоношеність, аномалії положення і передлежання плода, плацентарна дисфункція, затримка розвитку плода (ЗРП), малий для гестаційного віку плід (МГВП), дискордантний ріст плодів, внутрішньоутробна загибель одного з плодів (ВЗОП), вроджені вади розвитку (ВВР) плода [1, 2]. Спостерігається подвійне навантаження на серцево-судинну систему, що може призводити до порушення її функції і декомпенсації. Встановлено виражену функціональну напругу стану гемодинаміки у жінок [3]. При цьому об'єм циркулюючої крові збільшений приблизно на 20 % порівняно з одноплідною вагітністю, збільшуються кількість еритроцитів, хвилиний об'єм серця, діастолічний тиск крові, а також швидкість ниркової клубочкової фільтрації [4]. Анемію у матері при вагітності двійнятами вважають звичайним ускладненням [5]. Значне збільшення продукції червоних кров'яних клітин під час вагітності двійнятами може призводити до виснаження обмежених запасів заліза і бути пусковим механізмом у розвитку залізодефіцитної анемії [6]. При багатоплідній вагітності, ймовірно, внаслідок високої напруги адаптаційних механізмів вагітної жінки частіше виникають як ранні, так і пізні гестози - від 10,2 до 68,4 % [7, 8].

Найчастішим ускладненням багатоплідної вагітності є невиношування, частота якого перевищує аналогічне ускладнення при одноплідній вагітності в кілька разів. Частота передчасних пологів до 32 тижнів при монохоріальній вагітності становить 10 % порівняно з 5 % при дихоріальній двійні. Частота мимовільного переривання вагітності в період з 11-го по 24-й тиждень при дихоріальній двійні дорівнює 2 %, при монохоріальній - близько 10 % [9].

У розвитку невиношування багатоплідної вагітності відіграють роль багато факторів, зокрема фактори соматичного та акушерського анамнезу, гормональні порушення, інфекційний процес, аутоімунні розлади, істміко-цервікальна недостатність (ІЦН), яка виникає при багатоплідній вагітності у 15-48 % пацієнток [10].

Гормональні порушення є однією з основних відомих причин, що призводять до невиношування багатоплідної вагітності, а основним патогенетичним механізмом невиношування є саме прогестеронова недостатність [8, 9].

Плацентарна дисфункція при багатоплідній вагітності трапляється у 10 разів частіше, ніж при одноплідній, частота затримки розвитку плода - у 29,3 %. Основними факторами виникнення цих станів є ендокринні порушення, генітальні інфекції, індукція овуляції [7, 8, 9].

Багатоплідна вагітність є одним із факторів ризику передчасного розриву плодових оболонок (ПРПО) до початку термінових пологів. Розрив плодових оболонок до початку пологів у терміні вагітності до 37 тижнів спостерігали при одноплідній вагітності в 2-4 % пацієнток, а при двійні - в 7-10 % [2, 10].

Ускладнення з боку матері включають збільшення частоти оперативних пологів, хоріоамніоніт, післяпологовий ендометрит. За даними деяких досліджень, частота розвитку хоріоамніоніту була істотно нижчою у другого плода порівняно з першим при дихоріальній двійні [9].

Найчастішим ускладненням у пологах при багатоплідній вагітності є слабкість пологової діяльності - 31 %, передчасний розрив плодових оболонок - 27,1 %, дистрес плода - 10,9 %. Частота кесаревого розтину становить 26,5-89 % [3].

Мета роботи

Поліпшення перинатальних наслідків у жінок із багатоплідною вагітністю шляхом оптимізації тактики ведення вагітних.

Матеріал і методи дослідження

Дослідження проводились на базі Сумського обласного клінічного перинатального центру протягом 2012-2016 років. У процесі наукового дослідження обстежено 68 вагітних з двійнею після ЕКЗ, що склали I групу обстежуваних, 62 вагітних зі спонтанною двійнею - II група, та 38 жінок з самостійною одноплідною вагітністю.

стю, котрі увійшли в контрольну групу. Вагітних I та II груп залежно від призначеного лікування розподілено на дві підгрупи: IA (36 вагітних) та ІА (32 вагітних) отримували стандартний обсяг лікувально-профілактичних заходів.

Підгрупи ІВ (32 вагітні) та ІІВ (30 вагітних), крім стандартних лікувально-профілактичних заходів, отримували натуральний мікронізований прогестерон (200 мг 3 рази на добу). Усім вагітним проведено повне клініко-лабораторне обстеження з використанням ультразвукового дослідження (УЗД), доплерометрії, кардіотокографії (КТГ), визначення біофізичного профілю плода. За допомогою УЗД визначено: положення плодів, їх передлежання, передбачувану масу плодів, розміщення плацент, ступінь їхньої зрілості, наявність обвиття пуповини, кількість амніотичної рідини, стан плодів.

