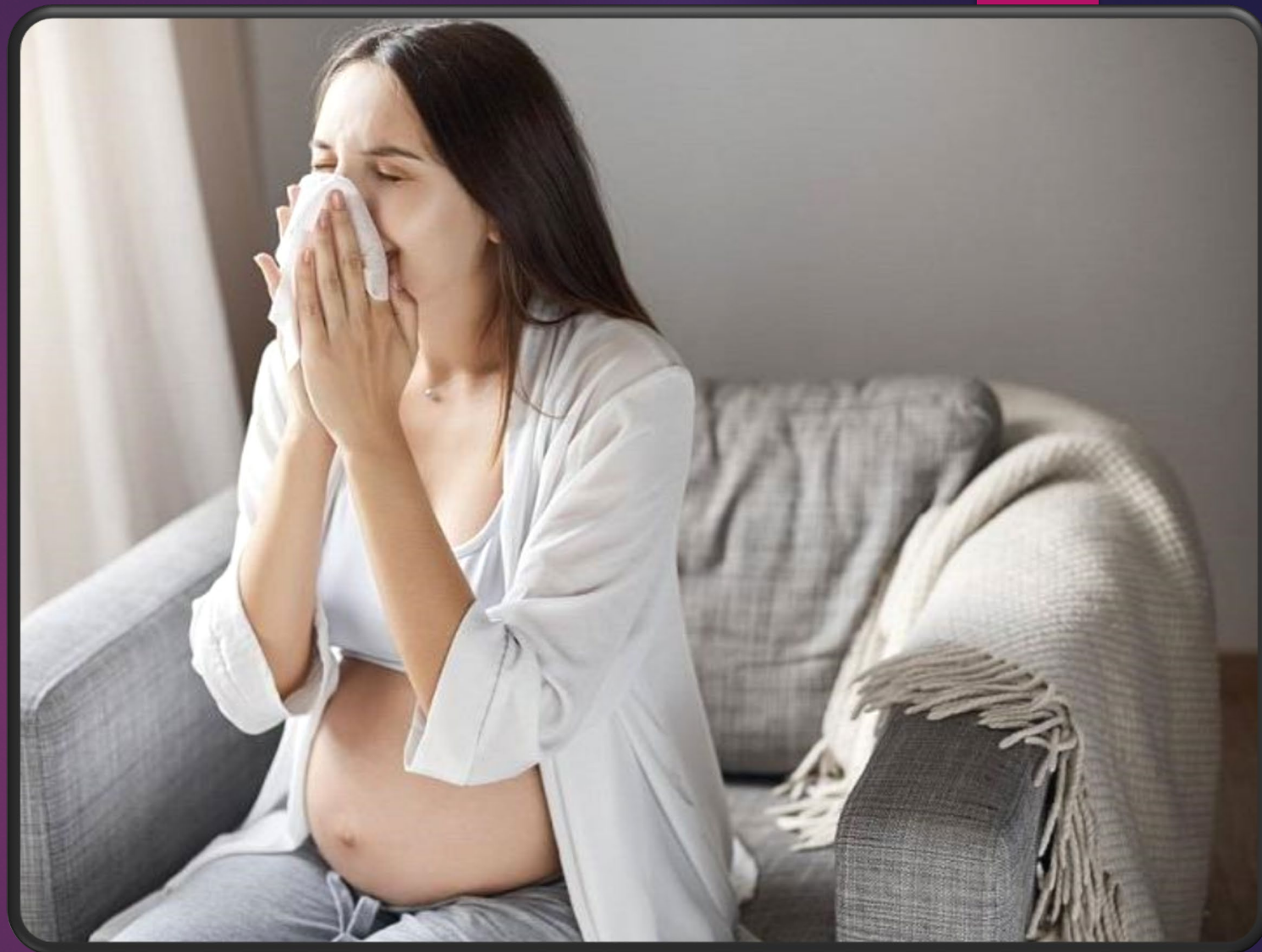
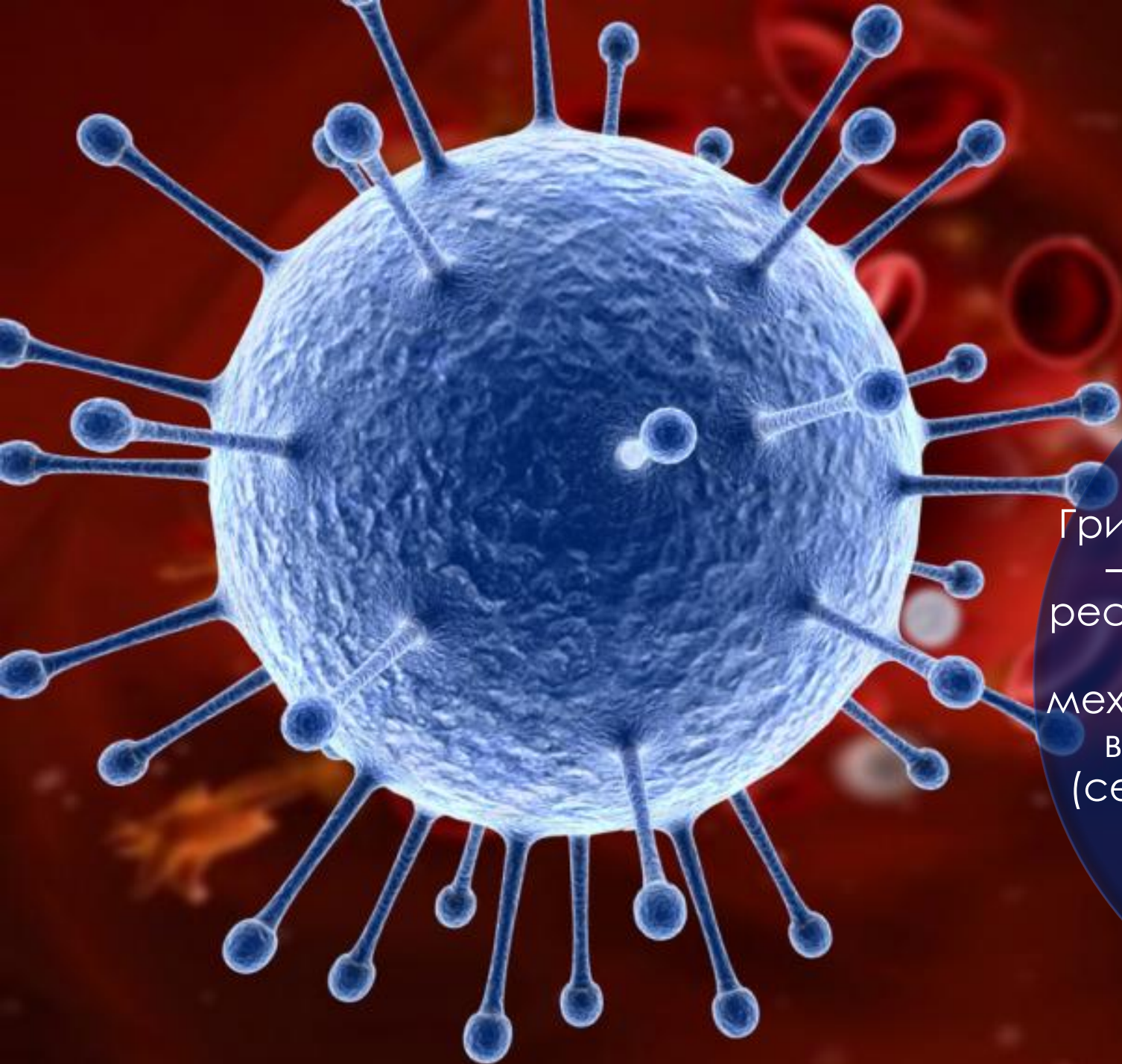


Кафедра акушерства и
гинекологии с
курсом репродуктивной
эндоскопической
гинекологии
ФПК и ППС ГБОУ ВО
Дагестанский
Государственный
медицинский университет

Д.М.Н., ПРОФ. ОМАРОВ Н.С.-М.

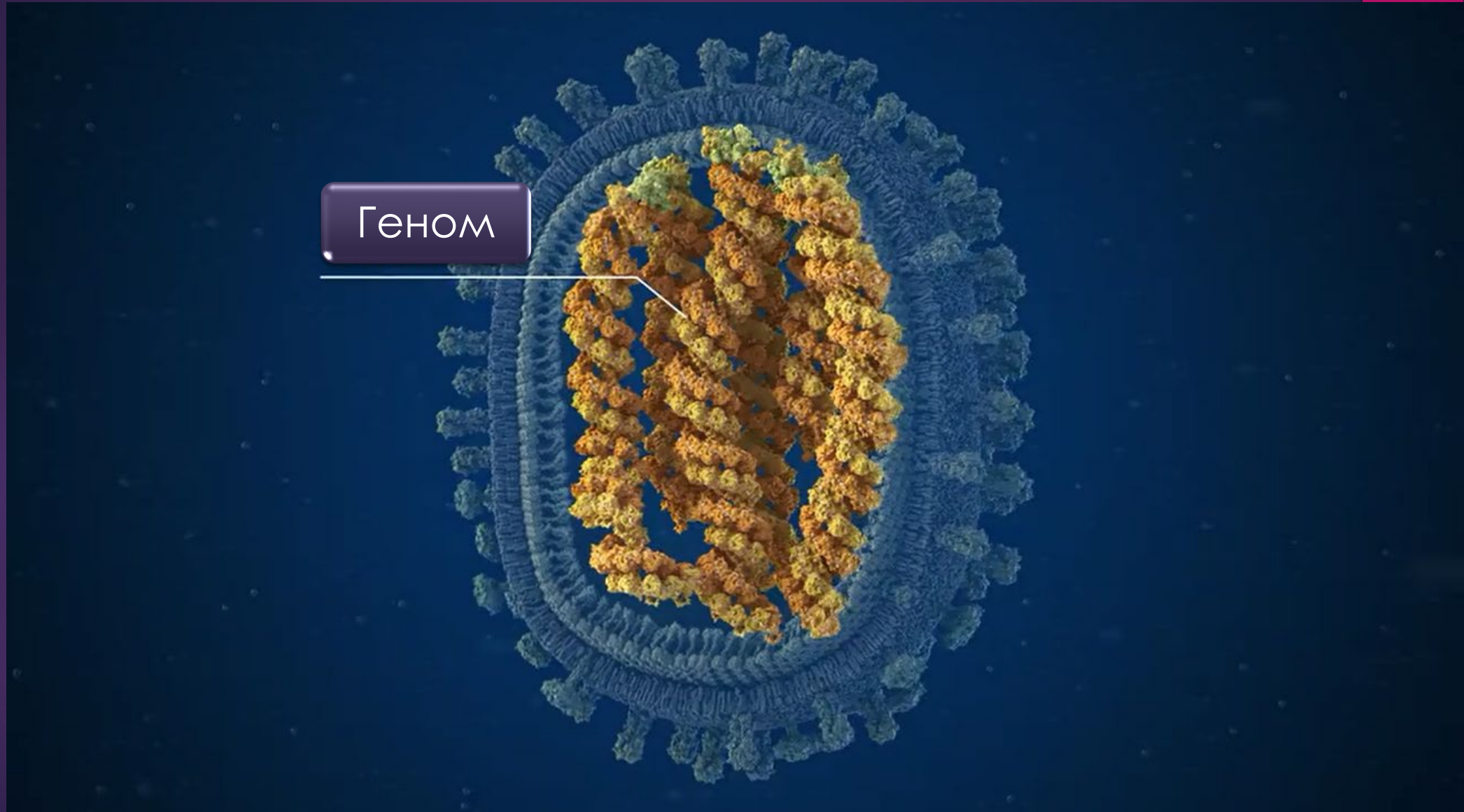


ГРИПП И БЕРЕМЕННОСТЬ

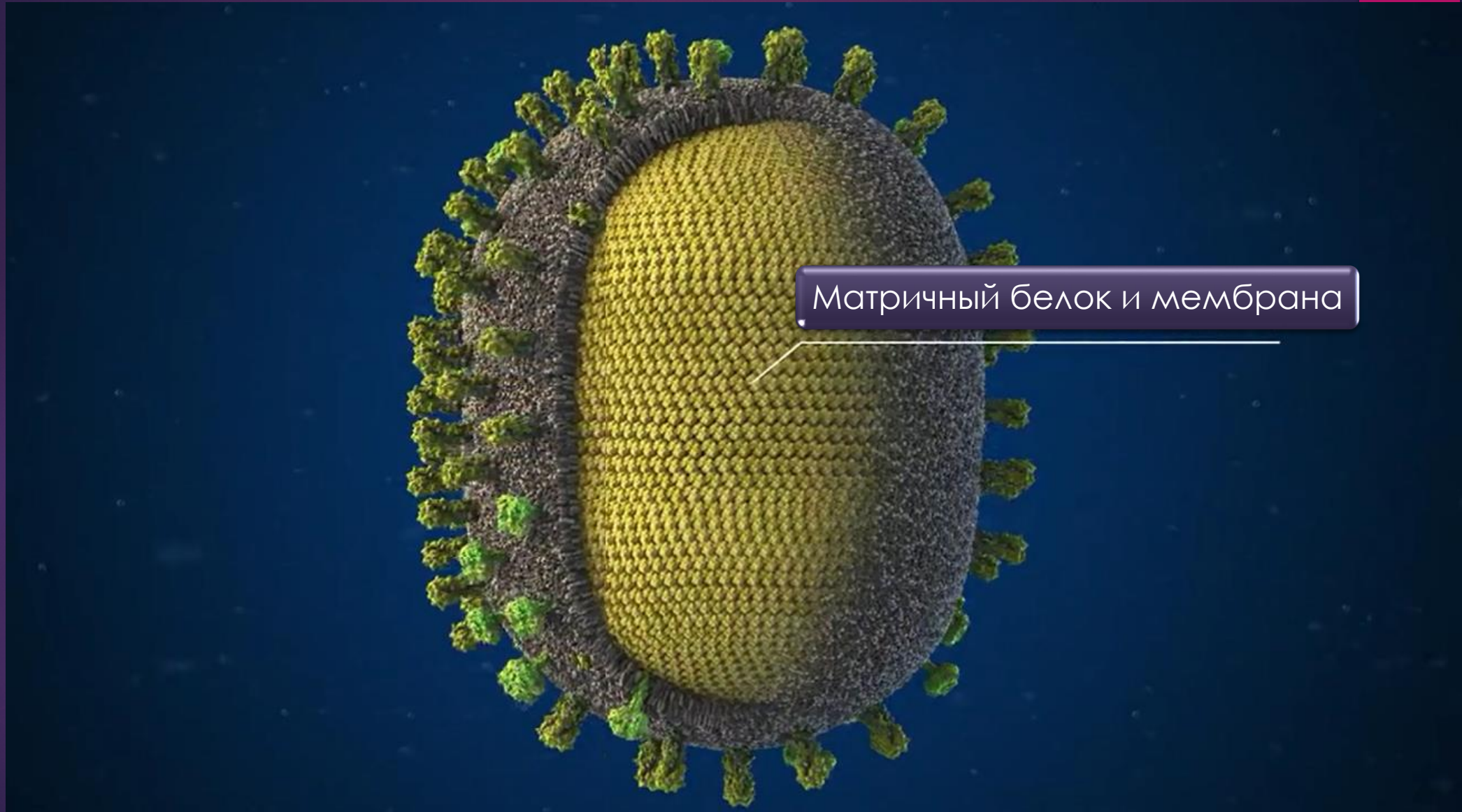


Грипп (франц. grippe), инфлуэнца — острая высоко контагиозная респираторная вирусная инфекция с воздушно-капельным механизмом передачи, вызываемая вирусами гриппа типа А, В и С (семейство Orthomyxoviridae, род Influenzavirus)

