

Выводы

Консервативное родоразрешение женщин с анамнезом КС – один из реальных путей снижения числа КС. Беременные с анамнезом КС вне зависимости от способа родоразрешения представляют группу риска по РМ. Частота РМ в последние годы не связана с тактикой ВР женщин с анамнезом КС и применением простагландинов для подготовки шейки матки. ВР при анамнезе КС является вполне оправданным и относительно безопасным для матери при условии тщательного отбора беременных и соответствующей квалификации учреждения родовспоможения. Перинатальные потери при наличии анамнеза КС невелики и могут быть полностью устранены как при консервативном, так и при оперативном родоразрешении. Оперативные вмешательства по экстренным показаниям вследствие РМ любой этиологии, в сравнении с плановыми операциями, значительно чаще сопровождаются удалением матки, показания к которой в отдельных случаях следует оценивать критически.

В высококвалифицированных акушерских стационарах современные технологии родоразрешения должны стать главной альтернативой чрезмерному увлечению абдоминальным родоразрешением.

Литература

1. Guidelines for Vaginal Birth After Previous Caesarean Birth. SOGC. №155. //J. Obst. Gyn. Can. – 2005.– P. 164–174. Ccccc
2. Guise J.M., McDonagh M., Hashima J., et al. Vaginal birth after cesarean section. Evidence Report/Technology Assessment №71 (prepared by the Oregon Health & Science University Evidence-based Practice Center under contract № 290-97-0018). AHRQ Publication № 03-E018. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2003.
3. Guise J.M., et al. Evidence-based vaginal birth after Caesarean section. //Best Practice & Research Clinical Obst. & Gyn. – 2005.–V.19. – №1.– P.117–130.
4. Lombaard H., Pattinson R. C. Uterine rupture: the road ahead? //Eur. Clinics. Obstet. Gynaecol. – 2006.– V. 2. – P. 131–138.
5. Newton E. R. Vaginal Birth After Cesarean Prediction: A Self-Fulfilling Prophecy? //Obstet. Gynecol.– 2007.– V.109.– №4.– P. 796–797.
6. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Washington (DC): ACOG; 2004. Practice Bulletin №54.–10 p.
7. Wall E., Roberts R., Deutchman M., et al. Trial of labor after cesarean (TOLAC), formerly trial of labor versus elective repeat cesarean section for the woman with a previous cesarean section. Leawood (KS): American Academy of Family Physicians. – 2005.–18 p.

Паршин В.Д.¹, Орджоникидзе Н.В.², Касабулатов Н.М.², Тимофеева Л.А.², Выжигина М.А.¹, Пястуневич К.А.³, Абдумуратов К.А.¹, Мирзоян О.С.¹, Мешалкина И.В.²

Акушерская тактика при сочетании беременности и кисты средостения

¹Российский научный центр хирургии им. Б.В.Петровского РАМН

²НЦАГиП им. В.И. Кулакова

³Клиника акушерства и гинекологии им. И.М. Сеченова

Лечение пациенток с внутригрудной хирургической патологией в сочетании с беременностью различных сроков и в настоящее время остается сложной проблемой. Данная ситуация встречается не часто и это связано с тем, что беременность и роды, как правило, приходятся на возраст, не типичный для внутригрудной хирургической патологии. Если технически, с хирургической точки зрения, проблема представляется решенной, то остаются диагностические, тактические и организационные вопросы. Не всегда оправдано прерывание беременности при диагностике различных образований, особенно, когда диагноз внутригрудной патологии не верифицирован.

Проблема выявления и лечения опухолей и кист средостения по-прежнему остается наиболее сложной и актуальной. Новообразования средостения составляют 2–7% всех опухолей человека. В начальных стадиях опухоли средостения протекают бессимптомно или с незначительной органоспецифической симптоматикой. У 1/3 больных клинические симптомы заболевания отсутствуют. По мере увеличения размеров опухоли, давления, смещения и/или прорастания в соседние структуры и органы развиваются медиастинальные синдромы. Несмотря на расширение возможностей первичной и уточняющей диагностики, методик морфологической верификации опухоли, установление точного диагноза порой остается сложной задачей клинициста. 20%

опухолей средостения – первичнозлокачественные. 50% при дальнейшем наблюдении из доброкачественных опухолей превращаются в злокачественные. При выявлении новообразования средостения дифференциальный диагноз проводят с кистой. Наличие последней может осложниться гнойным процессом с последующим разрывом кистозного образования.

