

Министерство здравоохранения РФ.
Министерство здравоохранения РД.
Дагестанский государственный медицинский университет
ГБУ РД «Махачкалинский родильный дом №2 им. Р. А. Кариева»



Случай из практики:
**«Успешное лечение пациентки с эмболией
околоплодными водами»**

Багомедов Р.Г.

**Очень важно, чтобы акушеры-гинекологи
и анестезиологи хорошо знали
современное состояние проблемы.**

**Различная патология беременности
родов, а также сопутствующая
гиповолемия любой этиологии, в том
числе и ятрогенная, чреваты опасностью
амниотической эмболии**

Эмболия околоплодными водами (ЭОВ), (анафилактоидный синдром беременности).

ЭОВ – это патологическое состояние, обусловленное попаданием ОВ в кровеносное русло роженицы.

Для **ЭОВ** характерно острое развитие артериальной гипотонии, шока, дыхательной недостаточности, гипоксии и коагулопатии с массивным кровотечением во время беременности, родов и в течение 12 часов после родов при отсутствии других причин

Код по МКБ – 10: O88.1



Эмболия околоплодными водами

- Клинический синдром **ЭОВ** впервые был описан Meyer в 1926 г., и систематическое изучение данной патологии провели P.E.Steiner и C.C. Lushdaugh в 1949 г.
- ЭОВ - катастрофа беременных, рожениц и родильниц
- частота ЭОВ 1 случай на 20000 родов.
- смертность от нее составляет в мире 11 – 80%
- Материнская смертность от ЭОВ в США - 7,6%, в Австралии – 8%, в Англии - 16%, в России 8,2 – 10,3 %



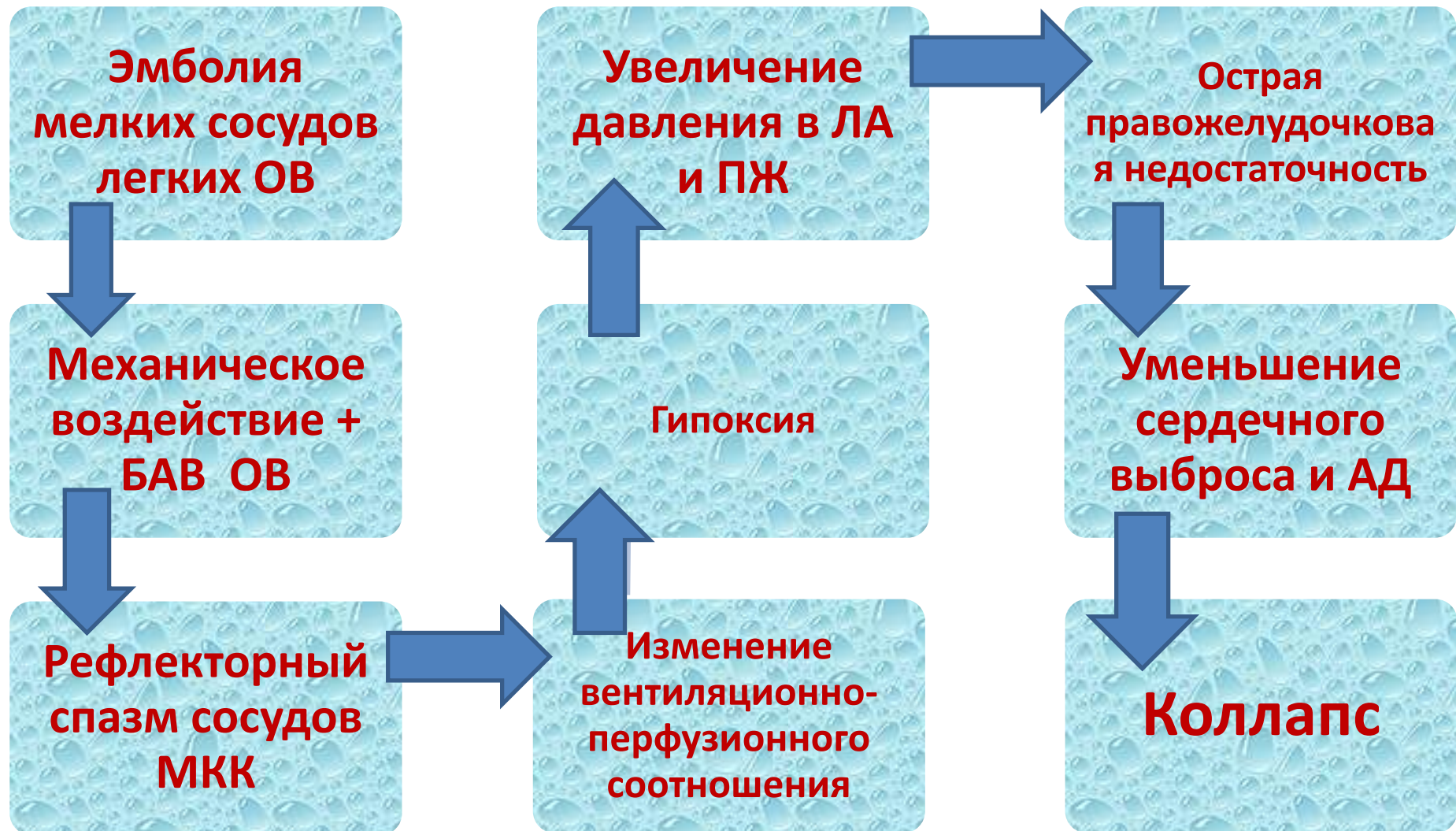
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЭОВ;

