УДК [618.25-037:618.396] – 098.888.61:618.4

ТКАЧЕНКО А.В.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
кафедра акушерства та гінекології №1, м. Київ

ДО ПИТАННЯ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ ПРИ БАГАТОПЛІДДІ

Мета дослідження *– оцінити можливість прогнозування ризику передчасних пологів та профілактики несприятливих перинатальних наслідків у вагітних жінок з багатоплідними гестаціями.*

Матеріал і методи дослідження. *Обстеженню та проспективному спостереженню підлягали 62 жінки з різними формами багатоплідної вагітності, які народили передчасно, та їх новонароджені. Здійснено аналіз даних про клінічний перебіг вагітності, терміни й особливості перебігу передчасних пологів, їх акушерські та перинатальні наслідки.*

Результати дослідження та їх обговорення. *Екстрагенітальна патологія була присутня в усіх жінок, причому число нозологічних форм на 1 пацієнтку склало 2,3. Переважали залізодефіцитні анемії (52,2%), захворювання сечостатевої системи (34,1%), ендокринні розлади (9,8%), захворювання шлунково-кишкового тракту (8,6%), захворювання серцево-судинної системи (9,2%). Найбільш раннім ускладненням гестаційного процессу була загроза переривання вагітності, що діагностувалась з найраніших термінів. В 2 випадках МХ-двійнят мав місце розвиток синдрому близнюкового перетікання (СБП). Синдром затримки розвитку плода (СЗРП) відзначався у 31,9% серед ДХ двієнь і 80,0% серед МХ двієнь. При проведенні трансвагінальної ультразвукової цервікометрії в динаміці виявлено, що у пацієнток з БВ, які народили передчасно, вже з 20-23 тижнів швидкість вкорочення шийки матки в 6,8 рази перевищувала таку у пацієнток , які доносили вагітність (1,62 мм / тиж. проти 0,25 мм / тиж.). Не було виявлено достовірних відмінностей в довжині шийки матки (p>0,05) у повторновагітних і первісток, а також залежно від типу плацентації. Лікування проводилось в пологодопомічному закладі ІІІ рівня під динамічним контролем клініко-лабораторних, функціональних і ультразвукових методів обстеження згідно розробленого нами алгоритму. Це дозволило, в ряді випадків, пролонгувати вагітність і розроджувати жінок в більш сприятливих умовах і термінах гестації, як для них, так і для плодів.*

Висновки. *Перебіг вагітності та пологів при БВ супроводжується значним числом ускладнень, а результати - підвищенням акушерської патології і збільшенням перинатальної захворюваності. Найчастішими ускладненнями БВ є передчасні пологи, ПД, СЗРП одного або обох плодів. Застосування сучасних методів діагностики стану плодів в комплексі з динамічним спостереженням згідно розробленого алгоритму дозволяє своєчасно розпізнати патологічні стани і провести відповідну корекцію, обрати оптимальні метод і терміни розродження, що повинно відбуватись в умовах спеціалізованого акушерського стаціонару. Трансвагінальний моніторинг за станом шийки матки має бути включений в комплексне обстеження при багатоплідді, сприяючи своєчасному формуванню групи підвищеного ризику та скеруванню таких пацієнток на відповідний рівень надання медичної допомоги.*

Ключові слова: *багатоплідна вагітність, хоріальність, передчасні пологи, акушерські ускладнення, перинатальні втрати, ультразвукова цервікометрія.*

Зниження частоти перинатальних ускладнень під час багатоплідної вагітності (БВ) – одна з актуальних проблем сучасного акушерства. Широке впровадження в клінічну практику репродуктивних технологій призвело до значного збільшення частоти БВ, особливо в економічно розвинутих регіонах і великих містах. [5, 6, 10]. У зв'язку зі зростанням частоти багатоплідних гестацій виникають нові проблеми та збільшується ризик виникнення так би мовити «традиційних» акушерських ускладнень, одне з яких – невиношування вагітності та передчасні пологи, що в свою чергу зумовлює зростання перинатальної захворюваності і смертності, яка знаходиться в корелятивній залежності від ступеню та форми багатоплідності [7, 15]. Так, зокрема, частота пе-

редчасних пологів при вагітності двійнею сягає 54,3% в порівнянні з 9,7% при вагітності одним плодом [1, 3, 8]. У зв'язку з цим, прогнозуванню та профілактиці передчасних пологів належить провідна роль в зниженні перинатальної смертності і захворюваності серед таких пацієнток.