Риск разрыва кист средостения с развитием медиастинита, при котором до сих пор сохраняется высокая летальность, является грозным состоянием, требующим вмешательства специалистов смежных специальностей.

Возникновение очага инфекции при нагноении кисты средостения у беременной может привести к различным осложнениям: угрозе прерывания беременности и преждевременных родов, хронической плацентарной недостаточности инфекционного генеза, многоводию, внутриутробной инфекции, гипоксии плода, несвоевременному излитию околоплодных вод, аномалиям родовой деятельности, субинволюции матки и эндометриту в послеродовом периоде. В связи с вышеотмеченным, представляет интерес следующий клинический случай.

Больная Ч., 22 лет, поступила в отделение хирургии легких и средостения ГУ РНЦХ им. Б.В. Петровского РАМН с жалобами на незначительную одышку при физической нагрузке, на депрессивное состояние в виде повышенной раздражительности и плаксивости.

Впервые патологическую тень в переднем средостении выявили в ноябре 2006 г. при профилактическом рентгенологическом обследовании по месту жительства. В то время об имеющейся беременности ранних сроков пациентка не знала. С подозрением на лимфому средостения она была направлена на консультацию к торакальному хирургу. Однако, данную рекомендацию больная не выполнила и обратилась к соответствующему хирургу лишь спустя несколько месяцев, когда беременность уже составила 24 недели. Наличие новообразования переднего средостения и невозможность исключить его злокачественный характер послужило причиной госпитализации в отделение торакальной хирургии ГУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН. При поступлении общее состояние пациентки было относительно удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые оболочки – чистые, розовой окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Живот – мягкий безболезненный, увеличен в соответствии со сроком беременности. При осмотре гинекологом патологии выявлено не было, беременность развивалась без осложнений и соответствовала 29–30 неделям. Общие анализы крови и мочи, а также биохимические исследования крови патологических изменений не выявили. При ультразвуковом (УЗ) исследовании органов брюшной полости и малого таза объемных патологических образований обнаружено не было. Матка соответствовала 29–30 неделям беременности. На представленных рентгенограммах (рис.1), выполненных по месту жительства и с защитой органов брюшной полости и малого таза, в переднем средостении больше справа, в области верхней полой вены, выявлялась патологическая тень с четкими ровными контурами, размером 6х5 см. Учитывая беременность, от многоспиральной компьютерной томографии воздержались, и была произведена магнитно-резонансная томография (рис.2): в проекции верхнего средостения справа на уровне С-7 – ТН-3 обнаружено округлой формы образование, размером 4,2х5х5 см. с четкими ровными контурами. Образование интимно прилежало к верхней полой вене, правой легочной артерии и правому главному бронху. Трахея и бронх сдавлены не были. По характеру МР-сигнала выявили, что образование было слоистой структуры, вероятно с жидкостными включениями. Отмечалось сдавление непарной вены на уровне ТН-3, которая в своей дистальной части была расширена до 16 мм. Лимфатические узлы увеличены не были. При проведении спирографии вентиляционных нарушений не выявлено. По данным ЭХО-кардиографии полости сердца не расширены, клапаны не изменены и насосная функция левого желудочка не нарушена. Образование в средостении локализовалось плохо.

Проведен консилиум с участием акушера-гинеколога. Учитывая отсутствие убедительных данных о злокачественном характере заболевания, недостаточный срок беременности для преждевременного родоразрешения, решено от оперативного вмешательства воздержаться, а по достижении срока 35–36 недель выполнить кесарево сечение. Далее, при его неосложненном течении, одновременно произвести частичную стернотомию с удалением новообразования. От родоразрешения естественным путем отказались сразу, т.к. при развитии родовой деятельности повышение внутригрудного давления могло спровоцировать разрыв образования, содержащего жидкость, с возникновением осложнений, угрожающих жизни как матери, так и плода. Доводом для отказа от

изолированного удаления новообразования средостения была высокая вероятность тератогенного воздействия на плод длительной общей анестезии и травматичного вмешательства на органах грудной клетки. Больная была полностью информирована о характере заболевания и предложенной тактике лечения, с которыми она полностью согласилась, делая максимальный акцент на желании родить полноценного ребенка. В удовлетворительном состоянии пациентка была выписана под наблюдение специалистов по месту жительства. Однако, повторно она обратилась в клинику лишь спустя 2 месяца, когда беременность составила 37–38 недель, объясняя это желанием полностью доносить плод.

