

ОГЛЯД

УДК 618.251.21

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ
БАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ

Поладич Ірина Володимирівна,
e-mail: iren_ol@mail.ru

Поладич І.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Резюме. Питання багатоплідної вагітності продовжує підтримувати свою актуальність і статус пріоритетних напрямків сучасного акушерства, завдяки стабільно високій частоті в популяції та світі. Згідно з спостереженнями, тільки за період з 2000 по 2010 рр. в Україні відбулося зростання частоти багатоплідних пологів більш ніж на 30%, при цьому пологи двійнею становлять майже 95%, а решта 5% припадає на пологи трійнею і БВ більш високого порядку.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, двійні, допоміжні репродуктивні технології, перинатальні ускладнення.

Вступ. Багатоплідна вагітність сприяє значній захворюваності та несприятливих наслідків вагітності, як для матері так і для новонародженого. Материнська захворюваність при багатоплідній вагітності (БВ) зростає в 3–7 разів, а пов'язані з нею матеріальні витрати на медичну допомогу, збільшуються більш ніж на 40% в порівнянні з одноплідною вагітністю та пологами. У порівнянні з одноплідною вагітністю при БВ ускладнення виникають частіше, раніше, характеризуються більш важким і тривалим перебігом. Перинатальна смертність при вагітності двійнятами в 5 разів вище, ніж при одноплодовій вагітності, внутрішньоутробна загибель плода вище в 4 рази, неонатальна – у 6 разів, перинатальна – в 10 разів. Незважаючи на численні опубліковані дані, в акушерсько-гінекологічній практиці немає чітких рекомендацій для ефективного ведення багатоплідної вагітності на різних термінах гестації, залежно від запліднення – спонтанного або внаслідок допоміжних репродуктивних технологій. Алгоритм антенатального спостереження багатоплідної вагітності повинен бути заснований на ранньому формуванні ризику передчасних пологів і можливого розвитку перинатальних ускладнень. Тим не менш, є деякі суперечливі питання, що стосуються діагностики та ведення даних жінок, які потребують більш ретельного вивчення виникнення цих вагітностей, виявлення факторів ризику та оптимізації тактики вагітності та пологів.

За останні три десятиріччя у світі відбулося різке зростання частоти багатоплідної вагітності, яка досі вважалась певною біологічною константою. Така тенденція характерна в першу чергу для економічно розвинутих країн, але поступово поширюється і на інші країни. Частково це пов'язується зі збільшенням відсотка вагітностей у жінок віком понад 35 років, частково – з поширенням застосування гормональних препаратів з метою стимуляції овуляції при лікуванні безпліддя, а також – з розвитком репродуктивної медицини і більш доступним використанням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Згідно з спостереженнями, лише за період з 2000 по 2010 рр. в Україні відбулося зростання частоти багатоплідних пологів більш ніж на 30%, при цьому пологи двійнею складають майже 95%, а інші 5% припадає на пологи трійнею і БВ більш високого порядку [10, 15].

Питання багатоплідної вагітності (БВ) продовжують зберігати свою актуальність і статус найбільш пріоритетних напрямків сучасного акушерства, у зв'язку із стабільно високою частотою у світовій популяції і значною поширеністю несприятливих результатів вагітності для матері та новонародженого [6,12,38,41].

Материнська захворюваність при багатоплідній вагітності (БВ) зростає в 3–7 разів, а пов'язані з нею матеріальні витрати на медичну допомогу, збільшуються більш ніж на 40% у порівнянні з одноплідною вагітністю та поло-

гами. Порівняно з одноплідною вагітністю при БВ ускладнення виникають частіше, раніше, характеризуються більш тяжким та тривалим перебігом. Перинатальна смертність при вагітності двійнею в 5 разів вище, ніж при одноплідній вагітності, внутрішньоутробна загибель плода вище в 4 рази, неонатальна – у 6 разів, перинатальна – в 10 разів [10, 38].

До появи методів допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), вірогідність настання багатоплідної вагітності (БВ) можна було розрахувати, за допомогою загально існуючої формули Hellina (1885), за якою народження двійнят відбувається пересічно в одному випадку з 80 пологів, трійні – в одному з 80², четверні в одному з 80³. На сьогоднішній день вагітність двійнятами зустрічається в 1,1–1,2 % від числа усіх вагітностей, що настали самостійно [1, 4, 14].

Найчастіше відбувається запліднення кількох ооцитів під час одного менструального циклу – дизиготні (DZ) двійні. Частота дизиготних двійнят змінна і залежить від спадковості (аутосомна передача, але експресія тільки у матері), раси (найрідше зустрічається у азіатів), віку матері та кількості пологів у анамнезі (частота зростає при збільшенні віку та кількості пологів у анамнезі), якості харчування (зустрічається рідше при поганому харчуванні матері), поширення репродуктивних технологій та препаратів, що підвищують плодовитість (наприклад кломіфен, гонадотропіни) [9,32].

Дві третини двійнят є дизиготними, і їх частота складає 8 на 1000 вагітностей що настали самостійно.

Монозиготні (MZ) двійні розвиваються із однієї заплідненої яйцеклітини, яка розділюється на дві протягом перших 15-16 діб розвитку. Такі двійні можуть мати різний фенотип навіть за умови генетичної ідентичності. Частота гомозиготних двійнят відносно постійна у всіх демографічних групах, і складає 3,5-4,0 на 1000 пологів що настали самостійно.

Кількість плацент, що формуються, при цьому типі двійні залежить від строку поділу єдиної заплідненої яйцеклітини. Якщо поділ відбувається протягом перших 72 годин після запліднення (до стадії морули), то формуються два ембріона, два амніони, два хоріони/плаценти. Міжплідна перетинка, як і при двояйцевій двійні, складається з чотирьох шарів. Таку однайцеву двійню також називають дихоріальна діамніотична. Якщо поділ яйцеклітин відбувається в інтервалі 3-8 діб після запліднення (на стадії бластоцисти), то формуються два ембріони, два амніони, але один хоріон/плацента. Міжплідна перетинка при цьому складається з двох шарів амніону. Такий тип однайцевої двійні називають монохоріальним діамніотичним. При розділенні яйцеклітини в інтервалі 8–13 днів після запліднення формуються один хоріон і два ембріони, оточені єдиною амніотичною оболонкою, тобто міжплодова перегородка відсутня. Таку однайцеву двійню називають монохоріальна моноамніотична. Результатом поділу заплідненої яйцеклітини в більш пізній термін (після 13-го дня), коли вже сформовані ембріональні диски, є зрощені двійні. Таким чином, дихоріальною може бути як двояйцева, так і однайцева двійня, у той час як монохоріальною – тільки однайцева [20].

Дизиготні двійні мають дихоріальну плаценту, яка може бути як у всіх дизиготних двійнят, як і у монозиготних двійнят, у яких відбувся дуже ранній поділ. У цих випадках завжди два амніони. Якщо має місце близька судинна плацентация, то дихоріальні плаценти можуть зрощуватися. Кровоносні судини двох плодів майже ніколи не сполучаються.

