

Беслангурова Зарема Аслановна

Кандидат медицинских наук, декан лечебного факультета, Медицинский институт, Лечебное дело, ФГБОУ ВО «Майкопский государственный технологический университет»

beszarema@mail.ru

Пчентлешева Тамила Муратовна

Студентка, Медицинский институт, Лечебное дело, ФГБОУ ВО «Майкопский государственный технологический университет»

tamilaaam@gmail.com

Zarema A. Beslangurova

Candidate of Medical Sciences, dean of the faculty of medicine, Medical Institute, Medical Practice, Maykop State Technological University

beszarema@mail.ru

Tamila M. Pchentlesheva

Student, Medical Institute, Medical Practice, Maykop State Technological University

tamilaaam@gmail.com

**Клинический случай оперативного родоразрешения
при антенатальной гибели плода**

Clinical case of operative delivery in antenatal fetal death

***Аннотация:** В основу работы положены данные клинического случая в акушерской практике. Описана история мертворождения в результате первой беременности у молодой матери, имеющей неотягощенный акушерско-гинекологический анамнез.*

В статье подробно разбирается анамнез жизни пациентки, течение настоящей беременности, подробно описывается дневник наблюдений. В описываемом клиническом случае утяжеление осложненной беременности привело к необходимости проведения операции кесарева сечения при антенатальной гибели плода.

***Актуальность:** Мертворождение по определению подразумевает смерть плода. По различным источникам мертворождение определяется как гибель плода до или во время родов на сроке ≥ 20 недель беременности. Всемирная организация здравоохранения определяет мертворождение как гибель плода после 28 недели беременности. Ежегодно в мире происходит почти 2 миллиона мертворождений. [1]. Во всем мире необъяснимое мертворождение регистрируется в 76% случаев [2] [3].*

Мертворождение имеет много причин: осложнения во время родов, гипертония, диабет, инфекция, врожденные и генетические аномалии, плацентарная дисфункция и беременность, продолжающаяся более сорока недель. Необъяснимое мертворождение является наиболее частой причиной, зарегистрированной в 76% случаев во всем мире. [4]

Несмотря на улучшение неонатальной и младенческой смертности за последние несколько десятилетий, уровень мертворождения остается достаточно высоким.

Пока не найдены методики или технологии, качественно и системно влияющие на данный показатель.

Выбор наиболее безопасного и эффективного метода родоразрешения при мертворождении очень важен. Обычно вагинальные роды являются самым безопасным способом родов даже после предыдущего кесарева сечения в нижнем сегменте.

В случае потери плода важно понимать, что часто антенатальная гибель плода может сочетаться с тяжелой акушерской или соматической патологией беременной женщины, что в результате является решающим фактором в выборе тактики родоразрешения в пользу оперативного.

Рассматриваемый клинический случай явился примером наличия показаний к проведению кесарева сечения у женщины с преэклампсией и антенатальной гибелью плода.

Ключевые слова: *клинический случай, антенатальная гибель плода, мертворождение, кесарево сечение.*

Annotation: *the work is based on the data of a clinical case in obstetric practice. The history of stillbirth as a result of the first pregnancy in a young mother with an unencumbered obstetric and gynecological history is described.*

The article analyzes in detail the patient's life history, the course of the present pregnancy, and describes in detail the observation diary. In the described clinical case, the aggravation of complicated pregnancy led to the need for cesarean section in antenatal fetal death.

Actuality: Stillbirth, by definition, implies the death of the fetus. According to various sources, stillbirth is defined as the death of the fetus before or during childbirth at ≥ 20 weeks of pregnancy. The World Health Organization defines stillbirth as the death of the fetus after 28 weeks of pregnancy. Almost 2 million stillbirths occur worldwide every year. [1]. Worldwide, unexplained stillbirths are reported in 76% of cases [2] [3].

