

Перевод в ОРИТ родильного блока 15.02.2017 в 08.50

Диагноз. Состояние после полного инфицированного самопроизвольного аборта в сроке 21 недель. Хориоамнионит. Геморрагический шок 2 степени. Инфекционно-токсический шок.

Период наблюдения :8.50 -10.55

Ведущий патологический синдром:

- Инфекционно-токсический шок (ЧСС 106-124 уд в мин. АД –70 и 40 мм. рт.ст.);
- острый ДВС (тромбоциты – $17,0 \times 10^9$ /л, АЧТВ – 57 сек; ПТИ – 48%; фибриноген – 1,5 г/л; МНО – 2,25).
- Анемический синдром(Нв – 110 (исходный 134 г/л), гематокрит – 32,5%, эр-ты – $3,4 \times 10^{12}$ /л (исходно $4,7 \times 10^{12}$ /л)
- ОПН в стадии анурии (креатинин – 0,176 ммоль/л , калий – 3,18 ммоль/л, натрий – 144,4 ммоль/л ;
- Синдром эндогенной интоксикации (лейкоцитоз – $12,1 \times 10^9$ /л (4,6) СОЭ – 22 (5) мм/час , нейтрофильный сдвиг влево – п/я – 24 (3) с/я – 63(83) лимфопения – 6 (10)%
- РДСВ (тахипноэ 22→28 в мин, сатурация 88%)
- Отек головного мозга(оценка по ШКГ 15→8 баллов)

Лечебные мероприятия:

- вазопрессорная поддержка дофамин 7 мкг/кг/мин + адреналин 0,3 мкг/кг/мин + гелофузин 500,0 в/в
- Трансфузия СЗП А(II) Rh (положительный) в количестве 970 мл.
- оксигенотерапия через лицевую маску с расходным мешком, перевод в 09.30 на ИВЛ в режиме CMV+ FiO₂ – 1,0, ДО – 500 мл; ЧД 14 в мин; МОВ 7,0 л,мин, ПДКВ 5 см. вод ст.
- антибактериальная терапия – болюс инванза 1,0 в/в

10.22. Предоперационное заключение: учитывая рефрактерный ИТШ на фоне инфицированного выкидыша, больной показано оперативное лечение в экстренном порядке.

Ведущий патологический синдром:

- Инфекционно-токсический шок(ЧСС=пульс до 118 уд в мин. АД – 80 и 40 мм рт ст.);
- острый ДВС (тромбоциты – $16,0 \times 10^9$ /л, АЧТВ – 57 сек; ПТИ – 48%; фибриноген – 1,5 г/л; МНО – 2,25).
- Анемический синдром(Нв – гемоглобин – 112 г/л)
- ОПН в стадии анурии (диурез 300 мл)
- Синдром эндогенной интоксикации (лейкоцитоз – $12,1 \times 10^9$ /л (4,6) СОЭ – 22 (5) мм/час нейтрофильный сдвиг влево – п/я – 24 (3) с/я – 63(83) лимфопения – 6 (10)%
- РДСВ (сатурация при FiO_2 1 - 99%)
- Отек головного мозга(оценка по ШКГ 15→8 →

балла).

- **метаболический синдром:** (КЩС крови от 13:25: рН – 6.930; Na - 139,9 ммоль/л; Cl-153.4 ммоль/л, iCa – 0,334 ммоль/л; pO_2 – 318,3 мм рт ст; pCO_2 – 33.6 мм рт ст; BE - -25,0 ммоль/л., ВВ-23,0 ммоль/л, PAO_2 -318,3 мм.рт.ст., ctO_2 -21,8 % а/ AO_2 -100%

Лечебные мероприятия

- вазопрессоры (допамин – 10 мкг/кг/мин) + болюсное введения адреналина с титрованием дозы по уровню АД, с кратковременным положительным эффектом.
- 11.10-12.25.Лапаротомия. Экстирпация матки без придатков, дренирование брюшной полости. **Дооперационная кровопотеря 850 мл**
Интраоперационная кровопотеря- 200 мл.
- Инфузия в операционной СЗП 405 мл, эр. массы 743,0, продолжение вазопрессорной поддержки комбинацией двух симпатомиметиков - допамин – 20 мкг/кг/мин, адреналин 0,3 мкг/кг/мин.
- **В операционной с гемостатической целью- коагил 4,8 мг в/в**
- **13.30. с гемостатической целью введен раствор «Октаплекс» в дозе 1000 МЕ в/в.**
- Трансфузия СЗП А(II) Rh (положительный) в количестве 1115 мл.
- ИВЛ в режиме CMV, ДО = 500 мл (6-7 мл/кг); ЧД – 10-12 в мин; МОВ – 7 л в мин; FiO_2 – 1,0. Дыхание проводится симметрично с обеих сторон, хрипов нет. SpO_2 – 99%.
- Комбинированная а/бактериальная терапия (внванз 1 грамм/сут + метрид 1,5 грамма/сут + гентамицин 160 мг/сут).
- **натрия бикарбонат 4%-800 в/в.**

Период наблюдения в ОРИТ 13.30 – 15.17

13.30.Мультидисциплинарный консилиум:

Диагноз: Послеабортный период 1-е сутки. Поздний полный самопроизвольный инфицированный аборт в сроке 21 неделя. Инфекционно-токсический шок. Острый ДВС-синдром. Преренальная ОПН в стадии анурии. Анемия легкой степени. Хронический приобретенный токсоплазмоз. ЦМВИ хроническая форма, латентное течение.

Тяжесть состояния пациентки обусловлена рефрактерным инфекционно-токсическим шоком и его осложнениями (синдром ДВС, «шоковые органы») на фоне иммуносупрессии при беременности. Предполагаемым источником инфекции является матка (произведена экстирпация). Септицемия?

Причиной рефрактерности ИТШ к проводимой противошоковой интенсивной терапии, вероятно является депрессия сосудодвигательного центра центрального генеза (отек головного мозга, дислокация стволовых отделов в БЗО?). Причиной же депрессии ЦНС может являться вторичное (первичное?, артериовенозная мальформация?) кровоизлияние в вещество головного мозга на почве молниеносной формы синдрома ДВС? на фоне вероятно имевшейся генерализованной сосудистой аномалии.

14:00

С диагностической целью в асептических условиях осуществлена люмбальная пункция под мандреном иглой «Спинокан» G 26 на уровне L4-5. **Получен розовой окраски ликвор с истечением капель в нормальном темпе (40-50 в мин).** Набрано в 3 пробирки, сданы в лабораторию для проведения общего анализа, бак. посева.

Период наблюдения в ОРИТ 14:47-15:17

У пациентки, на фоне рефрактерного к проводимой терапии инфекционно-токсического шока, ДВС-синдрома, декомпенсированного метаболического ацидоза, произошла остановка сердечной деятельности – кратковременная фибрилляция желудочков с исходом в асистолию, электромеханическую диссоциацию.

Начаты мероприятия сердечно-легочно-мозговой реанимации: непрямой массаж сердца, дефибрилляция разрядом 100-200 Дж однократно, продолжена аппаратная ИВЛ 100% кислородом, введение адреналина гидротартрата 0,18% - 1,0 мл 5-кратно болюсно.

Реанимационные мероприятия в течение 30 мин без эффекта. 15.02.2017 г. в 15:17 констатирована биологическая смерть.

Причина смерти: 1. Инфекционно-токсический шок.