

УДК 618. 588 а

© Коллектив авторов, 2011.

СЛУЧАЙ АНТЕНАТАЛЬНОГО ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗРЫВА СОСУДА ПУПОВИНЫ

А. А. Широкова, А. К. Пругло, М. В. Черипко, А. В. Могоровская

*Кафедра акушерства и гинекологии №2 (зав. кафедрой – проф. И. И. Иванов),
ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь.*

CASE OF ANTENATAL OF INTRAUTERINE RAPTURE OF VESSEL OF UMBILICAL CORD

A. A. Shirokova, A. K. Pruglo, M. V. Cheripko, A. V. Mogorovskaya

SUMMARY

In the article the clinical case of patient is presented from a fetal distress by reason of antenatal of intrauterine rapture of vessel of umbilical cord. Complication of diagnostics of fetal distress is shown at this pathology of fetoplacental complex, which could become reason of mortinatality.

ВИПАДОК АНТЕНАТАЛЬНОГО ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗРИВУ СУДИНИ ПУПОВИНИ

А. А. Широкова, А. К. Пругло, М. В. Черипко, Г. В. Могоровська

РЕЗЮМЕ

У статті представлено клінічний випадок пацієнтки з дистресом плоду унаслідок антенатального внутрішньоутробного розриву судини пуповини. Продемонстровано складність діагностики дистресу плода при даній патології фетоплацентарного комплексу, яка могла стати причиною перинатальної смертності.

Ключевые слова: беременность, дистресс плода, доплер, пуповина, оболочечное прикрепление, истинный узел, разрыв сосуда, кесарево сечение.

Одной из основных проблем диагностики и ведения беременных с дистрессом плода является несвоевременная диагностика данного состояния, одной из множества причин которой является патология пуповины [1, 7].

На сегодняшний день в современном акушерстве имеется арсенал диагностических возможностей для оценки внутриутробного состояния плода как во время беременности, так и в родах, которые регламентированы действующим приказом МЗ Украины от 27.12.2006 г. № 900 [5], включающий УЗИ с доплер-картированием и оценкой биофизического профиля, кардиотокографией, аускультацией. Однако, ни один из этих методов не дает четкого представления о внутриутробном состоянии плода с патологией пуповины [2]. В.Е. Радзинский и соавт. (2004) считают, что наиболее трудно диагностируемыми случаями являются истинные узлы пуповины, которые встречаются в 0,5% родов, а также оболочечное прикрепление пуповины, составляющее 0,1-1,8% родов [4, 6]. Как правило, эти случаи являются urgentными, а недостаток времени для проведения всех диагностических мероприятий в полном объеме затрудняет постановку своевременного диагноза.

С целью уменьшения количества случаев дистресса плода по причине патологии пуповины рассмотрен клинический случай внутриутробного антенатального отрыва пуповины и остро развившегося

дистресса плода в клиническом родильном доме РТМО Симферопольского района АР Крым.

Пациентка Д., 21 года, была взята на учет в сроке 5 недель беременности в женской консультации Белогорской центральной городской больницы. Беременность 1-я. Трижды (в сроках 6, 17, 21 нед.) находилась на стационарном лечении с угрозой прерывания беременности. В дальнейшем беременность протекала физиологически, но в сроке 35 недель беременности перенесла ОРВИ. В женской консультации клинико-биохимическое обследование проведено в полном объеме, в установленные сроки проводилось УЗИ – патологических изменений, в том числе и пуповины, выявлено не было. Консультирована смежными специалистами – соматически здорова.

10.02.10 г. обратилась в женскую консультацию с жалобами на снижение активности плода в течение последних суток. Аускультативно отмечается урежение частоты сердечных сокращений до 100 ударов в мин, в связи с чем направлена на госпитализацию в РТМО Симферопольского района с диагнозом: Беременность 41 нед. 1 день. Дистресс плода?

11.02.10 г. в 12.00 поступила в родильное отделение в удовлетворительном состоянии с прежними жалобами.

Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 72 уд. в мин. АД на правой руке – 150/100 мм рт. ст., на левой руке – 140/90 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное хри-

пов нет. Печень и селезенка недоступны для пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Экспресс анализ на наличие белка в моче – слабоположительный.

Объективно: живот увеличен за счет беременной матки, правильной овоидной формы, ВДМ – 37 см, ОЖ – 99 см. Матка в нормальном тоне, при пальпации безболезненна. Положение плода продольное, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, ниже пупка, до 100 уд. в мин.

Выделения из половых путей слизистые, умеренные. Взят мазок на гп.

Околоплодные воды не изливались. Отеков нет. Размеры таза: D.Sp. – 25 см, D.Cr. – 27 см, D.tr. – 29 см, C.ext. – 19 см. Предполагаемый вес плода – 3500 г.

PS: шейка матки конической формы, внутренний зев точечный, выделения из половых путей слизистые умеренные.

PV: влагалище нерожавшей, узкое. Шейка матки сакрально, плотная, укорочена до 3 см, внутренний зев пропускает купол пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, прижата к I плоскости малого таза. Мыс недостижим. Стенки таза гладкие.

Общий анализ крови от 11.02.10 г.: Hb – 111,6 г/л, эр – $3,54 \cdot 10^{12}/л$, Ht – 36%, Tr – $161 \cdot 10^9/л$, L – $14,1 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 10 мм/час, п/я – 10%, с/я – 64%, э – 9%, л – 15%, м – 2%.