Модель вируса гриппа

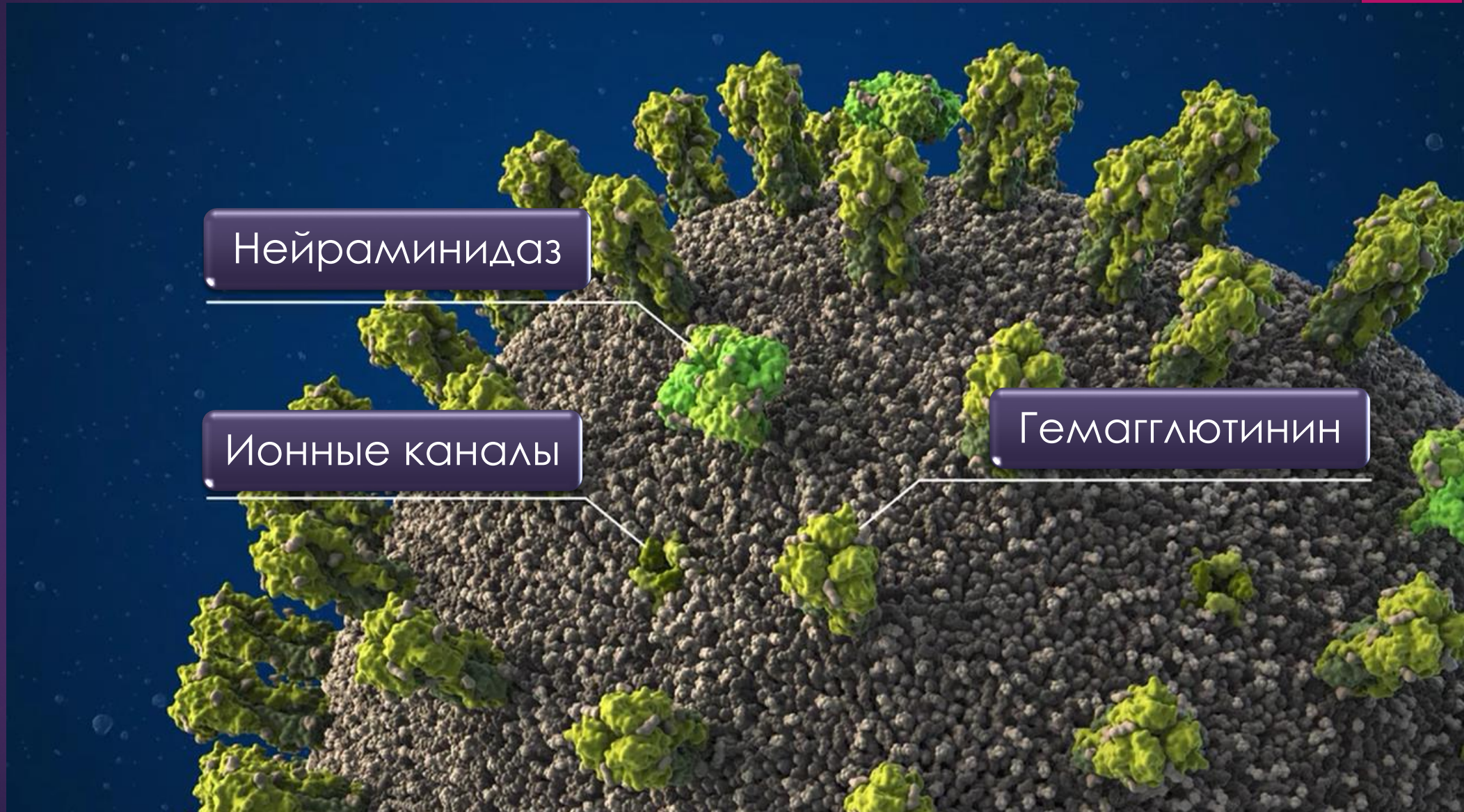


Модель вируса гриппа



Матричный белок и мембрана

Модель вируса гриппа



Источники и способы передачи гриппа:



Источник инфекции: больной человек, реже - реконвалесценты, выделяющие вирус в течение двух недель от начала заболевания.

Наибольшую опасность представляют больные в первые 5–6 дней болезни.



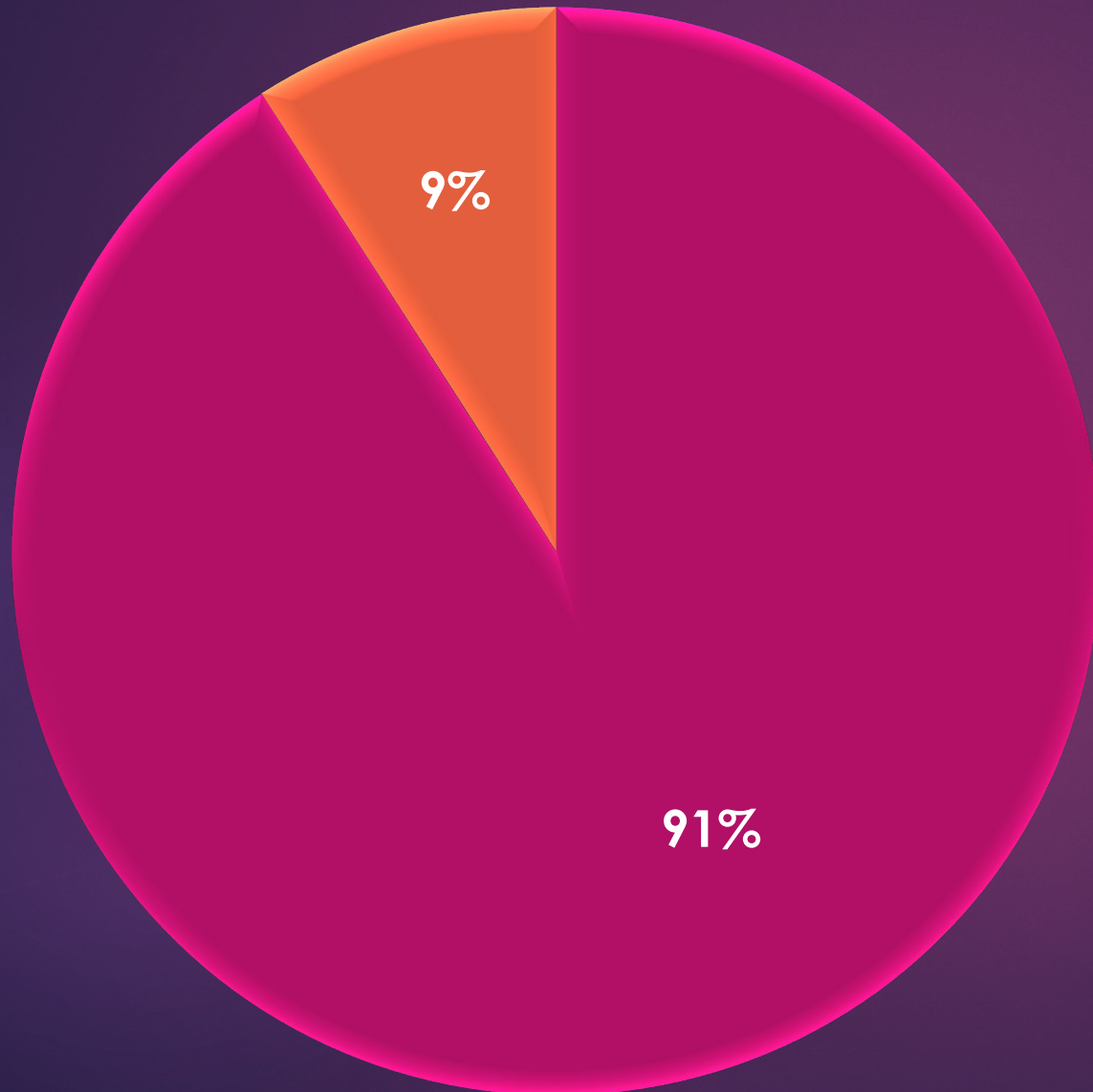
Механизм передачи: воздушно-капельный.

Реализуется воздушно-капельным, воздушно-пылевым, реже контактным, путями передачи.

Осложнения гриппа:

- ▶ пневмонии различного генеза
- ▶ острый респираторный дистресс-синдром
- ▶ токсический геморрагический отек легких
- ▶ острая дыхательная недостаточность
- ▶ острая циркуляторная недостаточность
- ▶ инфекционно-токсический шок
- ▶ отек головного мозга
- ▶ острая иммуносупрессия беременных
- ▶ менингит
- ▶ миокардит
- ▶ септический шок
- ▶ декомпенсация сопутствующих хронических заболеваний и т.д.

