

СЛУЧАЙ КРИТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Субординаторы акушеры-гинекологи 1617 гр.

к.м.н., доцент Р. Л. Коршикова

Информация из обменной карты 4 ЖК

- Пациентка Ч.
 - 32 года
 - Г. Минск
 - Не работает
-
- Рост 165, вес 59, таз 25*28*32*21 см
 - Перенесенные заболевания – ОРЗ, ветряная оспа
 - Аллергический и гемотрансфузионный анамнез не отягощён

Акушерский анамнез

- Беременность 5я по счёту, 4е роды
- I 2011 мальчик, 3400, к/с (смешанное ягодичное предлежание)
- II 2015 девочка, 2950, к/с
- III 2016 малое к/с в 21 неделю (аномалия развития сосудов плода)
- IV 2017 девочка, 3390, к/с
- V 2018 настоящая беременность

Гинекологический анамнез

- Менструации с 14 лет
- Установились сразу
- По 5 дней через 28 дней

- Дата последней менструации – 27.01.2018

**Обратилась в ЖК в сроке беременности 9 недель
(29.03.2018)**

- Дату первого шевеления не помнит

Обследована при постановке на учёт:

- Терапевтом - 1 раз (патологии не выявлено)
- ЛОРом – 1 раз (патологии не выявлено)
- Эндокринологом – 1 раз (патологии не выявлено)
- Стоматологом – 1 раз (патологии не выявлено)

- Офтальмологом -1 раз (миопия ср. ст. обоих глаз)

Лабораторная диагностика

- **ОАК** – в 9, 26, 29, 34 недель (без патологии)
- **ОАМ** – в 9, 19, 26, 29, 34 недели (в сроке 19 недель бактерии +, контрольный анализ без патологии)
- **БАК** – в 9 и 30 недель (без патологии)
- **Коагулограмма** – в 9 и 30 недель (без патологии)

- **Р. Вассермана** – в 9 и 30 недель (отр.)
- **ВИЧ** – в 9 и 30 недель (отр.)
- **Гепатит С, В** – в 9 и 30 недель (отр.)

Лабораторная диагностика

- **ТОРСН-инфекции** – в 9 недель (отр.)
- **Токсоплазмоз** – в 9, 30 недель (отр.)
- **ИППП** – в 9 недель (отр.)
- **Посев из цервикального канала** – в 9 недель (роста не дал)

- **Определение группы крови** – в 9 недель (II(A)
Rh+(положительная))
- **Резус-антитела** – в 9 и 30 недель (не обнаружены)

УЗИ

- **24.04 (12 недель):** Без патологии. Локализация плаценты по правой боковой стенке. Срок беременности по КТР (64,7 мм) – 12 недель 6 дней.
- **13.06 (19 недель):** Признаков врождённой патологии плода не выявлено. Плацента расположена: по передней стенке матки, выше внутреннего зева. Толщина плаценты 20 мм.

Количество ОВ: норма. Длина шейки матки 40 мм. Матка и область придатков без особенностей.

Толщина миометрия в области п/о рубца – 3, 5 мм.

Беременность соответствует сроку 19 нед. 4 дня.

Пациентка находилась в группах риска из-за оперированной матки

- По **кровотечению** (рекомендованы ОАК, коагулограмма и Д-димеры в 37 недель)
- По **невынашиванию** (рекомендованы ультразвуковая цервикометрия в 19-24 недели, 26-28 недель)
- По **развитию ФПН** (рекомендованы доплерометрия маточных сосудов в 18-20 недель, УЗИ с доплерометрией 26-28 недель)

Оценка факторов риска

- Сумма **баллов** пренатальных факторов риска:
 - До 12 недель – 10 б (низкий)
 - 30 недель – 12 б (низкий)
- **Степень** перенатальных факторов риска: низкая степерь (частота наблюдения – 1 явка, 14, 20, 26, 30, 34, 36, 38, 40-41 недели, согласно клиническим протоколам)

ПДР– 03.11.2018

Наблюдалась в ЖК:

- 29.03 (1ая явка, 9 недель)
- 25.04 (13 недель)
- 13.06 (20 недель)
- 25.07 (26 недели) - анемия лёгкой степени тяж. по рез. **ОАК**. Предложена госпитализация, отказ.
- 22.08 (30 недель)
- 18.09 (34 недели)** – жалоб не предъявляет, состояние удовлетворительное, АД 110/70, ЧСС – 80, КТГ – физ. тип.)

19.09.2018

- Вызов бригады СМП мужем пациентки
- Первичный контакт СМП с пациенткой в 12-40
- Жалобы на резкие боли в низу живота, потемнение и «мушки» перед глазами, обморочное состояние, жажда

Диагноз врача СМП: Беременность 234 дня.

Преждевременная отслойка плаценты? Разрыв матки?

- Информация о пациентке отделом госпитализации сразу передана по телефонограмме в 12-45
- Доставлена бригадой СМП в 13-05 в тяжелом состоянии в приемный покой акушерства УЗ 1-я ГКБ

Оказанная бригадой СМП помощь:

- катетеризация вены,
- инфузия 500 мл 0,9% раствора NaCl,
- ЭКГ (без патологии)
- ингаляция 100% O₂.

