

Баринов С.В., Чуловский Ю.И., Рогова Е.В., Любавина А.Е.

Омская государственная медицинская академия,
г. Омск

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИБЕЛИ ДВУХ ПЛОДОВ

Описан случай пролонгирования беременности при бихориальной биамниотической тройне и антенатальной гибели двух плодов, благоприятно родоразрешившейся в доношенном сроке беременности. Динамическое наблюдение за состоянием живого плода и коррекция проявлений ДВС-синдрома низкомолекулярными гепаринами с учетом инфекционного агента способствовали рождению живого доношенного ребенка.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: бихориальная биамниотическая двойня; антенатальная гибель плода; ДВС синдром; фраксипарин.

Barinov S.V., Chulovsky Yu.I., Rogova E.V., Lyubavina A.E.

Omsk State Medical Academy,
Omsk

CLINICAL CASE FLOW MULTIPLE PREGNANCY WITH INTRAUTERINE DEATH OF TWO FETUSES

The article describes the case of prolongation of pregnancy in bichorial biamnions triplets and antenatal death of two fetuses and favorably deliveries at term pregnancy. Dynamic monitoring of live fetuses and correction of the manifestations of DIC low-molecular-weight heparin with the infectious agent contributed to the birth of the living full-term baby.

KEY WORDS: bichorial biamnions twins; fetal death; DIC; fraxiparin.

Несмотря на достижения современной медицины, многоплодная беременность по-прежнему относится к группе высокого риска по развитию осложнений как для матери, так и для плода [1-3]. Материнская смертность при многоплодии в три раза выше, чем при одноплодной беременности. За последние десять лет показатель перинатальной смертности при многоплодной беременности не снижается и составляет 11-20 %, преимущественно за счет глубокой недоношенности. При этом, чем выше порядок многоплодия, тем выше риск перинатальных и материнских осложнений.

Многоплодная беременность сопровождается не только большим числом осложнений, типичных для беременности вообще, но и осложнениями, характерными только для многоплодной беременности (сросшиеся близнецы, крайнее проявление обратной артериальной перфузии, фето-фетальный трансфузионный синдром). Гибель одного из плодов при многоплодной беременности встречается в 6-12 % случаев. Пролонгирование беременности в случае развития данного осложнения сопровождается, прежде всего, развитием хронического ДВС синдрома, существует опасность развития синдрома близнецовой эмболии, в 10-25 % случаев это гибель второго плода, в 15 % — развитие ДЦП у живого плода. На сегодняшний день нет критериев и алгоритмов ведения таких пациенток, так как невозможно предсказать исход для живого плода [5-6].

Корреспонденцию адресовать:

БАРИНОВ Сергей Владимирович,
644043, г. Омск, ул. Ленина, д. 12,
ГБОУ ВПО ОмГМА Минздрава России.
Тел.: 8 (3812) 73-32-30.
E-mail: barinov_sv@mail.ru

Нами представлен клинический случай ведения беременной с бихориальной биамниотической тройней и антенатально погибшими двумя плодами в сроках 16 и 18 недель беременности, и благоприятно родоразрешившейся в доношенном сроке беременности.

Под нашим наблюдением находилась первобеременная первородящая пациентка 25 лет со спонтанно наступившей многоплодной беременностью тройней. Шансы наступления многоплодной беременности на фоне имеющейся наследственной предрасположенности (муж из двойни) увеличились в связи с проводимой гормональной терапией по поводу бесплодия. Проведенное обследование методом ПЦР на TORCH инфекции выявило наличие ассоциированной вирусной инфекции Эпштейн-Барр, ЦМВИ, герпес инфекции в сочетании с бактериальной микрофлорой *U. Parvum*.

Пациентке трижды проводились курсы противовоспалительной терапии при обострении хронического аднексита, с применением антибиотиков. У беременной имелась фоновая патология — аутоиммунный тиреоидит средней степени тяжести, компенсированный медикаментозным назначением Т4 200 мг, и хронический пиелонефрит вне обострения. Течение 1 триместра беременности сопровождалось легким токсикозом до 10 недель. Диагностика многоплодной беременности тройней осуществлена в 12 недель беременности при проведении УЗИ скрининга. При проведении контрольного УЗИ исследования в 21-22 недели беременности зарегистрирована бихориальная биамниотическая тройня и антенатально погибшие два плода в сроках 16 и 18 недель беременности.

