
© Булавенко О.В., Вознюк А.В., Кукуруза І.Л., Банах Ю.В., Титаренко Н.В.

УДК: 618.396.25

Булавенко О.В., Вознюк А.В., Кукуруза І.Л., Банах Ю.В., Титаренко Н.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра акушерства і гінекології №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ ПРИ БАГАТОПЛІДДІ В СТРУКТУРІ ГОСПІТАЛІЗАЦІЙ АКУШЕРСЬКОГО СТАЦІОНАРУ ТРЕТИННОГО РІВНЯ

Резюме. В основу роботи покладено ретроспективний аналіз особливостей перебігу вагітності, пологів та перинатальних наслідків у 1535 жінок, котрі були розроджені протягом 2016 рік на базі стаціонару третинного рівня - Вінницького обласного перинатального центру, серед них: 52 жінок із багатоплодовою вагітністю. Проведений аналіз показав, що перебіг вагітності та пологів у жінок із багатопліддям має ускладнений характер, а народжені діти відносяться до групи високого ризику виникнення проблем, пов'язаних із передчасним розродженням (неонатальна жовтяниця, анемія, дихальні розлади, ін.).

Ключові слова: багатоплодова вагітність, пологи, перинатальні наслідки.

Вступ

На сучасному етапі розвитку практичного акушерства однією з головних проблем залишається пробле-

ма зниження материнської та перинатальної захворюваності та смертності. Резервом для вирішення даної

проблеми є рання діагностика ускладнень гестаційного процесу, прогнозування та вибір раціональної тактики ведення вагітності та пологів у жінок групи високого перинатального ризику. На сьогодні одним із найбільш серйозних факторів ризику для матері та новонародженого залишається багатопліддя. Пологи двійнею спостерігаються в 2-3 % роділь та відносять до патологічних [8].

Багатоплодова вагітність згідно з даними літератури асоціюється з більш високим рівнем перинатальної захворюваності, смертності та інвалідизації новонароджених в порівнянні з одноплодовими вагітностями [1, 3, 6, 7]. Це пояснюється перш за все більш високою частотою передчасних пологів у цієї категорії вагітних. Так, частота передчасного розродження при багатоплідді в 3,5 разів перевищує таку при одноплодовій вагітності [4, 5]. Зокрема, близько 40 % багатоплодових вагітностей завершуються пологами до 37 тижнів гестації [2], а серед пологів, котрі відбулися до 32 тижнів, 25 % складають багатоплодові пологи. В зв'язку з цим одним із перспективних напрямків наукового пошуку є дослідження прогностичних критеріїв для своєчасного формування групи підвищеного ризику передчасних пологів серед пацієток із багатопліддям. Водночас, потребує вивчення особливостей перебігу вагітності, пологів та структури неонатальної захворюваності, вивчення факторів ризику для плода та їх спрямованості. Все це дозволить коректно виділити групи ризику різної патології та обґрунтувати комплекс лікувально-профілактичних заходів.

Мета дослідження - вивчити перебіг вагітності, пологів та перинатальні наслідки при багатоплідді в структурі госпіталізацій акушерського стаціонару третинного рівня.

Матеріали та методи

Робота виконана в умовах відділення патології вагітності обласного перинатального центру, що є стаціонаром третинного рівня надання акушерської допомоги в Вінницькій області. Проведено ретроспективний аналіз 1535 історій пологів за 2016 рік.

Основну групу склали 52 історії пологів із багатоплодовою вагітністю, групу порівняння - 1483 історій пологів із одноплодовою вагітністю. Середній вік жінок в обох групах достовірно не відрізнявся та склав $29,52 \pm 5,76$ років у основній групі та $28,79 \pm 3,13$ років у групі порівняння ($p > 0,05$). При вивченні анамнезу життя найбільш частими захворюваннями були захворювання нирок (8,9 %), захворювання судин (8,3 %), порушення ритму серця (5,8 %), захворювання органів травлення та печінки (5 %).

Близько третини (31,1 %) вагітних основної групи мали гінекологічні захворювання (бактеріальний вагіноз, кольпіт, дисплазія шийки матки, ендометрит, запальні захворювання малого

тазу, лейоміома матки). Акушерський анамнез показав, що перша вагітність була у 19 (36,5 %) жінок у основній групі та 622 (41,9 %), повторну вагітність мали 33 (63,5%) та 861 (58,1 %) жінок відповідно ($p > 0,05$). В основній групі акушерський анамнез був обтяжений штучними перериваннями вагітності у 11 (21,2%) жінок та самовільними викиднями у 3 (5,8%), в групі порівняння щонайменше один штучний аборт мали 36 (24,3 %), самовільний викидень - 14 (9,4 %) вагітних.

