

Б.Қ. ҚАБЫЛ, Р.М. РАЕВА, Э.С. СУЛЕЙМЕНОВА, Г.Б. ЖУМАЛИЕВА, У.Қ. КУЛЬБАЕВА
*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық Университеті,
акушерия және гинекология бойынша интернатура және
резидентура кафедрасы, Алматы, Қазақстан*

КӨПҰРЫҚТЫ ЖҮКТІЛІК ЖӘНЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛДЫ ҰРЫҚТАНДЫРУ (ӘДБИ ШОЛУ)

Соңғы он жылдықта дамыған елдерде көпұрықты жүктіліктің өсу жиілігі екі еседен жоғары артып отыр. Ірі репродукциялау орталықтарында қазіргі заманғы репродуктивті технологияларды жітік меңгерілуінен көпұрықты жүкті әйелдердің саны жылдан жылға көбейеді. Жалпы көпұрықты жүктілік 0,4-1,6 % жағдайда кездесе, Еуропаның көптеген елді мекендерінде 0,7-ден 1,5% ға дейін жоғарлаған. Көпұрықты жүктілік жоғарғы қауіп қатер тобына кіреді, өйткені жүктіліктің ағымы мен босану кезеңдерінде кез келген сәтте асқыну байқалуы мүмкін. Атап айтқанда көпұрықты жүктілік келесі асқынулармен бірге жүруі ықтимал: артериалық қан қысымының жоғарлауы, темір жетіспеушілік анемиясы, жүктіліктің ерте узілу қауіпі, қағанақ суының көп немесе аз болуы, қалыпты орналасқан бала жолдасының мерзімінен ерте ажырауы, ұрықтың туа біткен ақаулары, ұрықтың құрсақ ішілік жетілуінің кешеуілдеуі, фето-феталді гемотрансфузиялық синдром, мерзімінен ерте босану, құрсақ ішілік ұрықтың біреуінің немесе екеуінің де өлімі, босанудан кейінгі ерте кезеңде атоникалық қан кету.

Демек көпұрықты жүктілік акушерствода ең өзекті мәселелердің бірі болып келген, қазіргі таңда да аса көңіл аударарлық жағдай болып қала бермек.

Түйінді сөздер: көпұрықты жүктілік, овуляцияны ынталандыру, эмбрионды орнықтырумен экстракорпоралды ұрықтандыру, фето-феталдық гемотрансфузиондық синдром, акушерлік асқынулар.

Тақырыптың өзектілігі: Көпұрықты жүктілік заманауи басқышта акушерияның ең маңызды мәселелерінің бірі болған және солай бола бермек. Қазіргі кезде бедеулік көбейіп кеткендіктен овуляцияны ынталандыру, эмбрионды орнықтырумен экстракорпоралды ұрықтандыру (ЭО мен ЭКҰ) өте жиі қолданылуда. Бәріне мәлім болғанындай овуляцияны ынталандыру, эмбрионды орнықтырумен экстракорпоралды ұрықтандыру (ЭО мен ЭКҰ) нәтижесінде жиі көпұрықты жүктілік дамиды. Осы себепті өздігінен дамыған және экстракорпоралды ұрықтандыру (ЭО мен ЭКҰ) нәтижесінде дамыған көпұрықты жүктілікті салыстырып қарадық. Бірұрықты босанумен салыстырғанда көпұрықты босану кезінде кездесетін ана өлімшілдігі 2-4 есе, ал перинаталдық өлімшілдік 3-7 есе көп /2/.

Көпұрықты жүктілік деп мынадай, яғни бір мезетте екі немесе одан да көп ұрық (егізді, үшен және т.б.) дамиды деп аталады. Көпұрықтылық жүктілік пен босанудың соңын болжауды және толық зерттеуді талап ететіндіктен, ана мен перинаталдық аурушылдықпен жоғары дәрежеде кездесетіндіктен көпұрықты жүктілікті патологиялық акушерияның мәселелеріне жатқызуға болады.

Зерттеудің мақсаты: экстракорпоралды ұрықтандыру және өздігінен дамыған көпұрықты жүктіліктің дамуы мен асқынулары.

