Опыт пролонгирования беременности бихориальной двойней после рождения первого плода

Д.м.н., проф., зав. каф. О.В. МАКАРОВ[1], д.м.н., проф. П.В. КОЗЛОВ[1], к.м.н., зам.гл. врача А.С. ОЛЕНЕВ[2], гл.врач Е.П. ОЗИМКОВСКАЯ[3], к.м.н., асс. П.А. КУЗНЕЦОВ[1], врач О.Ф. КЛЕКОВКИНА[3]

[1]Кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова; [2]больница №8 Департамента здравоохранения Москвы; [3]Родильный дом №10 Департамента здравоохранения Москвы

Приведено описание 3 случаев успешного пролонгирования беременности после рождения первого плода с подробным описанием методики.

Ключевые слова: преждевременные роды, двойня, пролонгирование беременности.

Отсроченное рождение второго плода из двойни

Проблемы перинатальной заболеваемости и смертности при ранних преждевременных родах остаются наиболее сложными в перинатальной медицине. Несмотря на современные неонатальные технологии и попытки бережного родоразрешения путем кесарева сечения, тяжелые перинатальные осложнения и высокий уровень инвалидизации глубоконедоношенных новорожденных заставляют медицинское сообщество критически оценить перспективы выхаживания при экстремально ранних преждевременных родах и искать новые подходы к ведению преждевременных родов.

Одним из важнейших независимых факторов риска преждевременных родов является многоплодная беременность. При беременности двойней риск родить до 30, 32 и 34-й недель составляет 4, 8 и 16% соответственно [1]. Частота преждевременных родов при двойне в 6 раз выше, чем при одноплодной беременности [2]. В Российской Федерации в последние годы приблизительно каждые сотые роды — роды двойней [3].

К сожалению, эффективных методов профилактики преждевременных родов при многоплодной беременности в настоящее время не существует. Результаты многоцентровых исследований свидетельствуют об отсутствии влияния на исход многоплодной беременности бета-миметиков [4, 5]. Профилактическое применение микронизированного прогестерона при многоплодной беременности также оказалось неэффективно [6]. Кроме того, при многоплодной беременности подвергается сомнению эффективность профилактики респираторного дистресс-синдрома (РДС) плодов кортикостероидами [7]. Все эти факты диктуют необходимость поиска новых путей снижения перинатальных потерь при многоплодной беременности. Одним из таких методов является отсроченное рождение второго плода из двойни. Такая тактика во многих случаях позволяет улучшить исход для второго плода, рожденного в более позднем сроке гестации. Так, B. Arabin и van J. Eyck описали 17-летний опыт пролонгирования беременности для второго плода у 48 двоен. В 10 случаях второй плод родился непосредственно после первого, в остальных 38 случаях беременность вторым плодом удалось пролонгировать в среднем на 19 сут (1—107 сут). При этом если первый плод рождался до 25 нед беременности, выживаемость первых плодов составляла 0%, а вторых — 50%. При рождении первого плода после 25 нед беременности выживаемость первых плодов равнялась 65%, а вторых — 95% [8].

Однако тактика пролонгирования беременности двойней после рождения первого плода четко не определена, и в разных центрах практикуют различные методики — начиная от выжидательной тактики и заканчивая наложением швов на шейку матки [9].

Цель настоящей работы — проведение комплекса мероприятий по пролонгированию беременности бихориальной двойней после рождения первого плода и анализ перинатального исхода новорожденных.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Мы провели попытки пролонгирования беременности после рождения первого плода у 6 пациенток с бихориальной двойней.

Противопоказаниями для процедуры явились: клинические или лабораторные признаки хориоамнионита, отслойка плаценты, разрыв плодного пузыря второго плода, аномалии и врожденные пороки развития второго плода, осложненное течение беременности, в том числе преэклампсия, признаки гипоксии второго плода.

Обязательным условием для проведения мероприятий по пролонгированию беременности явилось письменное информированное согласие паци-

e-mail: poohsmith@mail.ru

ентки на пролонгирование беременности для второго плода из двойни с учетом возможных осложнений.

После рождения первого плода внутривенно струйно вводили 2,0 мл гексопреналина (в разведении на 10,0 физиологического раствора хлорида натрия) с последующим постоянным введением гексопреналина в дозе 0,3 мкг/мин в суточной дозе 100 мкг.

Пуповину первого плода обрабатывали спиртом и перевязывали полигликолидом на уровне минимального остатка. Под лигатурой пуповину пересекали. Культя пуповины находилась во влагалище до рождения второго плода.

С целью профилактики реализации внутриматочной инфекции в течение 7 сут проводили антибактерильную терапию с учетом чувствительности микрофлоры на основании микробиологического исследования посева цервикального канала. При отсутствии результата микробиологического посева антибактериальную терапию проводили цефалоспоринами третьего поколения.