При повторной госпитализации выполнили стандартное общеклиническое обследование, исключая все рентгенологические методы исследования. При амбулаторном обследовании в ФГУ «НЦАГиП Росмедтехнологий» было установлено следующее: прибавка в массе за беременность составила 12 кг (при росте 162 см и массе тела до беременности 58 кг), размеры костного таза – в норме. Общее состояние и параметры гемодинамики – в пределах нормы. При наружном осмотре живот – овальной формы, увеличен за счет беременной матки. Родовой деятельности нет. Матка – в нормотонусе, увеличена до размеров 37–38 недель беременности. Положение плода – продольное, предлежит головка плода, у входа в малый таз. Сердцебиение плода – ясное, ритмичное, 144 ударов в минуту. Воды не подтекают. Округлость живота равна 98 см, высота дна матки – 33 см.

При УЗ-исследовании органов малого таза: I плод в головном предлежании. Размеры плода соответствуют 37 нед. 5 дн. Анатомия плода без особенностей. Плацента расположена по задней стенке матки. Толщина 3,1 см. II степень зрелости. Нижний край плаценты высоко от внутреннего зева. Околоплодные воды – нормальное количество вод. Пуповина имеет три сосуда. Область придатков матки без особенностей. Расчетные показатели: масса плода – 3204 грамм, рост плода – 52 см.

При УЗ-доплерометрии показатели кровотока в сосудах системы мать-плацента-плод в норме. При кардиотокографическом исследовании показатель функционального состояния плода – 0,15 (по В.Н.Демидову, 1983 г.).

05.07.2007 г. двумя бригадами хирургов была выполнена 2-этапная операция: I – поперечное надлобковое чревосечение, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом, II этап – частичная стернотомия, удаление нагноившейся кисты средостения.

В положении пациентки на спине поперечным разрезом послойно, skf вскрыта передняя брюшная стенка. В рану прилежала беременная матка, соответствующая 38 неделям беременности. Операция кесарева сечения была произведена типично, с наложением однорядного шва на разрез матки. В период операции за головку был извлечен живой доношенный плод мужского пола массой 3128 г, длиной 52 см, без обвития пуповины (рис.3), передан педиатру. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар составила на первой минуте – 7 и через 5 минут – 8 баллов. Состояние ребенка при рождении – средней тяжести за счет умеренно выраженных дыхательных нарушений. Отмечалось незначительное втяжение грудины и межреберий при дыхании. Оксигенировался удовлетворительно. Гемодинамические показатели были в пределах нормы. После оценки состояния новорожденного и

проведения первичной обработки, в транспортном инкубаторе он переведен в отделение патологии новорожденных «Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий». Во время транспортировки проводился мониторинг показателей SpO₂ и ЧСС. В дополнительной оксигенации не нуждался.

Плацента была расположена на задней стенке, ее поверхности – без особенностей. Произведено послойное восстановление передней брюшной стенки. Интраоперационная кровопотеря составила 500 мл. Таким образом, кесарево сечение было произведено без особенностей, что позволило приступить ко II этапу операции, связанному с удалением образования средостения. Для этого выполнили частичную продольно-поперечную стернотомию до уровня 3-го межреберья. Обращали на себя внимание расширенные вены подкожной клетчатки и мышц. Аналогично расширенная венозная сеть была и в средостении, что обусловлено нарушением венозного оттока по верхней полой вене за счет ее частичного сдавления новообразованием. Была выделена левая плечеголовая вена и диафрагмальный нерв справа. В области верхней полой вены определялось образование плотно-эластической консистенции, которое представляло собой напряженную кисту (рис.4). На ней, интимно прилегая, как бы распластанной, была верхняя полая вена. Тупым и острым путем образование выделили из окружающих тканей. Ножку кисты пересекли на зажимах и перевязали (рис.5). Был создан гемостаз. Ушивание раны произвели традиционным способом, после дренирования средостения. Кровопотеря на этом этапе составила 250 мл. Пациентка была экстубирована на операционном столе.

