

УДК 618.5.006.36 — 089-053 (0433)

© Н. Р. Ахмадеев, И. Ф. Фаткуллин, 2012.

ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДОВ В ЦЕЛОМ ПЛОДНОМ ПУЗЫРЕ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ ДВОЕН

Н. Р. Ахмадеев, И. Ф. Фаткуллин*Кафедра акушерства и гинекологии №2 (зав. – профессор И. Ф. Фаткуллин), Казанский государственный медицинский университет, г. Казань.*

EXTRACTION OF FETUSES IN THE INTACT AMNIOTIC SAC DURING ABDOMINAL DELIVERY OF TWINS N. R. Akhmadeyev, I. F. Fatkullin

SUMMARY

The results of operations of cesarean section in twin gestations with the extraction of fetuses in the intact amniotic sac and the condition of newborns were analyzed in this article. Experimental group, consisting of 34 newborns, extracted in the intact fetal amniotic sac, and comparison group of 62 newborns, extracted without saving membranes. Results: Apgar score of newborns extracted in the intact amniotic sac was higher and duration of artificial lung ventilation was less than of the ones extracted without saving. The condition of the newborns extracted in the intact amniotic sac is better than the condition of the children extracted without saving the membranes.

ВИТЯГАННЯ ПЛОДІВ В ЦІЛОМУ ПЛОДОВОМУ МІХУРІ ПРИ АБДОМІНАЛЬНОМУ РОЗРОДЖЕННІ ДВОЇН Н. Р. Ахмадєєв, І. Ф. Фаткуллін

РЕЗЮМЕ

У даній статті проаналізовано результати операцій кесарева розтину при двійнях з витяганням плодів в цілому плодовому міхурі і стан новонароджених. Експериментальна група – 34 новонароджених, яких витягали в цілому плодовому міхурі, і група порівняння – 62 новонароджених, яких витягали без збереження цілісності оболонок. Результати: оцінка за шкалою Апгар в новонароджених, яких витягали в цілому плодовому міхурі, була вище, а тривалість штучної вентиляції легенів менше, ніж у новонароджених, яких витягали без збереження оболонок. Стан новонароджених, яких витягали в цілому плодовому міхурі, краще, ніж стан новонароджених, яких витягали без збереження цілісності оболонок.

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

Многоплодная беременность – акушерская патология, приобретающая все большую актуальность. Частота многоплодной беременности в разных странах составляет от 0,7 до 3,0% [1, 6], и постоянно увеличивается, в основном за счёт широкого внедрения и использования вспомогательных репродуктивных технологий [6]. Наиболее часто встречаемым типом многоплодия является двойня, при котором в полости матки развивается два плода. Перинатальная смертность при многоплодии достигает 50 на 1000 родившихся и составляет около 12,6% всей перинатальной смертности [7]. Применение вспомогательных репродуктивных технологий приводит к относительно меньшей массе плодов и более высокому риску преждевременных родов [1, 5].

Исходя из разнообразия вариантов многоплодия, на сегодняшний день спорными являются вопросы о сроке, способе и методике родоразрешения [1, 2, 6]. Учитывая имеющиеся на сегодня данные, рекомендуемыми оптимальными сроками родоразрешения при неосложнённой биамниотической двойне является 37-38 недель беременности, моноамниотической – 35-37 недель беременности [1, 3, 8].

Инвалидность детей, родившихся преждевремен-

но и/или с низкой массой тела, в значительной мере связана с неблагоприятными воздействиями во время процесса родов. По данным результатов ретроспективного исследования когорты популяции, опубликованных позднее [9], исход для бихориальных двоен, рождённых путём операции кесарева сечения на сроке более 36 недель лучше, чем для таковых, рождённых через естественные родовые пути. Для монохориальных двоен не было статистически значимой разницы в зависимости от способа родоразрешения.

Одним из вариантов уменьшения неблагоприятного воздействия на плод во время родов является родоразрешение путём операции кесарева сечения с извлечением плодов в целом плодном пузыре [4].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2007 по 2011 гг. в акушерском отделении ГБУЗ «Городская клиническая больница №7» г. Казань произошли 221 роды двойнями (0,90% от всех родов). Путём операции кесарева сечения родоразрешено 98 беременных (44,34%) с многоплодием, из них на сроке 27 недель – 1 (1,02%), 28-30 недели – 2 (2,04%), 31-33 недели – 27 (27,55%), 34-37 недель – 44 (44,90%), 38 недель и более – 24 (24,49%). 33 (33,67%)

операции кесарева сечения были произведены с извлечением плодов в целом плодном пузыре.

Принцип операции кесарева сечения с извлечением плодов в целом плодном пузыре заключается в сохранении целостности плодного пузыря при выполнении разреза на матке и создании механической (гидравлической) защиты плодов при их извлечении. Ребёнка извлекают в плодном пузыре целиком или до плечевого пояса, затем оболочку вскрывают.

