

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2024

УДК: 618.3-06-003.293-005.7-08

DOI 10.59598/ME-2305-6045-2024-113-4-159-164

С. Н. Кулбаева^{1*}, Х. К. Шарипова², О. С. Штобза¹, Н. Н. Ахметова¹, Ж. А. Турганбаева¹

СЛУЧАЙ ЭМБОЛИИ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ, УСПЕШНО ВЫЛЕЧЕННЫЙ С ПОМОЩЬЮ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

¹АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» (160019, Республика Казахстан, г. Шымкент, пл. Аль-Фараби 1; e-mail: info@skma.kz)

²Медицинский университет Астана (010000, Республика Казахстан, г. Астана, ул.Бейбитшилик, 49 а; mail@amu.kz)

*Салтанат Налибекқызы Кулбаева –АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»; 160019, Республика Казахстан, г. Шымкент, пл. Аль-Фараби 1, e-mail: saltanat_phd@mail.ru)

Представлен клинический случай как пример возможного пути снижения материнской смертности от эмболии околоплодными водами, своевременной диагностики и лечение с целью сохранения жизни матери.

Описан клинический случай эмболии околоплодными водами, успешно вылеченный с помощью мультидисциплинарного лечения в РГП на ПХВ «Областной перинатальный центр №1» (Туркестанская область, Казахстан) в 2024 г.

Были своевременно проведены дополнительные обследования: электрокардиограммы, эхокардиографии, рентгенография органов грудной клетки, консультации специалистов: терапевта, окулиста, невролога, кардиолога. Своевременно был проведен мультидисциплинарный консилиум с узкими специалистами и по рекомендациям консультантов проведена коррекция в назначениях. Медицинская бригада и анестезиологи сыграли большую роль в спасении жизни матери.

Представленный клинический случай демонстрирует, что акушер-гинеколог и реаниматологи должны обратить внимание на оценку наличия предрасполагающих факторов развития эмболии околоплодными водами у каждой конкретной роженицы.

Ключевые слова: эмболия околоплодными водами; анафилактоидный синдром беременности; материнская заболеваемость; материнская смертность

Эмболия околоплодными водами (ЭОВ) – это непредсказуемое, угрожающее жизни перинатальное осложнение, связанное с попаданием амниотической жидкости и ее компонентов в легочный кровоток матери с развитием острой гипотензии или внезапной остановки сердца, острой дыхательной недостаточности и присоединении коагулопатии, которое обычно возникает в тесной временной связи со схватками/родами/кесаревым сечением. Эмболия околоплодными водами известна как серьезная реакция, вызванная попаданием околоплодных вод или других загрязнений в кровоток матери. Недавно было высказано предположение, что эмболия околоплодными водами – это анафилактический синдром беременности с вовлечением системы комплемента, вызывающий спазм сосудов, отеки и раннее развитие диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром), который является одной из причин внезапной смерти в акушерстве [2, 5, 10]. Смертность от ЭОВ очень высока и колеблется от

20 до 60% [2]. Раннее выявление и оперативная реанимация являются ключевыми факторами в лечении ЭОВ. Мы сообщаем о случае ЭОВ, которая была успешно вылечена с помощью многопрофильного лечения.

Представляем собственное клиническое наблюдение:

Пациентка Н., 07.06.1985 г.р., госпитализирована в Областной перинатальный центр №1 (ОПЦ №1) 03.06.2024 в 14:05. Поступила повторнобеременная, повторнородящая, с доношенным сроком беременности, с города Ленгер в сопровождении фельдшера на скорой медицинской помощи по направлению с диагнозом: «4/4 Беременность 38 недель. Ложные схватки». Жалобы при поступлении на тянущие боли внизу живота нерегулярного характера.

