

Багатоплідна вагітність у сучасному акушерстві (Огляд літератури)

А.В. Ткаченко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Метою даного огляду стало вивчення, аналіз та узагальнення даних світової літератури та власних наукових здобутків щодо висвітлення проблеми багатоплідної вагітності, зокрема антенатального догляду за жінками з двійнями, внутрішньоутробній охороні плодів, раціональних підходів до вибору тактики та методу розродження таких пацієнток. Вивчено результати багаточисельних досліджень та їхнього мета-аналізу у провідних фахових виданнях світу щодо частоти й поширеності найбільш характерних акушерських, перинатальних і неонатальних ускладнень при багатоплідності, а також існуючих методах їхнього прогнозування, діагностики, профілактики та лікування. Використання наведених даних та описаних клінічних підходів з доведеною ефективністю при веденні жінок з багатоплідною вагітністю сприятиме зменшенню акушерських ускладнень та поліпшенню перинатальних наслідків розродження.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, вагітність двійнею, акушерські ускладнення, перинатальні чинники, функціональні методи діагностики.

Проблема ведення жінок з багатоплідністю ще з давніх часів представляє науковий і практичний інтерес. Особливу увагу цій проблемі приділяється в останні 15–20 років у зв'язку з ростом багатоплідних вагітностей (БВ) у світі, що зумовлено цілою низкою факторів, у тому числі ятрогенного та антропогенного генезу, зростанням репродуктивного віку жінок, поширенням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), використанням широкого кола засобів, що прискорюють ріст рослин і тварин у сільському господарстві, загальною «забрудненістю» зовнішнього середовища тощо.

Раніше БВ серед жінок європейського регіону зустрічались в 1,5–2,5% від загальної кількості вагітностей, частіше у родинах, де один з батьків або обоє народилися від багатоплідної вагітності, проте в останні двадцятиріччя частота та структура БВ зазнали суттєвих змін.

Загальновідомо, що БВ належить до вагітностей високого ризику, супроводжується значним числом ускладнень під час гестації, пологів і післяпологовий період, що саме і зумовлює ставлення до феномену багатоплідності як до однієї з форм патології репродуктивної функції людини та біології людства як виду. У даному випадку спостерігається великий відсоток передчасних пологів, висока перинатальна смертність і дитяча захворюваність, збільшується питома вага розроджень шляхом кесарева розтину в різні гестаційні терміни, а також підвищується ризик ранньої і відтермінованої інвалідності дітей. БВ може ускладнюватись затримкою росту одного або обох плодів, фето-фетальним трансфузійним синдромом (синдромом близнюкового перетікання – СБП) та іншими «специфічними» ускладненнями (властивими лише для БВ), внутрішньоутробною загибеллю одного або обох плодів тощо [2, 3].

Неврологічні ускладнення у плодів та новонароджених – ще одна значуща проблема БВ. Найбільша кількість неврологічних ускладнень спостерігається у недоношених дітей і у дітей з гіпотрофією, а також за наявності СБП та внутрішньоутробній загибелі одного з плодів (ВЗОП). Частота церебрального паралічу у дітей з двійні вище у 3–7 разів, з трійні

– у 10 разів. Рівень ante- та інтранатальних ускладнень з боку матері при БВ у 10 разів перевищує таку у пацієнток з одноплідною вагітністю.

Навіть при сучасному розвитку медицини, перинатальна смертність у разі вагітності двійнею у 5 разів вище, ніж при одноплідній вагітності, внутрішньоутробна загибель плода вище у 4 рази, а неонатальна летальність – у 6 разів [4].

Перинатальна захворюваність і смертність при БВ залежать від багатьох факторів і, насамперед, від хоріальності плодів, їхньої кількості та амніальності, від соматичного анамнезу і стану матері, а також від інших факторів впливу на вагітність ендо- та екзогенного походження.

Точне визначення зиготності та хоріальності є найбільш важливими факторами у лікарській практиці щодо антенатального спостереження за жінками з БВ та планування термінів і методів їхнього розродження. Розрізняють декілька типів пренатального розвитку близнюків з двійні:

- фізіологічний розвиток обох плодів;
- гіпотрофія при недискордантному розвитку обох плодів (маленькі для гестаційного віку плоди – МГВП, або «справжня» затримка внутрішньоутробного розвитку – ЗВУР);
- дискордантний (нерівномірний) розвиток плодів (ДРП);
- вроджена патологія розвитку одного або обох плодів-близнюків;
- антенатальна загибель одного плоду в різні гестаційні терміни.

