

ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра акушерства и гинекологии

Научно-исследовательская работа:

«Эмболия околоплодными водами»

Выполнила : студентка
педиатрического факультета
4 курса 6 группы
Адырахманова А.А.

Проверила:
асс. п. м. н.
Зубошлямова К.О.
хорошо (86 баллов)
Заб -

Волгоград 2018г.

Содержание:

1.Определение и этиология	3
2.Патогенез.....	4
3.Классификация.....	5
4.Клиническая картина.....	6
5.Диагностика	7
6.Дифференциальная диагностика	8
7.Лечение.....	9
8.Вывод.....	11
9.Список литературы.....	12

Эмболия околоплодными водами (ЭОВ) — критическое состояние у беременных, рожениц и родильниц, связанное с попаданием амниотической жидкости и ее содержимого в кровоток матери с развитием острой гипотензии или внезапной остановки сердца, острой дыхательной недостаточности и присоединении коагулопатии. ЭОВ рассматривается как анафилактикоидная реакция на биологически активные вещества, входящие в состав амниотической жидкости, и имеет термин «анафилактикоидный синдром беременности» (АСБ).

Этиология

Механизм попадания околоплодных вод в кровоток матери возможен:

- а) через межворсинчатое пространство (краевая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты);
- б) при внутриматочном давлении, превышающем давление в венозной системе матери;
- в) редко: через дефекты плаценты (трансплацентарный путь);
- г) через сосуды шейки матки при ее разрывах (трансцервикальный путь);
- д) во время операции кесарева сечения.

Факторы, повышающие риск ЭОВ:

- Многоплодная беременность
- Околоплодные воды, загрязненные меконием
- Разрывы шейки матки
- Внутриматочная гибель плода
- Очень сильные тетанические схватки
- Стремительные или затяжные роды
- Приращение плаценты
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Многоводие
- Разрыв матки
- Макросомия
- Плод мужского пола
- кесарево сечение (избыточное давление на матку извне, при попытке извлечь плод через разрез несоответствующий размерам головки плода)

Патогенез

АСБ пока недостаточно изучен. Многими исследователями патогенез рассматривается как анафилактикоидная реакция на введение околоплодных вод. Амниотическая жидкость имеет достаточно агрессивный чужеродный состав для материнского организма: содержит большое количество различных биологически активных веществ (мукопротеиды, липиды, белок, гормоны, гистамин, профибринолизин и тромбокиназоподобные вещества, цитокины и эйкозаноиды, ПГ); продукты белкового и жирового метаболизма; различные механические примеси (чешуйки эпидермиса, эмбриональные пушковые волосы, сыровидную смазку, меконий). Однако внутривенное введение даже большого объема амниотической жидкости не приводит к развитию АСБ, но при определенных условиях, как, например, нарушение иммунологического барьера между матерью и плодом, попадание в материнский кровоток небольшого количества может его инициировать.

Наиболее вероятный механизм развития АСБ: из-за высокого внутриматочного давления в сравнении с давлением в венозном русле и наличием зияющих венозных сосудов околоплодные воды поступают в материнский кровоток. Амниотическая жидкость, попав в сосуды легких, вызывает их спазм. Вследствие этого нарушается легочная микроциркуляция, повышается давление в легочных сосудах, что приводит к резкому сокращению притока крови к левым отделам сердца и снижению сердечного выброса с падением АД и нарушением перфузии коронарных артерий. В развитии сосудистого коллапса также вероятна анафилактикоидная реакция сенсibilизированного организма с резким снижением сосудистого сопротивления периферических сосудов. Нарушение вентиляционно-перфузионных отношений в легких вызывает гипоксемию и тканевую гипоксию. Если не наступает смерть на данном этапе, то возникает ДВС с или без клинически значимого кровотечения. В присутствии кардиопульмонального шока ДВС еще более усложняет состояние пациентки с АСБ. В околоплодной жидкости больше тканевого фактора при низком содержании его ингибитора, чем в плазме, и выраженность кровотечения, вероятно, зависит от количества поступившего тромбопластина в кровоток матери. Кардиопульмональный коллапс и коагулопатия могут развиваться последовательно или вместе. У некоторых женщин кровотечение может быть начальной симптоматикой с развитием ДВС при отсутствии гемодинамических и респираторных расстройств.