Зерттеу материалдары: көпұрықты жүкті әйелдер мен босанған әйелдер.

Көпұрықты жүктілік 0,4-1,6% жағдайда кездеседі [4], ал көптеген еуропа елдерінде 0,7 ден 1,5% дейін құбылып тұрады. Соңғы онжылдықта көпұрықты жүктіліктің жиілігі 2 еседен де көп артты, әсіресе, дамыған елдерде. 2001 жылы олардың жиілігі 2,9% құрады. Осымен бір қатарда осы кезең ішінде перинаталды өлімшілдік көрсеткіші 5 есе азайды [1]. Әр елдерде көпұрықты жүктіліктің кездесу жиілігі әр түрлі. Солай етіп, Дж. Литл екі егізді жүктіліктің кездесу жиілігіне қарай елдерді 3 топқа бөлді. Төменгі деңгейде (1000 жүктіліктің 2-7) алыс шығыс елдерінде тұрқалған (Жапония, Тайван, Гавайи), орташа (1000 жүктіліктің 9-20) - кейбір Африка, Америка, Азия мен Океания елдерінде, жіне де Еуропа елдерінде, жоғары (1000 жүктіліктің 20 аса) –Африка мен Оңтүстік Американың кейбір аймақтарында [3].

РФ Денсаулық министрлігінің арнайы статистикасы бойынша 90 босанудың 1-уі егізді, 8000 1-уі үшенді жүктілік. Бірақта көпұрықты жүктіліктің дамыған елдердегі шынайы жиілігі 20:1000 жүктіліктен. Шамамен, 50% жағдайларда көпұрықты жүктілік толық анықталмайды. Өздігінен дамиды деп аталатын көпұрықты жүктілік өте жиі егде жастағы әйелдерде, жатыр дамуының аномалияларында кездесуі мүмкін, тұқым қуушылдықтың да маңызы бар [4]. Көпұрықты жүктілік бір мезгілде жетілген екі немесе одан көп аналық жасушалардың ұрықтануы нәтижесінде, және де өздігінен немесе овуляцияны ынталандыру, эмбрионды орнықтырумен экстракорпоралды ұрықтандыру (ЭО мен ЭКҰ) нәтижесінде бір ғана ұрықталған аналық жасушадан екі немесе одан көп эмбриондар жетілуінен (полиэмбриония) дамуы мүмкін [11].

Ірі репродукция орталықтарында заманауи репродуктивтік технологияларды қолдану – көпұрықпен босанулар жиілігін ұлғайтты. Популяциялық зерттеулер нәтижелері көрсеткендей экономикасы дамыған елдерде заманауи репродуктивтік технологияларды, анығырақ айтқанда эмбрионды орнықтырумен экстракорпоралды ұрықтандыруды (ЭО мен ЭКҰ) қолданумен байланысты көпұрықты жүктілік жиілегендігін көрсетті. Қазіргі кезде Н.М. Побединский, Е.С. Ляшко және т.б. (2001ж.) мәліметтері бойынша эмбрионды орнықтырумен экстракорпоралды ұрықтандыру (ЭО мен ЭКҰ) секілді заманауи репродуктивтік технологияларды қолданғандықтан көпұрықты жүктілік жиілігі тез 35% өсті [1].

М.Л. Дунайкин, И.Л. Брин мәліметтері бойынша көмекші репродуктивтік технологияларды кеңінен енгізу өздігінен дамыған және индуцирленген көпұрықты жүктіліктің арақатынасының өзгеруіне алып келді: 80-ші жылдары 70 және 30% қарсы 90-шы жылдағы 50 және 50% [2].

