

С 13/007. Зубочелюстной протез / Заявители и патентообладатели В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, В. Э. Гюнтер. Заявл. от 10.12.2004. Оpubл. 10.08.2006, Бюлл. № 22.

7. Пат. № 2281059, Российская Федерация, МПК А 61 С 13/007. Протез-обтуратор верхней челюсти / Заявители и патентообладатели В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, В. Э. Гюнтер. Заявл. от 10.12.2004. Оpubл. 10.08.2006, Бюлл. № 22.

8. Пат. № 2284744, Российская Федерация, МПК А 61 В 5/00. Способ диагностики нарушений речевой функции / Заявители и патентообладатели В. Г. Галонский, А. А. Радкевич. Заявл. от 15.02.2005. Оpubл. 10.10.2006, Бюлл. № 28.

9. Construction of a maxillary prosthesis with a hollow obturator by the balloon technique and a case report / J. Hayashi, M. Nishiyama, M. Miyake et al. // J. Nihon. Univ. Sch. Dent. — 1989. — V. 31. — P. 585–596.

10. Desjardins R. P. Obturator prosthesis design for acquired maxillary defects // J. Prosthet. Dent. — 1978. — V. 39, № 4. — P. 424–435.

11. Devlin H. Prosthetic rehabilitation of the edentulous patient requiring a partial maxillectomy / H. Devlin, G. R. Barker // J. Prosthet. Dent. — 1992. — V. 67, №2. — P. 223–227.

12. King G. E., W. D. Gay. Application of various removable partial denture design concepts to a maxillary obturator prosthesis // J. Prosthet. Dent. — 1979. — V. 41, №3. — P. 316–318.

13. Knapp J. G. A simplified approach to the fabrication of a maxillary hollow obturator prosthesis // J. Prosthet. Dent. — 1984. — V. 51, №1. — P. 67–69.

14. Niimi A., M. Ueda, T. Kaneda. Maxillary obturator supported by osseointegrated implants placed in irradiated bone // J. Oral. Maxillofac. Surg. — 1993. — V. 51, №7. — P. 804–809.

15. Sectional prosthesis with hollow obturator portion made of thin silicone over resin frame / T. Kanazawa, H. Yoshida, Y. Furuya, et al. // J. Oral. Rehabil. — 2000. — V. 27, № 9. — P. 760–764.

© РУШЕЛЬ Н.И., ЕГОРОВА А.Т.

КЛИНИЧЕСКАЯ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ МНОГОПЛОДНЫХ РОДАХ

Н.И. Рушель, А.Т. Егорова

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. И.П. Артюхов, кафедра акушерства и гинекологии института последипломного образования, зав. — д.м.н., проф. А.Т. Егорова)

Резюме. Изучено состояние 112 новорожденных, родившихся от матерей с индуцированным многоплодием, 302 детей от матерей со спонтанно наступившим многоплодием и — 51 новорожденного — от матерей с одноплодными родами. Недоношенные новорожденные составили 87,5% (98) от матерей с индуцированным многоплодием, 74,2% детей от матерей со спонтанным многоплодием и 39,2% из группы сравнения ($p < 0,001$). При индуцированном многоплодии в асфиксии средней и тяжелой степени родилось 42,9%, при тройне — 70%, при двойне — 30,9% новорожденных. Нуждались в ИВЛ, из родившихся в асфиксии 76,2% новорожденных.

Ключевые слова. Многоплодие, диссоциированное развитие, асфиксия.

Перинатальная смертность при многоплодии в 3-7 раз выше, чем при одноплодной беременности. Многоплодие нередко осложняется задержкой роста одного из плодов, частота которой в 10 раз выше таковой при одноплодной беременности и составляет 34% при монохориальной и 23% при бихориальной двойне. При многоплодной беременности возможно развитие таких осложнений как: синдром фето-фетальной гемотрансфузии, обратной артериальной перфузии, внутриутробной гибели одного из плодов и другие. Самопроизвольный аборт и преждевременные роды при многоплодии отмечаются в 20-50% и зависят от числа плодов [5,6,8,9].

Относительно высокий и практически, не имеющих тенденции к снижению, уровень перинатальных и неонатальных потерь в России вызывает необходимость разработки эффективных мер социального и медицинского плана. Переход на внеутробное существование служит серьезнейшим испытанием зрелости всех функциональных систем самостоятельного жизнеобеспечения плода и тех функций, которые до рождения выполнял материнский организм. При неблагоприятных условиях, действующих в момент перехода к внеутробной жизни, создаются предпосылки для формирования патологических состояний в неонатальном периоде.

