
АРХИПОВ В.Л.В., КУЛАВСКИЙ Е.В., АРХИПОВ В.В., КУЛАВСКИЙ В.А.
*Башкирский государственный медицинский университет,
Клинический родильный дом № 4,
г. Уфа*

МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ – РИСК ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Многоплодная беременность – одна из актуальных проблем перинатального акушерства. Внедрение в практику репродуктивных технологий привело к значительному увеличению многоплодных беременностей, особенно в крупных городах. Вместе с тем, в связи с многоплодием возникает ряд новых проблем, одна из которых – преждевременные роды, что в свою очередь обуславливает повышение перинатальной заболеваемости и смертности, ведущими причинами которой являются недоношенность, гипоксия и гипотрофия плодов, тяжелая плацентарная недостаточность. Комплексная оценка факторов риска, состояния шейки матки, плодов с помощью современных информативных методов позволяет, в ряде случаев, своевременно провести лечебные мероприятия, адекватно избрать метод родоразрешения и снизить перинатальные потери.

Ключевые слова: многоплодная беременность; оценка риска преждевременных родов; исход преждевременных родов при многоплодии.

ARHIPOV VL.V., KULAVSKY E.V., ARHIPOV V.V., KULAVSKY V.A.
*Bashkir State Medical University,
Clinical Birthgiving Hospital N 4, Ufa*

MULTIFOETUS PREGNANCY IS THE RISK OF BIRTHGIVING BEFORE TIME

Multifoetus pregnancy is one of the most actual problems of obstetrics. Modern reproductive technologies in obstetrics have lead to a great rise in the occurrence of multifoetus pregnancies especially in big cities. Therefore, multifoetus pregnancies cause a number of new problems, one of them is birthgiving before time, which in its turn stipulates increase in perinatal complications and deaths. Perinatal deaths are mostly conditioned by prematurity, oxygen insufficiency and weight deficit of foetus, severe placenta insufficiency. Complex evaluation of risk of factors and cervix of the uterus, estimation of foetus condition by means of modern informative methods let us in many cases have appropriate medication, adequately choose the method of birthgiving and bring down perinatal losses.

Key words: multifoetus pregnancy; the risk of beforetime birthgiving evaluation; the outcome of beforetime birthgiving when multifoetus pregnancy.

Многоплодная беременность – одна из актуальных проблем перинатального акушерства. Внедрение в практику репродуктивных технологий (стимуляции овуляции, экстракорпорального оплодотворения) привело к значительному увеличению числа многоплодных беременностей в мире и, особенно, в крупных городах [1, 2]. Самопроизвольное начало преждевременных родов при многоплодии связано с перерастяжением миометрия, что ведет к активации экспрессии рецепторов окситоцина, которые в

свою очередь увеличивают количество «щелевых контактов» и способствуют началу сократительной деятельности матки.

Кроме самопроизвольного преждевременного развития сократительной деятельности матки при многоплодии нередко тяжелые осложнения беременности: отслойка плаценты, развитие преэклампсии, плацентарная недостаточность, в связи с которыми вынуждены проводить досрочное родоразрешение. Ведущие причины перинатальной смертности – глубокая недоношенность, врожденные пороки развития, внутриутробная гипоксия и гипотрофия за счет развития плацентарной недостаточности, нередко беременность прерывается в связи с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями у матери, недоучет тяжести которых был до программы ЭКО.

Корреспонденцию адресовать:

АРХИПОВ Владимир Викторович,
450017, г. Уфа, ул. Союзная, д. 23,
ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.
Тел: +7-917-417-48-72. E-mail: drarhipov@mail.ru

Несмотря на значительное общее снижение перинатальной смертности, смертность при многоплодной беременности не снижается последние 30 лет из-за недоношенности, так как практически до 20 % из них рожают до 32 недель беременности [3]. Особую ситуацию создают случаи гибели одного плода из двойни или тройни. При такой ситуации возникает опасность развития хронического ДВС-синдрома, синдрома близнецовой эмболии.

Наиболее значимыми факторами преждевременных родов являются низкий социально-экономический уровень, неустроенность семейной жизни, крайние возрастные группы родителей, злоупотребление никотином, алкоголем, наркотиками, перенесенные ранее медицинские и самопроизвольные аборт, преждевременные роды в анамнезе, инфекции мочевой системы, воспалительные заболевания половых органов, тяжелые соматические заболевания, нарушение строения и функции половых органов, многоплодная беременность.

