

УДК 618.252

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СЛУЧАЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Т.И. Смирнова, К.О. Юшко, Е.В. Болвачева

ГОУ ВПО СГМА Росздрава

МЛПУ «Клиническая больница №1» г. Смоленска

Резюме: Учитывая повышение частоты многоплодной беременности в настоящее время, рассмотрен клинический случай течения двойни с антенатальной гибелью одного плода во втором триместре беременности и благоприятным исходом для второго плода.

Ключевые слова: монохориальная биамниотическая двойня, многоплодная беременность, антенатальная гибель плода, «бумажный» - мумифицированный плод

CLINICAL OBSERVATION OF THE CASE MULTIPLE PREGNANCY

T.I. Smirnova¹, K.O. Yushko¹, E.V. Bolvacheva²

Resume: Given the increasing frequency of multiple pregnancies currently considered a clinical case of the flow of twins with antenatal death of one fetus during the second trimester of pregnancy and a favorable outcome for the second fetus.

Keywords: monohorialnaya biamnioticheskaya twins, multiple pregnancy, antenatal fetal death, "paper" - mummified fetus.

Многоплодная беременность встречается в 0,7-1,5% случаев. Согласно формуле Хеллина в среднем в популяции частота родов двойней составляет 1:80 родов, тройней - 1:80² (6400), четверней - 1:80³ (512 000) и т.д. Однояйцевые двойни возникают с частотой 1:250 родов.

Частота спонтанной многоплодной беременности зависит от этнической принадлежности матери, генотипа (наследуется чаще по материнской линии), числа родов в прошлом (чаще у многорожавших), массы тела и роста и др. Вероятность рождения близнецов в семьях, где уже было многоплодие, в 4-7 раз выше, чем в популяции.

В последнее десятилетие наблюдается повышение частоты многоплодной беременности до 3% в связи с гиперстимуляцией овуляции и проведением экстракорпорального оплодотворения.

При многоплодии материнская заболеваемость и смертность в 2-4 раза, а перинатальная смертность в 3-7 раз выше, чем при одноплодной беременности. В связи с этим многоплодную беременность и роды относят к состоянию, пограничному между нормой и патологией.

В монохориальных плацентах часто можно обнаружить сосудистый анастомоз - либо артерии с артерией, либо артерии с веной. Наиболее неблагоприятное сосудистое соединение артерии с веной. Артериовенозное соединение осуществляется через капиллярную систему плаценты. Вследствие такого анастомоза кровь оттекает от артерии к вене от одно-

го плода к другому. Если в сосудистой системе плаценты кровяное давление симметрично, оба близнеца развиваются в одинаковых условиях питания. Однако это равновесие может быть нарушено вследствие асимметричного плацентарного кровообращения, и тогда один из близнецов получает больше крови, чем другой, который не получает достаточного питания и оказывается в худших условиях для своего развития. В ряде случаев один из близнецов постепенно истощается, умирает и мумифицируется, превращается в бумажный плод (fetus papiraceus), который рождается после живого в виде придатка к нему.

В среде акушеров-гинекологов широко распространено мнение о неблагоприятном прогнозе, в плане успешного прогрессирования до родов, случаев многоплодной беременности с гибелью одного из плодов, по-видимому, из-за интоксикации развивающегося эмбриона продуктами асептического некроза первоначально погибшего зародыша, попадающими в фето-плацентарный кровоток.

Пациентка С., 27 лет, первобеременная, взята на диспансерный учет в женской консультации в июне 2009 года в сроке 6 недель. Менструальная функция без особенностей. С детского возраста - миопия слабой степени обоих глаз, с 17 лет - язвенная болезнь желудка, ВСД по гипотоническому типу, дискинезия желчевыводящих путей. Из гинекологических заболеваний: в 2008 г. гиперпластический процесс эндометрия с последующим гормональным лечением, в 2005 г. санация солковагином эктопии шейки

матки. В 8 недель беременности по поводу угрожающего раннего выкидыша направлена в стационар, где проходила лечение в течение 3-х недель, и была выявлена двойня. В 13 недель при ультразвуковом скрининге отмечена монохориальная биамиотическая двойня (копчиково-теменной размер одного плода составил 76 мм, другого – 70 мм). В 17 недель перенесла кишечную инфекцию с подъемом температуры тела до 37,2° в течение 2-х дней.

При динамическом наблюдении после 22 недель определялся только один локус сердцебиения плода. В 22-23 недели проведено УЗИ и обнаружена антенатальная гибель одного из плодов, плацента увеличена до 32 мм, «отечная», 1 степени зрелости, резкое маловодие. Пациентке назначено комплексное лечение, включающее антибактериальную терапию,

лечение плацентарной недостаточности и профилактику угрозы прерывания беременности. После проведенного лечения при УЗИ-контроле в 24-25 недель отмечены уменьшение толщины плаценты и размеров мумифицированного плода, нормализация количества околоплодных вод, соответствие маточно-плацентарно-плодового кровотока гестационному сроку. Повторно в 28-29 и 32-33 недели женщина была госпитализирована в отделение патологии беременности для проведения курсов профилактики фетоплацентарной недостаточности, что позволило доносить беременность до 38-39 недель и завершить ее своевременными родами.