Частота самовільних абортів (СА) до 22-го тижня вагітності при монохоріальних двійнях (МХД) у 5 разів вища, ніж при дихоріальних (ДХД) і становить близько 10%. Частота передчасних пологів до 32 тиж при МХД у 3 рази більша, ніж при дихоріальних і становить 15–20%. Рівень перинатальної смертності, провідною причиною якої є глибока недоношеність плодів при народженні, у 2,5 рази вища при МХД, ніж при ДХД [8].

СБП зустрічається у близько 20% монозиготних двієнь з монохоріальним типом плацентації. Його морфологічний субстрат – анастомозуючі судини між двома фетальними системами кровообігу. Так, монохоріальна двійня (що завжди є монозиготною) у широкому сенсі може сприйматись, як свого роду «сіамські близнюки», що мають спільний «зовнішній провізорний орган», яким є спільна плацента в МХД. Клінічними ознаками СБП при МХД є поєднання багатоводдя в одного з плодів (максимальна вертикальна кішечка, МВК >8 см) з маловоддям у іншого (МВК <2 см). Додатковими ознаками, що можуть (але не обов'язково) виявлятися під час ультразвукового дослідження (УЗД) та постнатально, є різниця в масі плодів понад 20% і різні концентрації гемоглобіну у плодів з МХД [5]. Сьогодні для визначення тактики ведення такої вагітності загальноживано використовують критерії діагностики та оцінювання ступеня важкості (клінічної стадії) СБП, що розроблені та базуються на даних ультразвукового спостереження в динаміці.

Антенатальна внутрішньоутробна загибель одного з плодів (ВЗОП) – специфічне ускладнення, що зустрічається в 5–7% спостережень від загальної кількості БВ. Його частота залежить від ступеня багатоплідності: серед трійні вона зокрема вдвічі вище, ніж серед двієнь (5,3% проти 2,9%). Ще

більш виражена залежність частоти ВЗОП від хоріальності (від 1,2% до 2,9% серед дихоріальних двійнь і від 4,1% до 14% серед монохоріальних), а також від наявності супутніх факторів ризику (від 3,1% при неускладненій МХД до 50–60% при монохоріальній двійні, ускладненій СБП) [6].

Етіологічні фактори загибелі плода при багатоплідності включають в себе як дискордантні стани одного з плодів (ЗВУР, відшарування однієї з плацент, тромбоз вени пуповини, вроджені вади та асиметричні аномалії розвитку), так і ускладнення, що вражають обидва плода (важка прееклампсія, хоріоамніоніт, СБП, синдром зворотної артеріальної перфузії – СААП, анемії-поліцитемії – САП, важка екстрагенітальна патологія з боку матері тощо).

Відомим є феномен «зниклого близнюка» (англ. Vanishing twin syndrome) – за якого ембріон, що загинув переважно в терміні до 10 тиж гестації, згодом повністю або частково абсорбується або відторгається. Причини даного ускладнення ймовірно є порушення плацентації, летальні хромосомні аномалії та важкі вади розвитку, а також низка невстановлених факторів. При ДХД на подальший розвиток і перинатальні наслідки для другого плода дане ускладнення здебільшого не впливає, при МХД воно асоціюється з ризиком виникнення МГВП/ЗВУР та дитячого церебрального паралічу (ДЦП) у другого плода, що вимагає інформування батьків і ретельного моніторингу вагітності.

«Паперовий» плід (fetus papyraceous) являє собою дегідратацію з подальшою мацерацією одного з плодів внаслідок його ранньої (кінець I – початок II триместра) загибелі. Загиблій плід стискається зростаючим амніотичним міхуром живого плода, відбувається дегідратація і часткова абсорбція компонентів плодового яйця, що не розвивається. При МХД у плода, який залишився, часто зустрічаються специфічні ускладнення (дитячий церебральний параліч, аплазія шкіри, ампутація кінцівок та ін.), що мають в основі судинний генез внаслідок порушення кровообігу та «виключення» із системи гемокруляції певних ділянок і частин тіла та органів.