Осложнения в антенатальном периоде развиваются в 80% случаев многоплодной беременности.

Неодинаковое развитие плодов возникает в 5-15% двухплодной и 30% трехплодной беременности.

Цель исследования: оценить клиническое состояние и провести антропометрическую оценку новорожденных при индуцированном и спонтанном многоплодии.

Материалы и методы

Изучено состояние 112 новорожденных, родившихся от матерей с индуцированным многоплодием (основная группа), 302 детей от матерей со спонтанно наступившим многоплодием (контрольная) и — 51 новорожденного — от матерей с одноплодными родами (группа сравнения).

Обследованы 51 беременная с многоплодием после вспомогательных репродуктивных технологий (основная группа), со спонтанным многоплодием — 151 (контрольная группа) и 51 женщина с одноплодной беременностью (группа сравнения).

Результаты и обсуждение

Статистическая обработка с использованием t-критерия Стьюдента. Критический уровень значимости $p < 0,05$. Первородящие в группе с индуцированным многоплодием составили 23 (45,1%), со спонтанным — 41 (27,2%) и в группе сравнения — 19(37,3%) женщин ($p < 0,05$).

Течение беременности в исследуемых группах осложнилось угрозой прерывания беременности (в основной группе в 76,5%, в контрольной — в 60,3% и в группе сравнения в 49,0%), достоверных различий не получено.

Второе место среди осложнений беременности занимают гестозы (56,9% и 45,7%, $p_{1,2} > 0,05$). Железодефицитная анемия отмечалась в 54,9% в основной группе и в 51,6% в контрольной группе.

Преждевременные роды наблюдались в 44(86,3%) основной группы и — в 112(74,2%) случаев контрольной группы ($p > 0,05$). Процент преждевременных родов в группе сравнения составил 20(39,2%) случаев, что превышает процент преждевременных родов в популяции (7-10%), так как родильный дом, где проводилось исследование, профилирован по преждевременным родам ($p_{1,2,3} < 0,001$).

Срочные роды в основной группе отмечены только в 7(13,7%), в контрольной группе — в 39(25,8%) и в группе сравнения — в 31(60,8%) случаев ($p_{1,2} > 0,05$, $p_{1,3} < 0,01$, $p_{2,3} < 0,01$).

При индуцированном многоплодии оперативное родоразрешение при преждевременных родах произведено в 43(97,7%), против — 50(44,6%) при спонтанном многоплодии и в группе с одноплодной беременностью в — 4(20%) случаев ($p_{1,2,3} < 0,001$). Как при индуцированном, так и спонтанном многоплодии оперативное родоразрешение проводилось в сроки $34,4 \pm 1,6$ недель, а при дихориальной триамниотической тройне в $31,7 \pm 1,2$ недели.

Основными показаниями для операции кесарева сечения являлись тяжелые гестозы, дородовое излитие околоплодных вод, неправильные положения плода, тазовое предлежание, диссоциированное развитие плодов, бесплодие, отягощенный акушерский анамнез.

Изучено состояние 112 новорожденных от матерей с индуцированным многоплодием, из них недоношенные дети составили 98(87,5%), а доношенные 14(12,5%) случаев. Из 302 детей контрольной группы недоношенных детей родилось 224(74,2%) и доношенных — 78(25,8%) случаев. В группе сравнения доношенные дети составили 31(60,8%) и недоношенные — 20(39,2%) случаев. В исследуемых группах среди недоношенных детей достоверность различий равна ($p < 0,001$).

Одним из важных показателей адекватности акушерской помощи, является состояние детей при рождении. Мы провели клиническую и антропометрическую оценку новорожденных в зависимости от сроков родоразрешения.

В гестационные сроки 28-33 недели родилось 22 новорожденных основной группы, из них в асфиксии средней и тяжелой степени 11 (50%) и с оценкой по шкале Апгар 8-10 баллов — 11 (50%) детей. В контрольной группе родилось 64 ребенка, из них в асфиксии средней и тяжелой степени 22 (34,4%), с оценкой 8-10 баллов по шкале Апгар 42 (65,6%) новорожденных. В группе сравнения в гестационные сроки 28-33 недели родилось 7 детей, из них в асфиксии средней степени 5 (71,4%) и с оценкой 8-10 баллов — 2 (28,6%) новорожденных ($p > 0,05$).

Сразу после рождения переведены на искусственную вентиляцию легких 17 (77,3%) новорожденных, родившихся в асфиксии средней и тяжелой степени основной группы, 36(56,3%)

контрольной и 6(85,7%) новорожденных группы сравнения ($p > 0,05$).

