

**Рецензия на историю заболевания и смерти
Махмуд кызы Мээримгул 04.05.1994 года рождения.**

Махмуд кызы Мээримгул 1994 г.р. адрес проживания с\у Мады, уч. Кок-Тал, была госпитализирована в ОГКБ отделение патологии беременных 14.03.2024г. по поводу одышки и загрудинных болей.

Данная беременность 7-я по счету, в анамнезе 3 выкидыша (причины не выяснены) 3 самостоятельных родов. Состояла на «Д» учете с 14 недель, были проведены базовые обследования по клиническому протоколу, при бакпосеве мочи обнаружены **E. Coli**.

14.03.2024г. в стационаре сделаны РАК, УЗИ, ЭХОКГ, ЭКГ. На ЭКГ от 14.03.2024г.: Ритм неправильный, предсердная экстрасистолия. ЧСС 102 в мин. ЭКГ от 20.03.2024г.: Ритм синусовый правильный. