

И. Ф. ФАТКУЛЛИН, Ф. И. ФАТКУЛЛИН

Казанский государственный медицинский университет

Кесарево сечение при недоношенной беременности

Фаткуллин Ильдар Фаридович

доктор медицинских наук, профессор,

заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 КГМУ

420029. Казань, ул. Журналистов, д. 2, кв. 47. e-mail: fatkullin@ya.ru, тел.: 8-9600480104

В статье рассматривается проблема выбора способа ведения родов при недоношенной беременности. По мнению большинства авторов, абдоминальное родоразрешение в интересах плода оправдано при перинатальном риске, тазовом, косом или поперечном положении плода, при наличии отягощенного акушерского анамнеза и совокупности различных показаний. Расширение показаний к кесареву сечению со стороны плода на сроках менее 34 недель целесообразно проводить только при наличии квалифицированной неонатологической службы. Как операция выбора предложена методика кесарева сечения с извлечением плода в плодном пузыре.

Ключевые слова: недоношенная беременность, роды, кесарево сечение.

I. F. FATKULLIN., F. I. FATKULLIN

Cesarean section at immature pregnancy

This article reviews the problem a choice of way of conducting labor at immature pregnancy is examined. In opinion of the majority of authors, abdominal labor in interests of fetus it is justified at perinatal risk, sacralis, slanting or cross-section position of fetus, at presence of disordered obstetrics the anamnesis and set of various indications. Expansion of indications to cesarean section from fetus on terms less than 34 weeks is expedient for spending only at presence qualified neonatal services. As operation of choice the technique of cesarean section with extraction of fetus in amniotic sac is offered.

Keywords: immature pregnancy, labor, cesarean section.

Несмотря на успехи перинатальной медицины, проблема рождения маловесных детей (недоношенные или дети с задержкой внутриутробного развития) приобретает все большую актуальность. С одной стороны, это обусловлено тем, что частота преждевременных родов имеет тенденцию к росту, с другой — именно маловесные дети определяют уровень перинатальной и младенческой смертности и заболеваемости.

Результаты последних исследований свидетельствуют о том, что малая масса тела при рождении является весьма значимым фактором, определяющим продолжительность

и качество жизни человека на протяжении всей его жизни [21, 28, 33, 41]. На особом месте стоит поиск адекватных методов родоразрешения при преждевременных родах с целью улучшить исход беременности для маловесных новорожденных и младенцев. Частота операции кесарева сечения при недоношенной беременности, по сводным данным, достигает 34-75%.

При общей озабоченности проблемой роста частоты кесарева сечения и при стремлении выработать оптимальный подход к использованию этой операции в литературе имеются противоречивые сведения о роли абдоминального родоразрешения

в улучшении перинатальных исходов при недоношенной беременности.

Часть исследований указывает на то, что при улучшении выживаемости, растет заболеваемость недоношенных детей. По данным А. К. Шаршенова с соавт. (2004), заболеваемость недоношенных новорожденных после кесарева сечения в 1,5 раза выше, чем у детей, рожденных через естественные родовые пути [17].

Результаты других исследований, напротив, свидетельствуют о том, что кесарево сечение является более щадящим методом родоразрешения для недоношенного плода. Г. М. Савельева с соавт. (2008) провела анализ результатов досрочного прерывания беременности при многоплодной беременности. Отмечено, что частота церебральных поражений была практически одинаковой как у детей, родившихся через естественные пути, так и при кесаревом сечении. Однако тяжесть мозговых поражений была менее выражена при абдоминальном родоразрешении.

Оперативное родоразрешение снижало частоту внутрижелудочковых кровоизлияний III–IV степени по сравнению с частотой их развития при родоразрешении через естественные родовые пути [8]. Учитывая, что частота преждевременных родов при многоплодии в 7–10 раз превышает таковую при одноплодной беременности, результаты проведенного исследования рекомендуется учитывать при выборе метода родоразрешения при многоплодной беременности в пользу кесарева сечения, особенно на сроках менее 34 недели.

В исследованиях П. В. Козлова и соавт. (2008) показано, что кесарево сечение достоверно снижает уровень перинатальной заболеваемости и смертности у новорожденных с тазовым предлежанием с массой плода более 1000 граммов, но не влияет на исход при массе более 1800 [4].

Практические врачи в силу сложившихся традиций принимая во внимание небольшие размеры плода при преждевременных родах и задержке развития плода, часто выбирают роды через естественные родовые пути, однако острая гипоксия в родах приводит к экстремному родоразрешению, тем самым ухудшая перинатальный исход.

Ранее оперативное родоразрешение не считалось предпочтительным, но в настоящее время все чаще рекомендуют проведение данной операции [5, 12]. Также необходимо помнить о том, что во время родов через естественные родовые пути перинатальный эффект непредсказуем, что обусловлено влиянием множества различных факторов, таких как сила схваток, состояние костей таза, мышц и поведения женщины [43].

Многие зарубежные исследователи считают, что при решении вопроса о кесаревом сечении необходимо учитывать просьбу женщины, особенно при преждевременных родах по сочетанным показаниям [18, 22]. Риск родовой травмы плода послужил основанием для увеличения частоты кесарева сечения при недоношенной беременности до 84% в США и до 42% в Англии [20, 27].

A. Chojnacki et al. (1985) провели анализ 73 преждевременных родов за пятилетний период при тазовом предлежании плода и сроках беременности 32–36 недель с массой плода от 1501 до 2500 граммов. Из 73 женщин 21 беременная была родоразрешена путем операции кесарева сечения.

Среди детей, извлеченных путем операции кесарева сечения, умер 1 (4,7%), а при родах через естественные родовые пути — 16 (30,8%). У 25 (48%) детей при родах через естественные родовые пути наблюдалась асфиксия тяжелой и средней степени, при кесаревом сечении эта цифра составляла 4 (19%). В связи с этим авторы предлагают шире

применять данную операцию при преждевременных родах [24].

По мнению Lewis B. V. and Senevirante H. R. (1986), кесарево сечение при преждевременных родах и тазовом предлежании может на 50% снизить перинатальную смертность. Преимущества абдоминального родоразрешения у женщин с недоношенной беременностью и тазовым предлежанием показаны и в других исследованиях [38, 39].

Одним из основных является вопрос: с какого срока гестации производить кесарево сечение в интересах плода? В центре планирования семьи и репродукции проводили исследование о целесообразности применения кесарева сечения на ранних сроках гестации. Было выявлено, что целесообразно производить кесарево сечение в интересах плода с 28 недель и выше. Срок гестации при этом имеет большее значение, чем вес плода [6].

По данным отечественных и зарубежных авторов, дети, рожденные в сроки гестации от 22 до 25 недель, не выживают или в большинстве своем имеют крайне неудовлетворительные исходы [8, 25, 31]. Следовательно, возможности абдоминального родоразрешения на этих сроках беременности ограничены жизненными показаниями со стороны матери, наиболее частыми из которых являются дородовые кровотечения.

Исследование З. К. Сорокиной (2008) показывает, что при головном предлежании плода на сроке 22–27 недель проведение оперативного родоразрешения значительно увеличивает заболеваемость, на сроках 28–32 недели эта закономерность сохраняется только при многоплодной беременности, на сроках 33–37 недель — выживаемость одинакова как при родах через естественные родовые пути, так и при кесаревом сечении [14].

Некоторые авторы предлагают проведение абдоминального родоразрешения при всех преждевременных родах до 32 недель беременности ввиду значительного снижения показателей детской смертности и инвалидности [23].

В Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии (г. Москва), было проанализировано 96 преждевременных родов на сроках гестации 28–33 недели. Из них 17 были через естественные родовые пути, а 79 — путем операции кесарева сечения. Выявлено, что мертворождение наблюдалось у 7 (41%) при самопроизвольных родах и у 2 (1,9%) при оперативных, ранняя неонатальная смертность у 3 (30%) и 8 (7,9 %) соответственно [11] [12].

В Центре планирования семьи и репродукции г. Москвы в 2005 году у 214 женщин кесарево сечение было произведено на сроке 28–37 недель (239 детей), из них у 50 женщин — до 32 недель, у 48 женщин — в 33–34 недели и у 116 женщин — на сроках 35–37 недель. При оперативном родоразрешении масса плода до 1500 г была у 31 (13%) ребенка, до 2000 г — у 60 (38,1%) и до 2500 г — у 148 (61,9%) новорожденных. Перинатальная смертность недоношенных детей составила 48,7 ‰, а у доношенных — 2,1‰.