Встала на учет по беременности по месту жительства в Медицинский Центр «Яссин» Тoleбийского района, г. Ленгер в сроке 12 недель беременности. Была обследована: группа крови

Наблюдения из практики

A(11), Rh (+) положительный. В общем анализе крови от 15.05.2024 г.: Нв – 119 г/л, тромбоциты – 320,0x10⁹ г/л, в общем анализе мочи от 14.05.2024 г. – протеинурия – отрицательный. Было проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) плода: УЗИ 1 в Центральной районной больнице (ЦРБ) от 30.11.2023 г., заключение: беременность 12 недель. УЗИ 2 (ЦРБ) от 25.01.2024 г., заключение: беременность 20 недель 1 день. УЗИ 3 (ЦРБ) от 02.05.2024 г., заключение: беременность 35 недель. Тазовое предлежание плода. Плацента по передней стенке. УЗИ лобкового симфиза от 02.05.2024 г, заключение: УЗИ-признаков расхождения лобкового симфиза не выявлено. Допплерография (ОПЦ №1) от 20.05.2021 г., заключение: нарушения маточно-плодово-плацентарного кровотока не выявлено. Консультирована врачом консультативно-диагностического блока ОПЦ №1 20.05.24 г., выставлен диагноз: «4/4 Беременность 36 недель 4 дня. Рубец на матке (1). Учитывая рубец на матке (1), интервал между беременностями менее 18 месяцев, было рекомендовано оперативное родоразрешение – на 3 уровне оказания акушерско-гинекологической помощи (ОПЦ №1). Поставить на портал в сроке 37 недель беременности. Госпитализация по порталу с полным обследованием на оперативное родоразрешение в сроке беременности 39 недель.

Из анамнеза: гинекологические заболевания – миома матки с 2013 года. Перенесенные операции – 08.04.2022 г. по поводу узловой интрамуральной миомы матки проведена операция: Лапаротомия. Миомэктомия. Переливания крови и ее компонентов отрицает. Репродуктивная функция: Менструация с 14 лет, по 3-4 дня, через 28-30 дней, регулярная, безболезненная. Последняя менструация: 06.09.2023 г. Половая жизнь с 23 лет. Брак 1. Течение и исход предыдущих беременностей: 1. 2009 г. – роды в срок, вес – 3 600,0 г, живой; 2. 2010 г. – роды в срок, вес – 3 700,0 г, живой; 3. 2013 г. – роды в срок двойня, вес – 2 800,0 грамм и 2 600,0 г, живые; 4. 2024 г. – данная беременность. При поступлении артериальное давление (АД) 100/60 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений – 82 удара в минуту. Status localis: послеоперационный рубец продольный, при пальпации безболезненный, не спаян с подлежащими тканями.

Акушерский статус: матка с четкими контурами, периодический возбудима. Положение плода продольное, предлежит головка плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное до 140 ударов в минуту. Выделения: бели. Внутреннее акушерское исследование: влагляище рожавшей емкое, шейка матки цен-

трирована, по проводной оси, частично размягчена, укорочена до 2 сантиметров, пропускает 1 поперечный палец, плодный пузырь цел, определяется головка плода, над входом в малый таз. Кости таза без деформации. Мыс недостижим. Выделения обильные, бели. Предполагаемый срок беременности: по mensis: 06.09.23г-38 недель 5 дней.

По УЗИ от 30.11.2023 г. (12 недель) – 38 недель 4 дня. Предварительный диагноз: «4/4 Беременность 38 недель 4 дня. Ложные схватки. Рубец на матке (после миомэктомии). Умеренная анемия».

Обследование: 1. Клинико-лабораторное обследование (общий анализ крови, группа крови, резус-фактор, реакция Вассермана, биохимический анализ крови, коагулограмма, мазок на степень чистоты). 2. Кардиотокография плода, тест на шевеление плода, УЗИ плода. План ведения и лечения: Мониторинг гемодинамических показателей (АД, пульс, ЧСС, КТГ плода, тонус матки, влагляишных выделений). Профилактика СДР плода: дексаметазон 6 мг x 4 раза с интервалом 12 ч, в/м в течение 48 часов общая доза – 24 мг. План ведения родов: учитывая доношенный срок гестации, признаки ложных схваток после завершения СДР плода решено созвать консилиум врачей для решения вопроса о родоразрешения.

