

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА
АКАДЕМІЯ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

БАБІНЧУК ОЛЕНА ВАСИЛІВНА

УДК 618.252+618.33/.36-008.3/.5

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ,
СТАН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ
ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ,
ЗАЛЕЖНО ВІД ТИПУ ПЛАЦЕНТАЦІЇ**

14.01.01 – Акушерство і гінекологія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Дніпро – 2018

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Запорізькому державному медичному університеті.

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор

Круть Юрій Якович,

Запорізький державний медичний університет,
кафедра акушерства та гінекології, завідувач

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор, член-кореспондент

Національної академії медичних наук України

Камінський В'ячеслав Володимирович,

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ),
кафедра акушерства, гінекології та репродуктології, завідувач

доктор медичних наук, професор

Резніченко Галина Іванівна,

Державний заклад «Запорізька медична академія
післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»,
кафедра акушерства та гінекології, професор

Захист відбудеться «31» травня 2018 р. о 13⁰⁰ год. на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 08.601.04 при Державному закладі «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України» (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України» (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9).

Автореферат розісланий «11» квітня 2018 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
д.мед.н., доцент

О. О. Фастовець

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Проблема багатоплідної вагітності (БВ) є актуальною для сучасного акушерства у зв'язку з істотним зростанням її частоти за останні 15–20 років до 1,4–2,4% (Яригіна Т. А., 2017) та високими показниками перинатальної смертності (ПС) (Вдовиченко Ю. П., 2011), що спричинено широким впровадженням допоміжних репродуктивних технологій (Камінський В. В., 2006). В Україні з 2000 р. частота БВ зросла на третину, і лише в 15–30% випадках спостерігається її фізіологічний перебіг (Поварова А. А., 2011). При багатоплідді частіше зустрічаються дихоріальні двійні (66–75%), тоді як монохоріальні – від 4 до 50 на 1000 пологів (Нікітіна І. Н., 2017).

Одним із найважливіших чинників, що визначають перинатальні наслідки при багатоплідді, є не зиготність, а хоріальність. Монохоріальний тип плацентації при багатоплідді є найбільш несприятливим щодо перинатальних наслідків, оскільки ПС при монохоріальній діамніотичній двійні (МД) у 3–4 рази перевищує таку при діхоріальній (ДД) (Грищенко О. В., 2012). МД супроводжується більшим ризиком внутрішньоутробної загибелі плода після 32-го тижня гестації (у 8 разів), ніж ДД, вираженого дискордатного розвитку плодів та некротизуючого ентероколіту (у 4 рази), вроджених вад розвитку. Частими ускладненнями БВ є дисфункція плаценти й синдром затримки росту плода (СЗРП), частота яких у 10 разів вища, ніж при одноплідній вагітності, і становить 34% і 23% відповідно при МД і ДД (Townsend R., Zipori Y., 2016).

Особливого значення ця проблема набуває у огляду на високі показники перинатальної смертності (ПС), які в 3–4 рази перевищують такі при одноплідній вагітності, а при монозиготній вони в 2,5 рази вищі, ніж при дизиготній (Sueters M., 2017). Захворюваність дітей з двійнят у 4 рази вища, ніж у новонароджених від одноплідної вагітності, що пов'язано з великою кількістю ускладнень перебігу вагітності (Oepkes D., 2017).

Поліетиологічність БВ і її наслідки визначають потребу з'ясування клінічних особливостей перебігу вагітності та пологів, змін і порушень функціонування фетоплацентарного комплексу при різних типах плацентації, важливу роль у яких може відіграти прогнозування наслідків.

На сьогодні остаточно не з'ясовано деякі ланки патогенезу перинатальної патології при БВ, оскільки відсутні достовірні відомості щодо особливостей формування й функціонування фетоплацентарного комплексу (ФПК) залежно від причин та характеру багатопліддя. Недостатньо розроблено методи оцінювання стану плодів, моніторингу їх внутрішньоутробного розвитку, антенатального догляду й прогнозування перинатальних наслідків у жінок із багатопліддям різного генезу.

Для цього, враховуючи складність процесів полісистемних порушень при БВ, необхідне обґрунтування нових диференційованих підходів до ведення вагітних з багатопліддям та їх впровадження в роботу акушерської ланки охорони здоров'я.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота проведена в рамках наукової тематики кафедри акушерства та гінекології Запорізького державного медичного університету «Наукове обґрунтування впливу немедикаментозних та медикаментозних методів лікування вагітних на зниження акушерських та перинатальних ускладнень» (№ держреєстрації 0110U000909), одним з виконавців якої є здобувач.

Мета і завдання дослідження. Мета роботи – поліпшення перинатальних наслідків у вагітних з монохоріальною та діхоріальною двійнею й оптимізація діагностичного алгоритму в антенатальному періоді з урахуванням особливостей перебігу вагітності.

Досягнення мети передбачало виконання наступних завдань.

Завдання дослідження:

1. Провести аналіз особливостей перебігу вагітності та пологів у вагітних з монохоріальною й діхоріальною двійнями.
2. Оцінити стан плодів за даними ультразвукової фетометрії та визначити ступінь змін у системі мати-плацента-плід.
3. Визначити особливості матково-плацентарно-плодового кровообігу за допомогою доплерометричного дослідження при БВ з різним типом плацентації.
4. На підставі визначення концентрації в крові гормонів (прогестерон, плацентарний лактоген, кортизол, естріол) дати оцінку стану та особливостям фетоплацентарного комплексу в жінок з БВ.
5. Обґрунтувати діагностичні критерії для розродження при монохоріальній та діхоріальній двійнях і розробити принципи ведення вагітності та пологів з урахуванням індивідуального ризику розвитку ускладнень.
6. Розробити та провести клінічну апробацію методики прогнозування ступеня ризику гестаційних і перинатальних ускладнень.
7. Визначити клінічні предиктори стану новонароджених при БВ.

Об'єкт дослідження – багатоплідна вагітність.

Предмет дослідження – перебіг вагітності та пологів, гемодинаміка й гормональний стан фетоплацентарного комплексу у вагітних з монохоріальною та діхоріальною двійнею.

Методи дослідження: загально-клінічне обстеження, біохімічні, клінічні – для оцінки перебігу вагітності; імуноферментні – для дослідження гормонального профілю фетоплацентарного комплексу (прогестерон, кортизол, плацентарний лактоген, естріол), інструментальні – для оцінки стану плода (високочастотна ультрасонографія з пульсовим доплерівським зображенням, кардіотокографія з визначенням короткої варіабельності ритму – STV, біофізичний профіль плода); морфологічні – для оцінки змін плаценти у породіль з багатоплідною вагітністю; статистичні – для визначення достовірності отриманих результатів

Наукова новизна одержаних результатів. У ході дослідження доповнено наукові дані про особливості перебігу вагітності та пологів залежно від різних типів плацентації. Набуло подальшого розвитку вивчення особливостей стану фетоплацентарного комплексу при різних типах плацентації. Розширено наукові уявлення про характер і варіанти порушень плодової гемодинаміки, особливості гормональної функції фетоплацентарного комплексу з визначенням клінічного значення їх змін при БВ.

На підставі отриманих даних оптимізовано та впроваджено алгоритм моніторингу акушерської ситуації й прогнозу перинатального ризику в жінок з двійнями, з нових позицій подано порівняльний аналіз перинатальних результатів залежно від типу двієнь.

Вперше на основі математичного моделювання визначено та статистично обґрунтовано основні клінічні фактори стану новонароджених при багатоплідній вагітності.