- количество родов 3 или более, аборт 3 или более,
- предлежание плаценты,
- кесарево сечение,
- пере растяжение матки(многоводие, многоплодие)
- несвоевременное излитие ОВ или амниотомия,
- индуцированные роды,
- повреждения матки или шейки матки,
- дискоординированная родовая деятельность,
- низкое венозное давление у роженицы.

Этиология ЭОВ

- **Снижение системного давления (введение спазмолитиков и гипотензивных средств),**
- **Повышение внутриматочного давления при:**
 - **многоплодной беременности,**
 - **крупном плоде ,**
 - **дискоординированной родовой деятельности,**
 - **несвоевременном вскрытии плодного пузыря,**
 - **родостимуляции**
- **Нарушение целостности матки (надрыв или разрыв ш/матки, кесарево сечение)**

Патогенез ЭОВ (первая фаза)



Патогенез ЭОВ (вторая фаза)

Гиперкоагуляция:

1. Действие тканевого тромбопластина
ОВ
2. Множественный тромбоз



Гипокоагуляция:

- Истощение факторов свертывания.
Тромбоцитопения
ДВС

Клиника ЭОВ

- На фоне внешнего благополучия, внезапно появляется цианоз лица и конечностей.
- Максимально снижается АД (иногда не определяется).
- Тахикардия, пульс слабого наполнения.
- Озноб, лихорадка.
- Дыхание брадипноэ, тахипноэ, нарастание удушья (дыхание шумное, kloкочущее, кашель с пенистой мокротой).
- Клонико – тонические судороги, потеря сознания, кома.
- Остановка сердца в течение 2 – 3 часов

Если СЛР эффективна, развивается коагулопатическое кровотечение.

Диагностика ЭОВ

- **ЭОВ** – диагноз исключения.

В большинстве случаев диагноз ЭОВ ставится на основе клинических проявлений

- **Острая гипоксия, гипотензия, остановка сердца, патологический фибринолиз, тяжелое кровотечение, ДВС, (удлинение АЧТВ, снижение фибриногена, тромбоцитопения).**

Любое из вышеперечисленных состояний во время родов, кесарево сечения, амниотомии или в течение 30 минут и до 4 часов после родов

- **Отсутствие других причин, которые могли бы способствовать развитию вышеуказанных состояний**

Интенсивная терапия ЭОВ

К сожалению, интенсивная терапия кардиопульмонального шока при ЭОВ чаще всего превращается в реанимацию.

Именно поэтому необходимо, чтобы возле роженицы, подозрительной на возможность возникновения данного осложнения, всегда находился человек владеющий приемами реанимации. И не имеет значения, как он называется в штатном расписании больницы- акушер, анестезиолог, реаниматолог, неонатолог или терапевт.