У жінок основної групи народилося 104 немовлят, із них 48 - чоловічої статі, 56 - жіночої; в групі порівняння - 1483 немовлят (702 хлопчика, 781 дівчинка). Стан новонародженого оцінювали на 1-ій та 5-ій хвилині після народження за шкалою Апгар, враховували антропометричні дані та показники стану новонароджених.

Статистична обробка отриманих даних виконувалася у статистичному пакеті "SPSS 20" (SPSS Inc.) з використанням параметричних та непараметричних методів оцінки отриманих результатів. Для знаходження відмінностей частот використовували метод визначення χ^2 -квадрат (Пірсона) з корекцією Йетса на безперервність. Статистично значущими вважалися відмінності при $p < 0,05$ (95 %-й рівень значущості).

Результати. Обговорення

Всього протягом 2016 року в умовах Вінницького обласного перинатального центру було розроджено 1535 вагітних. При проведенні клініко-статистичного аналізу причин госпіталізації встановлено, що багатоплідна вагітність була причиною госпіталізації в стаціонар третинного рівня у 52 пацієток. Таким чином, в структурі госпіталізації на третинний рівень надання акушерської допомоги вагітні з багатопліддям у цей рік склали 3,4 % (рис. 1).

Як видно з рисунку 1, багатоплодова вагітність (3,4 %) займає 6-е місце в структурі частоти госпіталізації акушерського стаціонару третинного рівня, поступаючись екстрагенітальній патології (44 %), рубцю на матці після операції кесарів розтин (14,9 %), сідничному пельвічному передлежання / неправильне положення плода (7,3 %), прееклампсії (7 %), лейоміомі матки (3,8 %).

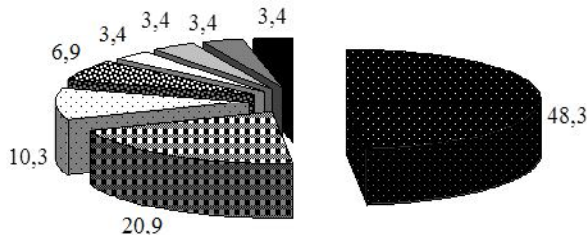


Рис. 1. Частота багатоплодової вагітності та її місце в структурі причин госпіталізацій у стаціонар третинного рівня протягом 2016 року.

Таблиця 1. Ускладнення перебігу вагітності в досліджуваних групах.

Нозологічна одиниця	Основна група (n=52)		Група порівняння (n=1483)	
	абс.	%	абс.	%
Ранній гестоз	18	34,6	503	33,9
Гостра вірусна інфекція в I триместрі	15	28,9	335	22,6
Анемія вагітних	10	19,2	224	15,1
Загроза передчасних пологів	35	67,3	401	27,7*
Передчасні пологи	26	50,0	165	11,1*
Передчасний розрив плодових оболонок	17	32,7	333	22,5
Загроза переривання вагітності	7	13,5	201	13,6
Патологічна прибавка маси тіла	6	11,5	196	13,2
Прееклампсія помірного ступеня	3	5,8	77	5,2
Прееклампсія важкого ступеня	1	1,9	27	1,8
Антенатальна загибель плода	3	5,8	15	1,0*
Пілонефрит вагітних	2	3,8	33	2,2
Артеріальна гіпертензія вагітних	1	1,9	27	1,8
Гестаційний діабет	1	1,9	13	0,9

Примітка. * - рівень значущості відмінностей показників порівняно з основною групою $p < 0,05$.



- Тазове/поперечне положення 1-го плода
- ▣ Гострий дистрес плода
- Рубець на матці після операції кесарів розтин
- ▤ Монохоріальна моноамніотична двійня
- Екстракорпоральне запліднення
- Обструктивні пологи
- Аномалії пологової діяльності

Рис. 2. Структура показань до оперативного розродження жінок із багатоплодовою вагітністю (n=29).

Таблиця 2. Відмінності характеристик новонароджених.

Показник	Основна група (n=100)	Група порівняння (n=1460)
Маса тіла дитини, г ¹	2353,2±621,1 (540-3770)	3522,0±375,7# (540-6300)
Зріст дитини, см ²	46,86 [44,33-48,85]	52,28 [50,51-55,12]*
Стан за Апгар на 1-й хвилині, бали ¹	7,07±1,26 (1-8)	7,15±0,72 (1-9)
Стан за Апгар на 5-й хвилині, бали ¹	8,11±1,38 (0-9)	8,23±0,75 (0-10)

Примітки: М - середні арифметичні значення досліджуваних показників, σ - середні квадратичні відхилення, Me - медіани, [LQ, HQ] - 25-й та 75-й проценти, # - рівень значущості відмінностей показників при порівнянні з іншою групою $p < 0,05$ за t-критерієм Стьюдента, * - рівень значущості відмінностей показників при порівнянні з іншою групою $p < 0,05$ за критерієм Манна-Уїтні.

редлежанню та неправильному положенню плода (7,3 %), прееклампсії (7 %), лейоміомі матки (3,8 %).

При порівнянні перебігу вагітностей у досліджуваних групах встановлено значущі відмінності за такими станами: загроза передчасних пологів (СШ: 5,56; ДІ [3,078-10,03], ($p < 0,001$), передчасні пологи (СШ: 7,988; ДІ [4,53-14,08], ($p < 0,001$), антенатальна загибель плода (СШ: 5,992; ДІ [1,68-21,37], ($p = 0,002$), які з більшою частотою зустрічалися в основній групі жінок із багатоплодовою вагітністю (табл. 1).

Середня тривалість багатоплодової вагітності (основна група) склала $34,94 \pm 3,52$ тижнів (мінімальна - 24 тижнів, максимальна - 38 тижнів), одноплодової (група порівняння) - $37,83 \pm 1,57$ тижнів (мінімальна - 27 тижнів, максимальна - 39 тижнів), $p < 0,05$.

В основній групі операція кесарів розтин була виконана в 29 (55,8 %) випадках, тоді як в групі порівняння оперативні пологи проведені в 401 (27 %) випадків (СШ: 3,402; ДІ [1,945-5,951], ($p < 0,001$)). Структура показань до оперативного розродження жінок із багатоплодовою вагітністю наведена на рисунку 2.

При порівнянні перебігу пологів значущих відмінностей між групами знайдено не було ($p > 0,05$), за виключенням частоти інтранатальної загибелі плода, котра була достовірно вищою в основній групі (1,9 % проти 0,3 % у групі порівняння, СШ: 9,673; ДІ [1,003-94,59], ($p = 0,017$)).

У жінок основної групи живими народилося 100 немовлят, у групі порівняння - 1460. У процесі порівняння антропометричних та вітальних характеристик новонароджених виявлено відмінності у середніх значеннях маси тіла та зросту (табл. 2). Середні значення антропометричних та вітальних характеристик 1-го та 2-го плодів достовірно не відрізнялися. Народження крупного плода спостерігалось тільки в групі порівняння в 161 випадку, що склало 11 %.

Під час порівняння структури ускладнень неонатального періоду встановлено значущу різницю в частоті проблем, пов'язаних із передчасним розродженням (неонатальна жовтяниця, анемія, дихальні розлади, ін.) (28 % в основній групі, 9 % у групі порівняння; СШ: 3,9; ДІ: [2,461-6,325], ($p < 0,001$)), що відповідно пояснюється більшою кількістю передчасних пологів у жінок із багатоплодовою вагітністю. Передчасні поло-

ги також мають зв'язок із відмінностями середніх у масі тіла та зросту. Інших відмінностей у схильності до захворювань та вроджених вад розвитку не виявлено. Частота випадків ранньої неонатальної загибелі достовірно не відрізнялася в групах порівняння: 1/100 живонароджених в основній групі, 8/1460 - у групі порівняння, $p > 0,05$.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Встановлено, що під час багатоплодової вагітності відбувається підвищення частоти ускладнень, а саме: загрози передчасних пологів (67,3 % проти 27,7 %, СШ: 5,56; ДІ [3,078-10,03]), передчасних пологів (50 % проти 11,1 %, СШ: 7,988; ДІ [4,53-14,08]), антенатальної загибелі плода (5,8 % проти 1 %, СШ: 5,992; ДІ [1,68-21,37]), ($p < 0,01$).

2. Доведено, що у вагітних із багатоплодовою вагітністю спостерігається підвищення частоти оперативного розродження шляхом операції кесарів розтин (55,8 % проти 27 %, (СШ: 3,402; ДІ [1,945-5,951], ($p < 0,001$)). Ймовірність інтранатальної загибелі плода в жінок із багатопліддям в 9,7 разів вища, ніж у жінок із одноплідною вагітністю ($p = 0,017$).

3. Народженні діти від матерів із багатопліддям відносяться до групи високо ризику виникнення проблем, пов'язаних із передчасним розродженням (28 % проти 9 %; СШ: 3,9; ДІ: [2,461-6,325], ($p < 0,001$)).

Отримані дані щодо особливостей перебігу вагітності, пологів та перинатальних наслідків у жінок із багатоплодовою вагітністю є основою для обґрунтування комплексу лікувально-профілактичних заходів, котрі спрямовані на профілактику акушерських та перинатальних ускладнень.

