

УДК 618.25-091

В. О. Ситнікова, д-р мед. наук, доц.,
Д. М. Смишляєва,
С. Р. Галич, д-р мед. наук, проф.,
Г. Е. Оруджева

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БАГАТОПЛІДНОСТІ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 618.25-091

В. А. Ситникова, Д. Н. Смышляева, С. Р. Галич, Г. Э. Оруджева
**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МНОГОПЛОДИЯ
РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА**

Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина

Проведен анализ клинико-морфологических особенностей 10 случаев индуцированной и 10 случаев спонтанной многоплодной беременности. Возраст первородящих женщин после экстракорпорального оплодотворения чаще превышал 30-летний рубеж. Редукции эмбрионов не сопровождалась осложнениями. Оценка по Апгар новорожденных при индуцированном многоплодии превышала 7 баллов. Все многоплодные гестации, не учитывая генез многоплодия, имели осложнения течения беременности и в большинстве случаев — родоразрешение в срок. Бихориальная плацентация преобладала при индуцированной многоплодной беременности, при спонтанной многоплодной беременности монохориальные и бихориальные последа разделились поровну. Оболочечное прикрепление пуповины встречалось только при спонтанной многоплодной беременности в 5 % случаев.

Ключевые слова: многоплодная беременность, вспомогательные репродуктивные технологии, морфология плаценты, плацентация.

UDC 618.25-091

V. O. Sytnikova, D. M. Smyshlyayeva, S. R. Galich, G. E. Orudzheva
**CLINICOMORPHOLOGICAL FEATURES OF VARIOUS GENESIS
MULTIPLE GESTATIONS**

The Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine

The clinicomorphological features were examined in 10 cases with multiple pregnancies after reproductive technologies application (IVF) and 10 cases with spontaneous multiple pregnancies. The age of primiparas after IVF was over 30. Selective reduction of multifetal pregnancies were not complicated. Apgar score assessment of newborns after induced multiple gestations was more than 7 points. All multiple pregnancies of a various genesis had complicated gestation and a delivery in time. The bichorionic placentation was registered more often in group of induced multiple gestations. At the same time in group of spontaneous multiple gestations monochorionic and bichorionic placentations were diagnosed equally. Velamentous placenta was registered in 5% cases only in the course of spontaneous multiple pregnancies.

Key words: multiple pregnancy, assisted reproductive technologies, morphology of placenta, placentation.

Вступ

В останні десятиріччя в більшості розвинутих країн світу з метою лікування безплідності все ширше застосовуються допоміжні репродуктивні технології (ДРТ), у тому числі метод екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) з перенесенням ембріона в порожнину матки. Різноманітні модифікації методу дозволяють фахівцям долати найтяжчі форми безплідності, що не піддаються лікуванню терапевтичними та хірургічними методами, спрямованими на відновлення природної фертильності [5].

Одним з очікуваних ефектів лікування безплідності після застосування ДРТ є багатоплідна

вагітність (БВ), що зумовлено технологією перенесення в порожнину матки, зазвичай, від 2 до 4 ембріонів. Незважаючи на те, що деякі європейські центри репродуктології дотримуються політики перенесення не більше ніж 2 ембріонів, частота багатоплідних гестацій у світі все ще залишається високою, одночасно зростає і частота спонтанних БВ [7].

Поширені наукові джерела та клінічна практика свідчать про те, що БВ є значним випробуванням як для материнського організму, так і для плодів. Серед ускладнень з боку матері найчастіше трапляються ранній гестоз, анемія, загроза переривання вагітності з супровідним невиношуванням і недоношуванням, плацентарна дис-

функція, прееклампсія, патологія прикріплення й передчасне відшарування плаценти, аномалії пологової діяльності (з подальшим післяпологовим порушенням скоротливої здатності матки). Для БВ характерні високі показники материнської та перинатальної захворюваності, перинатальної смертності. Зазначені ускладнення при БВ виникають раніше, ніж при одноплідній, а тому мають триваліший перебіг і частіше носять більш тяжкий характер [2; 9; 13]. Поряд із високою частотою ускладнень для матері, при БВ зростає ймовірність несприятливого результату для плодів: затримка росту одного або двох плодів; народження плодів з малою масою тіла; розвиток синдрому фето-фетальної трансфузії; ускладнений перебіг неонатального періоду з подальшим високим ризиком ураження ЦНС у новонароджених [2; 4; 8–10].

Згідно з даними світової статистики, лише у 15–30 % жінок із БВ спостерігається фізіологічний перебіг вагітності. Тому за кількістю акушерських і перинатальних ускладнень багатоплідність безперечно належить до гестації високого ступеня ризику [13].

Метою дослідження було встановлення клініко-морфологічних особливостей перебігу спонтанної та індукованої методом ЕКЗ багатоплідної вагітності.