Наибольший процент новорожденных погибает при массе тела 1499 г, вне зависимости от метода родоразрешения. В этой группе из 86 детей погибли 19, что составляет 22%. При массе тела от 1500 г до 1999 г из 84 погибло 5 новорожденных (5,9%). Среди новорожденных с массой 2000–2500 г погибло 2 ребенка из 81 (2,5%). Сравнение выживаемости детей с экстремально низкой и низкой массой тела при различных методах родоразрешения показало, что выживаемость детей при кесаревом сечении выше (83,9%), чем при самопроизвольных родах (69,5%). К первому году жизни у детей после самопроизвольных родов заболеваемость также была выше [7].

Другое исследование было проведено с целью изучения влияния способа родоразрешения на ближайшие исходы у недоношенных новорожденных, родившихся с экстремально низкой и низкой массой тела в сроки гестации 25–32 недель [16]. Были обследованы 132 пациентки с преждевременными родами и их младенцы в раннем неонатальном и постнатальном периодах. Установлено, что уровень смертности среди недоношенных детей с экстремально низкой и низкой массой тела в основном зависит от срока гестации, способа родоразрешения и показаний для досрочного оперативного родоразрешения. Кесарево сечение произведено у 68 (60,2%) женщин при одноплодной беременности и у 10 (52,6%) — при многоплодной. Остальные женщины родили через естественные родовые пути. Было выявлено, что частота асфиксии новорожденных ниже у детей, рожденных путем операции кесарева сечения.

Проведение оперативного родоразрешения по относительным показаниям, в первую очередь в интересах плода, снижает частоту внутрижелудочковых кровоизлияний III–IV степени по сравнению с частотой их развития при родоразрешении через естественные родовые пути. Смертность недоношенных детей в сроки гестации 25–32 недель при кесаревом сечении в общей сложности составила 17,1%, а при родах через естественные родовые пути — 41,3%.

Г. М. Савельева и Р. И. Шалина [9] в своих исследованиях младенцев с задержкой внутриутробного развития выявили, что при кесаревом сечении не было случаев рождения детей в состоянии асфиксии, но у всех новорожденных отмечались нарушения процессов адаптации (гипогликемия, поздняя прибавка массы тела, необходимость создания температурного режима) и легкие изменения функции ЦНС. К 1 году жизни легкие изменения ЦНС сохранились лишь у 18% детей. Следовательно, в условиях хронической гипоксии плода оперативное родоразрешение полностью не исключает нарушений функции ЦНС, но снижает тяжесть поражения и является более предпочтительным.

Следует признать, что в отечественном акушерстве не разработано четких рекомендаций и показаний для кесарева сечения при недоношенной беременности. Национальное руководство по акушерству, изданное с участием ведущих специалистов страны, рекомендует индивидуально определять показания для абдоминального родоразрешения при преждевременных родах [2].

Абдоминальное родоразрешение в интересах плода оправдано при перинатальном риске, тазовом, косом или поперечном положении плода, при наличии отягощенного акушерского анамнеза и совокупности различных показаний. Вместе с тем, подчеркивается, что расширение показаний к кесареву сечению со стороны плода на сроках менее 34 недель целесообразно проводить только при наличии квалифицированной неонатологической службы. Это мнение разделяется и зарубежными специалистами [29, 32, 34, 37, 40].

Выявлена взаимосвязь исходов операции для новорожденных от характера разреза на матке [43]. Для уменьшения риска травмы плода предлагается продольный разрез на матке в области нижнего сегмента, обеспечивающий бережное родоразрешение. Авторы полагают, что основными причинами детской смертности при любом методе родоразрешения являются внутричерепные кровоизлияния и крайняя степень незрелости плода. Новорожденные, извлеченные путем операции кесарева сечения, имели лучшие клиничко-лабораторные показатели по сравнению с детьми, родившимися через естественные родовые пути.

В ряде руководств содержатся рекомендации по использованию истмико-корпорального разреза при операции КС,

выполняемой при недоношенной беременности [1]. Данный разрез оправдан в тех случаях, когда нижний сегмент не сформирован. Существенный недостаток операции, ограничивающей ее внедрение в практику, заключается в следующем. Вертикальный разрез хуже заживает [10, 35, 42] и ведение последующей беременности у пациентки с истмико-корпоральным рубцом на матке принципиально не отличается от тактики ведения беременности после классического кесарева сечения, а роды должны быть завершены повторной операцией кесарева сечения [15]. При повторных беременностях у женщин после кесарева сечения отмечается высокая частота разрыва матки по рубцу [3, 26].

