

СЛУЧАЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТИ ОТ МАССИВНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ ПЛАЦЕНТЫ

Ниязметов Р.Э., Матякубов Б.Б., Матирзаева С.Т., Джуманов З.Д.

YO'LDOSHNING VAQTIDAN OLDIN KO'CHISHI TUFAYLI, KO'P MIQDORDAGI QON KETISHI SABABLI SODIR BO'LGAN ONANING O'LIMI

Niyazmetov R.E., Matyakubov B.B., Matirzaeva S.T., Djumanov Z.D.

MATERNAL DEATH FROM MASSIVE BLEEDING IN CASE OF PREMATURE DETACHMENT OF THE PLACENTA

Niyazmetov R.E., Matyakubov B.B., Matirzaeva S.T., Djumanov Z.D.

Ташкентский институт усовершенствование врачей

Mualliflar, 29 yoshda bo'lgan, homilador ayolni qishloq joylarida nazorat qildilar. Uning o'limi odatdagidek joylashtirilgan yuldosh erta ajralishi bilan bog'liq bo'lgan katta qon yo'qotishidan kelib chiqdi. Tanatologik tahlil retroplasakal markaziy gematomaning mavjudligini aniqladi. Gistologik sifatida surunkali yuldosh etishmovchiligi, dekompensatsiyalangan bosqich. Fibrinoid, yuldosh chetidan venoz sinus trombozi, ajralib turadigan joy, ajralish joyida - qon ketishi, chayqalish va fibrinning ingichka tolasidan ortiqcha birikma kuzatildi.

Kalit suzlar: yo'ldosh ko'chishi, onalar o'limi, qon ketishi.

The article presents a case of maternal death associated with a complete placental abruption, which was complicated by massive uterine haemorrhage, hemorrhagic shock. To determine the tanatogenesis of cases of maternal death in premature placental abruption, placental sites were studied in the region of abruption, which made it possible to determine its prescription and the sequence of development of pathological processes that led to a lethal outcome.

Key words: placental abruption, age of detachment, maternal mortality, bleeding.

Изучение случаев материнской смерти в судебно-медицинской и патологоанатомической практике представляет определенные трудности, учитывая, что их принято относить к высокой категории сложности. Нередко случаи материнской смерти становятся предметом судебных разбирательств, особенно в случаях скоропостижно наступившей смерти вне лечебно-профилактического учреждения [8,9]. В Узбекистане и его регионах среди причин материнской смерти, связанных с беременностью, помимо атонического кровотечения, предлежания и приращения плаценты, основное место занимает преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) [1,2,5-7].

Отслойка плаценты, классически определяемая как преждевременное отделение плаценты до родов, является также одной из ведущих причин акушерского кровотечения во 2-й половине беременности. В структуре акушерских кровотечений эта патология встречается с частотой от 14 до 30% [1,2]. В популяции беременных частота ПОНРП колеблется в относительно широких пределах – от 0,05 до 3% и возникает в 1 случае на 100-120 родов [4]. В развитых странах отслойкой плаценты осложняются приблизительно 0,4-1% беременностей. В странах Северной Европы показатель распространенности ниже (0,38-0,51%), чем в США (0,6-1,0%) [10]. Отслойка плаценты также является одной из наиболее важных причин материнской заболеваемости и перинатальной смертности.

При ПОНРП ожидаемы следующие риски: имбиция матки, гипо-атоническое кровотечение, развитие геморрагического шока, ДВС-синдром, экс-

тренная гистерэктомия и развитие полиорганной недостаточности. Материнская смерть при отслойке плаценты редка, но в 7 раз выше общей материнской смертности. Перинатальные последствия включают: низкую массу тела при рождении, преждевременные роды, асфиксию, мертворождение и перинатальную смерть. В развитых странах примерно 10% всех преждевременных родов и 10-20% всех перинатальных смертей вызваны отслойкой плаценты [4,10].

