

*Острый жировой
гепатоз беременных*

*(Acute fatty liver of
pregnancy)*

Острая жировая инфильтрация печени беременных (ОЖ ГБ)

- *(МКБ 10), К-72 «Печеночная недостаточность»*
- *Желтая атрофия печени*
- *Жировая дистрофия печени*
- *Острый жировой гепатоз*
- *Синдром Шихана*



- *Острая жировая дистрофия печени беременных (ОЖГБ) — редкое осложнение беременности, проявляющееся тяжелой печеночно-клеточной недостаточностью, геморрагическим синдромом, обусловленным диссеминированным внутрисосудистым свертыванием крови (ДВС-синдром) и поражением почек.*

- Первое упоминание об острой жировой дистрофии печени относится к 1857 г.
- Впервые синдром описан в 1940 г. Н. L. Sheehan.
- Летальность при ОЖГБ, согласно первым сообщениям, составляла 90—100%.
- В настоящее время материнская смертность составляет 18-25%.
- Перинатальная смертность - 85% до 23%.

Sheehan H.L. The pathology of acute yellow atrophy and delayed chloroform poisoning. J. Obstet Gyneco Br Emp 1940; 47: 49-62

Шафман Е.М., Куликов А.В., Заболотских И.Б., 2011г.

Stander H.J., Cadden JF. Acute yellow atrophy of the liver in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1934; 28: 61-69

- *Один случай ОЖГБ приходится на 13 328 родов.*



- *Одна из основных причин ОЖГБ – генетический митохондриальный дефект окисления жирных кислот: дефицит ферментной длинной цепи 3-hydroxyacyl-CoA дегидрогеназы (LCHAD). Измененный гормональный фон во время беременности также может приводить к нарушению метаболизма жирных кислот.*

- Hay J.E. Liver disease in pregnancy. Hepatology. 2008 Mar; 47(3):1067-76
- Hepburn I.S., Schade R.R. Pregnancy-associated liver disorders. Dig Dis Sci .2008 Sep; 53(9):2334-58
- Ibdah J. A. Acute fatty liver of pregnancy: An update on pathogenesis and clinical implications World J Gastroenterol 2006 December 14; 12(46): 7397-7404
- Ko H.H., Acute fatty liver of pregnancy Can J Gastroenterol. 2006 January; 20(1): 25–30.
- Lee N.M., Brady C.W. Liver disease in pregnancy. World J Gastroenterol. 2009 Feb 28; 15(8):897-906.
- Mackillop L., Williamson C. Liver disease in pregnancy. Postgrad. Med. J. 2010 Mar; 86 (1013) :160-4.
- Rakheja D., Bennett M.J., Rogers B.B. Long-chain L-3-hydroxyacyl-coenzyme a dehydrogenase deficiency: a molecular and biochemical review. Lab Invest. 2002 Jul; 82(7):815-24.

Факторы риска

- *Врожденный дефицит LCHAD*
- *Возраст матери*
- *Первая беременность*
- *Многократная беременность (у пациенток с ОЖГБ до 25%)*
- *Многоплодная беременность*
- *Преэклампсия (у пациенток с ОЖГБ до 50%)*
- *Беременность плодом мужского пола (в 3 раза чаще)*
- *Дефицит веса*

■ Hay J.E. Liver disease in pregnancy. Hepatology. 2008 Mar; 47(3): 1067-76

■ Hepburn I, S., Schade R.R. Pregnancy-associated liver disorders. Dig Dis Sci. 2008 Sep; 53(9): 2334-58

■ Ibdah J. A. Acute fatty liver of pregnancy: An update on pathogenesis and clinical implications World J Gastroenterol 2006 December 14; 12(46): 7397-7404

■ Ko H.H., Acute fatty liver of pregnancy. Can J Gastroenterol. 2006 January; 20(1): 25-30.

■ Lee N.M., Brady C.W. Liver disease in pregnancy. World J Gastroenterol. 2009 Feb 28; 15(8): 897-906.

■ Mackillop L., Williamson C. Liver disease in pregnancy. Postgrad. Med. J. 2010 Mar; 86 (1013) : 160-4.

■ Rakheja D., Bennett M.J., Rogers B.B. Long-chain L-3-hydroxyacyl-coenzyme a dehydrogenase deficiency: a molecular and biochemical review. Lab Invest. 2002 Jul; 82(7): 815-24.

■ Panther E., Blum H.E. Liver diseases in pregnancy. Dtsch Med Wochenschr. 2008 Oct; 133(44): 2283-7.

