

4. Харкевич, О.Н. Диагностика, профилактика и лечение гестозов / О.Н. Харкевич, И.И. Канус, А.Н. Буянова, Ю.К. Малевич // Методические рекомендации. – 2001. – 46 с.

АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ МОНОХОРИАЛЬНОЙ ДВОЙНЕ

¹Михалевич С.И., ²Семенчук В.Л.

¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

²ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»

Актуальность проблемы многоплодной беременности заключается в значительном числе осложнений во время беременности, во время родов, повышении удельного веса кесарева сечения, повышенном уровне антенатальных потерь в различные гестационные сроки, высокой частотой неврологических нарушений у выживших детей. Даже при современном развитии медицины перинатальная смертность при беременности двойней в 5 раз выше, чем при одноплодной беременности. Увеличение частоты внутриутробной гибели плода в 4 раза, неонатальной (в 6 раз) и перинатальной (в 10 раз) смертности, высокий уровень антенатальных и интранатальных осложнений со стороны матери, в 2 – 10 раз превышают таковой у пациенток с одноплодной беременностью [1, 4]. Согласно исследованиям Sebire и др. уровень перинатальной смертности, обусловленный в основном глубокой недоношенностью плодов при рождении, выше при монохориальной двойне (5%), чем при дихориальной двойне (2%). Частота самопроизвольного прерывания беременности в период с 11 по 24 неделю при дихориальной двойне составляет 2% и при монохориальной двойне – около 10% [2].

Целью исследования: провести анализ осложнений, исходов беременности и родов у беременных с монохориальной двойней.

Материал и методы исследования. Исходы беременности и родов были изучены у 122 женщины, беременных двойней, обследование, лечение и родоразрешение которых было проведено в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» в 2008-2015 годах. Основную группу (1) составили 87 пациенток с монохориальной (МХ) двойней и группу контроля (2) 35 беременных с дихориальной (ДХ) двойней.

Всем пациенткам было проведено ультразвуковое исследование плодов и фетоплацентарного комплекса с импульсной доплерометрией на аппарате Medison Accuvix V10. При каждом УЗИ оценивали состояние плаценты (хориальность, толщину, тип созревания, соответствие сроку гестации, наличие амниотической перегородки), определяли толщину пуповин, максимальный вертикальный пакет амниотической жидкости и размеры мочевого пузыря обоим плодам. МХ двойни были диагностированы по следующим эхографическим признакам: единая плацента, идентичный пол плодов, отсутствие «лямбда-признака», тонкая мембрана (менее 2 мм). Статистический анализ полученных данных выполнен при помощи компьютерного пакета программ STATISTICA (версия 7,0).

Результаты и их обсуждение. Возраст беременных колебался в пределах от 17 до 40 лет, и существенно не отличался в основной и контрольной группах – $27 \pm 3,19$ лет и $28,2 \pm 3,79$ лет, соответственно ($p > 0,05$). У всех обследованных женщин беременность наступила спонтанно без использования вспомогательных репродуктивных технологий.

При анализе течения беременности у большинства пациенток с МХ и ДХ двойней (95% и 78%, соответственно) диагностированы антенатальные осложнения. При беременности МХ двойней развитие двух плодов без задержки внутриутробного роста (ЗВУР) встречалось достоверно реже – в 19 (21,8%) случаях, в то время как при ДХ – 21 (60%) ($p < 0,05$). Диссоциированный рост плодов при МХ типе плацентации в 2 раза превышал таковой при ДХ двойне (52 (59,7%) и 10 (28,5%) случаев ($p < 0,05$)), что, вероятно, связано с неодинаковым поступлением питательных веществ из единого плацентарного круга кровообращения [3].

В группе 1 наблюдались специфичные для МХ беременности антенатальные осложнения: фето-фетальный трансфузионный синдром (ФФТС) – в 42 (48,3%) случаях; синдром обратной артериальной перфузии (СОАП) – 5 (5,7%), моноамниотическая монохориальная двойня с переплетением петель пуповин плодов – в 4 (4,5%) случаях, неразделившаяся двойня – 1 (1,1%).

Продолжительность гестации у женщин 1 группы была достоверно ниже, составив $213 \pm 3,8$ дня, по сравнению с контрольной группой – $252 \pm 3,4$ дня ($p < 0,05$). Удельный вес срочных родов у

женщин группы 1 составил 18,3%, у пациенток контрольной группы он был в 3 раза выше – 51,5% ($p < 0,05$). Частота самопроизвольного прерывания беременности до 22 недель (11,3%) и антенатальной гибели плодов (11,3%) при МХ двойнях происходила в 3 раза чаще в сравнении с ДХ двойнями (3% и 3%, соответственно). Достоверные различия массы новорожденных детей зарегистрированы между группами 1 и 2 – $1628 \pm 93,5$ г и $2383 \pm 82,8$ г, соответственно ($p < 0,05$).

Оценка новорожденных по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни у беременных основной группы составила 5 и 6 баллов, что было достоверно ниже, чем в контрольной группе – 8 и 8 баллов, соответственно ($p < 0,01$, критерий U). Это было связано как со сроком гестации при родоразрешении, так и с тяжестью ФФТС у пациенток основной группы. В связи с имеющейся перинатальной патологией на второй этап выхаживания были переведены 76,5% новорожденных из основной группы, что было значимо больше, чем в контрольной группе исследования – 50,1% ($p < 0,05$).

Выводы. Беременность монохориальной двойней является фактором высокого риска перинатальных осложнений.

Мониторинг внутриутробного состояния плодов при беременности МХ двойней с применением УЗ-исследований в динамике беременности позволяет своевременно диагностировать антенатальные осложнения, выполнять их коррекцию, осуществлять дифференцированный подход к ведению беременности и родов, снижая риск перинатальных осложнений. Родоразрешение женщин с двойней желательно проводить в перинатальном центре, обладающем квалифицированной реанимацией новорожденных.

Литература

1. Senat M. V., Deprest J., Boulvain M. et al. // N. Engl. Med, 2004. – Vol. 351, № 1. – P. 36–44.
2. Sebire, N. / N. Sebire [et al.] // Obstet. and Gynecol, 1998. – Vol.91. – P. 82–85.
3. Tciricov, M. / M. Tciricov // Frauenart, 2009. – Vol. 50, № 2 – P. 121–128.
4. Winn, H. / H. Winn, W. Gerber // Clinical Maternal-Fetal Medicine. – Carnforth, 2000. – P. 39–47.