Медицинская помощь матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода, и антенатальной гибели плода

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O35, O36.4, O83.4 · Российское общество акушеров-гинекологов

Рекомендация касается помощи беременной при антенатальной гибели плода после 22 недель, а также при установленных или предполагаемых тяжелых аномалиях и повреждениях плода. Главное для практики: быстро подтвердить диагноз УЗИ/допплером, госпитализировать, выбрать безопасный способ родоразрешения, профилактировать кровотечение, инфекционные и тромбоэмболические осложнения, а при пороках после 22 недель — решать вопрос через перинатальный консилиум.

Главное

- Антенатальная гибель плода — прекращение сердечной деятельности плода при беременности более 22 недель до начала родов.
- Подозревать внутриутробную гибель нужно при отсутствии шевелений, периодических кровянистых выделениях, отсутствии сердцебиения при аускультации/КТГ и повышенном тонусе матки.
- Диагноз подтверждают УЗИ плода: нет визуализации сердечных сокращений и кровотока в сосудах плода при цветовом допплеровском исследовании.
- Длительное нахождение мертвого плода в матке более 7 суток резко повышает риск коагулопатии и гнойно-септических осложнений в родах и после родов.
- При подозрении или подтверждении антенатальной гибели плода нужна экстренная госпитализация и решение о сроке и методе родоразрешения. УУР С, УДД 5.
- Оптимальный метод родоразрешения при антенатальной гибели плода — роды через естественные родовые пути; кесарево сечение выполняют только при ситуациях, когда родоразрешение через естественные родовые пути представляет более высокий риск, чем КС. УУР С, УДД 4–5.
- После 22 недель показания к прерыванию беременности по медицинским показаниям устанавливает перинатальный консилиум с привлечением врачей-специалистов медицинских организаций акушерского профиля 3-го уровня при наличии врожденных синдромов и/или аномалий развития плода.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез: снижение двигательной активности во II–III триместрах — важный предвестник, отсутствие шевелений — одна из наиболее характерных жалоб при антенатальной гибели плода. УУР В, УДД 2.
2. Оцените факторы риска: возраст матери более 35 лет, вредные привычки, вредные условия труда, низкие социальные условия, нарушение объема околоплодных вод особенно маловодие, антенатальная гибель в анамнезе, задержка внутриутробного развития плода.
3. При поступлении определите срок беременности по последней менструации и УЗИ, оптимально — по УЗИ I триместра; при расхождении срока по менструации и УЗИ 11–14 недель более чем на 5 дней ориентируйтесь на УЗИ. УУР В, УДД 3.
4. Проведите первичную оценку состояния матери: ЧСС, АД, частота дыхания, сознание, масса тела, травмы живота, кожные покровы, температура; это нужно для поиска скрытого кровотечения и инфекционно-воспалительных осложнений. УУР С, УДД 5.
5. Кардиотокография плода рекомендована для диагностики дистресс-синдрома плода и возможной антенатальной гибели; при отсутствии сердцебиения плода на КТГ обязательно проведите УЗИ для достоверной диагностики. УУР С, УДД 4.
6. Подтвердите диагноз УЗИ и допплерографией: достоверный критерий — отсутствие сердечных сокращений и кровотока в артерии пуповины; УЗИ и КТГ при подозрении должны быть выполнены в приемном отделении. УУР В, УДД 2 для допплерографии; УУР С, УДД 5 для УЗИ.

