

УДК 618.35-06:618.3-06:618.1-002

БОЙЧУК А.В.¹, НІКІТІНА І.М.², КОНДРАТЮК В.К.³,
КАЛАШНИК Н.В.², БОЛОТНА М.А.²

¹ ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І. Я. Горбачевського», кафедра акушерства та гінекології ФПО ННІ, м. Тернопіль

² Сумський державний університет,
кафедра акушерства та гінекології, м. Суми

³ Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,
кафедра акушерства, гінекології та медицини плода, м. Київ

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ GESTАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ

З метою оцінки значення фактора росту плаценти (PIGF) у розвитку гестаційних ускладнень при багатоплідній вагітності проведено дослідження цього показника у сироватці крові 320 вагітних з багатопліддям у I триместрі, а також 40 вагітних з одноплідною вагітністю, котрі склали контрольну групу.

Мета дослідження - вивчити вплив факторів росту плаценти на перебіг гестаційного процесу при багатоплідній вагітності.

Матеріал і методи дослідження. Проведено проспективне дослідження перебігу вагітності пологів у 320 жінок з багатоплідною вагітністю, котрі склали основну групу обстежуваних та у 40 здорових жінок з одноплідною вагітністю. Рівень PIGF в сироватці крові визначали методом твердофазного імуноферментного аналізу з використанням наборів моноклональних антитіл у першому триместрі вагітності. Показники системи гемостазу (судинно-тромбоцитарна та коагуляційна ланка) оцінювалися за загальноприйнятими методиками. Доплерометрія плацентарного та плодового кровотоку проводилася у маткових артеріях (МА), артерії (ПА) і вені пуповини (ПВ), середній мозковій артерії (СМА) плода.

Результати дослідження та їх обговорення. Жінки з багатоплідною вагітністю входять до групи ризику розвитку гестаційних ускладнень – передчасних пологів у 67,8 % ($p < 0,01$), фетоплацентарної дисфункції, преєклампсії – у 17,5 % ($p < 0,05$) випадків. Виявлені порушення з боку судинно-тромбоцитарного та коагуляційного гомеостазу у I триместрі вагітності є основними факторами ризику дострокового переривання вагітності. Доведено, що низький рівень фактора росту плаценти в сироватці крові вагітних при багатоплідді у випадку розвитку передчасних пологів, фетоплацентарної дисфункції та преєклампсії ($111,23 \pm 8,4$, $203,24 \pm 6,4$ та $305,86 \pm 7,4$ нг/мл) у порівнянні з відповідними показниками при одноплідній вагітності ($418,2 \pm 10,4$ нг/мл) є прогностичним маркером розвитку даних гестаційних ускладнень.

Висновки. Своєчасне проведення медикаментозної корекції гестаційних ускладнень при багатоплідній вагітності з використанням мікронізованого прогестерону, низькомолекулярних гепаринів, ангіопротекторів дозволило пролонгувати вагітність при монохоріальному типу плацентациї на 3,2 тижні (до $34,2 \pm 2,4$ тижнів), а у випадку з дихоріальною двійнею – до терміну доношеної вагітності.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, невиношування вагітності, передчасні пологи, фетоплацентарна дисфункція, фактор росту плаценти, преєклампсія.

Більшістю клінічних досліджень доведено той факт, що багатоплідна вагітність супроводжується значним числом перинатальних ускладнень, а саме передчасне переривання вагітності, фетоплацентарна дисфункція з затримкою росту плодів, а також преєклампсія, що в свою чергу сприяє підвищенню показників перинатальної захворюваності і смертності [1, 2, 7]. Пери-

натальна смертність при багатоплідді у всьому світі залишається вищою, ніж при одноплідній вагітності, а імовірність антенатальної загибелі плода при двійні чи трійні у десятки разів вища [2, 6, 7]. Перебіг вагітності при багатоплідді прогнозується і в подальшому залежить від процесу імплантації плідного яйця, типу плацентациї, адаптації організму матері до вагітності, а також