Произведён анализ 62 (63,27%) операций кесарева сечения – 31 операция с применением методики извлечения в целом плодном пузыре и 31 операция без использования данной методики. Сформированы основная группа детей (n=39), рождённых с извлечением в целом плодном пузыре, и группа сравнения (n=62) – дети, извлечённые без сохранения целост-

ности амниотических оболочек (табл. 1). В основную группу вошли 16 детей, которые были извлечены в целых плодных пузырях парами от одной беременной. Дети, рождённые во время операции с применением описываемой методики, но, в силу различных причин, не извлечённые с сохранением целостности амниотических оболочек, в исследуемые группы не входили.

Бихориальных биамниотических двоен было по 18 (60,00%) в каждой группе, монохориальных биамниотических – по 12 (36,36%), монохориальных моноамниотических – по 1 (3,03%).

Критериями включения являлись: срок беременности 28-37 недель гестации; целый плодный пузырь одного или обоих плодов. Критериями исключения были: второй период родов; тяжёлая внутриутробная гипоксия плода; предлежание плаценты; отслойка плаценты.

Таблица 1

Распределение групп новорожденных по сроку гестации

| | Основная группа n=39 | | Группа сравнения n=62 | |
|--------------|-------------------------|--------------|--------------------------|--------------|
| | Количество | Срок, недель | Количество | Срок, недель |
| 28-30 недель | 2 | 28,0 | 2 | 30,0 |
| 31-33 недели | 22 | 32,5±0,5 | 24 | 32,0±1,0 |
| 34-37 недель | 19 | 35,0±1,5 | 36 | 36,0±1,5 |

Показания были следующими: моноамниотическая двойня – 2 (2,04%), тазовое предлежание первого плода – 35 (35,71%), поперечное положение второго плода – 7 (7,14%), гестоз средней и тяжёлой степени – 14 (14,29%), хроническая внутриутробная гипоксия одного из плодов – 16 (16,33%), роды, осложнившиеся упорной первичной слабостью родовой деятельности – 7 (7,14%), рубец на матке после кесарева сечения – 10 (10,20%), анамнез, отягощённый бесплодием и применением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) – 14 (14,29%), преждевременное отхождение околоплодных вод при неподготовленных родовых путях – 9 (9,18%), патологический прелиминарный период – 1 (1,02%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оценка состояния новорожденных производилась по шкале Апгар на 1-ой и 5-ой минутах жизни. Оценки по данной шкале на 5-ой минуте были выше в группе детей, извлечённых в целом плодном пузыре ($p<0,05$), и составила медиану на сроках 28-30 недель 6 баллов, на сроках 31-33 недели – 7,3 балла (7, 8), на сроках 34-37 недель – 7,9 балла (7, 9). Для новорожденных, извлечённых без сохранения целостности оболочек, медианы оценок по шкале Апгар составили 5 баллов, 6,7 балла (6, 7) и 7,1 балла (7, 8) соответственно (рис. 1).

Состояние 34 (82,92%) новорожденных, извлечённых в целом плодном пузыре, после рождения

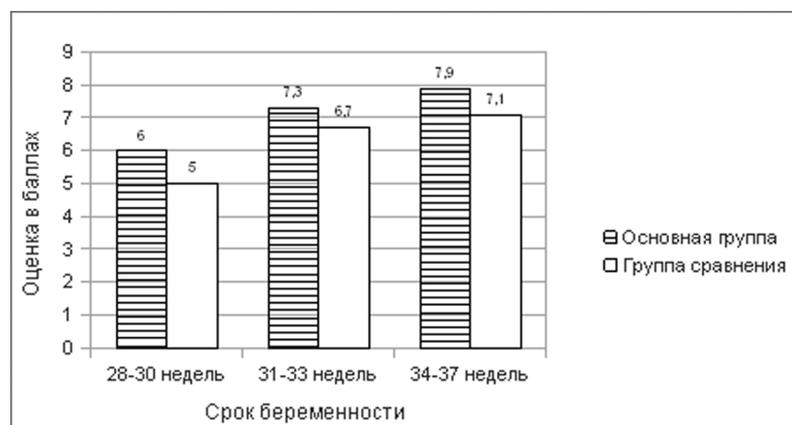


Рис. 1. Оценка новорожденных по шкале Апгар на 5-ой минуте.

оценивалось как тяжёлое или среднетяжелое, что было обусловлено недоношенностью (2 новорожденных в 28 недель, 18 – в 31-33 недели, 12 – в 34-37 недель) или незрелостью (2 ребёнка в 34-37 недель). Состояние 5 (17,08%) доношенных новорожденных было удовлетворительным. В группе сравнения состояние 58 детей (93,55%) оценивалось как средней тяжести или тяжёлое.

Респираторная поддержка путём искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) проводилась 30 новорожденным (76,92%) из основной группы. Её длитель-

ность составила для новорожденных, извлечённых в целом плодном на сроке 28-30 недель – $4,0 \pm 0,6$, 31-33 недели – $2,8 \pm 0,2$, 34-37 недель – $1,4 \pm 0,1$ дней. Для 54 детей, извлечённых без сохранения целостности амниотических оболочек (87,18%) – $4,2 \pm 0,8$ ($p < 0,5$), $3,6 \pm 0,3$ и $2,1 \pm 0,2$ суток соответственно ($p < 0,05$) (рис. 2). Необходимость искусственной вентиляции лёгких была обусловлена синдромом дыхательных расстройств. Применение метода НСПАР не производилось вследствие отсутствия аппаратуры.