Дополнительное клинико-лабораторное обследование в условиях стационара выявило существенные изменения во всех звеньях гемостаза с высоким уров-

нем тромбинемии, активацией внутрисосудистого свертывания по внутреннему механизму. В сосудисто-тромбоцитарном гемостазе отмечалось снижение агрегации тромбоцитов в 1,2 раза, в плазменном гемостазе — увеличение РФМК в 2,2 раза, увеличение Д-димера в 4 раза, значительное, более чем в 10 раз, угнетение 12a-зависимого фибринолиза. Дополнительное ДНК типирование выявило полиморфизм гена тромбоцитарного фактора PAI-I. Данное тромбофилическое состояние было обусловлено массивным поступлением в кровотоки продуктов деградации.

В сложившейся ситуации важным было динамическое наблюдение за состоянием внутриутробного живого плода. УЗИ исследование проводилось 1 раз в 10-14 дней с оценкой данных фетометрии, доплерометрия 1 раз в 7 дней с обязательным определением кровотока в артериях пуповины, маточных и среднечеребральных артериях. Преходящие нарушения гемодинамики в артериях пуповины живого плода регистрировались в 22-26 недель беременности на фоне выраженной активации внутрисосудистого свертывания. По данным общеклинических анализов крови длительно имели место лейкоцитоз до $14,2 \times 10^9/\text{л}$ и лимфопения 9-12 %, свидетельствующие о напряженности иммунитета. Проводимое лечение включало в себя антибактериальную терапию ампициллином (с учетом чувствительности микрофлоры из цервикального канала), низкомолекулярными гепаринами (фраксипарин в лечебной дозе 0,9-0,6-0,3 мл до нормализации показателей гемостаза), противовирусную терапию вифероном. Мембраностабилизаторы (флебодиа-600) и антиоксиданты (омега-мама, витамин Е) применялись длительно на фоне снижения уровня тромбинемии. Относительная стабилизация показателей гемостаза (нормализация уровня Д-димера, РФМК, агрегационной функции тромбоцитов) отмечена в 30 недель беременности на фоне проводимой терапии. Контроль за коагуляционным звеном гемостаза осуществлялся 1 раз в 14 дней. Критериями для пролонгирования беременности после 34 недель стало соответствие фетометрических показате-

лей развития плода и плаценты гестационному сроку по данным эхоскопии, нормализация гемодинамических показателей кровотока по данным доплерометрии, снижение уровня тромбинемии в крови на фоне проводимой терапии.

В связи с высоким риском перинатальных осложнений и риском кровотечения, план ведения родов выработан оперативный, путем операции кесарева сечения в доношенном сроке беременности. Родоразрешилась путем операции кесарева сечения живым доношенным мальчиком массой 2919 г, длиной 53 см, с оценкой по Апгар 7-8 баллов. Интраоперационно отмечалась гипотония матки и, с целью уменьшения кровопотери, произведена билатеральная перевязка маточных артерий, объем кровопотери составил 800 мл. Расположение плацент по задней стенке матки, в структуре 2-й плаценты два мумифицированных плода. Макроскопически масса плацент составила 620 г (480 г + 140 г), толщина — 20 мм. При осмотре в центре плаценты котиледоны были мелкие, на периферии, наоборот, весьма крупные и толстые, в связи с чем маточная поверхность таких плацент выглядела неровной, бугристой. Степень кровенаполнения плацент носила неравномерный характер, при этом, наряду с полнокровными участками, выявлялись и малокровные. Ход сосудов в плаценте имел магистральный тип, прикрепление пуповины — оболочечное, с выраженным расширением просвета артерий и вены. Вторая плацента с очагами некроза и двумя мумифицированными плодами.

Микроскопическое исследование в последе выявило, прежде всего, нарушения процессов созревания — с преобладанием патологической незрелости ворсин хориона, однако, наряду с этим, присутствовали и промежуточно зрелые ворсины, с преобладанием округлых ворсин с уплотненной стромой, состоящей из множества фибробластов, умеренного количества коллагеновых волокон при отсутствии стромальных каналов.

Нарушение процессов созревания сочеталось с дефицитом количества специализированных терми-

Сведения об авторах:

БАРИНОВ Сергей Владимирович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО ОмГМА Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: barinov_sv@mail.ru

РОГОВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, ассистент, кафедра акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО ОмГМА Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: maxrogov2122@mail.ru.

