

УДК 616. 15—07:577.164.16/17]

© І. В. Руденко, О. І. Подолян, 2011.

## КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ GESTAЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ У ЖІНОК ПРИ ВИНОШУВАННІ БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ

І. В. Руденко, О. І. Подолян

Кафедра акушерства та гінекології №1 (зав. кафедри – проф. В. М. Запорожан),  
Одеський національний медичний університет, м. Одеса.

### THE CLINICAL CHARACTER FLOW OF THE GESTATIONAL PROCESSES BY THE PREGNANT WOMEN WITH MULTIPLY PREGNANCY

I. V. Rudenko, O. I. Podolyan

#### SUMMARY

Multiply pregnancy – is a very important and actuality in obstetrics and perinatology. A research purpose is determination of features of the clinical flow of multiply pregnancy by this pregnant women. 138 pregnant with twins were inspected. The clinical symptoms of the miscarriage abortion have 64 (46,4%) pregnant, preterm delivery – 93 (67,4%), placental disfunction – 138 (100%). Curation of the multiply pregnancy should be accompanied with prophylaxis of the placental disfunction realization.

### КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ GESTAЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ У ЖЕНЩИН ПРИ ВЫНАШИВАНИИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

И. В. Руденко, А. И. Подолян

#### РЕЗЮМЕ

Многоплодная беременность – важная и актуальная проблема современного акушерства и перинатологии. Цель исследования – изучение особенностей клинического течения гестационных процессов у женщин, вынашивающих многоплодную беременность. Обследовано 138 беременных с двойней. Клинические признаки угрозы прерывания беременности имели 64 (46,4%) беременные, угрозы преждевременных родов – 93 (67,4%), дисфункции плаценты – 138 (100%). Ведение многоплодной беременности должно сопровождаться профилактикой реализации дисфункции плаценты.

**Ключові слова:** багатоплідна вагітність, ускладнення, дисфункція плаценти.

Багатоплідну вагітність визнано актуальною проблемою сучасного акушерства і перинатології [1].

Питома вага багатопліддя становить у середньому 2-3% від загальної кількості вагітностей [2].

Частота зустрічаємості багатоплідної вагітності постійно зростає і не виявляє тенденції до зниження. За останні 10 років число пологів багатоплідною вагітністю зросло у 2 рази в різних країнах світу [3]. Аналогічна тенденція спостерігається і в Україні [4].

Зростання частоти багатоплідної вагітності пов'язане з багатьма факторами. Серед останніх – широке впровадження нових репродуктивних технологій, стимуляції овуляції, планування вагітності у жінок віком понад 35 років, генетична схильність, вплив факторів зовнішнього середовища місць мешкання майбутніх матерів (хронічний радіаційний вплив) та сезонності (рівень сонячної інсоляції на момент запліднення) тощо [1, 5, 6].

В літературі активно обговорюється роль екоотоксикантів в процесі стимуляції овуляції. Вивчаються питання ролі професійного анамнезу і показника віку батьків при детермінації типу багатоплідної вагітності

[2]. Багаточисельними дослідженнями доведена стимулююча дія деяких токсичних металів, залежність порушення менструального циклу від впливу несприятливих факторів довкілля [1, 2].

Етіологічні чинники багатопліддя впливають на умови внутрішньоутробного розвитку плодів, виникнення гестаційних ускладнень, в тому числі і плацентарної дисфункції [3]. Доведено взаємозв'язок між структурним, функціональним станом плаценти/плацент, кількістю та якістю навколоплідних вод і здоров'ям плодів [5]. Своєчасна оцінка стану плаценти та профілактика виникнення її дисфункції при монозиготній, дизиготній багатоплідній вагітності дозволить знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень [6].

Напрямок досліджень плацентарної дисфункції у жінок з багатоплідною вагітністю як екологічного стану пов'язаний з вирішенням низки питань на основі вивчення патогенетичних механізмів виникнення патологічних станів фето-плацентарного комплексу із урахуванням зиготності близнюків. Розв'язання цих питань може сприяти розробці нових ме-

тодів профілактики ускладнень вагітності, пологів, захворюваності дітей.

Мета дослідження полягала у вивченні особливостей клінічного перебігу вагітності у жінок, які виношували багатоплідну вагітність.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 138 жінок, які виношували багатоплідну вагітність. Нами проведено дослідження екологічних особливостей місць мешкання вагітних, особливостей анамнезу, у тому числі сімейного, спадкової схильності, акушерсько-гінекологічного, визначення соматичного стану пацієнтів. Вивченні особливості клінічного перебігу гестаційних процесів у жінок, які виношували багатоплідну вагітність. Всі одержані дані були піддані статистичній обробці на персональному комп'ютері з використанням прикладних програм.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно даних анамнезу, переважна більшість обстежуваних жінок – 105 (76,1%) постійно мешкали в місті Одесі та районах Одеської області – 33 (23,9%). Середній вік матерів склав  $27 \pm 2$  роки.

До професійних шкідливостей обстежувані відносили роботу з комп'ютером, психоемоційні навантаження.

Серед обстежуваних матерів палили 61 (44,2%). Продовжували палити під час вагітності 23 (16,7%). Вважали себе пасивними паліями 87 (63,0%) вагітних. Навантаження табачним димом було дома, на роботі, в громадських місцях. Харчування було несбалансованим у 115 (83,3%) матерів.

У 65 (47,1%) шлюбних пар вагітність була запланована. Вагітність наступила на фоні застосування контрацептивних заходів у 12 (8,7%) випадках, антибіотиків – у 15 (10,9%), препаратів для зниження маси тіла – у 9 (6,5%), протимікробних – у 11 (8,0%) з приводу лікування захворювань піхви. Поодинокі спостереження склали жінки, які приймали терапію з приводу захворювання щитоподібної залози, мастопатії.

