

Багатоплідна вагітність: нові антенатальні аспекти з точки зору доказової медицини

Д.Г. Коньков, Б.Ф. Мазорчук, О.О. Кулик, А.В. Чернов, Н.А. Годлевська Кафедра акушерства і гінекології № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; Управління охорони здоров'я Вінницької облдержадміністрації

Багатоплідною є вагітність, при якій в організмі жінки розвивається два плода або більше. Народження двох і більше дітей називають багатоплідними пологами.

Виділяють два різновиди двійні: двояйцеву (дизиготну) і однайцеву (монозиготну). При однайцевих двійнях запліднюється одна яйцеклітина. Кількість плацент, що формуються, при цьому типі двійні залежить від строку ділення єдиної заплідненої яйцеклітини. Якщо ділення відбувається протягом перших 72 год після запліднення (до стадії морули), то формуються два ембріона, два амніона, два хоріона/плаценти. Міжплодова перегородка, як і при двояйцевій двійні, складається з чотирьох шарів. Таку однайцеву двійню називають біхоріальною біамніотичною. Коли ділення яйцеклітини відбувається в інтервалі 3-8 діб після запліднення (стадія бластоцисти), то формуються два ембріона, два амніона, але один хоріон/плацента. Міжплодова перегородка при цьому складається з двох шарів амніону. Такий тип однайцевої двійні вважають монохоріальним біамніотичним. При діленні яйцеклітини в інтервалі 8-13 діб після запліднення формуються один хоріон і два ембріона, оточені єдиною амніотичною оболонкою, – міжплодова перегородка відсутня. Таку однайцеву двійню називають монохоріальною моноамніотичною. Результат ділення заплідненої яйцеклітини на більш пізніх строках (після 13-ї доби), коли вже сформовані ембріональні диски, – це зрощена двійня. Таким чином, біхоріальними можуть бути як двояйцеві, так і однайцеві двійні, тоді як монохоріальними – тільки однайцеві [1, 25].

За останні 15 років значно підвищилася частота багатоплідних вагітностей (БВ). У 60-70% випадків це пов'язано з частим використанням індукції овуляції, стимуляції суперовуляції у програмах допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), включаючи екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ) і перенесення ембріонів (ПЕ). У зв'язку з розвитком ЕКЗ та ПЕ з 1980 до 1997 р. щорічна кількість пологів двійнятами збільшилася на 52%, тоді як частота народження трійнят – на 404% [27, 29].

Окрім цього, прогностичними чинниками для БВ є вік жінок старше 35 років, розширення застосування спектра гормональних препаратів при лікуванні безпліддя (кломіфен, профазі, прегніл), використання комбінованих оральних контрацептивів (ребаунд-ефект), аномалії розвитку матки, расовий чинник (більше БВ спостерігається серед жінок негроїдної раси, менше – серед азійської), спадковість [25].

Із розвитком репродуктивних технологій, які збільшують число БВ, зростає кількість чинників, що можуть негативно впливати на перебіг вагітності, материнську захворюваність (зростає в 3-7 разів) і пов'язані з нею матеріальні витрати. Останні збільшуються більш ніж на 40% у порівнянні з одноплідною вагітністю. Крім того, період госпіталізації пролонгується у шість разів і більше, що призводить до можливої контамінації нозокоміальної інфекції [13, 18, 25, 27].

Серед ускладнень БВ хотілося б виділити преєклампсію різних ступенів тяжкості, передчасні пологи, передчасне відходження навколоплідних вод, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, гестаційний діабет, пієлонефрит, післяпологові кровотечі, анемію та ін. [7, 17].

Дві третини БВ закінчуються одноплідними пологами внаслідок втрати іншого ембріона в результаті кровотечі, редукції і подальшої резорбції упродовж перших 10 тиж вагітності або муміфікації (паперовий плід) [25].

За результатами досліджень університету Джона Хопкінса (США), достовірно підтверджено вищу кількість вроджених вад розвитку (ВВР) плода у два рази у випадку двійні і в чотири рази при трійні. У світовій літературі також є дані щодо достовірного підвищення частоти ВВР плода при БВ внаслідок ДРТ. Дійсно, з біологічної точки зору підвищення ризику ВВР при використанні ДРТ цілком можливе. До чинників, які можуть підвищувати цей ризик, відносяться як і самі причини безпліддя, так і ті, що безпосередньо пов'язані з процедурою ДРТ – заморожування і розморожування ембріонів, відтерміноване запліднення ооцитів, препарати для індукції овуляції, а також медикаменти, що використовуються для підтримки лютеїнової фази [33]. Центром по вивченню здоров'я дитини університету Західної Австралії 2005 р. було проведено системний огляд усіх досліджень (всього 25), опублікованих з даного питання до 2003 р. Результат метааналізу цих досліджень свідчить про статистично достовірне підвищення ризику ВВР на 30-40% при використанні ДРТ порівняно зі спонтанною вагітністю [25].

