

**РЕДКАЯ ПРИЧИНА ГИПОКСИИ ПЛОДА В РОДАХ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ**

© А.П. Мельников, И.Н. Волощук, А.Н. Аксенов, А.А. Аксенова, Г.С. Дзюба, В.И. Улятовская

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии»
Министерства здравоохранения Московской области, МоскваДля цитирования: Мельников А.П., Волощук И.Н., Аксенов А.Н., и др. Редкая причина гипоксии плода в родах. Клиническое наблюдение // Журнал акушерства и женских болезней. – 2019. – Т. 68. – № 4. – С. 95–98. <https://doi.org/10.17816/JOWD68495-98>

Поступила: 11.06.2019

Одобрена: 24.07.2019

Принята: 12.08.2019

■ Представлено наблюдение родоразрешения пациентки экстренным кесаревым сечением в связи с интранатальной гипоксией плода, обусловленной сочетанной патологией последа и плаценты, окруженной валиком, рассыпным прикреплением пуповины в области валика с разрывом одного из сосудов хориальной пластинки и кровотечением в амниотическую полость.

■ **Ключевые слова:** плодовая гипоксия; плацента, окруженная валиком; рассыпное прикрепление пуповины.

INTRAPARTUM FETAL HYPOXIA: AN ATYPICAL CASE REPORT

© A.P. Melnikov, I.N. Voloshchuk, A.N. Aksyonov, A.A. Aksyonova, G.S. Dzyuba, V.I. Ulyatovskaya

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology of the Ministry of Health of the Moscow Region,
Moscow, RussiaFor citation: Melnikov AP, Voloshchuk IN, Aksyonov AN, et al. Intrapartum fetal hypoxia: An atypical case report. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2019;68(4):95-98. <https://doi.org/10.17816/JOWD68495-98>

Received: June 11, 2019

Revised: July 24, 2019

Accepted: August 12, 2019

■ A case of abdominal delivery of the patient with acute intrapartum fetal hypoxia associated with a circumvallate placenta and a furcate cord insertion with the rupture of a chorionic plate vessel is reported.

■ **Keywords:** fetal hypoxia; circumvallate placenta; furcate cord insertion.

Патологические изменения плаценты, имеющие непосредственную связь с перинатальной заболеваемостью и смертностью, многообразны и подробно описаны в литературе [1, 2]. Одним из таких патологических состояний является *placenta circumvallata* — плацента, окруженная валиком. Установлено, что плацента, окруженная валиком, сопровождается повышенным риском перинатальной смерти, преждевременных родов, плодово-материнских кровотечений [1, 3–5]. Значительный вклад в развитие внутриутробной гипоксии вносят и патологические изменения пуповины, среди которых наиболее частыми являются тугое обвитие, оболочечное прикрепление, тромбоз сосудов. Рассыпное прикрепление пуповины (*furcate cord insertion*) — редкая патология, при которой сосуды пупочного канатика начинают

разветвляться, не достигая места прикрепления к хориальной пластинке плаценты. Фрагмент пуповины с разветвленными сосудами обычно лишен вартонова студня, вследствие чего легко подвергается сдавлению, тромбозу, разрывам [2]. В литературе описаны наблюдения неблагоприятных исходов рассыпного прикрепления — внутриутробная смерть, внутриамниотическое кровотечение, острая гипоксия [6, 7], в том числе при сочетании плаценты, окруженной валиком, и аномалии прикрепления пуповины [8].

Приводим описание клинического наблюдения острой гипоксии плода, обусловленной редким вариантом сочетанной патологии последа — рассыпным прикреплением пуповины в области валика с разрывом одного из сосудов.

Пациентка К., 39 лет, поступила в клинику патологии беременных МОНИИАГ с диагнозом: «Беременность 38–39 нед., головное предлежание, гестационный сахарный диабет, множественная миома матки больших размеров, анемия легкой степени. Первые роды после 30 лет».

Настоящая беременность первая, наступила спонтанно; в I триместре на сроке 10–11 нед. выявлена анемия легкой степени, проводилось лечение с эффектом, во II триместре выявлен гестационный сахарный диабет, компенсирован диетой. Миома матки впервые выявлена при настоящей беременности.

Планировались роды через естественные родовые пути с мониторным контролем состояния плода и сократительной деятельности матки и применением медикаментозного обезболивания. С учетом возраста первородящей при отклонении от нормального течения родов и появлении признаков гипоксии плода предполагалось абдоминальное родоразрешение в экстренном порядке.

На 3-и сутки пребывания пациентки в отделении произошло родовое излитие околоплодных вод. Предоставлен медикаментозный сон, после чего (через 3,5 ч) начато родоразбуждение окситоцином, и через полчаса началась регулярная родовая деятельность. Через 4 ч от начала регулярных схваток на фоне введения окситоцина по записи кардиотокографии зафиксирован эпизод урежения сердечбиений плода с базального уровня 136 уд/мин до 80–90 уд/мин продолжительностью 7,5 мин, с увеличением частоты сердечбиения плода сразу после замедления до 150 уд/мин и последующим восстановлением базального ритма (рис. 1).