Stillbirth has many causes: complications during childbirth, hypertension, diabetes, infection, congenital and genetic abnormalities, placental dysfunction, and pregnancies lasting more than forty weeks. Unexplained stillbirth is the most common cause, reported in 76% of cases worldwide. [4]

Despite improvements in neonatal and infant mortality over the past few decades, stillbirth rates remain quite high.

So far, no methods or technologies have been found that qualitatively and systematically affect this indicator.

Choosing the safest and most effective method of delivery for stillbirth is very important. Usually, vaginal birth is the safest way to give birth, even after a previous cesarean section in the lower segment.

In the case of fetal loss, it is important to understand that often antenatal fetal death can be combined with severe obstetric or somatic pathology of a pregnant woman. As a result, this is a decisive factor in the choice of delivery tactics in favor of surgery.

The clinical case under consideration was an example of the presence of indications for cesarean section in a woman with preeclampsia and antenatal fetal death.

Key words: *clinical case, antenatal fetal death, stillbirth, caesarean section*

Клинический случай.

В родительное отделение ГБУЗ РА «МГКБ» 03.04.2024 в 12:30 поступила пациентка Б., 18 лет с данными УЗИ и жалобами на отсутствие шевелений плода с 01.04.2024 г., боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту. Отмечает ухудшение общего состояния с подъемом артериального давления до 130/90 мм.рт.ст. в течение последнего месяца (женщина гипотензивные препараты не принимала). При осмотре отмечается состояние женщины как удовлетворительное.

Объективные данные: беременная правильного телосложения, повышенного питания. При осмотре рост 160 см, вес 90 кг. Температура 36.4 °С. Пульс 87 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание в легких везикулярное. Живот увеличен за счет беременности, мягкий, безболезненный при пальпации. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. При осмотре выявлены умеренные отеки голеней и стоп. Поколачивание по поясничной области с обеих сторон безболезненное. Мочеиспускание, со слов, свободное, безболезненное. Стул нормальный, оформленный. При наружном акушерском обследовании: матка в нормальном тонусе. Форма живота овоидная. Обхват живота 93 см, высота стояния дна матки 25 см. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец плода. Сердцебиение плода не выслушивается.

Анамнез жизни: ветряная оспа, ангина, ОРЗ, перелом локтевой кости справа в 2008 году. Туберкулез, гепатит, венерические заболевания, вредные привычки отрицает. Переливания крови и препаратов крови отрицает. Эпидемиологический и аллергологический анамнез не отягощены.

Гинекологический анамнез: менархе с 14 лет, менструации регулярные, безболезненные, умеренные по 3-4 дня, через 29 дней. Последняя менструация 05.09.2023 года. Начало половой жизни с 18 лет, барьерная контрацепция, состоит в зарегистрированном браке. Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез: беременность I, роды I. На учете состоит с 10 недели. I триместр протекал без осложнений. В 19 недель в связи с жалобами на тянущие боли внизу живота был выставлен диагноз угроза прерывания беременности, а также с выявлением в бактериологическом посеве мочи *Escherichia coli* было назначено лечение канефроном с 20.02.2024 по 05.03.2024. Три дня назад отмечает отеки голеней и стоп, подъем АД 141/92 мм.рт.ст. Общая прибавка веса - 6 кг равномерная. На момент осмотра АД на обеих руках 142/91- 140/90 мм.рт.ст.

03.04.2024 года в связи с жалобами на отсутствие шевеления плода было проведено УЗИ. Заключение: Беременность 22-23 недели. Тазовое предлежание плода. Маловодие. Антенатальная гибель плода. СЗРП II ст. С данными УЗИ и жалобами на отсутствие шевелений плода женщина поступила в родильное отделение.

При поступлении в стационар проведено внутреннее исследование: степень «зрелости» шейки матки по Bishop 0 баллов.

Выставлен клинический диагноз: Беременность 26 недель. Тазовое предлежание плода. Преэклампсия умеренная. ХрПН. Маловодие. СЗРП II ст. Антенатальная гибель плода. Ожирение I ст.