Егер 1986 жылға дейін аталған технологияларды қолданғаннан дамыған көпұрықты жүктілік жиілігі барлық ятрогендік егіздердің азғана бөлігін құраған болса, онда ол 90-шы жылдар басында (анығырақ, Шығыс Фландрияда) 35% және одан жоғары болды. Швецияда соңғы жылдарда көпұрықты жүктілік жиілігінің жоғарылауын эмбрионды орнықтыру және экстракорпоралды ұрықтандырумен (ЭО мен ЭКҰ) түсіндіреді. Ұлыбританияда осы әдісті қолдану нәтижесінде ұрықтандырудан балалардың 50%-ға шамаласы көпұрықты жүктіліктен туылған. АҚШ –та 1980 жылдардан бастап, егіз жиілігі 50% және эмбрионды орнықтыру және экстракорпоралды ұрықтандыру (ЭО мен ЭКҰ) нәтижесінде дамыған босанулар жиілігі 32% құрады, үш-төрт ұрықты және одан көп жүктілік – үш-төрт есеге және эмбрионды орнықтыру және экстракорпоралды ұрықтандыру (ЭО мен ЭКҰ) нәтижесінде дамыған босанулар жиілігі 7% құрады. Бұған да, ешқандай күмәнсіз, овуляцияны ынталандыратын дәрі-дәрмектер мен көмекші репродуктивтік технологияларды қолдану әсер еткендігі анық. Көпұрықтылық жиілігіне әйелдердің орташа жасының ұлғаюы, және де гормоналды контрацептивтік дәрілерді қолдану (оларды қолдануды тоқтата салысымен ұрықтанғандығы) азы мөлшерде әсер еткен. Табиғи жағдайда 90-100 жүктіліктің 1-уі егіз, 8000-ның 1-уі үшен, 700 000 жүктіліктің 1-уі төртен кездеседі. [1,2].

Көпұрықты жүктілікке алып келетін негізгі факторларға мыналар жатады: ананың жасы 30-35 жастан жоғары, тұқым қуушылдық факторы (анасы жағынан), жоғары паритет, жатырдың даму аномалиялары (қосарласуы), ауыздық контрацептивтерді қолдануды тоқтата салысымен жүктілік дамуы, овуляцияны ынталандыру үшін дәрілерді қолдану тұсында, экстракорпоралды ұрықтандыру (ЭКҰ) [6].

Көпұрықты жүктілік кезінде егіздерді екі негізгі топқа бөледі: монозиготалы (бір жұмыртқалы, гомологты, ұқсас) және дизиготалы (әр түрлі жұмыртқалы, гетерологиялық) [3]. Екі жұмыртқалы егізден туылған нәрестелерді «сыңарлар» (шет ел

әдебиеттерінде – «fraternal» немесе «not identical») деп, ал бір жұмыртқалы егіздерден туылған нәрестелерді «егіздер» (шет ел әдебиеттерінде – «identical») деп атайды. «Сыңарлар» бірдей немесе әртүрлі жынысты болуы мүмкін, ал «егіздер» - тек ғана бірдей жынысты болады [6]. Дизиготалы егіздер жиірек кездеседі (барлық егіздердің 66-75%). Дизиготалы (әр түрлі жұмыртқалы) егіздердің туылу жиілігі 1000 босанудың 4 -тен 50-ге дейін. Егіздердің туылу жиілігі Африка елдерінде ең жоғары, Еуропа мен АҚШ-та - орташа, Жапонияда – төмен [11].

Көпұрықты жүктілікті диагностикалаудың ең нақтылау әдісі эхографиялық зерттеу болып табылады. Ультрадыбыстық зерттеу көпұрықты жүктілікті ерте диагностикалау менен бір қатарда ол мыналарды да анықтайды: ұрықтардың орналасуы мен жатуын, ұрықтардың даму сипатын, бала жолдасының орналасуын, құрамы мен санын, амниотикалық қуыстар санын, қағанақ суы мөлшерін, туа пайда болған даму ақаулары мен ұрықтардың антенаталды өлімін, функционалдық көз-қарас бойынша ұрықтар жағдайларын, доплерография көмегімен жатырлық-плацентарлық және жатыр-ұрық-плацентарлық қан айналым сипатын [4].

Көпұрықтылық кезінде жүктіліктің ұзақтығы ұрықтар санына байланысты. Егіз жүктіліктің орташа ұзақтығы 260 күн (37 апта), ал үш жүктілік үшін — 247 күнді (35 апта) құрайды. Әр егізде өзінің плацентасы болған жағдаймен салыстырғанда екеуінде бір ғана плацента болатын жағдай көпұрықты жүктілік ағымы үшін өте қолайсыз [5].

Көпұрықты жүктілік – бұл тек жүкті әйел мен оның туыстарына ғана емес, ал медициналық қызметкерлер үшін де ауыр сынақ, өйткені жүктіліктің әртүрлі асқынулары дамуы, экстрагениталды патология ауырлана түсуі және перинаталдық салдарлары жаман болуы мүмкін (бірұрықты босанумен салыстырғанда перинаталдық өлімшілдік 9-11 есе жоғары). Ұрық саны қанша көп болса, жүктіліктің жақсы аяқталу мүмкіндігі сонша аз [8].

Көпұрықты жүктілікте әйел ағзасына үлкен талап қойылады. Барлық ағза мен жүйелер үлкен қуатпен қызмет етеді. Жатыр ұлғайып диафрагма жоғары қарай ығысуынан жүрек қызметі қиындай түсіп – тахикардия, тез шаршағыштық, енгізу пайда болады. Жатыр ұлғаюы, әсіресе, жүктілік соңына қарай, ішкі ағзаларды ығыстырып басады, бұл ішек қызметі бұзылуы, кіші дәретке жиі отыру, жүрек күю сезімдерімен көрінеді.

Көпұрықты жүктілік ағымы мен босану көптеген акушериялық асқынулармен, гестацияның барлық мерзімінде ұрық жоғалту деңгейінің жоғарылығымен, егіздер денсаулығында нақ мәселелер болуымен, және де босанғаннан кейінгі кезеңнің асқынуымен бірге жүреді /1/. Көпұрықты жүкті әйелдерде жоғары жиіліктегі асқынулар болуы, жүктілікті көтере алмаушылық пен аса жетілмеген нәрестелер туылуына байланысты перинаталдық аурушылдық пен өлімшілдіктің алты есе жоғарылауына алып келеді. Көпұрықты жүктілікпен босануда кездесетін перинаталдық өлімшілдіктің негізгі себептер құрылымы бірұрықты жүктілікпен босанудағыдан онша ерекшеленбейді.

Жүктілікті көтере алмаушылық 50-60% немесе одан көп кездеседі, соның ішінде 30-40% - мерзімінен ерте босану болады. Жүктіліктің екінші жартысында истмико-цервикалдық жетіспеушілік жиі дамиды. Оған көпұрықты жүктілік (жиі екі егізді, үш егіздіде истмико-цервикалдық жетіспеушілікті коррекциялау қауіпті), бүйрек үсті безді генезді гиперандрогения, жатыр мойнының анатомиялық ерекшеліктері себеп болады. Көпұрықты жүктілікте дамитын истмико-цервикалдық жетіспеушілік үшін 22 аптасынан соң дамуы мен тез үдеп кетуі тән. Осыған байланысты қағанақ қуығы томпайып шығып кетпеуі үшін жатыр мойнының жағдайын апта сайын бимануалды (тек ғана ультрадыбыстық зерттеу ғана емес) бақылау жасап тұру қажет. Және де жатырдың жоғары тонуын ұстап тұратын жұпалардың белсенділенуінің алдын алу мақсатында гениталды жол жағдайын ретті түрде тексеру көрсетілген. Көрсеткіш болған жағдайда истмико-цервикалдық жетіспеушілікті хирургиялық жолмен коррекциялайды/5/.

Презклампис 4-5 есе жиі кездеседі, ол ерте басталуымен, клиникалық ағымының созылық және ауыр болуымен ерекшеленеді, жиі жағдайда жүктілер жедел пиелонефритімен қосарласады. Темірді көп талап етуі мен жұмсауы себепті жүктілерде теміртапшылықты анемия жиі кездеседі. Плацента үлкен немесе бірнеше болуы плацентаның төмен орналасуы мен жатуына себеп болады. Бірұрықты жүктілікке қарағанда көпұрықты жүктілік кезінде және босануда қан кету, босану қызметінің аномалиясы секілді асқынулар жиі байқалады. Көпұрықты жүктілікте ұрықтардың дұрыс емес орналасуы да сирек емес.

Көпұрықты жүктілікте тек ғана өзіне тән, бірұрықты жүктілікте кездеспейтін, мынадай арнайы асқынулар дамуы мүмкін: фето-феталды гемотрансфузия синдромы (ФФГС), қайтымды артериялдық перфузия, ұрықтардың бірінің құрсақ ішілік өлімі, ұрықтардың бірінде туа пайда болған даму ақауларының болуы, бірігіп өскен егіздер, ұрықтардың бірінің хромосомдық патологиясы. Алғаш рет 1982 жылы Schatz анықтаған фето-феталды гемотрансфузия синдромы (ФФГС) бір жұмыртқалы көпұрықты жүктіліктің ағымын 5-25% асқындырады. Фето-феталды гемотрансфузия синдром кезінде перинаталдық өлімшілдік 60-100 % жетеді [11].

Фето-феталды гемотрансфузия синдромы (оның морфологиялық субстраты – екі феталды қанайналым жүйелерінің арасындағы анастомоз құратын тамырлар) - плацентация типі монохориалды монозиготалы егіздерде кездесетін арнайы асқыну, ол бір жұмыртқалы көпұрықты жүктіліктің 63-74% байқалады. Дизиготалы егіздермен салыстырғанда плацентация типі бихориалды монозиготалы егіздерде анастомоздар қалыптасуы мүмкіндігі көп емес. ФФГС үшін плацентаның беткейінде емес, ал оның ортасында орналасқан және әрдайым котиледон капиллярлары арқылы өтетін артерио-венозды анастомоздар тән. ФФГС айқындылығы (жеңіл, орташа, ауыр) анастомоздар арқылы өтетін қанның таралу дәрежесіне байланысты, ал анастомоздар өлшемі, саны және бағыты бойынша әртүрлі болады [11].

ФФГС дамуына алып келетін негізгі қосушы фактор ұрықтардың біреуінде плацентаның даму патологиясы нәтижесінде сол ұрықтың донорға айналуы болып саналады. Плацентарлық қанайналымның перифериялық резистенттілігінің жоғарылауы қанның басқа ұрыққа – реципиентке шунтталуына алып келеді. Осылай етіп, плацентарлық жетіспеушілік тұсында гипоксия және қан жоғалту нәтижесінде гиповолемия дамығандықтан ұрық-донордың жағдайы нашарлайды. Ұрық-реципиент болса айналымдағы қан көлемінің ұлғаюын полиурия арқылы компенсирлеп отырады. Коллоидтық осмотикалық қысымның жоғарылауы плацента арқылы анасының қанайналымынан сұйықтықтың өте көптеп түсуіне алып келеді. Осының нәтижесінде ұрық-реципиенттің жағдайы гиперволемиямен шақырылған жүрек жеткіліксіздігінен нашарлайды.

Бірұрықты жүкті әйелдермен салыстырғанда көпұрықты жүктілікте туа пайда болған пороки развития плода жиілігі 2 (18,8% дейін) есе асады және ол монозиготалы ұрықтарға өте тән (4). Экстракорпоралды ұрықтандырудан (ЭКҰ) соң дамыған жүктілікте туа пайда болған даму ақаулар қауіпін популяциямен салыстырғанда жоғары және ол 2,0 (95%) тең. Осыған орай хромосомдық бұзылыстар мен кейбір гендік ауруларды болдырмау үшін имплантация алдында диагностика жасаған дұрыс. Міндетті түрде ТВП баға беру үшін 10-11 аптасында скринингтік ультрадыбыстық зерттеу, және де жүктіліктің 18-19 аптасында гормоналды тексеру жүргізіледі [4,6].

Көпұрықты жүктілік жиі жағдайда эмбрионды орнықтыру және экстракорпоралды ұрықтандырудан (ЭО мен ЭКҰ) соң дамыған жүктілік ағымын белгілі дәрежеде асқындырады (бақылаулардың 25%). Жүктіліктің сәтті аяқталуы үшін үштен және төрттен жағдайларында жүктіліктің 9-10 аптасында эмбрионның редукциясын жасайды. Бұл операцияны трансабдоминалды жолмен жасау жұппалы асқынулар даму қауіпін төмен болғандықтан өте қолайлы. Егер операциядан соң қанды бөліністер пайда болған жағдайда гормоналды емді күшейту пайдасыз, гемостатикалық ем жасау, және де плацентарлық жетіспеушілік пен жұппалы асқынулардың алдын алу қажет (жиі УДЗ-де хоринит байқалады). [4].

Соллай етіп, экстракорпоралды ұрықтандырудан (ЭКҰ) соң дамыған жүктілік ағымының асқынуы жасанды суперовуляцияға байланысты асқан гормоналды күштеменен, көп ұрықтылықпен, вирусты-бактериалдық жұқпаның белсенділенуімен, трофобласттың эндометриге жеткіліксіз дәрежеде енуі және цитотрофобласт жасушаларының жатырдың ұршық тәрізді артерияларының қабырғасына көшіп-қонуынан дамыған плацентарлық жетіспеушілікпен байланысты [6,7].

Және де көпұрықты жүктілікте артериалды гипертензия асқынулар даму қаупін жоғарылатады. Құрсақ ішілік ұрық дамуының кідіруі (ҚІҰДК) ауыр дәрежелі артериалды гипертензиясы бар әйелдерде 56% кездеседі. Артериалды гипертензияда плацента тiнiнде - үйлеспеген (отторгнутого) бүйрек трансплантантында кездесетiн: строма склерозы мен артерия iшкi қабаты жасушаларының пролиферациясы сияқты өзгерiстер байқалады. Жиi плацента инфарктi дамиды. Осы өзгерiстер плацентарлық қанайналым бұзылуына және құрсақ iшiлiк ұрық дамуының кiдiруiне алып келедi. Артериалды гипертензия тұсында антенаталды өлiм 8 есеге өседi [7,9].

Көп жағдайларда өз мерзiмiнде туылған егiздер қалыпты дамыған болады. Бiрақ бiрұрықты жүктiлiкпен салыстырғанда олардың дене салмағы аз (10 % немесе одан аса). Екi егiздi жүктiлiкте нәрестелер салмағы 2500г аз болуы 40—60% кезiгедi (2). Егiздердiң дене салмағының төмендiгi осы егiздердiң қалыпты өсуi мен дамуы үшiн қолайлы жағдайды жеткiлiктi дәрежеде қамтамасыз ете алмайтын жатырлық-плацентарлық кешен жетiспеушiлiгiнен. Осының нәтижесiнде ұрықтар дамуы кiдiредi, бұл көпұрықты жүктiлiкте кеңiнен таралған көрiнiс. Егiздердiң дене салмағында 200-300 г айырмашылық болады, кейде одан көп болуы мүмкiн. Ұрықтар санына пропорционалды түрде олардың салмағы да азаяды (үш егiз, төрт егiз және т.б.) [5,7].

Бiрұрықты жүктiлiкпен салыстырғанда егiздер аурушаңдылығы 5 есе жоғары. Жетiлген егiздерде де, әсiресе үшeндерде морфофункционалдык жетiспеушiлiк белгiлерi байқалады. Бұл нәрестелер ары қарай арнайы күтiм мен тамақтандыруды талап етедi. Жетiлмеген егiздерде морфофункционалдык жетiспеушiлiк белгiлерi өте айқын көрiнедi. Заңдылыққа сай, бiрұрықты жүктiлiкпен салыстырғанда көпұрықты жүктiлiк пен босануда Апгар шкаласы бойынша бағалау төмен болады (3,2). Жаңа туылған егiздер, көбiнесе шала туылуы, жетiлмеуi және аз салмақты болуы себептi қатаң бақылау мен күтiмге зәру, әсiресе, асфиксия мен босану жарақатын алғандары. Айта кететiн нәрсе, егiздердi жетiлгендiгi мен мерзiмiне жеткендiк дәрежесiн бағалауда олардың төмен дене салмағы анықтаушы факторға жатпайды. Жетiлмеген жаңа туылған нәрестелер күтiм жасау үшiн арнайы бөлiмшелерге ауыстырылады (1). Көпұрықты жүктiлiктiң алыс соңғылықтағы нәтижелерi өте жаман. Мысалы, бiрұрықты жүктiлiкпен салыстырғанда егiздерде балалар церебралды паралич 8 есе, ал үшeндерде – 47 есе жиi кездеседi [5].

