

Г.А. Палади, О.С. Чернецкая, Л.Л. Тэуту

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДИИ

Государственный Университет Медицины и Фармации «Н.Тестемициану»
Кишинев, Молдова

Многоплодная беременность была и остается одной из актуальнейших проблем акушерства, вследствие множественных осложнений, как в антенатальном, так и в интра – и постнатальном периодах, а также, в связи с высокими перинатальными потерями. В последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты этих беременностей как результат широкого внедрения вспомогательных репродуктивных технологий. Несмотря на многочисленные исследования, направленные на совершенствование тактики ведения беременности и родов, остается ещё много нерешенных вопросов, а пациентки с многоплодной беременностью продолжают представлять

группу высокого риска. Согласно данным А.Н.Стрижакова и др., наблюдаемое у женщин с многоплодной беременностью четырехкратное увеличение частоты внутриутробной гибели плода, 6-кратное увеличение неонатальной смертности и 10-кратное увеличение перинатальной смертности, 3–7 –кратное увеличение частоты церебрального паралича у детей из двойни и 10 –кратное при тройне, а также регистрируемый высокий уровень перинатальных материнских осложнений, составляют многочисленные неблагоприятные исходы при многоплодии. В то же время, в Европе и Северной Америке, от 30 до 50% двоен, и около 75% троен, являются результатом лечения бесплодия. В Республике Молдова, каждая третья многоплодная беременность наступает в результате ЭКО.

Нами было осуществлено ретро- и проспективное исследование. Был проведен ретроспективный анализ 1403 случаев (основная группа) многоплодных беременностей и родов, зарегистрированных в 2005–2010 гг. в двух перинатальных центрах г. Кишинева. Из них, 916 (включенные в 1 подгруппу) – это самопроизвольно наступившие многоплодные беременности, и 487 (включенные во 2 подгруппу) – беременности, наступившие в результате ЭКО. Контрольную группу составили 1400 случаев одноплодных беременностей. Был проведен анализ течения беременности и родов, а также изучены перинатальные исходы при многоплодии. Результаты исследования показали, что многоплодные беременности, как самопроизвольно наступившие, так и после ЭКО, чаще осложняются гестозом ($10,8 \pm 1,03\%$; $13 \pm 1,53\%$ соответственно) в сравнении с результатами в контрольной группе ($3,2 \pm 0,54\%$). Преэклампсий было зарегистрировано в $8,3 \pm 0,91\%$ пациенток 1 подгруппе и у $2,6 \pm 0,72\%$ – во 2 подгруппе, в то же время этот показатель в контрольной группе составил $0,3\%$ ($p < 0,01$). Почти у каждой второй женщины с многоплодием были диагностированы преждевременные роды ($45,7 \pm 0,24\%$ и $52,1 \pm 0,31\%$ соответственно в подгруппах наблюдения), по сравнению с $3,7 \pm 0,26\%$ случаев в группе контроля. Беременность осложнилась внутриутробной задержкой роста плода в $25 \pm 0,28\%$ в 1 подгруппе и $34,9 \pm 0,36\%$ во 2 подгруппе, тогда как в контрольной группе – лишь у $4,7 \pm 0,57\%$ пациенток. Было зарегистрировано увеличение частоты патологии околоплодных вод и аномалий пуповины и плаценты в основной группе, по сравнению с группой контроля. Предлежание плаценты отмечалось у $1,2 \pm 0,36\%$ пациенток 1 подгруппы и в $2,9 \pm 0,4\%$ у 2 подгруппы, в сравнении с $0,21 \pm 0,12\%$ в контрольной группе; многоводие наблюдалось соответственно: $4,3 \pm 0,32\%$ и $7,1 \pm 0,43\%$ по сравнению с $0,9 \pm 0,26\%$ при одноплодной беременности; частота выпадения пуповины составила $2,1 \pm 0,32\%$ и $1,8 \pm 0,44\%$ в группах наблюдения по сравнению с $0,2 \pm 2,27\%$ в контрольной группе. Анализируя перинатальные показатели на протяжении 6 лет, было установлено, что расширение показаний к кесареву сечению при многоплодной беременности (с $17,9\%$ до $78,3\%$), привело к уменьшению перинатальных потерь (с $112,5\%$ до $32,7\%$).