За даними Канадської спільноти акушерів-гінекологів і спільноти безпліддя та андрології, ризик ВВР при

БВ після ДРТ підвищується у два рази у порівнянні зі спонтанною вагітністю. Частота виникнення хромосомних аномалій та гідроцефалії плодів є вищою при БВ. Record та співавт. повідомили про 17 пар двійнь з гідроцефалією, у яких поєднання гідроцефалії в обох плодів було виявлено у 11,8% випадків. Ризик виникнення аномалій при двійні у матері віком 33 років є таким же, як і у 35-річному віці з вагітністю одним плодом. Повідомляється про достовірно вищий ризик виникнення анеуплоїдії у двійні – ризик у 31-річній жінки відповідає такому у 35-річній з одноплідною вагітністю. Автори рекомендують проводити інвазійні генетичні дослідження усім жінкам з БВ віком понад 31 рік [36].

Дані стосовно неонатальної захворюваності та смертності при БВ наведені в таблиці 1 [6].

Найбільш вірогідна причина смерті новонароджених до одного року – перинатальні стани (недоношеність, затримка внутрішньоутробного розвитку, ВВР та ін.) [35].

До упровадження УЗД в акушерську практику діагноз БВ нерідко встановлювали на пізніх строках або навіть під час пологів. Для вироблення правильної тактики ведення вагітності та пологів при багатоплідді вирішальне значення має раннє (у I триместрі) визначення хоріальності (числа плацент) і діагностика самої БВ (відношення шансів [ВШ] 0,08%; 95% довірчий інтервал [ДІ]: 0,04-0,16) [21, 24].

Дані систематичного огляду Кокранівської бібліотеки свідчать про те, що рутинне УЗД на ранніх строках вагітності сприяє:

- ранньому виявленню БВ (ВШ 0,08; 95% ДІ: 0,04-0,16);
- зниженню частоти індукції пологів унаслідок переносування вагітності (ВШ 0,61; 95% ДІ: 0,52-0,72);
- підвищенню частоти артифіційних переривань вагітності, обумовлених аномаліями розвитку плода (ВШ 3,19; 95% ДІ: 1,54-6,6).

Чому важливо встановлювати хоріальність? Саме хоріальність (а не зиготність) визначає перебіг вагітності, її результати і перинатальну захворюваність. Найбільш несприятливою у плані перинатальних ускладнень є монохоріальна БВ, яку спостерігають у 65% випадків однойцевих двійнят. Перинатальна смертність при монохоріальних двійнях незалежно від зиготності у три-чотири рази перевищує таку при біхоріальній. Причини полягають у проблемі плацентарної васкуляризації. Нерівномірність плацентарної циркуляції навіть на одній ділянці (додаткова часточка, частковий інфаркт плаценти або стоншення) може призвести до дискордантних порушень серед близнят [19, 21].

За даними великого Данського когортного дослідження (2008), вагітність монохоріальними двійнями порівняно з дихоріальними супроводжується достовірно вищим ризиком:

- перинатальної смертності – 11,6% при монохоріальній та 5% при дихоріальній двійні;
- внутрішньоутробної загибелі плода після 32 тиж (ВШ 8,8; 95% ДІ: 2,7-28,9);
- тяжкого дискордантного розвитку плодів (> 20%) (ВШ 1,23; 95% ДІ: 0,97-1,55);
- некротизуючого ентероколіту (ВШ 4,05; 95% ДІ: 1,97-8,35) [16].

У монохоріальних близнят у порівнянні з дихоріальними частота інтранатальної загибелі достовірно вища. Огляд 1051 близняти показав, що монохоріальність (ВШ 2; 95% ДІ: 1,2-3,4) і дискордантна вага (ВШ 4,3; 95% ДІ: 2,5-7,3) є чинниками, які достовірно пов'язані зі смертю in utero. Ці спостереження свідчать, що для перинатальних результатів більше значення має хоріальність двійнь, чим зиготність [5]. Найбільш серйозною проблемою при монохоріальній плацентації є синдром фето-фетальної трансфузії (СФФТ), який ми розглянемо в наступній статті.