Тұжырым: Солай етiп, әдебиеттегi мағлұматтар көрсеткендей көпұрықты жүктiлiк жоғары қауiп-қатер тобына жатады, өйткенi жүктiлiк ағымы мен босану көптеген асқынулармен жүредi: гипертензиондық бұзылыстар, темiржетiспеушiлiк анемия, жүктiлiктiң үзiлу қаупi, көпсулылық, қалыпты орналасқан плацентаның мезгiлiнен бұрын сылынуы, ұрықтардың туа пайда болған даму ақаулары, олардың құрсақ iшiлiк дамуының кiдiруi, фето-феталдық трансфузиондық синдром, мерзiмiнен ерте босану, бiреунiң немесе екi ұрықтың интранаталды өлiмi, босанғаннан кейiнгi ерте кезеңде атониялық қан кету [5,6].

Көпұрықты жүктiлiк кезiнде ең жиi кездесетiн асқынулардың бiрi ол мерзiмiнен бұрын босану болып табылады. Преждевременные роды 25-50 % жағдайда байқалады. Бұл жатырдың өте созылып кетуi, жатыр-плацентарлық қанайналым жетiспеушiлiгi, преэклампсия, өте жиi кездесетiн АВО жүйесi бойынша иммунологиялық сәйкессiздiк нәтижесiнде. Нәрестелер, әдеттегiдей, төмен дене салмағымен туылып, көп жағдайда 3000 г. дейiн болады, жиi ұрықтардың бiрiнiң дамуының бұзылысы (гипотрофия, туа пайда болған даму ақаулары) кездеседi.

Жиi олардың баспен жатуы мен орналасуы дұрыс емес болады. [1,4]. Әйелдер кеңесiнде жүктi әйелдердi бақылау кезiнде осының барлығын ескеру және көпұрықты жүктiлiктi әйелдердi босану мерзiмiнен 2-3 апта бұрын, ал асқынулар болған жағдайда одан ерте госпитализациялау қажет.

Көпұрықты жүктiлiк анықтала салысымен арнайы тәртiп пен емдәм тағайындалуы қажет, осының арқасында ағзаның ақуыздар, майлар, углевод, дәрумендер мен микроэлементтерге деген жоғары сұранысын қамтамасыздауға болады және темiртапшылықты анемияның дамуының алдын аламыз. Жүрек-қан тамыр жүйесiнiң, бүйректiң қызметтерiне, преэклампсияның ерте белгiлерiне аса көңiл бөлу керек. Алдыңғы құрсақ қабырғасының аса созылып кетуiне байланысты босанғаннан кейiнгi кезеңде құрсақ пен жамбас түбi бұлшық еттерiн нығайтатын гимнастикалық жаттығулар жасау тиiмдi.