Следует подчеркнуть, что перинатальная заболеваемость и смертность при двойнях, а также правильное ведение беременности и родов, зависит от зиготности и в большей степени от хориальности. Ультрасонографическое исследование является ключевым в ведении этих больных на протяжении всей беременности. Первое исследование должно проводиться в обязательном порядке при многоплодной беременности до 14 недель беременности. Определение зиготности и хориальности, почти у всех больных возможно только до этого срока, с этой целью выявляются F и T-признаки. Мы согласны с тем, что если ультразвуковое исследование не проводилось до 14 недель и хориальность неизвестна, беременность должна считаться монохориальной. В случае разницы между размерами плодов, срок беременности, должен быть рассчитан по параметрам наибольшего плода. При двойне, эффектив-

ность скрининга хромосомных аномалий (ХА), обеспечивается комбинацией возраста матери, определением толщины воротникового пространства и биохимических тестов. При этом необходимо вносить соответствующие коррективы с учетом хориальности. Скрининг хромосомных аномалий дает возможность провести раннее, и поэтому более безопасное селективное прерывание беременности, в случаях, когда один плод является эуплодным, а второй – с ХА.

Проведенное проспективное исследование преследовало несколько целей: оправданность использования препаратов прогестерона и определение эффективности шва на шейке матки при угрозе преждевременных родов в случае многоплодной беременности. При рандомизированном анализе 102 клинических случаев, из которых 50 с монохориальной беременностью (I группа) и 52 с дихориальной (II группа), был назначен микронизированный прогестерон. Нами было установлено, что назначение прогестерона способствует уменьшению случаев преждевременных родов только при монохориальных двойнях, в то время как при дихориальных применение прогестерона неэффективно (соответственно $30 \pm 1,8\%$ и $45\% \pm 1,6\%$ в группах). Что касается целесообразности наложения шва на шейку матки при многоплодной беременности, в исследование были включены 53 многоплодные беременности с высоким риском позднего самопроизвольного выкидыша или преждевременных родов и длиной шейки матки при ультразвуковом исследовании менее 20 мм, разделенные на две подгруппы. Беременным I подгруппы был наложен шов на шейку матки при сроке беременности на момент операции от 14 до 18 недель ($n=27$), а пациентки II подгруппы вели консервативно ($n=26$). В I подгруппе не было зафиксировано ни одного случая преждевременных родов до 28 недели и 8 случаев преждевременных родов после 28 недели гестации. Из пациенток II подгруппы: у 4 пациенток произошел спонтанный аборт, у 3- преждевременные роды от 22 до 28 недель и у 7 преждевременные роды после 28 недель. Таким образом, частота преждевременных родов до 37 недель составила 29,6% в I группе и 53,8% в контрольной группе. Перинатальные потери составили 37‰ у пациенток с наложенным швом на шейку матки, и 153,8‰ у пациенток II группы.

РЕЗЮМЕ: В данной работе обобщены результаты ретроспективного и проспективного исследования течения беременности и родов при многоплодии, а также перинатальные исходы. Дана оценка эффективности применения прогестерона в зависимости от хориальности и определены показания к наложению шва на шейку матки при угрозе преждевременных родов при многоплодной беременности.

G. Paladi, O. Cernetckii, L. Tautu

FEATURES IN MANAGEMENT AND LABOR OF MULTIPLE PREGNANCY

Obstetrics and Gynecology Department „Nicolae Testemitanu”
 State Medical and Pharmaceutical University
 Chisinau, Republic of Moldova

This article summarizes the results of a retrospective and prospective study of pregnancy, birth and perinatal outcomes in case of multiple gestations. There were estimated the use



of progesterone depending on corionicity, there were determined the indications for cervical cerclage in the threat of preterm labor in multiple gestations.