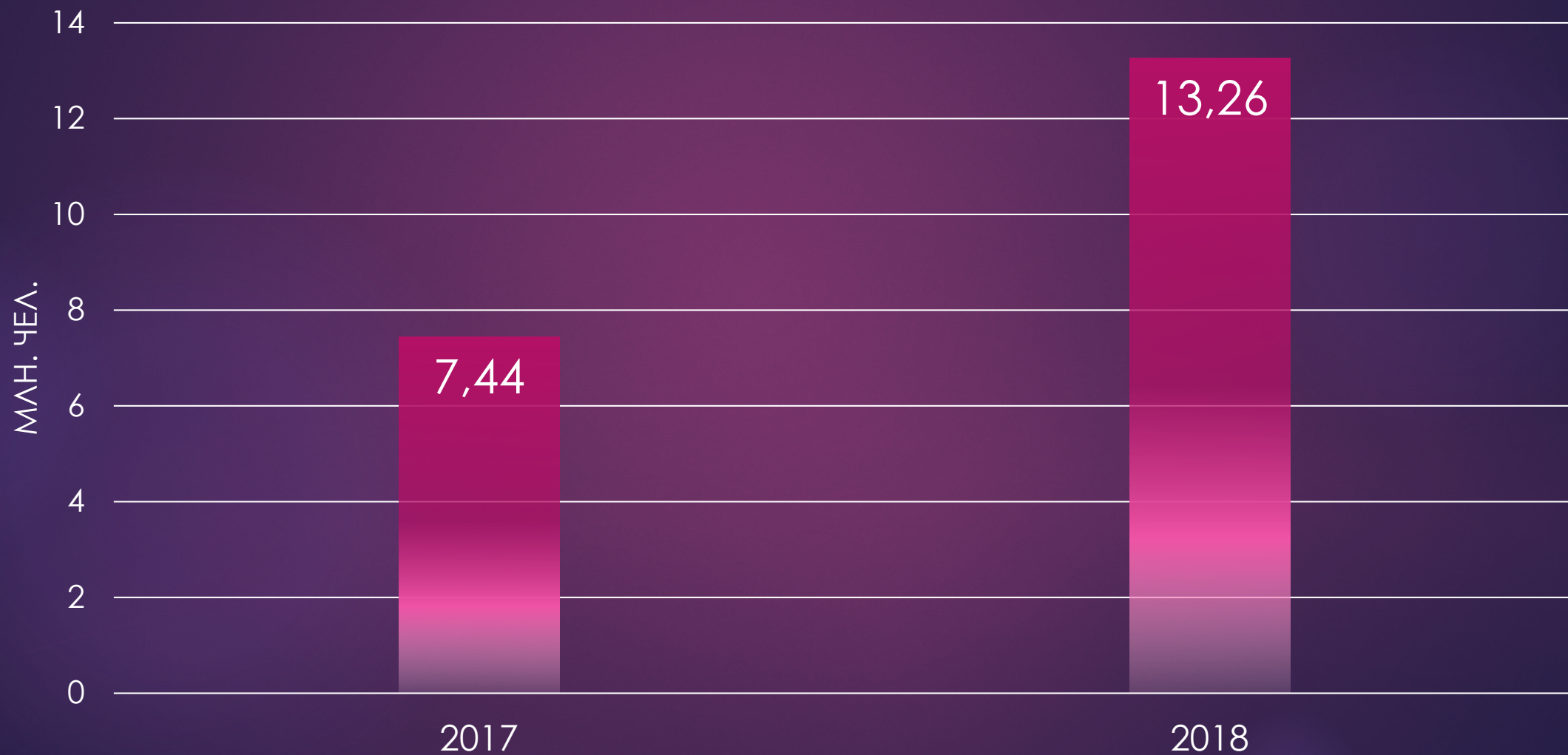
Ежегодная эпидемия гриппа (мировые показатели)



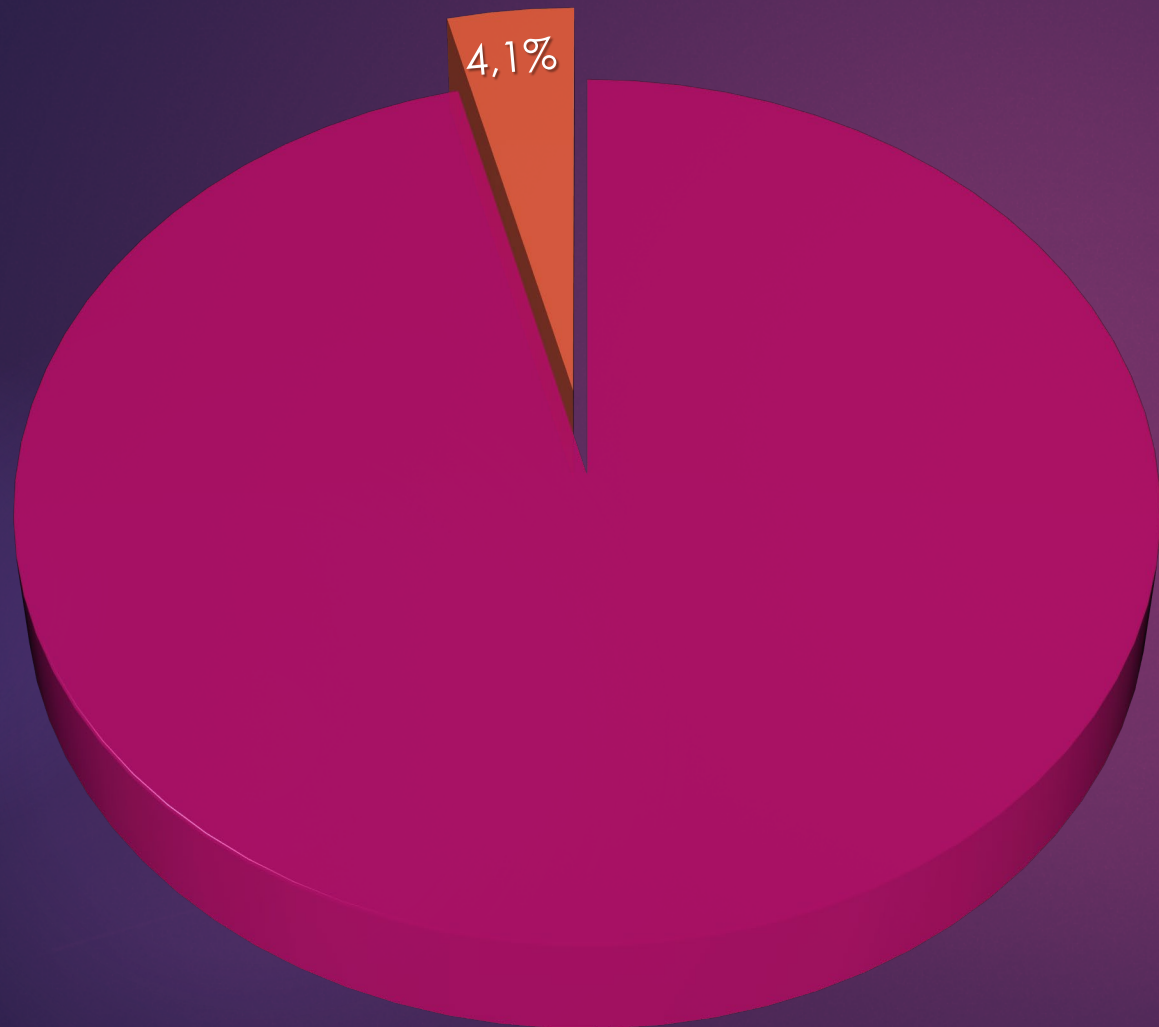
■ Тяжелая форма заболевания
(3 000 000 - 5 000 000)

■ Случаи смерти
(250 000 - 500 000)

Количество человек, переболевших гриппом в РФ, за 2017-2018 гг. (млн. чел.)