Існує думка, що мимовільний передчасний розвиток скоротливої діяльності матки при багатоплідді може бути пов'язаний з перерозтягненням міометрію, що веде до активації експресії рецепторів до окситоцину, які в свою чергу збільшують кількість «щілинних контактів» і сприяють початку передчасних пологів [6, 8]. Ехографічне визначення стану шийки матки (довжина та кут відхилення шийки матки, ширина та довжина цервікального каналу, діаметр та ступінь розкриття внутрішнього вічка та ін.) дозволяють отримати цінну інформацію щодо прогнозування передчасних пологів і своєчасного формування групи пацієнток з підвищеним ризиком невиношування та недоношування вагітності серед жінок з багатоплідністю [9].

Пологи при БВ також мають значне число ускладнень. Більш часто відзначаються аномалії (слабкість) пологової діяльності, неправильні положення плодів, пологовий травматизм жінки та новонароджених, частіше зустрічається патологічна або підвищена крововтрата. При багатоплідді в набагато більш високому відсотку спостережень мають місце інструментальні вагінальні пологи та/або використовується оперативне розродження. Згідно сучасних літературних даних, у разі розродження жінок з БВ шляхом кесарського розтину перинатальна смертність може бути в 4-5 разів нижчою, ніж при пологах через природні статеві шляхи, проте ця тенденція відображає не стільки неможливість дітей народитись природнім шляхом, скільки неготовність та прогресуючий брак практичного досвіду медичного персоналу щодо ведення таких пологів [10, 13, 15].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – оцінити можливість прогнозування ризику передчасних пологів та профілактики несприятливих перинатальних наслідків у вагітних жінок з багатоплідними гестаціями.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстеженню та проспективному спостереженню підлягали 62 жінки з різними формами багатоплідної вагітності, які народили передчасно, та їх новонароджені. Здійснено аналіз даних про клінічний перебіг вагітності, терміни й особливості перебігу передчасних пологів, їх акушерські та перинатальні наслідки.

Крім загальноприйнятих клінічних та лабораторних методів, проводилось ретельне ультразвукове дослідження експертного рівня в динаміці гестації з визначенням хоріальності БВ, фетометрія з визначенням типу розвитку та статі плодів, плацентометрія з визначенням ступеню зрілості плаценти та місця прикріплення пуповини, динамічна оцінка кількості оплідної рідини тощо. Стан плодової, плодово-плацентарної, матково-плацентарної гемодинаміки оцінювався при Допплерометричному дослідженні шляхом визначення кут-незалежних індексів, систоло-діастоличного відношення та максимальної систолічної швидкості кровоплину. Як рутинний метод дослідження для оцінки стану плодів та їх адаптаційних можливостей проводилась динамічна кардіотокографія (КТГ) або електронний фетальний моніторинг (ЕФМ), в тому числі в обов'язковому порядку під час пологів. Стан новонароджених оцінювали за шкалою Сільвермана та Апгар, у разі наявності визначався ступінь затримки внутрішньоутробного розвитку (гіпотрофії) плодів. Також проводилося визначення особливостей стану шийки матки в динаміці вагітності та пошук ультразвукових критеріїв ризику передчасних пологів.

Статистична обробка даних проводилась із застосуванням інтегральної системи Statistica 6.0 і програмного забезпечення Microsoft Excel. Критичний рівень значущості при перевірці статистичних гіпотез приймався рівним 0,05.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У віці від 20 до 25 років було 16 жінок, від 26 до 30 років - 17 жінок, від 31 до 35 - 21 жінка, старше 35 років - 8 жінок; первісток - 35 (55,5%), повторнонароджуючих - 27 (44,5%). Монохоріальні двійні (МХ) були в 15 випадках (23,8%), дихоріальні двійні (ДХ) - в 47 (76,2%).

Перебіг гестаційного процесу характеризувався наявністю екстрагенітальної патології та ускладнень вагітності. Екстрагенітальна патологія була присутня в усіх жінок, причому число нозологічних форм на 1 пацієнтку склало 2,3. Переважали залізодефіцитні анемії (52,2%), за-

хворювання сечостатевої системи (34,1%), ендокринні розлади (9,8%), захворювання шлунково-кишкового тракту (8,6%), захворювання серцево-судинної системи (9,2%). Найбільш раннім ускладненням гестаційного процесу була загроза переривання вагітності, що діагностувалась з найраніших термінів та супроводжувалась помірними кров'яними виділеннями з піхви. В 2 випадках мав місце розвиток специфічних ускладнень характерних тільки для МХ-двійнят, зокрема синдрома близнюкового перетікання (СБП), що склало 13,3% від загальної кількості МХ двієнь. В 1 випадку плід-донор загинув при терміні вагітності 22 тижні, в іншому - 24 тижнів. В обох випадках здійснювався постійний динамічний контроль за станом плодів, що залишились живими, та гемостазіологічними параметрами вагітних згідно розробленого алгоритму. Ознаки синдрому близнюкової емболії та гострої анемії живих плодів були відсутні, і жінки були розроджені в одному випадку через природні пологові шляхи, в іншому - шляхом операції кесаревого розтину в термінах вагітності 34 та 35 тижнів відповідно.

Більшість авторів вважають БВ, навіть без додаткових факторів що ускладнюють плин гестації, біологічною моделлю плацентарної дисфункції (ПД). ПД при багатоплідді формується в ранньому терміні, її клінічним проявом в на початку гестації може бути загроза переривання, в більш пізні терміни - синдром затримки розвитку плода (СЗРП) [1, 6, 13]. СЗРП відзначався у 15 вагітних з ДХ-двійнятами (31,9% серед ДХ двієнь) і у 12 вагітних з МХ-двійнятами (80,0% серед МХ двієнь). Разом частота СЗРП в обстеженій групі вагітних з передчасними пологами склала 42,8% (серед МХ і ДХ двієнь). В наших спостереженнях СЗРП у вагітних з БВ носив, переважно, дисоційований (дискордантний) характер. Під час вагітності найбільш інформативними і достовірними методами дослідження, що дозволяють діагностувати ПД і СЗРП, є УЗД і Допплерометрія кровотоку в системі мати - плацента - плід (плоди). По мірі прогресування вагітності відзначалось зростання показників кутнезалежних індексів кровотоку, підвищення резистентності внутрішньоплацентарного кровотоку, що інколи супроводжувались ознаками помірної централізації гемодинаміки плодів.

При аналізі КТГ, що безумовно не є достовірним та раннім методом оцінки стану плода, відзначалися значні епізоди стабільного ритму, зменшення кількості акцелерацій та їх амплітуди, в той же час в значній кількості випадків (більш ніж в 50% спостережень) виявлялись спонтанні короткотривалі децелерації (dip 0). Рухова активність плода при цьому не враховувалась, оскільки «посилення» рухової активності при БВ може бути помилковою через сумацію рухів обох плодів. Особливе значення, на наш погляд, має синхронний запис КТГ при МХ-двійнятах для моніторингу за станом плодів при СБП за відсутності можливості провести ультразвукове і Допплерометричне дослідження. При цьому, чим нижче ЧСС плода під час синхронної реєстрації, тим більша ймовірність, що цей плід є «донором».

