

A watercolor illustration of a woman from the waist up, holding a fetus. The woman has long, wavy hair and is wearing a dark blue top. The fetus is wrapped in a white cloth and is held in her arms. The background is a warm, golden-yellow color with soft, painterly textures. In the top left corner, there is a circular logo with the word 'casuistica' written in a stylized font.

casuistica

Для библиографических ссылок

• Князев С.А. Обзор клинического случая тяжёлой преэклампсии // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2025. — №1 (118). — С. 79–82.

StatusPraesens

без диагноза

Обзор клинического случая тяжёлой преэклампсии

Автор-обозреватель: Сергей Александрович Князев, канд. мед. наук, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГКБ им. М.П. Кончаловского, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы (Москва)

Одно из центральных событий «Сочинских контраверсий» — **переключка перинатальных центров (ПЦ)**, в ходе которой специалисты **обсуждают показатели** минувшего года, **дискутируют, обмениваются опытом** и мнениями по различным аспектам практической работы. Это мероприятие не ограничено определённым залом, где проходит подведение итогов и составление рейтинга. Переключкой можно считать гораздо большее количество заседаний, на которых коллеги докладывают **сложные клинические случаи** из собственной практики.

На секции «Будни перинатального центра» большой интерес аудитории вызвал доклад зам. главного врача по акушерству и гинекологии ПЦ ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова Марии Александровны Пониманской. Непростая ситуация, с которой пришлось столкнуться сотрудникам медицинского учреждения, потребовала консолидации большого числа **врачебных и организационных ресурсов**, а также выдержки и смелости.

Пациентка не имела полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), поэтому при наступлении беременности, первой для неё, она **не вставала на учёт в женскую консультацию**, а выборочно сдавала анализы или проходила исследования в частных медицинских организациях. **Никакого** системного наблюдения или положенного обследования не проводили. Возможно, так могло бы продолжаться до самых родов, однако жизнь распорядилась иначе.

Начало пути

В 13 нед беременности женщину стали беспокоить **боли в пояснице, одышка, слабость и быстрая утомляемость**, о чём она сообщила врачу частного медицинского центра. При ультразвуковом исследова-

нии (УЗИ) обнаружили асцит и гидроторакс: скопление жидкости до 800 мл в правом паранефральном пространстве и плевральной полости до 800 мл. Акушер-гинеколог амбулаторного звена вызвал бригаду скорой медицинской помощи, и пациентку транспортировали **в гинекологическое отделение** одной из городских больниц Москвы. В лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) провели клиничко-лабораторное исследование, включавшее **УЗИ** брюшной полости, почек и забрюшинного пространства, лимфатических узлов, молочных желёз и щитовидной железы, электрокардиографию, эхокардиографию (ЭхоКГ), гастро- и колоноскопию.

В ходе обследования диагностировали нормохромную нормоцитарную **анемию лёгкой степени и субклинический гипотиреоз**. Для исключения онкологического

[При наступлении беременности пациентка не встала на учёт. В сроке 13 нед при УЗИ обнаружили скопление жидкости до 800 мл в правом паранефральном пространстве и гидроторакс до 800 мл.]



Пониманская Мария Александровна, канд. мед. наук, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии ЦАО г. Москвы, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова (Москва)

ности в условиях женской консультации и в клинко-диагностическом отделении (КДО) при родильном доме, продолжить антианемическую терапию препаратами трёхвалентного железа и приём левотироксина натрия. Причина асцита и гидроторакса осталась не выясненной.

Поиск продолжается

В сроке 19 нед у пациентки возобновились **тянущие боли в пояснице, озноб и лихорадка**, в связи с чем её госпитализировали в урологическое отделение ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова с диагнозом: «Беременность 19 нед. Почечная колика». После двукратного дренирования забрюшинного пространства женщину с диагнозом «анасарка неясного генеза» перевели в ПЦ того же ЛПУ, где в течение 3 нед **продолжили диагностический поиск**. Выполнили магнитно-резонансную и компьютерную томографию органов

Выполнили также Эхо-КГ, УЗИ брюшной, плевральной полостей, забрюшинного пространства, вен нижних конечностей, щитовидной железы, молочных желёз. Назначили **исследования на наличие заболеваний** бактериальной, вирусной и паразитарной этиологией, но возбудителей так и не обнаружили. По рекомендации врача-фтизиатра **исключили туберкулёз**. В общей сложности пациентку несколько раз проконсультировали разные специалисты — хирург, гематолог, эндокринолог, кардиолог, терапевт, однако диагноз так и не установили.