Матеріали та методи дослідження

Проведено проспективний аналіз обмінних карт, історій пологів, карт розвитку новонароджених і здійснено дослідження послідів при спонтанній та індукованій методом ЕКЗ багатоплідності.

Усього відібрано 30 випадків БВ, які було розподілено на три клінічні групи. До I групи увійшли 10 пацієнок, у яких вагітність настала після застосування ЕКЗ, до II групи — 10 пацієнок із спонтанною БВ. До контрольної групи було відібрано 10 здорових вагітних, які мали спонтанну одноплідну вагітність. Жінки перебували під наглядом і розроджені у пологовому будинку № 1 Одеси та в Обласному перинатальному центрі у 2008–2009 рр. При виконанні роботи застосовувалися загальноклінічні, ультразвукові, морфологічні методи дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення

Вік жінок у I групі коливався в межах 27–40 років, у II групі — від 23 до 37 років, у контрольній групі — від 21 до 32 років. Звертав на себе увагу факт переважання у I клінічній групі першороділей старше 30 років (n=7; 70 %). Отримані дані збігаються з наведеними раніше в літературі [14].

Друга група була в основному представлена повторнонароджуючими жінками (n=7; 70 %), що свідчить про збільшення вірогідності настан-

ня спонтанної БВ із зростанням віку пацієнок і паритету. У групі контролю також переважали повторнонароджуючі жінки (n=9; 90 %).

Серед пацієнок I групи переважала вторинна безплідність (n=6; 60 %), у 4 (40 %) пацієнок відзначалася первинна безплідність. При цьому жіноча безплідність відмічена в 9 (90 %) випадках, чоловіча — в 1 (10 %). Тривалість інфертильності у більшості спостережень становила понад 5 років (n=8; 80 %).

Обтяжений гінекологічний чи акушерський анамнез відмічався в усіх жінок I групи (100 %). Пацієнтки зазначеної групи надали інформацію про такі проблеми, які передували даній вагітності: мимовільний аборт (n=2; 20 %); міома матки (n=2; 20 %); ендометріоз (n=1; 10 %); позаматкова вагітність (n=1; 10 %); патологічні пологи (n=1; 10 %). У II групі обтяжений гінекологічний чи акушерський анамнез відзначався у половині жінок (50 %), а саме: рубцева деформація шийки матки (n=3; 30 %), паритет більше 3 пологів (n=2; 20 %), викидень, що не відбувся (n=1; 10 %).

Екстрагенітальні захворювання діагностовані у 2 (20 %) пацієнок I групи, у 4 (40 %) жінок II групи.

Ускладнення перебігу вагітності траплялися в усіх випадках в обох клінічних групах спостереження (табл. 1). Як видно з даних табл. 1, у пацієнок I групи удвічі частіше відмічалися загроза переривання вагітності (n=6; 60 %) і гестаційні набряки (n=6; 60 %), ніж серед вагітних II групи (відповідно n=3; 30 % і n=3; 30 %). Серед усклад-

Таблиця 1

Структура ускладнень перебігу вагітності, абс. (%)

Ускладнення вагітності	I група	II група
Загроза переривання вагітності	6 (60)	3 (30)
Гестаційні набряки	6 (60)	3 (30)
Прееклампсія	3 (30)	4 (40)
Анемія	4 (40)	7 (70)
Істміко-цервікальна недостатність	2 (20)	1 (10)
Передчасний розрив плодових оболонок	2 (20)	—
Дисфункція плаценти	3 (30)	2 (20)
Часткове відшарування плаценти	1 (10)	—
Багатоводдя	1 (10)	1 (10)
Маловоддя	1 (10)	1 (10)
Ідеосенсибілізація за АВ0	1 (10)	1 (10)
Ранній гестоз	—	2 (20)
Антенатальне інфікування ФПК	—	1 (10)
Хронічний гепатоз вагітних	—	1 (10)
Алергічний дерматит вагітних	—	1 (10)

нень вагітності у II групі переважали анемія (n=7; 70 %) і преєклампсія (n=4; 40 %). Клінічні прояви дисфункції плаценти визначались у 3 (30 %) пацієнток I групи та у 2 (20 %) жінок II групи.

За даними літератури, більше ніж половина вагітностей двійнятами переривається до 36 тиж. і завершується передчасними пологами [9]. У даному дослідженні частота своєчасного термінового розродження переважала у I групі (n=7; 70 %), була дещо меншою у II групі (n=6; 60 %) й абсолютною — у групі контролю (100 %). Усі вагітні I групи розроджені шляхом операції кесаревого розтину, що обумовлено чинними нормативами надання акушерсько-гінекологічної допомоги [3]. Елективне оперативне розродження застосовано у 2 (20 %) пацієнток II групи. Усі вагітні контрольної групи розроджені через природні пологові шляхи.