З метою виявлення ризику передчасних пологів було проведено ретроспективну оцінку результатів вимірювання довжини шийки матки у вагітних, які народили передчасно [2, 11, 12]. Дослідження виконувались тими ж самими фахівцями шляхом трансвагінальної ультразвукової цервікометрії з частотою 1 раз на 2 тижні, або частіше (щотижнево) за наявності показань. Отримані показники співставляли з клінічними наслідками гестації та аналізували в залежності від термінів розвитку спонтанної пологової діяльності. Виявлено, що у пацієнток з БВ, які народили передчасно, були значні відмінності в показниках довжини та швидкості вкорочення шийки матки, в порівнянні с тими, хто народив в термін і відзначалися вже з 20-23 тижнів, коли швидкість вкорочення шийки матки в 6,8 рази перевищувала таку у пацієнток , які доносили вагітність до 36-38 тижнів (1,62 мм / тиж. проти 0,25 мм / тиж.). При цьому, чим раніше наступали пологи при двійні, тим більш значущими були зміни з боку шийки матки, які проявлялись не тільки її вкороченням, але й динамічним розширенням внутрішнього вічка та цервікального каналу з V- або U-подібним пролабуванням плодового міхура. Не було виявлено достовірних відмінностей в довжині шийки матки ($p>0,05$) у повторновагітних і первісток, а також залежно від типу плацентації (моно- та біхоріальна двійня).

Всі вагітні перебували на стаціонарному лікуванні і отримували (за показаннями) токолітичну, спазмолітичну, гіпотензивну, реологічну, метаболічну, протианемічну, седативну терапію, профілактику РДС дексаметазоном або бетаметазоном (згідно з існуючими протоколами) та санацію пологових шляхів (за наявності кольпіту чи дисбіозу, верифікованих бактеріологічними та/або бактеріоскопічними дослідженнями), за

потреби призначалась антибактеріальна терапія (у разі підтвердженого пієлонефриту та/або бактеріурії вагітних, а також обгрунтованій підозрі на внутрішньоутробне інфікування) [4, 14, 15]. Лікування проводилось в пологодопомічному закладі ІІІ рівня під динамічним контролем клініко-лабораторних, функціональних і ультразвукових методів обстеження. Це дозволило, в ряді випадків, пролонгувати вагітність і розроджувати жінок в більш сприятливих умовах і термінах гестації, як для них, так і для плодів.

Шляхом операції кесаревого розтину були розроджені 37 вагітних (59,7%), через природні родові шляхи - 25 вагітних (40,3%), причому тільки три МХ-двійні з 15 народилися через природні пологові шляхи (20,0%). Показаннями до кесаревого розтину послужили: стан плодів (фізіологічна незрілість, гострий дистрес, прогресуючий СЗРП з нульовим та/або зворотнім діастоличним кровоплином в артерії пуповини на тлі низьких показнииків біоізичного профілю, неправильне або тазове передлежання першого плода) - в 30 випадках (48,4% від загальної кількості вагітних з передчасними пологами при БВ та 81,1% від усіх розроджених оперативним шляхом); гестоз - у 4 випадках (6,5% від загальної кількості вагітних та 10,8% від розроджених оперативним шляхом); рубець на матці - в 3 випадках (4,8% від усіх вагітних та 8,1% від розроджених шляхом кесаревого розтину). Аномалії пологової діяльності при передчасних пологах у жінок з БВ відзначені в 7 випадках (28% жінок розроджених природним шляхом). В 1 випадку при МХ-двійні та СЗРП одного з плодів на тлі передчасного розриву плодових оболонок (ПРПО) та слабкості пологової діяльності, що супроводжувались внутрішньоутробним стражданням (дистресом) меншого з плодів, клінічна ситуація потребувала абдомінального розродження й пологи було закінчено шляхом операції кесаревого розтину. При проведенні даного дослідження ми свідомо не включали випадки передчасних пологів пов'язаних із ургентним розродженням у зв'язку з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти або діагностованими аномаліями плацентації (передлежання та/або аномально інвазивні плаценти).