Таким чином, точне визначення хоріальності є найбільш важливим кроком у виборі правильної тактики ведення БВ.

Наявність двох окремо розташованих плацент та міжплодової перегородки завтовшки понад 2 мм слугують достовірним критерієм біхоріальної двійні. При виявленні єдиної «плацентарної маси» потрібно диференціювати «єдину плаценту» (монохоріальні двійнята) від двох, що злилися (біхоріальні двійнята). Наявність специфічних ультразвукових критеріїв – Т- і λ- ознак, що формуються в основі міжплодової перегородки, – з великою мірою достовірності дозволяє поставити діагноз моно- або біхоріальної двійні. Виявлення λ -ознаки при УЗД на будь-яких строках гестації свідчить про біхоріальний тип плацентації, Т-ознака вказує на монохоріальність (рис. 1, рис 2). Найбільш оптимальним строком вагітності для діагностики хоріальності двійнь є 10-13-й тиждень гестації. Слід враховувати, що після 16 тиж вагітності λ -ознака стає менш доступною для дослідження [1, 2, 11].

На більш пізніх строках вагітності (II-III триместр) точна діагностика хоріальності можлива лише за наявності двох окремо розташованих плацент. У разі єдиної плацентарної маси (одна плацента або плаценти, що злилися) при ехографії часто відбувається гіпердіагностика монохоріального типу плацентації [26].

Тактика ведення БВ може умовно включати базові та специфічні підходи. До базових підходів відносяться профілактичні і діагностичні заходи, які слід запропонувати всім пацієнткам з БВ. Специфічні підходи (залежні від хоріальності) відрізняються для моно- і біхоріальної двійні.

Пацієнткам з БВ необхідно відвідувати жіночу консультацію частіше ніж з одноплідною:

- строком до 28 тиж – 1 раз на місяць;
- до 34 тиж – 1 раз в 10-14 днів;
- з 34-го тижня – 1 раз у 7-10 днів.

Таким чином, при одноплідній вагітності кількість відвідувань жіночої консультації становить у середньому 10-12, а при багатоплідній – 15-17 разів. У всіх випадках, коли БВ супроводжується ускладненнями і вимагає інтенсивнішого антенатального спостереження, графік відвідувань може бути індивідуалізованим [4, 17, 25].

Жінку з БВ необхідно навчити розпізнаванню небезпечних симптомів. До них належать: біль внизу живота, кров'янисті виділення із статевих шляхів, слабкість, запаморочення, втрата свідомості, зменшення рухової активності плодів, нудота, блювота, головний біль, порушення зору (помутніння, двоїння), спрага, зменшення сечовиділення, раптові набряки рук, ніг. Наявність хоча б одного з цих небезпечних симптомів у вагітної є показанням до екстреної госпіталізації [23]. Пацієнтка з БВ повинна бути проінформована щодо особливостей перебігу та найбільш частих ускладнень БВ, особливостей антенатального спостереження і необхідних лікувально-діагностичних утручань. На заняттях школи відповідального батьківства вагітній/ парі необхідно надавати інформацію щодо особливостей пологів при БВ і догляду за двома новонародженими (грудне вигодовування і т.ін.).

При проведенні першого УЗД в 10-13 тиж визначають життєздатність плода, хоріальність, товщину шийної складки (анеуплоїдія) та ВВР. При наступному УЗД (20-22 тиж) виявляють структурні аномалії [12]. Однією з цілей ведення БВ є своєчасне розпізнавання плода (плодів), малого для гестаційного віку (МГВ). Ультразвукова фетометрія при БВ може бути високочутливим методом діагностики при прогнозуванні МГВ немовлят, однак це дорога процедура і не завжди доступна. Вимірювання висоти стояння дна матки (ВДМ) – широко використовуваний метод виявлення МГВ плодів при одноплідній вагітності. Відомо, що чутливість цього показника варіює між 62 і 86% і навіть може зростати до 95%. При порівнянні чутливості вимірювання ВДМ і ультразвукової оцінки кола живота плода як скринінгового тесту на визначення МГВ плодів при одноплідній вагітності не виявлено значних відмінностей (76 і 83% відповідно). На підставі низки досліджень популяцій були побудовані графідиограми для БВ. Так, у найбільшому дослідженні (Швейцарія) була запропонована графідиограма, розрахована за допомогою сучасних статистичних методів на основі даних по великій сукупності пар близнят із досить точним певним гестаційним віком. Середній показник ВДМ в цьому дослідженні був значно вищим на кожному тижні, ніж зареєстровані показники ВДМ при одноплідній вагітності. У 18 тиж гестаційного віку середня ВДМ становила близько 20 см і збільшувалася майже удвічі до 36-го тижня вагітності. Було виявлено, що ВДМ збільшується лінійно, а гестаційний строк (ГС) був запропонований як мітка для 50-го перцентиля:

$$\text{ВДМ (см)} = \text{ГС (тижнів)} + 10\% \text{ ГС}$$

Дана формула легко запам'ятовується і може стати в нагоді у клінічній практиці для оцінки розвитку плода, особливо у випадках, коли УЗД недоступна [10].