ӘДЕБИЕТТЕР ТIЗIМI

- 1 Побединский Н.М., Ляшко Е.С., Титов С.Ю., Кузнецова А.В. Использование репродуктивных технологий и результаты родов при многоплодной беременности // М.: Акушерство и гинекология. - 2001. - №6. –С. 17-19.
- 2 Дунайкин М.Л., Брин И.Л. К вопросу о детерминантах нервно-психического развития близнецов // М.: РАМН - НЦ здоровья детей, 2011. – С.76-79.
- 3 Федорова М.В., Смирнова В.С. Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов, 1998. -№1. – С. 35-45.
- 4 Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Калашников С.А., Висаитова М.Б. Ультразвуковая диагностика в тактике ведения беременности и родов при многоплодии // М.: Акушерство и гинекология, 2001. - №4. – С. 5-7.
- 5 Рахманова И.В., Лебедева С.Ю. Результаты аудиологического обследования методом вызванной отоакустической эмиссии детей, рожденных от многоплодной беременности // Алматы: Вестник, 2011. – С. 37-41.
- 6 Сичинава Л.Г., Панина О.Б. Перинатальные исходы при многоплодной беременности // М.: Акушерство и гинекология, 2006. - №4. – С. 10.
- 7 Ермолаева А.С., Панина О.Б., Калашников С.А. Монохориальная двойня: особенности течения беременности и родов, перинатальные исходы// М.: Акушерство и гинекология, 2006. - №1. – С. 17-19.
- 8 ДеЧерни Алан Х, Акушерство и гинекология // М.: «Медпресс-информ», 2008. – С. 119-134.
- 9 Национальное руководство «Акушерство»// М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 325-328.
- 10 Учебное пособие. - Перевод с английского, под общей редакцией академика РАМН Стрижакова А.Н. – С. 12-18.
- 11 Bush Melissa, Martin M.D. and Pernoll L. Current obstetric and gynecologic diagnosis and treatment. – P. 388-403.

В.К. КАБЫЛ, Р.М. РАЕВА, Э.С. СУЛЕЙМЕНОВА, Г.Б. ЖУМАЛИЕВА, У.К. КУЛЬБАЕВА
*Казахский Национальный Медицинский Университет им С.Д. Асфендиярова,
кафедра интернатуры и резидентуры по акушерству и гинекологии, Алматы, Казахстан*

МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ

Резюме: За последнее десятилетие частота многоплодной беременности возросла более чем в 2 раза, в особенности, в развитых странах. Использование современных репродуктивных технологий в крупных центрах репродукции обусловило увеличение частоты многоплодных родов. Многоплодная беременность встречается в 0,4-1,6% случаев, а в большинстве европейских стран колеблется от 0,7 до 1,5%. Многоплодная беременность относится к группе высокого риска, так как течение беременности и родов сопровождаются значительным количеством осложнений: гипертензионные расстройства, железодефицитная анемия, угроза прерывания беременности, многоводие, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, врожденные пороки развития плодов, задержка внутриутробного их развития, фето-фетальный трансфузионный синдром, преждевременные роды, интранатальная гибель одного из плодов или обоих, атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. При многоплодных родах перинатальная смертность в 3-7 раз выше, чем при одноплодных, а материнская – выше в 2-4 раза.

Таким образом, многоплодная беременность была и остается одной из актуальных проблем акушерства на современном этапе.

Ключевые слова: многоплодная беременность, стимуляция овуляции, экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона, синдром фето-фетальной гемотрансфузии, акушерские осложнения.

В.К. KABYL, R.M. RAYEVA, E.S. SULEYMENOVA, G.B. ZHUMALIEVA, U.K. KULDAEVA
*Internship and residency department in obstetrics and gynecology of the Kazakh National Medical University
named after S.D. Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan*

MULTIPLE PREGNANCY AND IN VITRO FERTILIZATION

Resume: Over the past decade the frequency of multiple pregnancy has increased more than 2 times, especially in developed countries. Using modern reproductive technologies in the large centers have increased the percentage of multiple births. Multiple pregnancy appears in 0.4-1.6% of cases and in most European countries ranges from 0.7 to 1.5%. Multiple pregnancy is high risk, as during pregnancy and childbirth there are significant number of complications: arterial hypertension, asiderotic anemia, threatened miscarriage, hydramnion, premature amotio of normally situated placenta, fetal congenital anomalies, intrauterine growth retardation, feto-fetal transfusion syndrome, premature birth, intranatal death of one or both of the fetuses, atonic hemorrhage in the early postpartum period. Perinatal mortality is 3-7 times higher in multiple births than in singleton gestation, and maternal death is 2-4 times higher.

Thus, multiple pregnancy has been and continuous to be one of the most important problems of obstetrics at the present stage.

Keywords: multiple pregnancy, feto-fetal transfusion syndrome, stimulation of ovulation, in vitro fertilization and embryo transfer, obstetric complications.