Крововтрата під час пологів складала від 250 до 450 мл, в середньому 350 ± 20 мл. При операції кесаревого розтину крововтрата склала від 550 до 950 мл, в середньому 750 ± 35 мл ($p<0,05$). У всіх випадках крововтрата ліквідована консервативними заходами – застосуванням токоміметіков, інгібіторів фібринолізу, препаратів крові, плазмозамінників.

Народилися 120 живих дітей з масою 760-2550 г, довжиною від 27 до 48 см. В одному випадку при ДХ-двійні плоди загинули послідовно при термінах гестації 25 тижні (на етапі до скерування жінки в спеціалізований акушерський стаціонар) і 27 тижнів (на першу добу перебування в нашій клініці) на тлі прогресуючої ПД та внутрішньоутробного інфікування у повторновагітної, яка не перебувала на обліку в ЖК, що підтверджено гістологічним дослідженням плацент та результатом аутопсії плодів. При двох МХ-двійнятах по одному плоду з кожної вагітності загинули при термінах 22 тижні і 24 тижнів на тлі прогресуючого СБП.

На другий етап виходжування були переведені 68 новонароджених (56,7%), показаннями для цього були недоношеність і незрілість, СЗРП, пневмопатії на фоні РДС, гіпоксичні ураження ЦНС, вроджені вади розвитку.

ВИСНОВКИ

Таким чином наше дослідження ще раз підтвердило, що перебіг вагітності та пологів при БВ супроводжується значним числом ускладнень, а результати – підвищенням акушерської патології і збільшенням перинатальної захворюваності. Дуже частими ускладненнями БВ є передчасні пологи, ПД, СЗРП одного або обох плодів. Застосування сучасних методів діагностики стану плодів в комплексі з динамічним спостереженням згідно розробленого алгоритму дозволяє своєчасно розпізнати патологічні стани і провести відповідну корекцію, обрати оптимальні метод і терміни розродження, що повинно відбуватись в умовах спеціалізованого акушерського стаціонару та має значення для зниження перинатальних втрат і захворюваності вагітних з передчасними пологами на фоні БВ, зокрема. Трансвагінальний моніторинг за станом шийки матки має бути включений в комплексне обстеження при багатоплідді та несе цінну інформацію щодо прогнозування передчасних пологів, сприяючи своєчасному формуванню групи підвищеного ризику та скеруванню таких пацієнток на відповідний рівень надання медичної допомоги. У впровадженні подібної тактики в клінічну практику пологодопомічних закладів нашої країни, ми бачимо ресурс щодо зниження неблагоприємних наслідків багатоплідних гестацій, зменшення частоти передчасних пологів, оперативного розродження та переводу новонароджених на другий етап ви-