Патогенетичні механізми ураження другого плода, який вижив при ВЗОП, при МХД, згідно з найбільш поширеною гіпотезою, зумовлені транзиторною або персистуючою гіпотензією і гіперперфузією у зв'язку з частковим відтоком та циркуляцією крові живого плода у судинне русло загиблого плода через анастомози у плаценті, гострою анемією, надходженням тромбoplastичних факторів і продуктів розпаду тканин у систему кровообігу живого плода («синдром близнюкової емболії»), коагулопатією, емболізацією судин живого плода некротизованими фрагментами плацентарної тканини загиблого плода, ішемічним та/або геморагічним ураженням органів (насамперед головного мозку).

Доведено, що вплив ВЗОП на перинатальні наслідки БВ залежить від хоріальності. Так, неврологічні ускладнення у дітей, що вижили, виявлені при моно- і дихоріальних двійнях в 16% і 1% відповідно, передчасні пологи – в 63% і 51% спостережень, загибель другого плода при МХД – в 23%, при ДХД – в 2,2% випадках ВЗОП. Цікавою знахідкою також є залежність ризику ДЦП у плода, що вижив, від статеві приналежності плодів і маси живого плода при народженні. Зокрема, при одностатевій МХ двійні та масі тіла при народженні менше 1500 г, частота ДЦП становить 16,5%, при масі тіла 1500 г і більше – 8,1%, а при різностатевій (ДХ) двійні – 10,3% та 1,92% відповідно.

Описано три основні форми ураження головного мозку плода, що вижив після ВЗОП, при МХД. Перш за все, це гіпоксично-ішемічні ураження переважно в басейні середньої мозкової артерії з формуванням симптомокомплексу мультикістозної енцефаломалії, мікроцефалії, гідроанцефалії, вентрикуломегалії. Зустрічаються також геморагічні ураження, що полягають у розвитку постгеморагічної гідроцефалії. Вони

можуть виникати первинно на тлі коагулопатії або ускладнювати ішемічні ураження внаслідок їхньої геморагічної трансформації. Третя форма ураження головного мозку плода, який вижив після ВЗОП (переважно в більш ранніх термінах вагітності) – поєднання вроджених вад розвитку нервової системи (дефекти нервової трубки, гіпоплазія зорового нерва та ін.) з гіпоксично-ішемічними і геморагічними ураженнями.

Сьогодні немає точних даних про швидкість розвитку уражень мозку живого плода, проте відомо, що від некрозу мозкової тканини до появи мультикістозної енцефаломалії та інших клінічних проявів, що можуть бути виявлені за допомогою УЗД та/або магнітно-резонансної томографії (МРТ), здебільшого проходить не менше 2 тиж. Крім ураження головного мозку при ВЗОП можливі екстрацеребральні ураження живого плода:

- атрезія тонкого кишечника;
- гастрошизіс;
- гідроторакс;
- аплазія шкіри;
- аплазія мозкового шару нирок;
- вроджена ампутація кінцівок та ін.

При термінальному стані одного з плодів у II або на початку III триместра вагітності при МХД може бути показаний селективний фетотид (редукція) плода, що страждає, оскільки оклюзія пуповини у цих термінах здатна попередити можливі ускладнення для другого плода та його антенатальну інвалідизацію. Якщо редукція неможлива, слід розглянути питання дострокового розродження (після 22 тиж гестації) та попередити батьків про можливі наслідки для дитини, яка вижила, у разі якщо ця процедура неможлива, або батьки обирають «очікувальну тактику».

Слід зазначити, що в нашій країні процедура селективного фетотиду законодавчо не врегульована, особливо якщо мова йде про терміни вагітності понад 22 тиж, але задовго до терміну, коли передчасні пологи не будуть пов'язані з надзвичайно високим ризиком ранньої неонатальної летальності та важкої інвалідизації передчасно народженої дитини.

Основні положення тактики при антенатальній смерті плода включають в себе наступні етапи:

- встановлення терміну гестації, коли відбулась ВЗОП і терміну гестації на момент її виявлення та необхідності прийняття рішення;
- визначення хоріальності;
- виключення важкої акушерської та соматичної патології з боку матері;
- ретельна діагностика та оцінка стану живого плода.

При задовільному стані матері загибель одного з плодів (що вже відбулась) під час вагітності не є єдиним показанням для дострокового розродження. Під час обговорення тактики ведення та питання розродження необхідно також враховувати етіологічний фактор (аномалії розвитку, хоріоамніоніт, важка прееклампсія, специфічні ускладнення), що призвів до смерті плоду. Для оцінювання стану живого плода, діагностики анемії зокрема, у світі широко використовують метод доплерометрії, що дає можливість визначити пікову систолічну швидкість кровотоку (ПСШК, см/с) у середньомозковій артерії плода, показники якої чітко корелюють зі ступенем важкості анемії, у тому числі внаслідок реалізації феномену централізації фетального кровообігу. Це дозволяє обмежити число інвазивних діагностичних втручань у плода (кордоцентез). Чутливість і специфічність методу складає 90%, частота хибно-позитивних результатів не перевищує 10%.

Надання медичної допомоги при ВЗОП має проводитись у спеціалізованих медичних установах III рівня. Наукових даних про те, що негайне розродження після загибелі плода незалежно від хоріальності двійні поліпшить перинатальний результат для другого плода, немає. Необхідність негайного розродження найчастіше зумовлена станом матері та/або

живого плода, а доцільність пролонгування вагітності – терміном гестації і ризиком важких неонатальних ускладнень, пов'язаних з недоношеністю.

Показанням до розродження з боку матері є акушерська та/або екстрагенітальна патологія, що сама по собі є протипоказанням для подальшого пролонгування вагітності. Відносні показання до розродження з боку плода (з урахуванням терміну гестації):

- важка анемія у живого плода з МХД (альтернатива розродженню – внутрішньоутробна гемотрансфузія);
- загроза з ВЗОП на тлі СБП (при неможливості редукації);
- термінальний кровотік, за даними доплерометрії (особливо у поєднанні з патологічною кардіотографією – КТГ, та показниками біофізичного профілю – БФП, нижче 6 балів).

Згідно з існуючим на сьогодні світовим досвідом, в разі антенатальної смерті одного з плодів при МХД на початку II триместра необхідно обговорити з батьками можливість переривання вагітності у зв'язку з високим ризиком потенційно небезпечних та інвалідизуючих ускладнень у другого плода. У терміні 25–27 тиж гестації показано ретельне обстеження (експертне УЗД, МРТ) живого плода та, за відсутності ознак його «страждання» або антенатального ураження, пролонгування вагітності, оскільки ризик ускладнень, пов'язаних з недоношеністю (респіраторний дистрес-синдром – РДС, внутрішньочерепковий мозковий крововилив – ВШК та ін.) у ці терміни вагітності вище ризику неврологічних ускладнень (18%) та/або можливої загибелі другого плода (26%).

У терміні 28–34 тиж гестації за відсутності ознак важкого внутрішньоутробного ураження та критичного стану плода (за даними доплерометрії у поєднанні з оцінкою БФП) показано пролонгування вагітності, а в разі необхідності дострокового розродження обов'язковим є проведення стандартної профілактики РДС плода/новонародженого (дексаметазон 24 мг протягом 2 діб, або бетаметазон 12 мг двічі через 24 год).

Абсолютним показанням до розродження вважається ВЗОП у терміні 34 і більше тижнів гестації. Метод розродження визначається з урахуванням стану пацієнтки і плода, розмірів і передлежання плоду(ів). Кесарів розтин не слід вважати абсолютно показаним при багатоплідних пологах з антенатальною смертю одного з плодів. ВЗОП при ДХД сама по собі не є показанням до розродження, у зв'язку з чим після виключення пролонгування дії материнських факторів, що могли призвести до антенатальної смерті плода, при задовільному стані другого плода показана «очікувальна» тактика. При обранні такої тактики необхідне ретельне монітування стану вагітної (щотижневе клініко-лабораторне обстеження, контроль артеріального тиску, набряків, температури тіла, характеру виділень).