Перевагою вимірювання ВДМ є те, що це простий, дешевий і неінвазивний метод, доступний на будь-якому рівні надання медичної допомоги.

Вагітним з багатопліддям після 12-го тижня гестації призначають превентивну протианемічну терапію (оральний прийом залізовмісних препаратів в дозі 60-100 мг/доб і 400 мкг/доб фолієвої кислоти протягом 6 міс). Застосування препаратів заліза у вказаних дозах і в поєднанні з фолієвою кислотою достовірно знижує частоту виявлення рівня гемоглобіну 100 мг/л і менше на пізніх строках вагітності і може зменшувати потребу в гемотрансфузії у післяпологовому періоді [20, 32].

Частота розвитку гестозу у жінок при багатоплідді досягає 45%. При БВ гестоз зазвичай виникає раніше, і його перебіг більш тяжкий, ніж при одноплідній вагітності, що пояснюють збільшенням об'єму плацентарної маси (гіперплацентозом). У значного числа вагітних з двійнятами унаслідок надмірного збільшення внутрішньосудинного об'єму розвиваються артеріальна гіпертензія (АГ) і набряки, і цих жінок помилково відносять до групи вагітних з гестозом. У таких випадках швидкість клубочкової фільтрації підвищена, протеїнурія незначна або відсутня, а зниження величини гематокриту в динаміці вказує на збільшений об'єм плазми. У цих вагітних настає значне покращання стану при дотриманні bed-rest режиму. На сьогоднішній день існують незаперечні дані (рівень доказовості А), які свідчать про високу ефективність прийому низьких доз ацетилсаліцилової кислоти і препаратів кальцію для профілактики прееклампсії. Прийом низьких доз ацетилсаліцилової кислоти (50-150 мг/доб) з 20-го тижня вагітності супроводжується статистично достовірним помірним зниженням частоти прееклампсії на 13%. Кальцій в дозі 2 г/доб з 16-го тижня вагітності порівняно з плацебо знижує ризик високого артеріального тиску на 30% (11 досліджень, 14 946 жінок; ВР 0,7; 95% ДІ: 0,57-0,86); прееклампсії на 54% (12 досліджень, 15 206 жінок; ВР 0,48, 95% ДІ: 0,33-0,69). Максимальний ефект спостерігається у групі високого ризику (жінки з ожирінням, АГ і т.п.) – частота прееклампсії знижується на 80%. Поєднаний показник материнської захворюваності і смертності достовірно зменшується на 20% [14, 28, 30].

При БВ найбільший ризик, якого зазнають діти, – це передчасне народження, що трапляється в 30-50% випадків. Передчасні пологи (народження раніше 37 тиж) відбуваються в 43,6% випадків всіх пологів двійнятами у порівнянні з 5,6% при одноплідній вагітності. Ризик передчасних пологів вище при монохоріальних двійнятах, ніж при дихоріальних – 9,2% монохоріальних двієнь народжуються раніше 32-го тижня в порівнянні з 5,5% дихоріальних двієнь. Ризик передчасного народження виявляється ще вищим при більшій кількості плодів і досягає 80% при вагітності трійнею. Проте визначення, які з БВ закінчуються передчасними пологами, залишається доволі складним завданням [22].

Визначення довжини шийки матки

Визначення довжини шийки матки за допомогою або пальцевого вагінального дослідження, або УЗД рекомендується як метод оцінки ризику передчасних пологів. Оцінка довжини шийки матки у підгрупі жінок з БВ показала, що довжина шийки матки менше 25 мм пов'язана з мимовільними передчасними пологами до 32 тиж вагітності (ВШ 6,9; 95% ДІ: 2-24,2), до 35 тиж (ВШ 3,2; 95% ДІ: 1,3-7,9) і до 37 тиж (ВШ 2,8; 95% ДІ: 1,1-7,7) [3, 34].