Серед пацієнток I групи трапився 1 (10 %) випадок народження трійні та 2 (20 %) випадки редукції одного з трьох ембріонів, які не супроводжувались ускладненнями. Згідно з узагальненими літературними даними, питома вага несприятливих наслідків при редукції становить 8–20 % [5; 6; 11].

Маса тіла новонароджених дітей в обох клінічних групах суттєво не розрізнялась і коливалась у межах 1420–3250 г у I групі; 1780–3700 г у II групі та відрізнялася від такої в контрольній групі (2900–4100 г). Оцінку за шкалою Апгар на першій хвилині після народження вище 7 балів дістали всі новонароджені I групи та групи контролю і більшість (80 %) новонароджених II групи спостереження. Одержані результати відрізняються від наведених у літературі, де автори звертають увагу на традиційно низьку масу тіла новонароджених при БВ та оцінку за шкалою Апгар нижче 7 балів і перинатальну смертність [9; 10]. Можливо, що зазначені розбіжності обумовлені невеликими розмірами клінічних груп, що потребує подальшого вивчення.

У пацієнток I групи у 4 (40 %) випадках спостерігалось народження дисоційованої двійні, у II групі — у 3 (30 %). У I групі у 2 (20 %) випадках визначався синдром затримки росту плода (ЗРП), що підтверджує результати, наведені в деяких джерелах [9; 10].

У I групі переважали біхоріальні біамніотичні посліди (90 %), серед яких був випадок трихоріального триамніотичного посліду, у II групі — монохоріальні та біхоріальні посліди розподілилися порівну, що не збігається з даними літератури, де зазначається, що монохоріальні біамніотичні посліди формуються у 20–30 % випадків [1; 12]. У групі контролю усі посліди були монохоріальними моноамніотичними (табл. 2).

Плаценти овальної форми переважали у I та II групах спостереження, у групі контролю —

круглі. У II групі серед біхоріальних не траплялися плаценти круглої форми (табл. 3).

Маса плацент при біхоріальних послідах в обох групах істотно не розрізнялася, третя плацента у I групі (у разі трихоріального посліду) важила 320 г, монохоріальна плацента важила 620 г. У II групі маса плацент при монохоріальних послідах коливалася в межах від 700 до 980 г, а в групі контролю — від 500 до 590 г.

У I та II групах спостереження пуповина мала переважно парацентральне прикріплення, у групі контролю — центральне. У II групі в 5 % випадків було оболонкове прикріплення пуповини, яке може призводити до різних ускладнень як під час вагітності, так і в пологах [1]. Розподіл плацент залежно від прикріплення пуповини наведено у табл. 4.

У I групі спостереження визначалося 10 % випадків аплазії артерії пуповини. Нечастою аномалією, за даними Ю. В. Гулькевича, є прикріплення пуповини до плаценти 2 або 3 гілками, коли кожна гілка пуповини містить 1 або 2 судини, оточених мізерною кількістю вартонових драглів [1]. У наших спостереженнях ця аномалія траплялася у 20 % випадків, з однаковою частотою у I та II групах (10 % у I групі та 10 % — у II групі).

Таблиця 2

Розподіл послідів залежно від будови, абс. (%)

Тип плацентації	I група	II група	Група контролю
Монохоріальний	1 (10)	5 (50)	10 (100)
Біхоріальний	9 (90)	5 (50)	—

Таблиця 3

Розподіл плацент залежно від форми, %

Група	Форма плаценти		
	Кругла	Овальна	Неправильна
I група	21	58	21
II група:			
монохоріальні	20	60	20
біхоріальні	—	90	10
Група контролю	60	40	—

Таблиця 4

Розподіл плацент залежно від прикріплення пуповини, %

Вид прикріплення пуповини	I група	II група	Група контролю
Центральне	24	20	80
Парацентральне	57	55	10
Крайове	19	5	10
Оболонкове	—	5	—

Висновки

1. Серед пацієнок із БВ після ЕКЗ, на відміну від спонтанних БВ, переважали першонароджуючі жінки старше 30 років (70 %), що обумовлено тривалою (більше 5 років) безплідністю.

2. В усіх випадках БВ після ЕКЗ та у половини із числа пацієнок, які мали спонтанні БВ, виявлені різноманітні фактори обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу.

3. Гестаційний перебіг у жінок із БВ після ЕКЗ вдвічі частіше ускладнювався загрозою переривання (60 %) і гестаційними набряками (60 %), а у пацієнок із спонтанними БВ — анеміями (70 %) та преeklampsією (40 %).

4. Дисфункція плаценти у 30 % випадків спостерігалась у пацієнок із БВ після ЕКЗ.

5. До особливостей плацентації при БВ можна зарахувати наявність біхоріального біамніотичного посліду в 90 % при ЕКЗ і 50 % при спонтанній вагітності.