З огляду на ризик коагулопатичних порушень (що хоча є набагато нижчим при ВЗОП у жінок з багатоплідністю, ніж при антенатальній загибелі плода при одноплідній вагітності), що може проявитись здебільшого не раніше ніж через 4 тиж після загибелі плода, в разі виявлення патології необхідний контроль системи згортання крові (від щоденного до щотижневого – залежно від виявлених порушень).

Моніторинг стану плода, що вижив, включає в себе:

- доплерометрію (при ДХД – щотижня, при МХД – 2 рази на тиждень);
- фетобіометрію (кожні 2 тиж);
- ехографію головного мозку плода (при МХД) для виявлення енцефаломалачії та інших уражень ЦНС (щотижня);
- оцінювання кількості оплідної рідини (МВК при кожному УЗД);
- визначення БФП (за наявності порушень фетального кровотоку за даними доплерометрії або «непереконливих» даних КТГ).

Після пологів необхідно проведення аутопсії плода, що загинув, і патогістологічного дослідження плаценти з метою встановлення етіології антенатальної смерті.

Одним із частих ускладнень в акушерській практиці є передчасні пологи. Їхня частота у світі не зменшується, прогностичні можливості обмежені, ефективного способу їхньої профілактики при БВ не існує. Діагностика ймовірних передчасних пологів при багатоплідності пов'язана з певними труднощами, оскільки нерідко відсутня специфічна симптоматика. Діагноз загрози або початку передчасних пологів при БВ може бути уточнений за допомогою трансвагінального УЗД з виміром довжини шийки матки або визначення фібрoneктину в шийково-піхвовому секреті.

Вважається, що піхвова ехоцервікометрія є найбільш достовірним методом прогнозування спонтанних передчасних пологів за відсутності клінічної симптоматики у вагітних двійнею у терміні 22–24 тиж.

З метою комплексного оцінювання ризику передчасних пологів використовують доступні експрес-тест-системи для визначення фосфорильованого протеїну-1, що зв'язує інсуліноподібний фактор росту в цервікальному секреті. Зазначені методи підвищують діагностичну точність і знижують ризик ятрогенних ускладнень, оскільки перешкоджають гіпердіагностиці передчасних пологів з використанням широкого кола фармакотерапевтичних засобів, більшість з яких з недоведеною або сумнівною ефективністю.

Для діагностики активних передчасних пологів важливі два показники: регулярні перейми і динамічні зміни шийки матки. Ступінь розкриття шийки матки служить індикатором прогнозу ефективності токолізу. При розкритті вічка більше 3 см токоліз, швидше за все, буде неефективний. Зміни шийки матки є більш об'єктивним показником, ніж оцінювання пологової діяльності (навіть з використанням токографії). При довжині шийки матки більше 3 см та відсутності розкриття внутрішнього вічка ймовірність початку пологів протягом найближчого тижня становить близько 1% навіть за наявності скарг або ознак підвищення тонуусу (скоротливої активності) матки, що не вимагає госпіталізації пацієнтки та призначення кортикостероїдів для профілактики СДР плода(ів) [9].

Алгоритм дій лікаря при зазгоді передчасних пологів залежить від клінічної картини, гестаційного терміну, цілісності плодового міхура (стану плода, кількості навколоплідної рідини та ін.) і складається з наступних основних напрямків:

- оцінка ризику передчасних пологів;
- профілактика респіраторного дистрес-синдрому новонародженого;
- пролонгування вагітності для госпіталізації матері в перинатальний центр (або в лікувальний заклад III рівня надання спеціалізованої акушерської допомоги з обов'язковою наявністю цілодобових неонатологів і відділення інтенсивної терапії новонароджених);
- профілактика і лікування інфекційних ускладнень, у тому числі при передчасному розриві плодових оболонок [1, 7, 15].

Одним із маркерів загрози передчасних пологів сьогодні слід вважати виявлення фібрoneктину у шийково-піхвовому секреті на терміні вагітності до 35 тиж, що свідчить про підвищений ризик дострокового початку пологової діяльності, особливо протягом 2 тиж з моменту проведення тесту. Для клінічної практики натомість важлива й висока прогностична цінність негативного результату такого тесту – якщо фібрoneктин у піхвовому секреті не виявляється, ймовірність того, що пологи почнуться спонтанно протягом найближчого тижня, становить близько 1%. Проте за наявності запального процесу у піхві, вагінального дисбіозу, підтікання навколоплідної рідини та низки супутніх факторів тест може виявитись хибнопозитивним, що також призведе до гіпердіагностики, поліпрагмазії та невиправданої ятрогенії.