Накладання шва на шийку матки

Роль профілактичного накладання шва на шийку матки для попередження передчасних пологів при БВ була оцінена в рандомізованих контрольованих дослідженнях (РКД). У результаті проведеного метааналізу цих досліджень виявилось, що користь від такої процедури відсутня, і тому її рутинне використання не рекомендується [7].

Профілактичне призначення токолітиків

Профілактичне використання β -міметиків для попередження передчасних пологів при БВ оцінювалося в РКД і метааналізі. Результати свідчать про відсутність ефекту в зниженні частоти передчасних пологів при БВ, тому профілактичне призначення β -міметиків не може бути рекомендоване для рутинного використання. Унаслідок профілактичного застосування 17 α -гідроксипрогестерону капроату не було виявлено статистично значущої різниці в зниженні частоти передчасних пологів при БВ, передчасного розриву плодових оболонок, перинатальної смертності (після виключення вроджених вад розвитку плода), респіраторного дистресу новонароджених або гіпербілірубінемії [6, 7].

Профілактична госпіталізація і постільний режим

Раніше профілактична госпіталізація для дотримання постільного режиму рекомендувалась як можливий метод зниження частоти передчасних пологів серед жінок із вагітністю двійнятами. Проте в Кокранівському систематичному огляді з оцінки ролі профілактичної госпіталізації і постільного режиму для жінок з БВ виявлено, що госпіталізація таких пацієнток збільшує вірогідність передчасних пологів порівняно з жінками, які не були госпіталізовані. Роль госпіталізації і постільного режиму для вагітних трійнею менш визначена – у невеликому рандомізованому дослідженні, проведеному серед 19 жінок, припускається тенденція до тривалішої вагітності і більшої ваги плода при народженні у госпіталізованих жінок. Однак ці результати можуть відображати випадкову мінливість [4, 7].

Навчання вагітних моніторингу скоротливої активності матки

Навчання вагітних моніторингу скоротливої активності матки (МСАМ) раніше рекомендувалось як метод раннього визначення і діагностики передчасних пологів і сприяло використанню токолітичної терапії для профілактики передчасних пологів. Результати невеликого РКД серед 45 жінок свідчать про зниження частоти передчасних пологів при застосуванні даного методу. Проте аналіз підгруп серед 844 вагітних двійнятами, в яких навчання МСАМ і щотижневе спілкування із середнім медичним персоналом порівнювали з навчанням МСАМ і більш частим (щоденним) спілкуванням із середнім медперсоналом, вказує на протилежний ефект – збільшувалася кількість позапланових відвідувань жіночої консультації і ширше застосовувалася токолітична терапія [12].

Пренатальне введення кортикостероїдів

Введення кортикостероїдів пацієнткам до 34 тиж вагітності, коли існує ризик передчасних пологів у наступні 48 год, сприяє поліпшенню результату для немовлят. Однак не зрозуміло, чи існує необхідність введення вищих доз кортикостероїдів при БВ. У декількох рандомізованих дослідженнях, що проводяться у даний час, оцінюють необхідність призначення повторних доз кортикостероїдів через 7 днів жінкам, які не народили передчасно, якщо все ще існує ризик передчасних пологів [8].

Було проведено систематичний огляд досліджень із метою оцінки ефективності та ускладнень антенатального скринінгу на наявність інфекцій нижніх статевих шляхів, а також програм лікування для зниження частоти передчасних пологів і пов'язаною з ними захворюваністю. До огляду увійшли всі опубліковані і неопубліковані РКД, у яких оцінювали будь-який з описаних методів скринінгу на наявність інфекцій нижніх статевих шляхів порівняно з відсутністю скринінгу. Відстежуваний результат – передчасні пологи. Одне з досліджень (4155 жінок) відповідає критеріям включення і критеріям високої методологічної якості. У групі, схильній до втручання (2058 жінок), повідомлялися результати скринінгу і лікування бактеріального вагінозу, трихомоніазу і кандидозу; у контрольній групі (2097 осіб) результати програми скринінгу серед жінок, яким було призначено звичайне допологове спостереження, не оприлюднені. Передчасні пологи до 37 тиж значно рідше спостерігалися у групі, схильній до втручання, – 3 проти 5% в контрольній групі (ВР 0,55; 95% ДІ: 0,41-0,75). Частота передчасних пологів у недоношених немовлят з малою масою тіла при народженні (2500 г і менше) і немовлят з дуже малою масою тіла при народженні (1500 г і менше) була значно нижчою в групі, схильній до втручання, ніж у контрольній групі (ВР 0,48; 95% ДІ: 0,34-0,66 і ВР 0,34; 95% ДІ: 0,15-0,75 відповідно). Існують докази найбільш високого рівня достовірності, що програми скринінгу і лікування інфекцій вагітних можуть знижувати частоту передчасних пологів і народження недоношених дітей із малою масою тіла. У майбутніх дослідженнях необхідно оцінити вплив різних типів програм скринінгу на наявність інфекції, гестаційний строк при проведенні скринінг-тесту і вартість упровадження програм скринінгу інфекцій [31].