Прекращено введение окситоцина, назначена аскорбиновая кислота. По данным внутреннего исследования зафиксировано на-

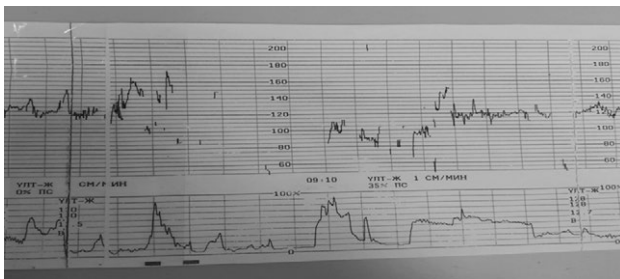


Рис. 1. Кардиотокограмма плода (эпизод урежения сердечбиений)

Fig. 1. Fetal cardiotocography showing decreasing fetal heart rate

чало 1-го периода родов. Поставлен диагноз: «Беременность 39 нед. Головное предлежание. 1-й период родов. Гестационный сахарный диабет (диетотерапия). Множественная миома матки больших размеров. Первые роды после 30 лет. Дородовое излитие околоплодных вод. Родовозбуждение окситоцином. Острая гипоксия плода». Был принят план экстренного родоразрешения путем кесарева сечения. Под общей анестезией с искусственной вентиляцией легких произведена операция нижне-срединного чревосечения, кесарево сечение по Кереру. После вскрытия передней стенки матки поперечным разрезом на 1 см выше прикрепления *pl. vesicouterinae* излилось умеренное количество околоплодных вод, окрашенных кровью без сгустков. Извлечена живая доношенная девочка массой 3400 г, длиной 51 см без видимых пороков развития с однократным обвитием пуповины вокруг шеи и туловища. Оценка состояния по шкале Апгар 5/7 баллов. Плацентарная площадка располагалась по задней стенке в дне матки. Отмечалось краевое прикрепление пуповины, имел место разрыв сосуда в области прикрепления пуповины.

Послеродовой период осложнился анемией средней степени, назначено лечение. В удовлетворительном состоянии выписана домой на 5-е сутки для наблюдения врачом акушером-гинекологом по месту жительства.

Состояние девочки при рождении тяжелое за счет перенесенной асфиксии, после оказания первичной реанимационной помощи, включая интубацию трахеи и искусственную вентиляцию легких, ребенок переведен в отделение реанимации, назначена комплексная инфузионная терапия, в том числе антибактериальная. Эритроциты — $5,32 \cdot 10^{12}$, гемоглобин — 181 г/л, гематокрит — 50,1 %. В кардиотонической поддержке ребенок не нуждался. На 3-и сутки жизни ребенок переведен для дальнейшего лечения в отделение реанимации новорожденных Московского областного перинатального центра, выписан на 12-е сутки жизни. Окончательный диагноз: «Врожденная пневмония, неуточненная. Ишемия мозга, церебральная депрессия, улучшение. Неонатальная инфекция мочевых путей, реконвалесцент».

Результаты морфологического исследования плаценты

Плацента с низкой массой 378 г (16 перцентилей, медиана — 480 г) и низким плацентарно-плодовым коэффициентом 0,11 (норма — 0,13–0,19),

на протяжении $\frac{1}{3}$ периметра плаценты определялся валик, представленный широким слоем фибриноида с замурованными в нем ворсинками; дистально от валика ткань плаценты, непокрытая оболочками, шириной до 4 см с кровозлиянием. Пуповина длиной 70 см прикреплена к плаценте в области валика, имеет признаки рассыпного прикрепления: преждевременное разветвление сосудов пуповины с дефицитом вартонова студня вокруг них на протяжении 2 см. В месте прикрепления пуповины определяется щелевидный дефект хориальной пластинки с разрывом одного из сосудов (рис. 2). Строение и васкуляризация ворсинчатого дерева соответствовали сроку беременности; воспалительные изменения в последе отсутствовали.

В представленном наблюдении выявлено сочетание нескольких морфологических особенностей строения плаценты, в совокупности обусловивших развитие острой гипоксии плода — краевое рассыпное прикрепление пуповины в области валика. Каждая из выявленных аномалий последа сама по себе является фактором риска по развитию гипоксии и плодово-материнского кровотечения. Кроме того, обвитие пуповины вокруг шеи и туловища плода привело к относительной ее короткости, что усугубило клинические проявления гипоксии. Вероятно, разрыв сосуда хориальной пластинки с кровотечением в амниотическую полость произошел незадолго до извлечения плода, о чем свидетельствует отсутствие анемии у новорожденного.