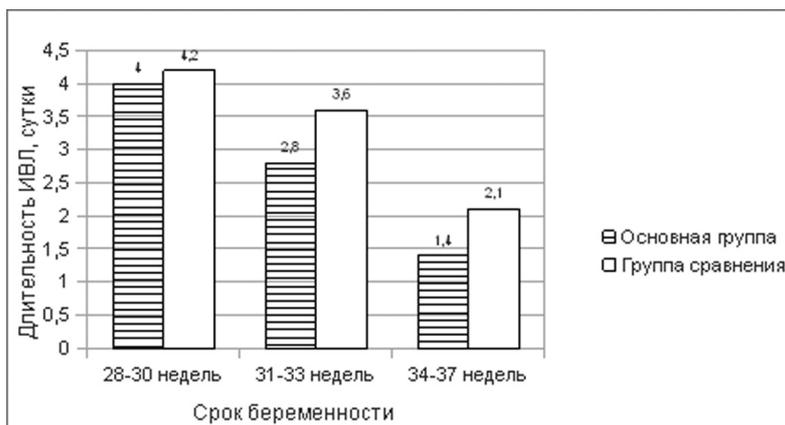


Рис. 2. Распределение длительности ИВЛ по группам.

По данным неврологического обследования, у всех недоношенных детей имелись проявления перинатального поражения центральной нервной системы, однако степень их выраженности была различной в зависимости от способа извлечения плода при операции кесарева сечения. У новорожденных, извлечённых в целом плодном пузыре, синдром спастического и смешанного тетрапареза встречался в 1,4 раза реже ($p < 0,05$), не было таких грубых клинических нарушений, как двусторонняя пирамидальная недостаточность, рубральный тремор.

При проведении доплерометрического исследования церебральная ишемия I-II степени выявлена у 2 плодов (5,13%), извлечённых в целом плодном пузыре на сроке 28-30 недель, у 20 (51,32%) – в 31-33 недели и у 8 (20,51%) – в 34-37 недель. В группе сравнения на сроке 28-30 недель у одного из плодов определена церебральная ишемия II-III степени, у второго – церебральная ишемия I-II степени. На сроке 31-33 недели – у 23 новорожденных (37,10%) проявлялась церебральная ишемия I-II степени, на сроке 34-37 недель – у 18 (29,03%). Клинически данные нарушения проявлялись двигательной возбудимостью, вегетативными расстройствами.

Продолжается изучение отдалённых результатов и укрупнение выборки.

ВЫВОДЫ

1. Исходя из результатов предварительного исследования, предполагается, что методика операции кесарева сечения с извлечением плодов при двойне в целом плодном пузыре позволяет улучшить состояние новорожденных сразу после рождения, снизить интенсивность реанимационных мероприятий при незрелости и недоношенности, а также частоту и выраженность неврологических осложнений.

2. Таким образом, применение метода сохранения амниотических оболочек позволяет улучшить перинатальные исходы и должно быть рутинным при многоплодной беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство : национальное руководство / под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1218 с.

2. Особенности течения беременности, родов, развитие плодов и состояние новорожденных в зависимости от типа хориальности при многоплодии / А. Н. Рыбалка, В. А. Заболотнов, А. Ф. Новицкая [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2010. – № 51. – С. 161–163.

3. Состояние фетоплацентарного комплекса и перинатальные исходы при многоплодной беременности / А. А. Жарова, С. В. Новикова, И. В. Климова [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – Т. LX, спецвыпуск. – С. 38–39.

4. Фаткуллин И. Ф. Выбор метода оперативного родоразрешения при преждевременных родах / И. Ф. Фаткуллин // Казанский медицинский журнал. – 2008. – № 5. – С. 610–613.
5. Chowdhury S. Maternal complications in twin pregnancies / S. Chowdhury, M. A. Hussain // Mymensingh Med. J. – 2011. – № 20. – P. 83–87.
6. Christopher D. An evidence-based approach to determining route of delivery for twin gestations / D. Christopher, B. Robinson, A. Peaceman // Rev. Obstet. Gynecol. – 2011. – Vol. 4 (3-4). – P. 109–116.
7. Cunningham F. G. Multifetal pregnancy / F. G. Cunningham, N. F. Gant, K. J. Leveno [et al.] // Williams obstetrics, 21st edn. – New York : McGraw-Hill, 2001. – P. 765–810.
8. Timing of birth for women with a twin pregnancy at term: a randomised controlled trial. BMC Pregnancy And Childbirth [serial online] / J. Dodd, C. Crowther, R. Haslam [et al.]. – 2010. – Vol. 10. – С. 68.
9. Twin births: cesarean section or vaginal delivery / E. Hoffmann, A. Oldenburg, L. Rode [et al.] // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2012, April. – Vol. 91, Issue 4. – P. 463–469.