Шийка матки при вагітності – надзвичайно важлива анатомічна і функціональна структура. Порушення, що виникають у ній, можуть серйозно впливати на результат вагітності. При цьому методом вибору оцінки стану шийки матки служить трансвагінальна цервікометрія (табл. 2). Довжина шийки матки залишається постійною до III триместра вагітності. Хіт і співавт. виявили, що її середня довжина на 23-му тижні вагітності становить 38 мм. Ямс і співавт. визначили середню довжину на 24-му та 28-му тижнях вагітності – 35 і 34 мм відповідно. Не дивлячись на те що трансвагінальне ультразвукове виявлення довгої шийки матки дозволяє передбачити ризик передчасних пологів, немає ніяких доказів того, що ця інформація може бути використана з метою поліпшення результатів пологів. Проте трансвагінальна цервікометрія дає підстави для своєчасного визначення належної лікувальної установи для розродження [1, 7, 34].

Якщо за результатами трансвагінального ультразвукового вимірювання на 24-26-му тижні двоплідної вагітності довжина шийки матки > 35 мм, то це свідчить, що жінка належить до вагітних з низьким

ступенем ризику пологів раніше 34-го тижня гестації [15].

Використовуючи статистичний метод аналізу дискримінанту для виявлення відмінностей між показниками УЗД, було визначено наступний список коефіцієнтів дискримінантів (у порядку зниження значущості): вибухання оболонки, довжина шийки матки, ширина шийки матки, товщина нижнього сегмента матки, задній кут шийки матки, діаметр внутрішнього зіву. Оскільки випинання оболонки зустрічається рідко і його поява – пізня ознака, яка виявляється тільки в невеликому відсотку випадків і сама по собі розглядається як патогномонічний прояв неспроможності шийки матки, вона виключена з рутинних критеріїв відбору. Нижній сегмент матки і товщина шийки через невисоку відтворюваність у дослідженнях використовуються рідко. Хоча задній кут шийки також часто не відносять до показників неспроможності зіву, ми пропонуємо враховувати цей показник для відбору пацієнток з метою проведення серкляжу, оскільки він може бути легко вимірний, має високу відтворюваність і дає вищий коефіцієнт дискримінанту, ніж показник внутрішнього зіву. Таким чином, існує три можливих параметри для оцінки стану шийки матки – основний (довжина шийки матки) і додаткові (стоншення передньої стінки нижнього сегмента матки < 6 мм і заднього кута шийки матки понад 90°). Додаткові критерії не повинні оцінюватися, якщо лікар УЗД не володіє методикою їх визначення. На другому рівні надання допомоги за наявності вагінального датчика достатньо оцінити тільки довжину шийки матки [3].

Специфічні підходи до ведення БВ

Ведення дихоріальної двійні

Проводять УЗД (фетометрії) на 26, 30, 33, 36-му тижні вагітності. Вибір способу розродження і тактики ведення пологів здійснюють на строках вагітності 34-36 тиж. На пологи жінку з багатопліддям слід направляти до лікувальних закладів 3-го рівня, якщо ж діагностується ускладнення (фетальне або материнське), – її госпіталізують до спеціалізованого перинатального центру. У деяких установах 2-го рівня можна проводити розродження вагітних двійнятами за наявності відповідних умов (персонал, інфраструктура, устаткування) для надання екстреної допомоги матері та новонародженим. Госпіталізація для розродження здійснюється в повні 37-38 тиж (якщо немає показань для більш раннього розродження) [7, 9, 25].