Загально визнаним є факт, що призначення антенатальних стероїдів достовірно знижує захворюваність і смертність дітей від РДС, ВШК, некротичного ентероколіту і персистення фетального кровотоку внаслідок відкритої артеріальної протоки [7, 10, 11, 14].

D. Roberts і співавтори [7] у мета-аналізі 21 рандомізованого дослідження продемонстрували (2006), що один антенатальний курс стероїдів (24 мг бетаметазону або 24 мг дексаметазону протягом 48 год) достовірно знижує рівень неонатальної смертності на 31%, частоту РДС – на 34%, частоту раннього сепсису протягом перших 48 год життя – на 44% і потребу у штучній вентиляції легень у новонароджених – на 20%. Повторний антенатальний курс кортикостероїдів може бути корисним у випадку, коли від попереднього курсу пройшло більше 7 діб і тривають (наростають або знову з'явилися) симптоми загрози передчасних пологів.

S.M. Lasswell і співавтори у 2010 році провели мета-аналіз 41 публікації [8], присвячених неонатальній смертності серед дітей масою тіла менше 1500 г або народжених у терміні менше 32 тиж, що з'явилися на світ у перинатальних центрах, порівняно з новонародженими, які народилися в лікувальних установах нижчого рівня. Результати мета-аналізу свідчать, що своєчасне транспортування вагітної з високим ризиком передчасних пологів у перинатальний центр або спеціалізований пологодопомічний заклад III рівня достовірно збільшує шанси виживання недоношеної дитини.

Зважаючи на те, що сьогодні достеменно й досі не відомо, що саме викликає початок пологової діяльності навіть при неускладненій доношеній вагітності, мимовільний початок передчасних пологів при багатоплідності пов'язують зокрема з надмірним розтягненням міометрія, що приводить до активації експресії рецепторів окситоцину, які у свою чергу збільшують кількість «щільних контактів» і зумовлюють початок скорочувальної активності матки. При передчасному розриві плодових оболонок у разі недоношеної вагітності у якості симптоматичного лікування насамперед використовується токолітична терапія, що принаймні дає можливість «виграти час» для проведення профілактики РДС та транспортування плода «in utero» до спеціалізованого лікувального закладу відповідного рівня [11, 14].

Натомість, визначальна роль у регуляції скоротливої функції матки в процесі пологів відводиться біологічно активним речовинам ліпідної природи – простагландинам (зокрема простагландину F_{2a}). Токолітичну дію інгібіторів синтезу простагландинів доведено експериментально і в результаті клінічних спостережень. Проте, не володіючи селективними властивостями, інгібітори синтезу простагландинів у терапевтичних дозах та при тривалому застосуванні викликають небажані ефекти з боку плода та новонародженого. Найбільш важкі ускладнення проявляються в передчасному закритті артеріальної протоки і вираженому підвищенні внутрішньолегеневого артеріального тиску [7, 11].

Прогестерон (та його синтетичні аналоги), хоча і не є токолітиком у прямому значенні цього слова, все ширше застосовується у протоколах токолітичної терапії передчасних пологів. У той самий час у 3 великих рандомізованих дослідженнях продемонстровано, що прогестерон ефективний як засіб профілактики передчасних пологів при одноплідній вагітності, що відноситься до групи високого ризику. В останні роки розкриті основні (перш за все імунні) механізми здійснення гестагенами їхньої захисної функції щодо плода. У пацієнток групи високого ризику передчасних пологів (наявність передчасних пологів, невиношування вагітності в анамнезі або динамічне вкорочення шийки матки при проспективному спостереженні), застосування прогестерону в допологовому періоді при одноплідній вагітності сприяло зниженню частоти дострокового завершення вагітності на 35% [11].