Проведений аналіз перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду та стан неонатальної адаптації в обстежуваних групах. У неонатальному періоді здійснювалася нейросонографія, у частини новонароджених відслідковувалася психомоторний розвиток у перші шість місяців життя. Отримані результати статистично оброблялись з використанням стандартних пакетів прикладного статистичного аналізу (Statistic 6.0 for Windows, Statgraphics v. 7.0 [11]).

Результати та їх обговорення

Дослідження проводили на базі Сумського обласного клінічного перинатального центру протягом 2012-2016 років. Клінічна характеристика вагітних засвідчила, що середній вік жінок із багатопліддям, зумовленим застосуванням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), становив 33 роки (вагітні зі спонтанним багатопліддям - 29 років, контрольна група - 27 років), що пояснюється застосуванням ДРТ у пізнішому репродуктивному віці у зв'язку з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом. Пізній репродуктивний вік першовагітних із багатопліддям, зумовлений застосуванням ДРТ, особливості соматичного і акушерського анамнезу, а також паритет пологів мають вагоме значення і створюють серйозні передумови й умови для подальшого перебігу вагітності, пологів й післяпологового періоду.

Загроза переривання вагітності в I триместрі в усіх обстежених групах проявлялась кровотечею різної інтенсивності. Вагінальну кровотечу до 12 тижнів вагітності спостерігали майже з однаковою частотою в усіх групах, але найчастіше - в I групі (47,1 %). Кровотеча у цей термін є частішим явищем, ніж в II та III триместрах, і пов'язана із частковим відшаруванням хоріона.

Вагінальна кровотеча після 12 тижнів вагітності також була характерна для всіх жінок, але найчастіше траплялась при багатоплідді, зумовленому застосуванням ДРТ (35,3 %). Частота цього патологічного стану була значно меншою, ніж частота кровотеч до 12 тижнів, і, очевидно, зумовлена частковим відшаруванням плаценти, що формується або сформувалась, а також структурними змінами шийки матки як наслідок передчасної скоротливої діяльності матки.

Ще одним провокуючим фактором розвитку пе-

редчасних пологів є істміко-цервікальна недостатність, характерна для жінок I та II груп (36,8 та 45,1 % відповідно) та відсутня у групі контролю ($p < 0,05$).

Залізодефіцитна анемія (ЗДА) легкого ступеня тяжкості у I триместрі вагітності траплялась з однаковою частотою у жінок I та II груп порівняно з контролем ($p < 0,05$).

Отже, екстрагенітальна патологія, обтяжений репродуктивний та гінекологічний анамнез є тим несприятливим фоном для розвитку вагітності, на якому скорочуються або обмежуються можливості адаптаційних механізмів у жінок із багатопліддям внаслідок застосування ДРТ.

Найвищий показник загрози передчасних пологів спостерігали у 22-27 тижнів вагітності в I A підгрупі (55,6 %), він мав тенденцію до зниження майже в 2 рази після застосування прогестерону. Саме в результаті дії токолітичного ефекту прогестерону зменшились сила, амплітуда та частота скорочень біометрія і, відповідно, - прояви загрози передчасних пологів.

Нижчий відсоток виявлення загрози передчасних пологів визначений терміном 28-33 тижні в підгрупах I A (47,2 %) та II A (40,6 %) порівняно з контрольною групою.

Спонтанні передчасні пологи мають безліч причин виникнення, одна з яких - недостатня дія прогестерону і, як наслідок, настання структурних змін і неспроможність затуральної функції шийки матки. Прогресуюче вкорочення довжини шийки матки, за даними ультразвукової цервікометрії, виконаної у II триместрі вагітності, вважається найважливішим прогностичним фактором спонтанних передчасних пологів.

Перебіг вагітності має обтяжений характер у пацієнок із багатопліддям, зумовленим застосуванням ДРТ, що не може не позначитись на перебігу пологів (табл. 1).

Прогестеронова підтримка багатоплідної вагітності сприяла зменшенню слабкості пологової діяльності у 1,5 раза в I групі та 1,4 раза в II групі та нехарактерна для вагітних групи контролю.

Достовірно частіше в I A підгрупі (22,2 %) встановлювали ПРПО порівняно з підгрупою II A (15,6 %) та контролем (7,9 %). Зменшення частоти ПРПО у групах жінок, які приймали прогестерон, пов'язано з пригніченням його специфічної імунної відповіді на вагітний організм.

