

2. Матаев С.И. Значение ожирения в фетальном программировании хронических заболеваний / С.И. Матаев, Т.Н. Василькова, Н.Б. Чабанова, В.А. Полякова // Современные проблемы науки и образования. - 2017. - №2. – С. 73.

3. Покусаева В.Н. Новые подходы к профилактике патологического увеличения массы тела при беременности / В.Н. Покусаева // Вестник российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. - 2014. - №1.- С. 66-72.

4. Чабанова Н.Б. Гестационная прибавка массы тела как определяющий фактор исхода беременности и отдаленных последствий для здоровья матери и ребенка / Н.Б. Чабанова, Т.Н. Василькова, С.И. Матаев // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2017. – Т8 - №16. - С. 74-80.

УДК 618.3-06

**Самойленко Ю.В., Фомина И.В.  
ОБЗОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ,  
ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ ПОЛНОЙ ОТСЛОЙКОЙ ПЛАЦЕНТЫ И  
АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА**

Кафедра акушерства и гинекологии  
Тюменский государственный медицинский университет  
Тюмень, Российская Федерация

**Samoylenko Y.V., Fomina I.V.  
CLINICAL CASE OF HEAVY PREECLAMPSIA, COMPLICATED BY  
COMPLETE MUDDERABLE PLACENTA AND ANTENATAL FETAL  
DEATH**

Department of Obstetrics and Gynecology  
Tyumen state medical university  
Tyumen, Russian Federation

E-mail: time18.00@mail.ru

**Аннотация.** В статье рассмотрен клинический случай родоразрешения первородящей пациентки 29 лет, при поступлении в приёмное отделение Перинатального центра у которой диагностированы преждевременная отслойка плаценты, антенатальная гибель плода и преэклампсия, а также HELLP-синдром. На операции кесарева сечения выявлена матка Кювелера, решался вопрос о сохранении репродуктивного органа. Применение комплекса мероприятий по верной интраоперационной акушерской тактике позволили сохранить матку и возможность первородящей в дальнейшем реализовать свою репродуктивную функцию.

**Annotation.** The article deals with a clinical case of delivery of a 29 years old primipara patient, upon admission to the emergency department of the Perinatal

Center, who was diagnosed with premature placental abruption, antenatal fetal death and preeclampsia, as well as HELLP syndrome. On the operation of Cesarean section, the Cuveler's uterus was revealed, the question of the preservation of the reproductive organ was resolved. The use of a complex of measures for the correct intraoperative obstetric tactics made it possible to preserve the uterus and the possibility of the primipara in the future to realize their reproductive function.

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

**Keywords:** preeclampsia, premature detachment of a normally located placenta, antenatal fetal death, HELLP syndrome, Cuveler's uterus.

### **Введение**

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.

**Цель исследования** – анализ клинического случая преэклампсии в сочетании с HELLP-синдромом, полной преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП), маткой Кювелера и антенатальной гибелью плода у первородящей пациентки.

### **Материалы и методы исследования**

Исследование проведено на основе анализа истории родов и индивидуальной карты беременной пациентки К., родоразрешенной в ГБУЗ ТО “Перинатальный центр” г. Тюмень в декабре 2018 г.

### **Результаты исследования 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/м<sup>2</sup>. 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 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 гистерэктомии, 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 к 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 гистерэктомии.

**Список литературы:**

1. Ghulmiyyah L, Sibai B Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia. Semin Perinatol. 2012 Feb; 36(1): 56-9.

2. Streegers EA, von Dadelszen P, Duvekot 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.

УДК 618-019

**Стрелова Д.А., Воронцова А.В., Звычайный М.А.  
ПРОБЛЕМА ОЖИРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК ЖЕНСКОЙ  
КОНСУЛЬТАЦИИ**

Кафедра акушерства и гинекологии лечебно-профилактического  
факультета

Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Strelova D.A., Vorontsova A.V., Zvychainyi M.A  
PROBLEM OF OBESITY IN PATIENTS OF FEMALE CONSULTATION**

Department of obstetrics and gynecology

Ural state medical university

Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: chekasina\_dasha@mail.ru