Для выявления риска преждевременных родов в алгоритм обследования беременных необходимо включить следующие мероприятия:

- определение кислотности влагалищного содержимого, бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого цервикального канала и заднего свода влагалища для количественного определения возможных возбудителей воспалительного процесса и их чувствительность к антибиотикам;
- исследование системы гемостаза: показатели агрегации тромбоцитов и маркеры хронического ДВС-синдрома (продукты деградации фибриногена, растворимые комплексы мономеров фибрина, Д-димера);
- выявление фетального фебринектина в содержимом цервикального канала с 22 недель; если вещества в содержимом влагалища нет, то с достоверностью 99,2 % это гарантирует, что преждевременные роды в ближайшие 2 недели не произойдут;
- перспективно определение интерлейкинов-6 и -8, фактора некроза опухоли в слизи цервикального канала и интерлейкинов в крови;
- использование тест-полоски для прогнозирования преждевременных родов Actim TM partus (за 10 минут позволяет получить про-

гноз относительно преждевременных родов за 7-10 дней до начала) [4, 5].

В последние годы в качестве мониторинга за состоянием шейки матки при беременности применяют трансвагинальное эхографическое исследование. При этом для оценки состояния истмического отдела шейки матки и в прогностических целях, согласно сводным литературным данным, следует учитывать следующие моменты:

- длина шейки матки, равная 3 см, является критическим для угрозы прерывания беременности у первобеременных и у повторнобеременных при сроке менее 20 недель и требует интенсивного наблюдения за женщиной с отнесением ее в группу риска;
- у женщин с многоплодной беременностью до 28 недель нижнюю границу нормы составляет длина шейки матки, равная 3,7 см для первородящих и 4,5 см для повторнородящих (при трансвагинальном сканировании);
- у много рожавших женщин нормальная длина шейки матки в 13-14 недель составляет 3,6-3,7 см без статистически достоверной разницы у здоровых женщин и пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью (ИЦН);
- на истмико-цервикальную недостаточность указывают укорочение шейки матки в 17-19 недель до 2,9 см;
- длина шейки матки, равная 2 см, является абсолютным признаком истмико-цервикальной недостаточности и требует соответствующей хирургической коррекции;
- при оценке информативности длины шейки матки необходимо учитывать способ ее измерения, поскольку результаты трансабдоминального ультразвукового исследования отличаются от результатов трансвагинального и превышают их в среднем на 0,5 см;
- ширина шейки матки на уровне внутреннего зева в норме постепенно возрастает с 10-й по 36-ю неделю от 2,58 см до 4,02 см;
- прогностический признак угрозы прерывания беременности — снижение отношения длины шейки матки к ее диаметру на уровне внутреннего зева до $1,16 \pm 0,4$ при норме $1,53 \pm 0,03$;
- на изменение рассмотренных параметров шейки матки значительно влияют низкое расположение плаценты и тонус матки;

Сведения об авторах:

АРХИПОВ Владимир Викторович, канд. мед. наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии, ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, г. Уфа, Россия.

КУЛАВСКИЙ Евгений Васильевич, канд. мед. наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии, ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, г. Уфа, Россия.

АРХИПОВ Вячеслав Владимирович, врач акушер-гинеколог, Клинический родильный дом № 4, г. Уфа, Россия.

КУЛАВСКИЙ Василий Агеевич, доктор мед. наук, профессор, академик РАЕН, зав. кафедрой акушерства и гинекологии, ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, г. Уфа, Россия.



- ставить диагноз истмико-цервикальной недостаточности только по данным УЗИ недостаточно, может быть короткая, но плотная шейка матки;
- более точная информация может быть получена только при осмотре шейки матки в зеркалах и мануальном исследовании при влагалитном исследовании — выявление мягкой и короткой шейки матки.

С целью прогнозирования ИЦН необходимо осматривать шейку вне беременности.

Балльная оценка состояния шейки матки вне беременности:

Оцениваемые признаки	Балльная оценка	
	1 балл	2 балла
Длина шейки матки	≥ 2 см	< 2 см
Проходимость канала для расширителей гегаара № 6 в секреторную фазу менструального цикла	непроходима	проходима
Внутренний зев по данным гистеросальпингографии	< 0,5 см	> 0,5 см

Сумма в 4-6 баллов указывает на истмикоцервикальную недостаточность и необходимость хирургической коррекции ИЦН во время беременности [2, 4, 5].

Механизм прерывания беременности при ИЦН, вне зависимости от ее характера (органическая, функциональная), состоит в том, что в связи с укорочением и размягчением шейки матки, зиянием внутреннего зева и цервикального канала плодное яйцо не имеет опоры в нижнем сегменте матки. При повышении внутриматочного давления по мере развития беременности плодные оболочки выпячиваются в цервикальный канал, инфицируются и вскрываются. В патогенезе преждевременного прерывания беременности при ИЦН значительная роль также отводится инфекционной патологии. В этом случае механизм прерывания беременности одинаков как для органической, так и для функциональной ИЦН.

Инфицирование нижнего полюса плодного пузыря восходящим путем может стать «производящей» причиной преждевременного прерывания беременности: метаболиты воспалительного процесса оказывают цитотоксическое действие на трофобласт, вызывают отслойку хориона (плаценты), а во второй половине беременности затрагивают патогенетические механизмы, повышающие возбудимость матки, что приводит к разрыву

нию родовой деятельности и преждевременному прерыванию. При ИЦН создаются условия для восходящей инфекции, вследствие чего потенциальная угроза внутриутробной инфицированности у беременных, страдающих недостаточностью шейки матки, высока [3, 4].

Наиболее значимыми осложнениями многоплодной беременности являются невынашивание и рождение недоношенных детей, прогрессирующая фетоплацентарная недостаточность, фетопатический трансфузионный синдром (ФФТС), антенатальная гибель плода, неврологические осложнения у новорожденных. Не более 15 %

беременностей протекают без осложнений. Улучшение исходов многоплодных беременностей является одной из важных задач перинатальной медицины. Снижению показателей перинатальной заболеваемости и смертности способствовало широкое применение ультразвукового исследования (УЗИ), которое значительно расширило диагностические возможности в акушерстве. Пренатальное развитие двоен позволяет объективно оценить современные методы диагностики: УЗИ, доплерометрия, кардиотокография, биохимические, гормональные исследования.

Точное определение зиготности и хориальности являются наиболее важными факторами во врачебной практике. Различают несколько типов пренатального развития близнецов из двойни (по сравнению с одноплодной беременностью): физиологическое развитие обоих плодов, гипотрофия при недиссоциированном развитии обоих плодов, диссоциированное (неравномерное) развитие плодов, врожденная патология развития плодов-близнецов, антенатальная гибель одного плода [1, 2, 5, 6].

В I триместре беременности при ультразвуковом исследовании различия между величиной биометрических показателей при одноплодной и многоплодной беременности (при любом типе развития плодов) не выявляются. Эти различия

Information about authors:

ARHIPOV Vladimir Victorovich, candidate of medical sciences, docent, the chair of obstetrics and gynecology, Bashkir State medical university, Ufa, Russia.

KULAVSKY Evgeny Vasilevich, candidate of medical sciences, docent, the chair of obstetrics and gynecology, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.

ARHIPOV Viacheslav Vladimirovich, obstetrician-gynecologist, Clinical Birthgiving Hospital N 4, Ufa, Russia.

KULAVSKY Vasily Ageevich, doctor of medical sciences, professor, the head of chair of obstetrics and gynecology, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.

появляются позже, в процессе гестации. При недиссоциированном (равномерном) развитии плодов их ультразвуковые биометрические показатели существенно не различаются. Однако у женщин, родивших своевременно, уменьшение бипариетального размера головки, диаметра грудной клетки и брюшной полости плода, по сравнению с аналогичными показателями для одноплодной беременности, отмечено с 36-й недели, а при преждевременных родах — с 29-й недели гестации. При диссоциированном развитии плодов уменьшение бипариетального размера головки, диаметра грудной клетки и брюшной полости (по сравнению с одноплодной беременностью) отмечено с 22-23-й недель. У женщин, родивших своевременно, выраженное различие между биометрическими показателями большего и меньшего плодов выявлялось с 27-28-й недели, а у женщин с преждевременными родами — с 22-23-й недели. Минимальное различие (диссоциация) между бипариетальными размерами головки, диаметром живота большего и меньшего плодов зарегистрировано в 15 недель беременности, максимальное — в 36 недель. Различия в развитии двоен в основном обусловлены особенностями типа плацентации (дихориальный, монохориальный) [1, 3, 5, 6].

