

УДК 618.25:618.39-084.

© Н. А. Щербина, О. П. Липко, Л. В. Потапова, 2011.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С МНОГОПЛОДИЕМ

Н. А. Щербина, О. П. Липко, Л. В. Потапова*Кафедра акушерства и гинекологии №1 (и.о. зав. кафедрой – проф. Н. А. Щербина),
Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков.*

THE PROGNOSIS AND PROPHYLAXIS OF PREMATURE BIRTH WITH MULTIPLE PREGNANCY N. A. Shcherbina, O. P. Lipko, L. V. Potapova

SUMMARY

The preclinical premature birth diagnostics by determining IGFBP-1 in the cervical secretion that allowed conduct timely therapeutic measures and to prolong pregnancy has been carried out.

ПРОГНОЗУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА ПЕРЕДЧАСНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ВАГІТНИХ З БАГАТОПЛІДДЯМ

М. О. Щербина, О. П. Липко, Л. В. Потапова

РЕЗЮМЕ

Проведено доклінічну діагностику передчасних пологів шляхом визначення у цервікальному слизі фосфорильованого протеїну-1, зв'язуючого інсуліноподібний фактор росту, що дозволило провести своєчасні терапевтичні заходи і пролонгувати вагітність.

Ключевые слова: преждевременные роды, многоплодная беременность, цервикальный секрет.

В настоящее время акушерам-гинекологам все чаще приходится сталкиваться с ведением беременных с многоплодной беременностью, полученной в результате вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Это объясняется, в первую очередь, успешным и стремительным развитием данного медицинского направления и значительным ростом частоты обращаемости пациенток к ВРТ. Особенно это относится к пациенткам в возрасте 35 лет и более. Так, по данным литературы, в настоящее время при проведении ВРТ в 26-45% случаях развивается многоплодная беременность [1, 5, 6, 7].

Ни для кого не является новым тот факт, что при многоплодной беременности в 60-70% случаев развиваются преждевременные роды, которые довольно часто способствуют повышению показателей перинатальной и ранней неонатальной смертности [2, 3, 4, 7].

В связи с этим целью настоящего исследования явилось прогнозирование развития преждевременных родов у беременных с многоплодной беременностью. Своевременная диагностика угрожающих преждевременных родов у беременных с многоплодной беременностью после проведения ВРТ значительно усложнена в связи с тем, что такие пациентки, как правило, на протяжении всей беременности получают «сохраняющую» терапию, на фоне которой субъективные признаки угрожающих преждевременных родов, такие как тянущие или ноющие боли в низу живота, могут прак-

тически отсутствовать, а начало преждевременных родов манифестирует отхождение околоплодных вод.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для прогнозирования преждевременных родов нами были обследованы 32 пациентки с двойней в сроках 22-36 недель, беременность у которых наступила в результате ВРТ. Контрольную группу составили 23 беременные в тех же сроках гестации, но с одним плодом, которые находились в стационаре по поводу анемии, гестоза, дистресса плода, и у которых отсутствовали клинические признаки угрожающих преждевременных родов. Основная группа пациенток была разделена на две подгруппы в зависимости от наличия или отсутствия субъективных признаков угрожающих преждевременных родов. 17 (51,3%) беременных с двойней предъявляли жалобы на периодические ноющие боли внизу живота и пояснице и были отнесены в 1А подгруппу, у 15 (46,9%) беременных с двойней жалоб не было, эти пациентки составили 1Б подгруппу.

С целью исключения сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, которые могли также давать субъективные ощущения болей внизу живота и пояснице, всем беременным были проведены общеклинические обследования согласно требованиям приказа МЗ Украины №624 от 03.11.2008 г., а также консультации терапевта, хирурга, невропатолога. В результате обследования и консультаций специалистов, ноющие боли внизу живота у беременных 1А

подгруппы были расценены исключительно как признак угрожающих преждевременных родов. Эти беременные получали стандартную терапию согласно приказу МЗ Украины №624 от 03.11.2008 г.

Кроме того, все беременные в зависимости от срока гестации были разделены на следующие подгруппы: 8 (47,0%) из 1А подгруппы и 7 (46,6%) из 1Б подгруппы были в сроке гестации 22-28 недель. Эти беременные были объединены в группу I. 9 (53,0%) 1А и 8 (53,4%) беременных 1Б подгруппы находились в сроке гестации 29-36 недель и составили группу II. Таким образом, в основной группе были выделены следующие подгруппы: 1АI, 1АII, 1БI, 1БII.

Для диагностики угрожающих преждевременных родов нами было произведено определение в цервикальном слизи фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (фПСИФР-1), который, как известно, выделяется децидуальной оболочкой при отделении от нее плодной оболочки.