Доступні результати ретроспективних досліджень вказують на підвищення ризику несприятливого результату вагітності для двієнь зі збільшенням гестаційного строку, при цьому найменший ризик перинатальної смертності та захворюваності визначається на 36-му і 38-му тижні вагітності. У Кокранівському систематичному огляді з визначення ролі планового розродження при двоплідній вагітності після 37-го тижня гестації узагальнене одне РКД, проведене в Японії. Під час цього дослідження жінок на 37-му тижні вагітності методом сліпого відбору (рандомізація) розподілили на дві групи. До першої групи входили вагітні, у яких проводили індукцію пологів; до другої – ті, у кого застосовували вибірково тактику ведення пологів. У процесі дослідження не виявлено статистично значущих відмінностей у результатах між цими двома методами ведення пологів. На даний час немає доступної інформації, яка б цілком достатньо свідчила про підтримку загальноприйнятої практики планового розродження на 37-му тижні вагітних двійнятами, у яких немає інших ускладнень. Ця проблема вивчається в мультицентровому рандомізованому дослідженні, координованому Університетом Аделаїди (Австралія), що проводиться у теперішній час [7, 12].

Ведення монохоріальних двійнят

Ультразвукова оцінка стану плодів повинна проводитися кожні 2-3 тижні при неускладненій монохоріальній двійні, починаючи з 16-го тижня. УЗД між 16 і 24-м тижнем спрямоване перш за все на виявлення СФФТ. На строках вагітності понад 24 тиж, коли рідко встановлюються перші ознаки СФФТ, основна мета УЗД – виявити сповільнений розвиток плода. Різні автори описують щотижневі або менш часті (раз в 2; 3 або 4 тиж) УЗД, що проводяться жінкам з монохоріальною двійнею. Проте за відсутності клінічних досліджень невідомо, який графік УЗД найбільш дієвий та економічно ефективний для ранньої діагностики ускладнень вагітності. Прицільні пошуки не дали змоги виявити які-небудь порівняльні дослідження методик оцінки або графіка для оцінки розвитку і здоров'я плода та для визначення пізнього розвитку СФФТ (після 26 тиж) [6, 21].

Опубліковані звіти когортних досліджень ґрунтуються на режимах відвідин жіночої консультації, від одного разу на тиждень до одного разу на місяць. За відсутності будь-яких явних доказів економічної ефективності при неускладненій монохоріальній двійні рекомендується режим відвідувань кожні 2-3 тиж. Такі відвідування повинні включати як мінімум вимірювання обводу живота, ехограму головного мозку кожного з плодів з або без вимірювання обводу голови, вимірювання кишені вільної рідини, дослідження параметрів кровотоку пупкової артерії (після 24 тиж). Особливу увагу слід приділити визначенню розподільчої мембрани і переконатися, що кожна пуповина була досліджена окремо. Оптимальне виконання описаних процедур може бути забезпечене під наглядом висококваліфікованого фахівця. При монохоріальній двійні застосовується тактика вагінального розродження у разі, якщо немає загальноприйнятих, специфічних клінічних показань до кесаревого розтину, таких як сідничне передлежання одного з плодів або кесарів розтин в анамнезі. Пологи слід спланувати на 36-37-й тиждень вагітності, якщо відсутні показання до раннього розродження. При неускладнених монохоріальних діамніотичних двійнях (без затримки розвитку плода або СФФТ), не дивлячись на інтенсивне спостереження за станом дитини, може існувати підвищений ризик антенатальної загибелі плода [21, 25].

Немає достатніх доказів, щоб визначити оптимальний вибір часу для пологів як для монохоріальних, так і для біхоріальних двійнь. Дослідницька група Британського королівського коледжу акушерів і гінекологів (RCOG) внесла пропозицію стосовно того, що при дихоріальних двійнятах методи розродження і ведення пологів повинні обговорюватися на 34-36-му тижні гестації; розродження необхідно запланувати на 37-38-й тиждень вагітності. У разі вагітності монохоріальними двійнятами методи розродження і ведення пологів повинні обговорюватися на 32-34-му тижні вагітності; розродження слід запланувати на 36-37-й тиждень вагітності [7, 12].

Таким чином, багатоплідну вагітність потрібно вести з обов'язковим попереднім визначенням хоріальності (перше УЗД виконують на 10-13-му тижні вагітності); пацієнтка повинна відвідувати жіночу консультацію 15-17 разів упродовж вагітності; слід здійснювати терапію для профілактики анемії та прееклампсії; обов'язково проводити гравідограму, скринінг і лікування бактеріального вагінозу, трихомоніазу і кандидозу; під час УЗД виконувати трансвагінальну цервікометрію. Розродження при дихоріальній двійні рекомендується проводити на 37-38-му тижні вагітності, при монохоріальній – на 36-37 тижні.