Пожилой возраст первобеременных, особенности соматического и акушерского анамнеза, а также паритет имеют большое значение и создают предпосылки и условия для невынашивания беременности. Течение гестации при многоплодии осложняют следующие факторы:

- гинекологические заболевания;
- хирургические вмешательства в анамнезе;
- возраст;
- наличие соматической патологии;
- гормональные нарушения.

Все перечисленные факторы осложняют течение любой беременности, но при многоплодной беременности, особенно наступившей вследствие ЭКО и ПЭ, они имеют особое значение [1, 2].

Неврологические осложнения — значимая проблема при многоплодной беременности. Наибольшее количество неврологических осложнений наблюдается у недоношенных детей и детей с гипотрофией, а также при наличии ФФТС. Основная неврологическая симптоматика обычно представлена парезами и параличами, задержкой физического и психического развития, нередко встречается поражение слуха и зрения. К наиболее частым осложнениям многоплодной беременности относится ФПН, частота которой в 8-10 раз выше таковой при одноплодной беременности. Основные факторы риска развития ФПН у этого контингента — генитальная инфекция, эндокринные нарушения, а при ЭКО, кроме того, иммунный конфликт, индукция овуляции [1, 2].

Касаясь течения беременности, наступившей при наличии отягощающих факторов, в первую очередь необходимо отметить появление симптомов угрозы прерывания беременности. При спонтанно наступившей многоплодной беременности эта симптоматика менее выражена, чем после ЭКО, и имеет иные механизмы. Угроза невынашивания беременности при спонтанной двойне чаще связана с перерастяжением матки и освобождением простагландинов, повышающих тонус миометрия. Причем, эта симптоматика проявляется в более поздние гестационные сроки (26-28 недель). При многоплодии вследствие ЭКО к основным механизмам следует отнести наличие инфекции и эндокринного дисбаланса. Это определяет особенности терапевтического подхода [1, 3, 5]. В настоящее время имеются многочисленные данные о том, что многоплодная беременность является моделью плацентарной недостаточности, сопровождается значительным числом осложнений, повышенным уровнем потерь плодов на всех сроках гестации. Однако большая часть прерываний беременности, в том числе после ЭКО, приходится на I триместр беременности [1, 3, 4, 6].

Данные, полученные при комплексном ультразвуковом исследовании в I триместре беременности двоен (стандартная эхография, трехмерное сканирование с определением размеров хориона и его объемного кровотока), сравнивались с состоянием хориона при одноплодной беременности аналогичного гестационного возраста. Оказалось, что при многоплодной беременности, особенно наступившей после ЭКО, рост хориона замедлен, по сравнению с таковым при одноплодной беременности. Объем хориона и динамика его роста при многоплодной беременности после 10 недель гестации снижены на 7-10 % по сравнению с таковыми при одноплодной беременности. Уменьшение объема хориона, как правило, сопровождается признаками угрозы прерывания беременности, и во всех наблюдениях ведет к патологическому течению беременности в поздние гестационные сроки, в частности, к развитию ФПН [1, 3, 5]. Аналогичные тенденции характерны и для индекса васкуляризации, который при многоплодной беременности прогрессивно возрастает к 10-й неделе гестации, но не достигает при этом значений, характерных для одноплодной беременности. Диагностическими и прогностическими критериями развития ФПН при многоплодной беременности являются:

- уменьшение индекса васкуляризации всегда сопровождается формированием первичной плацентарной недостаточности, основной манифестацией которой является угроза прерывания беременности;
- снижение индекса васкуляризации до 45-50 % и более не поддается полноценной медикамен-



- тозной коррекции, и во всех случаях ведет к патологическому течению беременности;
- резкое уменьшение объема хориона и снижение показателей объемного кровотока до 70 % и более приводит к ранним репродуктивным потерям.