При морфологическом исследовании удаленного образования обнаружена картина нагноившейся бронхогенной кисты.

При поступлении новорожденного в стационар для уточнения генеза дыхательных нарушений было проведено дополнительное обследование, включающее R-графию органов грудной клетки, НСГ, Эхо-КГ, УЗИ внутренних органов и ряд лабораторных исследований.

Учитывая клиническое состояние ребенка и полученные результаты (на R-грамме органов грудной клетки отмечалось понижение прозрачности легочной ткани за счет очаговых и инфильтративных теней в нижних отделах справа), а так же выраженные воспалительные изменения в клиническом анализе крови, был выставлен клинический диагноз: Врожденная правосторонняя пневмония. Катаральный омфалит. На фоне проведенного комплексного лечения (антибактериального, антимикотического, эубиотического и иммуноглобулинотерапии) состояние ребенка улучшилось. Дыхательные нарушения купировались к концу 1-х суток жизни. Патологической симптоматики не отмечалось.

На 12 сутки жизни ребенок был выписан домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового педиатра.

При катamnестическом осмотре младенца в возрасте 5 месяцев патологии не выявлено. Физическое развитие ребенка среднее гармоничное. Психомоторное развитие соответствует возрасту.

Таким образом, следует отметить, что оптимальная тактика ведения беременности у женщин с тяжелой экстрагениальной патологией, обеспечении адекватной анестезиологической, акушерской и педиатрической помощи при родах, определяет благоприятный прогноз для жизни ребенка.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Имевшая место гиповентиляция нижней доли правого легкого была купирована при активизации больной и не потребовала какой-либо медикаментозной коррекции (рис.6). Контроль динамики сокращения матки в послеоперационном периоде осуществлялся с помощью УЗИ матки. На 3 сутки, после контрольной рентгеноскопии органов грудной клетки, из средостения удален дренаж. Пациентку выписали в удовлетворительном состоянии на 16 сутки под наблюдение хирурга и гинеколога по месту жительства. Весь послеоперационный период новорожденный находился в специализированном отделении роддома.

Спустя 5 месяцев состояние пациентки и ребенка удовлетворительное. Жалоб нет.

Данное клиническое наблюдение представляет интерес, как пример одномоментного родоразрешения и радикального хирургического лечения по поводу новообразования органов средостения. Представляется совершенно необоснованными случаи прерывания беременности или отказа в хирургической помощи всем пациенткам с сопутствующей грудной патологией. Каждый конкретный случай должен рассматриваться индивидуально, с учетом особенностей состояния беременной, возможных осложнений, как основного заболевания, так и течения беременности, родов и послеродового периода, а также состояния плода и новорожденного. Важную роль играют размеры и локализация торакального образования, особенности его структуры, интенсивность роста, взаимоотношение с соседними органами.

Вопрос о возможности пролонгирования беременности, особенностях ее ведения, методе и сроке родоразрешения должен обсуждаться консультативно, с участием хирургов.

Необходим регулярный контроль состояния будущей матери и внутриутробного плода в условиях высококвалифицированного хирургического и акушерского стационаров.

Важное значение имеет ранняя диагностика торакальной патологии. Современные методы ее выявления позволяют обследовать беременных женщин, избегая ионизирующего излучения. Методом выбора можно считать магнитно-резонансную томографию органов грудной клетки и ультразвуковую диагностику.

Выбор последовательности медицинской помощи следует решать индивидуально. Развитие хирургии, акушерства, реаниматологии и анестезиологии в настоящее время позволяет проводить одномоментные вмешательства у подобных пациентов. Целесообразно их выполнять 2 бригадами: торакальных хирургов и акушеров-гинекологов. Особое внимание следует уделять организационным вопросам обеспечения квалифицированной анестезиологической, хирургической и педиатрической помощи подобным пациенткам на всех этапах обследования и периоперационного периода.