Интенсивная терапия ЭОВ

После успешной СЛР, интенсивная терапия должна быть направлена :

1. Подавление реакций, вызвавших кардиопульмональный шок.
2. Лечение коагулопатии.
3. Профилактику и лечение полиорганной недостаточности.
4. Остановка кровотечения любым возможным способом

**Беременная К., 41 г., история родов №887,
поступила «МРД №2» 02.02.17 г.**

- **Анамнез: 8 беременность, роды предстоят – 3.**
- **Двое физиологических родов, в последующем 5 медицинских аборт.**
- **В первом триместре - ранний токсикоз.**
- **В 13-14 недель перенесла ОРЗ, грипп.**
- **Второй триместр протекал на фоне угрозы преждевременных родов.**
- **Прибавка в весе за данную беременность составила – 20 кг.**
- **DS: Беременность 39 - 40 недель, ОАСА, многоводие, крупный плод, поздний репродуктивный возраст, ожирение 2 степени.**

Беременная К., 41 г. (Роды)

- **03.02.17 г. в 6 ч 30 мин беременная переведена в родильное отделение на «программированные роды».**
- **Амниотомия - 8ч 15мин.**
- **03.02.17 г. в 10 ч 00 мин реализовалась регулярная родовая деятельность.**

Беременная К., 41 г. (Кризис)

03.02.17 г. в 11 ч 50 мин. 1 период родов.

- Среди полного покоя отмечается резкое ухудшение самочувствия роженицы в виде одышки и болей за грудиной с последующей потерей сознания. Экстренно вызван анестезиолог-реаниматолог.
- В момент осмотра: роженица без сознания, на вопросы не отвечает, кожные покровы синюшные, покрыты холодным липким потом. Глазные яблоки «плавают», зрачки умеренно расширены, реагируют на свет. Лицо синее, наружные яремные вены – набухшие, появилась пена изо рта.
- АД 50/20 мм рт. ст., пульс нитевидный(не подлежит подсчету).
- Аускультативно: сердечные тоны резко приглушены. Дыхание поверхностное, брадипноэ 6 - 10 в мин. Жесткое дыхание по всем полям с резким ослаблением в нижних отделах. Там же выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. SpO₂ – 56%. Сердцебиение плода приглушенное, 70 - 80 уд./мин.

Беременная К., 41 г.

Диагноз

- **Беременность 39-40 недель, многоводие, программированные роды, 1-й период, крупный плод. Поздний репродуктивный возраст. Ожирение 2 ст. Острая гипоксия плода.**
- **Эмболия околоплодными водами?
(Кардиопульмональный шок).**
- **ТЭЛА?**

Реанимационные мероприятия в дородовой

- подача 100% кислорода,
- катетеризация обеих локтевых вен,
- струйно инфузия 6% стабизола 500 мл,
- 40 мг дексаметазона в/венно(суммарно за сутки 80мг).
- в другую вену – 0,9% раствора NaCl 400 мл с добавлением 200 мг дофамина и со скоростью 10 - 15 мкг/кг/мин.
- Болюсно введена транексамовая кислота 1000 мг.
- Cito - общий анализ крови, биохимия, коагулограмма.
- Роженица переведена в операционную для проведения реанимационных мероприятий и экстренного оперативного родоразрешения.

В операционной

- атропина сульфат 0,1% - 0,6 мл в/в,
- кетамин 200 мг + реланиум 10 мг в/в,
- листенон 160 мг в/в.
- Интубация трахеи трубкой №7,5.
- Параметры ИВЛ : ДО – 600 мл, FiO2 – 80%,
- МОД – 12 л/мин, ПДКВ – 5 мм рт. ст.
- **Pip 38 - 42 мм вод. ст.,**
- **SpO2 – 68 - 82%.**

Кесарево сечение

- Извлечен плод мужского пола массой 4140,0 г, ростом 53 см, с оценкой по шкале Апгар – 1-2 балла.
- Матка темно-синюшного цвета, гипотоничная, отмечается кровотечение жидкой кровью, необразующей сгустки.
- Появилось кровотечение с мест пункций вен и инъекций. Получены анализы.
- Учитывая развернутую клинику коагулопатического кровотечения, решено объем операции расширить до экстирпации матки без придатков.

Беременная К., 41 г.