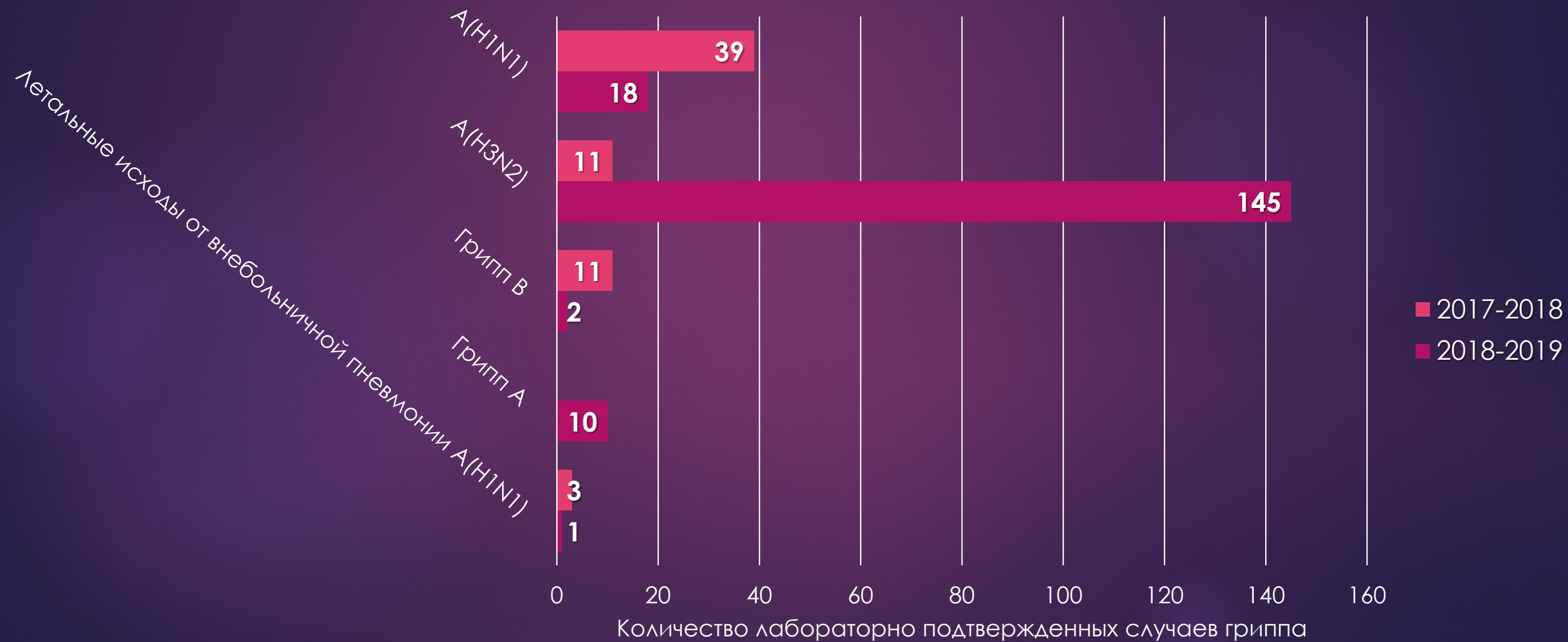


В России за 2018 г. переболело гриппом и ОРВИ
13,26 млн. человек, что составило 4,1% от общей
численности населения



С начала пандемии выделено
более 551тыс. вирусов гриппа,
78% из них относились к гриппу А(Н1N1).

По Республике Дагестан с начала эпидсезона 2017-2018 гг. зарегистрировано **39** лабораторно подтвержденных случаев гриппа, 2018-2019 гг. – 175 случаев.



Классификация гриппа в соответствии с Международной классификацией болезней, травм и причин смерти 10 пересмотра

Рубрика	Нозологическая форма
J10	Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа
J10.0	Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован
J10.1	Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифицирован
J10.8	Грипп с другими проявлениями, вирус гриппа идентифицирован
J11	Грипп, вирус не идентифицирован
J11.0	Грипп с пневмонией, вирус не идентифицирован
J11.1	Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус не идентифицирован
J11.8	Грипп с другими проявлениями, вирус не идентифицирован

Формы гриппа

- ▶ осложненные
- ▶ неосложненные

По тяжести течения заболевания:

- ▶ легкая
- ▶ среднетяжелая
- ▶ тяжелая

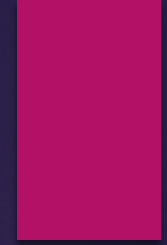
ВОЗ включили беременных в группу риска развития тяжелого/осложненного течения гриппа

- ▶ Беременные женщины, больные гриппом требуют госпитализации в 4 раза чаще, чем небеременные;
- ▶ Наиболее тяжело протекает грипп у пациенток в третьем триместре беременности;
- ▶ Более 8% госпитализированных беременных (преимущественно в третьем триместре заболевания) требуют проведения интенсивной терапии;
- ▶ Показатель летальности от гриппа среди пациенток в третьем триместре беременности максимален и достигает 16,9%, а уровень смертности среди госпитализированных взрослых составляет 6%;
- ▶ Преждевременные роды у беременных с гриппом наблюдаются в 3 раза чаще;
- ▶ Перинатальная смертность в 5 раз выше.

Дополнительные факторы риска развития тяжелого/осложненного течения заболевания:

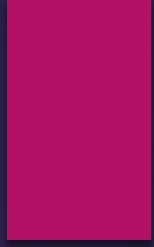
- ▶ Молодой возраст, наличие сопутствующей хронической патологии (ожирение, бронхиальная астма, сахарный диабет или заболевания сердца);
- ▶ Негроидная раса;
- ▶ Позднее начало противовирусной терапии.

Влияние прогестерона на иммунную систему



- ▶ Важная роль принадлежит иммуносупрессивной активности прогестерона. В иммунных реакциях мать–плод важное место занимают естественные киллеры – NK-клетки (особые лимфоциты) и периферические T-лимфоциты, которые после контакта с антигеном образуют две различные субпопуляции – Th-1 и Th-2.

Влияние прогестерона на иммунную систему



- ▶ Клетки Th-1 секретируют провоспалительные цитокины (il-2, γ-ИНФ, TNF-α и др.). Путем активации макрофагов этот каскад цитокинов усиливает воспалительный процесс, что способствует гибели патогена.
- ▶ Клон Th-2 образует в основном регуляторные цитокины (il-3, il-4, il-5, il-9, il-10 и др.) и стимулирует В-лимфоциты к выработке антител. В условиях инфицирования этот путь активации может вести к накоплению патогена и к гибели организма.

Влияние прогестерона на иммунную систему

- ▶ Обнаружен специфический блокирующий фактор, индуцируемый прогестероном (PIBF), который вырабатывается в децидуальной оболочке лимфоцитами CD56+, прямо воздействующий на дифференциацию Т-клеток, подавляя путь Th-1 и усиливая дифференциацию Т-клеток на путь Th-2. Т-регуляторные клетки ингибируют NK-клетки, их связывание и цитотоксичность.
- ▶ Таким образом, **прогестерон** во время беременности выступает в роли естественного иммунодепрессанта: подавляет развитие Т-лимфоцитов, угнетает их пролиферативный ответ, блокирует реакции клеточной цитотоксичности и снижает эффективность фагоцитоза.

Госпитализация при гриппе

- ▶ При гриппе госпитализация показана больным с тяжёлой и средней тяжести течением инфекции, в период эпидемии - всем беременным с выраженным синдромом интоксикации, при гипертермии от 38°C, а при наличии хронических экстрагенитальных заболеваний - при гипертермии от 37,5°C. При развитии пневмонии госпитализация беременных обязательна.
- ▶ Беременные с тяжелыми формами гриппа и при тяжелых пневмониях должны помещаться в отделения реанимации и интенсивной терапии или блоки интенсивной терапии. Наблюдение и лечение таких беременных осуществляют совместно врачи-терапевты (пульмонологи), инфекционисты, анестезиологи-реаниматологи и акушеры-гинекологи.

Факторы риска необходимости проведения интенсивной терапии:

- ▶ Высокая температура тела ($> 38^{\circ}\text{C}$);
- ▶ Одышка (ЧДД $> 30/\text{мин.}$) и нарушения дыхания (с большой вероятностью указывают на возможность летального исхода);
- ▶ Необходимость в кислородной поддержке ($\text{SpO}_2 < 80\%$ с большой вероятностью указывает на возможность летального исхода);
- ▶ Развитие пневмонии (с большой вероятностью указывает на возможность развития осложнений в период госпитализации);
- ▶ Тахикардия (чем выше частота сердечных сокращений, тем больше оснований для проведения интенсивной терапии);
- ▶ Нарушение сознания.