Список посилань

1. Савельева, Г. М. & Шалина, Р. И. (2012). Преждевременные роды как важнейшая проблема современного акушерства. *Акушерство и гинекология*, 2, 4-10.
2. Dolgun, Z. N., Inan, C. & Altintas, A. S. (2016). Preterm birth in twin pregnancies: Clinical outcomes and predictive parameters. *Pak. J. Med. Sci.*, 32 (4), 922-996.
3. Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D. & Romero, R. (2008). *Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet*, 371 (9606), 75-84.
4. Obiechina, Nj., Okolie, V. & Eleje, M. G. (2011). Twin versus singleton pregnancies: the incidence, pregnancy complications, and obstetric outcomes in a Nigerian tertiary hospital. *Int. J. Womens Health*, 3, 227-230.
5. Pakrashi, T. & Defranco, E. A. (2013). The relative proportion of preterm births complicated by premature rupture of membranes in multifetal gestations: a population-based study. *Am. J. Perinatol.*, 30 (1), 69-74.
6. Rizwan, N., Abbasi, R.M. & Mughal, R. (2010). Maternal morbidity and perinatal outcome with twin pregnancy. *J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad*, 22(2), 105-107.
7. Chauhan, S. P., Scardo, A., Hayes, E., Abuhamad, A. Z. & Berghella, V. (2010). Twins: prevalence, problems, and preterm births. *Am. J. Obstet Gynecol*, 203 (4), 305-315. doi: 10.1016/j.ajog.2010.04.031.
8. Vogel, J. P., Torloni, M. R. & Seuc, A. (2013). Maternal and Perinatal Outcomes of Twin Pregnancy in 23 Low- and Middle-Income Countries. *PLoS One*, 8 (8), e70549. doi: 10.1371/journal.pone.0070549

Булавенко О.В., Вознюк А.В., Кукуруза І.Л., Банах Ю.В., Титаренко Н.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ МНОГОПЛОДИИ В СТРУКТУРЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА ТРЕТИЧНОГО УРОВНЯ

Резюме. В основу работы положен ретроспективный анализ особенностей течения беременности, родов и перинатальных исходов у 1535 женщин, родоразрешенных в течении 2016 года на базе стационара третичного уровня - Винницкого областного перинатального центра, из них: 52 женщины с многоплодной беременностью. Проведенный анализ показал, что течение беременности и родов у женщин с многоплодием носят осложненный характер, а рожденные дети относятся к группе высокого риска возникновения проблем, связанных с преждевременным родоразрешением (неонатальная желтуха, анемия, дыхательные расстройства, др.).

Ключевые слова: многоплодная беременность, роды, перинатальные исходы.

Bulavenko O.V., Vozniuk A.V., Kykuryza I.L., Banakh Yu.V., Tytarenko N.V.

PREGNANCY, DELIVERY AND PERINATAL PECULIARITIES OF WOMEN WITH MULTIPLE PREGNANCIES IN THE STRUCTURE OF TERTIARY-LEVEL OBSTETRIC HOSPITALIZATION

Summary. Retrospective analysis of pregnancy, delivery, and perinatal outcomes in 1,535 women who gave birth in 2016, was performed at the stationary of the tertiary - level at the Vinnytsia Regional Perinatal Center. Among them 52 women had multiple pregnancies. The analysis showed that the pregnancy and delivery in women with multiple pregnancies tend to have complicated character, for example high-risk newborns belonging to the group with complications associated with preterm delivery (neonatal jaundice, anemia, respiratory disturbances, etc.).

Key words: multiple pregnancies, delivery, perinatal outcomes.

Рецензент - д.мед.н., доц. Рудь В.О.

Стаття надійшла до редакції 09.08.2017 р.

Булавенко Ольга Василівна - д.мед.н., проф., зав. кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38(067)6231671; remedivin@gmail.com

Вознюк Андрій Вікторович - аспірант кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38(067)8888921; dr.vozniuk@gmail.com

Кукуруза Інна Леонідівна - к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; заступник головного лікаря ВОКЛ ім. М. І. Пирогова з акушерсько-гінекологічної допомоги, зав. Вінницького обласного перинатального центру, головний спеціаліст - акушер-гінеколог Департаменту охорони здоров'я

Вінницької обласної державної адміністрації; + 38(067)7858939; inna_kykyryza@mail.ru

Банах Юрій Віталійович - зав. відділення патології вагітних Вінницького обласного перинатального центру; + 38(067)4301219

Титаренко Наталія Василівна - к.мед.н., асистент кафедри хірургії №1 з курсом анестезіології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, головний спеціаліст - акушерський анестезіолог Департаменту охорони здоров'я Вінницької обласної державної адміністрації; + 38(097)5847982; andriykostyuchenko@gmail.com