Вперше на підставі виявлених особливостей клінічного перебігу БВ і функціонування фетоплацентарного комплексу розроблено діагностичні критерії для розродження при МД і ДД, а також впроваджено поетапні принципи ведення вагітності та пологів з урахуванням типу плацентації.

Практичне значення одержаних результатів. Розроблено нові підходи до ведення вагітності та пологів у жінок з багатоплідною вагітністю, які полягають у застосуванні алгоритму моніторингу акушерської ситуації та прогнозуванні перинатального ризику залежно від різних типів плацентації.

Запропоновано нову методику визначення клінічних чинників стану новонароджених при БВ на підставі математичного моделювання, що надає змогу отримати точніші результати порівняно зі стандартним веденням вагітності та пологів.

На основі даних дослідження розроблено, патогенетично обґрунтовано й впроваджено діагностичну стратегію для розрахунку індивідуального бального показника щодо акушерської тактики розродження, принципів ведення вагітності та пологів з урахуванням типу плацентації у жінок з БВ, що забезпечує суттєве покращення результатів пологів та перинатальних наслідків.

Результати дисертаційної роботи впроваджені в клінічну практику КЗ «Обласний перинатальний центр» ЗОР, ЗОЗ «Пологовий будинок № 3», КУ «Пологовий будинок № 4», КУ «Пологовий будинок № 9» м. Запоріжжя, КП «ТМО» Бердянська міська дитяча лікарня та пологовий будинок, КЗ «Пологовий будинок № 2» м. Маріуполя, КЗ «Маріупольське територіальне медичне об'єднання здоров'я дитини та жінки», міська лікарня «Центр матері та дитини» м. Вінниці, КЗ «Дніпропетровський обласний перинатальний центр зі стаціонаром» ДОР, КУ «Пологовий будинок № 1» м. Одеси.

Результати дисертаційної роботи використовують у навчальному процесі на кафедрах акушерства та гінекології Запорізького державного медичного університету й ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України».

За результатами дисертаційного дослідження оформлено інформаційний лист № 106-2017 «Метод стратифікації індивідуального перинатального ризику та раціоналізації персоналізованої акушерської стратегії в умовах багатоплідної вагітності» про нововведення в системі охорони здоров'я.

Особистий внесок здобувача. Автором особисто проведено інформаційно-патентний пошук, зроблено огляд і узагальнення сучасних літературних джерел за темою дисертації, визначено мету та напрями проведення дослідження. Здобувачем самостійно сформовано групи вагітних; проведено клінічне обстеження й спостереження за жінками в динаміці, здійснено забір біологічного матеріалу; проведено статистичну обробку та науковий аналіз отриманих даних; написано всі розділи дисертації; сформульовано висновки й розроблено практичні рекомендації; підготовлено публікації за результатами досліджень.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи доповідались і обговорювались на міжнародних науково-практичних конференціях: «Сучасні аспекти медицини та фармації» (Запоріжжя, 2012, 2013, 2014), «Світова медицина: сучасні тенденції та фактори розвитку» (Львів, 26–27 січня 2017), «Медична наука та практика XXI століття» (Київ, 31 січня 2017), «Сучасні проблеми світової медицини та її роль у забезпеченні здоров'я світового співтовариства» (Одеса, 17–18 лютого 2017), «Нове та традиційне у дослідженнях сучасних представників медичної науки» (Львів, 24–25 лютого 2017), «Рівень ефективності та необхідність впливу медичної науки на розвиток медичної практики» (Київ, 23–24 березня 2017), «Досягнення медичної науки як чинник стабільності розвитку медичної практики» (Дніпро, 11–12 березня 2017).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 20 наукових праць, з яких 8 статей (з них 2 – у виданнях, включених до міжнародних наукометричних баз (Scopus, Web of Science), 6 – у фахових виданнях, рекомендованих МОН України), 11 тез у збірниках наукових конференцій, 1 інформаційний лист.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 181 сторінці комп'ютерного тексту та складається зі вступу, огляду літератури, характеристики матеріалів і методів дослідження, чотирьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій і списку використаних джерел. Робота містить 5 рисунків, 31 таблицю. Список використаних джерел включає 232 найменування (67 – кирилицею, 165 – латиницею).

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи досліджень. Для досягнення поставленої мети й вирішення поставлених завдань робота проводилась у три етапи. Перший етап включав ретроспективний аналіз 80 історій пологів жінок з БВ та проспективне обстеження 155 вагітних: 114 – з БВ, що залежно від хоріальності були поділені на дві групи: I група – 49 (42,98%) жінок з монохоріальною двійнею, з яких 6 –

моноамніотична та 43 – діамніотична; II група – 65 (57,02%) вагітних з діхоріальною діамніотичною двійнею (ДД) та 41 умовно здорова жінка з одноплідною доношеною вагітністю (контрольна група).

Дослідження проводилось впродовж 2011–2015 рр. у КУ «Запорізький обласний перинатальний центр» ЗОР.

На другому етапі роботи виконано клініко-лабораторне та інструментальне обстеження вагітних з оцінкою впливу хоріальності на перебіг БВ, її наслідки, перинатальну захворюваність та смертність. В динаміці проведено кардіотокографічне (КТГ) й ультразвукове дослідження (УЗД), оцінювання біофізичного профілю, визначення вмісту в сироватці крові плацентарного лактогену, естріолу, прогестерону та кортизолу імуноферментним методом, після пологів проведено морфологічне дослідження плацент. Стан новонароджених дітей оцінювали за шкалою Апгар на першій та п'ятій хвилинах.

На третьому етапі дослідження проведено статистичну обробку отриманих даних за допомогою статистичного пакета ліцензійної програми «STATISTICA[®] for Windows 6.0» (StatSoftInc., № AXXR712D833214FAN5) та «SPSS 17.0», «Microsoft Excel 2003». Окремі статистичні процедури й алгоритми реалізовані у вигляді спеціально написаних макросів у відповідних програмах. Для всіх видів аналізу статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$.

На підставі отриманих даних розроблено прогностичну модель розрахунку інтегрального показника ризику розвитку гестаційних і перинатальних ускладнень при БВ, яка була апробована в 27 пацієнток з БВ.

Для клінічної оцінки ефективності розроблених індивідуалізованих підходів до ведення жінок з БВ здійснено динамічне спостереження та обстеження протягом вагітності 25 жінок з БВ.

Результати досліджень та їх обговорення. Обстеження вагітних жінок продемонструвало, що при одноплідній вагітності середній вік становив $27,54 \pm 0,75$ року і був наближений до середнього віку пацієнток з МД, тоді як жінки з ДД були достовірно старшого віку ($p < 0,05$), ніж при МД ($29,95 \pm 0,61$ року проти $27,73 \pm 0,68$ відповідно).

За результатами аналізу екстрагенітальної патології в обстежених групах встановлено, що в анамнезі достовірно частіше ($p < 0,05$) зустрічалась соматична патологія в жінок з МД (67,44%) і ДД (61,54%) порівняно з одноплідною вагітністю (17,07%). У структурі екстрагенітальної патології достовірно частіше зустрічались ожиріння й хронічний пієлонефрит, причому як у групі з МД, так і з ДД у пацієнток був достовірно вищим відсоток ожиріння порівняно з одноплідною вагітністю (32,56%, 40,0% і 9,76% відповідно), а хронічний пієлонефрит достовірно частіше зафіксовано в жінок з МД (16,28%) порівняно з одноплідною вагітністю (16,28%).