Анализ приведенного случая подтверждает необходимость постоянного кардиомониторного контроля в родах пациенток группы высокого риска. Родоразрешение в пределах 30 мин после постановки диагноза острой гипоксии, адекватное ведение новорожденного в асфиксии позволяют надеяться на относительно благоприятный исход родов. Рекомендуемая внутриматочная реанимация, по нашему мнению, также способствует улучшению состояния плода.

■ Информация об авторах (Information about the authors)

Андрей Павлович Мельников — канд. мед. наук, старший научный сотрудник акушерского физиологического отделения. ГБУЗ МО «МОНИИАГ» Минздрава Московской области, Москва.
E-mail: promel1980@yandex.ru.

Ирина Николаевна Волощук — д-р мед. наук, профессор, старший научный сотрудник патологоанатомического отделения. ГБУЗ МО «МОНИИАГ» Минздрава Московской области, Москва.
E-mail: ivoloshchuk@yandex.ru.



Рис. 2. Дефект хориальной пластинки с разрывом сосуда (указан стрелкой)

Fig. 2. Chorionic plate defect with vessel rupture (indicated by arrow)

Литература

1. Fox H, Sebire NJ. Pathology of the placenta. 3rd ed. Manchester, London: Saunders Elsevier; 2007.
2. Benirschke K, Burton GJ, Baergen RN. Pathology of the Human Placenta. 6th ed. Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer; 2012.
3. Baergen RN. Manual of pathology of the human placenta. 2nd ed. New York: Springer; 2011.
4. Suzuki S. Clinical significance of pregnancies with circumvallate placenta. *J Obstet Gynaecol Res.* 2008;34(1):51-54. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2007.00682.x>.
5. Taniguchi H, Aoki S, Sakamaki K, et al. Circumvallate placenta: associated clinical manifestations and complications — a retrospective study. *Obstet Gynecol Int.* 2014;2014:986230. <https://doi.org/10.1155/2014/986230>.
6. Laberke PJ, Deubler G. Sudden intrauterine death associated with furcate insertion of the umbilical cord. *Int J Legal Med.* 2009;123(6):509-512. <https://doi.org/10.1007/s00414-008-0295-6>.
7. Opri F, Jalůvka V. Intra-amniotic bleeding following rupture of umbilical artery. *Zentralbl Gynakol.* 1980;102(1):17-21.
8. Sharma N, Das R, Salam S, et al. Coexistent circumvallate placenta and battledore insertion of umbilical cord resulting in grave obstetric outcome: A case report. *J Reprod Infertil.* 2017;18(4):390-392.

Andrey P. Melnikov — MD, PhD, Senior Researcher. The Obstetric Department of Physiology, Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology of the Ministry of Healthcare of the Moscow Region, Moscow, Russia. E-mail: promel1980@yandex.ru.

Irina N. Voloshchuk — MD, PhD, DSci (Medicine), Senior Researcher. The Pathology Department, Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology of the Ministry of Healthcare of the Moscow Region, Moscow, Russia. E-mail: ivoloshchuk@yandex.ru.

Анатолий Николаевич Аксенов — канд. мед. наук, руководитель отделения неонатологии. ГБУЗ МО «МОНИИАГ» Минздрава Московской области, Москва. **E-mail:** detskiye@yandex.ru.

Анастасия Александровна Аксенова — младший научный сотрудник патологоанатомического отделения. ГБУЗ МО «МОНИИАГ» Минздрава Московской области, Москва. **E-mail:** anaaksyonova@yandex.ru.

Галина Сергеевна Дзюба — научный сотрудник патологоанатомического отделения. ГБУЗ МО «МОНИИАГ» Минздрава Московской области, Москва. **E-mail:** gala22_88@mail.ru.

Виктория Ивановна Улятовская — врач акушер-гинеколог акушерского физиологического отделения. ГБУЗ МО «МОНИИАГ» Минздрава Московской области, Москва. **E-mail:** mail4vika@inbox.ru.

Anatoliy N. Aksyonov — MD, PhD, the Head of the Department of Neonatology. Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology of the Ministry of Healthcare of the Moscow Region, Moscow, Russia. **E-mail:** detskiye@yandex.ru.

Anastasia A. Aksyonova — Junior Researcher. The Pathology Department, Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology of the Ministry of Healthcare of the Moscow Region, Moscow, Russia. **E-mail:** anaaksyonova@yandex.ru.

Galina S. Dzyuba — Researcher. The Pathology Department, Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology of the Ministry of Healthcare of the Moscow Region, Moscow, Russia. **E-mail:** gala22_88@mail.ru.

Viktoria I. Ulyatovskaya — MD. The Obstetric Department of Physiology, Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology of the Ministry of Healthcare of the Moscow Region, Moscow, Russia. **E-mail:** mail4vika@inbox.ru.