ЧУЛОВСКИЙ Юрий Игоревич, канд. мед. наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО ОмГМА Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: chulovskiy-yuriy@rambler.ru

ЛЮБАВИНА Алла Ефимовна, канд. мед. наук, зав. центральным патологоанатомическим отделением, БУЗОО ДКБ, г. Омск, Россия. E-mail: alla.lubavina@rambler.ru

Information about authors:

BARINOV Sergey Vladimirovich, doctor of medical sciences, professor, head of the chair of obstetrics and gynecology N 2, Omsk State Medical Academy, Omsk, Russia. E-mail: barinov_sv@mail.ru

ROGOVA Elena Vladimirovna, candidate of medical sciences, assistant, the chair of obstetrics and gynecology N 2, Omsk State Medical Academy, Omsk, Russia. E-mail: maxrogov2122@mail.ru

CHULOVSKIY Yuri Igorevich, candidate of medical sciences, docent, the chair of obstetrics and gynecology N 2, Omsk State Medical Academy, Omsk, Russia. E-mail: chulovskiy-yuriy@rambler.ru

LYUBAVINA Alla Efimovna, candidate of medical sciences, head of the central office pathoanatomical, BUZOO CST, Omsk, Russia. E-mail: alla.lubavina@rambler.ru

нальных ворсин, которые появляются только после 36 недель беременности. В плаценте отмечалось развитие компенсаторно-приспособительных реакций на тканевом уровне и в виде очагового и компенсаторного ангиоматоза, и увеличение количества вневорсинчатого (периферического) цитотрофобласта в клеточных островках, септах и в плодных оболочках. Многие авторы [4, 5] считают, что цитотрофобласт, в том числе вневорсинчатый, обладает гормональной функцией, и гиперплазия — это результат клеточных компенсаторно-приспособительных реакций. В данной плаценте имели место и дисциркуляторные процессы в виде полнокровия. Полнокровие распространялось на все котиледоны. Микроскопически полнокровие подтверждалось наличием большого количества сосудов, особенно капилляров, с расширенными просветами, заполненными неизмененными эритроцитами. Обнаружены и другие деструктивные нарушения, отрицательно влияющие на функциональную активность плаценты. Это — сетчатые поля, афун-

кциональные зоны и псевдоинфаркты. В оболочках диагностировано воспаление — париетальный децидуит с очагами некроза и веллузит.

Таким образом, пролонгирование многоплодной беременности в случае гибели одного или двух плодов возможно до доношенного срока при адекватной коррекции гемостазиологических показателей, свидетельствующие о снижении уровня тромбинемии и динамическом контроле за состоянием живого плода. Нарушения процессов созревания в виде патологической незрелости ворсин свидетельствуют о раннем воздействии повреждающего фактора на уже сформированную плаценту, связанные с нарушением второй волны инвазии цитотрофобласта в спиральные артерии. Одновременно с развитием истинно-патологических процессов и нарушений созревания ворсин хориона, в плаценте развиваются и компенсаторно-приспособительные реакции на всех уровнях, что дает возможность рождения ребенка в доношенном сроке беременности с благоприятным прогнозом для жизни и здоровья.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Сидельникова, В.М. Привычная потеря беременности /Сидельникова В.М. — М.: Триада-Х, 2002. — 304 с.
2. Сидельникова, В.М. Невынашивание беременности — современный взгляд на проблему /Сидельникова В.М. //Рос. вестн. акуш.-гинекол. — 2007. — № 2. — С. 62-64.
3. Павлова, Н.Г. Перинатальные исходы при многоплодии /Павлова Н.Г., Прохорова В.С. //Журнал акушерства и женских болезней. — 2010. — № 3. — С. 55-59.
4. Макацария, А.Д. Тромбофилии и противотромботическая терапия в акушерской практике /Макацария А.Д., Бицадзе В.О. — М.: Триада-Х, 2003.
5. Тромбофилии в практике врача акушера-гинеколога /Серов В.Н., Пасман Н.М., Стуров В.Г. и др. — Новосибирск, 2007.
6. Brenner, B. Clinical management of thrombophilia-related placental vascular complications /Brenner B. //Blood. — 2004. — V. 103(11). — P. 4003-4009.

REFERENCES:

1. Sidelnikova V.M. The usual pregnancy loss. Moscow: Triada-X, 2002; 304 (In Russian).
2. Sidelnikova V.M. Miscarriage — a modern approach to the problem. Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa. 2007; 2: 62-64 (In Russian).
3. Pavlova N.G., Prohorova V.S. Perinatal outcomes in multiple pregnancy. Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney. 2010; 3: 55-59 (In Russian).
4. Makatsariya A.D., Bitsadze V.O. Thrombophilia and Antithrombotic therapy in obstetrics. Moscow: Triada-H, 2003 (In Russian).
5. Serov V.N., Pasman N.M., Sturov V.G. i dr. Thrombophilia in the practice of the obstetrician-gynecologist. Novosibirsk, 2007 (In Russian).
6. Brenner B. Clinical management of thrombophilia-related placental vascular complications. Blood. 2004; 103(11): 4003-4009.