При аналізі гінекологічної патології встановлено в усіх групах жінок великий відсоток наявності патології (60,47% – при МД, 73,85% – при ДД, 58,54% – при одноплідній вагітності). У структурі гінекологічної патології в усіх групах переважала наявність ерозії шийки матки, у групі з МД майже в

3 рази частіше зустрічалась лейоміа матки та в 2 рази частіше хронічний сальпінгофорит порівняно з групою з ДД, а в групі з ДД достовірно частіше зафіксовано безпліддя (32,31%), ніж у групі з МД (4,65%).

Аналіз перебігу гестаційного періоду в групах свідчить, що ускладнення вагітності достовірно частіше ($p < 0,05$) спостерігались у жінок групи з МД (83,72%) порівняно з групою з ДД (64,15%). Особливо в групі з МД це стосувалось дискордантного розвитку плодів, який зустрічався в 5,2 рази частіше, ніж у групі з ДД; синдрому затримки росту плода (СЗРП), порушення матково-плацентарно-плодового кровотоку (ПМППК), багатоводдя, які зафіксовано майже в 2 рази частіше, ніж у групі з ДД (рис. 1).

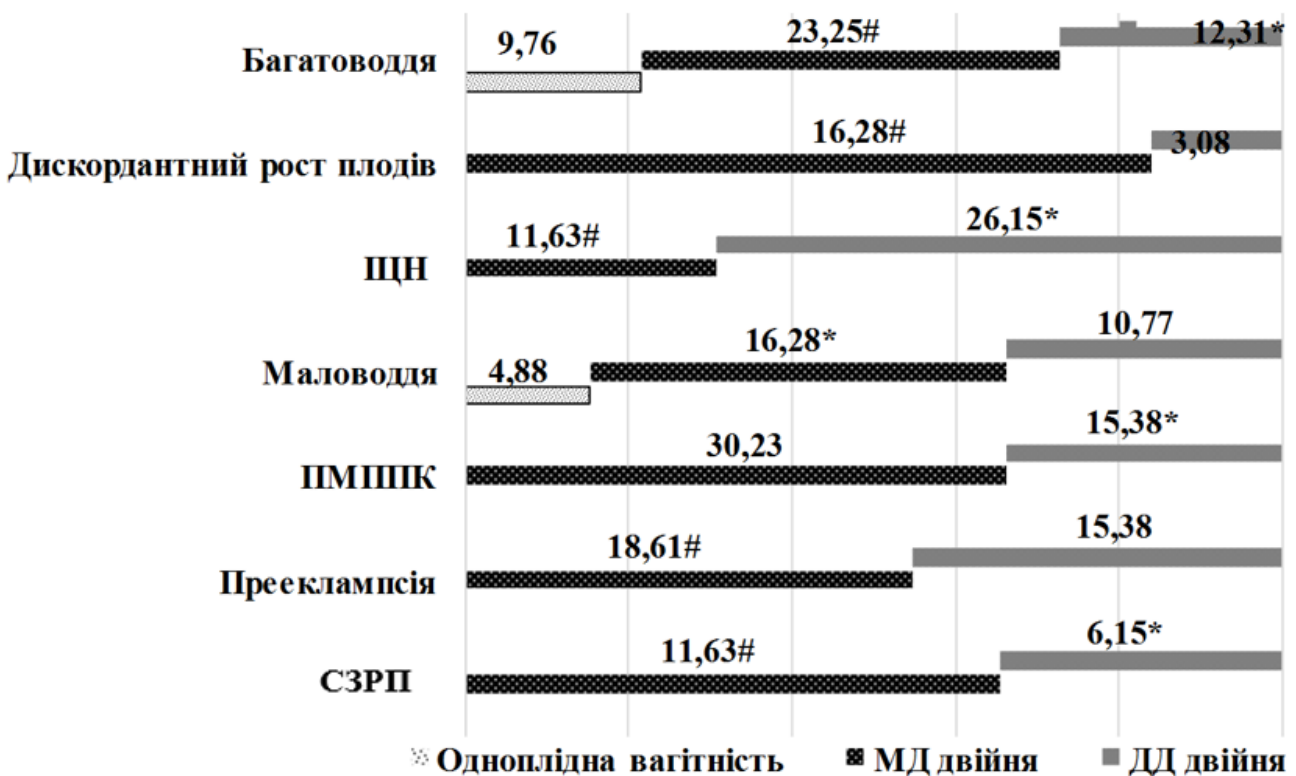


Рис. 1. Ускладнення перебігу багатоплідної вагітності залежно від типу плацентації, % (* – $p < 0,05$ порівняно з ДД з відповідними показниками групи МД; # – $p < 0,05$ порівняно з МД з відповідними показниками групи з одноплідною вагітністю).

Маловоддя достовірно частіше ($p < 0,05$) діагностовано в групі жінок з МД (16,28%) порівняно з одноплідною вагітністю (4,88%) та не мало відмінностей порівняно з групою з ДД (10,77%). Для жінок групи з ДД порівняно з групою з МД характерними були достовірно ($p < 0,05$) вищі відсотки істміко-цервікальної недостатності (ЩН) (26,15% і 11,63% відповідно), дисфункції плаценти (30,23% і 15,38% відповідно).

Таким чином, отримані дані свідчать, що жінки з БВ становлять групу ризику з розвитку ускладнень вагітності, причому ДД супроводжується меншою кількістю ускладнень, ніж МД.

В ході дослідження встановлено, що для перебігу пологів у жінок з БВ характерними є достовірно вищі рівні ускладнень та оперативних втручань. Так, при монохоріальному типі плацентації, порівняно з дихоріальним, спостерігається достовірно вищий відсоток передчасних пологів (89,8% проти 15,4%), тоді як при дихоріальному – достовірно частіше трапляються передчасний розрив плодових оболонок (15,4% проти 4,7%), слабкість пологової діяльності (6,15%), що впливає на зростання відсотка несприятливих перинатальних наслідків та розширює показання до оперативного розродження (рис. 2).

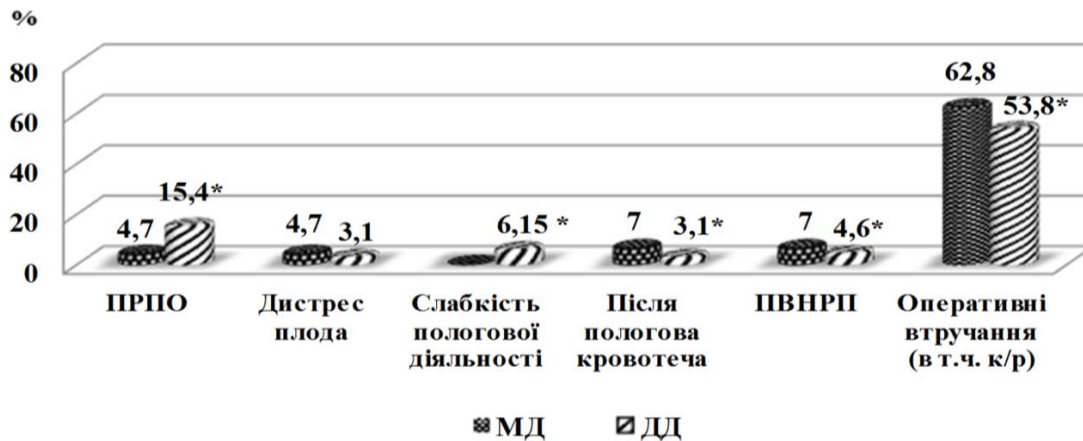


Рис. 2. Ускладнення та оперативні втручання в пологах залежно від плацентації, % (* – $p < 0,05$ порівняно з відповідними показниками групи МД).