Наиболее частым осложнением течения беременности является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), которая выявляется у пациенток с ЭКО в 15-48 % наблюдений. Отличительной чертой ИЦН при этом является ее относительно позднее проявление. При сроке беременности 16-19 недель частота ИЦН не превышает 25 %, в 20-24 недели — 40 % наблюдений. Учитывая высокий процент ИЦН при многоплодной беременности после ЭКО, ее поздние клинические проявления и необходимость проведения хирургического вмешательства в более поздние гестационные сроки (24-26 недель), когда степень риска осложнений хирургической коррекции возрастает, следует решить вопрос о возможности превентивной хирургической коррекции ИЦН у этого контингента женщин, так как частота преждевременных родов достигает 50 %, а среди недоношенных близнецов монозиготные наблюдаются в 1,5 раза чаще, чем дизиготные [1, 4, 5].

Роды при многоплодной беременности также имеют значительное число осложнений. Более часто отмечаются аномалии родовой деятельности, неправильные положения плодов, родовой травматизм плодов, чаще встречается патологическая или близкая к ней кровопотеря. При многоплодии чаще используется оперативное родоразрешение. В случае родоразрешения путем кесарева сечения перинатальная смертность в 4-5 раз ниже, чем при самопроизвольных родах [3].

При родах через естественные родовые пути неблагоприятному воздействию (по характеристике сердечной деятельности, которая начинается после рождения первого плода) подвергается второй плод, о чем свидетельствуют прогрессирующее снижение базального ритма, амплитуды и длительности акцелераций, увеличение амплитуды и длительности децелераций, наиболее выраженное при монохориальном типе плацентации. Причем, наиболее существенные изменения сердечной деятельности у второго плода из двойни отмечается при рождении его через 10 минут и более после рождения первого плода-близнеца. Уменьшение времени между рождением первого и второго плодов является необходимым условием для улучшения исхода родов для второго плода. Активное ведение родов при рождении второго плода является существенным резервом снижения перинатальной заболеваемости и смертности.

В современных условиях расширение показаний к кесареву сечению при многоплодной беременности целесообразно в следующих ситуациях [7-10]:

- преждевременные роды;

- фето-фетальный трансфузионный синдром (ФФТС);
- тройня;
- тазовое предлежание хотя бы одного плода;
- ФПН (декомпенсированная);
- монохориальная моноамниотическая двойня.

Постнатальные потери не зависят от хориальности и обусловлены преимущественно недоношенностью. От 2/3 до 3/4 всех случаев смерти составляют недоношенные дети. Отмечается прямая зависимость величины перинатальных потерь от массы тела при рождении. Среди монохориальных близнецов перинатальная смертность наиболее высока. Смертность однополых близнецов выше, чем разнополых близнецов, а в разнополых парах несколько выше смертность детей женского пола. В группе с недиссоциированным развитием новорожденных перинатальная смертность составляет до 40 %, в то время как среди новорожденных с диссоциированным развитием достигает 300 %.

Структура причин смерти близнецов отличается от причин смерти при одноплодной беременности более высоким удельным весом пневмопатий, асфиксий и инфекций. Состояние детей из двойни (как первого, так и второго) оценивается как более тяжелое в сравнении с детьми контрольной группы [6].

Нормальное морфологическое строение плацента при многоплодной беременности наблюдалось в 9 % случаев. При сравнительном морфометрическом исследовании плацент двоен и плацент при одноплодной беременности одинакового гестационного возраста у первых обнаруживается уменьшение объема стромы ворсин и их гиповаскуляризация, неравномерное созревание отдельных котиледонов, увеличение удельных объемов материнского и плодового фибриноида, значительное возрастание количества афункциональных зон. Все вышеперечисленные нарушения могут формироваться с самых ранних сроков беременности, а именно с момента инвазии ворсин хориона. Их степень зависит от типа зиготности, локализации хориона, а также от вида плацентации. Последнему фактору придается ведущее значение. Морфофункциональные проявления плацентарной недостаточности при многоплодии выявляются на более поздних этапах беременности во II и начале III триместра беременности [3, 7, 8].

Цель исследования — изучение течения беременности, родов и перинатальных исходов при многоплодных беременностях в случаях преждевременных родов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе представлены данные о течении беременности, преждевременных родов и их исходах у 56 женщин с многоплодием.