05.06.2024 г. 10:40-11:50. Операция: лапаротомия. Кесарево сечение. Перевязка маточных сосудов по О-Лири. Наложение компрессионных швов по Б-Линчу. Хирургическая стерилизация маточных труб по Кохеру. В асептических условиях, после обработки операционного поля пятикратно йодоната и спиртовым раствором хлоргексидина, передняя брюшная стенка вскрыта послойно нижнесрединным доступом. По вскрытию брюшной полости к ране предлежит беременная матка, бледно-розового цвета. В нижнем сегменте матки острым путем осуществлен разрез до 3 см, тупо расширен в стороны до размеров головки плода. Плодный пузырь был вскрыт, излились светлые околоплодные воды в количестве 250 мл. Головка плода подведена в рану, за подмышечные впадины, без затруднений извлечен живой доношенный плод женского пола весом 3 300 г, ростом 53 см. Передан неонатологу, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Интраоперационно внутривенно введено 10 единиц окситоцина. Плацентарная площадка расположена по передней стенке матки. Путем подтягивания за пуповину удален послед, со всеми дольками и оболочками. Д 22* 23* 4,5 см, массой 580 г. После удаление последа отмечены гемодинамические

нарушения в 10:51 АД 63/20 мм рт. ст., брадикардия 0-24 в мин. Начаты реанимационные мероприятия. Непрямой массаж сердца. Адреналин 0.18%-1 мл в/в. На помощь вызваны врачи отделения врачи анестезиологи реаниматологи отделения. Вызваны руководитель центра. Проведена интубация трахеи трубкой №7.5. Гемодинамика восстановлена. 10:52 АД 128/89 мм рт.ст. ЧСС 158 в минуту. Сделан преднизалон 240 мг. После восстановления жизненных показателей и стабилизации состояния операция продолжена. Интраоперационно созван консилиум в составе врачей акушеров-гинекологов и анестезиологов и реаниматологов. Выставлен диагноз: «Эмболия околоплодными водами?» Рана на матке ушита двухрядными, непрерывными викриловыми швами. Матка периодически расслабляется. С учетом гемодинамических нарушений, подозрения на эмболию околоплодными водами, высокого риска коагулопатического кровотечения и риска кровотечения из матки, произведена перевязка восходящих ветвей маточных артерий с обеих сторон по О-Лири. Наложены компрессионные швы по Б-Линч. Произведена хирургическая стерилизация маточных труб. Гемостаз сухо. Подсчет салфеток, инструментов – все. Передняя брюшная стенка ушита в обратном порядке послойно. На кожу швы по Донати. Асептическая повязка. Моча по урокатетеру светлая – 300 мл. Объем кровопотери: 500 мл. Диагноз после операции: «4/4 Оперативные роды в сроке 39 недель. Эмболия околоплодными водами? Рубец на матке (после миомэктомии). Умеренная анемия». План послеоперационного лечения: адекватное обезболивание. Профилактика тромбоза глубоких вен (ТГВ) и тромбоза эмболии легочной артерии (ТЭЛА) после операций (средний) – ранняя подвижность, адекватная гидротация. Эластические бинтование вен нижних конечностей. Антикоагулянтная терапия: нодрапарин 0,6 П/к через 12 ч от момента родов, 1 раз в сутки. Продолжить антибактериальную терапию.

Состояние после операции. Общее состояние удовлетворительное. Положение больной активное. Нормостенического телосложения, умеренного питания. Костно-суставная система без видимых деформаций. Периферические лимфатические узлы - не увеличены. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистые, периферических отеков нет. Т – 36,2 °С. Сатурация – 98%. Органы дыхания: дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметрично участвует в акте дыхания. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. Органы кровообращения:

Тоны ясные, ритмичное. При поступлении АД 100/60 мм рт. ст. ЧСС – 82 удара в минуту. Органы пищеварения: язык чистый, влажный. Зев спокоен. Живот нормальной формы, увеличен в объеме за счет беременности. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Status localis: послеоперационный рубец продольный, при пальпации безболезненный, не спаян с подлежащими тканями. 06.06.2024 04:49 ОАК Нв – 13.90000 /л; эритроциты (RBC) в крови – 3.26000 /л; гемоглобин (HGB) в крови – 84 г/л; гематокрит (HCT) в крови – 27%; тромбоциты (PLT) в крови – 270 /л; СОЭ (анализатор) – 40 мм/ч; цветовой показатель – 0.77 06.06.2024 05:48 общий белок в сыворотке крови – 59.50 г/л; альбумин на анализаторе – 34.20г/л, АЛт – 23.60 МЕ/л; прямой билирубин – 3.80 мкмоль/л; общий билирубин – 9.90 мкмоль/л; АСаТ – 34.10 МЕ/л; глюкоза – 5.90 ммоль/л; мочевины – 5.90 ммоль/л; креатинин – 64.00 мкмоль/л; СРБ на анализаторе – 21.0 мг/л. 06.06.2024 05:08 АЧТВ – 26 с; ТВ на анализаторе – 35 с; фибриноген – 1.80000 г/л; QFA (расчетный) – 1.80000 г/л; ПВ – ПТИ – МНО на анализаторе: ПВ – 11.8 с, ПТИ – 85%, МНО – 1, ДГ – 44. 06.06.2024 05:12. Определение количественного D-димера в плазме крови на анализаторе – 22 700 нг/мл 3.40 ЕД/л; общая α-амилаза – 138.40 МЕ/л; Mg – 1.040 ммоль/л; Fe – 67.90 ммоль/л.

Таким образом, в нашем случае ЭОВ была успешно разрешена благодаря двум факторам: ранней диагностике и своевременному вмешательству медицинской бригады. ЭОВ можно разделить на два клинических типа: сердечно-легочный коллапс и ДВС-синдром, сопровождающийся атоническим кровотечением и быстрым прогрессированием коагулопатии [5]. Дифференциальный диагноз ДВС-синдрома в нашем случае с обычным акушерским ДВС-синдромом был поставлен на основании быстрого снижения уровня фибриногена. Через некоторое время приток веществ, способствующих свертыванию крови, в матку вызывает быструю активацию внешних путей свертывания, и уровень фибриногена резко снижается. С другой стороны, при обычном акушерском ДВС-синдроме фибриноген снижается в зависимости от массивного кровотечения, и ДВС-синдром вторично вызывается разбавленной коагулопатией [8].

Поскольку уровень фактора свертывания крови быстро снижается в результате анафилактической реакции, важно обеспечить поступление фактора свертывания путем введения большого количества СЗП на ранней стадии при ДЛК типа

Наблюдения из практики

ЭОВ [5, 11]. Сообщалось, что ДВС-синдром типа ЭОВ вызывает остановку сердца примерно в 60% случаев в течение 6 часов после появления симптомов, и, как и в этом случае, важно раннее вмешательство [4]. Поэтому в случае акушерского кризиса необходимо доставить пациентку в более крупное медицинское учреждение [3]. Беременные женщины с эпидуральной анальгезией в родах имеют более низкий риск критического послеродового кровотечения по сравнению с теми, у кого его нет, вероятно, потому, что эпидуральный катетер облегчает немедленное обследование и купирование послеродового кровотечения [1]. К счастью, эта ситуация, включая тот факт, что она было произведено операция и применение анестезии, позволила медицинской бригаде, в состав которой входили анестезиологи, располагавшие информацией о пациентке до возникновения ЭОВ, провести ее реанимацию.

Диагноз ЭОВ устанавливается на основании аутопсии и клинических диагностических критериев, а также серологических тестов, которые также используются для дополнительной диагностики [5]. Для дополнительной диагностики ЭОВ доступны сывороточные маркеры. В данном случае уровень комплемента С3 и С4, а также ингибитора эстеразы С1 был низким. Сывороточные уровни комплемента С3 и С4 обладали высокой чувствительностью и специфичностью для диагностики ЭОВ [12]. Уровень ингибитора эстеразы С1 снизился у пациентов с ЭОВ [7]. У этой пациентки был риск развития ЭОВ из-за преклонного возраста матери, многоводия [5, 7, 9]. Пациентки пожилого возраста у матерей подвержены риску развития ЭОВ и поэтому нуждаются в тщательном лечении. В связи с социальным положением и прогрессом в лечении бесплодия ожидается, что в будущем число случаев, связанных с пожилым возрастом матерей, возрастет.