- *Первые признаки ОЖГБ проявляются чаще всего между 30-й и 38-й неделями беременности.*



Первая стадия (дожелтушная)

Начинается, как правило, на 30—34-й неделе беременности.

- Слабость, вялость
- Отсутствие аппетита
- Тошнота
- Чувство дискомфорта
- Кожный зуд
- Боли в животе (чаще в эпигастральной области или в правом подреберье)
- Изжога, вначале кратковременная, перемежающаяся, а потом мучительная, не поддающаяся лечению.
- Рвота кофейной гущей
- Боль по ходу пищевода
- Признаки преэклампсии

Вторая стадия (желтушная)

- Развивается спустя 1—2 недели от начала болезни
- Желтуха обычно интенсивная, но может быть умеренно выраженной
- Нарастает слабость
- Усиливаются изжога, тошнота и рвота (чаще кровавая)
- Тахикардия 120—140 уд/мин
- Жжение за грудиной, боли в животе
- Лихорадка
- Олиго-/анурия, периферические отеки, скопление жидкости в серозных полостях
- Нарастают симптомы печеночной недостаточности
- Почечная недостаточность той или иной степени выраженности
- Клинические признаки сочетаются с быстрым уменьшением печени.

Третья стадия

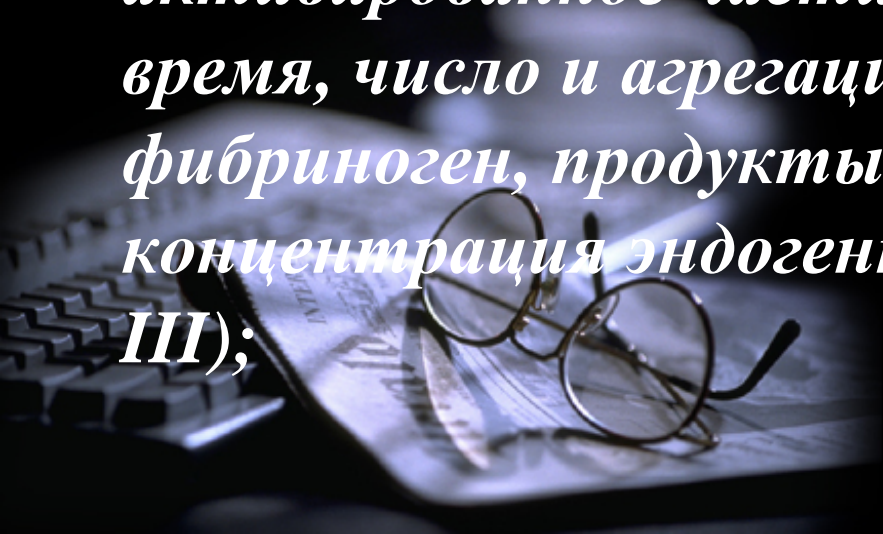
- Развивается спустя 1—2 недели после возникновения желтухи
- Тяжелая фульминантная печеночная недостаточность
- Острая почечная недостаточность
- ДВС-синдром
- Часто ОЖГБ осложняется изъязвлением слизистых оболочек пищевода, желудка, кишечника
- Тяжелые кровоизлияния в головной мозг, поджелудочную железу, что ускоряет летальный исход заболевания.
- В противоположность обычной печеночной коме, при данной патологии развивается не алкалоз, а метаболический ацидоз.
- Продолжительность заболевания находится в пределах от нескольких дней до 7—8 недель.

■ В.И. Кулаков, В.Н. Серов, 2005г.

■ А.В. Куликов, Е.М. Шифрман, А.В. Спирин. Острая печеночная патология в акушерстве. Росс.Мед. журнал, 2011г., №2, - ст. 37-44.

Лабораторные методы:

- *клинический анализ крови;*
- *биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, мочевина, глюкоза, электролиты, креатинин, остаточный азот, холестерин, билирубин прямой и непрямой, АлАТ, АсАТ, щелочная фосфатаза, триглицериды);*
- *гемостазиограмма (тромбоэластография, активированное частичное тромбопластиновое время, число и агрегация тромбоцитов, фибриноген, продукты его деградации, концентрация эндогенного гепарина, антитромбин III);*