Література

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. – Акушерство: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
2. AIUM practice guideline for the performance of an antepartum obstetric ultrasound examination. *J. Ultrasound Med.* 2003; 22: 1116-1125.
3. Anderson H.F., Nugent C.E., Wanty S.D. Hayashi R.H. Prediction of risk of preterm delivery by ultrasonographic measurement of cervical length. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1990; 163: 859-67.
4. Crowther C.A. Hospitalisation and bed rest for multiple pregnancy *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; Issue 4.
5. Cheung Y.B., Yip P., Karlberg J. Mortality of twins and singletons by gestational age. *Am. J. Epidemiol.* 2000; 152: 1107-1116.
6. *Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 56, October 2004.*
7. Consensus views arising from the 50th Study Group: Multiple Pregnancy. RCOG, 2006.
8. Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2. Oxford, UK: Update Software, 2000.*
9. Cruikshank D.P. Intrapartum Management of Twin Gestations. *Obstetrics & Gynecology.* 2007; 109 (5): 1167-76.
10. Staub D. et al. Reference curves of symphysis-fundus height in twin pregnancies. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 128 (2006): 236-242.
11. Elizabeth A. Pector, Spectrum Family Medicine, S.C. & Jean Kollantai President and Founder, Center for Loss in Multiple Birth, 2007.
12. Dodd J.M. Evidence-based care of women with a multiple pregnancy. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.*, 2005.
13. Golombok S. et al. The European study of assisted reproduction families: family functioning and child development. *Human Reproduction*, 1996, 11: 2324-2331.
14. Hofmeyr G.J. et al. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2002; (1).
15. Imseis H.M., Albert T.A., Iams J.D. Identifying twin gestations at low risk for preterm birth with a transvaginal ultrasonographic cervical measurement at 24 to 26 weeks' gestation. *Am. J. Obstet Gynecol.* 1997 Nov.; 177 (5): 1149-55.
16. Increased perinatal mortality and morbidity in monochorionic versus dichorionic twin pregnancies: clinical implications of a large Dutch cohort study. 2008 Jan.; 115 (1): 58-671.
17. Dodd J.M., Crowther C.A. Specialised antenatal clinics for women with a multiple pregnancy to improve maternal and infant outcomes *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4.
18. Kuwata T., Matusubara S., Ohkuchi A. et al. The risk of birth defects in dichorionic twins conceived by assisted reproductive technology. *Twin Res.* 2004; 7: 223-227.
19. Machin G.A. Why is it important to diagnose chorionicity and how do we do it? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2004; 4: 515-530.
20. Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001; (2).
21. Management of monochorionic twin pregnancy. RCOG. Green-top Guideline No. 51. December 2008.
22. Ayres A. Management of Multiple pregnancy: Labor and Delivery. *Obstet. Gynecol. Surv.* 2005.
23. Multiple gestation pregnancy. The ESHRE Capri Workshop Group. *Human Reproduction*, 2000, 15: 1856-1864.
24. *Multiple Pregnancies: Determining Chorionicity and Amnionicity Traci B. Fox, 2006.*
25. Blickstein I., Keith L.G. Multiple Pregnancy. *Epidemiology, Gestation & Perinatal outcome.* 2005, Informa UK Ltd. – 946 p.
26. Neilson J.P. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 4.
27. Olivienne F. et al. Follow-up of a cohort of 422 children aged 6 to 13 years conceived by in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 1997; 67: 284-289.

28. Polyzos N. et al. Combined vitamin C and E supplementation during pregnancy for preeclampsia prevention: a systematic review. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2007; 62 (3): 202-206.
29. Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology and the American Society for Reproductive Medicine. Guidelines on the number of embryos transferred. *Fertil. Steril*. 2004; 82 Suppl. 1-2.
30. Ruano R., Fontes R., Zugaib M. Prevention of preeclampsia with low-dose aspirin: a systematic review and meta-analysis of the main randomized controlled trials. *Clinics*. 2005; 60 (5): 407-414.
31. Sangkomkarn U.S., 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.
32. Standards for Maternal and Neonatal Care. Standard 1.8. WHO, Geneva, 2006.
33. Tempelton A., Morris J.K. Reducing the risk of multiple births by transfer of two embryos after in vitro fertilization. *New England Journal of Medicine*, 1998; 339: 573-577.
34. Ultrasound Cervical Assessment in Predicting Preterm Birth. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). *Clinical practice guidelines № 102*, 2001.
35. Yinon Y., Mazkereth R., Rosentzweig N., Jarus-Hakak A., Schiff E., Simchen M.J. Growth restriction as a determinant of outcome in preterm discordant twins. *Obstet. Gynecol*. 2005; 105: 80-84.