Для уменьшения риска травмы плода и уменьшения кровопотери Н.Г. Hillemanns [30] предложил методику операции с послойным рассечением матки без повреждения плодных оболочек, которые вскрываются после полного завершения разреза матки. В России она стала применяться в некоторых клиниках при недоношенной беременности.

Нами было проведено изучение эффективности операции кесарева сечения, выполненной с извлечением маловесного плода в целом плодном пузыре для улучшения перинатальных исходов у преждевременно рожденных детей.

Принцип операции заключается в сохранении целостности плодного пузыря при выполнении разреза на матке и создании своеобразной механической и гидравлической защиты плода при его извлечении. Выбор разреза на коже, способ рассечения передней брюшной стенки определяются хирургом. Матку рекомендуется вскрывать разрезом по Дерфлеру, а при несформированном нижнем сегменте — истмико-корпоральным разрезом. Далее хирург отслаивает плодный пузырь от стенок матки с учетом расположения плаценты, затем подводит головку плода к ране. Следующим этапом является выведение головки плода из полости матки с помощью ассистента, который надавливает через переднюю брюшную стенку на дно матки с целью создания необходимого положительного давления для выведения головки плода. Новорожденного извлекают в плодном пузыре целиком или до плечевого пояса, затем оболочки вскрывают, ребенка перекадывают на лоток и отделяют от пуповины.

По методу «копия–пара» было обследовано 80 младенцев на сроках беременности 28–37 недель, из них 40 детей, извлеченных в оболочках (основная группа), и 40 новорожденных, появившихся на свет путем кесарева сечения, выполненного традиционно (контрольная группа). Подбор копий осуществлялся по основному диагнозу, сроку беременности, массе тела новорожденного, учитывалось проведение профилактики синдрома дыхательных расстройств, эндотрахеальное введение сурфактанта.

Полученные результаты свидетельствовали о преимуществах кесарева сечения с извлечением плода в целом плодном пузыре при преждевременных родах. Результаты клинических и специальных методов исследования продемонстрировали разницу в неврологическом статусе новорожденных основной группы от детей контрольной, которая проявлялась в снижении количества и выраженности кровоизлияний, уменьшении тяжести церебральных ишемий и перинатальных поражений ЦНС. В Резолюции IV Съезда акушеров и гинекологов России по проблеме преждевременных родов методика кесарева сечения с извлечением плода в плодном пузыре была предложена как операция выбора.

Таким образом, проблема выбора способа родоразрешения при недоношенной беременности далека от своего решения. Требуют доработки показания к операции кесарева сечения с учетом срока беременности, массы плода, акушерской ситуации.



Актуальны вопросы дифференцированного подхода к выбору оперативного родоразрешения женщин с недоношенными и маловесными плодами и разработки методик операции. Оптимизация абдоминального родоразрешения при гестозах, тазовом предлежании плода, многоплодной беременности, рубце на матке и других состояниях будет способствовать улучшению исходов преждевременных родов, снижению младенческой смертности и заболеваемости.

ЛИТЕРАТУРА

- Абрамченко В. В. Активное ведение родов: руководство для врачей. СПб.: СпецЛит, 2003: 523-532.
- Акушерство: национальное руководство / под ред. Айламазяна Э. К., Кулакова В. И., Радзинского В. Е., Савельевой Г. М.. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- Козаченко В. П. Беременность и роды после повторного кесарева сечения. М., 1979.
- Козлов В. П., Такташова Р. Н., Березкина Н. А., Айдарова Т. В. Вопросы практической педиатрии, 2008; т. 3: 5: 28 – 29.
- Кулаков В. И., Мурашко Л. Е. Преждевременные роды. М.: Медицина, 2002. с. 65-69.
- Савельева Г. М. Акуш. и гин., 2003.; 2: 3-6.
- Савельева Г. М., Караганова Е.Я., Курцер М.А. и др. Акуш. и гин., 2007; 2: 3-7.
- Савельева Г. М., Сичинава Л.Г., Шалина Р.И., Клименко П.А. и др. Рос. вест. акушера-гинеколога, 2008; т. 8.: 6: 56-61.
- Савельева Г. М.. Шалина Р.И. Акуш. и гин., 1993; 3.
- Серов В. Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. М., 1989.
- Сидельникова В. М. Рос. вест. акуш-гин., 2007; т. 7.: 62-64.
- Сидельникова В. М. Акуш. и гин., 2007; 5: 24-27.
- Сидельникова В. М., Антонов А. Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. М: Гэотар-медицина, 2006.
- Сорокина З. Х. Вопросы практической педиатрии, 2008; т. 3: 5: 50-51.
- Фаткуллин И. Ф., Галимова И. Р. Кесарево сечение. М.: Медпресс-информ, 2007.
- Шалина Р. М. с соавт. Вопр. гин., акуш. и перинатол., 2004; т.3: 4: 57-63.
- Шаршенов А. К., Рыбалкина Л. Д., Джакипова А. К. Рос. вест. акуш-гин., 2004; т. 4: 41-44.
- Abitbol M. M., Castilio J., Tailor U. B. et al. Am Family Phisician, 1993; 47: 1: 129-134.
- Alexander G. R., Kogan M., Bader D. et al. Pediatrics, 2006; 118: 4: 1566-1573.
- Atkinson M. W., Owen J. Hauth J.C. Obstet and Gynec, 1996; 87: 99-102.
- Barker D. J., Hanson M. A. Altered regional blood flow in the fetus: the origins of cardiovascular disease? Acta Paediatr. Related Articles, Links, 2004; 93(12): 1559-1560.
- Broadhead T. J., James D. K. Cesarean Section. Eds B.L. Flamm, E.J. Quiligan. Berlin, 1995; 9-21.
- Chiva P., Pralea E., Undrea V. Obstet. Si Ginec., 1986; Vol. 34: 365-368.
- Chojnacki A., Gawinski P., Malenczyk M. Ginec. Pol., 1985; Vol. 56.: 365-368.
- Cunningham F. G., Leveno K. J., Bloom S.L. et al. Eds. Williams Obstetrics (22nd edition). McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2005; 858.
- Field Ch. S. Obstet. Gynec. Clin. N. Amer., 1988; Vol. 15: 4: 657-672.
- Flamm B. L. Best practice a research Clin Obstet Gynec, 2001; 15: 1: 81-92.
- Forsen T. J. American Medicine. Related Articles, Links, – 2004; 36(5): 389-392.
- Hasan I. J., Khanum A. J Pak Med Assoc, 2000; 50: 405-409.
- Hillemans H. G. geburtsh. U. Fraunheil., 1988. – Bd. 48, 1.: 20-28.
- Hoekstra R. E., Ferrara T. B., Couser R. J. et al. Pediatrics, 2004; 113: 1: 1: e1-e6.
- Horbar J. D., Rogowski J., Plsek P. E., et al. Pediatrics, 2001; 107: 14-22.
- Kajantie E., Eriksson J., Osmond C., Wood P.J., Forsen T., Barker D. J., Phillips D. I. Clin Endocrinol (Oxf), 2004 Feb; 60(2): 201-7.
- Korejo R., Bhutta S., Noorani K. J., Bhutta Z. A. J Pak Med Assoc, 2007; 57: 168-172.
- Lao T. T., Halperm S. H., Crosby E. T., Huh C. Arch. Gynec. Obstet., 1993; Vol. 252: 3: 113-117.
- Larroque B., Breart., Kaminski M. et al. Arch. Dis. Child Fetal Neonatal Ed, 2004; 89: 2: 139-144.
- Lawn J. E., Cousens S., Zupan J. Lancet, 2005; 365: 891-900.
- Lewis B. V., Senevirante H.R. Amer. J. Obstet. Gynec., 1979; Vol.134:6.: 615-618.
- Main D. M, Main E.K., Maurer M.M. Ibid., 1983; Vol. 146.: 580-584.
- Martines J., Paul V, Bhutta ZA, Koblinsky M, Saucat A, Walker N, et al. // Lancet 2005;365:1189-1197.
- Neville, Walker J.L. Arch Dis Child., 2005 ; 90(3): 258-61.
- Shoham Z., Blickstein J., Zosmer A. Et al. Eur. J. Obstet. Gynec., 1989; Vol. 32: 2: 67-70.
- Towner D., Castro M. A., Eby-Wilkens E., Gilbert W.M.. // The New England Journal of Medicine, 1999; Vol 341: 23: 1709-1714.
- Weisbach W., Menzel K., Wagner F. Zbl. Gynak., 1986; Vol. 108.: 424-434.