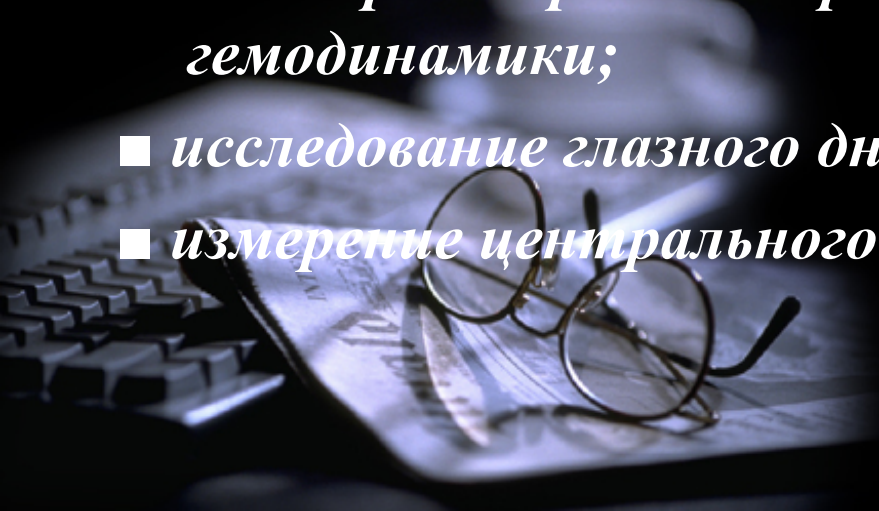


- *определение волчаночного антикоагулянта;*
- *определение антител к хорионическому гонадотропину человека;*
- *клинический анализ мочи (в т.ч. по Нечипоренко);*
- *анализ мочи по Зимницкому;*
- *проба Реберга;*
- *анализ суточной мочи для определения белка;*
- *измерение диуреза;*
- *бактериологическое исследование (посев) мочи.*



Физикальное обследование:

- *измерение АД на обеих руках;*
- *суточное мониторирование АД;*
- *определение пульса. Инструментальные и визуализирующие методы:*
- *ЭКГ;*
- *кардиотокография;*
- *УЗИ жизненно важных органов матери и плода;*
- *доплерометрия материнской и плодовой гемодинамики;*
- *исследование глазного дна;*
- *измерение центрального венозного давления.*



Лабораторные критерии:

- *Лейкоцитоз (до 20 000—30 000 в мкл).*
- *Повышение активности аминотрансфераз сыворотки в 3—10 раз.*
- *Повышение активности щелочной фосфатазы сыворотки в 5—10 раз.*
- *Повышение уровня билирубина сыворотки более 10 мг%.*
- *Гипераммониемия.*
- *Гипогликемия (часто остается нераспознанной).*
- *Снижение содержания аминокислот в сыворотке.*
- *Тромбоцитопения (количество тромбоцитов нередко ниже 100 000 в мкл).*

Верификация диагноза на ранних стадиях ОЖГБ возможна только при биопсии печени. Для постановки диагноза ОЖГБ также используются МРТ и ультразвуковое исследование печени, но эти изменения не совсем специфичны и окончательный диагноз возможен только после биопсии.



- ❖ *При любом нарушении функции печени, развившимся в III триместре беременности, врач обязан заподозрить ОЖГБ.*
- ❖ *Диагноз ОЖГБ основывается на комплексе клинических (слабость, вялость, или боли в животе, желтуха, энцефалопатия, не приводящая к утрате сознания, олиго- или анурия) и лабораторных показателей (гипербилирубинемия, повышение активности АЛТ в 3-10 раз, лейкоцитоз, тромбоцитопения, гипопротейнемия, гипогликемия, повышение уровня мочевины и креатинина, снижение уровня протромбинового индекса).*

- *Серобян А.Г. Опыт ведения пациенток с острым жировым гепатозом беременных., 2013г.*
- *Куликов А.В., Спиринов С.В., Блауман С.И. Острая печеночная недостаточность в акушерстве // Интенсивная терапия. - 2010. - № 2. - С. 59-67.*
- *Грицан Г. В., Грицан А. И., Еремеев Д. П. и др. Вопросы диагностики и интенсивной терапии HELLP синдрома и острого жирового гепатоза печени // Матер. 4-й Всерос. образовательного конгресса // Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии. - М. - МЕДИ ЭКСПО, 2011. - С. 35-37.*