При монозиготній двійні, тип плацентации, який залежить від часу поділу яйцеклітини, впливає на показники перинатальної смертності.

При монозиготній двійні від 20-30% двохплідних вагітностей характеризується дихоріальною – діамніальною плацентацией, яка є наслідком поділу у перші декілька днів після запліднення. Така плацентация пов'язана із найбільш низькими показниками перинатальної смертності.

Приблизно 65% монозиготних двійнят характеризуються монохоріальною – діамніальною плацентацией, яка є наслідком випадків, коли поділ відбувається пізніше, ніж через 3 дні після запліднення. Часто має місце плацентарно-судинне сполучення, і двійня з таким типом плацентации має найвищі показники перинатальної смертності. Монохоріальна – моноамніальна плацентация зустрічається дуже рідко (1-4% монозиготних вагітностей) і є наслідком тих випадків, коли поділ відбувається після утворення амніону. Оскільки плоди знаходяться у одному амніоні, то канатики стають видовженими та вузлуватими. Такий тип плацентации пов'язаний із показником перинатальної смертності 50–60% [13, 23, 45].

Тип плацентации можна визначити під час вагітності або пологів. Ультразвукова діагностика дає змогу ідентифікувати структуру плацентации, а отримана інформація може стати в нагоді для планування лікування ускладнених БВ.

Після пологів можна проаналізувати плаценти та оболонки. У монохоріальній двійні два шари одного амніону при відокремленні мають напівпрозорий вигляд і утворюють на плаценті загальну досить гладку поверхню. У дихоріальній двійні два амніони та два хоріони утворюють окремі оболонки, які більш непрозорі і важко розділяються. Якщо їх стягнути, то вони руйнують поверхню плаценти.

Діагноз зиготності може бути визначений у більшості випадків народження двійнят, під час пологів на підставі статевої комбінації, дослідження плаценти та аналізу крові.

Двійні різних статей є дизиготними. Монохоріальні двійні відносяться до монозиготних. Також дизиготними двійнями є двійні однієї статі, але із різними групами крові. Однієї статі дихоріальні двійні з однаковою групою крові скоріш за все є монозиготним випадком.

Довести монозиготність можливо за допомогою імунологічного аналізу. Дорослих двійнят можна правильно класифікувати на підставі подібності зовнішності із помилкою в 2–5%.

Двійні, які утворилися внаслідок вживання препаратів, що підвищують плодовитість, майже завжди є мультизиготними. Трійні, а також багатоплідні вагітності із більшою кількістю плодів, можуть бути гібридом розщепленого ембріону (аналог монозиготних двійнят) або декількох ембріонів (аналог дизиготних двійнят) [7].

До методів ДРТ належать: запліднення *in vitro*, контрольована стимуляція яєчників, донорство сперми та донорство ооцитів, ембріотрансфер, ін'єкція сперматозоїду у цитоплазму ооцита (ІКСІ від міжнародної назви методу ICSI – Intacytoplasmic Sperm Injection), внутрішньо маткова інсемінація спермою чоловіка або донора, сурогатне материнство, кріоконсервація гамет, ембріонів та біологічного матеріалу [2, 17, 18, 38].

Основними недоліками методу ДРТ є багатоплідна вагітність, яка становить 25%, порівняно зі спонтанною вагітністю – 1%. За даними багатьох авторів, при використанні методів ДРТ 20,6% вагітностей завершуються народженням двієнь, 4,08% – трієнь та більше плодів [5, 16].

При спонтантній вагітності двійні становлять близько 1%, трійні – 0,1% [17, 23].

Серед БВ, що настали внаслідок ДРТ, монохоріальні двійнята, за даними авторів, зустрічаються в 7% спостережень [27, 35].

Застосування допоміжних репродуктивних технологій може призводити до невеликих змін в *zona pellucid*, що сприяє діленню заплідненої яйцеклітини. При виявленні супербагатоплідної вагітності не можна думати, що кількість плодів завжди відповідає кількості зигот, оскільки може мати місце поєднання монозиготної і дизиготної вагітності [41].

Саме хоріальність (а не зиготність) визначає перебіг вагітності, її результати, перинатальну захворюваність та смертність. Найбільш несприятливою в плані перинатальних ускладнень є монохоріальна багатоплідна вагітність, яку спостерігають в 65% випадків однояйцевої двійні. Перинатальна смертність при монохоріальній двійні, незалежно від зиготності, в 3–4 рази перевищує таку при дихоріальній. За даними великого голландського когортного дослідження (2008 рік) монохоріальна двійня в порівнянні з дихоріальною супроводжується достовірно більш високим ризиком: перинатальної смерті (11,6% при монохоріальній і 5,0% при дихоріальній); внутрішньоутробної загибелі плода після 32 тижнів (коефіцієнт ризику 95% та 28,9% відповідно); тяжкого дискордантного розвитку плодів (95% та 1,55% відповідно); некротизуючого ентероколіту (95% та 8,35% відповідно). У монохоріальних близнюків у порівнянні з дихоріальними частота інтранатальної загибелі достовірно вище. Огляд 1051 близнюків показав, що монохоріальність (95% та 3,4% відповідно) і дискордантна вага (95% та 7,3% відповідно) є факторами, які достовірно пов'язані з антенатальною загибеллю. Монохоріальна двійня у порівнянні з дихоріальною супроводжується більш високим ризиком: перинатальної смерті (у 2,3 рази); внутрішньоутробної загибелі плодів після 32 тижнів (у 8 разів), вираженого дискордантного росту плодів на 23%); некротизуючого ентероколіту (у 4 рази); вроджених вад розвитку (ВВР). Існує ризик специфічних ускладнень: синдрому фетофетальної трансфузії (10–20% усіх монохоріальних двійні), синдрому близнюкової емболії [8].

Згідно даним Весвітнього відгуку по методам репродукції, тільки 70% вагітних при застосуванні ЕКЗ закінчується народженням живої дитини, при цьому у 19,5 – 37,6% випадків це буває при передчасних пологах. Часто-

та мимовільних абортів до 20 тижнів вагітності досягає 28–44,4%, до 75% вагітність має обтяжений анамнез і має загрозу переривання [3, 19, 21].

В такій ситуації відпадає потреба у проведенні редукції – операції вибіркового переривання розвитку одного або декількох ембріонів (плодів) з метою покращення прогнозу для тих, що залишилися, та зниження ризику материнських ускладнень [52, 53]. Це, на думку авторів, суттєво не знизить частоту настання вагітності, але значно зменшить частоту ускладнень БВ [33].

Але дотепер, часто практикується перенос більшої кількості ембріонів. Виникає потреба проведення редукції ембріонів (плодів) при БВ, що в програмах ЕКЗ та ПЕ вважається сучасним способом оптимізації перебігу індукованої БВ [35].