Приемное отделение

- Пациентка Ч доставлена СМП в 13 ч 05 мин 19.09.2018 г. в тяжелом состоянии в приемный покой акушерства УЗ 1-я ГКБ.
- При поступлении пациентка сразу осмотрена в приемном покое консилиумом в составе: проф. Можейко Л.Ф., зам. гл. вр. Пацеев С.В., доц Акулич Н.С., зав. отд. Саламаха А.В., зав. отд. Купчиной А.Н., доц. Костровой Е.М., анест. Алисевич Н.А., вр. Кухарчик Т.Ф.
- Жалобы: на боли внизу живота, потемнение и «мушки» в глазах, обморок, жажда.

Объективно:

- состояние тяжелое, сознание спутанное, заторможена, на вопросы отвечает с трудом.
- Гемодинамические показатели: АД 80/60 мм.рт.ст, пульс 100 в минуту, ЧД 20 в минуту.
- Пациентка занимает на каталке вынужденное положение – на боку, лежать на спине не может.
- Живот увеличен за счет беременности, резко напряжен, выраженная болезненность внизу живота в области рубца.
- Положение плода продольное, предлежит головка, головка над входом в малый таз, сердцебиение плода определяется с трудом, воды не изливались.
- Осмотрена вагинально: ш/матки кзади, 2,5 см, плотная., ц\канал закрыт. Нижний сегмент резко болезненный, преимущественно справа. Влагалище свободное, кровянистых выделений нет.

По cito в приёмном покое:

- продолжена инфузия физраствора,
- взяты анализы: ОАК, б/хим. анализ крови, коагулограмма, группа крови, резус-фактор.

Данные анализов	19.09.2018
Гемоглобин, г/л	80
Эритроциты, $10^{12}/л$	3,11
АЧТВ, сек	18,3
ПВ, сек	14,6
МНО	1,09
Фибриноген А, г/л	2,5

Срок беременности:

- по последней менструации - 234 дн., 33-34 нед.,
- по данным УЗИ (I триместр) – 238 дн, 34 нед.

Диагноз: Беременность 234 дня, Разрыв матки по старому рубцу. ОАА (4-ды оперированная матка). Геморрагический шок 2 ст., Миопия ср. ст. Анемия ср. степени.

- Решение консилиума: показано экстренное оперативное лечение – лапаротомия, кесарево сечение.

Разрыв матки

Классификация

РАЗРЫВЫ МАТКИ. КЛАССИФИКАЦИЯ.

Разрывом матки называется нарушение целостности ее стенок.

1) по времени возникновения:

А) во время беременности разрывы матки (9 %)

Б) во время родов.

2) по этиологии и патогенезу:

А) самопроизвольные - без каких-либо внешних воздействий;

Б) насильственные - с неправильно примененными оперативными вмешательствами;.

3) по локализации:

А) в дне матки,

Б) в теле матки,

В) в нижнем сегменте матки,

Г) отрыв матки от сводов влагалища;

4) по характеру повреждения:

А) полный разрыв,

Б) неполный разрыв.

5) по клиническому течению:

А) угрожающий разрыв,

Б) начинающийся разрыв,

В) совершившийся разрыв.

Признаки несостоятельности рубца на матке:

- *Клинически* – болезненность при пальпации в области рубца;
- *УЗ-признаки*:
 1. Истончение области предполагаемого рубца менее 3 мм;
 2. Неоднородность структуры тканей нижнего сегмента в виде гиперэхогенных включений;
 3. Кратерообразное истончение рубца и резкое истончение нижнего сегмента в области предполагаемого рубца;
 4. Плацентация непосредственно в области рубца.

УГРОЖАЮЩИЙ разрыв матки характеризуется симптомами:

1. Родовая деятельность очень сильная, схватки болезненные.
2. Нижний сегмент матки перерастянут, истончен, болезненный при пальпации.
3. Контракционное кольцо расположено высоко, доходит до уровня пупка.
4. Круглые связки матки очень напряжены и болезненны.
5. Появляется отек краев шейки матки, который распространяется на влагалище и промежность.
6. Затрудняется мочеиспускание.
7. Ухудшается состояние плода.
8. Роженица возбуждена, беспокойна.



- **НАЧАВШИЙСЯ разрыв матки** характеризуется симптомами как и при угрожающем разрыве + появляются кровянистые выделения из влагалища, состояние плода критично, родовая деятельность становится слабой или прекращается.

- **Симптомы СВЕРШИВШЕГОСЯ разрыва матки:**

1. В момент разрыва возникает чрезвычайно острая боль в животе.