- ❖ *Диффузное повышение эхогенности печени при УЗИ органов брюшной полости (нормальная сонограмма не исключает диагноза ОЖГБ).*
- ❖ *Для уточнения диагноза возможно проведение прижизненной чрезкожной пункционной биопсии печени, однако использование этого метода ограничено в связи с тяжестью состояния пациенток (развитием синдрома ДВС и печеночной недостаточности), а также в связи с недостаточным распространением этого метода диагностики как инфекционных, так и в акушерских клиниках.*

- *Серобян А.Г. Опыт ведения пациенток с острым жировым гепатозом беременных., 2013г.*
- *Куликов А.В., Спирин С.В., Блауман С.И. Острая печеночная недостаточность в акушерстве // Интенсивная терапия. - 2010. - № 2. - С. 59-67.*
- *Грицан Г. В., Грицан А. И., Еремеев Д. П. и др. Вопросы диагностики и интенсивной терапии HELLP синдрома и острого жирового гепатоза печени // Матер. 4-й Всерос. образовательного конгресса // Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии. - М. - МЕДИ ЭКСПО, 2011. - С. 35-37.*

❖ *Использование современных методов иммунологической диагностики, наряду с другими клинико-лабораторными показателями, позволяет подтвердить или опровергнуть диагноз острого вирусного гепатита. Определение маркеров вирусных гепатитов методом ИФА может быть проведено в течение нескольких часов. В том случае, если беременная женщина находится в родильном доме, перевод ее в инфекционный стационар для проведения этих исследований нецелесообразен, поскольку транспортировка значительно ухудшает состояние пациентки.*

- Серобян А.Г. Опыт ведения пациенток с острым жировым гепатозом беременных., 2013г.
- Куликов А.В., Спирин С.В., Блауман С.И. Острая печеночная недостаточность в акушерстве // Интенсивная терапия. - 2010. - № 2. - С. 59-67.
- Грицан Г. В., Грицан А. И., Еремеев Д. П. и др. Вопросы диагностики и интенсивной терапии HELLP синдрома и острого жирового гепатоза печени // Матер. 4-й Всерос. образовательного конгресса // Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии. - М. - МЕДИ ЭКСПО, 2011. - С. 35-37.

❖ *Существенным моментом диагностики ОЖГБ является почасовое наблюдение за изменениями показателей крови, особенно свертывающей системы; для этого могут быть использованы распространенные доступные тесты, а не только сложные исследования со многими параметрами.*



Интенсивная терапия

Лечебные мероприятия при ОЖДПБ включают:

- *Экстренное бережное родоразрешение*
- *интенсивную предоперационную подготовку (инфузионно-трансфузионная терапия);*
- *заместительную и гепатопротекторную терапию;*
- *профилактику массивной кровопотери во время операции и в послеродовом периоде;*
- *антибактериальную терапию (для профилактики гнойно-септических осложнений).*

В.И. Кулаков, В.Н. Серов, 2005г.

А.В. Куликов, Е.М. Шиффман, А.В. Спирин. Острая печеночная патология в акушерстве. Росс.Мед. журнал, 2011г., №2, - ст. 37-44.

Е.М. Шиффман, В.И. Кулаков, В.Н. Серов. Руководство для практикующих врачей., 2005г.

А.В. Куликов, Е.М. Шиффман., С.Р. Белогрестов, А.Л. Левит. Неотложная помощь при преэклампсии и ее осложнениях. Эклампсия. HELLP-синдром. Анестезиология и реаниматология, 2013, №5.-ст 75-81.

- *Инфузионная терапия в объеме 20-30 мл / кг массы тела (под контролем ЦВД - 90-150 мм вод. ст) : Необходимо корректировать электролитные нарушения полиэлектролитными сбалансированными растворами (Рингер, Стерофундин, Йоностерил), из расчета 60-80 мл/кг массы тела со скоростью введения до 1000 мл/ч., при развитии гипогликемии может потребоваться инфузия растворов глюкозы, при гипоальбуминемии менее 20 г/л – инфузия альбумина 10%-400 мл, 20%- 200 мл*
- *при артериальной гипотонии – кристаллоиды а далее инфузия норадреналина 0,1 до 0,3 мкг/кг/мин или дофамина 5-15 мкг/кг/ч для поддержания АД сист. более 90 мм рт.ст.*

В.И. Кулаков, В.Н. Серов, 2005г.

А.В. Куликов, Е.М. Шифман, А.В. Спирин. Острая печеночная патология в акушерстве. Росс.Мед. журнал, 2011г., №2, - ст. 37-44.

Е.М. Шифман, В.И. Кулаков, В.Н. Серов. Руководство для практикующих врачей., 2005г.