Оперативні втручання в пологах (кесарів розтин, вакуум-екстракція плода, ручне обстеженням порожнини матки тощо) достовірно частіше мали місце в породіль першої та другої груп порівняно з одноплідною вагітністю. Відсоток розродження шляхом кесаревого розтину як у першій, так і в другій групах жінок суттєво не відрізнявся (55,81% і 52,31% відповідно), тоді як у контрольній групі він був достовірно нижчим (2,44%).

Антропометричні показники новонароджених свідчать про достовірну різницю як ваги, так і зросту в новонароджених дітей з різною хоріальністю (табл. 1), і вони є достовірно нижчими, ніж у контрольній групі.

Як видно з таблиці, оцінка першого плода за шкалою Апгар у групі з МД на першій та п'ятій хвилинах становила 6,08 та 7,1 бали відповідно, другого – 6,18 та 7,07 бали відповідно. В групі з ДД перший плід мав достовірно вищу оцінку ($p < 0,05$) за шкалою Апгар на першій та п'ятій хвилинах (6,98 та 7,71 балу відповідно), ніж другий (6,75 та 7,62 балу відповідно). Встановлено, що МД тип плацентації при БВ є найбільш несприятливим стосовно перинатальних наслідків, оскільки 39,76% новонароджених мали клінічні прояви синдрому дихальних розладів проти 26,20% – у групі з ДД, гіпоксично-ішемічні ураження центральної нервової системи (ЦНС) та синдром пригнічення виявлено у 30,12% немовлят при МД та у 24,62% – при ДД. Перинатальна смертність при МД була в 3,5 рази вищою (32,41%) порівняно з ДХ (9,26%).

Антропометричні показники новонароджених у групах

| Показники | I плід | II плід |
|-----------------------------------|---------------------|-------------------|
| Монохоріальна діамніотична двійня | | |
| Вага, г | 2025,67 ± 89,16 | 2015,67 ± 93,29 |
| Зріст, см | 43,73 ± 0,82 | 43,67 ± 0,84 |
| Діхоріальна діамніотична двійня | | |
| Вага, г | 2359,38 ± 64,39 * | 2302,75 ± 69,08 * |
| Зріст, см | 46,28 ± 0,54 * | 45,77 ± 0,58 * |
| Група контролю | | |
| Вага, г | 3511,46 ± 68,74 * # | – |
| Зріст, см | 52,8 ± 0,33 * # | – |

Примітки: * – $p < 0,05$ порівняно з групою з МД; # – $p < 0,05$ порівняно з групою з ДД.

Загальна тривалість перебування породіль при МД була достовірно більшою ($p < 0,05$) у порівнянні з групою з ДД та одноплідною вагітністю і склала в середньому $15,45 \pm 2,09$ діб (проти $10,53 \pm 1,13$ діб - при ДД та $5,12 \pm 1,03$ - при одноплідній), що також підкреслює несприятливість вагітності на тлі монохоріальності.

Таким чином, результати проведеного клінічного аналізу свідчать, що більшість жінок з БВ мають обтяжений соматичний та гінекологічний анамнез, перебіг вагітності й пологів у них супроводжується частим розвитком ускладнень, наслідком чого є зростання відсотка оперативних втручань та несприятливих перинатальних наслідків, що спонукає до необхідності їх поглибленого обстеження.

При проведенні КТГ із STV вагітним не виявлено достовірної різниці в показниках у межах однієї хоріальності та при порівнянні плодів із різних хоріальностей, оскільки вони перебували в межах фізіологічної норми. Так, середній показник короткої варіабельності (STV) серцевого ритму плода в групі з МД становив $7,99 \pm 0,37$ мс у 1-го плода, $8,66 \pm 0,39$ мс – у 2-го; в групі з ДД – $7,74 \pm 0,27$ мс та $8,22 \pm 0,35$ мс відповідно; в групі з одноплідною вагітністю – $8,46 \pm 0,69$ мс.

Доплерометричне дослідження судин маточно-плацентарно-плодового кровотоку (МППК) у вагітних у динаміці з оцінкою максимальної (V_{max}) та мінімальної (V_{min}) швидкості кровотоку, індексу резистентності (IR), пульсаційного індексу (PI), систоло-діастолічного співвідношення (S/D) показало, що в жінок з БВ спостерігалось погіршення зазначених показників порівняно з одноплідною. Виявлено достовірне ($p < 0,05$) зменшення пікової швидкості кровотоку в правій матковій артерії в жінок групи з МД порівняно з групою з ДД ($V_{max} = 65,24 \pm 2,96$ проти $V_{max} = 79,72 \pm 7,89$); в артерії пуповини плода зафіксовано достовірне ($p < 0,05$) зниження V_{max} та S/D у групі з МД порівняно з

групою з ДД ($V_{\max}=51,07\pm 2,62$, $SDO=3,21\pm 0,15$ проти $V_{\max}=43,05\pm 2,35$, $S/D=2,78\pm 0,15$ відповідно); в середній мозковій артерії спостерігалось достовірне ($p<0,05$) збільшення PI в групі з МД ($2,12\pm 0,37$) порівняно з групою з ДД ($1,49\pm 0,07$). Доплерометричне обстеження МППК виявило порушення в кожній другій пацієнтки з БВ незалежно від типу хоріальності, що вказує на патологічний перебіг як монохоріальної, так і діхоріальної двійні.

Результати аналізу вмісту гормонів фетоплацентарного комплексу в третьому триместрі показали достовірне ($p<0,05$) збільшення рівня прогестерону при БВ порівняно з одноплідною, що є необхідним для забезпечення фізіологічного перебігу БВ та розвитку плодів (табл. 2).

Таблиця 2

**Гормональний профіль фетоплацентарного комплексу
обстежених вагітних (М±m)**

| Показники | МД | ДД | Контрольна група |
|------------------------------|--------------|----------------|------------------|
| Прогестерон, нг/мл | 236,17±22,75 | 312,12±24,99 * | 85,83±8,48 # |
| Кортизол, мкг/дл | 24,94±2,07 | 25,36±1,79 | 29,25±0,99 # |
| Плацентарний лактоген, мг/мл | 9,54±0,88 | 9,28±0,95 | 10,31±1,08 |
| Естріол, нг/мл | 8,36±1,42 | 12,06±1,3 * | 7,16±0,58 # |

Примітки: * – $p<0,05$ порівняно з групою з МД двійні, # – $p<0,05$ порівняно з групою з ДД ().

У групі з ДД спостерігалось достовірне зниження концентрації прогестерону на 24,33% порівняно з групою з МД, що, імовірно, можна пояснити зменшенням її функціональної спроможності при пролонгації вагітності двійнею. Вивчення рівня кортизолу в плазмі крові жінок виявило достовірне його зниження в жінок з БВ як при МД, так і при ДД ($24,94\pm 2,07$ мкг/дл і $25,36\pm 1,79$ мкг/дл відповідно) порівняно з одноплідною ($29,25\pm 0,99$ мкг/дл), що свідчить про вірогідне зменшення резервних стресогенних можливостей організму жінки в забезпеченні фізіологічного перебігу БВ. Вміст плацентарного лактогену в групах не відрізнявся. При БВ зареєстроване достовірне підвищення концентрації естріолу порівняно з одноплідною вагітністю, однак при МД вона була достовірно нижчою, ніж при ДД ($8,36\pm 1,42$ нг/мл і $12,06\pm 1,3$ нг/мл відповідно), що вказує на меншу функціональну спроможність монохоріального типу плаценти.

