

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**Наукове товариство студентів, аспірантів, докторантів і
молодих вчених**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
«НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ЗДМУ – 2020»

**в рамках І туру «Всеукраїнського конкурсу студентських
наукових робіт з галузей знань і спеціальностей
у 2019 – 2020 н.р.»**

06 – 07 лютого 2020 року

Запоріжжя – 2020

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Голова оргкомітету:

ректор ЗДМУ, проф. Колесник Ю.М.

Заступники голови:

проректор з наукової роботи, проф. Туманський В.О., голова Студентської ради Турчиненко В.В., проф. Разнатовська О.М., голова Наукового товариства студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених, д.біол.н. Павлов С.В.

Члени оргкомітету:

заступник голови Студентської ради Подлужний М.С., голова навчально-наукового сектору Студентської ради Москалюк А.С., заступники голови навчально-наукового сектору Будагов Р.І., Скоба В.С.

Секретар: Брезицька К.П.

ЗАТРИМКА РОСТУ ПЛОДА ПРИ МОНОХОРІАЛЬНІЙ ДВІЙНІ –ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ

Клипа А. О.

І медичний факультет, V курс

За останні роки в усьому світі зросла кількість багатоплідної вагітності (БВ) з 1,6 до 35,40 %. Збільшення числа вагітностей двійнею призводить до зростання частоти ускладнень вагітності в тому числі: передчасних пологів в 5 – 7 разів, народження дітей з дуже низькою масою, що, в свою чергу, збільшує ризик виникнення різноманітних патологій у дитини. Перебіг вагітності та частота ускладнень залежать в тому числі від типу плацентації. Монохоріальний (МХ) тип плацентації при вагітності двійнею є більш несприятливим стосовно перинатальних наслідків, на відміну від дихоріального, оскільки перинатальна смертність при монохоріальній двійні в 3-4 рази перевищує таку при біхоріальній (БХ) двійні. Основними причинами перинатальних втрат при багатоплідній вагітності є глибока недоношеність в наслідок передчасних пологів, плацентарна дисфункція, селективна затримка росту плода, фето-фетальний синдром, тип плацентації. Враховуючи все вищенаведене, можна стверджувати, що багатоплідна вагітність, особливо з МХ, залишається однією з актуальних проблем сучасного акушерства.

Мета: проаналізувати перебіг вагітності та частоту специфічних ускладнень при монохоріальній вагітності.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби 44 пацієнток з діагностованою багатоплідною монохоріальною двійнею, які сталися в КУ «Запорізький обласний перинатальний центр» ЗОР в період з 2018 по 2019 рр. Середній вік вагітних складав $29,7 \pm 5,08$ років. Перша вагітність спостерігалась в 56,8%. Історії з дихоріальним типом плацентації були виключені з дослідження.

Результати. Перебіг вагітності у вагітних з монохоріальною двійнею був ускладнений анемією в 52,3%, передчасними пологами (47,7%), селективною затримкою росту плоду (сЗРП) (38,6%), СФФТ (4,6%), пізніми гестозами (11,3%), багатоводдям (4,5%), вродженими вадами розвитку (2,3%). Селективна затримка росту плода (сЗРП) є розповсюдженим станом, пов'язаним з монохоріальною (МХ) вагітністю, в проведеному дослідженні кожна третя вагітність МХ двійнею була ускладнена сЗРП. Термін «Селективна затримка росту плода» при монохоріальній вагітності стосується випадків, коли передбачувана маса меншого плода становить менше 10-го перцентилю. Це ускладнення вважається серйозним ускладненням МХ двієнь, з потенційно значними ризиками внутрішньоутробної загибелі меншого плода або неврологічних порушень у обох близнюків. Основною особливістю МХ двійні є наявність плацентарних анастомозів, які можуть бути артеріо-артеріальними (АА), венозними (ВВ) або артеріо-венозними (АВ). Анастомози – є фактором, який лежить в основі всіх особливостей множинної патології МХ. Вони можуть викликати проблеми самі по собі, або в поєднанні з іншими проблемами, а саме дискордантними плацентарними територіями. Нерівномірний розподіл площі плаценти між близнюками є основною причиною розвитку сЗРП при МХ вагітності. Інший фактор, який впливає на перебіг вагітності при цьому ускладненні, є наявність судинних анастомозів у плаценті. Розмір анастомотичної ділянки між плодами, загальна

трансфузія і діаметр АА анастомозів корелюють зі ступенем дискордантності площі плаценти у близнюків. Ключовим параметром діагностики і спостереження плодів із ЗРП, яка виникла в результаті плацентарної дисфункції, є доплерівське дослідження артерії пуповини. Однак, зміни кривої доплерівського спектру, що спостерігаються у МХ близнюків з ЗРП, носять інший характер, тому що вони є результатом поєднання впливів плацентарної недостатності з тими, що виникли внаслідок судинних анастомозів між близнюками. Середній термін пологів при сЗРП склав $34,1 \pm 0,5$ тиж, а середня маса плодів ЗРП склала 1770 ± 115 гр. Оцінка дітей при народженні за шкалою Апгар на 5 хвилині менше 7 балів статистично не відрізнялась у плодів при сЗРП де вона складала 11,8% та при МХ двійні без сЗРП, де цей показник склав 11,2%. Відсоток дітей з сЗРП, які перебували в відділенні інтенсивної терапії склав 59%, на відміну від МХ двієнь без сЗРП, цей відсоток склав 12,7%. Термін пологів, маса плодів і їх стан при народженні залежали від типу судинних анастомозів та площі дискордантності плацентарних територій. Всі ці особливості впливають на стан плодів і призводять до збільшення частоти перинатальних ускладнень. Проведений аналіз дозволяє припустити зв'язок між типом судинних анастомозів і характером порушення кровотоку (за даними доплерографії) при селективній затримці росту плоду та термінами пологів і частотою перинатальних ускладнень.

Висновок. Данні дослідження показали, що перинатальні ризики для плодів при монохоріальній вагітності пов'язані з такими антенатальними факторами, як характер розподілу плацентарних територій, кількість та характер судинних анастомозів між близнюками. Ведення багатоплідної вагітності повинно бути направлено на визначення типу плацентації в I триместрі вагітності, необхідність профілактики таких ускладнень вагітності, як анемія, прееклампсія, невиношування. Ультразвуковий моніторинг за перебігом вагітності з використанням доплерографії має ключову роль в своєчасному виявленні ускладнень перебігу МХ багатоплідної вагітності і дозволяє визначити оптимальну тактику ведення вагітності.