

О.Б. Демченко, О.В. Грищенко, С.М. Коровай, Т.А. Вербейко,
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьковский городской перинатальный центр

Возможные пути снижения рисков неблагоприятных исходов многоплодной беременности

Из семи приоритетных направлений деятельности ВОЗ в условиях Европейского региона, включающих вопросы питания, инфекционных заболеваний, травм, насилия, природной среды, здоровья подростков, психосоциального развития и психического здоровья, ведущее место в настоящее время занимают проблемы здоровья матери и новорожденного.

По мнению специалистов, при оценке темпов снижения смертности среди младенцев в мире, которое провозгласили на Саммите тысячелетия и подкрепили подписями представители 189 стран-членов ООН, целевой показатель (снижение на две трети) к 2015 г. не будет достигнут. В этих условиях для снижения показателей младенческой смертности особенно актуальными являются разработка и применение результативной стратегии и тактики оказания медицинской помощи в структуре родовспоможения. В настоящее время в странах Европейского союза показатель перинатальной смертности составляет около 4‰, в Украине он достигает 9‰, снизившись с 1975 г. в 2 раза. Последнее время в нашей стране, как и в некоторых регионах мира, отмечена тенденция к увеличению числа многоплодных беременностей. Сегодня доказано, что многоплодие связано с большим по сравнению с одноплодной беременностью риском перинатальных и материнских осложнений и потерь. Рост числа многоплодных беременностей зарегистрирован с конца 90-х годов прошлого столетия в период появления и развития вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). При этом ведущую роль в приросте многоплодия играет применение медикаментозной стимуляции овуляции, использование гормональной коррекции для лечения растущего числа случаев бесплодия, перенос более одного эмбриона как метода увеличения результативности ВРТ. Следует иметь в виду, что использование ВРТ почти в 4 раза увеличивает возникновение менее

благоприятного по прогнозу исхода монохориального многоплодия по сравнению с дихориальным многоплодием.

Нами была проанализирована работа Харьковского городского перинатального центра (ХГПЦ) и оценены возможности и резервы улучшения результатов медицинского сопровождения при многоплодной беременности. За период с 2001 по 2013 год в ХГПЦ произошли 45 591 родов, из них 1016 родов двойнями и 51 – тройнями (рис. 1-3). Среди пациенток с многоплодием процент беременностей в результате экстракорпорального оплодотворения составлял от 17,3 до 35,8%. Отмечена динамика количества многоплодных родов в сторону увеличения с 0,6 до 3% от общего числа родов. Ежегодно в перинатальном центре завершают беременность тройнями от трех до девяти женщин. Преждевременных родов всего было 7,2-8,2%, среди многоплодных беременностей эта цифра достигала 45,9-65% (рис. 4, 5). Средний возраст пациенток с многоплодной беременностью составил $28,9 \pm 3,0$ года с колебаниями от 20 до 48 лет. Группа женщин, родивших тройню, по возрасту почти не отличалась и была в основном в пределах 30-35 лет. Среди пациенток с многоплодной беременностью преобладали первобеременные (62,3%), это объясняется большим количеством пациенток с бесплодием, использовавших программу ВРТ. Наряду с этим у десяти части женщин в анамнезе присутствуют привычное невынашивание, неразвивающиеся, внематочные беременности, самопроизвольные аборты. Обращало на себя внимание то, что ни одной пациентки без перенесенных экстрагенитальных заболеваний практически не было. Болели они в основном детскими инфекциями (58,5%), треть из них простудными заболеваниями, у 11,3% отмечались патология желудочно-кишечного тракта и сосудистые расстройства.

В гинекологическом анамнезе в равной степени встречались фоновые заболевания шейки матки, хронические аднекситы, синдром поликистозных яичников, первичное и вторичное бесплодие.