6. Крайове прикріплення пуповини відмічалось лише при БВ після ЕКЗ (19 %), оболонкове — лише у вагітних зі спонтанною БВ (5 %), прикріплення пуповини до плаценти 2 або 3 гілками — в обох клінічних групах (по 10 %).

У подальших дослідженнях планується вивчити патоморфологічні особливості посліду при БВ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гулькевич Ю. В. Патология последа человека и ее влияние на плод / Ю. В. Гулькевич, М. Ю. Маккавеева, Б. И. Никифоров. — Минск : Беларусь, 1968. — 232 с.

2. Даниленко А. І. Фетоплацентарний комплекс при багатоплідній вагітності / А. І. Даниленко, В. О. Ситнікова // Одеський медичний журнал. — 2005. — № 1 (87). — С. 92-94.

3. Збірник нормативних документів з питань репродуктивного здоров'я в Україні. Т. 2 / за ред. А. П. Гука, Н. Я. Жилки ; упоряд. О. В. Голяновський. — К. : Вид-во Раєвського, 2005. — С. 38-42.

4. Камінський В. В. Багатоплідна вагітність : нові аспекти проблеми за умов застосування допоміжних репродуктивних технологій / В. В. Камінський, Л. І. Прокопів // Акушерство і гінекологія. — 2006. — № 6. — С. 85-92.

5. Проблемы редукции эмбрионов при множественной имплантации / Н. А. Каретникова, А. М. Стыгар, В. А. Бахарев, Н. Д. Фанченко // Акушерство и гинекология. — 2005. — № 1. — С. 17-22.

6. Курцер М. А. Беременность и роды у пациенток после ЭКО / М. А. Курцер, Л. Х. Ероян, К. В. Краснопольская // Акушерство и гинекология. — 2001. — № 5. — С. 24-28.

7. Пашкова О. Н. Избирательный перенос одного эмбриона: за и против / О. Н. Пашкова, А. В. Панков, В. А. Пекарев // Проблемы репродукции. — 2002. — № 3. — С. 72-74.

8. Пьянков А. В. Синдром фето-фетальной гемотрансфузии при однойцевой двойне: диагностика и перспективы пренатального лечения / А. В. Пьянков, Л. С. Ходасевич, И. А. Рогозин // Акушерство и гинекология. — 1999. — № 5. — С. 6-8.

9. Перинатальные исходы при многоплодной беременности / Л. Г. Сичинава, О. Б. Панина, С. А. Калашников, А. С. Ермолаева // Акушерство и гинекология. — 2006. — № 4. — С. 10-14.

10. Ультразвуковая диагностика в тактике ведения беременности и родов при многоплодии / Л. Г. Сичинава, О. Б. Панина, С. А. Калашников, М. Б. Висайтова // Акушерство и гинекология. — 2001. — № 6. — С. 5-9.

11. Стыгар А. М. Редукция эмбрионов — способ оптимизации прогноза многоплодной и сверхмногоплодной беременности / А. М. Стыгар, Н. А. Каретникова // Акушерство и гинекология. — 1998. — № 1. — С. 31-32.

12. Ткаченко А. В. Особливості плацентації при багатоплідності різного генезу / А. В. Ткаченко // Репродуктивне здоров'я жінчини. — 2005. — № 4 (24). — С. 83-92.

13. Ткаченко А. В. Перебіг та наслідки багатоплідних гестацій у порівняльному аспекті / А. В. Ткаченко // Акушерство та гінекологія. — 2005. — № 3. — С. 89-95.

14. Шлемкевич А. М. Особенности клинического течения триместра беременности у пациенток после вспомогательных репродуктивных технологий / А. М. Шлемкевич // Репродуктивное здоровье женщины. — 2005. — № 2 (22). — С. 64-65.

УДК 618.14-002-08:615.849

І. З. Гладчук, д-р мед. наук, проф.,

О. Я. Назаренко, канд. мед. наук

ПУХЛИНОПОДІБНІ УТВОРЕННЯ ЯЄЧНИКІВ ЯК МОЖЛИВЕ ДЖЕРЕЛО АПОПЛЕКСІЇ

Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 618.14-002-08:615.849

І. З. Гладчук, О. Я. Назаренко

ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ИСТОЧНИК АПОПЛЕКСИИ

Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина

Обзор литературы посвящен современным взглядам на проблему этиопатогенеза опухолеподобных образований яичников и их осложнения — апоплексии яичника. Причины развития опухолеподобных процессов яичника (ОПЯ) разнообразны. Осложнения ОПЯ могут привести к неотложным оперативным вмешательствам и грубым нарушениям функционирования женской репродуктивной системы.

Ключевые слова: яичник, опухолеподобные процессы яичников, функциональные кисты, апоплексия.