Кроме общепринятых клинических и лабораторных методов, проводилось ультразвуковое исследование с определением хориальности, фетометрия с определением типа развития плодов, плацентометрия с определением степени зрелости плаценты, определение количества околоплодных вод, пола плодов, места прикрепления пуповины. Состояние плодовой, плодово-плацентарной, маточно-плацентарной гемодинамики оценивалось при доплеровском исследовании. Как рутинный метод исследования для диагностики состояния плодов и их адаптационных возможностей проводилась динамическая кардиотокография или КТГ-мониторирование, в том числе в обязательном порядке в родах. Состояние новорожденных оценивалось по шкале Сильвермана, определялась степень задержки внутриутробного развития. В раннем послеродовом периоде новорожденным, кроме общепринятых методов, проводилась нейросонография. Послероды подвергались гистологическому исследованию.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

В возрасте от 21 до 25 лет было 12 женщин, от 26 до 30 лет — 15 женщин, от 31 до 35 — 21 женщина, старше 35 лет — 8 женщин; первородящих — 31 (55,4 %), повторнородящих — 25 (44,6 %). Монохориальные (МХ) двойни были в 12 случаях (21,4 %), дихориальные (ДХ) двойни — в 44 случаях (78,6 %).

Течение гестационного процесса характеризовалось наличием экстрагенитальной патологии и осложнений беременности. Экстрагенитальная патология имела у всех женщин, причем число нозологических форм на 1 пациентку составило 2,1. Преобладали анемии, заболевания мочеполовой системы, эндокринные расстройства, заболевания ЖКТ, заболевания сердечно-сосудистой системы. Наиболее ранним осложнением гестационного процесса была угроза прерывания беременности, которая диагностировалась с самых ранних сроков. случаев специфических осложнений, характерных только для МХ-двоен — ФФТС было отмечено 2. В 1 случае «донор» погиб при сроке беременности 23 недели, в другом — 26 недель. В обоих случаях постоянный динамический контроль за состоянием плодов, гемостазиологических параметрах беременных и проводимой терапии позволили избежать синдрома близнецовой эмболии и родоразрешить женщин в одном случае через естественные родовые пути, в другом — путем операции кесарева сечения.

Многоплодная беременность, даже без входящих осложняющих факторов, является моделью фетоплацентарной недостаточности. ФПН при многоплодии формируется в раннем сроке, ее клиническим проявлением в ранние сроки гестации может быть угроза прерывания, в более

поздние сроки на фоне ФПН формируется синдром задержки внутриутробного развития плода (СЗВУРП). СЗВУРП отмечался у 13 беременных (23,2 %) с ДХ-двойней и у 10 беременных (17,9 %) с МХ-двойней, всего 41,1 %. СЗВУРП носил, преимущественно, диссоциированный (дискордантный) характер. Во время беременности наиболее информативными и достоверными методами исследования, позволяющими диагностировать ФПН и СЗВУРП, являются УЗИ и доплеровское исследование кровотока в системе мать-плацента-плод. По мере прогрессирования беременности отмечалось возрастание показателей индексов кровотока.

При анализе КТГ отмечались значительные эпизоды стабильного ритма, уменьшение количества акцелераций и их амплитуды, в то же время в значительном числе случаев (более чем в 50 % исследований) выявлялись децелерации. Двигательная активность при этом не учитывалась, так как «усиление» двигательной активности при многоплодии может быть ложным из-за суммации движений плодов. Особое значение, на наш взгляд, имеет синхронная запись КТГ при МХ-двойнях для диагностики ФФТС при отсутствии возможности провести ультразвуковое и доплеровское исследование. При этом, чем ниже ЧСС плода при синхронной записи, тем больше вероятность, что он является «донором».

Все беременные находились на стационарном лечении и получали (по показаниям) токолитическую, спазмолитическую, гипотензивную, реологическую, метаболическую, антианемическую, гипербарическую, кислородную терапию, профилактику РДС дексаметазоном. Лечение проводилось под динамическим контролем клинико-лабораторных, функциональных и инструментальных методов. Это позволило, в ряде случаев, пролонгировать беременность и родоразрешить женщин в более благоприятных условиях, как для них, так и для плодов.

Путем операции кесарева сечения родоразрешены 35 беременных (62,5 %), через естественные родовые пути — 21 беременная (37,5 %), причем только две МХ-двойни из восьми родились через естественные родовые пути. Показаниями к кесареву сечению послужили: состояние плодов — в 29 случаях (51,8 %); гестоз — в 3 случаях (5,4 %); рубец на матке — в 2 случаях (3,6 %). Аномалии родовой деятельности отмечены в 1 случае при МХ-двойне, что сопровождалось внутриутробным страданием плодов и потребовало абдоминального родоразрешения.