Общий анализ мочи от 11.02.10 г.: цвет – соломенно-желтый, реакция – слабо щелочная, белок – 0,033 г/л, сахар – не обнаружен, эпителий – большое количество, лейкоциты – 4-8-12 в поле зрения, эритроциты – 10-18 в поле зрения.

Биохимический анализ крови от 11.02.10 г.: общий билирубин – 16,40 мкмоль/л, прямой – 4,10 мкмоль/л, непрямой – 12,30 мкмоль/л, АЛТ – 0,68 мкмоль/час-мл, АСТ – 0,38 мкмоль/час-мл, общий белок – 63,8 г/л.

Коагулограмма от 11.02.10 г.: протромбиновый индекс – 89%, тромботест – IV ст, время рекальцификации – 80 сек., фибрин – 28 мг, АЧТВ – 38 сек., фибриноген «А» – 6,88 г/л, время свертывания – 7'00", фибриноген «Б» – не обнаружен.

Ультразвуковое исследование от 11.02.10 г.: предполагаемый гестационный срок – 41-42 недели, движение плода +, ЧСС 90 уд. в мин. Количество околоплодных вод уменьшено, вертикальный размер околоплодных вод – 35 мм (N до 72 мм). Локализация плаценты – по левой боковой стенке. Степень зрелости плаценты – II-III, толщина – 40 мм, вне зоны предлежания.

Допплерография от 11.02.10 г.: артерия пуповины S/D 1,90 (N – 2,19), 0,47 (N – 0,54), 0,66 (N – 0,74).

Заключение: Беременность 41-42 недели. Брадикардия плода. Маловодие.

На основании жалоб, данных объективного исследования, лабораторных и инструментальных методов

исследования выставлен диагноз: Беременность 41 неделя 2 дня. Гестационная гипертензия. Дистресс плода. Общеравномерносуженный таз I степени.

План ведения родов: учитывая наличие дистресса плода (подтвержден данными доплерографического исследования), развившегося во время беременности, при отсутствии регулярной родовой деятельности – решено родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке [3].

11.02.10 г. в 12.30 в асептических условиях под ЭТН произведена лапаротомия по Пфанненштилю. В нижнем сегменте поперечным разрезом вскрыта матка, излились околоплодные воды, окрашенные кровью, приблизительно 300 мл.

11.02.10 г. в 12.35 за головку извлечен плод женского пола без обвития пуповины, весом 3424 г, ростом 53 см, в состоянии по шкале Апгар на 1 минуте – 2 балла (2+0+0+0+0), на 5 минуте – 3 балла (2+0+1+0+0). Пуповина рассечена между зажимами, ребенок передан неонатологу. Через минуту послед удален рукой, особенности: оболочечное прикрепление пуповины с истинным узлом и разрывом одного сосуда. Дальнейший ход операции типичен. Интраоперационная кровопотеря составила 600 мл.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана на 5 сутки у удовлетворительном состоянии.

Заключительный диагноз: Роды I, срочные, в 41 неделю 2 дня. Гестационная гипертензия. Дистресс плода. Оболочечное прикрепление пуповины. Истинный узел пуповины. Разрыв сосуда пуповины. Общеравномерносуженный таз I степени. Кесарево сечение в нижнем сегменте.

Сразу после рождения ребенку проводились первичные реанимационные мероприятия. Новорожденный переведен в тяжелом состоянии в ПИТ с диагнозом: Интранатальная асфиксия тяжелой степени. Отек головного мозга. Дыхательная недостаточность III степени. Нарушение кровообращения I-II степени. Постгеморрагическая анемия.

В первые сутки проводилась инфузионно-трансфузионная терапия. 15.02.10 г. ребенок переведен в отделение патологии новорожденных КРУ «Детская клиническая больница» г. Симферополя для дальнейшего лечения, откуда был выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового педиатра.

ВЫВОДЫ

Описав и проанализировав данный случай, можно сделать вывод, что с целью снижения количества случаев дистресса плода, связанных с патологией пуповины, при возникновении минимальных признаков нарушения внутриутробного состояния плода необходима экстренная госпитализация в лечебное учреждение для проведения комплекса рекомендуемых диагностических манипуляций и своевременного родоразрешения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глуховец Б. И. Патология последа / Б. И. Глуховец, Н. Г. Глуховец. – СПб.: ГРААЛЬ, 2002. – 448 с.
2. Демидов В. Н. Применение доплерографии для диагностики обвития пуповиной / В. Н. Демидов // Пренатальная диагностика. – 2005. – Т. 4, № 1. – С. 10–13.
3. Клинічний протокол з акушерської допомоги // Наказ МОЗ України № 900 від 27.12.2006 р.
4. Медведева М. В. Пренатальная эхография / Медведева М. В. – [1-е изд.]. – М.: Реальное время, 2005. – 560 с.
5. Милованов А. П. Патология системы мать-плацента-плод: руководство для врачей. – Москва: Медицина, 1999. – 448 с.
6. Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложнённой беременности / под ред.: В. Е. Радзинского, А. П. Милованова. – М.: Мед. информ. агентство, 2004. – 393 с.
7. Pomeranz A. Anomalies, abnormalities, and care of the umbilicus / A. Pomeranz // *Pediatr. Clin. N. Amer.* – 2004. – Vol. 51. – P. 819–827.