Известно, что факторами риска развития ПОНРП являются: а) артериальные гипертензии; у женщин с предшествующей артериальной гипертензией риск возникновения ПОНРП составляет 10%, при тяжелой преэклампсии и эклампсии достигает 23,6%; б) хронический эндометрит; в) очаги патологической децидуализации и кальцификации. При исследовании плацентарного ложа обнаруживаются очаги с преобладанием рыхло расположенных децидуальных клеток промежуточного типа, некоторые из них соответствовали предецидуальным клеткам или напоминали фибробласты, но были крупнее их по калибру околядерной зоны клеток; г) воспалительные изменения в плаценте (базальный децидуит, хориоамнионит, плацентит) [3]. Хотя факторы риска известны, однако этиология и патогенез отслойки плаценты являются многофакторными и недостаточно изученными процессами.

Мы наблюдали случай массивного акушерского кровотечения у беременной, 29 лет, которая проживала в сельской местности.

В анамнезе у пациентки в 2010 г. был медицинский аборт; в 2012 г. – неразвивающаяся беременность в сроке 7 нед.; в 2013 г. – неразвивающаяся

беременность в сроке 8-9 нед. В 2015 г. Женщина встала на учет в первичном звене при сроке беременности 10-11 недель, общее количество явок – 7. При УЗ-исследовании плацента по задней стенке. Однократная госпитализация в стационар с диагнозом: “Беременность IV, 14-15 нед. Истмико-цервикальная недостаточность. Угрожающий самопроизвольный выкидыш. Хирургическая коррекция – П-шов на шейку матки наложен 22 мая 2015 г.

При поступлении в родильный комплекс 29 октября 2015 г. жалобы на боли внизу живота и обильные кровянистые выделения из половых путей. Пациентка доставлена в роддом своим транспортом, во время транспортировки кровопотеря составила около 500-600 мл. Поступила в стационар 29 октября в 03:50 в тяжелом состоянии. Диагноз при поступлении: “Беременность IV, 35-36 нед. Роды 1. Тяжелая степень отслойки нормально расположенной плаценты. Массивное акушерское кровотечение. Геморрагический шок II-III ст., ОАГА. Антенатальная гибель плода. Продольное положение, головное предлежание”. Сознание спутано, АД 70/39 мм рт. Ст., пульс 130/мин, Нв – 43 г/л. В приемном покое из половых путей одновременно выделилось еще 300 мл крови, всего кровопотеря составила около 1000 мл. Однако клиническая картина и показатели лабораторных исследований соответствовали геморрагическому шоку III ст., что указывает на кровопотерю 1500-2000 мл. В 04:05 ч – генерализованные судороги. Беременная была экстренно родоразрешена в связи с ПОНРП, массивным акушерским кровотечением, антенатальной гибелью плода. Во время операции кесарева сечения извлечен мертвый плод женского пола массой 3100 г, длиной 50 см. Послед свободно находился в полости матки с жидкой кровью (1000±200 мл) и сгустками крови (500±100 мл). Во время операции (04:27) у больной наступила остановка сердца, в течение 10 мин проводилась эффективная сердечно-легочная реанимация. Общая кровопотеря: 600 мл до родоразрешения, в стационаре – 300 мл, в матке 1 – 100 мл и 500 г сгустки, кесарево сечение – 400 мл, всего 2900 мл.

В 04:40 ч – АД 140/93, гемоглобин – 31 г/л. Объем операции был расширен до экстирпации матки без придатков и произведена перевязка внутренних подвздошных артерий с обеих сторон. Объем общей кровопотери в среднем составил 3700,0±300,0 мл. Объем инфузионно-трансфузионной терапии составил: кристаллоидные растворы – 3000 мл, ГЭК – 1000 мл, свежезамороженная плазма – 1300 мл, эритроцитарная масса – 1050 мл, т.е. всего 6 350 мл. В послеоперационном периоде была продолжена ИВЛ. В 18:00-18:50 развилась клиника отека легких, АД 128/79-130/82. В 19:30 ч. появилась кровоточивость в местах стояния катетеров, с 16:00 ч. – анурия; в 22:00 ч. – АД 121/93, ЧСС 144/мин, лихорадка до 39,1°C, азотемия; в 00:00 – АД 98/67-89/57, ЧСС 160/мин, анурия. В 01:00 ч 30 октября 2015 г. АД точно определить не удалось, пульс – брадикардия очень слабого наполнения, анурия. На фоне прогрессирования полиорганной недостаточности наступила