В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что самым достоверным методом диагностики многоплодной беременности является ультразвуковое исследование (УЗИ), точность которого достигает почти 100%. В ряде случаев при проведении УЗИ в сроке 3-4 нед беременности не удавалось обнаружить многоплодие, которое более доступно визуализации позднее. Имела место и другая ситуация, когда возникнув,



О.В. Грищенко

О.Б. Демченко

многоплодная беременность продолжалась как одноплодная с полной или частичной резорбцией погибшего плодного яйца. В таких случаях говорят о синдроме исчезнувшего близнеца, который встречается в 10% случаев. При осуществлении УЗИ влагалишным доступом в I триместре в соответствии с протоколом проводился анализ анатомических структур плодного яйца и внутренних репродуктивных органов матери в режиме серой шкалы и цветового доплеровского картирования. Многие руководства по акушерской помощи, включая протокол № 417 МЗ Украины, рекомендуют проводить первый ультразвуковой скрининг в 11-13 нед беременности. Сегодня отсутствуют четкие рекомендации о том, когда следует проводить первое УЗИ, учитывая задержку менструации. Целью такого исследования может быть определение срока маточной беременности для планирования оптимального времени осуществления I скрининга пренатальной диагностики врожденных пороков развития, исключение специфических пороков, к примеру, сиаемских близнецов, встречающихся только при монохориальной моноамниотической двойне или обнаружение синдрома акардии-ацефалии при монохориальной диамиотической двойне. Частота врожденных специфических и неспецифических пороков развития при многоплодии достигает 18%. В пренатальной диагностике при оценке суммарного риска врожденных пороков развития именно при многоплодной беременности в компьютерной программе вместе с ультразвуковыми маркерами используются биохимические маркеры (уровень свободной единицы бета-ХГЧ и РАРР), признанные неспецифичными, что в определенной мере снижает информативность исследования. Следует также определять в I триместре беременности значимые УЗ-критерии прогнозирования задержки роста одного или всех плодов из многоплодия. Для выработки тактики ведения беременности и родов при многоплодии чрезвычайно важным является определение хориальности и количества амниотических полостей, а не зиготности, которая подтверждается антенатально только с помощью инвазивных методов (амниоцентеза, биопсии хориона или плаценты, кордоцентеза). Задачей ультразвуковой пренатальной диагностики является определение пола плодов, определение количества плацент и наличие межплодовых перегородок. Точность диагностики типа плацентации (дихориальной или монохориальной плаценты) зависит от технических возможностей ультразвуковой аппаратуры, квалификации специалиста по УЗИ, сроков и метода проведения исследования. Известно, что минимизировать трудности в дифференциальной диагностике типа плацентации можно в сроках до 14 нед беременности при использовании ультразвуковой аппаратуры экспертного класса. Специалистами определено, что толщина межплодовой перегородки при дихориальной двойне (перегородка между амниотическими полостями состоит из четырех слоев: амнион-хорион-хорион-амнион) становится максимальной толщины в сроке 6-9 нед, затем после 9 нед межплодовая перегородка постепенно истончается и сохраняется толстой лишь у основания, формируя к 10-14 нед так называемый γ-признак. Обнаружение ультразвукового γ-признака в любом сроке беременности свидетельствует о дихориальном типе плацентации. Если ультразвуковой γ-признак не найден после 16-20 нед, нельзя с уверенностью говорить о монохориальности. При монохориальном многоплодии нередко наблюдается аномальное расположение сосудов плаценты с различными видами шунтирования артерий и вен, что приводит к развитию специфических осложнений в виде фето-фетального трансфузионного синдрома или синдрома обратной артериальной перфузии. Высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности при монохориальной двойне, особенно при монохориальной моноамниотической двойне, по сравнению с дихориальной требуют своевременной диагностики вида многоплодия, разработки четких сроков и методов мониторинга развития и состояния плодов, прогноза, выявления и коррекции возникших осложнений у матери и плодов.

Продолжение в следующем номере.