Выводы

1. Операция кесарево сечения проведена согласно КПДЛ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «17» марта 2023 года Протокол №180 Кесарево сечение. Показания для проведения кесарева сечения: рубец на матке после: 2 и более КС, КС в сочетании с другими относительными показаниями (в т.ч. корпоральное), миомэктомии, метрорпластики и других видов разреза матки); Профилактические мероприятия при кесаревом сечении: Схема проведения антибиотикопрофилактики: однократное введение антибактериального препарата за 30-60 минут до начала операции. Во время операции произошла коллаптоидная форма эмболии околоплодными

водами, которая характеризовалась ярко выраженным кардиальным шоком. Ведущие симптомы: «обвал» АД, нитевидный ускоренный пульс, резкая бледность кожи, холодный пот, потеря сознания. Анамнез: появление симптомов во время родов, кесарева сечения или в течении 30 мин после родов. Действие бригады было оперативным, все сделано согласно протокола №180 МЗ РК от «17» марта 2023 года «Клинический протокол диагностики и лечения эмболии околоплодными водами».

2. Выбор анестезиологического пособия, соответствует рекомендациям и протоколам МЗ РК при оперативных родах. Интраоперационно имело место клиническая картины ЭОВ, была своевременно начата интенсивная терапия согласно протоколу №180 МЗ РК от «17» марта 2023 года, что в дальнейшем привело к стабилизации состояния пациентки. Послеоперационный период протекал без особенностей, проводилась интенсивная терапия.

3. Своевременно были проведены дополнительные обследования: ЭКГ, ЭХО КГ, рентгенография органов грудной клетки, консультации специалистов: терапевта, окулиста, невролога, кардиолога.

4. Своевременно был проведен мультидисциплинарный консилиум с узкими специалистами и по рекомендациям консультантов проведена коррекция в назначениях. Медицинская бригада и анестезиологи сыграли большую роль в спасении жизни матери.

Вклад авторов:

С. Н. Кулбаева, Х. К. Шарипова, О. С. Штобза, Н. Н. Ахметова, Ж. А. Турганбаева – вклад в концепцию.

С. Н. Кулбаева, Х. К. Шарипова, О. С. Штобза – научный дизайн.

С. Н. Кулбаева, Н. Н. Ахметова, Ж. А. Турганбаева – осуществление заявленных исследований.

С. Н. Кулбаева, Х. К. Шарипова, О. С. Штобза – интерпретация заявленных исследований.

С. Н. Кулбаева, Н. Н. Ахметова, Ж. А. Турганбаева – создание статьи.

Конфликт интересов. Конфликт интересов не заявлен.

Финансирование. Авторы не заявляют о финансировании исследования.

Прозрачность исследования. Авторы утверждают, что полностью отвечают за содержание статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1 Benson M. D. Current concepts of immunology and diagnosis in amniotic fluid embolism /Clin. Dev. Immunol. – 2012. – V. 201. – 946576.

2 Clark S. L. Amniotic fluid embolism //Obstet. Gynecol. – 2014. – V. 123. – P. 337-348.

3 Driessen M. Postpartum hemorrhage resulting from uterine atony after vaginal delivery: factors associated with severity /M. Driessen, M. H. Bouvier-Colle, C. Dupont //Obstet. Gynecol. – 2011. – V. 117. – P. 21-31.

4 Hasegawa J. Current status of pregnancy-related maternal mortality in Japan: a report from the maternal death exploratory committee in Japan /J. Hasegawa, A. Sekizawa, H. Tanaka //BMJ Open. – 2016. – V. 6. – P. 1-8.

5 Kanayama N. Amniotic fluid embolism: pathophysiology and new strategies for management /N. Kanayama, N. Tamura //J. Obstet. Gynaecol. Res. – 2014. – V. 40. – P. 1507-1517.

6 Kanayama N. Maternal death analysis from the Japanese autopsy registry for recent 16 years: significance of amniotic fluid embolism /N. Kanayama, J. Inori, H. Ishibashi-Ueda //J. Obstet. Gynaecol. Res. – 2011. – V. 37. – P. 58-63.

7 Knight M. Amniotic fluid embolism incidence, risk factors and outcomes: a review and recommendations /M. Knight, C. Berg, P. Brocklehurst //BMC Pregnancy Childbirth. – 2012. – V. 12. – P. 7.

8 Kobayashi T. Obstetrical disseminated intravascular coagulation score //J. Obstet. Gynaecol. Res. – 2014. – V. 40 (6). – P. 1500-1506.