Водночас поглиблений аналіз гормонального гомеостазу в пацієток з БВ підтвердив наявність порушень фетоплацентарного комплексу, оскільки кожна третя вагітна з обох груп мала низькі рівні некон'югованого естріолу, кожна четверта – прогестерону та кожна п'ята – плацентарного лактогену. Це свідчить про те, що жінок з БВ потрібно зарахувати до групи ризику щодо розвитку порушень фетоплацентарного комплексу, особливу увагу при цьому приділяючи МД, прогнозуванню наслідків пологів та своєчасному проведенню лікувально-профілактичних заходів.

З метою раннього прогнозування на основі отриманих даних розроблено прогностичну модель розрахунку інтегрального показника ризику розвитку гестаційних і перинатальних ускладнень при БВ (табл. 3). За допомогою багатовимірної лінійної регресії встановлено клінічно значущі чинники перинатальних ускладнень при багатоплідній вагітності: кожна відповідь «є» отримувала 2 бали, «немає» – 1 бал.

Таблиця 3

Клінічно значущі чинники багатовимірної лінійної регресії прогнозу ризику розвитку гестаційних і перинатальних ускладнень при БВ

| Чинники | Код фактора | B | Стандартна помилка B |
|--|-------------|----------|----------------------|
| У-перетин | – | 5,31059 | 1,143 |
| Вік, роки | F1 | 0,09835 | 0,03439 |
| ІМТ, кг/м ² | F2 | 0,07516 | 0,02619 |
| Прогестерон, нг/мл | F3 | -0,00410 | -0,00159 |
| Кортизол, мкг/дл | F4 | -0,03224 | -0,01203 |
| Плацентарний лактоген, мг/мл | F5 | -0,06280 | -0,02326 |
| Естріол, нг/мл | F6 | -0,02795 | -0,01005 |
| СЗРП у II половині вагітності (є/немає) | F7 | 1,85243 | 0,57174 |
| ПМППК (є/немає) | F8 | 1,14900 | 0,36827 |
| Ускладнення вагітності (є/немає) | F9 | 0,91400 | 0,36270 |
| Обтяжений гінекологічний анамнез (є/немає) | F10 | 0,61100 | 0,23410 |
| Обтяжений анамнез ЕГП (є/немає) | F11 | 0,21200 | 0,06444 |
| Пренатальні фактори ризику (є/немає) | F12 | 1,56622 | 0,58881 |
| STV I плода, мс | F13 | -0,35180 | -0,13275 |
| STV II плода, мс | F14 | -0,31236 | -0,10142 |
| Багатопліддя в анамнезі (є/немає) | F15 | 1,07052 | 0,37300 |
| Обтяжений акушерський анамнез (є/немає) | F16 | 1,76185 | 0,58533 |
| Порушення в системі гемостазу (є/немає) | F17 | 0,49081 | 0,16808 |
| Неправильне положення плода (є/немає) | F18 | 1,22232 | 0,36487 |
| Своєчасність взяття на облік (є/немає) | F19 | 0,75196 | 0,22718 |
| Монохоріальність (є/немає) | F20 | 1,87571 | 0,66515 |
| Клінічно вузький таз (є/немає) | F21 | 0,47864 | 0,14773 |
| Надмірна прибавка маси тіла (є/немає) | F22 | 0,1894 | 0,0513 |
| Відсутність консультацій спеціалістів за показаннями (є/немає) | F23 | 0,40789 | 0,16581 |
| TORCH (є/немає) | F24 | 0,88100 | 0,32271 |
| Порушення наступності надання медичної допомоги (є/немає) | F25 | 0,17222 | 0,05818 |
| Несвоєчасність КТГ плода (є/немає) | F26 | 0,85451 | 0,32004 |
| Вища освіта (є/немає) | F27 | 0,59000 | 0,20415 |

В ході покрокового регресійного аналізу при виявленні параметрів, що детермінують індивідуальний бальний показник (ІБП), отримано рівняння:

$$\begin{aligned} \text{ІБП} = & 0,1 * F1 + 0,08 * F2 - 0,004 * F3 - 0,03 * F4 - 0,06 * F5 - 0,03 * F6 + \\ & + 1,85 * F7 + 1,15 * F8 + 0,91 * F9 + 0,611 * F10 + 0,21 * F11 + 1,56 * F12 - \\ & - 0,35 * F13 - 0,31 * F14 + 1,07 * F15 + 1,76 * F16 + 0,49 * F17 + 1,22 * F18 + \\ & + 0,75 * F19 + 1,87 * F20 + 0,49 * F21 + 0,19 * F22 + 0,41 * F23 + 0,88 * F24 + \\ & + 0,172 * F25 + 0,86 * F26 + 0,59 * F27, \end{aligned}$$

при цьому множинний $R = 0,867$; $R^2 = 0,735$, нормалізований $R^2 = 0,62$.

Інтерпретацію розробленої математичної моделі та формування груп здійснено за підрахунком балів ІБП: I група (середнього ризику) – до 3,9 балу, при якому очікується розвиток ускладнень до 25%; II група (високого ризику) – 4,0–6,0 балів, при якому можливі ускладнення у 25–50% випадків; III група (дуже високого ризику) – більше ніж 6,0 балів, ускладнення при якому можуть розвиватись більше ніж у 50% жінок на тлі БВ.

На основі отриманих результатів розроблено індивідуалізовані підходи до ведення вагітних з БВ залежно від бального показника. Так, жінки I групи потребують ретельного спостереження в жіночій консультації з обов'язковим клініко-біохімічним обстеженням, встановленням рівня гормонів, ультразвуковим обстеженням з визначенням типу плацентації й стану шийки матки та проведенням, за необхідності, відновлення мікробіоценозу піхви й санації осередків інфекції, профілактики анемії, передчасних пологів. Вагітним II групи рекомендовано додатково до обстеження, як у I групі, спостереження 1 раз на 2 тижні з проведенням антенатального моніторингу: з КТГ із STV та доплерометричного обстеження. Пацієнткам III групи на всіх етапах вагітності необхідні нагляд та лікування в умовах III рівня надання медичної допомоги з допологовою госпіталізацією, розробка індивідуалізованого плану ведення вагітності й пологів.

В свою чергу, для оцінювання достовірності та спроможності коректного визначення перинатального прогнозу обстежено 27 вагітних із багатопліддям. Згідно з розробленим діагностичним алгоритмом розвиток ускладнень прогнозувався в 17 (62,96%) жінок з БВ, оскільки в 6 з них ІБП коливався в межах 3,2–3,7 балу, при цьому ускладнення виникли в 1 пацієнтки (16,67%). У 9 ІБП дорівнював 4,4–5,6 бали, ускладнення розвинулись у 4 жінок (44,44%). У 12 ІБП складав від 6,3 до 6,9 бали, а ускладнення при цьому спостерігались у 10 жінок (83,33%). Таким чином, ускладнення виникли в 15 жінок (55,6%), що свідчить про високу чутливість та специфічність (83% і 70%) цієї моделі.

Надалі, для оцінювання ефективності розроблених індивідуалізованих підходів до ведення вагітних з БВ під наглядом перебувало 25 жінок, яким розраховано ІБП, згідно до якого у I групу ризику включено 8 осіб (32,0%), до II – 10 (40,0%), до III – 7 (28,0%). Внаслідок проведеної протягом вагітності персоналізованої корекції потенціальних чинників розвитку ускладнень відбувся відсотковий перерозподіл жінок у групах. Так, до I групи наприкінці вагітності увійшло 15 (60,0%) пацієнток, до II – 6 (24,0%), до III – 4 (16,0%). Таким чином,

майже в 30% жінок вдалося знизити ризик розвитку ускладнень сумарно в II та III групах завдяки зменшенню ІБП та включенню їх до I групи, де ризик виникнення ускладнень суттєво нижчий. Після пологів ці дані підтвердились, оскільки зафіксовано по 2 випадки укладень у кожній групі.