Классификация:

В зависимости от превалирования тех или иных симптомов эмболии околоплодными водами выделяют следующие формы патологии:

- **коллаптоидная.** Характеризуется ярко выраженным кардиальным шоком. Ведущие симптомы: «обвал» АД, нитевидный ускоренный пульс, бледность кожи рук и ног, сопровождающаяся их похолоданием, потеря сознания.
- **судорожная.** Основное проявление данной формы эмболии околоплодными водами – генерализованный судорожный синдром.
- **геморрагическая.** Обусловлен смещением системы гемостаз в сторону гипокоагуляции. Основные признаки: профузные кровотечения из носа, рта, влагалищ, мест пункции и постановки катетеров.
- **отечная.** Клинический вариант эмболии околоплодными водами, проявляющийся отеком легочной ткани, который, в свою очередь, вызывает острую **дыхательную недостаточность.**
- **молниеносная.** Наиболее опасная форма эмболии околоплодными водами, характеризующаяся стремительным развитием и полиорганной недостаточностью.

Клиническая картина

В настоящее время нет специфических диагностических тестов для подтверждения диагноза ЭОВ, данный диагноз остается клиническим диагнозом

NB! Клиника ЭОВ представляется двумя основными симптомами: кардиопульмональным шоком и коагулопатией.

Критерии диагностики АСБ, разработанные Национальным обществом по регистрации случаев ЭОВ

- острая гипотензия или внезапная остановка сердца;
- острая гипоксия или диспноэ, цианоз или остановка дыхания;
- коагулопатия, лабораторно подтвержденное внутрисосудистое свертывание, фибринолиз или тяжелое кровотечение в отсутствие других объяснений;
- развитие вышеуказанных состояний во время родов, кесарева сечения или в течение 30 минут после родов;
- отсутствие каких-либо других причин, которые могли бы способствовать развитию вышеуказанных состояний.

Диагностика

Диагностические критерии

Жалобы:

- внезапно возникшее чувство страх^а, возбуждение;
- затрудненное дыхание;
- сильно выраженный озноб;
- боль за грудиной.

Анамнез:

- появление симптомов во время родов, кесарева сечения или в течении 30 мин после родов.

Физикальное обследование:

- потеря сознания;
- гипертермия, гипотензия;
- остановка дыхания;
- остановка сердца;
- судороги.

Лабораторные исследования:

- признаки метаболического, лактатацидоза, увеличение сердечных ферментов (КФК, тропонины);
- Система гемостаза: изменения характерные для второй фазы ДВС - гипокоагуляции: резко выраженная гипофибриногенемия и тромбоцитопения; удлинение АЧТВ;
- удлинение времени свертывания цельной крови.

Инструментальные исследования:

- снижение насыщения крови кислородом до 85-70%;

ЭКГ:

- признаки перегрузки правых отделов (отклонение электрической оси вправо, увеличение размеров зубца Р во II, III и AVF отведениях, депрессия сегмент ST и инверсия зубца Т в правых грудных отведениях).

Рентгенологическое исследование:

- увеличенное правое предсердие и желудочек, картина интерстициального сливного отека, что проявляется в виде «бабочки» с уплотнением в прикорневой зоне и просветлением рисунка по периферии.

Дифференциальный диагноз

Диагноз	Септический шок	ЭОВ	Анафилактический шок
Критерии включения	Падение давления, тахикардия, апноэ	Апноэ, тахикардия, падение давления	-
Критерии исключения диагноза	-	Появление симптомов во время родов, кесарева сечения или в течение 30 минут после родов, гемостаз – изменения характерные для второй фазы ДВС	Связь с введением лекарственного средства, отсутствуют признаки нарушения гемостаза, сознание сохранено

Симптомы	Эмболия околоплодными водами	ТЭЛА мелких ветвей
Тахикардия	Кратковременная	Продолжительная
Снижение сатурации	Кратковременное	Продолжительное
Одышка	Кратковременная	Продолжительная
Повышение давления в дыхательных путях	Кратковременное	Продолжительное
Время свертывания	Удлинено	Укорочено
Электрокардиографические признаки перегрузки правых отделов сердца	Кратковременные	Продолжительные
Увеличение ЦВД	Кратковременное	Продолжительное

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:

5.1. Немедикаментозное лечение:

Режим: лечебно-охранительный

Диета: Стол 0-1, в первые сутки после операции

5.2. Медикаментозное лечение [1-5]:

ЭОВ

Позвать на помощь!!!
(акушерок, анестезиологов, неонатологов)

- немедленно начать сердечно-легочную реанимацию согласно протоколу «Расширенный протокол СЛР (ACLS) + вазопрессоры (адреналин)»;
- в целях обеспечения оптимальной маточной перфузии бедро женщины должно быть смещено влево, чтобы предотвратить отжатия нижней полой вены весом беременной матки;

Реанимационная помощь:

- обеспечение проходимости дыхательных путей путем интубации трахеи;
- обеспечения искусственной вентиляции легких с высоким вдохом кислорода (>60%) и положительного в конце выдоха. Как правило, положительный конец выдоха начинается в 5 см Н2О и увеличивается на 2 до 3 см Н2О до удовлетворительного уровня РаО2;
- целью кислородной терапии является поддержание артериального РаО2 выше 60 мм. рт.ст. и насыщения артериальной крови кислородом на 90%.

При первом подозрении на ЭОВ - гидрокортизон 500 мг внутривенно, затем каждые 6 часов(до 2 г/24 ч). Или преднизолон 360-420 мг. через 10-15 минут	Ранняя характеристизуется правожелудочковой недостаточностью. Необходимо электрокардиографическое	фаза	Вторая характеристизуется левожелудочковой недостаточностью отеком легких. Для поддержания	фаза	Немедленное родоразрешение оперативные вагинальные роды или кесарево сечение. Быстрое родоразрешение при возникновении ЭОВ во	Коагулопатия сразу следует за сердечно-сосудистым коллапсом. Активируйте массивный трансфузионный протокол. Продукты крови включают в себя
---	---	------	--	------	---	--

<p>280-360 мг внутривенно из расчета суммарной дозы 700-800, в последующие 2 суток назначаются по 30 мг преднизолона 4 раза и по 30 мг. 2 раза во второй день.</p>	<p>Мониторирование выявления и лечения аритмии или брадикардии. Катетеризация легочной артерии для мониторинга сердечного выброса, центрального венозного давления, давления в легочной артерии и обеспечения прямого доступа для образцов крови для цитологического анализа околоплодных вод. Для поддержания сердечного выброса рассматривайте норэпинефрин*. Уменьшите нагрузку при помощи ингаляционного кислорода или ингаляционного /внутривенного простациклина, если это указано. Прравожелудочковая недостаточность может быть вызвана введением инотропов, такими как добутамин или милринон.</p>	<p>Исходными являются применение норэпинефрина* инотропов, таких как добутамин или милринон. Контролируйте объем инфузионной терапии (в объеме 20 мл на кг массы тела)</p>	<p>время беременности и в родах увеличивается шанс на хороший исход матери, потому что давление беременной матки на нижнюю полую вену отрицательно влияет на кровоснабжение сердца и родоразрешение способствуя улучшению гемодинамики. Кроме этого, родоразрешение способствуя остановить попадание амниотической жидкости в кровотоки матери. Поэтому, как только состояние матери стабилизируется, родоразрешение должно быть ускорено. Если реанимация бесполезно, сечение кесарево делается незамедлительно для сохранения жизни ребенка.</p>	<p>эритроцитарную массу, свежезамороженную плазму, тромбоциты и криопрепитат для поддержания перфузии органов и мочевых путей. Особенно полезен при АФЕ криопрепитат, поскольку он может быть использован для пополнения факторов свертывания крови вместо СЭП. Криопрепитат содержит фибриноген и фибронектин, которые способствуют удалению клеточных и твердых частиц (например, амниотической жидкости, элементов плода) из крови через ретикулоэндотелиальную систему (мононуклеарную фагоцитарную систему). Немедленно приступайте к радикальным методам остановки кровотечения.</p>
--	---	--	--	--

Вывод

Симптомы эмболии околоплодными водами весьма вариабельны и зависят от общего количества околоплодных вод, попавших в материнский кровоток, скорости их попадания и степени реактивности организм женщины; Как правило, начало носит внезапный и острый характер. На фоне интенсивной родовой деятельности внезапно возникают возбуждение, затрудненное дыхание, цианоз лиц и конечностей. Возможны кратковременная боль за грудиной и страх смерти. Часто возникают озноб и повышение температуры тела до 38,5-39,0 °С, что свидетельствует о пирогенной реакции на парентеральное поступление инородного белка. Дыхание учащенное (до 20-25 в минуту), возможна одышка. Аускультативно дыхание жесткое, единичные рассеянные сухие хрипы, которые быстро исчезают. Гемодинамику характеризует быстро нарастающая тахикардия, снижение АД. В тяжёлых случаях может возникнуть шок с потерей сознания и комой.

Описанная выше клиническая картина характерна для массивной, одномоментной эмболии околоплодными водами в родах. Если картина кардиопульмонального шока носит стойкий, трудно купируемый характер, необходимо проведение дифференциальной диагностики с тромбоэмболией мелких ветвей легочной артерии, которые достаточно часто возникают у беременных с перенесенной беременностью.

Если околоплодные воды попадают в материнский кровоток дробно не большими порциями на высоте схваток, столь выраженной и внезапной клинической картины не возникает, кардиопульмональный шок не развивается, эмболия околоплодными водами проявляет себя сразу коагулопатическим кровотечением.

Эмболия околоплодными водами может возникать и во время операции кесарева сечения, в момент извлечения плода. Если оперативное родоразрешение проводят в условиях регионарной анестезии, клиническая картина ЭОВ будет сходна с таковой во время родов. Кроме того, косвенным свидетельством ЭОВ, может служить кратковременное снижение сатурации до 85-80%, в тяжелых случаях - и до 70%. При проведении операции кесарева сечения под эндотрахеальным наркозом проявления ЭОВ будут выражены в снижении сатурации, появлении сухих хрипов в лёгких над очагом поражения и повышении давления в дыхательном контуре наркозного аппарата на вдохе до 30-35 мм. вод. ст. При наличии центрального венозного доступ можно зафиксировать повышение ЦВД.

Все эти проявления могут носить кратковременный характер и остаться вне поля зрения врача. Тем неожиданнее будет возникновение молниеносного ДВС- синдром с массивным профузным кровотечением в раннем послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Акушерство : национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 1200 с.
2. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 784 с.: ил.
3. Хорева О.В. О патогенезе эмболии околоплодными водами (обзор литературы) / О.В. Хорева, А.П. Милованов, К.Н. Ковров // Проблемы репродукции. — 2016. — Т. 3. — С. 73-75.
4. Макацария А.Д., Панфилова О.Ю. Эмболия околоплодными водами или анафилактоидный синдром беременности // Практическая медицина. — 2015. — № 4.
5. А.Ж. Баялиева, И.Ф. Фаткуллин, А.А. Хасанов, Е.М. Шифман Эмболия околоплодными водами, или Анафилактоидный синдром при беременности (Клинические рекомендации) 2016
6. Акушерство и гинекология: диагностика и лечение. Учебное пособие. В 2-х томах. ДеЧерни А.Х., Натан Л. 2013 г. Издательство: МЕДпресс-ин форм.
7. Дошанова Айкерма Мжаверовна, Личковаха Татьяна Борисовна, Калиева Ш.С 2016г. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭМБОЛИЯ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой
производственной практики «Производственная клиническая практика
модуль Акушерство (помощник врача стационара, научно-исследовательская
работа)» обучающегося 4 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия

6 группы

Адырахмановой Алины Алисмановны

на тему:

« Эмболия околоплодными водами »

Научно-исследовательская работа выполнена в соответствии с требованиями написания НИР при прохождении производственной клинической практики по акушерству. Данное исследование имеет четкую структуру и состоит из введения, основной части, заключения, списка литературы.

Работа написана грамотным научным языком. Тема является актуальной в современном акушерстве. Четко сформулирована цель, поставлены конкретные задачи. Введение достаточно содержательное и емкое. В результате четкого изложения цели работы в основной части научно-исследовательской работы присутствует логичность, четкость, последовательность. Наличие ссылок показывает детальную работу с научной литературой.

Список литературы включает разнообразные источники. Имеются недочеты в оформлении плана и списка литературы

В целом работа заслуживает оценки хорошо.

Оценка 86 баллов (хорошо)

РЕЦЕНЗЕНТ: Зел (Заболотнева К.О)