9 Kramer M. S. Amniotic-fluid embolism and medical induction of labour: a retrospective, population-based cohort study /M. S. Kramer, J. Rouleau, T. F. Baskett //Lancet. – 2006. – V. 368. – P. 1444-1448.

10 Paolo Busardò F. Amniotic fluid embolism pathophysiology suggests the new diagnostic armamentarium: β -tryptase and complement fractions C3-C4 are the indispensable working tools /F. Paolo Busardò, P. Frati, S. Zaami //Int. J. Mol. Sci. – 2015. – V. 16. – P. 6557-6570.

11 Sultan P. Amniotic fluid embolism: update and review /P. Sultan, K. Seligman, B. Carvalho //Curr. Opin. Anaesthesiol. – 2016. – V. 29. – P. 288-296.

12 Tamura N. C1 esterase inhibitor activity in amniotic fluid embolism /N. Tamura, S. Kimura, M. Farhana //Crit. Care Med. – 2014. – V. 42. – P. 1392-1396.

TRANSLITERATION

1 Benson M. D. Current concepts of immunology and diagnosis in amniotic fluid embolism /Clin. Dev. Immunol. – 2012. – V. 201. – P. 946576.

2 Clark S. L. Amniotic fluid embolism //Obstet. Gynecol. – 2014. – V. 123. – P. 337-348.

3 Driessen M. Postpartum hemorrhage resulting from uterine atony after vaginal delivery: factors associated with severity /M. Driessen, M. H. Bouvier-Colle, C. Dupont //Obstet. Gynecol. – 2011. – V. 117. – P. 21-31.

4 Hasegawa J. Current status of pregnancy-related maternal mortality in Japan: a report from the maternal death exploratory committee in Japan /J. Hasegawa, A. Sekizawa, H. Tanaka //BMJ Open. – 2016. – V. 6. – P. 1-8.

5 Kanayama N. Amniotic fluid embolism: pathophysiology and new strategies for management /N. Kanayama, N. Tamura //J. Obstet. Gynaecol. Res. – 2014. – V. 40. – P. 1507-1517.

6 Kanayama N. Maternal death analysis from the Japanese autopsy registry for recent 16 years: significance of amniotic fluid embolism /N. Kanayama, J. Inori, H. Ishibashi-Ueda //J. Obstet. Gynaecol. Res. – 2011. – V. 37. – P. 58-63.

7 Knight M. Amniotic fluid embolism incidence, risk factors and outcomes: a review and recommendations /M. Knight, C. Berg, P. Brocklehurst //BMC Pregnancy Childbirth. – 2012. – V. 12. – P. 7.

8 Kobayashi T. Obstetrical disseminated intravascular coagulation score //J. Obstet. Gynaecol. Res. – 2014. – V. 40 (6). – P. 1500-1506.

9 Kramer M. S. Amniotic-fluid embolism and medical induction of labour: a retrospective, population-based cohort study /M. S. Kramer, J. Rouleau, T. F. Baskett //Lancet. – 2006. – V. 368. – P. 1444-1448.

10 Paolo Busardò F. Amniotic fluid embolism pathophysiology suggests the new diagnostic armamentarium: β -tryptase and complement fractions C3-C4 are the indispensable working tools /F. Paolo Busardò, P. Frati, S. Zaami //Int. J. Mol. Sci. – 2015. – V. 16. – P. 6557-6570.

11 Sultan P. Amniotic fluid embolism: update and review /P. Sultan, K. Seligman, B. Carvalho //Curr. Opin. Anaesthesiol. – 2016. – V. 29. – P. 288-296.

12 Tamura N. C1 esterase inhibitor activity in amniotic fluid embolism /N. Tamura, S. Kimura, M. Farhana //Crit. Care Med. – 2014. – V. 42. – P. 1392-1396.

Поступила 15.09.2024.

Направлена на доработку 31.09.2024.

Принята 11.10.2024.

