

Н.Р. АХМАДЕЕВ, И.Ф. ФАТКУЛЛИН, Ф.И. ФАТКУЛЛИН

618.495

Казанский государственный медицинский университет

Городская клиническая больница № 7, г. Казань

Оптимизация абдоминального родоразрешения при многоплодной беременности

Фаткуллин Ильдар Фаридович

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 2

420130, г. Казань, ул. Чуйкова, д. 56, тел. (843) 521-46-94

Проведен анализ исходов 27 операций кесарева сечения при многоплодии с извлечением плодов в целом плодном пузыре и состояния 34 новорожденных, извлеченных по данной методике. Предварительные результаты исследования свидетельствуют о том, что данный метод позволяет улучшить перинатальные исходы, снизить интенсивность реанимационных мероприятий для незрелых и недоношенных новорожденных, а также частоту и выраженность неврологических осложнений

Ключевые слова: многоплодная беременность, кесарево сечение, извлечение в целом плодном пузыре, перинатальные исходы.

N.R. AKHMADEEV, I.F. FATKULLIN, F.I. FATKULLIN

Kazan State Medical University

Municipal Clinical Hospital № 7, Kazan

Optimization of abdominal delivery in many betal pregnancies

The analysis of the outcomes of 27 caesarean sections at multifetal with the extraction of fetus in the whole state of membranes and 34 neonates, extracted by this method. Preliminary findings indicate that this method allow improving perinatal outcomes, reducing the intensity of resuscitation for immature and premature infants, as well as the frequency and severity of neurological complications.

Keywords: multifetal pregnancy, cesarean section, extraction of the whole membranes, perinatal outcomes.

Многоплодная беременность — раздел патологического акушерства, приобретающий все большую актуальность. Частота многоплодной беременности колеблется от 0,7 до 1,5% [1, 11] и за последние десятилетия увеличилась более чем на 60%, в основном за счет широкого внедрения и использования вспомогательных репродуктивных технологий [10]. Например, после индукции овуляции кломифеном многоплодие развивается почти в 10% случаев, при использовании гонадотропинов — 30% [14]. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) также приводит к многоплодной беременности, но современные методики, применяемые в ряде зарубежных центров, позволили снизить ее частоту до 2% [13].

Перинатальная смертность достигает 50 на 1000 родившихся и составляет около 12,6% всей перинатальной смертности [8]. Антенатальная гибель плодов происходит в 4 раза чаще, чем при одноплодной беременности, особенно на доношенном сроке беременности.

Наиболее часто встречаемым типом многоплодия является двухплодная беременность — двойня. Главными характеристиками многоплодной беременности являются количество плодов, количество плацент (хориальность) и количество плодных пузырей.

Основными осложнениями многоплодия являются преждевременные роды, синдром задержки роста плодов и низкая масса тела плодов при рождении. Применение вспомогательных репродуктивных технологий приводит к относительно меньшей массе плодов и более высокому риску преждевременных родов [1, 7, 14].

Проблема родоразрешения беременных с многоплодием состоит в разнообразии возможных вариантов многоплодия в зависимости от количества плодов (двойни, тройни и т.д.), плацент (монохориальные, бихориальные и т.д.), плодных пузырей (моноамниотические, биамниотические и т.д.), положения и предлежания плодов, их массы и наличия осложнений



беременности. Исходя из разнообразия вариантов многоплодия, на сегодняшний день спорными являются вопросы о сроке, способе и методике родоразрешения [1, 5].

Наибольшее количество дискуссий вызывает сложность выбора наиболее благоприятного срока родоразрешения при многоплодии. При пролонгировании беременности частота плацентарной недостаточности составляет более четверти всех двуплодных беременностей [4]. По данным исследований с позиций доказательной медицины, включившим 75 648 многоплодных беременностей, наиболее благоприятным сроком родоразрешения при двойне является срок 36-38 недель гестации. Но этих данных недостаточно для решения вопроса о выборе тактики — спонтанные роды или elective родоразрешение на сроке 37 недель (обзор The Cochrane Collaboration) [9]. Учитывая имеющиеся на сегодня данные, рекомендуемым оптимальным сроком родоразрешения при неосложненной биамниотической двойне является 37-38 недель беременности, моноамниотической — 35-37 недель беременности [1, 9, 12].

