

Клиническая медицина

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПОЛНАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО
РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ И АНТЕНАТАЛЬНАЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА НА
ФОНЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ И HELLP-СИНДРОМА**

Самойленко Ю. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Фомина И. В.

*ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава
России, кафедра акушерства и гинекологии
г. Тюмень*

Ключевые слова: преэклампсия, полная отслойка нормально расположенной плаценты, антенатальная гибель плода, HELLP-синдром, матка Кювелера.

Резюме: Преэклампсия опасна развитием жизнеугрожающих как для матери, так и для плода осложнений, прежде всего преждевременной отслойки плаценты, чреватой гибелью плода и реальной возможностью потери репродуктивной функции ввиду развития матки Кювелера (маточно-плацентарной апоплексии). Данный клинический случай рассматривает акушерскую тактику при вышеописанных осложнениях и завершившийся сохранением матки.

Resume: Preeclampsia is dangerous for the development of life-threatening complications both for the mother and the fetus, first of all, premature detachment of the placenta, which can lead to fetal death and a real possibility of loss of reproductive function due to the development of Cuveler's uterus (uteroplacental apoplexy). This clinical case considers obstetric tactics for the above complications and ended with the preservation of the uterus.

Актуальность. На сегодняшний день в мире преэклампсия до сих пор является одной из ведущих причин материнской смертности, занимает стойко второе место в их структуре, согласно данным ВОЗ [3]. По тем же данным частота гипертензивных расстройств во время беременности составляет около 14%, преэклампсия до 8 % [1,2]. В РФ частота подобных осложнений беременности достигает в разных регионах от 5 до 30%, занимают 4-е место в структуре материнской смертности и составляют до 15,7% всех материнских потерь [4]. В Тюменской области преэклампсия является одной из ведущих причин преждевременных родов, особенно очень ранних, что обуславливает и высокую перинатальную заболеваемость, смертность, а также может быть причиной инвалидизации как матери, так и ребенка [6].

Цель: проанализировать клинический случай преэклампсии в сочетании с HELLP-синдромом, полной преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП), маткой Кювелера и антенатальной гибелью плода у первородящей пациентки.

Задачи: 1. Проанализировать историю родов и индивидуальную карту беременной и родильницы 2. Изучить течение беременности и родов у данной пациентки 3. Оценить материнский и перинатальный исход данного клинического случая.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужила история родов и индивидуальная карта беременной пациентки К., родоразрешенной в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмень в декабре 2018 г.

Клиническая медицина

Результаты и их обсуждение. Пациентка К. 29 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи в тяжёлом состоянии, на каталке, с венозным доступом, в заторможенном состоянии с жалобами на боли внизу живота и отсутствие ощущения шевеления плода в течение 6 часов, головную боль. Оказанное скорой медицинской помощью лечение: внутривенная инфузия 20 мл 25% раствора магния сульфата в 250 мл 0.9% раствора натрия хлорида. Настоящая беременность желанная, в браке. Соматический анамнез отягощен ожирением 1 степени. ИМТ 34 кг/м². В женской консультации наблюдалась регулярно с 9 недель. Течение беременности осложнилось с 11 недель кольпитом, пролеченным амбулаторно; с 19-20 недель – отмечается стойкая, наблюдающаяся каждую явку чрезмерная прибавка в весе, от 700 до 1300г в неделю. С 34 недель отмечено присоединение гипертензии и явных выраженных отеков, по поводу которых получала стационарное лечение в одном из городских родильных домов, назначена антигипертензивная терапия: допегит 1/2 таблетки 3 раза в день, которую пациентка после выписки из отделения патологии беременности регулярно не получала. Назначенная антигипертензивная терапия не в полной мере соответствует клиническому протоколу по гипертензивным расстройствам во время беременности [5].

Объективно при поступлении: генерализованные отеки, АД 190/110-190-110 мм.рт.ст., матка в состоянии гипертонуса, сердцебиение плода не выслушивается. При аускультации в лёгких дыхание везикулярное, патологических хрипов нет, тоны сердца ясные, ритм правильный. Влагалищное исследование №1 в условиях развёрнутой малой операционной. Наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Шейка матки средней плотности, длиной до 1,2 см, цервикальный канал проходим 1 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, подвижна, над входом в малый таз. Мыс не достижим. Выделения слизисто-кровянистые. Взят мазок на микрофлору. Параклинически высокая протеинурия 10,6 г/л, тромбоцитопения $78 \cdot 10^9$ /л, повышение уровня трансаминаз, свободный гемоглобин в крови 9 г/л. При проведении ультразвукового исследования: признаки отслойки плаценты, антенатальная гибель плода. Клинический диагноз: Беременность 36,5 недель. Головное предлежание. Преэклампсия тяжёлой степени. HELLP-синдром. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Антенатальная гибель плода.

Показано родоразрешение пациентки путём кесарева сечения в экстренном порядке. Показания: преждевременная отслойка нормальной расположенной плаценты, антенатальная гибель плода, отсутствие условий для немедленного родоразрешения через естественные родовые пути, тяжёлая преэклампсия, HELLP-синдром.

Под эндотрахеальным наркозом через 10 минут от поступления в стационар проведён разрез по Пфаненштилю. В брюшной полости серозный выпот в количестве 200 мл. На первой минуте извлечён мертвый недоношенный ребёнок женского пола весом 2542 кг., длиной 50 см., оценка по Апгар 0 баллов. Послед свободно расположен в полости матки вместе с 600 мл крови со сгустками; удалён потягиванием за пуповину. Оболочки все, пуповина длиной 50 см. Передняя стенка матки и область дна имбибированы кровью. Диагностирована матка Кювелера. Матка гипотонична на фоне

Клиническая медицина

проводимой утеротонической терапии. В её полость установлен баллонный катетер, наполненный физиологическим раствором. Проведён поэтапный хирургический гемостаз: перевязаны маточные и яичниковые сосуды, на матку наложен компрессионный шов. Интраоперационная пауза 20 минут. Консилиумом решено не расширять объём операции до гистероэктомии, учитывая отсутствие продолжающегося маточного кровотечения на фоне проводимой терапии. Общий объём кровопотери составил 1800 мл. Аппаратом Cell Sever проводилась реинфузия аутоэритроцитов.

В палате отделения реанимации и интенсивной терапии получала лечение 5 суток, на 9-е сутки выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы: 1. Несвоевременное обращение за медицинской помощью, неадекватная антигипертензивная терапия привела прогрессированию преэклампсии, развитию HELLP-синдрома, полной ПОНРП, матки Кювелера и антенатальной гибели плода и едва не закончилось утратой репродуктивной функции у первородящей пациентки. 2. Выбранная акушерская тактика позволила добиться сохранения репродуктивной функции за счёт остановки маточного кровотечения, не прибегая к гистероэктомии.

Литература

1. Ghulmiyyah L, Sibai B Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia. Semin Perinatol. 2012 Feb; 36(1): 56-9.
2. Stregers EA, von Dadelszen P, Duvkot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. Lancet, 2010, 21; 376(9741):631-442.
3. ВОЗ. Материнская смертность. Информационный бюллетень №348. Май 2012 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/ru/index.html>.
4. Стародубов В.И., Суханова Л.П. Репродуктивные проблемы демографического развития России. М.: ИД «Менеджер здравоохранения»; 2012. – 320 с.
5. Клинические рекомендации (протокол). Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия. Москва. 2014. 55 с.
6. Фомина И.В., Полякова В.А., Кукарская И.И., Кукарская Е.Ю. Преждевременные роды: изменения к лучшему // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – №5;