Ускладнений перебіг вагітності відображається не лише на характері перебігу пологів, а й на термінах розродження. Термінові пологи при багатоплідді спостерігали в I групі в 20,6 %, в II групі в 14,5 % жінок, що мало достовірну різницю з групою контролю (76,3 %), ($p < 0,05$). Дуже ранні передчасні пологи траплялись у I A підгрупі у 36,1 % жінок, у 18,7 % пацієнок II A підгрупи та відсутні в групі контролю ($p < 0,05$).

Ранні передчасні пологи спостерігали майже з однаковою частотою у пацієнок I A та II A підгруп (27,8 та 25,0 % відповідно) й не мали достовірної різниці ($p > 0,05$), але мали достовірну різницю з групою контролю ($p < 0,05$).

Пізні передчасні пологи були в I A підгрупі у 22,2 %

Таблиця 1

Структура акушерських ускладнень під час пологів у жінок обстежуваних груп

Показник	I група (n = 68)		II група (n = 62)		Контрольна група (n = 38)
	I A (n = 36)	I B (n = 32)	II A (n = 32)	II B (n = 30)	
Передчасний розрив навколоплідних оболонок	8* (22,2 %)	4 (12,5 %)	5 (15,6 %)	3 (10,0 %)	3 (7,9 %)
Слабкість пологової діяльності	12 (33,3 %)	7 (21,9 %)	9 (28,1 %)	6 (20,0 %)	—
Кровотечі під час пологів та в післяпологовому періоді	14* (38,9 %)	7* (21,9 %)	8* (25,0 %)	7* (23,3 %)	2 (5,3 %)

жінок, достовірна різниця з II A підгрупою - 43,7 % та контролем - 13,2 % ($p < 0,05$). Слід зазначити, що більшість передчасних пологів при спонтанному заплідненні відбувались саме у цій групі досліджуваних, що пов'язано з паритетом пологів і гормональною перебудовою під час вагітності.

На фоні гормональної підтримки відзначено зменшення частоти дуже ранніх передчасних пологів в I групі у 1,6 раза, ранніх передчасних пологів - на 1,5 раза та збільшення частоти пізніх передчасних пологів в 1,4 раза, що є сприятливим прогностичним фактором зменшення перинатальних утрат.

Серед основних методів розродження варто вказати

на значну частоту кесаревого розтину в I A підгрупі (55,6 %) та II A підгрупі (46,9 %), кожна з яких була значно вищою порівняно з групою контролю (10,5 %), ($p < 0,05$). Майже з однаковою частотою кесарів розтин траплявся у жінок із самостійним багатоплідям (табл. 2).

Пролонгація вагітності на фоні профілактичного призначення мікронізованого прогестерону сприяла зниженню відсотка оперативного розродження. Вибір способу розродження вагітних із багатоплідям регламентувався як абсолютними, так і відносними показаннями з боку матері й плода. У структурі показань до планового кесаревого розтину переважали такі пока-

Таблиця 2

Вид розродження жінок обстежуваних груп, %

Показник	I група (n = 68)		II група (n = 62)		Контрольна група (n = 38)
	I A (n = 36)	I B (n = 32)	II A (n = 32)	II B (n = 30)	
Кесарів розтин	55,6* ^Δ	31,2	46,9	43,3	10,5
Вагінальні пологи	44,4* ^Δ	68,8	53,1	56,7	89,5

Примітки: 1. * - $p \leq 0,05$ порівняно з контрольною групою; 2. ^Δ - $p \leq 0,05$ порівняно з I B підгрупою.

зання: двійні у поєднанні з рубцем на матці, затримка внутрішньоутробного розвитку одного чи обох плодів та/або порушення кровотоку в артерії пуповини, тазове передлежання другого плода у терміні вагітності 27-29 тижнів, двійня дихоріальна, діамніотична у терміні гестації 38 тижнів при незрілості пологових шляхів та невдалій спробі підготовки шийки матки до вагінальних пологів, невдала спроба зовнішньо-внутрішнього повороту другого плода при поперечному положенні після народження першого плода, двійня внаслідок застосування ДРТ, відмова від вагінальних пологів.

При двійнях внаслідок застосування ЕКЗ народилось 136 дітей, з них недоношених було 108 (79,4 %), доношених - 28 (20,6 %). При спонтанному багатоплідді народилось 124 новонароджених, з них недоношеними були 106 дітей (85,5 %), доношеними - 18 (14,5 %). Контрольну групу склали 38 новонароджених.