клиническая смерть. Сердечно-легочная реанимация оказалась неэффективной. Наступила биологическая смерть.

Заключительный клинический диагноз: Основное заболевание – острая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты тяжелой степени при беременности 35-36 недель. Беременность IV, 35-36 недель, Роды 1. ОАГА (привычное невынашивание на фоне неразвивающейся беременности). Преждевременные оперативные роды мертвым недоношенным ребенком женского пола. Были проведены следующие операции: кесарево сечение; перевязка подвздошных артерий с обеих сторон; экстирпация матки без придатков. Появились следующие осложнения: массивное акушерское кровотечение (3700,0±300,0 мл); геморрагический шок III ст.; клиническая смерть; синдром полиорганной недостаточности: острая дыхательная недостаточность; респираторный дистресс-синдром, острая почечная недостаточность; острая сердечно-сосудистая недостаточность; церебральная недостаточность на фоне отека головного мозга); ДВС-синдром генерализованная стадия; атония матки; антенатальная гибель плода. Реанимационные мероприятия и медицинские манипуляции: плазмо-гемотрансфузия; сердечно-легочная реанимация оказалась неэффективной.

Произведено судебно-медицинское исследование.

При аутопсии кожные покровы и серозные оболочки плевры, перикарда, брюшины с множественными мелкопятнистыми кровоизлияниями. Масса головного мозга составила 1188 г, на миндалинах мозжечка странгуляционная борозда. Масса правой почки – 220 г, левой – 206 г, на разрезе корковое вещество бледное, мозговое вещество полнокровное. Гистологическое исследование: Полнокровие, очаги микрокровоизлияний; клубочки увеличены, просветы капилляров, артерий интерстиция с тромбами, пролиферация мезангиоцитов, эндотелиоцитов клубочков; в просвете капсулы Шумлянско-Боумена содержится секрет розового цвета, эпителиоциты проксимальных канальцев в состоянии некроза. Правый надпочечник листовидной формы с сохранением дифференцировки коркового и мозгового вещества, мозговой слой полнокровный; в левом – гематома.

Гистологическое исследование: В мозговом слое правого надпочечника – очаги кровоизлияний; в левом надпочечнике – некроз с кровоизлиянием. Размеры матки – 18,5x13,5x6,5 см, толщина стенки – 3 см; стенка матки гомогенно серого цвета. Гистологическое исследование: Плацентарная площадь – тромбоз сосудов, децидуальный слой тонкий, инфильтрирован лимфоцитами, макрофагами, многоядерными трофобластическими клетками; в сосудах – лейкостаз, небольшое количество вневорсинчатого цитотрофобласта; в миометрии: полнокровие, спиральные артерии с суженными просветами. Плацента: 428 г, 18x14x2 см, в центральной части плаценты кратерообразное углубление 10x8 см без гематомы. Гистологическое заключение:

Хроническая плацентарная недостаточность, вариант диссоциированного созревания котиледонов, декомпенсированная. Избыточное отложение фибриноида. Тромбоз венозных синусов края плаценты, межворсинчатого пространства. В области отслойки – кровоизлияния, сладжированные сохранные эритроциты, тонкие нити фибрина.

На основании клинической картины, морфологических проявлений сформулирован следующий судебно-медицинский диагноз:

Основное заболевание: О 45.0 Острая полная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты тяжелой степени при беременности 36 недель. Ретроплацентарная центральная гематома.