При поступлении назначено полное клиничко-лабораторное обследование. С целью профилактики судорожного синдрома начата магниевая инфузия согласно клиническому протоколу.

03.04.2024 15:00. Совместный осмотр с заведующей родильным отделением и анестезиологом. На фоне психоэмоционального расстройства у беременной

выявлено повышение АД до 160/100-159/100 мм.рт.ст. Жалоб активных не предъявляет. Матка в нормальном тоне. В общем анализе мочи, взятом в разовой порции при поступлении, протеинурия 2,9 г/л. Продолжается обследование; рекомендован осмотр кардиолога, невролога, офтальмолога. Магнезиальная инфузия не прекращается.

03.04.2024 17:00. На фоне проводимой антигипертензивной и магнезиальной терапии состояние пациентки оценивается как средней степени тяжести. Артериальное давление на обеих руках стабильное, в пределах 152/100-153/100 мм.рт.ст.. Матка в нормотонусе. В общем анализе мочи, взятом повторно в разовой порции, протеинурия 3,0 г/л. Магнезиальная инфузия продолжается.

03.04.2024 19:00. Состояние беременной оценивается как тяжелое. Пациентка предъявляет жалобы на мелькание мушек перед глазами, головную боль, тошноту. Артериальное давление на фоне проводимой медикаментозной терапии 162/102 - 165/103 мм.рт.ст. Пульс 94 уд/мин, удовлетворительных качеств.

На фоне проводимой терапии отмечается ухудшение состояния беременной. Учитывая тяжелую преэклампсию, ухудшение состояния женщины на фоне проводимой медикаментозной терапии, отсутствие условий для консервативного родоразрешения, принято решение родоразрешить беременную в экстренном порядке оперативным путем.

Операция кесарева сечения технически проведена без осложнений. Извлечена мертвая, недоношенная девочка весом 510 г, ростом 24 см. Плацента дряблая, кальцинированная, пуповина отечная. Кровопотеря 400 мл (10% ОЦК 585 мл).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Родильница выписана домой на 3-и сутки с необходимыми рекомендациями.

Заключение патологоанатомического вскрытия плода от 05.04.2024 года: По данным патоморфологического исследования смерть наступила антенатально в результате нарушения интраплацентарного кровообращения: при исследовании последа - склероз ворсин (свидетельствует о структурных изменениях последа с признаками недостаточности), тнойный плацентит, острое венозное полнокровие головного мозга и внутренних органов плода, выраженные аутолитические явления внутренних органов, также выявлены признаки внутриутробной инфекции - внутриутробная полисегментарная интерстициальная пневмония, нефрит, гепатит.

Обсуждения.

В нашем клиническом случае первобеременная без явных факторов риска мертворождений и без осложненного акушерско-гинекологического анамнеза поступила с признаками тяжелой преэклампсии в сроке 26 недель беременности. По данным УЗИ выявлены признаки плацентарной недостаточности: задержка развития плода (22-23 недели по фетометрии), маловодие. В данном случае плацентарная недостаточность, приведшая к антенатальной гибели плода, могла быть вызвана как тяжелой преэклампсией, так и инфекцией мочевыводящих путей, выявленной в 19 недель.

Данные патологоанатомического вскрытия подтверждают нарушение процесса плацентации и наличие структурных изменений ворсин хориона, а также выраженные воспалительные изменения сосудов плаценты и внутренних органов плода.

По данным литературы выделяют несколько факторов, несомненно повышающих риск мертворождений. В рассматриваемом клиническом случае, по нашему мнению, наиболее вероятны две причины, приведшие к

катастрофическому исходу для плода: артериальная гипертензия матери и инфекция мочевыделительной системы.