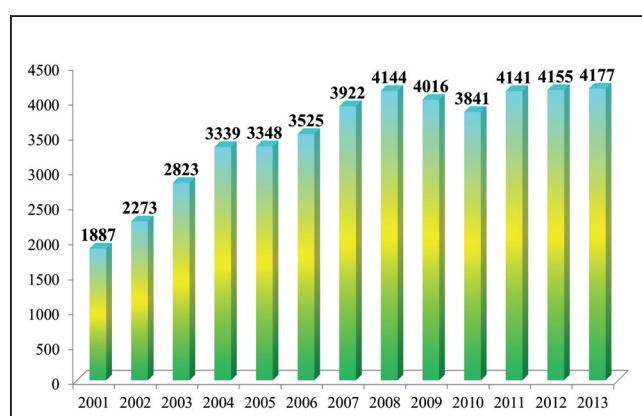


Рис. 1. Количество родов, происходивших в ХГПЦ

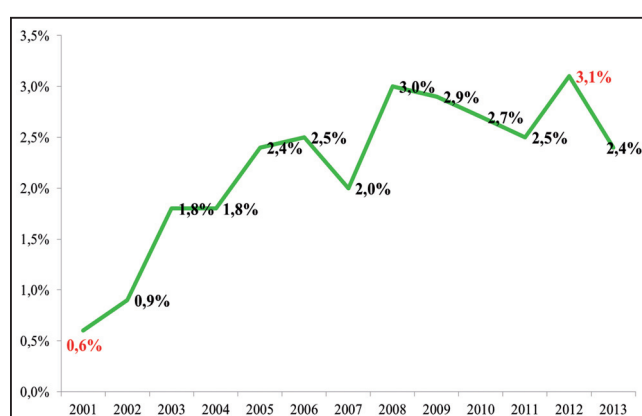


Рис. 2. Количество родов двойнями и тройнями от общего числа родов, происходивших в ХГПЦ

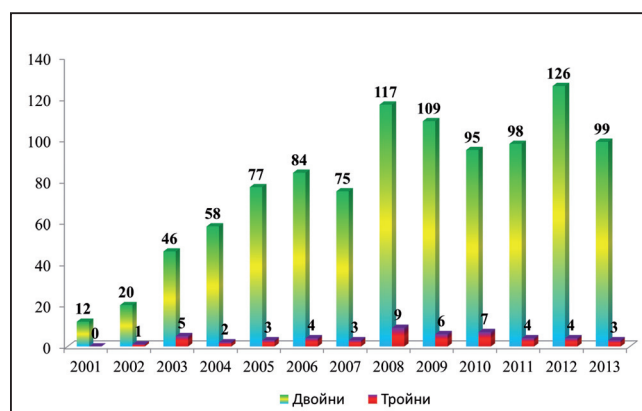


Рис. 3. Количество многоплодных родов, происходивших в ХГПЦ

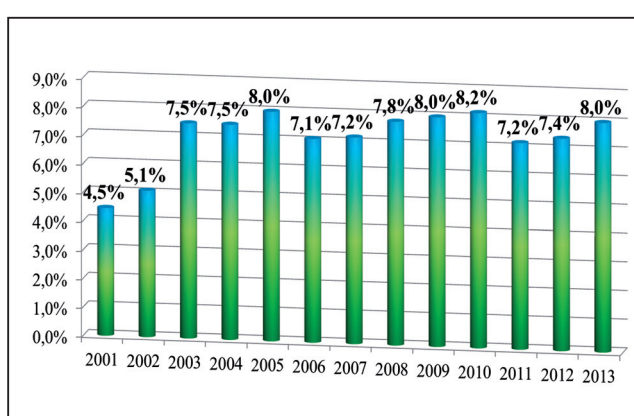


Рис. 4. Количество преждевременных родов, происходивших в ХГПЦ

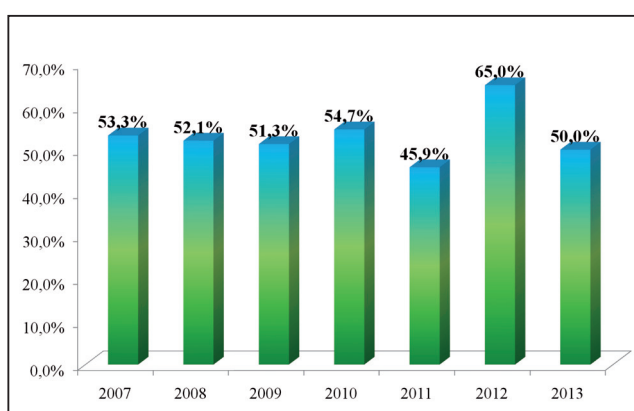


Рис. 5. Количество преждевременных родов, происходивших в ХГПЦ, при многоплодных беременностях