Але порівняння багатоплідних та одноплідних вагітностей при використанні ДРТ показує, що одноплідна вагітність також має високі показники перинатальних ускладнень, таких як передчасні пологи і перинатальна смертність, та ускладнень з боку матері [55].

За результатами російських дослідників, загроза переривання вагітності після ДРТ становить 62,5% при трубно–перитонеальному безплідді та 94,3 при ендокринному [15, 30, 38].

Для зменшення ризику багатоплідної вагітності у Швеції з 2003 року почали проводити перенесення одного, максимум двох ембріонів. Ситуація щодо здоров'я новонароджених значно покращилась, але подальші дослідження показали, що навіть новонароджені після одноплідних вагітностей мають більш низьку масу і більш високий ризик народитись передчасно порівняно з загальною популяцією.

Досі не знайдено достовірного пояснення цього феномену, але існують гіпотези впливу лабораторних факторів, підвищеного вмісту естрогенів у крові матері та ендометрії під час стимуляції [47].

Рядом авторів було проведено порівняння когорт вагітних з БВ, що настала як спонтанно, так і внаслідок ДРТ. Середній вік жінок при БВ, що настала спонтанно складає 28 років, у жінок після ДРТ – 35 років, 72% першороділлі, у 25% перша вагітність завершилась перериванням.

Серед вагітних після екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) більше першовагітних і значно більше першонароджуючих. Літній вік першовагітних, особливості соматичного і акушерського анамнезу, а також паритет мають велике значення і створюють серйозні передумови і умови для невиношування вагітності [5, 11, 16, 20, 23, 33].

Характерний обтяжений преморбідний фон: гормональне навантаження, гіпертонічна хвороба і захворювання ШКТ, ендометріоз і міоми матки. У подальшому спостерігається високий ризик ускладненого перебігу пологів – багатоплідна вагітність, синдром гіперстимуляції яєчників, позаматкова вагітність, преєклампсія, гестаційний цукровий діабет та високий відсоток оперативного пелогорозродження.

При багатоплідній вагітності у 70–85% вагітних спостерігаються різні ускладнення і тільки в 15–30% – фізіологічний перебіг вагітності. Багатоплідна вагітність пов'язана з ризиком як по відношенню до матері, так і плоду.

Перебіг БВ відрізняється від одноплідної частими ускладненнями: анемія, гестози, недоношеність, аномалії положення і передлежання плода, плацентарна дисфункція (ПД), затримка внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВРП), малий для гестаційного віку плід (МГВП), дискордантний ріст плодів (ДРП), внутрішньо утробна загибель одного з плодів (ВЗОП), вроджені вади розвитку плода.

Спостерігається подвоєне навантаження на серцево-судинну систему, що може призводити до порушення її функції і декомпенсації. Встановлена виражена функціональна напруга стану гемодинаміки [9].

При цьому об'єм циркулюючої крові підвищений приблизно на 20% в порівнянні з одноплідною вагітністю, спостерігається збільшення кількості еритроцитів, хвилинного об'єму серця, тиску діастоли крові, а також швидкості ниркової клубочкової фільтрації.

Анемію у матері при вагітності двійнятами вважають звичайним ускладненням [5, 24, 29].

Значне збільшення продукції червоних кров'яних клітин під час вагітності двійнятами може призводити до виснаження обмежених запасів заліза і бути пусковим механізмом в розвитку залізодефіцитної анемії [42].

При БВ, ймовірно внаслідок високої міри напруги адаптаційних механізмів вагітної жінки, є висока частота виникнення як ранніх, так і пізніх гестозів – від 10,2 до 68,4% [29,39,48].

Вагітність після ЕКЗ характеризується частим виникненням гестоза – до 30%, у 1/3 пацієнток він буває моносимптомним у вигляді гіпертензії вагітних.

Найбільш частим ускладненням в пологах після ЕКЗ є слабкість пологової діяльності – 31%, передчасне злиття навколоплідних вод – 27,1%, дистрес плода – 10,9%. Частота кесарського розтину дорівнює 26,5- 89% [11,55].

Від 12 до 55% двійнят народжуються відповідно до 32 та 37 тижня вагітності (при одноплідній – тільки 8%), і більше, ніж 50% з них мають масу тіла менше 2500грам. Понад 95% двійнят, що народжуються після 32 тижня, виживають. Пологи до 32 тижня пов'язують із підвищенням ризику смерті новонародженого пропорційно кожному тижню скорочення гестаційного віку [13].

Згідно з дослідженнями Sebire, рівень перинатальної смертності, обумовлений в основному глибокою недоношеністю плодів при народженні, яка вище при монохоріальній двійні, ніж при біхоріальній (5% і 2% відповідно). Частота передчасних пологів до 32 тижнів при монохоріальній вагітності складає 10% в порівнянні з 5% при біхоріальній двійні. Частота мимовільного переривання вагітності в період з 11-ї по 24-й тиждень при біхоріальній двійні становить 2%, при монохоріальній – близько 10% [90].

Багато авторів відмічають високу частоту передчасного переривання вагітності: при двійнях – від 26 до 56%, при трійні – 66-97%, при четверні – більше 90% [28].

Причинами передчасних пологів при багатоплідній вагітності є:

- Спонтанний передчасний початок пологової діяльності;
- Передчасний розрив плодових оболонок;
- Функціональна неспроможність шийки матки

- Дострокове розродження внаслідок ускладнень гестаційного процесу (пreeклампсія, передчасне відшарування плаценти, критичний стан плода/плодів внаслідок ПД) [28,39].

Самовільний початок передчасних пологів при багатоплідді пов'язаний з перерозтягненням міометрію, що призводить до активації експресії окситоцинових рецепторів, які в свою чергу збільшують кількість щільних контактів і сприяють початку скорочувальної активності матки. Розвиток спонтанної пологової діяльності є ознакою що почалися передчасні пологи і вимагає вибору принципових тактичних підходів до їх відстрочення.

БВ є одним з чинників ризику розриву плодових оболонок до початку термінових пологів. Розрив плодових оболонок до початку пологів при терміні вагітності до 37 тижнів, спостерігається при одноплідній вагітності в 2-4% випадків, а при двійні – в 7-10% випадків [35,47,50,54].

Розрив плодових оболонок до початку передчасних пологів займає 10% в структурі перинатальної смертності.

При розриві плодових оболонок до початку передчасних пологів відбувається 4-х кратне збільшення перинатальної смертності і 3-х кратне збільшення захворюваності новонароджених. Ускладнення для новонародженого в першу чергу пов'язані з недоношеністю: респіраторний дистрес-синдром, внутрішньошлункові крововиливи, некротизуючий ентероколіт, сепсис [42].

Розрив амніотичної перетинки при монохоріальній двійні. Коли два плоди знаходяться в одній амніотичній порожнині, може привести до перекручення пуповини.