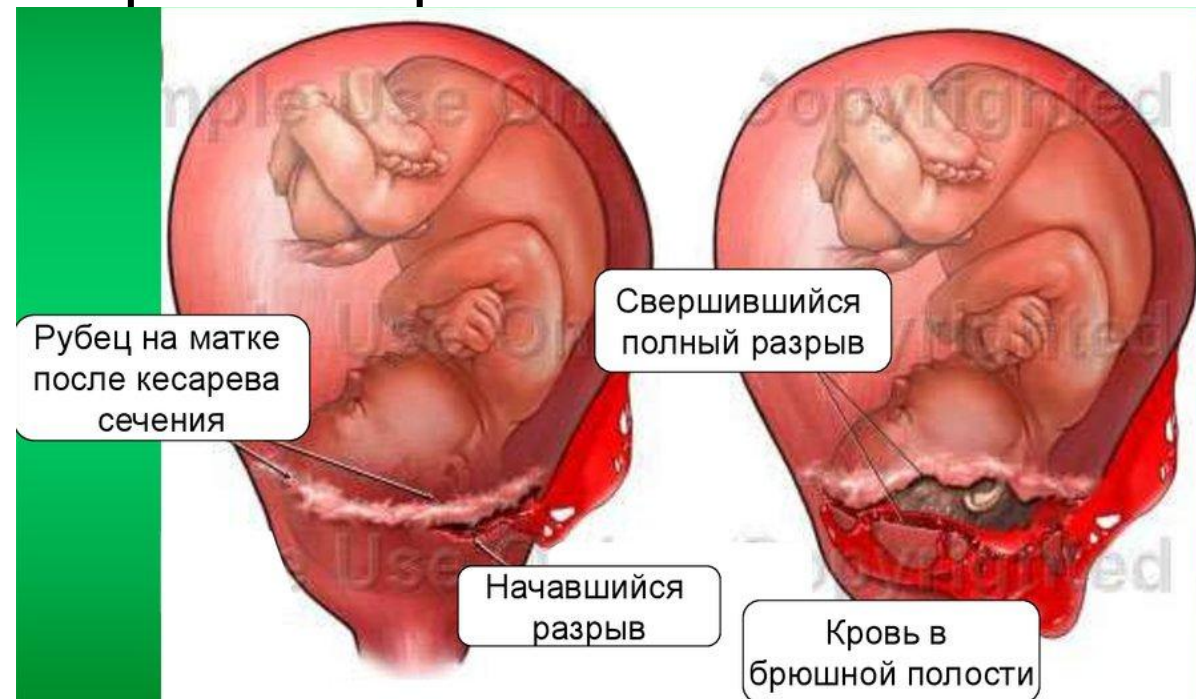
2. Родовая деятельность прекращается.

3. Выявляются симптомы шока и кровопотери.

4. В брюшной полости пальпируются части плода.

5. Сердцебиение плода не выслушивается.

6. Наружное кровотечение может быть небольшим.



ОПЕРАЦИЯ

Лапаротомия

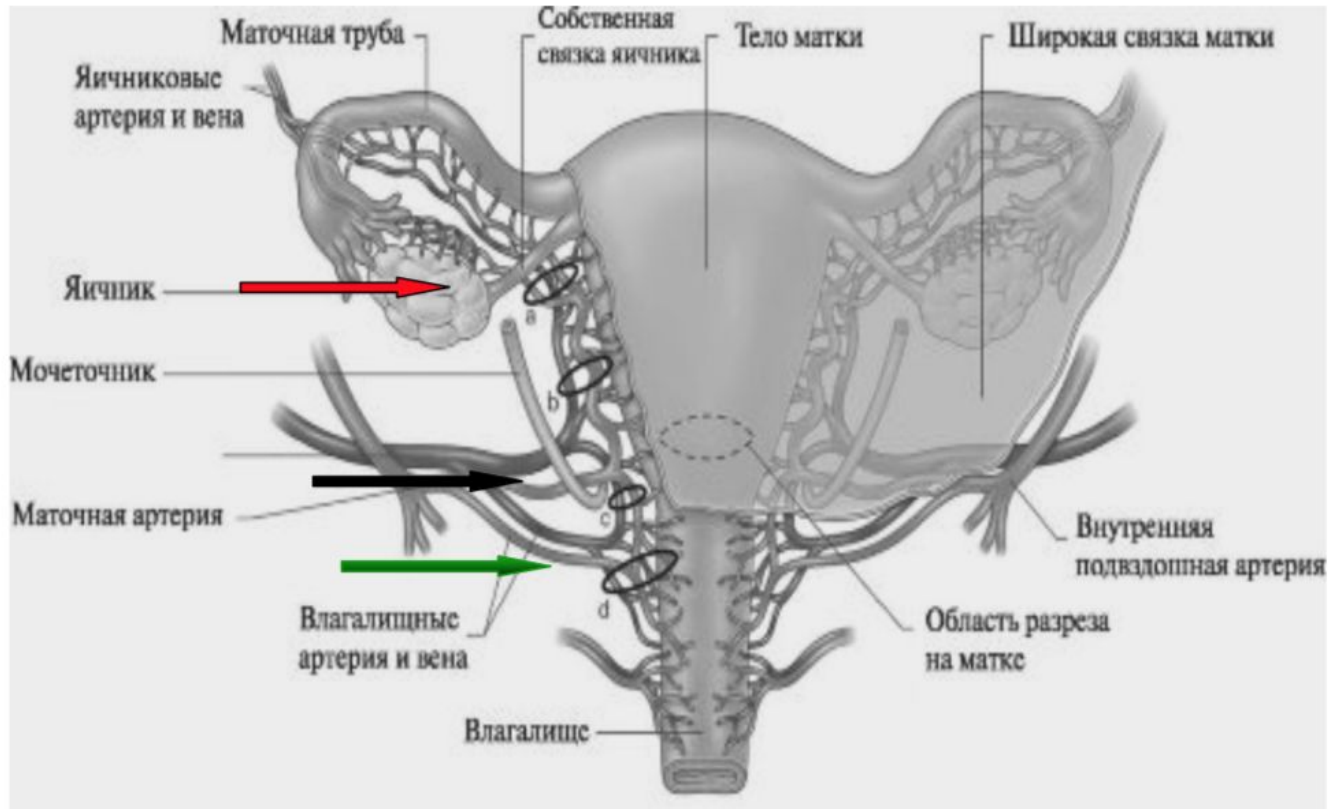
- При совершившемся разрыве матки немедленно производится кесарево сечение на фоне лечения геморрагического шока и полноценного обезболивания.
- При стабильном состоянии роженицы и плода выполняют разрез по Joel-Cohen. Однако в большинстве случаев степень тяжести состояния требует нижней срединной лапаротомии.
- После вхождения в брюшную полость плод необходимо немедленно извлечь