Критерии тяжелого течения внебольничной пневмонии Шкала Американского торакального общества к Американского общества инфекционных болезней (2007)

«Большие» критерии:

- ▶ Выраженная ДН, требующая ИВЛ
- ▶ Септический шок (необходимость введения вазопрессоров)

Критерии тяжелого течения внебольничной пневмонии Шкала Американского торакального общества к Американского общества инфекционных болезней (2007)

«Малые» критерии:

- ▶ ЧДД > 30/мин
- ▶ $P_aO_2/FiO_2 \leq 250$
- ▶ Мультилобарная инфильтрация
- ▶ Нарушение сознания
- ▶ Уремия (остаточный азот мочевины' > 20 мг/дл)
- ▶ Лейкопения (лейкоциты < $4 \times 10^9/\text{л}$)
- ▶ Тромбоцитопения (тромбоциты < $100 \times 10^9/\text{л}$)
- ▶ Гипотермия (<36°C)
- ▶ Гипотензия, требующая интенсивной инфузионной терапии

Критерии тяжелого течения внебольничной пневмонии Шкала Американского торакального общества к Американского общества инфекционных болезней (2007)

Дополнительные критерии:

- ▶ гипогликемия (у пациентов без сахарного диабета),
- ▶ гипонатриемия, необъяснимая другими причинами
- ▶ метаболический ацидоз/повышение уровня лактата,
- ▶ цирроз,
- ▶ аспления,
- ▶ передозировка/резкое прекращение приема алкоголя у зависимых пациентов
- ▶ остаточный азот мочевины = мочевины, ммоль/л 2,14

Критерии тяжелого течения внебольничной пневмонии Шкала Американского торакального общества к Американского общества инфекционных болезней (2007)

**Наличие одного «большого»
или трех «малых»**

**критериев шкалы IDSA/ATS подразумевает
необходимость госпитализации в ОРИТ.**

Симптомы клинического ухудшения:

- ▶ одышка (нехватка дыхания, затрудненное дыхание) при физической активности или в покое;
- ▶ цианоз (посинение) кожи;
- ▶ появление кашля с мокротой, боль или тяжесть в груди;
- ▶ изменение психического состояния, спутанность сознания, судорожные припадки;
- ▶ устойчивая рвота;
- ▶ низкое артериальное давление, обезвоживание с уменьшением мочеотделения;
- ▶ сохранение высокой температуры и других симптомов гриппа на протяжении более трех дней;
- ▶ рецидив симптомов.

Принципы и схемы терапии

Этиотропная терапия

Лечение беременных следует начинать в течение **первых 48 часов** заболевания, не дожидаясь результатов лабораторных тестов.

Препарат	Лечение
Осельтамивир (тамифлю)	1 капсула 75 мг или 75 мг суспензии 2 раза в день 5 дней, при тяжелом гриппе доза может быть увеличена до 150 мг 2 раза в день, курс - до 10 дней.
Занамивир (реленза)	Две 5-мг ингаляции (всего 10 мг) 2 раза в день в течение 5 дней, курс - до 10 дней
Интерферон альфа-2ь в суппозиториях	Лёгкой степени - 500000 МЕ 2 раза в день 5 дней
	Средней степени - 500000 МЕ 2 раза в день 5 дней, далее поддерживающая доза 150000 МЕ 2 раза в день по 2 раза в неделю в течение 3 недель
	Тяжёлой степени - 500000 МЕ 2 раза в день 10 дней, далее поддерживающая доза 150000 Мь 2 раза в день по 2 раза в неделю в течение 3 недель
Умифеновир (арбидол)	200 мг 4 раза в день 5 дней

Федеральные стандарты и Протоколы (Клинические рекомендации) оказания медицинской помощи

Интерферон альфа-2b внесен в Федеральный стандарт, клинические и методические рекомендации лечения беременных с болезнями органов дыхания^{1,2,3,4}.

Номер приказа	Дата	Наименование Стандарта	Категория пациента	Условия оказания помощи
Приказ МЗ РФ № 572н	1 ноября 2012 года ред. от 12.01.2016	"Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)". Раздел: Болезни органов дыхания, осложняющие беременность, роды и послеродовой период.	Беременные женщины	Амбулаторно

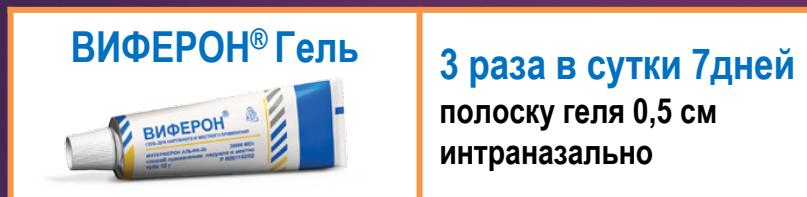
¹ Приказ МЗ РФ № 572н от 1 ноября 2012 г. (ред. от 12.01.2016) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»

² Клинические рекомендации ФГБУ «НИИ гриппа» Минздрава России «Грипп у беременных». Утверждены на заседании Пленума правления Национального научного общества инфекционистов 30 октября 2014 года. Код протокола 91500.11 J10 . 01-201417. 2015 г.

³ Методические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике гриппа у беременных под редакцией академика РАН, профессора О.И. Киселева. Санкт-Петербург. 2014 .

⁴ Методические рекомендации №39 «Грипп: клинико-эпидемиологические особенности в постпандемический период и современные возможности эффективной терапии, включая тяжелые формы под редакцией академиков РАМН Д. К. Львова и А.Г. Чучалина». 2014 г.

Виферон® гель в комбинированной терапии гриппа и ОРВИ у беременных женщин¹



- ✓ Снижает частоту развития бактериальных осложнений в 3,2 раза
- ✓ Сокращает потребность в системной антибактериальной терапии в 3,3 раза
- ✓ Снижает частоту проявлений симптомов острого фарингита в 5 раз, в отличие от группы сравнения



Профилактика ОРВИ и гриппа препаратом ВИФЕРОН® Гель в эпидемический сезон снижает уровень заболеваемости более чем в 2 раза²

¹ Костинов М.П., Лукачёв И.В., Мещерякова А.К., Магаршак О.О., Полищук В.Б. и соавт. Профилактика осложнений у беременных с лёгкой и средней тяжестью течения острых респираторных инфекций // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. - 2018. - № 1 (98) . - С.62-71.

² Акимкин В.Г., Коротченко С.И., Шевцов В.А. и соавт. Эпидемиологическая и иммунологическая эффективность использования препарата ВИФЕРОН, гель для профилактики гриппа и других острых респираторных инфекций в организованных воинских коллективах // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. - 2011г. - №1. – С. 29-36.

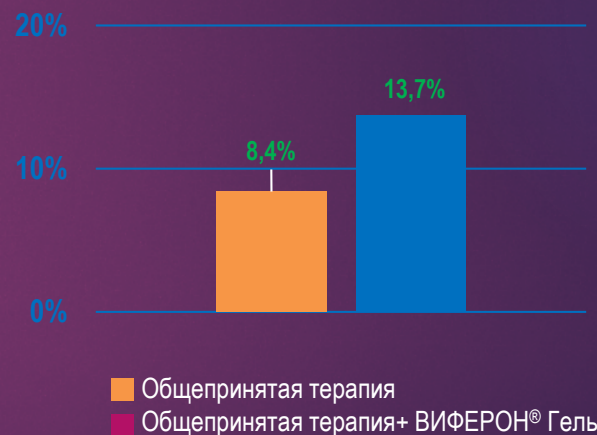
Виферон® суппозитории и гель в терапии гриппа и ОРВИ у беременных женщин

✓ Влияние терапии препаратами ВИФЕРОН® на формирование осложнений верхних дыхательных путей при ОРВИ у беременных



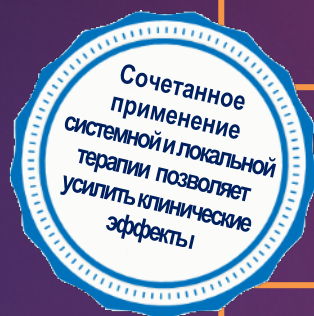
ВИФЕРОН® сокращает количество бактериальных осложнений более чем в 1.5 раза

✓ Влияние терапии препаратами ВИФЕРОН® на частоту заболеваемости ОРВИ у женщин в период беременности



ВИФЕРОН® сокращает частоту заболеваемости ОРВИ в 1.6 раза

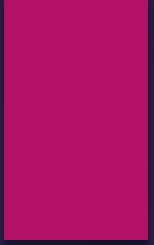
Схема применения препарата Виферон® в терапии гриппа и ОРВИ у беременных женщин



Лечение / профилактика	Режим дозирования	
ЛЕЧЕНИЕ СИСТЕМНО	ВИФЕРОН® 500 000 МЕ  По клиническим показаниям терапия может быть продолжена	5 ДНЕЙ 2 раза в день 
ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО	ВИФЕРОН® ГЕЛЬ / МАЗЬ  Наносить на слизистую оболочку носа и/или ротоглотки	5 ДНЕЙ 3-4 раза в день 
ПРОФИЛАКТИКА в период подъема заболеваемости	ВИФЕРОН® ГЕЛЬ  Полоску геля длиной не более 0,5 см наносят на слизистую оболочку носа и/или ротоглотки	2-4 НЕДЕЛИ 2 раза в день 



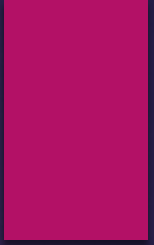
ВИФЕРОН® СУППОЗИТОРИИ РАЗРЕШЕНЫ С 14 НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ
ВИФЕРОН® ГЕЛЬ / МАЗЬ – С 1 НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ

- 
- ▶ При лечении не следует ожидать лабораторного подтверждения гриппа, поскольку это задержит начало терапии, а отрицательный экспресс-тест на грипп не опровергает диагноз гриппа.
 - ▶ Следует учитывать, что чувствительность к экспресс-тестам составляет 10-70%.