У 8,0% жінок вагітність наступила на фоні гострого респіраторного захворювання (ГРВІ). В ранні терміни вагітності (до 3-4-х тижнів гестації) хворіли на ГРВІ 9,4% жінок.

Перші пологи були у переважної більшості піднаглядних (107 (77,5%)), при цьому перша вагітність відмічена у 55 (39,9%) жінок.

Клінічний перебіг вагітності мав певні особливості за триместрами гестації у жінок, що виношували багатоплідну вагітність. У 58,7% (81) жінок, що виношували двійню, в анамнезі був аборт, що не відбувся.

92 (66,7%) із 138 (100%) обстежуваних вказували на наявність клінічних ознак загрози раннього викидня з кров'янистими виділеннями із статевих шляхів, з приводу чого приймали терапію в амбулаторних і стаціонарних умовах. Курс терапії включав гормоноте-

рапію (Утрожестан, Дуфастон), Транексам, фолієву кислоту, вітамін «С», спазмолітики, заспокійливі.

Симптоми раннього токсикозу легкого і середнього ступеню тяжкості були у 61,6% (85) пацієнток. При цьому клінічні ознаки раннього токсикозу відмічені у всіх жінок, що виношували двійню.

Загроза пізнього викидня діагностована у 64 (46,4%) випадках в терміні від 13 до 22 тижнів, а загроза передчасних пологів – у 93 (67,4%) жінок.

Аномалії розташування хоріона, плаценти були у 17 (12,3%) спостереженнях: низька плацентация – у 11 (8,0%), передлежання плаценти (центральне, крайове,) – у 6 (4,3%).

Вульвовагініт змішаного генезу у першому триместрі мали 49 (35,5%), у другому – 87 (63,0%) вагітних.

Гестаційна анемія першого ступеня верифікована у 129 (93,5%) жінок, що виношували багатоплідну вагітність.

Гестаційний пієлонефрит у першому триместрі діагностовано у 17 (12,3%) і у 23 (16,7%) жінок – у другому.

Дисфункція плаценти верифікована у 138 (100%) випадках, антенатальний дистрес одного плода з двійні – у 36 (26,1%) обстежуваних, обох плодів – у 19 (13,8%).

Пологи у строк наступили у 87 (62,3%) вагітних. Передчасне вилиття навколоплідних вод було у 49 (35,5%), інтранатальний дистрес плода – у 41 (29,7%). Передчасне відшарування плаценти мали 45 (32,6%) вагітних. Із них у строці до 21 тижня передчасне часткове відшарування нормально розташованої плаценти було у 11 (8,0%) випадках, з 22-36 тижнів – у 15 (10,9%) і у терміні пологів – у 19 (13,8%) жінок.

Пологи були завершені шляхом кесаревого розтину у 96 (69,6%) випадках. Оцінка за шкалою Апгар на 8 балів була у 69,6%, на 7-6 балів – у 33 (23,9%), на 5 балів – у 9 (6,5%) новонароджених.

Маткова кровотеча в послідовому періоді була у 7 (5,1%) роділь. Післяпологовий період ускладнився субінволюцією матки у 8 (5,8%) породіль.

#### ВИСНОВКИ

1. Вивчення індивідуальних особливостей анамнестичних даних матерів дає можливість розцінювати паління, гострі респіраторні вірусні інфекції, вживання деяких медикаментів в період запліднення та раннього ембріогенезу як екзогенні, не виключено епігенетичні чинники, що сприяють розвитку плацентарної дисфункції при багатоплідній вагітності.

2. Поглиблене вивчення особливостей стану здоров'я майбутньої матері на прегравідарному етапі та періоді раннього ембріогенезу дає змогу прогнозувати ризик розвитку дисфункції плаценти при багатоплідній вагітності та застосовувати профілактичні заходи.

3. Клінічний перебіг вагітності у жінок, що виношують багатоплідну вагітність, супроводжується

загрозою раннього викидня, раннім токсикозом, патологією навколоплідних вод, порушенням плацентарного кровообігу, дисфункцією плаценти, дистресом плода.

4. При плануванні вагітності доцільно проводити периконцепційну профілактику майбутнім батькам.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Вдовиченко Ю. П. Беременность двойней – двойное требование к материнскому организму / Ю. П. Вдовиченко, С. И. Жук, О. В. Мельник // Здоровье женщины. – 2011. – № 1 (57). – С. 64–67.

2. Вдовиченко Ю. П. Перинатальні наслідки багатоплідності / Ю. П. Вдовиченко, А. В. Ткаченко // Одеський медичний журнал. – 2005. – № 2 (88). – С. 56–60.

3. Гусева О. И. Особенности роста плодов и региональные фетометрические нормативы при бе-

ременности двойней в зависимости от их хоральности / О. И. Гусева, Н. А. Филиппова // Пренатальная диагностика. – 2009. – № 2. – С. 105–111.

4. Маслянюк Н. А. Многоплодная беременность после экстракорпорального оплодотворения как фактор риска недоношенности и задержки внутриутробного развития / Н. А. Маслянюк // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – № 1. – С. 116–121.

5. Пренатальная диагностика при многоплодной беременности / Н. Д. Фанченко, Н. А. Каретникова, А. М. Стыгар [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 2. – С. 29–34.

6. Sheay W. Perinatal mortality in first and second-born twins in the United States / W. Sheay, C. V. Ananth, W. L. Kinzler // Obstetrics and Gynecology. – 2004. – Vol. 103 (1). – P. 63–70.