Гемостаз

- Матку следует вывести в разрез на брюшной стенке. На кровоточащие сосуды матки следует наложить зажимы.
- Производят деваскуляризацию матки.
- Затем осматривают матку. Устанавливают количество повреждений, их место, глубину проникновения разрывов, состояние нижнего сегмента матки, обращая внимание на структуру стенки. Тщательно осматривают соседние органы.

Поэтапная деваскуляризация матки синтетическими рассасывающимися нитями (по Цирельникову):

- с - лигирование восходящих ветвей маточной артерии с обеих сторон,
- a - собственных связок яичников (маточно-яичниковые анастомозы),
- b - артерий круглых маточных связок с 2-х сторон
- d - при необходимости лигирование нисходящих ветвей маточных артерий



Объём хирургического вмешательства

- Выбор объема операции зависит от вида разрыва и комбинации других факторов — состояния пациентки, материально-технической базы клиники, опыта хирурга, а также желания пациентки сохранить матку и способность к деторождению в будущем.
- При терминальном состоянии больной операция проводится в два-три этапа, с операционной паузой после остановки кровотечения, во время которой продолжаются реанимационные мероприятия по борьбе с шоком.

Объём операции зависит от времени с момента разрыва матки, характера изменений стенки матки, возраста роженицы, наличия инфекции.



Ушивание разрыва

- Эффективное ушивание возможно только при условии, что разрыв небольшой. Это наиболее вероятно, если произошел разрыв по рубцу после кесарева сечения.
- Разрыв матки по рубцу обычно кровоточит необильно из-за плохой васкуляризации рубца.

Исключение — случаи продления разрыва в интактный миометрий или широкую связку.

- При восстановлении аваскулярных рубцов необходимо иссечь края раны матки и сопоставить хорошо кровоснабжаемые участки миометрия.

Субтотальная гистерэктомия (надвлагалищная ампутация матки)

- Производится при невозможности ушивания разрыва после остановки кровотечения и выведения больной из шока.
- Если травма и/или источник кровотечения в верхней части матки.
- Если отсутствует клиническая картина сепсиса и в процесс не вовлечены шейка матки или паракольпос, операцией выбора является субтотальная гистерэктомия.
- Она выполняется быстрее и имеет меньшую вероятность повреждения мочеточников или мочевого пузыря.

Тотальная гистерэктомия (экстирпация матки)

- Показания к этой операции — повреждение шейки матки (разрывы, эрозия, дисплазия) или структур паракольпоса, а также септические осложнения.
- Экстирпация матки с трубами при наличии признаков воспалительного процесса в органе

Особенности*

- Во всех случаях разрыва нижнего маточного сегмента — необходимо оценить положение и целостность мочевого пузыря.
- Все перечисленные операции проводят на фоне антибиотикотерапии и профилактики тромбообразования.
- Во всех случаях проводится — гистологическое исследование операционного материала.

Показания к экстирпации

- В нижнем сегменте матки, справа разрыв по рубцу, переходящий на ребро и сосудистый пучок длиной 6 см.
- Плацента по передней стенке, с признаками врастания в область рубца, не отделена.
- Придатки: оба яичника 3*3*4 см, маточные трубы не изменены.

Решено: произвести экстирпацию матки без придатков.

Интраоперационный консилиум в составе проф. Можейко Л. Ф., зам. гл. вр. Пацеев С.В., доц Акулич Н.С., зав. отд. Саламаха А.В., Купчина А.Н.

- Матка удалена на уровне влагалищных сводов. Культия влагалища ушита отдельными швами, фиксирована круглыми связками . Тазовая перитонизация.
- Кровопотеря:
 - по вскрытии бр. полости – 1500 мл
 - во время операции с маткой – 500 мл
 - туалет бр. полости после экстирпации – 500 мл.

- Макропрепарат: матка с последом в едином препарате.

Диагноз после операции: *Беременность 234 дня, роды 4-е преждевременные. Разрыв матки по старому рубцу, приращение плаценты. ОАА (рубец на матке, 4 КС), геморрагический шок 2 степени.*