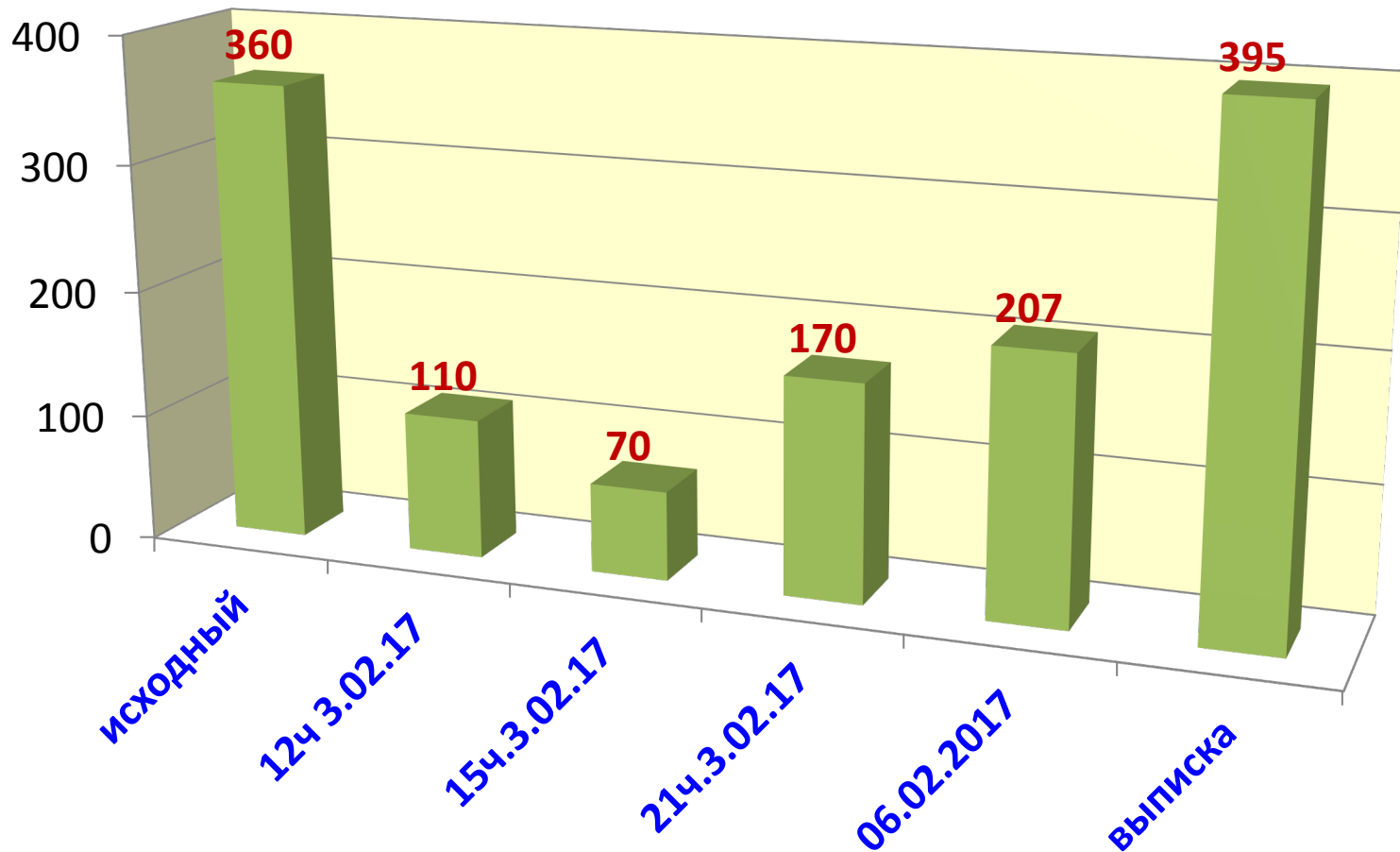
Лабораторные данные при поступлении

- **Общий анализ крови: Нв- 119 г/л, L - 11,8 – 10/9, PLT- 199*10*9, Hct - 35,5.**
- **Биохимия крови: АЛТ – 3,3 Ед/л; АСТ – 10,7 Ед/л, альбумины – 37,9 г/л, глюкоза – 4,8 ммоль/л, креатинин – 90,0 мкм/л, мочевины – 4,8 ммоль/л, общий белок – 66,8 г/л, щелочная фосфатаза – 287 ммоль/л, прямой билирубин – 51,9 мкмоль/л.**
- **Коагулограмма: Фибриноген– 380 ммоль/л, МНО – 1,3, Протромбиновое время – 8,1 сек, АЧТВ – 28,1с.**
- **Анализ мочи: уд.вес – 1020, цвет с/ж, белка нет.**

Беременная К., 41 г.