ходжування, що в свою чергу зменшить фінансове навантаження на лікувальні заклади та самих пацієнтів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Баева, И.Ю. Анатомо-метрическая характеристика плодов и новорожденных близнецов при многоплодной беременности /И.Ю. Баева: Автореф. дис. . канд. мед. наук. - М., 2005. - 23 с.
2. Васеленко В. А. Оценка состояния шейки матки у первобеременных женщин с явлениями угрозы прерывания беременности / В. А. Васеленко, И. Ю. Гордиенко, С. П. Писарева // Ультразвукова перинатальна діагностика. – 2012. – Т. 21. – С. 73–83.
3. Венцківська І. Б. Передчасні пологи – патогенез, прогнозування та профілактика (методичні вказівки) / І. Б. Венцківська, В. В. Подольський, В. В. Біла, О. С. Загородня. – К., 2014. – 22 с. (затверджено МОЗ України 3.11.2014 – 11.14/239.14).
4. Венцківська І. Б. Протизапальні препарати в лікуванні загрози перед-часних пологів / І. Б. Венцківська, О. С. Загородня, К. О. Венцківський // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2012. – № 1. – С. 145-147
5. Запорожан В. М. Акушерство і гінекологія / В. М. Запорожан, М. Р. Цегельський. – К.: Здоров'я, 2009. – 134 с.
6. Краснопольский В.И., Новикова С.В., Капустина М.В. и др. Современные проблемы многоплодной беременности / Рос. вестн. ассоц. акуш.-гинек. - 2009. - № 2. - С. 79-82.
7. Прохорова, В.С. Перинатальные исходы при многоплодии /В.С. Прохорова, Н.Г. Павлова //Журн. акуш. и жен. бол. – 2010. – Т. LIX, вып. 3. – С. 55– 59.
8. Сидельникова В. М. Невынашивание беременности / В. М. Сидельникова. – М., 2009. – 290 с.
9. Conde-Agudelo A., Romero R., Hassan S.S., and Yeo L.: Transvaginal sonographic cervical length for the prediction of spontaneous preterm birth in twin pregnancies: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. – 2010; 203: pp. 128.e1128.e12
10. Consensus views arising from the 50th Study Group: Multiple Pregnancy. RCOG, 2006.
11. Heath V. C., Southall T. R., Souka A. P., Elisseou A. Cervical length at 23 weeks of gestation: prediction of spontaneous preterm delivery / Ultrasound. Obstet. Gynecol. – 2008. – № 12. – P. 312–317.
12. Hibbard J. U. Cervical Length at 16-22 weeks' gestation and risk for preterm delivery / J. U. Hibbard, M. Tart, A. H. Moawad // Obstet. Gynaecol. – 2009. – Vol. 96, № 6. – P. 972–978.
13. Lewi L, Lewi P, Diemert A, et al. The role of ultrasound examination in the first trimester and at 16 weeks' gestation to predict fetal complications in monochorionic diamniotic twin pregnancies. Am J Obstet Gynecol 2008; 199:493.e1-493.e7.
14. Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Prasertcharoensook W, Laopaiboon M. Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2.
15. To M.S., Fonseca E.B., Molina F.S., Cacho A.M., and Nicolaides K.H.: Maternal characteristics and cervical length in the prediction of spontaneous early preterm delivery in twins. Am J Obstet Gynecol. – 2006; 194: pp. 1360-1365

РЕЗЮМЕ

К ВОПРОСУ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ МНОГОПЛОДИИ

ТКАЧЕНКО А.В.

Цель исследования - оценить возможность прогнозирования риска преждевременных родов и профилактики неблагоприятных перинатальных исходов у беременных с многоплодными гестациями.

Материал и методы исследования. Обследованию и проспективному наблюдению подлежали 62 женщины с различными формами многоплодной беременности (МБ), родивших преждевременно, и их новорожденные. Проведен анализ данных о клиническом течении беременности, сроках и особенности течения преждевременных родов, их акушерских и перинатальных исходах.

Результаты исследования и их обсуждение. Экстрагенитальная патология имела место у всех женщин, причем число нозологических форм на 1 пациентку составило 2,3. Преобладали железодефицитные анемии (52,2%), заболевания мочеполовой системы (34,1%), эндокринные расстройства (9,8%), заболевания желудочно-кишечного тракта (8,6%), заболевания сердечно-сосудистой системы (9,2 %). Наиболее ранним ослож-

нением гестационного процесса была угроза прерывания беременности, проявляющаяся уже с ранних сроков. В 2 случаях МХ-двоен имело место развитие синдрома фето-фетальной трансфузии (СФФТ). Синдром задержки развития плода (СЗРП) отмечался в 31,9% среди ДХ двоен и 80,0% среди МХ двоен. При проведении трансвагинальной ультразвуковой цервикометрии в динамике выявлено, что у пациенток с МБ, которые родили преждевременно, уже с 20-23 недель скорость укорочения шейки матки в 6,8 раза превышала таковую у пациенток, которые доносили беременность (1,62 мм / нед. против 0,25 мм / нед.). Не было выявлено достоверных различий в длине шейки матки ($p < 0,05$) у повторнобеременных и первобеременных, а также в зависимости от типа плацентации. Лечение проводилось в родовспомогательном учреждении III уровня под динамическим контролем клинико-лабораторных, функциональных и ультразвуковых методов обследования согласно разработанного нами алгоритма. Это позволило, в ряде случаев, пролонгировать беременность и родоразрешать женщин в более благоприятных условиях и сроках гестации, как для них, так и для плодов.