Недоношеність і глибока морфофункціональна незрілість були притаманні дітям, народженим під час передчасних пологів, що значно впливало на оцінку за шкалою Апгар, яка в I групі була нижчою, ніж в II групі та групі контролю ($p < 0,05$).

Новонароджені внаслідок застосування ДРТ мали

більшу частоту захворюваності порівняно з дітьми, народженими від самостійного багатопліддя та одноплідної вагітності. У новонароджених I A підгрупи (ВУІ) внутрішньоутробна інфекція (68,8 %), (ВШК) внутрішньошлуночковий крововилив (43,8 %), гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи (ЦНС) (37,5 %), синдром дихальних розладів (СДР) (18,8 %) та затримку розвитку плода (12,5 %) траплялись майже в 2 рази рідше порівняно з II A підгрупою та контролем. Доношені новонароджені I A підгрупи мали поодинокі випадки вищезазначених патологічних станів.

Рівень перинатальних втрат у I групі був в 4 рази вищим, ніж у II групі обстежуваних, що є результатом впливу соматичної патології та обтяженого перебігу багатоплідної вагітності у групі жінок із застосуванням ЕКЗ. Перинатальна смертність при багатоплідних пологах в 3-7 разів була вищою, ніж при одноплідних, у структурі перинатальної смертності питома вага близнят становила 10-15 %. У близнят встановили велику частоту неонатальної захворюваності, ушкоджень нервової системи, зумовлених недоношеністю і невідповідним ростом плодів.

Висновки

Таким чином, результати аналізу перебігу вагітності у пацієнок з ДРТ виявили кількість серйозних ускладнень під час вагітності та пологів: загроза передчасних пологів (66,2 %), плацентарна дисфункція (48,5 %), ЗДА (51,5 %), прееклампсія (52,9 %), ПРПО (17,6 %), слабкість пологової діяльності (27,9 %), а також значна частота оперативного розродження (30,9 %).

Отже, багатопліддя внаслідок застосування ДРТ входить до групи високого ризику щодо розвитку акушерських ускладнень, особливо таких, як загроза передчасних пологів і власне передчасні пологи. У зв'язку з цим виникає потреба в оптимізації тактики ведення вагітності з метою профілактики перинатальних втрат у жінок з багатопліддям внаслідок застосування ДРТ.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленні вивчення проблем антенатального догляду при багатоплідній вагітності, впровадженні обов'язкового ультразвукового дослідження в I триместрі вагітності з визначенням типу плацентации та включення трансвагінальної цервікометрії до обов'язкового алгоритму обстежень при багатоплідній вагітності. Таким чином, збільшення частоти багатоплідної вагітності впливає на акушерські і перинатальні показники, висуваючи дану проблему в ряд найбільш актуальних питань сучасного акушерства та перинатології.

Список літератури

1. Баранов ИИ, Токва ЗЗ, Тадевосян АА. Перинатальные исходы при многоплодных родах. Акушерство и гинекология. 2012; 1: 98-102.
2. Вдовиченко ЮП, Гойда НГ, Юзько ОМ, редактори. Багатоплідна вагітність: навч. посіб. В 2 ч. Київ; 2011. Ч. II, (для викладача); 360 с.
3. Краснопольский ВИ, Новикова СВ, Капустина МВ, Титченко ЛИ, Аксенов АН, Жарова АА. Современные проблемы многоплодной беременности (доклад на 4-м Всероссийском съезде акушеров-гинекологов, 30.09.08). Российский вестник акушера-гинеколога. 2009; 9(2):79-82.
4. Botting BJ, Davies IM, Macfarland AJ. Recent trends in the incidence of multiple birth and associated mortality. Arch Dis Child. 1987 Sep;62(9):941-50.
5. Almonte L, Davis M, Ward C, Brown D, Craparo F. 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. Twin Research and Human Genetics. 2012;2:170.
6. Hassan SS, Romero R, Vidyadhari D, Fusey S, Baxter JK, Khandelwal M, et al. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Ultrasound Obstet Gynecol. 2011 Jul;38(1):18-31. doi: 10.1002/uog.9017.
7. ACOG practice bulletin No. 127. Management of preterm labor. Obstet Gynecol. 2012 Jun;119(6):1308-17. doi: 10.1097/AOG.0b013e31825af2f0.
8. Romero R, Nicolaides K, Conde Agudelo A, Tabor A, O'Brien JM, Cetingoz E, et al. Vaginal progesterone in women with an

asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data. Am J Obstet Gynecol. 2012 Feb;206(2):124.e1-19. doi: 10.1016/j.ajog.2011.12.003.