Для определения фПСИФР-1 использовали тесты Actim Partus (производства Финляндии).

С помощью стерильного тампона отбирали пробу из цервикального секрета, которую затем экстрагировали буферным раствором. При погружении тестовой полоски в экстракт пробы жидкость поднимается вдоль мембраны. Если в цервикальном секрете содержится фПСИФР-1, то он связывается с антителами, мечеными латексными частицами, которые под действием капиллярной силы продвигаются по мембране и фиксируются иммобилизованными моноклональными антителами на тестовой зоне мембраны. Таким образом, появляется голубая линия (положительный результат). Пороговая концентрация фПСИФР-1 составляет 10 мкг/л (появляется бледно-голубая полоска, результат оценивается как слабоположительный). Если проба содержит более 30 мкг/л, то полоска имеет интенсивно голубое окрашивание, результат оценивается как положительный. Результат оценивали через 5 минут. Линии, которые появлялись позже, чем через 5 минут, во внимание не принимались.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного обследования нами было выявлено, что у 19 (82,6%) беременных контрольной группы тест на фПСИФР-1 был отрицательным, у 4 (17,4%) – он оказался слабоположительным. В основной группе у всех беременных 1АI и 1АII подгрупп тест оказался положительным. У 4 (57,1%) беременных 1БI и 2 (25,0%) беременных 1БII подгрупп тест был слабоположительным, а у 1 (14,3%) беременной 1БI и 6 (75,0%) беременных 1БII подгрупп – положительным. У 3 (42,8%) беременных 1БI подгруппы тест оказался отрицательным.

При дальнейшем наблюдении в течение 14 дней за 4 (17,4%) беременными контрольной группы, за 4 (57,1%) беременными 1БI и 2 (25,0%) – 1БII подгрупп у них развились клинические признаки угрожающих преждевременных родов. У 1 (14,3%) беременной 1БI

и 6 (75,0%) беременных 1БII подгрупп клинические признаки угрожающих преждевременных родов развились в ближайшие 5-7 дней, что повлекло за собой назначение соответствующей терапии. У 3 (42,8%) беременных 1БI подгруппы за все время наблюдения после теста (в течение 14 дней) клинические признаки угрожающих преждевременных родов отсутствовали.

Таким образом, можно заключить, что определение фПСИФР-1 является высокодостоверным прогностическим тестом для определения угрожающих преждевременных родов в ближайшие 5-14 дней и может быть рекомендован для доклинической диагностики этого осложнения беременности как во 2, так и в 3 триместре беременности. Доклиническая диагностика угрожающих преждевременных родов позволит акушерам-гинекологам начать своевременное лечение, а также провести профилактику респираторного дистресс-синдрома у плода.

ВЫВОДЫ

1. Для доклинической диагностики угрожающих преждевременных родов у беременных с многоплодной беременностью, полученной в результате ВПР, необходимо, начиная с 22 недель беременности, каждые 2 недели проводить определение в цервикальном секрете фПСИФР-1.

2. При получении слабоположительного или положительного результата проводить терапевтические мероприятия согласно МЗ Украины №624 от 03.11.2008 г., что позволит значительно снизить процент преждевременных родов у данной категории беременных.

ЛИТЕРАТУРА

- Багатоплодова вагітність в акушерській практиці / М. П. Воропотвелян, П. М. Воропотвелян, В. А. Васильєва [та ін.] // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – Т. 71, № 2. – С. 56–63.
- Здановский В. М. Течение и исход беременности после лечения бесплодия методами вспомогательной репродукции / В. М. Здановский, И. И. Витязев // Проблемы репродукции. – 2000. – № 3. – С. 55–56.
- Пирогова В. І. Передчасні пологи і передчасний розрив плодових оболонок – питання діагностики і ведення недоношеної вагітності / В. І. Пирогова // Медициніські аспекти здоров'я жінки. – 2009. – № 6-7. – С. 23–24
- Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги // Наказ МОЗ України № 624 від 03.11.2008. – 2008. – С. 145–149.
- Топова З. З. Материнська смертність при преждевременных родах / З. З. Топова, Н. Н. Тетрашвили // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 6. – С. 97–101.
- Klemetty R. Health of children born as a result of in vitro fertilization / R. Klemetty, T. Sevon, M. Gissler // Pediatrics. – 2006. – Vol. 118, № 5. – P. 1819–1827.
- Neelanjana M. Malignant conditions in children born after assisted reproductive technology / M. Neelanjana, A. Sabaratnam // Obstet. Gynecol. Surv. – 2008. – Vol. 63, № 10. – P. 669–676.