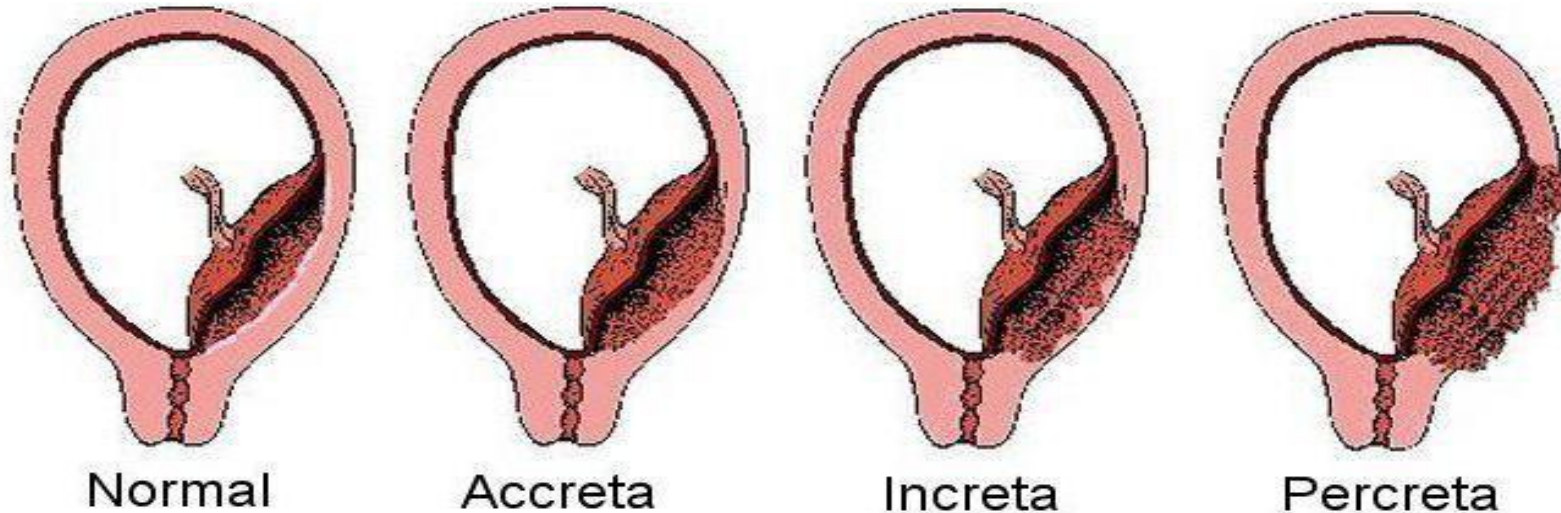
ВРАСТАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

- Частота: 1 на 3000-5000 родов.
- Факторы риска:
 - рубец на матке после кесарева сечения
 - предлежание плаценты



Классификация глубины врастания плаценты

- **accreta**: при выраженном истончении или локальном отсутствии децидуальной оболочки ворсины плаценты прирастают к мышечной оболочке или рубцовой ткани;
- **increta**: котиледоны прорастают миометрий на ту или иную глубину;
- **percreta**: ворсины хориона пронизывают весь мышечный слой, вплоть до серозной оболочки, с возможным проникновением их в соседние органы.

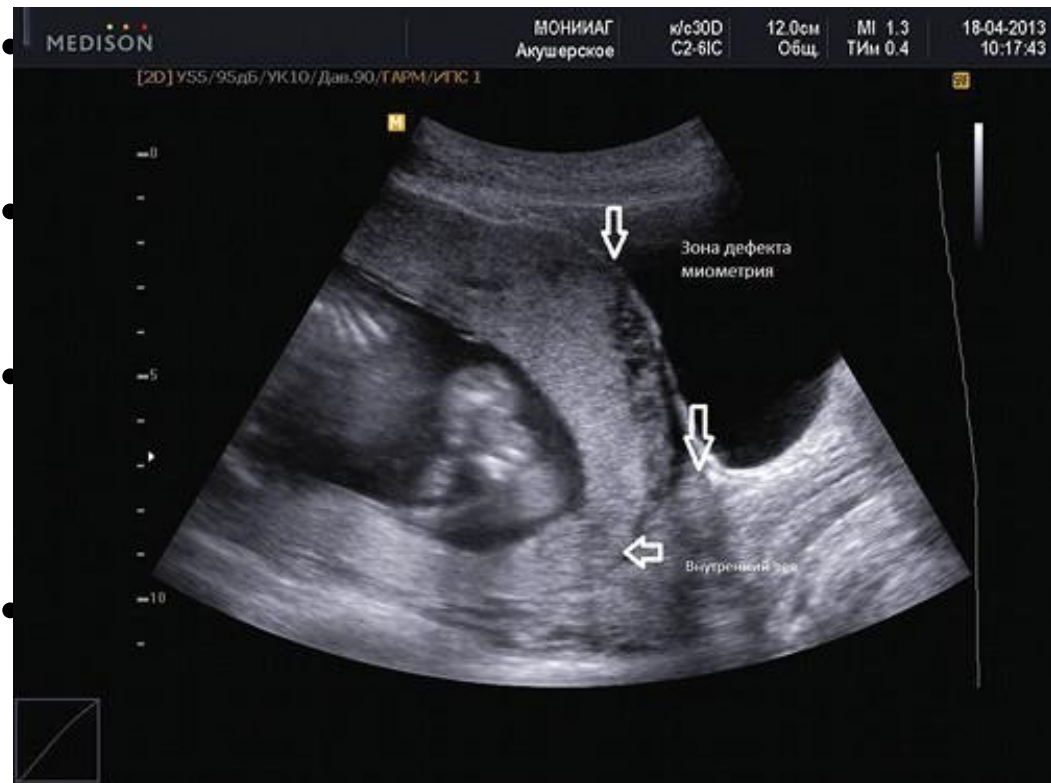


АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ Placenta PerCreta

- в 2017 г. 16 случаев на 3594 родов – 4.4 на 1000 родов
- в 2016 г. 12 случаев на 3824 родов – 3.1 на 1000 родов
- в 2015 г. 9 случаев на 4088 родов – 2,2 на 1000 родов
- в 2014 г. 4 случая на 3071 родов – 1,3 на 1000 родов
- в 2013 г. 2 случая на 4006 родов – 0,5 на 1000 родов
- в 2012 г. 1 случай на 3088 родов.