Инвалидность детей, родившихся преждевременно и/или с низкой массой тела, связана с неблагоприятными воздействиями во время процесса родов. Абдоминальное родоразрешение при ряде клинических ситуаций имеет преимущества перед вагинальными родами, однако не решает проблемы предупреждения родового травматизма. Следовательно, особую значимость приобретает поиск адекватных методов родоразрешения при многоплодной беременности с целью улучшения исхода для плодов. Одним из вариантов уменьшения натальной травмы плода является родоразрешение путем операции кесарева сечения с извлечением плодов в целом плодном пузыре. Впервые метод предложен H.G. Hillemanns в 1988 году с целью уменьшения интраоперационной кровопотери. M. Pesaresi в 2006 году предлагал использовать метод у беременных с ВИЧ-инфекцией для уменьшения контакта плода с кровью матери. В дальнейшем родоразрешение с извлечением плода в целом плодном пузыре предложено для интранатальной защиты плода при недоношенной беременности. Принцип операции заключается в сохранении целостности плодного пузыря при выполнении разреза на матке и создании гидравлической защиты плодов при их извлечении. Матку рекомендуется вскрывать разрезом по Дерфлеру, а при несформированном нижнем сегменте — истмико-корпоральным разрезом. Отслоение плодного пузыря от стенок матки с учетом расположения плацент проводится для сохранения его целостности. Головка первого плода подводится к разрезу и выводится из полости матки. Далее ассистент аккуратно производит надавливание на переднюю брюшную стенку с целью повышения внутрибрюшного давления и имитации потуги. Новорожденного извлекают в плодном пузыре целиком или до плечевого пояса, затем оболочку вскрывают, ребенка перекладывают на лоток и отделяют от пуповины. Извлечение второго плода производится аналогично извлечению первого [6].

За период с января 2007 по август 2011 года в родильном отделении МУЗ «ГКБ № 7 г. Казани» произошло 190 многоплодных родов двойнями (0,9% от всех родов). Путем операции кесарева сечения родоразрешены 93 беременных (48,95%) с многоплодием, из них на сроке 27 недель — 1 (1,07%), 28-30 недель — 2 (2,15%), 31-33 недели — 26 (27,96%), 34-37 недель — 45 (48,39%), 38 недель и более — 19 (20,43%).

Показания были следующими: моноамниотическая двойня — 5 (5,38%), тазовое предлежание первого плода — 32 (34,41%), поперечное положение второго плода — 7 (7,53%), гестоз средней и тяжелой степени — 13 (13,98%), хроническая внутриутробная гипоксия одного из плодов — 14 (15,05%), роды, осложнившиеся упорной первичной слабостью родовой

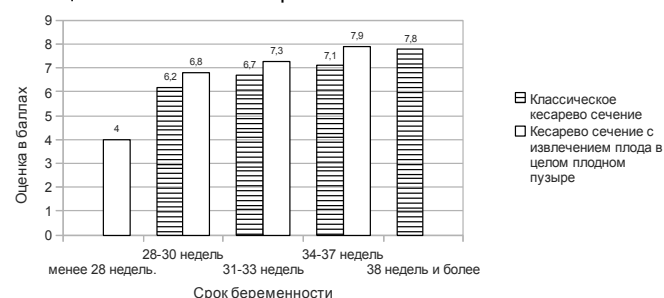
деятельности — 7 (7,53%), рубец на матке после кесарева сечения — 10 (10,75%), анамнез, отягощенный бесплодием и применением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) — 12 (12,9%), преждевременное отхождение околоплодных вод при неподготовленных родовых путях — 9 (9,68%), патологический прелиминарный период — 1 (1,08%), частичная отслойка нормально расположенной плаценты — 2 (2,15%). Как правило, имелось сочетание показаний к операции.