Тривалість латентного періоду пологів залежить від декількох чинників:

- Терміну вагітності і- тривалий латентний період відзначається, вступають в пологи впродовж перших 7 діб після розриву плодових оболонок до 37 тижнів і 95% вагітних впродовж 72 годин після розриву плодових оболонок після 37 тижнів;
- Кількості навколоплідних вод, що залишилися в матці після розриву плодових оболонок(при вираженому маловодді латентний період скорочується);
- Кількості плодів – при двійні латентний період завжди коротший, ніж при одноплідній вагітності, при трійні-коротший, ніж при двійні.

При розриві плодових оболонок відмічена значна різниця в захворюваності у першого (який передлежить) і другого плода з двійні. У другого плода вища вірогідність розвитку респіраторних порушень. Частота респіраторного дистрес-синдрому у другого плода – 20,9%, а у першого – 7,1%, можливо у першого плода швидше сформуються легені після розриву плодових оболонок. У першого плода можуть виникати ускладнення, пов'язані з маловоддям, причому, якщо маловоддя виникло в ранні терміни вагітності, можливий розвиток гіпоплазії легень і множинних контрактур у плода [10].

Ускладнення з боку матері включають збільшення частоти оперативних пологів, хоріоамніоніт, післяпологовий ендометрит. За даними деяких досліджень, частота розвитку хоріоамніоніту була істотно нижча у другого плода порівняно з першим при дихоріальній двійні [2].

Немає однозначних рекомендацій по веденню БВ при розриві плодових оболонок до 22 тижнів. Тактика може варіювати від моніторингу станів плодів до штучного переривання вагітності. Деякі дослідники при розриві оболонок до 20 тижнів пропонують виконувати селективну редукцію того плоду, у якого стався розрив оболонок [13].

Частим ускладненням багатоплідної вагітності у II триместрі є істміко-цервікальна недостатність (ІЦН), яка виникає при застосуванні ЕКЗ у 15-48% випадків. При терміні вагітності 16–19 тижнів вона виникає у 25% випадків, а в 20–24 тижнів – 45% відповідно [21,53].

Істміко-цервікальна недостатність – це патологічний стан перешийка і шийки матки, за якого вони нездатні протистояти внутрішньоматковому тиску і утримувати плідне яйце в порожнині матки до терміну пологів. Багатоплідна вагітність неминує призводить до збільшення частоти функціональної неспроможності шийки матки. Функціональна ІЦН є наслідком порушення співвідношення між м'язовою і сполучною тканинами шийки матки, а також результатом змін реакції її структурних елементів на нейрогуморальні подразники. При гістологічному дослідженні тканини шийки матки у жінок із функціональною ІЦН виявляють збільшення кількості м'язової тканини до 50% (у нормі м'язова тканина становить не більше 15% маси шийки матки), що призводить до передчасного розм'якшення шийки матки під час вагітності та розвитку її функціональної недостатності.

Дуже важлива рання діагностика, оскільки такі випадки пов'язані із підвищеною ймовірністю ускладнень під час пологів та в післяпологовому періоді.

Ранні ознаки включають завеликий розмір матки для відповідного терміну вагітності, пальпацію зайвих частин плоду або прослуховування множинних серцевих ритмів та перевищення рівню альфа-фетопротеїну у сироватці крові матері більш ніж у два рази для середнього значення, що відповідає гестаційному віку. Діагноз також може включати аналіз родинного анамнезу у матері для виявлення випадків народження двійнят у минулому.

Ультразвукове обстеження може підтвердити діагноз. Дані систематичного огляду бібліотеки Кокрейна свідчать про те, що рутинне УЗД в ранніх термінах вагітності сприяє: ранньому виявленню багатоплідної вагітності, зниженню частоти індукції пологів через переносування вагітності, збільшує частоту переривань вагітності через аномалії розвитку плоду. Оптимальним терміном для проведення УЗД є 10-13 тижнів вагітності. Якщо діагностовано багатоплідну вагітність, необхідно докласти всіх зусиль для точного визначення хоріальності. Точність визначення хоріальності вище до 14 тижнів вагітності, аніж після 14 тижнів [6, 47, 54].

Наявність двох окремо розташованих плацент, міжплодової перетинки товщиною більше 2 мм, служать достовірним критерієм дихоріальної двійні. При виявленні єдиної “плацентарної маси” потрібно диференціювати “єдину плаценту” (монохоріальна двійня) від двох, що злилися (дихоріальна двійня). Наявність специфічних ультразвукових критеріїв: Т- і λ -ознак, які формуються біля основи між плодової перегородки. З високим ступенем достовірності дозволяють поставити діагноз мого- або ди-

хоріальної двійні. Виявлення λ -ознак при УЗД на будь-якому терміні гестації свідчить про дихоріальний тип плацентації, Т-признак вказує на монохоріальність. Після 16 тижня вагітності λ -ознак стає менш доступною для дослідження. На більш пізніх термінах вагітності (II–III триместри) точна діагностика хоріальності можлива тільки за наявності двох окремо розташованих плацент. За наявності єдиної плацентарної маси (одна плацента або плаценти, що злилися) при сонографії часто відбувається гіпердіагностика монохоріального типу плацентації [10, 49, 52].

Специфічними підходами до ведення дихоріальної двійні є:

- УЗД (фетометрія) в 26, 30, 33, 36 тижнів (дискордантний ріст, цервікометрія)
- 34–36 тижнів (вибір способу розродження та тактики ведення);

Елективні пологи у повних 37-38 тижнів (найменший ризик перинатальної смертності й захворюваності для дихоріальної двійні у 36–38 тижнів).

Таким чином, оскільки головний ризик несприятливих результатів після ДРТ визначається 5-6 кратним збільшенням рівня недоношеності, основні заходи з профілактики перинатальних ускладнень при БВ треба направити на профілактику цього фактора.

Отже, представлений літературний огляд свідчить про те, що багатоплідна вагітність пред'являє підвищені вимоги до материнському організму, в порівнянні з одноплідною вагітністю. Незважаючи на наявні численні літературні дані в акушерській практиці відсутні чіткі рекомендації щодо ефективного ведення багатоплідної вагітності на різних термінах гестації в залежності від запліднення – спонтанне або з застосуванням допоміжних репродуктивних технологій. Алгоритм антенатального спостереження за багатоплідною вагітністю повинен бути заснований на ранньому формуванні груп ризику по передчасних пологах і можливим розвитком перинатальних ускладнень. Як і раніше існує ряд дискусійних питань, що стосуються проблем діагностики та ведення, що вимагають більш детального вивчення спонтанно настала багатоплідної вагітності, виявлення факторів ризику та оптимізації тактики ведення вагітності та пологів.

Рецензент: д.мед.н., професор О.П. Гнатко

Конфлікт інтересів.

Автор заявляє, що не має конфлікту інтересів, який може сприйматися таким, що може завдати шкоди неупередженості статті.

Джерела фінансування.

Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ариас Ф. Беременность и роды высокого риска / Ф.Ариас. – М., Медицина. – 2009. – 656 с.
2. Баранов И.И., Токова З.З., Тадевомян А.А. Медико-социальная характеристика женщин с многоплодной беременностью, наступившей с использованием вспомогательных репродуктивных технологий // Уральский медицинский журнал. – 2011. – №4. – С.16.
3. Беглице Д.А. Влияние экстракорпорального оплодотворения на частоту и структуру невынашивания беременности Медико-социальные проблемы семьи. – 2003. – Т.8. – №2. – С.55–59.

4. Баева И.Ю. Анатомо-метрическая характеристика плодов иноворожденных близнецов при многоплодной беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2005; 23.
5. Боярский Л.Ю., Гандуков С.Р., Леонченко В.В. Причины прерывания беременности после ЭКО и ИКСИ в первом триместре – анализ клинических и цитогенетических данных // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – Т.4. – С.73–75.
6. Василевская Л. П. Многоплодная беременность: Метод. рекомендации / Л. П. Василевская, М. А. Фукс, Е. А. Чернуха. – М.: Медицина, 2012. – С. 32.
7. Вильям Пауерс. Багатоплідні пологи. Посібник з неонатології: Пер. з англ./ Джон Клоерті, Енн Старк.- К.:Фонд допомоги дітям Чорнобиля.-2002. – С.77 – 80.
8. Висаитова М.Б. Течение беременности и родов, перинатальные исходы при двойне: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М2003; 24.
9. Венцківський Б.М., Венцківська І.Б., Добрянський Д.О. та ін. Акушерство: підручник.- К.: ВСВ “Медицина”. – 2012. – С. 322–330.
10. Вдовиченко Ю.П., Гойда Н.Г., Юзько О.М. та ін. Багатоплідна вагітність. Посібник, створений у рамках впровадження України – Швейцарської Програми “Здоров’я матері та дитини”. - 2011. - Частина II. – 360с.
11. Гольмамедова И. Д., Акимова И. К. Значение операции кесарева сечения в родоразрешении беременных после ЭКО Медико-социальные проблемы семьи. – 1998.–Т.3. – №1. – С.33–37
12. Дахно Ф.В. Бесплодие и вспомогательные репродуктивные технологии // Здоровье женщины. – 2002. – №2. – С. 47-49.
13. Джон Клоерті, Енн Старк. Багатоплідні пологи. Посібник з неонатології: Пер. з англ./ Джон Клоерті, Енн Старк.- К.:Фонд допомоги дітям Чорнобиля. – 2002. – С.77–80.
14. Егорова О.А. Течение беременности и родов у женщин с многоплодием / О. А. Егорова // Вестник Рос. Ассоц. акушеров-гинекологов. – 2011. – № 1. – С. 34–35.
15. Егорова О.А. Течение беременности и родов у женщин с многоплодием // Вестник российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2001. – №1. – С.34–35.
16. Евсюкова И.И., Маслянюк Н.А. Состояние новорожденных и дальнейшее развитие при многоплодной беременности после экстракорпорального оплодотворения.//Проблемы репродукции.-2005.-№2.-С.49-52.
17. Корсака В.С. Руководство по вспомогательным репродуктивным технологиям для врачей и эмбриологов/ под. ред. Корсака В.С. – М.:ООО “Издательский дом –Свитчайлд Медиа.-2008.-280с.
18. Корсак В.С. Экстракорпоральное оплодотворение в терапии бесплодия: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ст-Петербург 1999
19. Курцер М. А., Ероян Л. Х., Краснополяская К. В. Беременность и роды у пациенток после ЭКО// Акушерство и гинекология. – 2001.– №5.– С.24–28.
20. Коломина Е. А. Особенности течения беременности после экстракорпорального оплодотворения Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.– 2002.– Т.1. – №1– С. 8–11.
21. Краснополяский В.И., Новикова С.В., Капустина М.В., Титченко Л.И., Ксенов А.Н., Жарова А.А. Современные проблемы многоплодной беременности //Российский вестник акушера – гинеколога.- 20009.- №2.- С.79-82.
22. Кулаков В.И., Леонов Л.П., Кузьмичев Л.Н. Лечение женского и мужского бесплодия. – М.:МИА.-2008. – С. 592.
23. Локшин В.Н.Клинико- статистическая характеристика здоровья детей, зачатых в результате экстракорпорального оплодотворения// Проб. Репродукции.-2005.-№2. – С.54–55.
24. Меньшикова В.В.Обеспечение качества лабораторных исследований. Преаналитический этап.- М.:Знание.-2009.- 350с.
25. Макарова Э.Э., Гудимова В.В., Глиняная С.В., Егорова О. А. Исходы многоплодной беременности для плода и новорожденного: Обзор // Росс. вестник акушера-гинеколога. – 2001. – №1. – С. 46–49.
26. Милованов А.П. Патология системы мать- плацента- плод.- М.Медицина. – 2008. – 30 с.
27. Некрасова Е.С. Многоплодная беременность.-М.:Реал Тайм.-2009.-132с.
28. Пестрикова Т.Ю., Чижова Т.В., Петриченко М.И.: Ведение беременности и родов высокого риска// Акушерство и гинекология.-2010. – №1. – С.19– 22.
29. Романенко Т.Г., Завадская О.Ю. Особенности течения беременности и родов при многоплодной беременности // Репродуктивное здоровье женщины. – 2004. – №1(17). – С. 67-69.
30. Рудакова Е.Б., Пишпенко М.А., Полторак Е.В. Влияние патологии эндометрия и нарушений в системе гемостаза на исходы вспомогательных репродуктивных технологий // Вестник РУДН.-2009.-№7. – С.101-106.
31. Романенко Т.Г., Мельничук І.П. Методи корекції цервікальної недостатності при багатоплідній вагітності (огляд літератури)// Здоровье женщиныю – 2014. – №7(93). – С.47–52
32. Степанківська Г.К., Михайленко О.Т. Акушерство: Навчальне видання.-2-е вид.,перероб. I доп.-К.:Здоров’я. – 2012. – С.246.
33. Сидельникова В.М., Ходжаева З.С., Стрельченко М.Б., Соснина В.В., Минасян Л.С. Особенности течения и тактика ведения беременности после ЭКО и ПЭ // Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии / Под редакцией В.И. Кулакова, Б.В.Леонова, Л.Н. Кузьмичева. – М.: МИА, 2005. – С. 479-486.
34. Стыгар А.М., Каретникова Н.А., Кулаков В.И. Редукция избыточного количества эмбрионов, имплантировавшихся при проведении ЭКО и ПЭ // Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии. – М.: МИА, 2005. – глава 7.2. – С. 475-478.
35. Стрельченко М. Б. Особенности течения беременности после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов в полость матки: Автореф. дис... к.м.н. /М., 2002. – С.3–22.
36. Сороколат Ю.В. Стан здоров’я дітей, народжених при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій// Современная педиатрия.- 2014.- №1(570).- С.35-36.
37. 5, 30, 58 Ткаченко А.В. Перебіг та наслідки багатоплідних гестацій у порівняльному аспекті // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – №3. – С. 89-95.
38. Тимохина Т.Ф., Баев О.Р. Многоплодная беременность. Осложнения, система ведения и выбора метода родоразрешения. Новые технологии в гинекологии, акушерстве и перинатологии.-М.:ММА им.И.М.Сеченова. – 2013. – С. 209–218.
39. Тишкевич О. Л., Жуковская С. В., Шелег С. Б., Илькевич Н. Е., Малышева Е. В., Семенов А. В., Каменецкая Ю. К., Игнатьева Т.В. Невынашивание беременности после ЭКО и ЭКО/ИКСИ // Проблемы репродукции.-1998.–Т.4. –№6. – С.34–36].
40. Фукс М.А., Маркин Л.Б. Многоплодная беременность. К.: Здоровье; 1990. – 124с.
41. Фукс М.А. Многоплодная беременность. – К.Здоровье – 2011. – 189 с.
42. Фукс М.А. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии: Руководство для врачей// под редакцией Мухарлямова Н.М.–М.Медицина. – 2010. – С. 37–132.
43. Фукс М.А. Ультразвуковая диагностика многоплодной беременности. Клинические лекции по ультразвуковой диагностике в перинатологии.- М.Медицина. – 2010. – С.100–108.
44. Цыганенко С.В., Зильбер М.Ю. Перинатальные исходы при дифференцированном подходе к гормональной поддержке гестации после вспомогательных репродуктивных технологий// Уральский медицинский журнал. – 2012.– №6. – С.42– 46.
45. Чайка В.К.,Батман Ю.Ф.,Говоруха И.Т. Состояние здоровья детей, рожденных после применения вспомогательных репродуктивных технологий. // Здоровье ребенка. – 2011. – №1(28). – С.108–114.
46. Щербакова И.Н.,Панина О.Б. Репродуктивные потери в ранние сроки беременности у пациенток с синдромом гиперстимуляции яичников в цикле Эко.//Вестн.РУДН. – 2009. – №7. – С.131– 136.
47. ACOG Practice Bulletin: Multiple gestation: complicated twin, triplet and high-order multifetal pregnancy.// Obstet Gynecol.- 2004.-Vol.104.-P.869.
48. Blickstein E.I. end Keith L.G. Multiple pregnancy. Epidemiology, Gestation.Perinatal outcome. – 2005. – P.17.
49. Colla F, Alba E., Grio R. Maternal morbidity in multiple pregnancies // Minerva Ginecol. – 2001. – V.53,№2. – P.101-105.
50. Eisenberg E. Long- term outcomes in children born after assisted conception // Am. J.Epidemiol.- 2009.- Vol. 30. – №2. – P.123– 130
51. The Keith L.G. Twins and other multiples: progress with a price / Int. J. Gynaecol. – 1995. – V.51,№2. – 105-108.