Фоновое заболевание: Преэклампсия. Неполная гестационная перестройка миометриальных сегментов маточно-плацентарных артерий. Преждевременные оперативные роды мертвым недоношенным ребенком женского пола. Кесарево сечение. Перевязка подвздошных артерий с обеих сторон. Экстирпация матки без придатков.

Осложнения: Геморрагический шок. Массивное маточное кровотечение (общая кровопотеря – 3700,0±300,0 мл). Антенатальная гибель плода. ДВС-синдром, 3-я фаза: мелкопятнистые кровоизлияния под серозные и слизистые оболочки, в паренхиму внутренних органов, гематома левого надпочечника; шоковые почки; шоковые легкие; деструктивный отек и набухание вещества и оболочек головного мозга с вклиниванием стволовой части в большое затылочное отверстие.

Реанимационные мероприятия и медицинские манипуляции: клиническая смерть; сердечно-легочная реанимация; ИВЛ одни сут. Сопутствующее заболевание: Послеродовый период одни сут.

Таким образом, у беременной в анамнезе 2 замерших беременностей и 1 медицинский аборт, при развитии настоящей беременности наблюдалась угроза самопроизвольного выкидыша, истмико-цервикальная недостаточность, что указывает на крайне отягощенный акушерский и гинекологический анамнез. При судебно-медицинском исследовании была установлена морфологическая картина острой ПОНРП с образованием ретроплацентарной гематомы, кратерообразным углублением, занимающим более половины материнской поверхности плаценты. Отслойке плаценты способствовало наличие морфологических признаков преэклампсии: узкие просветы спиральных артерий в миометрии, обусловленные недостаточностью 2-й волны интравазальной трофобластической инвазии. Давность отслойки составила до 1,5 сут.

Важным фактором при формулировании судебно-медицинского диагноза и определении танатогенеза при ПОНРП является гистологическая оценка давности ретроплацентарной гематомы и расслаивающих кровоизлияний в миометрии, которая нередко становится весомым аргументом при оценке акушерской тактики ведения данной женщины в Извене или в родильном доме [10]. По морфологической картине отслойки можно определить давность

образования гематомы: 3-5 ч – до 1-х сут – легко снимаемые, рыхлые сгустки крови на поверхности ложа, гистологически – сладжирование эритроцитов, сохраняющих окраску, без свободных гранул гемосидерина; 1,5-2 сут – рыхлые тромботические массы, проникающие вглубь плацентарной ткани, не смываются водой, гистологически – сеть фибриновых нитей, в центральной зоне – гемолиз эритроцитов, единичные гемосидерофаги, накопление в краевых зонах лейкоцитов; 3-5 сут и более – плотные тромботические массы, тесно связанные с окружающей тканью, гистологически – тотальный гемолиз эритроцитов, конгломераты фибрина, множество свободных гранул гемосидерина, гемосидерофагов, воспалительная инфильтрация, а также появление признаков организации, появление фибробластов из окружающих тканей, кальцификатов по периферии внутриплацентарной части гематомы [4].

В описанном наблюдении давность отслойки определена на основании гистологической картины плаценты до 1,5 суток. При детальном сборе анамнеза у родственников умершей было установлено, что еще за 8 ч до начала кровотечения у женщины были болевые ощущения, которые потом прекратились, что, вероятно, и послужило начальным симптомом отслойки плаценты. Основное заболевание привело к массивному акушерскому кровотечению (до 4000 мл), развитию геморрагического шока (шоковые органы, лейкостаз в сосудах микроциркуляторного русла, некрозы в органах, кортикальные некрозы в почках), а в последующем – ДВС-синдрома и полиорганной недостаточности.