Отримані результати свідчать про високу ефективність розроблених підходів як до прогнозування розвитку ускладнень при БВ, так і до їх своєчасної корекції в динаміці спостереження та лікування жінок з БВ.

У межах розробки індивідуальної акушерської тактики ведення пологів для зменшення ризику перинатального ускладнення при БВ шляхом проведення однофакторного дисперсійного аналізу ANOVA оцінено значущість і достовірність потенційних ранніх прогностичних чинників клінічного стану новонароджених у ранньому неонатальному періоді, при якому в цій моделі виділено чотири групи: найважливіші, з помірним, мінімальним та без достовірного впливу.

З'ясовано, що найбільший вплив на стан новонароджених мають пренатальні фактори, багатопліддя в анамнезі, тип хоріальності, перебіг пологів, передчасний розрив плодових оболонок, синдром затримки росту та порушення STV, які згідно з отриманим питомим значенням впливу факторів на залежну функцію достовірно зумовлювали 46, 40, 39 і 38% сукупної варіації результативної ознаки при уніваріантному аналізі ($p < 0,05$).

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та подано нове вирішення наукової задачі сучасного акушерства – поліпшення перинатальних наслідків у вагітних з монохоріальною та дихоріальною двійнями на основі поглибленого вивчення фетоплацентарного комплексу з оптимізацією прогнозування й індивідуалізованих підходів.

1. Жінки з БВ мають низький індекс здоров'я: частота екстрагенітальної патології зустрічається в 67,44% при МД та 61,54% – при ДД, обтяжений гінекологічний анамнез – у 60,47% та 73,85% відповідно. Ускладнення вагітності достовірно частіше ($p < 0,05$) спостерігались у жінок групи з МД (83,72%) порівняно з групою з ДД (64,15%). Для пацієток групи з ДД порівняно з групою з МД характерними є достовірно ($p < 0,05$) вищі відсотки ПЦН (26,15% і 11,63% відповідно) і дисфункції плаценти (30,23% і 15,38% відповідно). У жінок з групи з МД порівняно з групою з ДД зафіксовано достовірно вищий відсоток передчасних пологів (89,8% проти 15,4%) та оперативних втручань (62,8% проти 53,8%), а в групі з ДД – достовірно частіше передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО) (15,4% проти 4,7%) та слабкість пологової діяльності (6,15%).

2. Антропометричні показники новонароджених при БВ, на відміну від одноплідної вагітності, були достовірно нижчі ($p > 0,05$). Оцінка першого плода за шкалою Апгар у групі з МД на першій та п'ятій хвилині становила 6,08 та 7,1 балу, другого – 6,18 та 7,07 балу відповідно. У групі з ДД перший плід мав вищу оцінку за шкалою Апгар на першій та п'ятій хвилині – 6,98 та 7,71 балу,

ніж другий плід – 6,75 та 7,62 балу відповідно ($p < 0,05$). В ранньому неонатальному періоді в 72,09% новонароджених при МД діагностовано синдром дихальних розладів та гіпоксично-ішемічні ураження ЦНС. Встановлено, що лише 21,54% немовлят при МД порівняно з ДД ($\chi^2_{\text{мд-дд}} = 8,4$ при $p < 0,05$) мали задовільний стан ($p < 0,05$), наслідком чого було достовірне ($p < 0,05$) збільшення тривалості ліжко-днів на 50,15%.

3. Результати ультразвукового обстеження жінок з БВ свідчать, що при МД, на відміну від ДД, дискордантний розвиток плодів зустрічався в 5,2 рази частіше (16,28% проти 3,08%), а частота СЗРП і ПМППК була майже в 2 рази вищою (11,63% проти 6,15% і 30,23% проти 15,38% відповідно), що, імовірно, є наслідком розвитку дисфункції плаценти.

4. Доплерометричне дослідження судин МППК у вагітних у динаміці показало, що в жінок з БВ спостерігалось достовірне ($p < 0,05$) зменшення пікової швидкості кровотоку в правій матковій артерії в групі з МД, порівняно з групою з ДД ($V_{\text{max}} = 65,24 \pm 2,96$ проти $V_{\text{max}} = 79,72 \pm 7,89$), тоді як в артерії пуповини плода спостерігалось достовірне ($p < 0,05$) зниження V_{max} та S/D у групі з МД порівняно з групою з ДД ($V_{\text{max}} = 51,07 \pm 2,62$, SDO = $3,21 \pm 0,15$ проти $V_{\text{max}} = 43,05 \pm 2,35$, S/D = $2,78 \pm 0,15$ відповідно). В середній мозковій артерії мало місце ($p < 0,05$) збільшення PI в групі з МД ($2,12 \pm 0,37$) порівняно з групою з ДД ($1,49 \pm 0,07$). Доплерометричне обстеження МППК виявило порушення в кожній другій пацієнтки з БВ незалежно від типу хоріальності, що вказує на несприятливий перебіг як МД, так і ДД.

5. При оцінюванні стану гормонального гомеостазу фетоплацентарного комплексу встановлено достовірне ($p < 0,05$) збільшення рівня прогестерону при БВ порівняно з одноплідною, що є необхідним для забезпечення фізіологічного перебігу БВ та розвитку плодів. Визначення рівня кортизолу виявило достовірне його зниження в жінок з БВ як при МД, так і при ДД ($24,94 \pm 2,07$ мкг/дл і $25,36 \pm 1,79$ мкг/дл відповідно) порівняно з одноплідною ($29,25 \pm 0,99$ мкг/дл), що свідчить про зниження резервних стресогенних можливостей у забезпеченні фізіологічного перебігу БВ. При БВ спостерігалось достовірне підвищення концентрації естріолу порівняно з одноплідною вагітністю, однак при МД вона була достовірно нижчою, ніж при ДД ($8,36 \pm 1,42$ нг/мл і $12,06 \pm 1,3$ нг/мл відповідно), що вказує на нижчу функціональну спроможність монохоріального типу плаценти. Поглиблений аналіз підтвердив наявність у жінок з БВ порушень фетоплацентарного комплексу, оскільки кожна третя вагітна з обох груп спостереження мала низькі рівні некон'югованого естріолу, кожна четверта – прогестерону, кожна п'ята – плацентарного лактогену.

6. З метою раннього прогнозування можливого розвитку ускладнень у пологах на основі отриманих даних розроблено прогностичну модель розрахунку інтегрального показника ризику розвитку гестаційних ускладнень і перинатальних ускладнень при БВ, яка має, згідно з проведеною клінічною апробацією, високу чутливість і специфічність (83% і 70%).

7. На основі отриманих у ході дослідження результатів розроблено диференційовані підходи до ведення вагітних з БВ залежно від бального показника. Так, жінки I групи потребують регулярного спостереження в жіночій консультації з обов'язковою санацією порушень мікробіоценозу піхви й осередків інфекції, проведенням цервікометрії та профілактики передчасних пологів; вагітним II групи рекомендовано ретельне спостереження (1 раз на 2 тижні) з антенатальним моніторингом; пацієнткам III групи на всіх етапах вагітності необхідні спеціалізований нагляд та лікування в умовах III рівня надання медичної допомоги з допологовою госпіталізацією, розробка індивідуалізованого плану ведення вагітності та пологів.