Опубликована online 27.12.2024

Наблюдения из практики

S. N. Kulbayeva¹, Kh. K. Sharipova², O. S. Shtobza¹, N. N. Akhmetova¹, J. A. Turganbayeva¹

THE CASE OF AMNIOTIC FLUID EMBOLISM SUCCESSFULLY CURED BY MULTIDISCIPLINARY TREATMENT

¹JSC «South Kazakhstan Medical Academy» (160019, Republic of Kazakhstan, Shymkent, Al-Farabi square 1; e-mail: info@skma.kz)

²Astana Medical University (010000, Republic of Kazakhstan, Astana, Beibitshilik str., 49a; e-mail: mail@amu.kz)

***Saltanat Nalibekkyzy Kulbayeva** – JSC «South Kazakhstan Medical Academy»; 160019, Republic of Kazakhstan, Shymkent, Al-Farabi Square 1; e-mail: saltanat_phd@mail.ru

The authors present the clinical case as an example of a possible way to reduce maternal mortality from amniotic fluid embolism, timely diagnosis and treatment in order to save the mother's life.

The study describes a rare clinical case of amniotic fluid embolism, successfully cured with the help of multi-disciplinary treatment, which was treated at the RSE at the Regional Perinatal Center No. 1 (Turkestan region, Kazakhstan) in 2024.

Additional examinations were carried out in a timely manner: electrocardiograms, echocardiography, chest X-ray, specialist consultations: a therapist, an optometrist, a neurologist, a cardiologist. A multidisciplinary consultation with narrow specialists was held in a timely manner and, according to the recommendations of consultants; a correction in appointments was carried out. The medical team and anesthesiologists played a big role in saving the mother's life.

The presented clinical case shows that obstetricians, gynecologists, and intensive care specialists should pay attention to assessing the presence of predisposing factors for the development of EOV in each individual.

Key words: amniotic fluid embolism; anaphylactoid pregnancy syndrome; maternal morbidity; maternal mortality

C. H. Кулбаева¹, Ш. К. Шарипова², О. С. Штобза¹, Н. Н. Ахметова¹, Ж. А. Тұрғанбаева¹

ҚАҒАНАҚ СУЫМЕН ЭМБОЛИЯСЫНЫҢ КӨПСАЛАЛЫ ЕМДЕУ АРҚЫЛЫ СӘТТІ АЯҚТАЛҒАН КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

¹«Оңтүстік Қазақстан Медицина Академиясы» АҚ (160019, Қазақстан Республикасы, Оңтүстік Қазақстан Облысы, Шымкент қаласы, Әл-Фараби алаңы, e-mail: info@skma.kz)

²«Астана медицина университеті» КеАҚ (010000, Қазақстан Республикасы, Астана қ., Бейбітшілік к-сі, 49/А, e-mail: khalidasharipova@mail.ru)

***Салтанат Нәлібекқызы Құлбаева** – «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ; 160019, Қазақстан Республикасы, Шымкент қаласы, Әл-Фараби алаңы 1; e-mail: saltanat_phd@mail.ru

Зерттеудің мақсаты-клиникалық жағдайды амниотикалық сұйықтық эмболиясынан болатын ана өлімін азайтудың ықтимал жолының мысалы ретінде ұсыну ананың өмірін сақтау мақсатында уақтылы диагностикалау және емдеу.

Зерттеуде 2024 жылы «№1 облыстық перинаталдық орталық» ШЖҚ РМК (Түркістан облысы, Қазақстан) емдеуде болған көп тәртіптік емнің көмегімен сәтті емделген амниотикалық сұйықтық эмболиясының сирек кездесетін клиникалық жағдайы сипатталған.

Қосымша тексерулер уақтылы жүргізілді: электрокардиограммалар, эхокардиографиялар, кеуде мүшелерінің рентгенографиясы, мамандардың кеңестері: терапевт, окулист, невропатолог, кардиолог. Тар мамандармен дер кезінде көпсалалы консилиум өткізілді және консультанттардың ұсыныстары бойынша тағайындауларда түзету жүргізілді. Медициналық топ пен анестезиологтар ананың өмірін сақтап қалуда үлкен рөл атқарды.

Ұсынылған клиникалық жағдай акушер-гинекологтар мен реаниматологтар әрбір нақты адамда ҚСЭ дамуының бейімділік факторларының болуын бағалауға назар аударуы керек екенін көрсетеді.

Кілт сөздер: амниотикалық сұйықтық эмболиясы; анафилактоидты жүктілік синдромы; ана ауруы, ана өлімі