Через 5 часов от начала регулярной родовой деятельности излились околоплодные воды, и родился мумифицированный плод.



Рис. 1. Мумифицированный плод (масса 200 г) – «бумажный плод»

Через 1 час 45 минут после этого произошли роды живой доношенной девочкой, которая по шкале Апгар оценена на 8 баллов.

Послеродовой период протекал без особенностей. Мама и новорожденная девочка находились на совместном пребывании, на 7-е сутки они были выписаны домой под наблюдение врачей женской консультации и детской поликлиники.

В заключение необходимо затронуть несколько моментов, имеющих отношение к данной проблеме. Главным для распознавания гибели одного из плодов является динамическое наблюдение за беременной женщиной и ультразвуковой контроль за прогрессированием беременности. Большой такт, внимание и гуманизм нужны при общении с пациенткой, когда

информируем ее о гибели одного из плодов, в максимально щадящих формулировках, насыщенных ощущением сопереживания происшедшей трагедии, что несколько смягчает для беременной боль утраты. Кроме того, выражая пациентке сочувствие, нужно не только по возможности успокоить ее, но и непременно ободрить, авторитетно объяснив, что свершившееся несчастье - следствие непредсказуемого стечения ряда неблагоприятных обстоятельств (например, грипп, ОРЗ на начальном этапе беременности), в чем нет прямой вины ни беременной, ни ее партнера. И возможно при соответственной коррекции доношивание беременности оставшимся плодом и рождение долгожданного малыша.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Выпуск 2 / под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 142-154.
2. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2006. – С. 11-70.
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 223-228.
4. Перинатальное акушерство / Под ред. В.Б. Цхай. – М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА, 2003. – С. 365-377.

УДК: 618.1-055.2 (470.26)

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН-ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.А. Густоварова., Г.М.Шарапова, А. Н. Иванян, О. В. Новикова

ГОУ ВПО СГМА Росздрава

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

Резюме: Представлены результаты оценки состояния репродуктивной функции женщин-переселенцев. Отмечен рост гинекологической заболеваемости, осложненное течение беременности и родов, что свидетельствует о необходимости проведения медицинской и социальной реабилитации к новым условиям жизни и полноценной предгравидарной подготовки у данного контингента женщин.

Ключевые слова: беременность, женщины-переселенцы, осложнения беременности.

THE COURSE OF PREGNANCY AND LABOR IN WOMEN, PERSONS OF THE KALININGRAD REGION

TA Gustovarova., GM Sharapova, AN Ivanyan, OV Novikova

Resume Presents the results of evaluation of reproductive function of female migrants. Marked increase in obstetric morbidity, complications during pregnancy and childbirth, suggesting the need for medical and social rehabilitation to the new conditions of life and full predgravidal training in this group of women.

Key words: pregnancy, women migrants, pregnancy complications.

Миграция - естественное проявление мобильности человека, мотивированное его стремлением к улучшению условий своего существования, к более полному и надежному удовлетворению своих потребностей [5,8]. Широкомасштабные изменения на постсоветском пространстве, вызванные переходом от централизованной плановой экономики к рыночной, оказали существенное влияние на развитие экономической системы, структуру рынка труда, уровень жизни населения [4]. Этот процесс способствовал усилению миграционных процессов. Большая часть мигрантов – это переселенцы из бывших союзных республик (Казахстан, Таджикистан, Киргизия, Армения, Азербайджан). Около 20% переселенцев – это женщины детородного возраста. Репродуктивная система весьма чувствительна к воздействию неблагоприятных факторов среды. На формирование экологически зависимой патологии репродуктивной системы оказывают влияние специфические, неспецифические и конституциональные факторы. Эти

нарушения проявляются в виде клинических, патофизиологических, иммунологических изменений, имеющих сходные результаты при воздействии различных факторов окружающей среды [1,2,3,6,7].

Нами с целью изучения влияния миграции на состояние репродуктивной функции женщин проведен анализ течения беременности, родов и послеродового периода у 111 женщин-переселенцев, переехавших в Калининградскую область в период с 2000 по 2007 гг. (основная группа). В контрольную группу вошли 75 пациенток – коренных жительниц Калининградской области. В работу были включены пациентки, вставшие на учет по беременности в период с 2007 по 2008 годы.

Анализ географии миграции и опрос респондентов свидетельствует о том, что люди покидают свою родину из-за неспокойной политической, экономической ситуации в поисках стабильной жизни, работы, с целью обеспечения будущего своим детям. Большой поток мигрантов идет из бывших республик Средней Азии, Закавказья (Рисунок 1).