Диагностика вросания плаценты

УЗИ



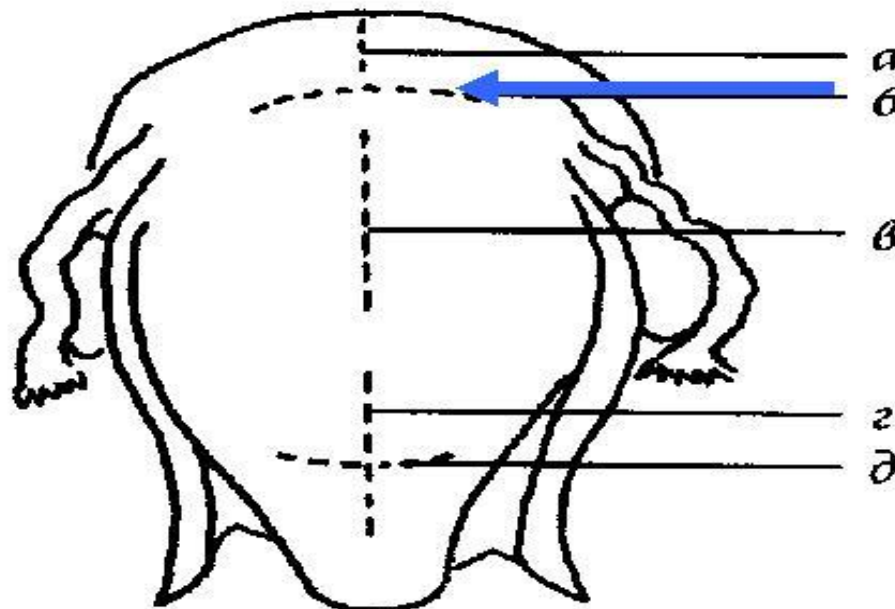
MPT



Тактика ведения беременности

- При подозрении на вращение плаценты для подтверждения диагноза пациентки направляются на консультацию в акушерский стационар IV уровня.
- Госпитализация в плановом порядке в сроке 36-37 нед.

- срединная лапаротомия, донное кесарево сечение.



- при наличии в стационаре ангиографической установки с целью гемостаза сразу после извлечения плода проводят эмболизацию маточных артерий или временную баллонную окклюзию общих подвздошных артерий.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Объективные данные пациентки при поступлении в ОИТР (19.09.2018г. 14 ч 35 мин)

- Состояние пациентки тяжелое. Седирована.
- Кожные покровы и видимые слизистые – бледные, теплые.
- Отёки рук, пастозность ног.
- В лёгких везикулярное дыхание, SpO₂ – 98%. Продолжена ИВЛ.
- Сердечные тоны ритмичные, ЧСС 95 в мин. АД 110/70 мм.рт.ст.
- Живот мягкий, доступный пальпации.
- Суточный диурез 1000 мл, по катетеру, моча светлая.
- Повязка сухая, лежит хорошо. По дренажу – серозно-геморрагическое отделяемое до 70 мл.

Пациентка переведена на спонтанное дыхание в 18:00 19.09.2018 г.
(через 3 ч 25 мин после окончания операции)

Инструментальные исследования

- **Р-графия ОГК (19.09.2018):** без очаговых и инфильтративных теней
- **УЗИ – послеродовые + мягкие ткани (25.09.2018):**
 - матка ABC, культя р. 16-16-19 мм
 - правый яичник 32-21-20 мм
 - левый яичник 38-25-28 мм
 - свободная жидкость за маткой -/ в небольшом количестве

Послеоперационный период 6 сут.

Лабораторные исследования

Общий анализ крови

Дата	24.09	27.09
Лейкоциты, $10^9/\text{л}$	15,4 ↑	8,7
Эритроциты, $10^{12}/\text{л}$	2,8 ↓	3,5 ↓
Гемоглобин, г/л	80 ↓	101 ↓
Гематокрит, %	24,4 ↓	30,5 ↓
Тромбоциты, $10^9/\text{л}$	203	300
Нейтрофилы, $10^9/\text{л}$	13,4 ↑	6,411
Лимфоциты, $10^9/\text{л}$	0,63	1,33
Моноциты, $10^9/\text{л}$	1,26 ↑	0,594
Эозинофилы, $10^9/\text{л}$	0,01	0,389
Базофилы, $10^9/\text{л}$	0,09	0,062
СОЭ, мм/ч	-	46 ↑

Общий анализ мочи

Дата	24.09	27.09
Уд. вес	1012	1012
Цвет	light yellow	light yellow
pH	6,5	6,5
Эритроциты	25,4 ↑	4,1
Лейкоциты	2,48	2,1
Эпит. клетки	1,53	1,1
Бактерии	11,9 ↑	-
Цилиндры	-	-
Соли	0,1 ↑	-
Слизь	0,14 ↑	-

Лабораторные исследования

Биохимический анализ крови

Дата	24.09	25.09	27.07
Общ. белок, г/л	57,2 ↓		
Мочевина, ммоль/л	2,6		
Креатинин, ммоль/л	72		
Холестерин, ммоль/л	5,2		
Об. билир., ммоль/л	4,2 ↓		
АСТ, Е/л	17,5		
АЛТ, Е/л	12,2		
Глюкоза, ммоль/л	4,9		
СРБ, мг/л	-	55,3 ↑	23,3 ↑