Основными показателями физического развития и здоровья новорожденных являются масса тела, рост, окружность головы и окружность грудной клетки. Так при ятрогенном многоплодии средняя масса новорожденных равна 1603 ± 356 г, при природном многоплодии — 1816 ± 362 г; рост, соответственно, $40,9 \pm 3,1$ и $41,9 \pm 6,9$ см, окружность головки $29,5 \pm 1,3$ см и $30,4 \pm 1,9$ см. Средние антропометрические параметры недоношенных новорожденных при индуцированном и спонтанном многоплодии несколько отличаются, но достоверных различий показателей физического развития новорожденных не обнаружено.

Среди заболеваемости недоношенных детей в гестационные сроки 28-33 недели церебральная ишемия встречалась с высокой частотой. В основной группе церебральная ишемия отмечена у 14 (63,6%), в контрольной — у 54 (84,4%) и у 6 (85,7%) новорожденных группы сравнения ($p > 0,05$).

Анализ течения неонатального периода у новорожденных выявил, что на каждого новорожденного при индуцированном многоплодии приходилось 1,9 заболеваний, а при спонтанном — 2,1 заболевания (внутриутробное инфицирование, гипотрофия плода, церебральная ишемия, респираторный дистресс-синдром), но достоверных различий в гестационные сроки 28-33 недели между группами не получено.

В гестационные сроки 34-37 недель беременности родилось в основной группе 46, в контрольной — 158 и в группе сравнения — 13 новорожденных. При оценке состояния новорожденных по шкале Апгар 8-10 баллов при индуцированном многоплодии отмечено 36(78,3%) новорожденных, при спонтанном — 130(82,3%), а при одноплодных родах — 13(100%) детей ($p > 0,05$). Антропометрические параметры недоношенных новорожденных как при многоплодии, так и при одноплодной беременности в эти сроки практически не отличаются (табл.1).

В 34-37 недель в асфиксии средней и тяжелой степени родилось 10(21,7%) детей в основной и — 24(15,2%) — в контрольной. В группе сравнения асфиксии у новорожденных не наблюдалось.

Новорожденные в асфиксии тяжелой степени переведены на ИВЛ 7(15,2%) основной группы и 8(5,1%) детей — контрольной группы ($p > 0,05$).

С признаками внутриутробной задержки развития плода в основной группе родилось 6 (13%), в контрольной — 7 (4,4%) и в группе сравнения — 4 (30,7%) новорожденных.

При монохориальном типе плацентации в основной группе с гипотрофией второй степени тяжести родилось 2 (16,7%), при дихориальном — 4(11,8%) новорожденных. При монохориальном типе плацентации в контрольной группе с задержкой развития родилось 5 (7,4%), при дихориальном типе — 2 (2,2%) новорожденных ($p > 0,05$).

При анализе заболеваемости новорожденных выявлен высокий процент осложнений у детей, рожденных от матерей с многоплодием. Лидирующее место среди заболеваний новорожденных занимает церебральная ишемия различной степени и составляет 39(87,8%) в основной, 114(72,2%) в контрольной и 11(84,6%) детей в группы сравнения. Частота встречаемости респираторных заболеваний в основной группе составила 17(39,1%), в контрольной — 54(34,2%) и в группе сравнения — 6(46,2%) новорожденных.

Таблица 1

Антропометрические параметры недоношенных новорожденных

Клинические группы	Типы плацентации	Параметры			
		Масса тела, г	Длина тела, см	Окружность головы, см	Окружность груди, см
ЭКО	Средние значения	2450±306	47,3±2,3	31,9±1,6	29,7±2,4
	Д/Д/Д	2550±407	32,7±1,6	30,6±2,3	28,6±1,1
	М/Д/Д	2350±206	46,6±1,7	33,1±0,9	30,8±1,3
Спонтанное многоплодие	Средние значения	2349±341	46,4±2,7	32,2±1,6	30,3±2,2
	Д/Д/Д	2320±399	45,7±2,6	31,6±1,5	29,7±1,8
	М/Д/Д	2378±283	2378±283	32,7±1,7	30,8±2,5
Одноплодные роды		2335±466	44,5±4,1	32,2±1,6	30,2±1,8
Достоверность различий		p1,2,3,>0,05	p1,2,3,>0,05	p1,2,3,>0,05	p1,2,3>0,05

раторного дистресс-синдрома в 2 раза больше при многоплодии, чем в группе сравнения.

Нами отмечен высокий процент внутриутробного инфицирования у детей контрольной группы — 78(49,4%) и группы с одноплодной беременностью — 6(46,2%), по сравнению с основной — 8(17,4%) случаев (p1,2<0,05). Это объясняется тем, что женщинам перед ЭКО проводится тщательная предгравидарная подготовка, медико-генетическое консультирование, выявление хронических очагов инфекции и их лечение.

При индуцированном многоплодии в сроки беременности 28-33 недели при дихориальной триамниотической тройне родилось 9 детей, в сроки 34-37 недель при трихориальной триамниотической тройне — 21 ребенок.

Анализ состояния новорожденных показал, что оценку по шкале Апгар 8-10 баллов получили 14(46,7%), а — 21(70%) родились в асфиксии. В дальнейшей респираторной поддержке нуждались 8(26,7%) новорожденных.

С гипотрофией различной степени тяжести родилось 8 (26,7%) детей, из них при трихориальном

триамниотическом тройне — 7 (33,3%), при дихориальной триамниотической тройне — 1 (11,1%) новорожденный.

Антропометрические показатели (средняя масса детей, рост, окружность головки, окружность груди) практически не отличалась при дихориальном и трихориальном типе плацентации. Дыхательные расстройства различной степени при рождении в 28-33 недели были выявлены в 6(66,7%) детей при дихориальной триамниотической тройне. Церебральная ишемия отмечалась в 20(95,2%) при трихориальном триамниотическом тройне и в 7(77,8%) при дихориальной триамниотической тройне. Все дети из троен были направлены на второй этап лечения в детские больницы.

При срочных родах масса детей, родившихся от матерей с многоплодием, была на 500 грамм меньше массы одиночных плодов и составила в среднем 2675±111 г против 3290±391 г, хотя достоверных различий не было выявлено (см. табл. 2).

При анализе заболеваемости при срочных родах отмечается высокий процент внутриутробной гипо-

Таблица 2

Антропометрические параметры новорожденных при срочных родах

Клинические группы	Типы плацентации	Параметры			
		Масса тела, г	Длина тела, см	Окружность головы, см	Окружность груди, см
ЭКО	Средние значения	2776±458	50,7±3,0	33,4±1,3	31,5±1,5
	Д/Д/Д	2776±458	50,7±3,0	33,4±1,3	31,5±1,5
Спонтанное многоплодие	Средние значения	2625±399	48,4±5	32,7±1,5	30,5±1,8
	Д/Д/Д	2731±348	48,3±7,5	32,8±1,3	30,2±1,8
	М/Д/Д	2520±450	48,5±2,5	32,6±1,7	30,2±1,8
Одноплодные роды		3290±391	52,3±2,5	34,5±1,2	33,9±1,6
Достоверность различий		p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05

трофии плода при многоплодии. В основной группе задержка развития выявлена у 7 (50%) детей из 14 рожденных, в контрольной группе — у 26 (48,2%) из 54 новорожденных (см. табл. 3). Беременность у этой группы женщин имела осложненное течение (хронические соматические заболевания, гестозы, угроза прерывания, анемии)

Монохориальный тип плацентации по нашим данным встретился в 67(44,4%) при спонтанном многоплодии и — в 9(17,7%) случаях при индуцированном. При этом типе плацентации чаще развиваются осложнения беременности такие как, диссоциированное развитие плодов, сосудистые анастомозы и развивается синдром фето-фетальной гемотрансфузии [4,9,10].

В наших исследованиях, при индуцированном многоплодии в сроки гестации 32,9±0,7 недель у беременных было выявлено диссоциированное развитие плодов в 15(29,4%) случаях. В 8(53,3%) женщин диссоциация плодов отмечена при дихориальной двойне, при монохориальной диамниотической двойне и при трихориальной триамниотической тройне было зарегистрировано по 3 (20%) случая, и у 1 (6,7%) пациентки отмечалось при дихориальной триамниотической тройне.

Причем разница в весе новорожденных составляла при двойнях от 470 до 870 грамм, а в одном случае отмечена трихориальная триамниотическая тройня с диссоциацией плодов в 1300 грамм. Синдром фето-фетальной гемотрансфузии отме-

Таблица 3

Заболеваемость новорожденных при срочных родах

Заболеваемость	Основная группа n = 14	Контрольная группа n = 54	Группа сравнения n = 31	Достоверность различий
Внутриутробная гипотрофия	7 (50%)	26 (48,2%)	4 (12,9%)	p1,2,3>0,05
Церебральная ишемия	5 (35,7%)	46 (85,2%)	11 (84,6%)	p1,2,3>0,05
Внутриутробное инфицирование	0	19 (35,2%)	8 (25,8%)	p2,3>0,05
РДС — синдром	0	16 (29,6%)	2 (6,5%)	p1,2,3>0,05

чен в 1(1,9%) случае, который проявлялся полици- темией у реципиента и анемией у донора. При ульт- развуковой диагностике тяжелая степень СФФГ сопровождалась развитием многоводия (наличие большого мочевого пузыря у плода-реципиента с полиурией и «отсутствием мочевого пузыря» у плода-донора с анурией).