Одне з важливих питань раціональної акушерської тактики – своєчасне призначення антибіотиків при передчасному розриві плодових оболонок (ПРПО). Вплив раннього призначення антибіотиків на зниження частоти хоріоамніоніту і неонатальної захворюваності у випадках передчасного допологового розриву плодових оболонок (ПДРПО) було підтверджено численними дослідженнями. Систематичний огляд 22 рандомізованих контрольованих досліджень свідчить, що використання антибіотиків при ПДРПО і недоношеній вагітності достовірно знижує частоту хоріоамніоніту і кількість дітей, які народжуються протягом 48 год після розриву оболонок. Крім того, застосування антибіотиків у цій клінічній ситуації дозволяє зменшити частоту неонатальної інфекції, потребу в сурфактанті, використання оксигенотерапії у новонароджених і частоту виявлення у них патологічних симптомів при нейросонографії [12, 13, 16].

Отже, узагальнюючи багаторічний світовий досвід ведення жінок з БВ і результати власних досліджень можна стверджувати, що перебіг вагітності та пологів при БВ супроводжується значною кількістю ускладнень, у результаті чого підвищується рівень репродуктивних втрат, перинатальної захворюваності, тривалості перебування в стаціонарі та вартості лікування. Частими ускладненнями багатоплідної вагітності є передчасні пологи, плацентарна дисфункція, прееклампсія, МГВП/ЗВУР. Комплексне застосування сучасних методів діагностики стану плодів при динамічному спостереженні та індивідуалізований підхід до пацієнток з БВ дозволяє здебільшого своєчасно виявити патологічні стани і провести відповідну корекцію, обрати метод і терміни розродження. Медична допомога вагітним даної категорії повинна надаватися в умовах акушерських стаціонарів III рівня та/або спеціалізованих перинатальних центрів, що має значення для зниження перинатальних втрат і перинатальної захворюваності.

Усе наведене вище дозволяє стверджувати, що жінки, які виношують двійню та пацієнтки з багатоплідністю більш високого ступеня – це особливий контингент, який потребує проведення ретельного моніторингу на всіх етапах вагітності. Під час антенатального догляду за такими вагітними та їхніми плодами необхідний певний алгоритм спостереження, що дозволяє своєчасно проводити діагностичні та лікувальні заходи, а також приймати адекватні тактичні рішення для забезпечення максимально сприятливого перебігу вагітності, її пролонгування до відповідного терміну та своєчасного і безпечного розродження.

Усе наведене вище дозволяє стверджувати, що жінки, які виношують двійню та пацієнтки з багатоплідністю більш високого ступеня – це особливий контингент, який потребує проведення ретельного моніторингу на всіх етапах вагітності. Під час антенатального догляду за такими вагітними та їхніми плодами необхідний певний алгоритм спостереження, що дозволяє своєчасно проводити діагностичні та лікувальні заходи, а також приймати адекватні тактичні рішення для забезпечення максимально сприятливого перебігу вагітності, її пролонгування до відповідного терміну та своєчасного і безпечного розродження.

Усе наведене вище дозволяє стверджувати, що жінки, які виношують двійню та пацієнтки з багатоплідністю більш високого ступеня – це особливий контингент, який потребує проведення ретельного моніторингу на всіх етапах вагітності. Під час антенатального догляду за такими вагітними та їхніми плодами необхідний певний алгоритм спостереження, що дозволяє своєчасно проводити діагностичні та лікувальні заходи, а також приймати адекватні тактичні рішення для забезпечення максимально сприятливого перебігу вагітності, її пролонгування до відповідного терміну та своєчасного і безпечного розродження.

данях мира, о частоте и распространенности наиболее характерных акушерских, перинатальных и неонатальных осложнений при многоплодии, а также существующих методах их прогнозирования, диагностики, профилактики и лечения. Использование приведенных данных и описанных клинических практик с доказанной эффективностью при ведении женщин с многоплодной беременностью будет способствовать уменьшению акушерских осложнений и улучшению перинатальных исходов родоразрешения.

Ключевые слова: многоплодная беременность, беременность двойней, акушерские осложнения, перинатальные факторы, функциональные методы диагностики.