Профилактику РДС плода дексаметазоном или бетаметазоном (дипроспан) в курсовой дозе 24 мг выполняли по стандартной схеме повторно с интервалом 7 сут.

При успешном проведении токолитической терапии после остановки родовой деятельности дальнейшее наблюдение за беременными проводили в условиях дородового отделения с соблюдением строгого санитарно-эпидемиологического режима и госпитализацией в палату, обрабатываемую по графику помещений родильного блока с трехкратным ежедневным кварцеванием.

Методы контроля за состоянием беременной включали ежедневную оценку характера влагалищных выделений, клинико-лабораторный анализ симптомов системной воспалительной реакции (термометрия, частота пульса, АД, определение количества лейкоцитов и лейкоцитарной формулы). Контроль за состоянием плода осуществляли путем ежедневного кардиомониторного наблюдения, динамического проведения допплерометрии плодового и плацентарного кровотока и фетометрии 1 раз в 10—12 дней.

Описание клинических случаев

У 3 пациенток роды первым плодом наступили в срок 25—27 нед беременности. При этом попытка проведения массивного токолиза была неэффективной и второй плод рождался в течение 2—6 ч после первого.

Приводим описание трех успешных попыток пролонгирования беременности бихориальной двойней после рождения первого плода.

Клинический случай №1

Пациентка *Д.*, 40 лет. Соматическая патология: носительница HBsAg. Гинекологический и репродуктивный анамнез: конизация шейки матки по поводу лейкоплакии. Первая и вторая беременности — внематочные (трубные), закончились лапароскопическими тубэктомиями. Данная беременность третья, наступила путем ЭКО (вторая попытка) с подсадкой двух эмбрионов.

Течение настоящей беременности. В срок 16 нед методом полимеразной цепной реакции в цервикальном канале обнаружена *Ureaplasma parvum*, в связи с чем проведен курс антибактериальной терапии джозамицином.

В срок 22 нед, по данным ультразвукового исследования, обнаружено пролабирование плодного пузыря в цервикальный канал, амбулаторно наложены швы на шейку матки, установлен акушерский пессарий. Проведена профилактика РДС плода дексаметазоном в курсовой дозе 24 мг. Через 2 сут излились околоплодные воды первого плода, в связи с чем пациентка была госпитализирована с диагнозом: беременность 22—23 нед ЭКО. Бихориальная двойня. Преждевременный разрыв плодной оболочки первого плода (ПРПО). Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Носительство HBsAg. Первые роды в 40 лет.

При поступлении в стационар акушерский пессарий удален, швы с шейки матки сняты. Проводилась инфузионная, антибактериальная (цефазолин) и токолитическая терапия. На 2-е сутки у пациентки развилась регулярная родовая деятельность. Роды вели консервативно, согласно принципам ведения преждевременных родов. Родился первый мертвый плод мужского пола массой 490 г (интранатальная гибель плода). После рождения первого плода проведен комплекс мероприятий, направленный на пролонгирование беременности, описанный выше. Роды вторым плодом произошли на 23-и сутки интергенетического периода в срок 25—26 нед беременности. Роды вели консервативно, согласно принципам ведения преждевременных родов, с участием квалифицированной бригады неонатологов-реаниматологов. Родилась живая девочка массой 850 г, с оценкой по шкале Апгар 2—3 балла. Ребенок переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии. На 30-е сутки после родов ребенок переведен на второй этап выхаживания. Со второго этапа ребенок выписан в возрасте 5 мес с диагнозом бронхолегочной дисплазии.

Клинический случай №2

Пациентка *Б.*, 29 лет. Соматический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез и репродуктивная функция: первая беременность в 1998 г. закончилась медицинским абортом в срок 8—9 нед; в 2001 г. произведена лапароскопическая резекция яичника по поводу разрыва кисты желтого тела; в 2005 г. по поводу вторичного бесплодия произведена лапароскопия, разделение спаек; в 2006 г. в связи с дисплазией шейки матки III степени произведена высокая ножевая ампутация шейки матки.

Данная беременность наступила путем ЭКО с подсадкой двух эмбрионов.

Течение настоящей беременности.