По данным литературы хроническая гипертензия увеличивает риск мертворождения в три раза. Гипертензия является распространенным заболеванием, осложняющим беременность; заболеваемость составляет 9,6%. [8] Гестационная гипертензия показывает повышенный риск мертворождения в некоторых исследованиях. [7]

Инфекция как причина мертворождения может быть недооценена, поскольку признаки и симптомы инфекции часто не обнаруживаются, а оценка на наличие инфекции часто не проводится. В нашем случае клиническое обследование на наличие инфекции мочевыделительной системы проведено не в полном объеме: отсутствуют данные посева мочи на наличие микрофлоры и чувствительность к антибиотикам. Мертворождение, связанное с инфекцией, варьируется от 5% до 22%. [6] В развитых странах инфекция составляет 19% мертворождений до 28 недель, но только 2% мертворождений в срок. Когда причиной мертворождения является инфекция, распространены спонтанные преждевременные роды.

В нашем случае женщина была родоразрешена преждевременно, в 26 недель беременности, что подтверждает общие показатели. Когортное исследование в США продемонстрировало инфекцию как вероятную или возможную причину мертворождения в 12,9% случаев. Преобладающие культивируемые бактерии включали *Escherichia coli* 29%, стрептококк группы В (GBS) 12%, энтерококк 12% и редко *Listeria monocytogenes*.

В данном рассматриваемом клиническом случае метод родоразрешения был выбран в пользу оперативного в связи с ухудшением течения преэклампсии у женщины, отсутствием возможности родов через естественные родовые пути, учитывая 0 баллов по шкале Bishop, и отсутствием возможности и времени для преиндукции родов.

По данным литературы показания к выполнению операции кесарева сечения при мертворождении в большинстве случаев не отличаются от таковых при живорождении (гипертензивные состояния, сахарный диабет, в том числе гестационный).

Родильница с антенатальной гибелью плода, которой проведено кесарево сечение, требует особого внимания. В каждом конкретном случае необходимо учитывать состояние родильницы с антенатальной гибелью плода в целом, подходить персонализировано (анамнез, физиологическое состояние, психоэмоциональный и социальный статус). Конечно, пациентку, перенёсшую антенатальную гибель плода, необходимо выписывать сразу же, как только это позволяет клиническая ситуация (с данной пациенткой именно так и было сделано), имея в виду достижение полного выздоровления в привычной обстановке среди членов семьи и снижение риска развития послеродовой депрессии.

Заключение.

Проблема мертворождения требует дальнейшего изучения и поиска эффективных методик и технологий для улучшения данного показателя. Необходимы соответствующие клинические рекомендации по ведению родов у пациенток с антенатальной гибелью плода, включающих все аспекты помощи данной категории, в том числе и психологические.

Оперативное родоразрешение по жизненным показаниям в интересах жизни и здоровья женщины оправдано при наличии тяжелой экстрагенитальной патологии или тяжелых осложнениях беременности.

Также рекомендуется более подробное изучение роли кризисных этапов гестации, для которых характерна манифестация антенатальной гибели плода (конец II и III триместров), изучение факторов риска в развитии антенатальной гибели плода, а также методов предупреждения.

Представленная история родов демонстрирует экстренное родоразрешение женщины путем кесарева сечения при антенатальной гибели плода. Выбранная тактика ведения пациентки была продиктована объективными клиническими данными роженицы, ее индивидуальными особенностями и также ее общим состоянием.

Литература:

1. Американский колледж акушеров и гинекологов, Общество медицины матери и плода: Ведение мертворождений. Консенсус по акушерской помощи No 10, 2020 г.
2. Лаун Дж.Э., Бленкоу Х., Вайсва., Амузу А., Мазерс С., Хоган Д., Фленади В., Фроен Дж.Ф., Куреши Зу, Калдервуд С., Шейх С., Джассир Ф.Б., Ю Д., МакКлюр Э.М., Матай М., Казенс С., Ланцет Окончание серии предотвратимых мертвых рождений исследовательская группа. *Lancet Deadbirth Epidemiology* исследовательская группа Мертворождения: показатели, факторы риска и ускорение к 2020 году. *Ланцет*. 2016 6 февраля; 387 (10018):587-603. [PubMed]
3. Ман Дж., Хатчинсон Дж.С., Хизелл А.Е., Эшворт М., Левин С., Себир Н.Дж. Мертворождение и внутриутробная смерть плода: факторы, влияющие на определение причины смерти при вскрытии. *Ультразвуковое исследование* 2016 Ноябрь; 48 (5):566-573. [PubMed]
4. Reinbrant HE, Leisher SH, Coory M, Henry S, Wojcieszek AM, Gardener G, Lourie R, Ellwood D, Teoh Z, Allanson E, Blencowe H, Draper ES, Erwich JJ, Froen JF, Gardosi J, Gold K, Gordijn S, Gordon A, Heazell A, Khong TY, Korteweg F, Lawn JE, McClure EM, Oats J, Pattinson R, Pettersson K, Siassakos D, Silver RM, Smith G, Tunclap O, Flenady V. Делаем мертворождение видимым: систематический обзор всемирно зарегистрированных причин мертворождения. *BJOG*. 2018 январь; 125 (2): 212-2234 [PubMed]
5. Клинические рекомендации: «Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения» https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics
6. «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах послеродовом периоде» https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics
7. Зиле И., Эбела И., Румба-Розенфельде И. Факторы риска мертворождения у матери: исследование на основе регистра. *Medicina (Каунас)*. 2019 01 июля; 55 (7) [PubMed]
8. Хьюз Д.С., Маганн Э.Ф. Дородовое наблюдение за плодом «Оценка AFV». *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2017 Январь; 38 :12-23. [PubMed]

References:

1. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society of Maternal and Fetal Medicine: Stillbirth Management. Consensus on Obstetric Care No. 10, 2020
2. Laun J.E., Blenkow H., Vaiswa., Amuzu A., Mathers S., Hogan D., Flenadi V., Froen J.F., Qureshi Zu, Calderwood S., Sheikh S., Jassir F.B., Yu D., McClure E.M., Matai M., Cousins S., Lancet Ending a series of preventable stillbirths research group. *Lancet Deadbirth*

- Epidemiology Stillbirth Research Group: Indicators, growth factors and acceleration by 2020. The lancet. 2016 February 6; 387 (10018):587-603.[PubMed]*
3. *Man J., Hutchinson J.S., Heazell A.E., Ashworth M., Levin S., Sebir N.J. Stillbirth and fetal death: factors influencing the determination of the cause of death at autopsy. Ultrasound examination 2016 November; 48 (5):566-573. [PubMed]*
 4. *Reinbrant HE, Leisher SH, Coory M, Henry S, Wojcieszek AM, Gardener G, Lourie R, Ellwood D, Teoh Z, Allanson E, Blencowe H, Draper ES, Erwich JJ, Froen JF, Gardosi J, Gold K, Gordijn S, Gordon A, Heazell A, Khong TY, Korteweg F, Lawn JE, McClure EM, Oats J, Pattinson R, Pettersson K, Siassakos D, Silver RM, Smith G, Tunclap O, Flenady V. Making Stillbirth Visible: a systematic review of globally documented causes of stillbirth. BJOG. 2018 January; 125 (2): 212-2234 [PubMed]*
 5. *Clinical recommendations: "Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения" https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics*
 6. *«Hypertensive disorders during pregnancy, childbirth and the postpartum period» https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics*
 7. *Zile I., Ebela I., Rumba-Rosenfelde I. Maternal stillbirth risk factors: a register-based study. Medicina (Kaunas). 2019.01. July; 55 (7) [PubMed]*
 8. *Hughes D.Gr., magann E.F. Prenatal observation of the fetus "Assessment of the AFV". The best " Practical " solutions of the " clinical " seminar ", January 2017, 38 :12-23. [PubMed]*