9. Salazar EL, Calzada L. The role of progesterone in endometrial estradiol- and progesterone-receptor synthesis in women with menstrual disorders and habitual abortion. Gynecol Endocrinol. 2007 Apr;23(4):222-5. doi: 10.1080/09513590701254030

10. ACOG Committee Opinion. Use of progesterone to reduce preterm birth. Obstet Gynecol. 2003 Nov;102(5 Pt 1):1115-6.

11. Лапач СН, Чубенко АВ, Бабич ПН. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. 2-е изд., перераб. и допол. Киев: Морин; 2001. 408 с.

References

1. Baranov II, Tokova ZZ, Tadevosyan AA. Perinatal'nye iskhody pri mnogoploдных rodakh [Perinatal outcomes in multiple births]. Akusherstvo i ginekologiya. 2012;1:98-102. (in Russian).
2. Vdovychenko YuP, Hoida NH, Yuz'ko OM, redaktory. Bahatoplidna vahitnist' [Multiple pregnancy]: navch. posib. V 2 ch. Kyiv; 2011. Ch. II, (dlya vykladacha); 360 s. (in Ukrainian).
3. Krasnopol'skiy VI, Novikova SV, Kapustina MV, Titchenko LI, Aksenov AN, Zharova AA. Sovremennyye problemy mnogoploдnoy beremennosti (doklad na 4-m Vserossiyskom s"ezde akusherov-ginekologov, 30.09.08) [Modern problems of multiple pregnancies (report at the 4th All-Russian Congress of Obstetricians and Gynecologists, September 30, 2008)]. Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa. 2009; 9(2):79-82. (in Russian).
4. Botting BJ, Davies IM, Macfarland AJ. Recent trends in the incidence of multiple birth and associated mortality. Arch Dis Child. 1987 Sep;62(9):941-50.
5. Almonte L, Davis M, Ward C, Brown D, Craparo F. 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. Twin Research and Human Genetics. 2012;2:170.
6. Hassan SS, Romero R, Vidyadhari D, Fusey S, Baxter JK, Khandelwal M, et al. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Ultrasound Obstet Gynecol. 2011 Jul;38(1):18-31. doi: 10.1002/uog.9017.
7. ACOG practice bulletin No. 127. Management of preterm labor. Obstet Gynecol. 2012 Jun;119(6):1308-17. doi: 10.1097/AOG.0b013e31825af2f0.
8. Romero R, Nicolaides K, Conde Agudelo A, Tabor A, O'Brien JM, Cetingoz E, et al. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data. Am J Obstet Gynecol. 2012 Feb;206(2):124.e1-19. doi:10.1016/j.ajog.2011.12.003.
9. Salazar EL, Calzada L. The role of progesterone in endometrial estradiol- and progesterone-receptor synthesis in women with menstrual disorders and habitual abortion. Gynecol Endocrinol. 2007 Apr;23(4):222-5. doi: 10.1080/09513590701254030
10. ACOG Committee Opinion. Use of progesterone to reduce preterm birth. Obstet Gynecol. 2003 Nov;102(5 Pt 1):1115-6.
11. Lapach SN, Chubenko AV, Babich PN. Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh s ispol'zovaniem Excel [Statistical methods in biomedical research using Excel]. 2-e izd., pererab. i dopol. Kiev: Morin; 2001. 408 s. (in Russian).

Відомості про авторів:

Нікітіна Ірина Миколаївна - доцент кафедри акушерства та гінекології Сумського державного університету
 Калашник Наталія Володимирівна - доцент кафедри акушерства та гінекології Сумського державного університету
 Бабар Тетяна Володимирівна - асистент кафедри акушерства та гінекології Сумського державного університету
 Болотна Марина Анатоліївна - асистент кафедри акушерства та гінекології Сумського державного університету

Сведения об авторах:

Никитина Ирина Николаевна - доцент кафедры акушерства и гинекологии Сумского государственного университета

Калашник Наталья Владимировна - доцент кафедры акушерства и гинекологии Сумского государственного университета
Бабарь Татьяна Владимировна - ассистент кафедры акушерства и гинекологии Сумского государственного университета
Болотная Марина Анатольевна - ассистент кафедры акушерства и гинекологии Сумского государственного университета.

Information about authors:

Nikitina Irina - Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Sumy State University
Kalashnyk Natalia - Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology Sumy State University
Babar Tetyana - assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology Sumy State University
Bolotna Marina - assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology Sumy State University

Стаття надійшла до редакції 25.10.2017

Рецензент – проф. О.В. Кравченко

© I. M. Nikitina, N. V. Kalashnik, T. V. Babar, M. A. Bolotna, 2017