8. Визначено вплив деяких чинників під час вагітності та пологів на стан новонароджених шляхом проведення дисперсійного аналізу варіацій ANOVA та виявлено, що найбільший вплив на стан новонароджених мають пренатальні фактори, багатопліддя в анамнезі, синдром затримки росту плода, передчасний розрив плодових оболонок та порушення STV.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для підвищення якості раннього прогнозування розвитку ускладнень при БВ необхідно застосовувати прогностичну модель розрахунку інтегрального показника ризику розвитку гестаційних і перинатальних ускладнень із визначенням груп ризику: середнього ризику – до 3,9 балу, високого ризику – 4,0–6,0 балів, дуже високого ризику – більше ніж 6,0 балів.

2. Жінкам групи середнього ризику необхідно проводити ретельне спостереження в жіночій консультації з обов'язковим клініко-біохімічним обстеженням, дослідженням рівня гормонів, ультразвуковим обстеженням з визначенням типу плацентації та стану шийки матки й, за необхідності, відновленням мікробіоценозу піхви та санацією осередків інфекції, профілактики анемії, передчасних пологів. Вагітним групи високого ризику рекомендовано додатково до зазначеного спостереження 1 раз на 2 тижні з проведенням антенатального моніторингу з КТГ із STV, доплерометричного обстеження. Пацієнткам групи дуже високого ризику на всіх етапах вагітності необхідно проводити нагляд та лікування в умовах III рівня надання медичної допомоги з допологовою госпіталізацією, розробкою індивідуалізованого плану ведення вагітності й пологів.

3. Для прогнозування розвитку ускладнень у новонароджених потрібно проводити дисперсійний аналіз варіацій ANOVA.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Бабинчук Е. В. Многоплодная беременность. Современный взгляд на проблему / Ю. Я. Круть, Е. В. Бабинчук // Здоровье женщины. – 2013. – № 6. – С. 83–85. *(Особистий внесок здобувача: аналіз джерел, проведення їх статистичної обробки, формулювання результатів та висновків дослідження, підготовка статті до друку).*

2. Бабинчук Е. В. Состояние фетоплацентарного комплекса при многоплодной беременности / А. В. Жарких, Е. С. Любомирская, Е. В. Бабинчук

// Запорожский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 58–61. (*Особистий внесок здобувача: проведення статистичної обробки, формулювання результатів та висновків дослідження, підготовка статті до друку*).

3. Проблема невынашивания при многоплодной беременности / А. В. Жарких, Е. С. Любомирская, В. А. Плотник, Е. В. Бабинчук // Запорожский медицинский журнал. – 2013. – № 4 (79). – С. 78–80. (*Особистий внесок здобувача: формулювання результатів та висновків дослідження, підготовка статті до друку*).

4. Бабинчук Е. В. Монохориальная двойня: состояние фетоплацентарного комплекса и перинатальные исходы / Ю. Я. Круть, Е. В. Бабинчук // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2014. – № 7. – С. 40–43.

5. Бабинчук О. В. Особливості матково-плацентарної гемодинаміки і плодово-плацентарного артеріального кровотоку у жінок із багатоплідною вагітністю / О. В. Бабинчук // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник Української медичної стоматологічної академії – 2017. – Т. 17, Вип. 2 (58). – С. 69–77.

6. Бабинчук О. В. Оцінка перинатального ризику за допомогою методу регресійного моделювання при багатоплідній вагітності / О. В. Бабинчук // Молодий вчений. – 2017. – № 1 (41). – Ч. II. – С. 186–193.

7. Бабинчук О. В. Особливості гормонального профілю фетоплацентарного комплексу при багатоплідній вагітності залежно від типу плацентації / О. В. Бабинчук // Буковинський медичний вісник. – 2017. – Т. 21, № 1 (81). – С. 7–15.

8. Бабинчук О. В. Основні клінічні предиктори стану новонароджених у ранньому неонатальному періоді на тлі багатоплідної вагітності / О. В. Бабинчук // Вісник морської медицини. – 2017. – № 1 (74). – С. 63–71.

9. Бабинчук О. В. Оцінка перинатального ризику за допомогою методу регресійного моделювання при багатоплідній вагітності / О. В. Бабинчук // Досягнення медичної науки як чинник стабільності розвитку медичної практики: зб. мат. міжнародн. наук.-практ. конф. – Дніпро, 2017. – С. 23.

10. Бабинчук О. В. Гормонпродукуюча функція плаценти у жінок із багатоплідною вагітністю / О. В. Бабинчук // Світова медицина: сучасні тенденції та фактори розвитку: зб. мат. міжнародн. наук.-практ. конф.– Львів, 2017. – С. 66.

11. Бабинчук О. В. Фетоплацентарна недостатність у жінок при багатоплідній вагітності в залежності від хоріальності / О. В. Бабинчук // Медична наука та практика XXI століття: зб. мат. міжнародн. наук.-практ. конф.– Київ, 2017. – С. 34.

12. Бабинчук О. В. Перебіг вагітності та клінічні ускладнення багатоплідної вагітності при різних типах хоріальності / О. В. Бабинчук // Сучасні проблеми світової медицини та її роль у забезпеченні здоров'я світового співтовариства: зб. тез наук. роб. – Одеса, 2017. – С. 87.

13. Бабінчук О. В. Акушерські та перинатальні наслідки багатоплідної вагітності в залежності від виду плацентації / О. В. Бабінчук // Рівень ефективності та необхідність впливу медичної науки на розвиток медичної практики: зб. мат. міжнародн. наук.-практ. конф. – Київ, 2017. – С. 45.

14. Бабінчук О. В. Основні клінічні предиктори стану новонароджених у ранньому неонатальному періоді на тлі багатоплідної вагітності / О. В. Бабінчук // Пріоритети розвитку медичних наук у XXI столітті: зб. тез наук. роб. – Одеса, 2017. – С. 23.

15. Бабінчук О. В. Балонна тампонада матки як метод зупинки післяпологових гіпотонічних кровотеч / К. В. Островський, О. Д. Кирилюк, С. П. Коломоєць, Н. Ю. Богуславська, О. В. Бабінчук, С. В. Матиско, М. В. Голубєв, К. С. Любомирська // Сучасні аспекти збереження та відновлення здоров'я жінки: мат. наук.-практ. конф. з міжнародн. участю. – Вінниця, 2016. – С. 22. *(Особистий внесок здобувача: проведення досліджень, статистична обробка матеріалу, написання тез).*

16. Бабінчук Е. В. Состояние фетоплацентарного комплекса при многоплодной беременности / Е. В. Бабинчук // Сучасні досягнення медичної та фармацевтичної науки: мат. Першої міжнародн. інтернет-конф. молодих вчених і студентів. – Запоріжжя, 2012. – С. 33.

17. Бабінчук Е. В. Многоплодная беременность. Современный взгляд на проблему / Е. В. Бабинчук // Сучасні аспекти медицини та фармації – 2013: зб. тез 73-ої Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студентів з міжнародн. участю, присвяченої Дню науки. – Запоріжжя, 2013. – С. 43.

18. Бабінчук Е. В. Многоплодная беременность: ведение монохориальных двоен / Е. В. Бабинчук // Сучасні аспекти медицини та фармації – 2014: зб. тез 74-ої Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студентів з міжнародн. участю. – Запоріжжя, 2014. – С. 45.

19. Бабінчук Е. В. Контраверсии в проблеме перинатальных исходов при монохориальной двойне / Е. В. Бабинчук // Сучасні аспекти медицини та фармації – 2015: зб. тез 75-ої Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студентів з міжнародн. участю. – Запоріжжя, 2015. – С. 45.