Гемостазиограмма

Дата	24.09	27.09
АЧТВ, сек	33,2	
ПВ, сек	15,1	
МНО	1,07	
Фибриноген А, г/л	5,16 ↑	
Д-димеры, нг/мл	1056 ↑	1010 ↑

Проведенное лечение

- Обезболивание (фентанил, диазепам, анальгин/димедрол, свечи диклофенак)
 - АБ-терапия (цефтриаксон, метронидазол)
 - Гастропротекторы
 - Антикоагулянт прямого действия (фраксипарин 0,6 через 12 ч после операции)
 - Антианемический препарат (феррофол)
 - Инфузионно-трансфузионная терапия с учётом коагулограммы и состояния пациентки
- На догоспитальном этапе бригадой СМП проводилась инфузия NaCl 0,9% - 500.0 мл в/в капельно.
- Интраоперационно с участием клинического трансфузиолога проводилось переливание свежезамороженной плазмы в количестве 2050 мл и эритроцитарной массы II (A) группы резус положительной крови в количестве 1050 мл.
- Была проведена инфузия кристаллоидных растворов: интраоперационно в объеме 2000 мл и после операции 1600 мл.
- Показанием для трансфузии являлось восполнение факторов свертывания и кислородно-транспортной функции крови.
 - Итого: инфузия/трансфузия составила 7200 мл.

Пациентка находилась в ОИТР двое суток, далее была проведена в отделение физиологии.

- Заживление послеоперационной раны происходило первичным натяжением с образованием послеоперационного рубца.
- Послеоперационные швы сняты на 7 день после операции.
- Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 8-е сутки после операции.

НОВОРОЖДЕННЫЙ

Анамнез новорожденного

- **Ф.И.О. новорожденного:** Ч. Е.
- **Пол:** жен
- **Дата и время рождения:** 19.09.2018 г. 13 ч 19 мин
- **Группа крови и резус:** А (II) Rh пол. (+)
- **Оценка по шкале Апгар:** 5/ИВЛ (1-1-1-1-1)
- **Масса:** 2350 г
- **Рост:** 46 см
- **Окружность головы:** 33 см
- **Окружность грудной клетки:** 31 см
- **Срок гестации:** 234 дня

Состояние новорожденного при рождении

- Состояние тяжелое (обусловлено РДС, ДН, незрелостью, умеренной асфиксией при рождении)
- Оценка по шкале Петрусса – 34 нед.
- На 5 минуте жизни: ЧСС 140-148 уд.в мин., дыхание ИВЛ мешком Ambu 100% O₂, аускультативно проводится с обеих сторон, хрипы единичные влажные, кожный покров розовый, акроцианоз, мышечный тонус, рефлексы снижены.
- Выполненные манипуляции: санация ВДП, желудка, масочная вентиляция мешком Ambu 100% O₂, интубация трахеи, санация трахеи – светлые ОПВ.

Шкала Petrusa

Баллы	0	1	2
Ушные раковины	Бесформенные, мягкие	Загнут только верхний край	Полностью сформированы, плотные
Грудные железы	Сосок в виде красной точки	Ареола соска едва различима	Диаметр ареолы соска более 5 мм
Яички	В паховом канале	Высоко в мошонке	Низко в мошонке
Большие половые губы	Едва различимы	Не закрывают малые половые губы	Закрывают малые половые губы
Исчерченность стоп	Только 1-2 борозды	Исчерченность верхней части стопы	Исчерченность всей стопы
Кожа	Тонкая, красная, прозрачная	Красная или отечная	Розовая

Гестационный возраст = 30 + сумма баллов
Gestational age = 30 + sum of points

Обследования

Общий анализ крови

Дата	19.09	26.09
Эритроциты	3,73	3,95
Гемоглобин	139 ↓	139 ↓
Тромбоциты	248	494
Гематокрит	37,5	38,2
Лейкоциты	12,7	21,6
Миелоциты	1	-
юные	-	-
п/ядер.	8	2
с/ядер.	37 ↓	45
Лимфоциты	53 ↑	40 ↑
Моноциты	1	6
Эозинофилы	-	7
Базофилы	-	-
Нормобласты	4:100	-
Глюкоза	2,5	3,5

Общий анализ мочи

Дата	20.09	26.09
Лейкоц.	отр	отр
Белок	отр	отр
Уд. Вес	1015	1010
pH	5,5	5,5
Глюкоза	5 ↑	отр
Эритроц.	отр	отр

Коагулограмма

Дата	19.09	25.09
АЧТВ	34	28,1
ПВ	23,7	15,9
ПТК	37	71,1
МНО	1,97	1,18
Фибриноген	1,7	2,93
Д-димер	-	731

Биохимический анализ крови

Дата	19.09	26.09
Ca	2,25	2,31
Na	138	145
K	4,5	4,2
Cl	101	111
Общий белок	32 ↓	50,9
Альбумин	23,8	38,3
Бил. общий	23,7	51,1
Бил. прямой	7,8	12
Мочевина	3,3	3
Креатинин	68	54
АСТ	12	-
АЛТ	85 ↑	-
СРБ	0,1	3
Холестерин	-	-

Проведенное лечение новорожденному

- **АБ-терапия** (амписульбин, гентамицин, меропенем, флуконазол)
- **Инфузионная терапия+ПП** (р-р глюкозы, р-ры электролитов, ваминолакт, липовенос, виталипид)
- **Кардиотоническая терапия** (дофамин, норадреналин, милринон)
- **Прочее** (конакион, этамзилат, дормикум, фентанил, альвеофакт, гидрокортизон, фуросемид)
- **Гемотрансфузии** (альбумин)
- **ИВЛ:** 117 ч 20 мин (на 5 день).