А.В. Куликов, Е.М. Шифман., С.Р.Беломестов, А.Л.Левин. Неотложная помощь при преэклампсии и ее осложнениях. Эклампсия. HELLP-синдром. Анестезиология и реаниматология, 2013, №5.-ст 75-81.

- *Необходим контроль за темпом диуреза и оценка тяжести печеночной энцефалопатии для профилактики отека головного мозга и отека легких.*
- *При диурезе менее 30 мл/ч проводится форсированный диурез.*
- *Диурез стимулируется салуретиками с поддержанием темпа 200-250 мл/ч.*
- *В случае подтверждения олигурии или уже развития почечной дисфункции и недостаточности – необходимо ограничить объем вводимой жидкости до 600 мл/сут. и начать проведение почечной заместительной терапии (гемофильтрация, гемодиализ).*

В.И. Кулаков, В.Н. Серов, 2005г.

А.В. Куликов, Е.М. Шифман, А.В. Спирин. Острая печеночная патология в акушерстве. Росс.Мед. журнал, 2011г., №2, - ст. 37-44.

Е.М. Шифман, В.И. Кулаков, В.Н. Серов. Руководство для практикующих врачей., 2005г.

А.В. Куликов, Е.М. Шифман., С.Р.Беломестов, А.Л.Левит. Неотложная помощь при преэклампсии и ее осложнениях. Эклампсия. HELLP-синдром. Анестезиология и реаниматология, 2013, №5.-ст 75-81.

- *При тромбоцитах менее $50 \times 10^9/\text{л}$ тромбоконцентрат не менее двух доз.*
- *При коагулопатическом кровотечении - НовоСэвен (Коагила) или протромплекс. переливание свежесзамороженной плазмы 10-30 мл/кг.*
- *При кровопотери более 30% ОЦК и снижении гемоглобина менее 90 г/л показано переливание препаратов красной крови не дожидаясь критически низких цифр гемоглобина.*
- *После родоразрешения продолжить респираторную поддержку в режимах CMV, PRVS до стабилизации гемодинамики, показателей гемостаза, адекватного уровня сознания. При этом медикаментозную седацию проводить бензодиазепинами, барбитуратами в сочетании с наркотическими анальгетиками.*

- *Терапию дополняют назначением дезагрегантов и антикоагулянтов:*
- *Дипиридамол внутрь 50 мг 3 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально или Пентоксифиллин внутрь 100 мг 3 р/сут или в/в 5 мл 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально.*
- *Торможение фибринолитической активности плазмы осуществляется с помощью ингибиторов протеолиза контрикал 200000-500000 ЕД в/в в сочетании с ингибиторами фибринолиза: Апротинин в/в 40 000—60 000 ЕД 1 р/сут, 2—3 сут, затем 10 000—20 000 ЕД 1 р/сут (в первые 2 сут после операции 100 000 ЕД 4 р/сут)*
- *Транексамовая кислота в/в болюсно 750 мг 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально.*

- *Указанная комплексная терапия реализуется на фоне введения глюкокортикоидов преднизолон в/в 500 мг 1 р/сут, бетаметазон, дексаметазон- 32-64 мг/сутки. Длительность терапии определяют индивидуально.*
- *Антибактериальная терапия начинается с начала родоразрешения и включает антибиотики с бактерицидной активностью и широким спектром антибактериального воздействия, такие как комбинированные уреидопенициллины, цефалоспорины III и IV поколения, карбапенемы и фторхинолоны.*
- *Кроме того, назначают витамины, антиоксиданты и гепатопротекторы.*

Показания к неотложному плазмаферезу

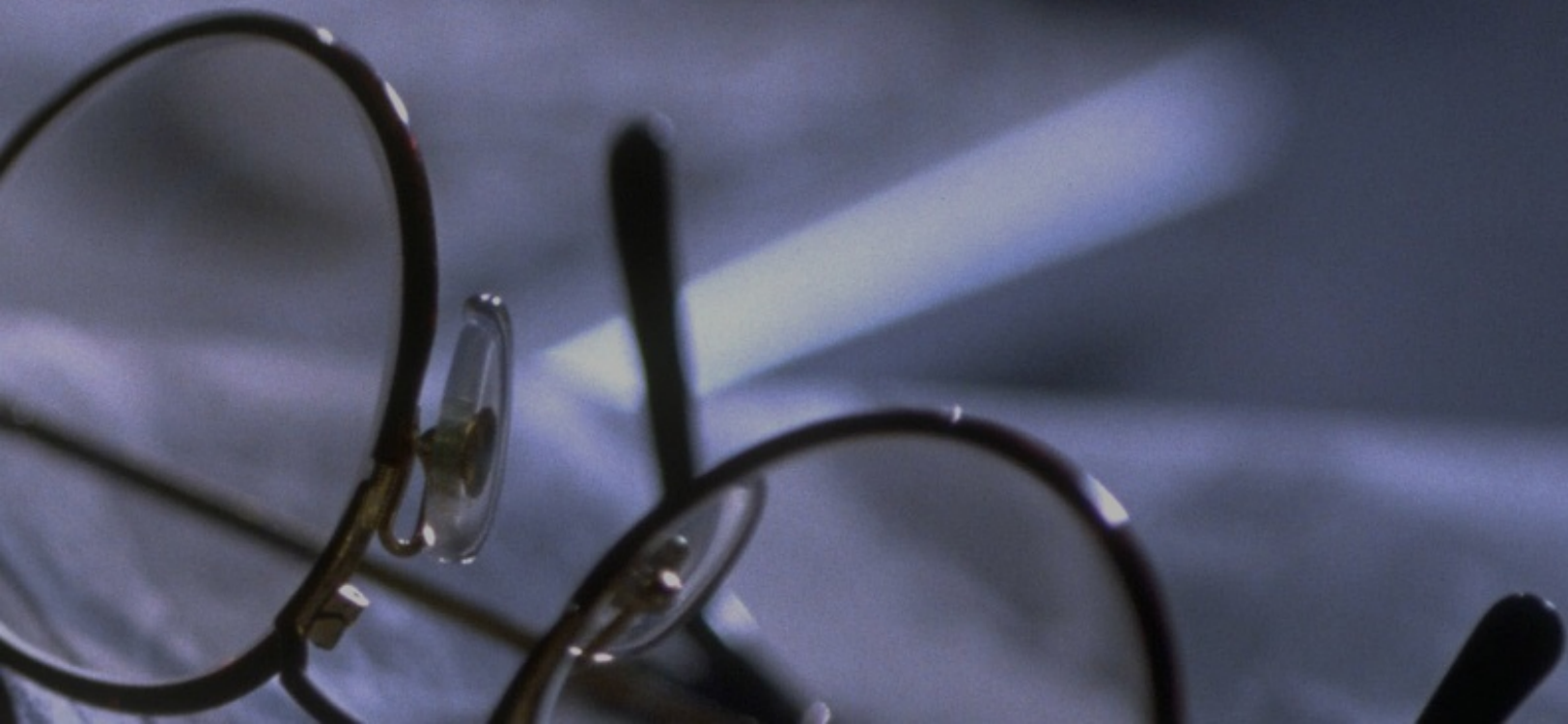
- *Острый внутрисосудистый гемолиз*
- *Гиперферментемия, гипербилирубинемия*
- *ДВС-синдром*
- *ОПН*
- *Печеночная недостаточность.*



- *Повторные беременности не противопоказаны, т.к. рецидивы ОЖГБ не наблюдаются.*



Разбор истории родов I



Беременная К.

- *Возраст -19 лет*
- *Группа крови- A(II) Rh(-)отрицательная,*
- *Наследственность и аллергологический анамнез не отягощены.*
- *Гемотрансфузии отрицает.*
- *Соматические заболевания: ОРВИ, грипп.*
- *Менструальная функция: менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные.*
- *Гинекологические заболевания: отрицает.*
- *Половая жизнь с 18 лет, брак I.*



■ *Репродуктивная функция:*

Беременность II Роды I

*I бер-ть – поздний самопроизвольный
выкидыш.*



14.08.2012г. Госпитализирована во II акушерское отделение родильного дома.

Клинический диагноз:

Беременность 37-38 недель.

Презкламписия умеренная. ОЖГБ. Миопия легкой степени. Rh – сенсibilизированная беременность.