52. Papiernik E., Grange G., Zeitlin J. Should multifetal pregnancy reduction be used prevention of preterm deliveries in triplet or higher order multiple pregnancies? // *J. Perinat. Med.* – 1998. – V.26. – P.365–370.

53. Phung D.T., Blickstein I., Goldman R.D. The Northwestern Twins Chorionciti Studi.I. Discordant inflammatory finding that are related to chorionciti in presenting versus nonpresenting twins// *Am.J.Obstet.Gynecol.*-2012.-Vol.186. – P.1041-1045.

54. Yoan Yinon, Ram Mazereth, Naomi Rosentzweig et al. Growth Restriction as a Determinant of Outcome in Preterm Discordant Twins.// *Obstet.Gynecol.* – 2005.-V.105. –P.1-2.

55. Ziadeh S.M. The outcome of triplet versus twin pregnancies / *Gynecol. Obstet. Invest.* – 2000. – V.50, №2. – P.96-99.

REFERENCES

1. Arias F. Beremennost i rody vysokogo riska / F.Arias. – M., Meditsina. – 2009. – 656 c.
2. Baranov I.I., Tokova Z.Z., Tadevomsyan A.A. Mediko- sotsialnaya kharakteristika zhenshchin s mnogoplodnoy beremennostyu, nastupivshey s ispolzovaniem vspomogatelnykh reproduktivnykh tekhnologiy// *Uralskiy meditsinskiy zhurnal.* – 2011. – №4. – S.16.
3. Beglitse D.A. Vliyaniye ekstrakorporalnogo oplodotvoreniya na chastotu i strukturu nevnashivaniya beremennosti Mediko-sotsialnye problemy semi. – 2003. – T.8. – №2. – S.55–59.
4. Baeva I.Yu. Anatomico-metricheskaya kharakteristika plodov inovorozhdennykh bliznetsov pri mnogoplodnoy beremennosti: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M 2005; 23.
5. Boyarskiy L.Yu., Gandukov S.R., Leonchenko V.V. Prichiny preryvaniya beremennosti posle EKO i IKSI v pervom trimestre – analiz klinicheskikh i tsitogeneticheskikh danykh.// *Zhurnyu akusherstva i zhenskikh bolezney.* – 2008. – T.4. – S.73–75.
6. Vasilevskaya L. P. Mnogoplodnaya beremennost: Metod. rekomendatsii / L. P. Vasilevskaya, M. A. Fuks, Ye. A. Chernukha. – M.: Meditsina, 2012. – S. 32.
7. Vilyam Pauers. Bagatoplidni pologi. Posibnik z neonatologii: Per. z angl./ Dzhon Kloerti, Yenn Stark.- K.:Fond dopomogi dityam Chornobilya.-2002. – S.77 – 80.
8. Visaitova M.B. Techenie beremennosti i rodov, perinatalnye iskhody pri dvoynye: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M2003; 24.
9. Ventskiy B.M., Ventskiy I.B., Dobryanskiy D.O ta in. Akusherstvo: pidruchnik.- K.: VSV “Meditsina”, – 2012. – S.322 – 330.
10. Vdovichenko Yu.P., Goyda N.G., Yuzko O.M. ta in.. Bagatoplidna vaginit. Posibnik, stvoreniy u ramkakh vprovadzhennya Ukraino – Shveysarskoj Programi “Zdorov’ya materi ta ditini ”.- 2011.- Chastina II. – 360s.
11. Gyulmamedova I. D., Akimova I. K. Znachenie operatsii kesareva secheniya v rodorazreshenii beremennykh posle EKO Mediko-sotsialnye problemy semi.-1998.-T.3. – №1.- S.33–37
12. Dakhno F.V. Besplodie i vspomagatelnye reproduktivnye tekhnologii // *Zdorove zhenshchiny.* – 2002. – №2. – S. 47-49.
13. Dzhon Kloerti, Yenn Stark. Bagatoplidni pologi. Posibnik z neonatologii: Per. z angl./ Dzhon Kloerti, Yenn Stark.- K.:Fond dopomogi dityam Chornobilya. – 2002. – S.77–80.
14. Yegorova O.A. Techenie beremennosti i rodov u zhenshchin s mnogoplodniem / O. A. Yegorova // *Vestnik Ros. Assots. akusherov-ginekologov.* – 2011. – № 1. – S. 34–35.
15. Yegorova O.A. Techenie beremennosti i rodov u zhenshchin s mnogoplodniem // *Vestnik rossiysskoy assotsiatsii akusherov-ginekologov.* – 2001. – №1. – S. 34-35.
16. Yevsyukova I.I., Maslyanyuk N.A. Sostoyanie novorozhdennykh i dalneyshee razvitiye pri mnogoplodnoy beremennosti posle ekstrakorporalnogo oplodotvoreniya.//*Problemy reproduktivnoy.*-2005.-№2.-S.49-52.
17. Korsaka V.S. Rukovodstvo po vspomagatelnykh reproduktivnykh tekhnologiyam dlya vrachey i embriologov/ pod. red. Korsaka V.S. – M.:OOO “Izdatelskiy dom –Switchayld Media.-2008.-280s.
18. Korsak V.S. Ekstrakorporalnoe oplodotvorenie v terapii besplodiya: Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. St-Peterburg 1999
19. Kurtser M.A., Royan L. Kh., Krasnopol'skaya K.V. Beremennost i rody u patsientok posle EKO// *Akusherstvo i ginekologiya.* – 2001.- №5.- S.24–28.
20. Kolomnina Ye. A. Osobennosti techeniya beremennosti posle ekstrakorporalnogo oplodotvoreniya Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii.- 2002.- T.1. – №1.- S. 8–11.