В срок 22—23 нед с целью профилактики невынашивания, учитывая состояние после ампутации шейки матки, установлен разгружающий акушерский пессарий. В срок 24—25 нед беременности произошел преждевременный разрыв плодного пузыря и пациентка госпитализирована с диагнозом: беременность 24—25 нед. Бихориальная биамниотическая двойня. Отягощенный акушерский анамнез (вторичное бесплодие). Состояние после ампутации шейки матки. Акушерский пессарий. ПРПО первого плода. В стационаре удален акушерский пессарий, проводилась токолитическая, антибактериальная терапия, направленная на пролонгирование беременности. Проведена профилактика РДС. В срок 25—26 нед беременности развилась регулярная родовая деятельность. Роды вели консервативно, согласно принципам ведения преждевременных родов. Родилась мертвая недоношенная девочка массой 750 г (интранатальная гибель плода). После рождения первого плода проведен комплекс мероприятий, направленный на пролонгирование беременности. В срок 27 нед повторно проведена профилактика РДС плода дексаметазоном. В срок 27—28 нед беременности на 15-е сутки интергенетического периода родился мальчик в чистоягодичном предлежании с массой 1040 г, оценкой по шкале Апгар 3—5 баллов.

Клинический случай №3

Пациентка *Г.*, 30 лет. Соматический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез и репродуктивная функция не отягощены. Настоящая беременность первая, самопроизвольная. Течение настоящей беременности без особенностей.

Поступила в родильный дом с диагнозом: беременность 19—20 нед. Бихориальная биамниотическая двойня. ИЦН. Пролабирование плодного пузыря. ПРПО первого плода. Первые роды в 30 лет. В стационаре проводилась токолитическая, антибактериальная терапия, направленная на пролонгирование беременности. В срок 20—21 нед произошло самопроизвольное прерывание беременности плодом мужского пола массой 358 г, длиной 26 см. После рождения первого плода произведен комплекс мероприятий, направленный на пролонгирование беременности. Учитывая положительный токолитический эффект, удовлетворительное состояние второго плода и отсутствие симптомов системной воспалительной реакции, на 5-е сутки после прерывания беременности первым плодом произведена хирургическая коррекция ИЦН путем наложения П-образного шва на шейку матки Cervix-set. Течение послеоперационного периода без осложнений.

В срок 32 нед беременности на 84-е сутки интергенетического периода произошел ПРПО. Путем кесарева сечения родился второй ребенок массой 2230 г, длиной 43 см с оценкой по шкале Апгар 6—7 баллов. В настоящее время новорожденный продолжает лечение в специализированном стационаре.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в соответствии с личным опытом и данными зарубежных коллег при бихориальной двойне мы рекомендуем пролонгирование беременности после рождения первого плода в срок 20—27 нед с учетом приведенных выше противопоказаний и условий. При рождении первого плода до 22 нед беременности и отсутствии симптомов системной воспалительной реакции целесообразно наложение шва на шейку матки. Такая тактика ведения многоплодной беременности, на наш взгляд, позволит снизить перинатальную заболеваемость и смертность у данной когорты пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. *To M.S., Fonseca E.B., Molina F.S., Cacho A.M., Nicolaides K.H.* Material characteristics and cervical length in the prediction of spontaneous early preterm delivery in twins. Am J Obstet Gynecol 2006; 194: 5: 1360—1365.
2. *Umstad M.P., Gronow M.J.* Multiple pregnancy: a modern epidemic? MJA 2003; 178: 12: 613—615.
3. Российский статистический ежегодник — 2012. Статистический сборник М: Росстат 2012.
4. *Yamasmit W., Chaithongwongwatthana S., Tolosa J.E., Limpongsanurak S., Pereira L., Lumbiganon P.* Prophylactic oral betamimetics for reducing preterm birth in women with a twin pregnancy. Cochrane Database System Rev 2012; Issue 9: CD004733. DOI: 10.1002/14651858.CD004733.pub3.
5. *Anotayanonth S., Subhedar N.V., Neilson J.P., Harigopal S.* Betamimetics for inhibiting preterm labour. Cochrane Database System Rev 2004; Issue 4: CD004352. DOI: 10.1002/14651858. CD004352.pub2.
6. *Berghella V.* The Society for Maternal-Fetal Medicine: Publication Committee. (2012). Progesterone and preterm birth prevention: Translating clinical trials data into clinical practice. Am J Obstet Gynecol 2012.
7. *Roberts D., Dalziel S.R.* Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database System Rev 2006; Issue 3: CD004454. DOI: 10.1002/14651858. CD004454.pub2.
8. *Arabin B., van Eyck J.* Delayed-interval delivery in twin and triplet pregnancies: 17 years of experience in 1 perinatal center. Am J Obstet Gynecol 2009; 200: 154.
9. *Aydin Y., Celiloglu M.* Delayed Interval Delivery of a Second Twin after the Preterm Labor of the First One in Twin Pregnancies: Delayed Delivery in Twin Pregnancies. Case Rep Obstet Gynecol 2012; Article ID 573824, 3 pages, DOI:10.1155/2012/573824.