Динамика фибриногена

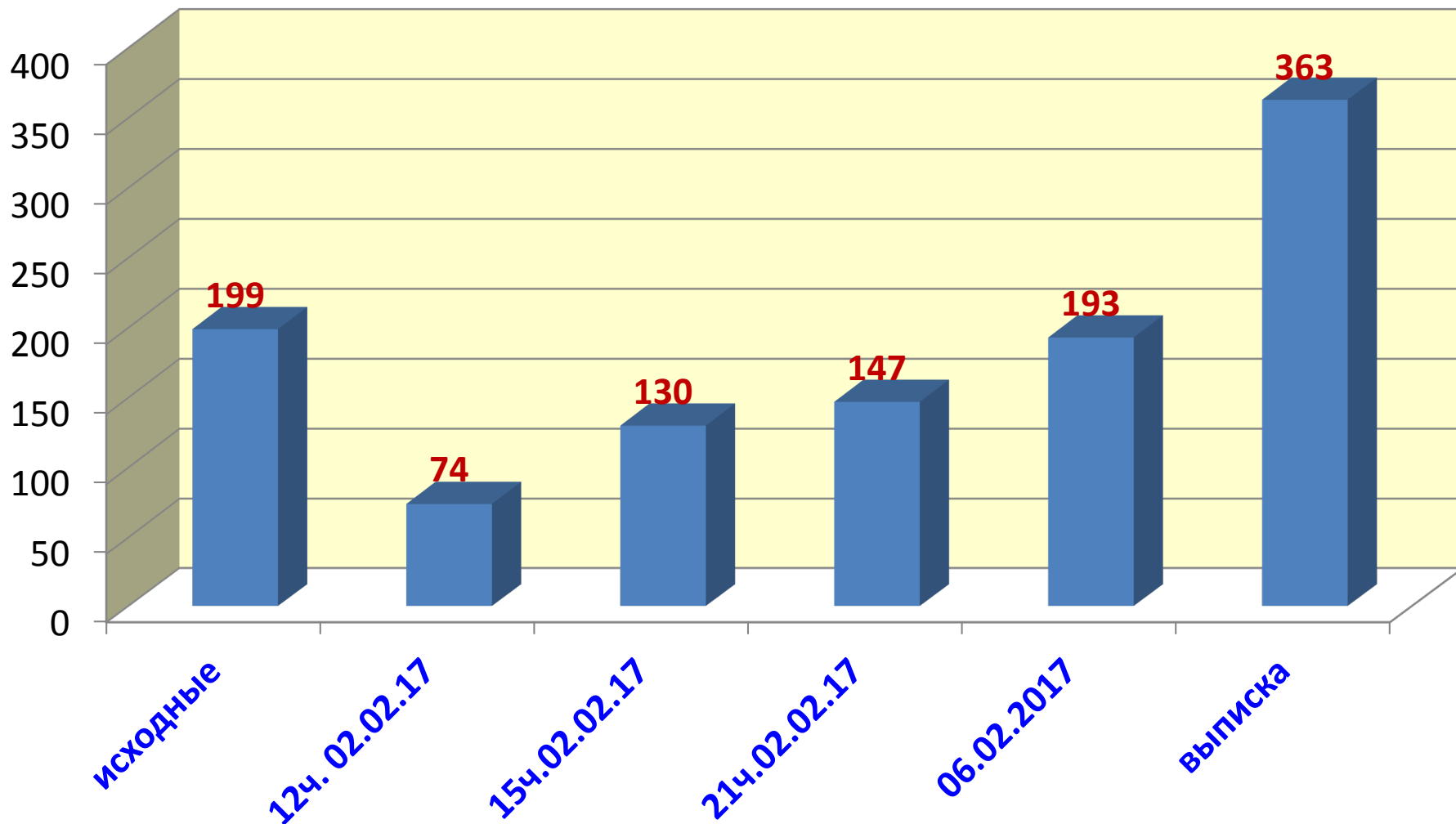
■ фибриноген



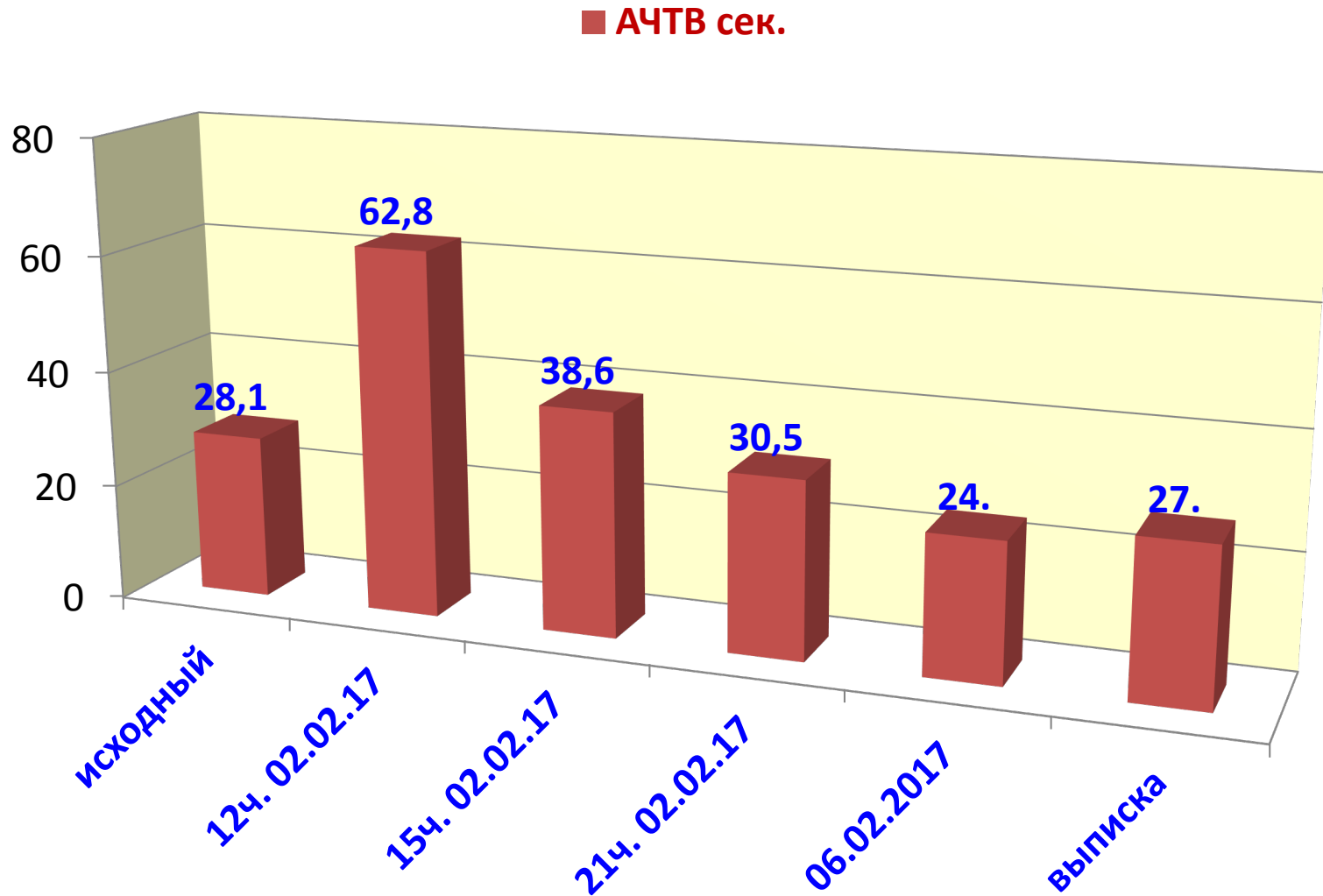
Беременная К., 41 г.

Динамика тромбоцитов

■ тромбоциты *10⁹



Беременная К., 41 г. Динамика АЧТВ



Инфузионно – трансфузионная терапия за первые сутки

- **24 доз криопреципитата,**
- **2400 Ед проторомплекса,**
- **80 мг дексаметазона,**
- **3000 мг транексамовой кислоты,**
- **1 млн Ед гордокса,**
- **СЗП 1250 мл.**
- **стабизол 500мл,**
- **NaC 1200 мл, раствор Рингера 1000 мл,**

Резюме

- **Своевременно проведенные реанимационные мероприятия,**
- **своевременное патогенетически обоснованное лечение,**
- **обоснованная радикальная операция,**
- **командный, мульти дисциплинарный подход, позволили обеспечить благоприятный исход для роженицы при данном критическом состоянии.**

Благодарю за внимание



d – bagomedov@yandex.ru

Тел. 8928 – 678 - 82- 83