21. Krasnopol'skiy V.I., Novikova S.V., Kapustina M.V., Titchenko L.I., Ksenov A.N., Zharova A.A. Sovremennye problemy mnogoplodnoy beremennosti // *Rosiysskiy vestnik akushera – ginekologa.*- 2000.- №2.- S.79-82.
22. Kulakov V.I., Leonov L.P., Kuzmichev L.N. Lechenie zhenskogo i muzhskogo besplodiya. – M.:MIA.-2008. – S.592.
23. Lokshin V.N.Kliniko- statisticheskaya kharakteristika zdorov'ya detey, zachatykh v rezultate ekstrakorporalnogo oplodotvoreniya/ / *Prob. Reproduktivnoy.*-2005.-№2. – S.54–55.
24. Menshikova V.V.Obespechenie kachestva laboratornykh issledovaniy. Preanaliticheskiy etap.- M.:Znanie.-2009.- 350s.
25. Makarova E.E., Gudimova V.V., Glinyanaya S.V., Yegorova O.A. Iskhodi mnogoplodnoy beremennosti dlya ploda i novorozhdenogo: Obzor // *Ros. vestnik akushera-ginekologa.* – 2001. – №1. – S. 46–49.
26. Milovanov A.P. Patologiya sistemy mat- platsenta- plod.- M.Meditsina. – 2008. – 30s.
27. Nekrasova Ye.S. Mnogoplodnaya beremennost.-M.:Real Taym.-2009.-132s.
28. Pestrikova T.Yu., Chizhova T.V., Petrichenko M.I.: Vedenie beremennosti i rodov visokogo riska// *Akusherstvo i ginekologiya.*- 2010. – №1. – S.19– 22.
29. Romanenko T.G., Zavadskaya O.Yu. Osobennosti techeniya beremennosti i rodov pri mnogoplodnoy beremennosti // *Reproduktivnoe zdorove zhenshchiny.* – 2004. – №1(17). – S. 67-69.
30. Rudakova Ye.B., Pilipenko M.A., Poltorak Ye.V. Vliyaniye patologii endometriya i narusheniya v sisteme gemostaza na iskhody vspomogatelnykh reproduktivnykh tekhnologiy// *Vestnyu RUDN.*- 2009.-№7. – S.101-106.
31. Romanenko T.G., Melnichuk I.P. Metodi korektsii tservi kalnoi nedostatnosti pri bagatoplidnykh vaginostiy (oglyad literatury)// *Zdorove zhenshchinyu* – 2014. – №7(93). – S.47– 52
32. Stepankivskaya G.K., Mikhaylenko O.T. Akusherstvo: Navchalne vidannya.-2-e vid., pererob. I dop.-K.: Zdorov'ya. –2012. – S.246.
33. Sidelnikova V.M., Khodzhaeva Z.S., Strelchenko M.B., Sosnina V.V., Minasyan L.S. Osobennosti techeniya i taktika vedeniya beremennosti posle EKO i PE // *Lechenie zhenskogo i muzhskogo besplodiya. Vspomagatelnye reproduktivnye tekhnologii / Pod redaktsiyey I.I. Kulakova, B.V.Leonova, L.N. Kuzmicheva. – M.: MIA, 2005. – S. 479-486.*
34. Stygar A.M., Karetnikova N.A., Kulakov V.I. Reduktsiya izbytochnogo kolichestva embrionov, implantirovavshikhya pri provedenii EKO i PE // *Lechenie zhenskogo i muzhskogo besplodiya. Vspomagatelnye reproduktivnye tekhnologii.* – M.: MIA, 2005. – glava 7.2. – S. 475-478.
35. Strelchenko M. B. Osobennosti techeniya beremennosti posle ekstrakorporalnogo oplodotvoreniya i perenosa embrionov v polost matki: Avtoref. dis... k.m.n. /M., 2002. – S.3–22.
36. Sorokolat Yu.V. Stan zdorov'ya ditey, narodzenikh pri zastovuvanni dopomizhnykh reproduktivnykh tekhnologiy// *Sovremennaya pediatriya.*- 2014.- №1(570).- S.35-36.
37. 5, 30, 58 Tkachenko A.V. Perebig ta naslidki bagatoplidnykh gestatsiy u porivnyalnomu aspekti // *Pediatriya, akusherstvo ta ginekologiya.* – 2005. – №3. – S. 89-95.
38. Timokhina T.F., Baev O.R. Mnogoplodnaya beremennost. Oslozhneniya, sistema vedeniya i vybora metoda rodorazresheniya. Nove tekhnologii v ginekologii, akusherstve i perinatologiiyu.-M.:MMA im.I.M.Sechenova. – 2013. – S.209– 218.
39. Tishkevich O. L., Zhukovskaya S. V., Sheleg S. B., Ilkevich N. Ye., Malysheva Ye. V., Semenov A. V., Kamenetskaya Yu. K., Ignateva T.V. Nevynashivanie beremennosti posle EKO i EKO/IKSI//*Problemy reproduktivnoy.* – 1998. – T.4. – №6. – S.34–36].
40. Fuks M.A., Markin L.B. Mnogoplodnaya beremennost. K.: Zdorove; 1990. – 124 s.
41. Fuks M.A. Mnogoplodnaya beremennost. – K.Zdorove – 2011. –189 s.
42. Fuks M.A. Ultrazvukovaya diagnostika v akusherstve i ginekologii: Rukovodstvo dlya vrachey// pod redaktsiyey Mukharlyamova N.M.-M.Meditsina. – 2010. – S.37–132.
43. Fuks M.A. Ultrazvukovaya diagnostika mnogoplodnoy beremennosti. Klinicheskie lektsii po ultrazvukovoy diagnostike v perinatologii.- M.Meditsina. – 2010. – S.100– 108.
44. Tsyganenko S.V., Zilber M.Yu. Perinatalnye iskhody pri differentsirovannom podkhode k gormonalnoy podderzhke gestatsii posle vspomogatelnykh reproduktivnykh tekhnologiyu.// *Uralskiy meditsinskiy zhurnal.* – 2012.- №6. – S.42–46.
45. Chayka V.K., Batman Yu.F., Govorkukha I.T. Sostoyanie zdorov'ya detey, rozhdennykh posle primeniya vspomogatelnykh