Кровопотеря в родах оставила от 200 до 400 мл, в среднем 320 ± 20 мл. При операции кесарева сечения кровопотеря составила от 500 до 900 мл, в среднем 730 ± 35 мл. Во всех случаях кровопотеря купирована консервативными мероприятиями — применением токомиметиков, пре-

паратов крови, плазмозаменителей, ингибиторов фибринолиза.

Родились 108 живых детей с массой 760-2550 г, длиной от 28 до 48 см. В одном случае при ДХ-двойне плоды погибли последовательно при сроках гестации 24 недели и 28 недель на фоне прогрессирующей ФПН, что подтверждено гистологическим исследованием плодов. При двух МХ-двойнях по одному плоду из каждой беременности погибли при сроках 23 недели и 26 недель.

На второй этап выхаживания были переведены 35 новорожденных (62,5 %), показаниями для этого явились недоношенность и незрелость, СЗВУРП, пневмопатии, гипоксические поражения ЦНС, врожденные пороки развития.

При исследовании плацент выявлено, что масса и размеры плацент у МХ-двоен значительно превышают таковые у ДХ-двоен. Масса у МХ-двоен составила $782,2 \pm 104,2$ г, площадь — $390,2 \pm 130,3$ мм²; толщина — $29,1 \pm 5,0$ мм. У ДХ-двоен масса тела составила $410,1 \pm 79,2$ г; площадь — $250,2 \pm 80,2$ мм²; толщина — $26,2 \pm 3,8$ мм. В ряде случаев обращает на себя внимание наличие признаков как незрелости плацент, выявленных при гистологическом исследовании, так и зрелости при недоношенной, что, видимо, является морфологическим выражением ФПН.

Таким образом, течение беременности и родов при многоплодной беременности сопровождается значительным числом осложнений, а исходы — повышением репродуктивных потерь и увеличением перинатальной заболеваемости. Весьма частыми осложнениями многоплодной беременности являются преждевременные роды, ФПН, СЗВУРП. Применение современных методов диагностики состояния плодов в комплексе и при динамическом наблюдении позволяет своевременно распознать патологические состояния и провести соответствующую коррекцию, избрать метод и сроки родоразрешения, которое должно проводиться в условиях акушерского стационара вы-

сокой степени риска, что в конечном итоге имеет значение для снижения перинатальных потерь и перинатальной заболеваемости.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Современные проблемы многоплодной беременности /Краснопольский В.И., Новикова С.В., Капустина М.В. и др. //Рос. вестн. ассоц. акуш.-гинеколов. — 2009. — № 2. — С. 79-82.
2. Юдаев, В.Н. Многоплодная беременность: клинические и медико-организационные проблемы /В.Н. Юдаев: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2003. — 41 с.
3. Исходы многоплодной беременности для плода и новорожденного /Макарова Е.Е., Гудимова В.В., Глиная С.В., Егорова О.А. //Рос. вестн. ассоц. акуш.-гинеколов. — 2001. — № 1. — С. 46-49.
4. Васнецова, М.Б. Течение беременности и родов, перинатальные исходы, при двойне /М.Б. Васнецова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2003. — 26 с.
5. Монохориальная двойня: особенности течения беременности и родов, перинатальные исходы /Сичинава Л.Г., Калашников С.А., Панина О.Б. и др. //Акуш. и гинекология. — 2003. — № 2. — С. 12-18.
6. 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.
7. Chang, Y.I. Fetoscopic laser therapy for twin-twin transfusion syndrome /Chang Y.I. //Taiwan J Obstet Gynecol. — 2006. — V. 45, N 4. — P. 294-301.
8. Chescheir, N.C. Twin-to twin transfusion Syndrome: a mode for the fetal origins of adult health /Chescheir N.C. //Pediatr. Perinat. Epidemiol. — 2005. — V. 19, N 1. — P. 32-36.
9. De Paepe, M.E. Vascular distribution patterns in monochorionic twin placentas /De Paepe M.E., De Koninck P., Friedman R.M. //Placenta. — 2005. — V. 26, N 6. — P. 471-475.
10. Significance of donor anuria differs between monoamniotic and diamniotic twin-twin transfusion syndrome /Shaap A.H., van den Wijngaard J.P., Nikkels P.G. et al. //Placenta. — 2007. — V. 28, N 5-6. — P. 523-526.