Морфологическая картина в плаценте характеризуется избыточным отложением фибриноида, тромбозом межворсинчатого пространства; во внутренних органах (почках, легких, селезенке) выявлены тромбы в артериях, в сосудах микроциркуляторного русла, в том числе фибриновые тромбы, что свидетельствует о состоянии гиперкоагуляции и, возможно, обусловлено наличием у пациентки тромбофилии. Тромбоз капилляров клубочков, артерий интерстиция привел к развитию ОПН, анурии.

Развитие ДВС-синдрома, сопровождаемое кровоизлияниями в паренхиму внутренних органов, в надпочечники (в левом – с образованием гематомы) привело к синдрому полиорганной недостаточности, острой надпочечниковой недостаточности, гипоксическому состоянию и деструктивному прогрессирующему отеку и набуханию вещества головного мозга, с вклиниванием стволовой части в большое затылочное отверстие, что и явилось непосредственной причиной смерти.

Таким образом, описываемый случай материнской смерти, обусловленной ПОНРП, которая осложнилось массивным маточным кровотечением и геморрагическим шоком, демонстрирует важность клинико-анатомического подхода к проведению танатологического анализа. Для уточнения танатогенеза при преждевременной отслойке плаценты информативным является исследование участков плаценты в области отслойки, что позволяет опре-

делить ее давность и последовательность развития патологических процессов, приведших к летальному исходу. Описывая этот случай, мы хотели, чтобы таких ошибок наши коллеги больше не допускали.

Литература

1. Второй отчет Национального комитета по конфиденциальному исследованию случаев материнской смертности в Узбекистане, за 2013-2015 гг. – Ташкент, 2017. – 59 с.
2. Исаченкова И.П., Савченко С.В. Случай материнской смерти при истинном приращении плаценты // Вестн. суд. медицины. – 2016. – Т. 5, №3. – С. 58-61.
3. Милованов А.П., Буштырева И.О. Причины и резервы снижения материнской смертности на современном этапе. – М.: МДВ, 2014. – 336 с.
4. Надеев А.П. и др. Ятрогенная патология в структуре материнской смертности в г. Новосибирске в период 1994-2013 гг. // Вестн. суд. медицины. – 2013. – Т. 2, №4. – С. 14-19.
5. Надеев А.П., Жукова В.А., Агеева Т.А. Острый гепатоз беременных как причина материнской смерти: наблюдение из практики // Вестн. суд. медицины. – 2016. – Т. 5, №3. – С. 49-54.
6. Надеев А.П. и др. Сосудистые расстройства у беременных в структуре причин материнской смерти // Вестн. суд. медицины – 2017. – Т. 6, №2. – С. 51-54.
7. Новоселов В.П. Экспертная деятельность территориальных бюро судебно-медицинской экспертизы СФО за 2001–2015 гг. // Вестн. суд. медицины. – 2016. – Т. 5, №4. – С. 5-10.
8. Савченко С.В. Патоморфологические исследования в судебно-медицинской практике на современном этапе // Вестн. суд. медицины. – 2015. – Т. 4, №2. – С. 21-23.
9. Elsasser D.A. et al. Diagnosis of placental abruption:

relationship between clinical and histopathological findings // Europ. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2010. – Vol. 148, №2. – P. 125-130.

10. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2011. – Vol. 90, №2. – P. 140-149.

СЛУЧАЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТИ ОТ МАССИВНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ ПЛАЦЕНТЫ

Ниязметов Р.Э., Матякубов Б.Б., Матирзаева С.Т., Джуманов З.Д.

Авторы наблюдали беременную, 29 лет, проживающую в сельской местности, смерть которой наступила вследствие массивной кровопотери, связанной с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Проведенный танаатологический анализ выявил наличие ретроплацентарной центральной гематомы. Гистологически установлена хроническая плацентарная недостаточность, декомпенсированная стадия. Имелось избыточное отложение фибриноида, тромбоз венозных синусов края плаценты, межворсинчатого пространства, в области отслойки – кровоизлияния, сладжирование и тонкие нити фибрина.

Ключевые слова: отслойка плаценты, материнская смертность, кровотечение.