Выводы. Течение беременности и родов при многоплодии сопровождается значительным числом осложнений, а результаты - повышением акушерской патологии и перинатальной заболеваемости. Частыми осложнениями МБ являются преждевременные роды, плацентарная дисфункция, СЗРП одного или обоих плодов. Применение современных методов диагностики и оценки состояния плодов в комплексе с динамическим наблюдением согласно разработанного алгоритма позволяет своевременно распознать патологические состояния и провести соответствующую коррекцию, выбрать оптимальные метод и сроки родоразрешения, что должно происходить в условиях специализированного акушерского стационара. Трансвагинальный мониторинг за состоянием шейки матки должен быть включен в комплексное обследование при многоплодии, способствуя своевременному формированию группы повышенного риска и направлению таких пациенток на соответствующий уровень оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: многоплодная беременность, хориальность, преждевременные роды, акушерские осложнения, перинатальные потери, ультразвуковая цервикометрия

SUMMARY

TO THE QUESTION OF PREVENTION OF PRETERM DELIVERY IN WOMEN WITH MULTIPLE PREGNANCY

TKACHENKO A.V.

The objective: to assess the possibility of predicting the risk of preterm delivery and the prevention of adverse perinatal outcomes in pregnant women with multiple pregnancy (MP).

Materials and methods: 62 women with different forms of multiple pregnancy delivered prematurely, and their newborns were subject for screening and prospective monitoring. The analysis of clinical features of pregnancy duration, terms and peculiarities of preterm labor course, its obstetrical and perinatal outcomes were conducted.

Results: Extragenital pathology was present in all women, and the number of nosological forms per patient was 2.3. Iron deficiency anemia (52.2%), genitourinary system diseases (34.1%), endocrine disorders (9.8%), gastrointestinal tract diseases (8.6%), cardiovascular pathology (9.2%) were prevalent. The threatened abortion diagnosed from the earliest gestational terms was the most frequent complication. In 2 cases of MC-twins development of twin-to-twin transfusion syndrome (TTTS) took place. Fetal growth restriction syndrome (IUGR) was observed in 31.9% of the DC- and about 80.0% among MC twins. Dynamic examination by transvaginal ultrasound cervicometry demonstrated, that in patients with MP who gave birth prematurely, the trend of cervical length shortening was 6.8 times higher than in patients who delivered at term, starting from 20-23 weeks of gestation (1.62 mm / week vs 0.25 mm / week). There were no significant differences in the length of the cervix ($p >$

0.05) in multiparous and primiparous, as well as no correlation with the type of placentation observed. Antenatal monitoring and treatment was carried out in the tertiary level delivery units and hospitals along with dynamic control of clinical, laboratory, functional and ultrasonic methods of examination in accordance with the algorithm developed by us. This allowed in some cases to prolong pregnancy as well as to deliver such patients in more favorable conditions and terms of gestation, for mothers and fetuses, both.

Conclusions*:* The course of pregnancy and childbirth in women with MP is accompanied by a high rate of complications, and its outcomes - an increase in obstetrical pathology and perinatal morbidity. The most frequent complications of MP are premature delivery, placental insufficiency, IUGR of single or both fetuses. The implementation of modern approaches to evaluate fetal wellbeing jointly with dynamic monitoring of pregnancy duration in accordance with algorithm developed, simplify early recognition of obstetrical and perinatal pathology and its appropriate correction and estimation of the optimal method and terms of delivery, which should occur in a specialized obstetrical units and tertiary level hospitals. Transvaginal evaluation and monitoring of the cervical length should be included in a comprehensive multiparous examination, facilitating the timely selection of a high-risk group and targeting such patients to the appropriate level of medical care.

Key words: multiple pregnancy, chorionity, preterm delivery, obstetrical complications, perinatal loss, ultrasonic cervicometry