В связи с этим было принято решение о проведении **федерального консилиума** на базе НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова. На консилиуме были **высказаны предположения** о наличии у пациентки тяжёлого аутоиммунного патологического состояния, недостаточности системы комплемента, системных заболеваний и **рекомендованы следующие исследования**: повторное исследование онкомаркёров, системы комплемента, колоноскопия, гастроскопия, пункции плевральной и паранефральной полостей. Результаты рекомендованных исследований **не дали новой информации** и не приблизили к разгадке. **Объём жидкости** в забрюшинном пространстве **увеличивался**, что сопровождалось **усилением болей** в поясничной области.

Женщине **снова выполнили дренирование** забрюшинного пространства, которое впоследствии повторяли **ещё 7 раз**. Проводили антианемическую и антибактериальную терапию, профилактику венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений. С момента наступления беременности пациентка **потеряла 14 кг** массы тела, у неё сохранялись слабость и немотивированная усталость.

Неожиданный эффект

При очередном контроле клинического анализа крови у беременной определили **анемию тяжёлой степени**, концентрация гемоглобина снизилась до 68 г/л, в связи с чем женщине выполнили **трансфузию двух доз эритроцитарной массы** с положительным эффектом.

Учитывая высокую вероятность досрочного родоразрешения, было решено провести в 24 нед **профилактику респираторного дистресс-синдрома (РДС)** плода

[В сроке 19 нед беременности после двукратного дренирования забрюшинного пространства продолжили диагностический поиск. За 3 нед помимо асцита и гидроторакса никаких изменений не выявили.]

заболевания выполнили диагностическую лапароскопию и пункцию плеврального и паранефрального пространств с последующим цитологическим исследованием полученных материалов. **Раковых клеток в аспиратах не выявили**. При колоноскопии провели биопсию участка кишки для гистологического исследования. При первом просмотре стёкол в представленных фрагментах морфологическую картину трактовали как **подозрительную по лимфоме**, но при пересмотре **информация не подтвердилась**.

За время пребывания в стационаре пациентка получала антикоагулянтную, антианемическую и заместительную гормональную (левотироксин натрия) терапию. В сроке 18 нед будущую мать **выписали с диагнозом**: «Беременность 18–19 нед. Двусторонний паранефрит. Асцит. Двусторонний гидроторакс. Первичный субклинический гипотиреоз. Ангиопатия сетчатки». Женщине **рекомендовали наблюдение по беремен-**

брюшной полости, лёгких, малого таза. Помимо асцита и гидроторакса никаких изменений не выявили. По результатам клинко-лабораторных исследований: **анемия средней степени** (концентрация гемоглобина 86 г/л), **субклинический гипотиреоз**. Остальные показатели не выходили за пределы референсных значений.

Учитывая неясность с верификацией диагноза и неоднозначную трактовку клинической картины, беременную направили **на городской консилиум**, который рекомендовал провести **повторное обследование** пациентки по трём основным направлениям: онкологические, инфекционные и системные заболевания.

По данным УЗИ констатировали **нарастание объёма жидкости** в забрюшинном пространстве, достигшее около 2 л. Клинический анализ крови по-прежнему указывал на анемию (колебания концентрации гемоглобина составили от 74 до 98 г/л), в анализе мочи определили **умеренную протеинурию** (от 0,3 до 1 г/л).



© Miroslavhub / Konrequisit/Stock

[На сроке 26 нед появилась фебрильная лихорадка, стала нарастать одышка, отёки голеней и стоп. Пациентка стала резко набирать массу тела. В 28 нед впервые зафиксировали артериальную гипертензию.]

глюкокортикоидами по схеме: дексаметазон 8 мг каждые 8 ч. В течение 24 ч после проведения курса у пациентки по данным УЗИ **уменьшился объём жидкости** в забрюшинном пространстве и гидроторакс. Поскольку дренажи функционировали, было решено их оставить. На фоне положительной динамики женщину в сроке 25 нед **выписали домой**, под наблюдение врача КДО ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова. Благодаря помощи Департамента здравоохранения г. Москвы будущей матери в кратчайшие сроки оформили полис ОМС, и она **встала на учёт по беременности** в женскую консультацию при ПЦ.

Дома объём отделяемого по дренажам заметно уменьшился, улучшилось и субъективное состояние. Однако в 26 нед появилась **фебрильная лихорадка**, резко стала нарастать **одышка, отёки голеней и стоп**. Пациентку **вновь госпитализировали** в ПЦ в отделение патологии беременности ГБУЗ «ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ» с предварительным диагнозом: «Беременность 26,5 нед. Тазовое предлежание. Состояние после перенесённого дренирования асциты, реактивного двустороннего гидроторакса. Состояние после дренирования левого и правого забрюшинных пространств. Состояние после гемотрансфузии. Первичный гипотиреоз в стадии медикаментозной компенсации. Хронический поверхностный гастрит в стадии ремиссии. Анемия лёгкой степени».