Жаропонижающие препараты

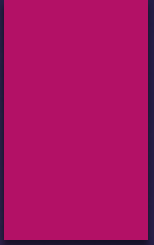
Препаратом первого выбора является парацетамол, однако возможно назначение и некоторых других НПВП.

- ▶ Парацетамол - 500-1000 мг до 4 раз в день (не более 4 г в сутки);
- ▶ Ибупрофен - по 200-400 мг 3-4 раза в сутки в течение 3-5 дней (Максимальная суточная доза - 1200 мг); препарат противопоказан в III триместре беременности.
- ▶ Целекоксиб - 100-200 мг 2 раза в день в течение 3-5 дней (Максимальная рекомендованная суточная доза при длительном приеме — 400 мг) (исключить применение препарата в 3 триместре).



Антибактериальная терапия должна
быть назначена в течение **ближайших**
четырёх часов.

У тяжёлых больных способ введения
антибиотиков - внутривенный.



Маршрутизация беременных
с гриппом должна быть
запрещена?

СЛУЧАЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

- ▶ На разбор представлен случай ведения беременности и родов М., 31 г.
- ▶ Беременность II, предстояли 2 роды. На учет в ж/к взята 30.07.2018 в сроке 7-8 нед. Первая беременность наступила после 6 лет первичного бесплодия, в связи с чем в 2016г была произведена лечебно-диагностическая лапароскопия.
- ▶ В 2017 г. произведено кесарево сечение.
- ▶ При взятии на учет была определена средняя степень риска перинатальных осложнений. Консультацию посетила 11 раз. В консультации проведен стандарт обследования: IgG к ЦМВ и ВПГ. Нв- 119г/л, тромбоциты- $216 \cdot 10^9$, общий белок- 68 г/л, глюкоза- 5,0; печеночные пробы без отклонений от нормы, гемостазиограмма- АЧТВ - 26,4 сек,, РФМК- 15; ПТИ- 117%; в о/а мочи- следы белка, лейкоцитурия нет; ЭКГ- синусовый ритм, ЧСС- 66 уд. в мин.

СЛУЧАЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

- ▶ В декабре 2018 г. перенесла ОРВИ
- ▶ Этот факт никак не оценен терапевтом и акушер-гинекологом женской консультации. Верификация гриппа не произведена.

СЛУЧАЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

- ▶ 17.12.18 в связи с **жалобами на боли в левом боку** была направлена на консультацию к терапевту и, затем к невропатологу в связи с подозрением на межреберную невралгию.
- ▶ **С декабря по 04.02.19 в дневниках наблюдений фиксируются жалобы на боли в левом боку и подозрение на межреберную невралгию.**
- ▶ 4.02.19 в связи с продолжающимися болями в левом боку и появлением отеков с Диагнозом: Беременность 35 нед. ОГА, рубец на матке, угрожающие преждевременные роды. Внутриутробная гипоксия плода. Патологическая прибавка массы тела. **Межреберная невралгия.** беременная направляется в городской роддом.

СЛУЧАЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

- ▶ Состояние при поступлении оценено как удовлетворительное. Отмечаются выраженные отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки.
- ▶ АД - 110/70, РС- 78 в мин., вес- 98,3 кг., температуры нет. Выставляется диагноз и вырабатывается план ведения- кесарево сечение по достижении гестационного срока 38 нед.

СЛУЧАЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

- ▶ Обследована: АЧТВ- 36 сек., фибриноген А- 3,0, Ht- 30%, ПТИ-107%, РФМК-158 тыс; **Hb - 88г/л**, тромбоциты- $118 \cdot 10^4$;Общий белок- 59,8 г/л, глюкоза-4,5; печеночные пробы в норме; в о/а мочи- протеинурии нет.
- ▶ Осмотрена терапевтом, выставляется диагноз: Анемия средней степени. Отеки, обусловленные беременностью.
- ▶ Произведено УЗИ- умеренное многоводие, ПВП= 2870,0 г, по данным доплерометрии- нарушение кровотока в артерии пуповины и СМА. В почках беременной отмечается расширение лоханок справа до 12мм. ЭКГ- ритм синусовый.
- ▶ Проводится лечение: фенюльс, витамины B6 и B12 в/м, **дротаверин 2,0мл 2р в день в/м**, инфузии магния сульфата и **трентала в течение 2-х дней**, витамины B6 и B12 по 1,0мл в/м, сорбифер дурулес.

СЛУЧАЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

- ▶ Далее, в динамике обследования в моче отмечается лейкоцитурия, много эпителия, протеинурия до 0,3 г/л, в анализе по Нечипоренко - **лейкоциты до 3750** и **эритроциты до 1250**, далее отмечается. Отмечается **снижение диуреза до 960мл**; Нв-93 г/л, tr-156.
- ▶ Выставляется клинический диагноз: Б-ть 35-36 нед. Головное
- ▶ предлежание плода. Угрожающие преждевременные роды, ОАА. Рубец на матке. Отеки, обусловленные беременностью. Анемия средней степени. Ожирение II степени.
- ▶ По данным дневников наблюдения беременная **не предъявляет никаких жалоб???**, в связи с чем 14.02.19 беременная выписывается из роддома с улучшением под наблюдение врача ж/к.

СЛУЧАЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

- ▶ 15.02.19 на последнем приеме в ж/к выставляется диагноз: Б-ть 37 нед., рубец на матке, угроза преждевременных родов. ЖДА I ст. **Презкламсия?**, Ишиалгия и беременная повторно направляется в роддом.
- ▶ Прибавка веса на момент последнего приема в ж/к составила 12 кг.3, за время наблюдения в ж/к АД было в пределах 110/70-125/85мм рт ст.
- ▶ 18.02.19г. в 10ч 15мин. беременная М. поступает в городской роддом с жалобами на боли внизу живота, однократную рвоту. Состояние при поступлении расценено как удовлетворительное. Отмечаются отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. АД в пределах 100/60- 110/70, вес- 100кг, температура- 36,5.

СЛУЧАЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

- ▶ Выставляется диагноз: Б-ть 37 нед. Головное предлежание плода. Отеки, обусловленные беременностью. **Холестаз?** Анемия легкой степени.
- ▶ Вырабатывается тактика ведения- полное клиническое обследование и родоразрешение путем кесарева сечения в плановом порядке.
- ▶ Обследована: АСТ- 50,8, о/билирубин-18, общий белок- 57 г/л, Нв- 107 г/л, лейкоциты- 12,3 x 10⁹, тромбоциты-158 тыс, **АЧТВ-44 сек.**, фибриноген А- 3,9 г/л, ПТИ- 78, Нт- 38%, РФМК-17, экспресс тест ИФА на гепатит В, С - отрицательный, в моче- белок 0,1 г/л, лейкоциты 7-9 в п/з, желчные пигменты не обнаружены.
- ▶ ЭКГ- предсердные экстрасистолы, УЗИ печени- холестаза. КТГ в норме.

СЛУЧАЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

- ▶ УЗИ сердца - расширение полостей левого желудочка. Увеличение обоих предсердий. Недостаточность митрального клапана III степени. Недостаточность трикуспидального клапана 3 ст., небольшое количество жидкости в полости перикарда. Сократимость миокарда снижена. Аритмия.
- ▶ Осмотрена терапевтом - синусовая тахикардия, аритмия, экстрасистолия.
- ▶ Рентгенография - правосторонняя прикорневая пневмония.
- ▶ За сутки появились жалобы на одышку, выделено 800мл мочи.

СЛУЧАЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

- ▶ 19.02.19 в 15:05 беременная переведена в РКБ **в отделение пульмонологии** с Диагнозом: Б-ть 37 нед., головное предлежание ОГАА, рубец на матке. Отеки, обусловленные беременностью. Прикорневая пневмония. Миоперикардит? **ВПС?**
- ▶ 19.02.19 Рентгенография легких: правосторонняя прикорневая пневмония.
- ▶ ЭКГ: синусовая тахикардия, частая предсердная экстрасистолия, изменения боковой стенки левого желудочка.

СЛУЧАЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

- ▶ 20.02.19 Обзорная рентгенография органов грудной клетки: хронический бронхит справа, нижнедолевая пневмония.
- ▶ Эхографическое исследование органов брюшной полости: в правой плевральной полости жидкость в объеме 160 мл, в левой – 120 мл.
- ▶ 20.02.2019 при осмотре жалобы на редкий кашель, одышку в покое, усиливающуюся при физической нагрузке, отеки на ногах, слабость, боли в грудной клетке.
- ▶ **Объективно:** отеки на ногах, А/Д 110/60 мм рт ст, пульс 115 уд в мин. Сердечные тоны приглушены, ЧДД 27 в мин.
- ▶ **Диагноз:** Перипартальная кардиомиопатия. ХСН II ст., ФК II. Двухсторонний гидроторакс, гидроперикард. Отеки, умеренная протеинурия, обусловленная беременностью.

СЛУЧАЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

- ▶ 20.02.19 с опозданием в 16час 10 мин беременная переведена из отделения пульмонологии ОРИТ с Дз: Б-ть 37-38 нед. ОАА. Отеки беременных. Перипартальная кардиомиопатия, ХСН II ст., ФК II. Двухсторонний гидроторакс. Гидроперикард.
- ▶ Жалобы на боли внизу живота, кашель. Состояние больной тяжелое. ЧДД-20 в мин., пульс- 82 в мин., АД- 110/70-120/80, выраженные отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки, диурез снижен.
- ▶ Нв-106 г/л, тромбоциты-211, **общий белок- 50,0 г/л**; билирубин-24, АЛТ-60; АСТ-58, глюкоза- 5,1, калий- 4,0; Длительность кровотечения-2 минуты; Протеинурия-0,044 г/л; свежие эритроциты- единичные, проба Нечипоренко- лейкоциты- 1750, **эритроциты- 1250**.

СЛУЧАЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

- ▶ При динамическом наблюдении: в о/а мочи белок- 0,098 г/л, эритроциты в большом количестве; Нв- 110 г/л, t4- 218, АЧТВ- 35 сек., ПТИ- 93%, фибриноген А- 3,0 г/л; фибриноген А- 2,6 г/л, ПТИ- 94%, **общий белок- 40 г/л**, билирубин- 17; АЛТ-26, АСТ- 44, калий- 4,5; Нв- 105 г/л, тромбоциты- 273.
- ▶ Назначены: Осельтамивир 150 мг 2 р/день, меропенема тригидрат 3,0 г/сут, декстроза, натрия хлорид, коргликард; дигоксин 3,0, верошпирон, триампур, фуросемид, метопролол.
- ▶ По дневникам наблюдений ЧСС- 123-130-118 в мин., АД- 106/82- 106/68, сатурация кислорода - 97-98%, диурез на фоне стимуляции адекватный.

СЛУЧАЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

- ▶ Для родоразрешения беременная переводится в родильный дом РКБ
- ▶ **21.02.19 в 9.00** Состояние беременной тяжелое, печень у края реберной дуги,, тоны сердца приглушены, ритм, 86 д/мин. Акроцианоз, вынужденное положение беременной в сидячем положении, дефицит пульса до 30 уд.
- ▶ В 14.00 21.02.19. выработан план ведения родов - оперативный, по показаниям:
 - ОСА (перипартальная кардиомиопатия с нарушением ритма сердца, ХСН II Б.ФК III)
 - ОАА(рубец на матке)

Но!!! операция отсрочена на 20 ч ввиду необходимости проведения терапии декомпенсированной соматической патологии

СЛУЧАЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

- ▶ 22.02.19 в 10 час 15 мин произведена операция кесарева сечения с дренированием брюшной полости. Извлечена девочка весом 2990,0, рост 51 см, по Апгар 7/8 баллов. Операция протекала без технических сложностей, кровопотеря составила 600 мл.
- ▶ При продолжающемся кардиомониторинге отмечена желудочковая тахикардия с пароксизмами экстрасистолии до 130-140 уд. в мин.

СЛУЧАЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

- ▶ 23.02.19 в 14 час состояние больной резко ухудшилось. Отмечена обильная рвота с последующей потерей сознания, остановкой дыхания и кровообращения. На кардиомониторе- асистолия.
- ▶ Начата сердечно-легочная реанимация: массаж сердца, интубация трахеи, ИВЛ аппаратом «фаза» 21 в режиме гипервентиляции. Дыхательные пути чистые, свободные. Дыхание проводится по всем полям. Внутривенно-адреналин 1 мг трехкратно через 5 мин, атропин 1 вв через 5 мин, лидокаин 10%-1,0 на физ растворе 10, 0 в/в, реланиум 2,0 в/в.
- ▶ Проводимые реанимационные мероприятия в течение 30 мин эффекта не дали. В 14 час 30 мин констатирована биологическая смерть.

Замечания по ведению беременности и родов

На этапе женской консультации и родильного дома:

- ▶ не проводится полное клиническое обследование беременной;
- ▶ при взятии на учет не полностью собран анамнез. Не уточнен диагноз **после лапароскопии**.
- ▶ своевременно не выявлена пневмония, проявлением которой были боли, расцененные как межреберная невралгия;
- ▶ запоздалая диагностика кардиомиопатии, осложнившей течение постгриппозной пневмонии;
- ▶ запоздалое начало противовирусной терапии;

Замечания по ведению беременности и родов

- ▶ При обследовании выявляются аритмия, прикорневая пневмония справа, дилатация левых отделов сердца, НМК 3 ст., НТК 3 ст., снижение расчетного систолического давления= 47 мм.рт.ст. Но, несмотря на полученные результаты исследований, беременную переводят в отделении пульмонологии РКБ, хотя требовался перевод в профильное кардиологическое отделение РКБ и экстренное родоразрешение.
- ▶ диагноз ВПС, скорее всего, не правомочен, недостаточность клапанов развилась вторично на фоне дилатационной миокардиопатии, а выявленные при УЗИ внутренних органов гидроторакс, гидроперикард явились проявлением полисерозита.
- ▶ выявленный диагноз перипартальной кардиомиопатии с нарушением ритма сердца правомочен, причин его развития- грипп А/Н1N1, пневмония.

Замечания по ведению беременности и родов

На этапе ГБУ РКБ и родильного дома

- ▶ Дежурная бригада при переводе беременной из отделения пульмонологии в родильный дом РКБ очень поверхностно собрала анамнез и провела осмотр пациентки. Госпитализация беременной с тяжелой соматической патологией в отделение обсервации была объяснена фигурировавшим в выписном эпикризе Дз: пневмония.
- ▶ Тяжесть состояния беременной при госпитализации недооценена, дежурным реаниматологом не осмотрена. В результате тяжелая больная остается на 17 ч без должного наблюдения и лечения.
- ▶ Акушерская тактика в отделении обсервации и в ОАРИТ была выработана правильно. Показания к операции кесарево сечение – обоснованы.
- ▶ Возникшая на 2 сутки послеоперационного периода рвота у родильницы с частой экстрасистолией и декомпенсированной сердечной недостаточностью, обусловленной перипартальной кардиомиопатией, привела к асистолии.

Причина смерти:

- ▶ остановка сердца на фоне желудочковой тахикардии, пароксизмов экстрасистолии, острой сердечно-сосудистой недостаточности
- ▶ дилатационная перипаретальная кардиомиопатия с нарушением ритма по типу частой экстрасистолий, недостаточность митрального клапана 3 степени, недостаточность трикуспидального клапана 3 степени, ХСН II ст, ФК III., риск IV ст.
- ▶ грипп, пневмония

Смерть относится к разряду предотвратимых при своевременной диагностике и лечении экстрагенитальной патологии.

Дефекты оказания медицинской помощи (по данным МЗ РФ, 2018)

- ▶ Запоздалая госпитализация (45,7%)
- ▶ Ошибки госпитализации (18,1%)
- ▶ Неполная и несвоевременная диагностика (16,4%)
- ▶ Недооценка тяжести состояния (19,8%)
- ▶ Отсутствия адекватной противовирусной терапии (25,9%)

Благодарю за внимание