7. При поступлении назначьте ОАК, группу крови АВ0 и Rh(D), биохимический анализ крови и гемостаз: билирубин, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевину, общий белок, электролиты, фибриноген, D-димер, АЧТВ, МНО, протромбиновое время. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Беременные с антенатальной гибелью плода относятся к группе высокого риска кровотечения, гнойно-септических и тромбоэмболических осложнений; профилактику проводят по соответствующим клиническим рекомендациям. УУР С, УДД 5.
- Перед родоразрешением оптимально установить периферический венозный катетер. УУР С, УДД 5.
- III период родов ведите активно: после извлечения плода вводите утеротоники внутривенно медленно. УУР А, УДД 2.
- Инструментальное выскабливание полости матки в раннем послеродовом периоде противопоказано из-за высокого риска коагулопатического кровотечения и септических осложнений.
- При искусственном прерывании беременности ≥22 недель амниотомию выполняют для индукции родов при зрелой шейке матки — 8 баллов и более по Бишоп; это сокращает интервал до родоразрешения примерно на 5 часов. УУР С, УДД 4.
- При прерывании беременности из-за врожденных пороков развития плода, несовместимых с жизнью, после 21 недели 6 дней проводят селективную элиминацию плода под УЗ-навигацией. Для обезболивания плода: фентанил 10 мкг/кг в вену пуповины; для остановки сердца — 10% калия хлорид 2–3 мл в желудочек сердца после аспирации крови, при необходимости повтор через 30–60 секунд. Асистолию документируют не менее 2 минут, контрольное УЗИ — через 30–60 минут. УУР С, УДД 4.
- Альтернатива при фетоциде через кордоцентез: фентанил 10 мкг/кг расчетной массы плода в вену пуповины, через 3 минуты — лидокаин 100 мг/кг расчетной массы плода. Другой вариант — интраторакальное или интраамниональное введение дигоксина 1 мг, но интраамниональный путь менее эффективен.
- Для индукции после элиминации плода применяют мифепристон и мизопростол. В 22+0–27+6 недель: мифепристон 200 мг внутрь однократно, через 24 часа мизопростол 800 мкг вагинально или сублингвально, затем при отсутствии родовой деятельности через 3 часа — мизопростол 400 мкг сублингвально каждые 3 часа максимум 4 дозы или вагинально 400 мкг каждые 4 часа до прерывания. УУР В, УДД 1.

Когда направить и как наблюдать

- Подозрение или подтвержденная антенатальная гибель плода — основание для экстренной госпитализации. УУР С, УДД 5.
- Верифицированная до родов антенатальная гибель плода должна родоразрешаться в стационарах II–III уровня перинатальной помощи; транспортировка — медицинским транспортом с медперсоналом, готовым к неотложной помощи.
- Фетоцид и искусственное прерывание беременности при сроке ≥22 недель проводят в гинекологическом отделении многопрофильной больницы или акушерском стационаре III уровня.
- Для решения вопроса о жизнеспособности плода и прерывании беременности по медицинским показаниям после 22 недель пациентку направляют на перинатальный консилиум 3-го уровня.
- При антенатальной гибели плода, осложненной септическим состоянием, требуется экстренное родоразрешение; объем операции определяют индивидуально, вплоть до экстирпации матки с плодом. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Как достоверно подтвердить антенатальную гибель плода?

Наиболее достоверный метод — УЗИ плода. Диагноз подтверждают отсутствием визуализации сердечных сокращений и кровотока в артерии пуповины при допплеровском исследовании.

Нужно ли делать кесарево сечение при внутриутробной смерти плода?

Рутинно нет: оптимальны роды через естественные родовые пути. Кесарево сечение выполняют, если вагинальные роды несут больший риск, например при полном предлежании/врастании плаценты, двух и более

КС в анамнезе, ряде рубцов на матке, препятствии со стороны родовых путей, прогрессирующей ПОНРП, разрыве матки или приступе эклампсии в родах.

Какие анализы нужны при поступлении с подозрением на антенатальную гибель плода?

ОАК, группа крови АВ0 и Rh(D), биохимия крови и гемостаз. В гемостаз входят фибриноген, D-димер, АЧТВ, МНО и протромбиновое время; это нужно для выявления осложнений, включая ДВС-синдром.

Когда после 22 недель можно прервать беременность из-за пороков плода?

Показания устанавливает перинатальный консилиум с участием специалистов 3-го уровня. Основание — аномалии, несовместимые с жизнью, или сочетанные аномалии с неблагоприятным прогнозом и стойкой потерей функций при отсутствии эффективной коррекции.

Как вести следующую беременность после антенатальной гибели плода в анамнезе?

Пациентку относят к группе риска, проводят предгравидарную подготовку; оптимальный интервал между беременностями — не менее 6 месяцев. При неустановленной причине гибели в анамнезе ПГТТ с 75 г глюкозы выполняют при 1-м визите, а при нормальном результате повторяют в 24–28 недель; плановое родоразрешение до 39 недель при неосложненной текущей беременности не показано.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/823-medicinskaya-pomoshch-materi-pri-ustanovlennyh-ili-predpolagaemyh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/823_1