репродуктивних технологій. // *Zdorove rebenka.* – 2011. – №1(28). – S.108–114.

46. Shcherbakova I.N., Panina O.B. Reproduktyvnye poteri v rannye sroki beremennosti u patsientok s sindromom giperstimulyatsii yaichnikov v tsikle Eko. // *Vestn. RUDN.* – 2009. – №7. – S.131–136.

47. ACOG Practice Bulletin: Multiple gestation: complicated twin, triplet and high-order multifetal pregnancy. // *Obstet Gynecol.* – 2004. – Vol. 104. – P.869.

48. Blickstein E.I. end Keith L.G. Multiple pregnancy. *Epidemiology, Gestation, Perinatal outcome.* – 2005. – P.17.

49. Colla F., Alba E., Grio R. Maternal morbidity in multiple pregnancies // *Minerva Ginecol.* – 2001. – V.53, №2. – P.101-105.

50. Eisenberg E. Long-term outcomes in children born after assisted conception // *Am. J. Epidemiol.* – 2009. – Vol. 30. – №2. – P.123–130.

51. Keith L.G. Twins and other multiples: progress with a price // *Int. J. Gynaecol.* – 1995. – V.51, №2. – 105-108.

52. Papiernik E., Grange G., Zeilin J. Should multifetal pregnancy reduction be used prevention of preterm deliveries in triplet or higher order multiple pregnancies? // *J. Perinat. Med.* – 1998. – V.26. – P.365–370.

53. Phung D.T., Blickstein I., Goldman R.D. The Northwestern Twins Chorionicity Study. I. Discordant inflammatory finding that are related to chorionicity in presenting versus nonpresenting twins // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2012. – Vol. 186. – P.1041-1045.

54. Yoan Yinon, Ram Mazkereth, Naomi Rosentzweig et al. Growth Restriction as a Determinant of Outcome in Preterm Discordant Twins. // *Obstet. Gynecol.* – 2005. – V.105. – P.1-2.

55. Ziadeh S.M. The outcome of triplet versus twin pregnancies // *Gynecol. Obstet. Invest.* – 2000. – V.50, №2. – P.96-99.

MULTIPLE PREGNANCY, MODERN VIEW OF THE PROBLEM

I.V. Poladich

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Summary. The issue of multiple pregnancy continues to maintain its relevance and status of the priorities of modern obstetrics, thanks to a stable high frequency in the population and in the world. According to the observations, only for the period from 2000 to 2010 year Ukraine has seen an increase in the frequency of multiple births by more than 30%, while deliveries with twins account for nearly 95% and the remaining 5% are triplets birth and multiple pregn of higher order.

Multiple pregnancy contributes to significant morbidity and adverse pregnancy outcomes for the mother and for the newborn. Maternal morbidity in multiple pregnancies (BV) increases in 3-7 times, and the associated material costs of health care, increased by more than 40% compared with a singleton pregnancy and childbirth. Compared with singleton pregnancy at BV complications occur more often before, are characterized by a severe and prolonged course. Perinatal mortality in pregnancy with twins is 5 times higher than in singleton pregnancies, intrauterine fetal death is 4 times higher, neonatal – 6 times, perinatal – 10 times. Despite numerous published data, in obstetric practice, there are no clear recommendations for the effective management of multiple pregnancy at different stages of gestation, depending on fertilization – spontaneous or as a result of assisted reproductive technology. The algorithm is a multiple pregnancy antenatal care should be based on the early formation of the risk of preterm birth and possible development of perinatal complications. However, there are some controversial issues concerning the diagnosis and management of these women require a more thorough study of occurrence of these pregnancies, identify risk factors and optimization tactics of pregnancy and childbirth.

Key words: multiple pregnancy, twins, assisted reproductive technologies, perinatal complications.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Поладич И.В.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Резюме. Вопрос многоплодной беременности продолжает поддерживать свою актуальность и статус приоритетных направлений современного акушерства, благодаря стабильно высокой частоте в популяции и мире. Согласно наблюдениям, только за период с 2000 по 2010 г. в Украине произошел рост частоты многоплодных родов более чем на 30%, при этом роды двойней составляют почти 95%, а остальные 5% приходится на роды тройней и БВ более высокого порядка.

Многоплодная беременность способствует значительной заболеваемости и неблагоприятным исходам беременности, как для матери так и для новорожденного. Материнская заболеваемость при многоплодной беременности (БВ) возрастает в 3-7 раз, а связанные с ней материальные расходы на медицинскую помощь, увеличиваются более чем на 40% по сравнению с одноплодной беременностью и родами. По сравнению с одноплодной беременностью при БВ осложнения возникают чаще, раньше, характеризуются более тяжелым и длительным течением. Перинатальная смертность при беременности двойней в 5 раз выше, чем при одноплодной беременности, внутриутробная гибель плода выше в 4 раза, неонатальная – в 6 раз, перинатальная – в 10 раз. Несмотря на многочисленные опубликованные данные, в акушерско-гинекологической практике нет четких рекомендаций для эффективного ведения многоплодной беременности на разных сроках гестации, в зависимости от оплодотворения – спонтанного или вследствие вспомогательных репродуктивных технологий. Алгоритм антенатального наблюдения многоплодной беременности должен быть основан на раннем формировании риска преждевременных родов и возможного развития перинатальных осложнений. Тем не менее, есть некоторые спорные вопросы, касающиеся диагностики и ведения данных женщин, требующие более тщательного изучения возникновения этих беременностей, выявления факторов риска и оптимизации тактики беременности и родов.

Ключевые слова: многоплодная беременность, двойни, вспомогательные репродуктивные технологии, перинатальные осложнения.