В контрольной группе диссоциация выявлена в 28(18,5%) случаев, при сроке гестации 32,9±0,7 недель, из них при дихориальном типе плацентации — у 15 (9,9%), при монохориальном — у 13 (8,6%) обследуемых.

Как показали наши исследования выписаны домой были 36 (32,1%) из основной группы и 86 (28,5%) из группы контроля (p1,2>0,05). На второй этап лечения был отправлен каждый третий ребенок при многоплодии.

Перинатальная смертность: в основной группе составила 17,8% и в контрольной группе — 6,6%, а в группе сравнения перинатальных потерь не было.

Таким образом, многоплодие является серьезной акушерской патологией и фактором высокого

риска перинатальной смертности и заболеваемо- сти новорожденных. Состояние новорожденного при рождении определяется осложненным тече- нием беременности, гестационным сроком и спо- собом родоразрешения.

Родоразрешение женщин с многоплод- ной беременностью проводится в 34 недели. Родоразрешены операцией кесарева сечения в связи с осложненным течением беременности 98% женщин в основной группе и 43,1% в контрольной группе.

Недоношенные новорожденные в исследуемых группах составили 87,5%, 74,2%, 39,2% случаев (p<0,001). В асфиксии различной степени тяжести родилось 42(42,9%) и нуждались в ИВЛ 32(76,2%) детей основной группы, а в контрольной в асфик- сии родилось 46(20,5%), взяты на ИВЛ — 44(95,7%) ребенка.

Частота церебральной ишемии у недоношен- ных детей, как в основной, так и в контрольной группе, составила 80(81,6%) и 168(75%) случаев и зависит от гестационного срока.

CLINICAL AND ANTHROPOMETRICAL EVALUATION OF INFANTS IN MULTIPLE DELIVERY

N.I. Ruppel, A.T. Egorova
(Krasnoyarsk State Medical Academy)

Premature newborns – 112 (87,5%) (98) from mothers with induced multiple pregnancy; 74,2% (224) from 302 children – spontaneous multiple pregnancy and 39,2% (20) – comparative group (p<0,001). From 98 infants (induced multiple pregnancies) 42 (42,9%) had middle and severe asphyxia; triplets – 70% (21), twins – 30,9% (21). 76,2% (32) infants required artificial lung ventilation (ALV). Anthropometric parameters of premature and full-term newborns in induced and spontaneous multiple pregnancy have no reliable differences.

ЛИТЕРАТУРА

- Дещекина М.Ф., Демин Б.Ф., Ильенко Л.И. и др. Многофакторный анализ особенностей течения много- плодной беременности и периода ранней адаптации новорожденных из двойни // Вопросы охраны мате- ринства и детства. — М.: Медицина, 1990. — № 8. — С. 24-27.
- Кулаков В.И., Серов В.Н., Барашнев Ю.И. и др. Руководство по безопасному материнству. — М.: Триада-Х, 1998. — 531 с.
- Кулаков В.И. Спорные и нерешенные вопросы вспомогательной репродукции у гинекологических больных // Акушерство и гинекология. — 2006. — Приложение. — С. 4-8.
- Побединский Н.М., Ляшко Е.С., Титов С.Ю. и др. Использование репродуктивных технологий и результаты родов при многоплодной беременности // Акушерство и гинекология. — 2001. — № 5. — С. 16-19.
- Савельева Г.М., Кулаков В.И., Стрижаков А.Н. и др. Акушерство /Под ред.Г.М. Савельевой. — М.: Медицина, 2000. — С. 267-280.
- Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин. С.А. Практическое акушерство: Руководство для врачей — М.: Медицина, 1989. — 512 с.
- Сичинава Л.Г., Калашников С.А. и др. Монохориальная двойня: Особенности течения бере- менности и родов, перинатальные исходы // Акушерство и гинекология. — 2004. — № 6. — С. 17-20.
- Сичинава Л.Г., Панина О.Б. и др. Проблема много- плодия в современном акушерстве // Материалы V Российского форума «Мать и дитя». — М., 2003. — С.210-211.
- Фукс М.А., Маркин Л.Б. Многоплодная беремен- ность (акушерская тактика): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Киев, 1990.
- Чернуха, Е.А. Родовой блок: Руководство для вра- чей. — М.: Триада-Х, 2003. — 712 с.