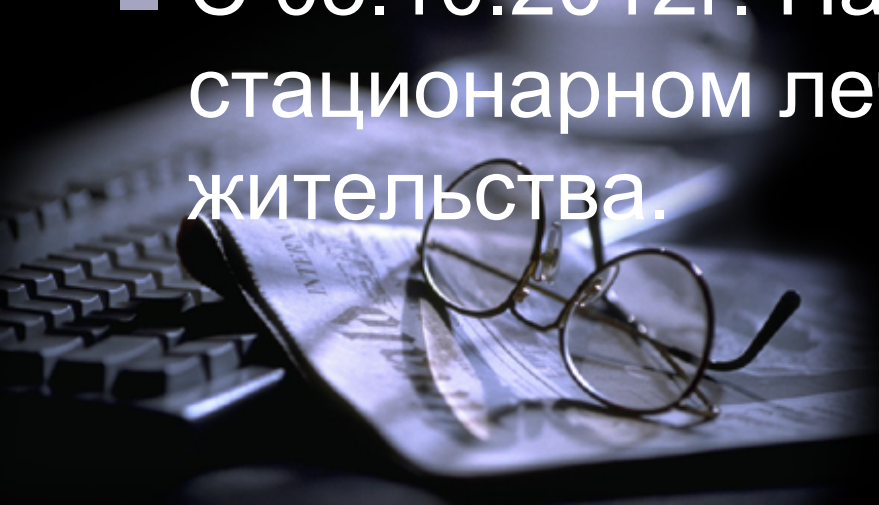
Жалобы при поступлении на:

- *Тошноту*
- *Рвоту*
- *Изжогу*
- *Общую слабость*
- *Недомогание*
- *Потерю аппетита*
- *Периодические боли в верхней половине живота
(область эпигастрия)*



Анамнез

- В течении последних двух недель отмечает появление отеков и повышение АД 140/90, 150/100 мм.рт.ст.
- Жалобы появились за 10 дней до госпитализации.
- С 05.10.2012г. Находилась на стационарном лечении по месту жительства.



Объективно

- Состояние средней тяжести, кожные покровы бледно-розовой окраски с желтушным оттенком, склеры субиктеричны.
- На нижних конечностях незначительные отеки.
- Живот мягкий, чувствительный в эпигастрии.
- Печень не пальпируется, перкуторно нижняя граница печени на 1 п/п выше реберной дуги.
- Матка в N тонусе, плод в головном предлежании, с/б плода ясное ритмичное.



Узи

- Беременность 37-38 недель.
- Головное предлежание.
- Плацента «3 ст.» с жидкостными включениями.
- Околоплодные воды в норме.
- ПМП - 3000.



Лабораторные методы исследования

- о/а крови: Нв - 91 г/л, Нt 31%, тромбоц. - 124- 109/л;
- коагулограмма: фибр. А - 1,7 г/л, ПТИ - 63%, АЧТВ - 65, РФМК -отр.
- Биохимия крови: общ. билирубин - 92,7, прямой - 76,4, непрямой - 16,3, АЛТ - 0,85, АСТ - 0,60, о/белок - 62 г/л, креатинин - 130 мкм/л, маркеры гепатита А, В, С - отр., щелочн. фосфотаза - 940 ммоль с/л, электр. крови -Na- 126,0, К-3,45, Са-0,90.



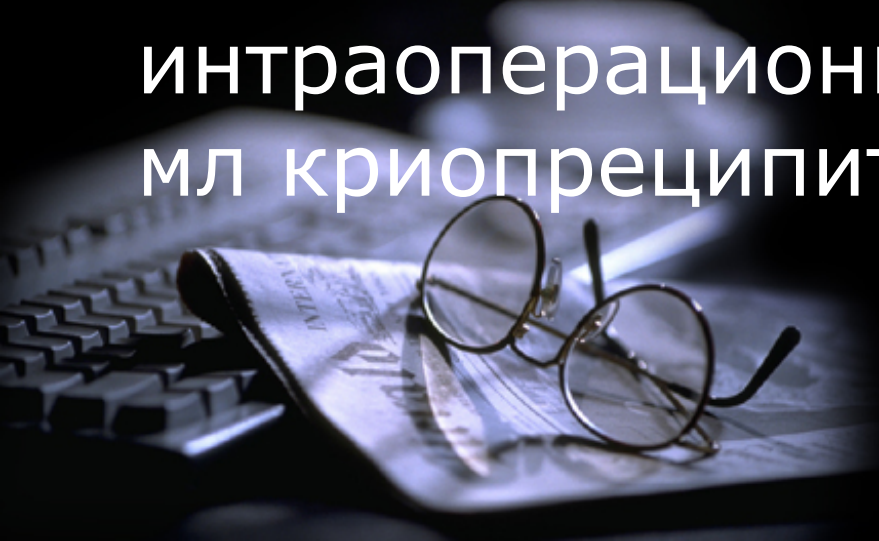
План ведения:

- Экстренное оперативное родоразрешение.