Без диагноза

Поиск диагноза продолжался: врачи ПЦ проводили часы в изучении мировой научной литературы, пытаясь найти описание аналогичного или хотя бы похожего случая. Исключали сложные генетические аномалии, прионные болезни, однако диагноз так и не был поставлен.

Учитывая, что после курса профилактики РДС прошло 4 нед, пациентке назначили **повторный курс дексаметазона**,

но такого же эффекта, как от первого, не получили. Жидкость в забрюшинном пространстве продолжала вырабатываться, по дренажам ежедневно поступало **светлое серозное отделяемое** в общем объёме **до 900 мл**.

После второй госпитализации пациентка стала **резко набирать массу тела**, появились **генерализованные отёки**. В 28 нед впервые зафиксировали артериальную гипертензию. Протеинурию у женщины наблюдали ещё с 19 нед, в связи с этим для исключения или подтверждения преэклампсии исследовали **соотношение sFLT-1/PlGF***, которое превышало пороговое значение **в 2 раза**.

Начали **антигипертензивную, магнезиальную терапию**, каждые 3 дня осуществляли контроль биохимического анализа крови, коагулограммы, клинического анализа крови и суточной экскреции белка с мочой.

В 30 нед беременности на фоне максимальных доз антигипертензивной терапии (метилдопа 500 мг 4 раза в день, нифедипин 30 мг 2 раза в день) артериальное давление повысилось до 160/100 мм рт.ст., отмечено снижение уровня тромбоцитов до 145 тыс. Выставили диагноз **«тяжёлая преэклампсия»** и приняли решение о **родоразрешении путём кесарева сечения**. Операцию выполняла мультидисциплинарная команда, состоящая из акушеров-гинекологов, хирургов и урологов.

Интраоперационно из брюшной полости эвакуировали 3 л жидкости, визуально органы не изменены. На анализ взяли пробу асцитической жидкости, выполнили биопсию яичников, сальника. При гистологическом и цитологическом исследовании **атипических клеток не выявили**.

При всех имеющихся нарушениях у беременной **состояние плода** по данным УЗИ и доплерометрии оставалось **удовлетворительным**. Ребёнок родился с массой тела **1275 г**, с оценкой по шкале Апгар **7/8 баллов**. Его перевели в отделение реанимации новорождённых, где

он получал дыхательную поддержку через биназальные канюли.

В послеродовом периоде в течение 3 сут у пациентки сохранялась жидкость в забрюшинном пространстве, в течение 2 сут у неё отмечали брадикардию до 58 уд/мин. Однако начиная с 4-х суток состояние стало улучшаться, результаты лабораторных тестов пришли в норму. **На 10-е сутки женщину выписали** в удовлетворительном состоянии. Далее она пребывала в ПЦ, но уже в качестве матери по уходу за ребёнком в отделении патологии новорождённых и выхаживания недоношенных детей. Младенца выписали домой в возрасте **1 мес 30 дней** в удовлетворительном состоянии.



Клинический случай вызвал живой интерес аудитории, и от участников мероприятия прозвучал ряд интересных комментариев. Выступающие особенно оценили **скорость и эффективность коммуникации** специалистов разных направлений, которые свидетельствуют о **хорошей организации** столичной акушерской службы. Присутствующие в зале и модератор также особенно отметили **мужество и высокую профессиональную ответственность** коллег: несмотря на всю сложность ситуации и очевидное желание завершить беременность (подсознательно возникающее в голове любого акушера-гинеколога, сталкивающегося с проблемой, не поддающейся пониманию), врачи не пошли на поводу у эмоций, а проявили хладнокровие, позволившее **пролонгировать гестацию**, получить удовлетворительный результат и не просто спасти пациентку, но и подарить ей счастье материнства и дать жизнь здоровому ребёнку. Особой благодарности заслуживают также все участники городского и федерального консилиумов, благодаря которым был выработан **вектор обследований и лечения** и организована поддержка и помощь в их выполнении на всех этапах диагностического поиска. **SP**

* sFLT-1 — soluble fms-like tyrosine kinase-1, растворимая fms-подобная тирозинкиназа-1; PlGF — placental growth factor, плацентарный фактор роста.



10-й ОБЩЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ:

ОТ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ
К ЗДОРОВОЙ ГЕСТАЦИИ. ПРОБЛЕМЫ ВРТ

23-25 МАЯ 2025 ГОДА



ПРИГЛАШАЕМ
К УЧАСТИЮ!

Место проведения

Москва, пл. Евразии, д. 2,
отель «Рэдиссон Славянская»

Регистрация
на praesens.ru

+7 (495) 109 2627,
8 (800) 600 3975