Произведен анализ результатов 27 (29,03%) операций кесарева сечения с извлечением плодов в целом плодном пузыре. На сроке 27 недель произведена 1 операция (3,57%), 28-30 недель — 1 (3,57%), 31-33 недели — 12 (42,86%), 34-37 недель — 13 (46,44%). Бихориальных биамниотических двойн было 16 (59,26%), монохориальных биамниотических — 10 (10,75%), монохориальных моноамниотических — 1 (3,7%). В целом плодном пузыре успешно извлечено 34 плода, из них парами 14 детей. Извлечение производилось как при головном предлежании, так и при тазовом. При поперечном положении II плода предварительно проводился разворот в тазовое предлежание в полости плодного пузыря.

У 2 беременных произошла антенатальная гибель одного из плодов при бихориальной биамниотической двойне. Беременности были завершены путем операции кесарева сечения, во время которых извлечение мертвых плодов проводилось в целом плодном пузыре целиком вместе с плацентой, что позволило избежать контакта детрита с тканями матери и второго плода.

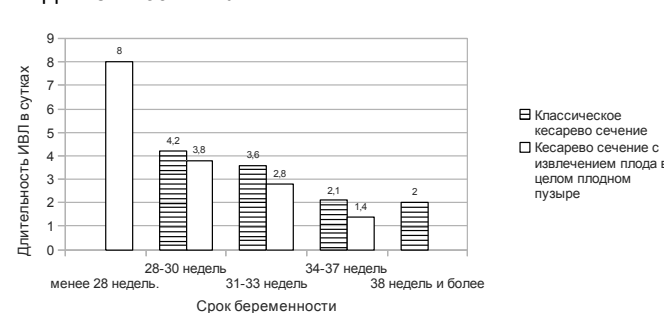
Оценка состояния новорожденных проводилась по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни (рис. 1). Она была выше в группе детей, извлеченных в целом плодном пузыре ($p < 0,05$).

Рисунок 1.
Оценка по шкале Апгар



Состояние 29 (85,3%) младенцев, извлеченных в целом плодном пузыре, после рождения оценивалось как тяжелое или средне-тяжелое, что обусловлено недоношенностью или незрелостью. Состояние 5 (14,7%) доношенных новорожденных было удовлетворительным.

Рисунок 2.
Длительность ИВЛ



Респираторная поддержка проводилась 23 недоношенным новорожденным и 1 доношенному, что было обусловлено синдромом дыхательных расстройств плодов. Длительность ИВЛ (рис. 2) составила для новорожденных, извлеченных в целом плодном на сроке 28-30 недель — $3,8 \pm 2,1$, 31-33 недели — $2,8 \pm 1,9$, 34-37 недель — $1,4 \pm 1,9$ суток. Для детей, извлеченных по традиционной методике — $4,2 \pm 2,0$, $3,6 \pm 1,6$, $2,1 \pm 1,8$ и 2 суток соответственно ($p < 0,05$).

Церебральная ишемия I-II степени выявлена у 22 плодов, все из которых были рождены преждевременно. По данным неврологического обследования, у всех недоношенных детей имелись проявления перинатального поражения центральной нервной системы, однако степень их была различной в зависимости от способа родоразрешения. У новорожденных, извлеченных в целом плодном пузыре, синдром спастического и смешанного тетрапареза встречался в 2 раза реже ($p < 0,03$), не было таких грубых клинических нарушений, как двусторонняя пирамидальная недостаточность, рубральный тремор. Продолжается изучение отдаленных результатов.