20. Бабінчук О. В. Інформаційний лист № 106–2017 про нововведення у системі охорони здоров'я «Метод стратифікації індивідуального перинатального ризику та раціоналізації персоналізованої акушерської стратегії в умовах багатоплідної вагітності».

АНОТАЦІЯ

Бабінчук О. В. Особливості перебігу вагітності та пологів, стан фетоплацентарного комплексу при багатоплідній вагітності, залежно від типу плацентації. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство і гінекологія. – Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», Дніпро, 2018.

В роботі здійснено ретроспективний аналіз 80 історій пологів жінок з багатоплідною вагітністю (БВ); обстежено 155 вагітних, з яких 114 – з БВ і 41 – з одноплідною вагітністю; проведено апробацію розробленої моделі прогнозування ризику ускладнень серед 27 жінок з БВ; визначено ефективність створених індивідуалізованих підходів до ведення пацієнток з БВ в 25 жінок.

Встановлено, що більшість жінок з БВ мають обтяжений соматичний і гінекологічний анамнез, перебіг вагітності та пологів у них супроводжується частим розвитком ускладнень, наслідком чого є зростання відсотка оперативних втручань та несприятливих перинатальних наслідків. На підставі поглибленого дослідження фетоплацентарного комплексу з визначенням плацентарного лактогену, естріолу, прогестерону та кортизолу при БВ визначено особливості його функціонування при різних типах плацентації.

Розроблено прогностичну модель розрахунку інтегрального показника ризику розвитку гестаційних і перинатальних ускладнень при БВ та встановлено клінічно значущі чинники перинатальних ускладнень. Обґрунтовані діагностичні критерії для розродження та впроваджено поетапні принципи ведення вагітності й пологів з урахуванням типу плацентації, які забезпечують покращення результатів пологів та перинатальних наслідків.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, гормони, матково-плацентарно-плодовий кровоток, новонароджені, прогностичні фактори.

АННОТАЦІЯ

Бабинчук Е. В. Особенности течения беременности и родов, состояние фетоплацентарного комплекса при многоплодной беременности, в зависимости от типа плацентации. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология. – Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», Днепр, 2018.

В работе осуществлен ретроспективный анализ 80 историй родов женщин с многоплодной беременностью (МБ); обследовано 155 беременных, из которых 114 – с МБ и 41 – с одноплодной беременностью; проведена апробация разработанной модели прогнозирования риска осложнений среди 27 женщин с МБ; определена эффективность созданных индивидуализированных подходов к ведению пациенток с МБ у 25 женщин.

Установлено, что большинство женщин с МБ имеют отягощенный соматический и гинекологический анамнез, течение беременности и родов у них сопровождается частым развитием осложнений, следствием чего является рост процента оперативных вмешательств и неблагоприятных перинатальных исходов. На основании углубленного исследования фетоплацентарного комплекса с определением плацентарного лактогена, эстриола, прогестерона и кортизола при МБ определены особенности его функционирования при различных типах плацентации.

Разработана прогностическая модель расчета интегрального показателя риска гестационных и перинатальных осложнений при МБ и установлены клинически значимые факторы перинатальных осложнений. Обоснованы диагностические критерии для родоразрешения и внедрены поэтапные принципы ведения беременности и родов с учетом типа плацентации, обеспечивающие улучшение результатов родов и перинатальных исходов.

Ключевые слова: многоплодная беременность, гормоны, маточно-плацентарно-плодовый кровоток, новорожденные, прогностические факторы.

SUMMARY

Babinchuk O. V. Peculiarities of pregnancy and delivery progress, the state of the fetoplacental complex in case of multiple pregnancy depending on the type of placentation. – Manuscript.

The thesis for obtaining a scientific degree of the Candidate of medical sciences in speciality 14.01.01 – obstetrics and gynecology. – State Institution «Dnipropetrovs'k Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine», Dnipro, 2018.

The thesis is devoted to the problem of multiple pregnancy (MP), improvement of perinatal outcomes on the basis of studying the features of its course and childbirth, depending on the type of placentation, optimization of the diagnostic algorithm in the antenatal period.

Retrospective analysis of 80 cases of delivery of women with MP was conducted and 155 pregnant women were prospectively examined, 114 of which were with MP, and 41 were with singleton. Retrospective analysis of 80 cases of delivery of women with MP was conducted and 155 pregnant women were prospectively examined, 114 of which were with MB, and 41 with singleton; approbation of the developed model were carried out on 27 women with MP.

It is established that women with MP in the majority have a weighed somatic and gynecological anamnesis, pregnancy and childbirth are accompanied by frequent complications development, which results in an increase in the percentage of surgical interventions and adverse perinatal outcomes.

Based on the in-depth study of the feto-placental complex in multiple pregnancies with the determination of placental lactogen, estriol, progesterone and cortisol, multiple pregnancies are supplemented and the features of its functioning are clarified for various types of placentation.

For the purpose of early prognosis, based on the obtained data, a prognostic model was developed for calculating the integral risk index for the development of gestational and perinatal complications in MP and clinically significant factors of perinatal complications in multiple pregnancy were determined. It has been established that prenatal factors, multiple pregnancy in anamnesis, fetal growth retardation syndrome and premature rupture of the membranes have the greatest impact on the state of newborns.

Diagnostic criteria for delivery for MD and DD have been developed and scientifically substantiated, and phased principles of management of pregnancy and childbirth have been introduced, taking into account the type of placentation, which provide a significant improvement in the results of pregnancy and perinatal outcomes.

For pregnant high-risk groups is recommended in addition to the specified observation every 2 weeks with the holding of antenatal CTG monitoring with STV, dopplerometric survey. For the group of patients very high risk at all stages of pregnancy is necessary to conduct observation and treatment in the IIIrd degree of medical care with planning hospitalization and implementation plan of pregnancy and childbirth.

Key words: multiple pregnancy, hormones, utero-placental-fetal blood flow, newborns, prognostic factors.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

| | |
|------------------|---|
| БВ | – багатоплідна вагітність |
| ДД | – дихоріальна діамніотична двійня |
| ЕГП | – екстрагенітальна патологія |
| ІБП | – індивідуальний бальний показник |
| ІЦН | – істміко-цервікальна недостатність |
| КТГ | – кардіотокографія |
| МД | – монохоріальна діамніотична двійня |
| МППК | – маточно-плацентарно-плодовий кровоток |
| ПМППК | – порушення матково-плацентарно-плодового кровотоку |
| ПРПО | – передчасний розрив плодових оболонок |
| ПС | – перинатальна смертність |
| СЗРП | – синдром затримки росту плода |
| ЦНС | – центральна нервова система |
| УЗД | – ультразвукове дослідження |
| ФПК | – фетоплацентарний комплекс |
| ANOVA | – дисперсійний аналіз за однофакторною схемою |
| PI | – пульсаційний індекс |
| IR | – індекс резистентності |
| S/D | – систоло-діастолічне співвідношення |
| STV | – коротка варіабельність серцевого ритму |
| V _{max} | – максимальна швидкість кровотоку |
| V _{min} | – мінімальна швидкість кровотоку |

Підписано до друку 26.03.2018.
Формат 60×84/16. Папір офсетний. Друк ризографний. Гарнітура Times.
Умовн.-друк. арк. 0,9. Обл.-вид. арк. 0,9. Тираж 150 пр. Зам. № 12-18АБ.

Видавець та виготовлювач
Класичний приватний університет
69002, м. Запоріжжя, вул. Жуковського, 70б

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
серія ДК, № 3321 від 25.11.2008 р.