Многоплодная беременность в современном акушерстве (Обзор литературы) А.В. Ткаченко

Целью данного обзора стало изучение, анализ и обобщение данных мировой литературы и собственных научных результатов в отношении проблемы многоплодной беременности, в частности антенатального сопровождения женщин с двойнями, внутритрубно́й охраны плодов, рациональных подходов к выбору тактики и метода родоразрешения таких пациенток. Изучены результаты многоцентровых исследований и их мета-анализ в ведущих научных из-

Multiple pregnancy in contemporary obstetrics (Review of the literature)

A. V. Tkachenko

The aim of this review was to study, analyze and summarise the data of world literature and our own scientific achievements in the problem of multiple pregnancy, antenatal care for women with twins, perinatal care of fetuses, rational approaches to the tactics and the method of delivery of such patients in particular. The results of literature overview of multicentered clinical trials and their meta-analysis in the leading professional scientific resources about frequency and prevalence

of the most common obstetrical, perinatal and neonatal complications in multiple pregnancies, as well as existing methods of their prognosis, diagnosis, prevention and treatment were studied. The implementation of these data and evidence based clinical approaches with proven efficacy in management of women with multiple pregnancy will help to reduce the rate of obstetrical complications, its severity, and may improve perinatal outcomes as the main goal.

Key words: multiple pregnancy, twin pregnancy, obstetrical complications, perinatal factors, functional diagnostic of the fetal wellbeing.

Сведения об авторе

Ткаченко Андрей Владимирович – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика МЗ Украины, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (067) 721-96-19. E-mail: perinatolog@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Наказ МОЗ України № 205 від 08.04.2015 р. «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги жінкам з багатоплідною вагітністю».
2. Чернуха ЕА. Родовой блок. – М.: Триада-Х, 2005. – 353 с.
3. Kamat S, Veena P, Rani R. Comparison of nifedipine and progesterone for maintenance tocolysis after arrested preterm labour. *J Obstet Gynaecol.* 2014; 34 (4): 322–5.
4. Rode L, Tabor A. Prevention of preterm delivery in twin pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014; 28 (2): 273–83.
5. Shek NW, Hillman SC, Kilby MD. Single-twin demise: pregnancy outcome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014; 28 (2): 249–3.
6. Yamasmit W, Chaithongwongwatthana S, Tolosa JE, Limpongsanurak S, Pereira L, Lum-biganon P. Prophylactic oral betamimetics for reducing preterm birth in women with a twin pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 9: CD004733.
7. Roberts D, Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; (3): CD004454.
8. Lasswell SM, Barfield WD, Rochat RW, Blackmon L. Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants: a metaanalysis. *JAMA.* 2010; 304 (9): 992–1000.
9. Catalano LN, Villar Diaz M, Vázquez Guzmán M, Negron I, Rivera Rosa E. Pregnancy outcomes and successful rate of nifedipine therapeutic protocol implementation in a hospital of San Juan. *Bol Asoc Med P R.* 2013; 105 (3): 13–6.
10. Naik Gaunekar N, Raman P, Bain E, Crowther CA. Maintenance therapy with calcium channel blockers for preventing preterm birth after threatened preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 10: CD004071.
11. Fuchs F, Audibert F, Senat MV. Progesterone and preterm delivery: back to the future? *Gynecol Obstet Fertil.* 2014; 42 (2): 112–22.
12. Steen EE, Kallen K, Marsal K, Norman M, Hellstrom-Westas L. Impact of sex on perinatal mortality and morbidity in twins. *J Perinat Med.* 2014; 42 (2): 225–31.
13. Dodd JM, Crowther CA, Middleton P. Oral betamimetics for maintenance therapy after threatened preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 12: CD003927.
14. Neilson JP, West HM, Dowswell T. Betamimetics for inhibiting preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 2: CD004352.
15. Zork N, Biggio J, Tita A, Rouse D, Gyamfi-Ban-nerman C. Decreasing prematurity in twin gestations: predicaments and possibilities. *Obstet Gynecol.* 2013; 122 (2 Pt 1): 375–9.
16. Mercer BM, Miodovnik M, Thurnau GR, Goldenberg RL, Das AF, Ramsey RD, Rabello YA, Meis PJ, Moawad AH, Iams JD, Van Dorsten JP, Paul RH, Bottoms SF, Merenstein G, Thom EA, Roberts JM, McNellis D. Antibiotic therapy for reduction of infant morbidity after preterm premature rupture of the membranes. A randomized controlled trial. *National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. JAMA.* 1997; 278 (12): 989–95.

Статья поступила в редакцию 26.01.2018