Исходя из промежуточных результатов исследования, предполагается, что методика извлечения плодов при двойне в целом плодном пузыре позволяет улучшить перинатальные исходы, снизить интенсивность реанимационных мероприятий для незрелых и недоношенных новорожденных, а также частоту и выраженность неврологических осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е. и др. Акушерство: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; 329-331.
2. Висаитова М.Б. Течение беременности и родов, перинатальные исходы при двойне: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М.: 2003; 24.
3. Володин Н.Н. Неонатология: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007; 134-136.
4. Жарова А.А., Новикова С.В. и др. Состояние фетоплацентарного комплекса и перинатальные исходы при многоплодной беременности. — Журнал акушерства и женских болезней. — Том LX. Спецвыпуск, 2011. — С. 38-39.
5. Рыбалка А.Н., Заболотнов В.А., Новицкая А.Ф. и др. Особенности течения беременности, родов, развитие плодов и состояние новорожденных в зависимости от типа хориальности при многоплодии. — Таврический медико-биологический вестник, 2010; 51: 161-163.
6. Фаткуллин Ф.И. Выбор метода оперативного родоразрешения при преждевременных родах. — Казанский медицинский журнал, 2008. — № 5. — С. 610-613.
7. Chowdhury S., Hussain M.A. Maternal complications in twin pregnancies. *Mymensingh Med J* 2011; 20: 83-87.
8. Cunningham F.G., Gant N.F., Leveno K.J. et al., eds. Multifetal pregnancy. In: *Williams obstetrics*, 21st edn. New York: McGraw-Hill; 2001: 765-810.
9. Dodd J., Crowther C., Haslam R. et al. Timing of birth for women with a twin pregnancy at term: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy And Childbirth* [serial online]. 2010; 10: 68.
10. Markovitz J., Hershlag A. Multiple births resulting from assisted reproductive technologies in the United States, 1997–2001. In: *Blickstein I, Keith L, eds. Multiple pregnancy: epidemiology, gestation, and perinatal outcome*. Abingdon: Taylor and Francis; 2005: 58-67.
11. Martin J.A., Hamilton B.E., Sutton P.D. et al. Births: final data for 2002. *Natl Vital Stat Rep* 2003; 52: 1-102.
12. Rao A., Sairam S., Shehata H. Obstetric complications of twin pregnancies. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2004; 18: 557-576.
13. Sazonova A., Källen K., Thurin-Kjellberg A. et al. Obstetric outcome after in vitro fertilization with single or double embryo transfer. *Hum Reprod* 2011; 26: 442-450.
14. Wilcox L.S., Kiley J.L., Melvin C.L. et al. Assisted reproductive technologies: estimates of their contribution to multiple births and newborn hospital days in the United States. *Fertil Steril* 1996; 65: 361-366.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

ТУРЕЦКИЕ ХИРУРГИ ПЕРЕСАДИЛИ МАТКУ 21-ЛЕТНЕЙ ПАЦИЕНТКЕ, У КОТОРОЙ ЭТОТ ОРГАН ОТСУТСТВОВАЛ С РОЖДЕНИЯ

Турецкие хирурги пересадили матку 21-летней пациентке, у которой этот орган отсутствовал с рождения, сообщает Press TV. Операция была выполнена 9 августа текущего года хирургами Госпиталя университета Акдениз в Анталии. Для трансплантации использовался орган умершего донора. Спустя почти два месяца после вмешательства врачи говорят о том, что им удалось избежать реакции отторжения, кроме того, у пациентки были зафиксированы первые месячные.

Пациентка турецких хирургов, 21-летняя Дерия Серт (Derya Sert), согласилась на вмешательство, чтобы получить возможность родить собственного ребенка. Через несколько месяцев после операции врачи планируют имплантировать женщине эмбрионы, полученные путем экстракорпорального оплодотворения еще до проведения трансплантации. Такой порядок лечения связан с тем, что после операции пациентке для профилактики отторжения донорских тканей необходимо принимать иммуносупрессанты, что может отрицательно сказаться на качестве яйцеклеток.

Во время беременности дозы иммуносупрессантов также придется понизить, чтобы уменьшить риск пороков развития плода. После рождения ребенка донорскую матку пациентке планируется удалить, чтобы исключить необходимость пожизненного приема лекарств.

Для ЭКО были использованы сперматозоиды мужа Дерии и ее собственные яйцеклетки, поскольку при врожденном пороке развития матки, которым страдает женщина, яичники развиваются нормально. "Операция была успешной, но о настоящем успехе можно будет говорить, когда пациентка родит ребенка", — заявил один из участвовавших в трансплантации хирургов Омер Озкан (Omer Ozkan).

Первая попытка пересадки матки после появления препаратов, эффективно предотвращающих отторжение, была предпринята в 2002 году в Саудовской Аравии. Через три месяца после операции матку пришлось удалить из-за образования тромбов в сосудах органа. В настоящее время подготовка к операциям по пересадке матки ведется в медицинских центрах США, Великобритании и Швеции.

<http://www.medlinks.ru>