Клинический диагноз новорожденного

Основной: *РДС тяжелой степени.*

Осложнения: *ДН III ст. ПФК-синдром (ООО, ОАП, ФЛГ). ССВО.
Дистрибутивный шок.*

Сопутствующий: *Умеренная асфиксия при рождении.
Недоношенность 33 недели.*

Для дальнейшего лечения и выхаживания ребенок был переведен в
РНПЦ «Мать и дитя».

Заключение

В настоящее время во всем мире, включая РФ отмечается рост операции кесарева сечения, достигающий до 30%. Такие высокие цифры кесарева сечения создают проблему родоразрешения. Согласно научным исследованиям при полноценно сформированном рубце роды могут вестись через естественные родовые пути, что отражено в новых клинических протоколах «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» от 2018 г. Согласно которым пациентки с 1 рубцом на матке без сопутствующей экстрагенитальной и другой акушерской патологии, могут родоразрешаться через естественные родовые пути.

В то же время, пациентки имеющие 2 и более рубца родоразрешаются только путем кесарева сечения, что связано с высоким риском развития таких грозных осложнений как: несостоятельность рубца, приводящая к разрыву матки по рубцу, врастание плаценты в область рубца. Риск вышеуказанных осложнений возрастает с увеличением числа абдоминального родоразрешения.

Выводы

- ✓ Пациентка Ч. относилась к высокой группе риска как по разрыву матки по рубцу, так и по вращанию плаценты:
 - 4 операции кесарева сечения;
 - Интервал между родами менее 2 лет (роды путем кесарева сечения в 2011, 2015, 2016, 2017 гг., 2018-настоящая беременность);
- ✓ Тяжелое состояние пациентки, при поступлении в стационар, было обусловлено разрывом матки по рубцу, который произошел внезапно (во время прогулки). О внезапности свидетельствует то, что накануне до случившегося факта разрыва матки пациентка была на приеме у врача и жалоб не предъявляла;
- ✓ Тяжесть состояния усугубилось переходом разрыва матки на сосудистый пучок с развитием гематомы в парацервикальной клетчатке и развитием геморрагического шока 2 степени.

✓ Оказание высоко квалифицированной своевременной помощи пациентке согласно клиническим протоколам от 2018 года на всех этап позволило предупредить материнскую и перинатальную смертность:

А. На догоспитальном этапе:

- 1.Своевременное прибытие СМП;
- 2.Передача информации о пациентке отделом госпитализации в стационар;
- 3.Был обеспечен венозный доступ и начата инфузионная терапия.

Б. На госпитальном этапе:

- 1.Пациентка сразу при поступлении в стационар, где была осмотрена консилиумом, и доставлена в операционную;
- 2.Через 12 мин от момента поступления была проведена лапаротомия и через 2 минуты от ее начала был извлечен живой ребенок;
- 3.Сразу после извлечения ребенка была выполнена деваскулиризация матки. Выявленная интраоперационно патология (разрыв матки с переходом на сосудистый пучок и образованием гематомы в парацервикальной клетчатке, врастанием плаценты в дистальный отдел послеоперационного рубца) обоснованно послужила показанием для экстирпации матки.

- ✓ Трансфузионная и инфузионная терапия и ведение послеоперационного периода проведены в соответствии с клиническими протоколами от 2018 г. и современными требованиями. Пациентке при кровопотери в объеме 2500 мл было перелито: свежезамороженной плазмы в количестве 2050 мл и эритроцитарной массы II(A) группы резус положительной крови в количестве 1050 мл. Была проведена инфузия кристаллоидных растворов: интраоперационно в объеме 2000 мл и после операции 1600 мл. Итого: инфузия/трансфузия составила 7200 мл. Была назначена АБ-терапия.
- ✓ Об эффективности лечения свидетельствовал тот факт, что пациентка была выписана на 9 сутки в удовлетворительном состоянии.

Замечания

В ходе анализа, нами отмечены отдельные замечания не повлиявшие на исход в данном случае, однако, устранение которых позволит улучшить качество оказания медицинской помощи данной категории пациенток:

1. Не соблюдены сроки проведения УЗИ;
2. Транспортировка пациентки в данном случае должна была осуществляться в ближайший стационар (РНПЦ «МАТЬ И ДИТЯ»).

Предложения

Для предупреждения разрыва матки по рубцу следовало:

1. После каждого кесарева сечения провести профилактическую беседу об оптимальном интервале между беременностями, предложить варианты контрацепции (в том числе стерилизацию), информировать о рисках и последствиях беременности как для матери, так и для ребенка.
2. При наличии у женщины в анамнезе 2 и более кесаревых сечения и желании сохранить репродуктивную функцию, необходимо строго соблюдать кратность и сроки проведения УЗИ матки и рубца по клиническим протоколам в сроках 30-32 и 36-38 недель беременности.

Спасибо за внимание !