Предоперационный период

- Трансфузия СЗП в объеме 550 мл.
- Криопреципитат - 3 д. (75 мл.).
- Стерофундин изотонический – 500мл.
- Заготовлено - 1500 мл. СЗП для интраоперационной трансфузии и 125 мл криопреципитата.



16.08.12г. 13ч.50мин.
Экстренное кесарево сечение

Извлечен живой доношенный
мальчик массой 3100/50см. Оценка
по Апгар 8-9 баллов.

Общая кровопотеря \approx 600мл.



Послеоперационный период

- Больная на продленной ИВЛ в операционной.
- Продолжается инфузионно-трансфузионная терапия: СЗП, Криопреципитат, ГЭК.
- дицинон 4,0 в/в.
- контрикал 20.000 в/в кап.

- В 16 ч. 00 мин. началось умеренное кровотечение из половых путей - жидкая кровь без сгустков, повязка на ране обильно промокла кровью.
- Матка на уровне пупка.
- Из половых путей - умеренное кровотечение ~ 300,0 мл.

- **Общая кровопотеря \sim 900-1000,0.**
- **Диурез \sim 1200,0.**



- *Продолжается интенсивная комплексная терапия кровотечения:*
- *окситоцин - 15 ЕД в/в кап.*
- *Ново-Сэвен 2,4 мг. в/в*
- *гордокс - 50 ЕД*
- *СЗП - 1740 мл,*
- *криопреципитат - 8 доз.*
- *инфукол - 1000,0*
- *физиологический раствор - 1600,0*
- *гептрал - 800 ЕД*

На фоне проводимой терапии кровотечение из п/путей прекратилось.



18ч.00мин. больная со стабильной гемодинамикой переведена с интубационной трубкой на продленную ИВЛ в отделение реанимации и интенсивной терапии.

- *ЦВД - 80 мм вод. ст.*
- *В последующем с целью коррекции гипопротейнемии и гипокоагуляционных свойств крови в отделении проведена трансфузия :*
- *СЗП в объеме 670,0 мл.,*
- *криопреципитат - 1 доза.*



Продолжается коррекция ДВС – синдрома:

- СЗП - 2 л в сутки
- Гепарин 5-20 тыс. ЕД/сут. под контролем времени свертываемости крови (не > 10-12 мин.).
- трансфузия отмывтых эритроцитов ~ 250,0.
- Трансфузия тромбоконцентрата в объеме - 70,0 мл.
- Гептрал 800,0 мг х 1 р. в/в кап.
- Аскорбиновая кислота 10,0 мг/сутки.
- Тиенам по 1,0 х 2 р. в/в.
- Ново-Сэвен 2,4 мг (120 к ЕД).



Состояние больной крайне тяжелое

- по дренажу ~ 500,0 мл геморрагического отделяемого
- из половых путей кровотечения нет
- матка плотная
- Диурез - 2690,0 мл/сутки.
- Общий белок - 48 г/л,
- креатинин - 98 мкмоль/л,
- Билирубин -56 мкмоль/л(прямой-43, непрямой 13).



- 18.08.12 г. в 1ч. 00_{мин.} через 2 дня после родоразрешения, больная экстубирована, учитывая адекватное спонтанное дыхание в течение 3-х часов, стабильную гемодинамику и отсутствие признаков продолжающегося кровотечения.
- В дальнейшем на фоне продолжающегося комплексного лечения состояние больной с положительной динамикой.
- 24.08.12 г. переводится во II акушерское отделение для дальнейшего лечения.



- Данные УЗИ матки – в пределах нормы, р/о рана заживает первичным натяжением.

Данные лабораторных исследований:

- о/а крови - Нв - 106 г/л, эр. - 3,4-10¹²/л;
- биохим. анализ крови - о/б - 77 г/л, креат. - 40,0 мкмоль/л, билирубин 17,2.
- коагулограмма - фибр. А - 2,4 г/л, ПТИ - 116%, АЧТФ - 26, Нt - 26%.

■ На 12-е сутки больная выписывается домой с ребенком в удовлетворительном состоянии.



Типичные ошибки

- *Недооценка клинической картины начала заболевания*
- *Поздняя диагностика и госпитализация*
- *Непрофильная госпитализация или перевод (транспортировка многократно ухудшает состояние пациентки)*
- *Запоздалое родоразрешение (иногда развиваются вторичные осложнения вплоть до сепсиса).*



Благодарю за внимание!

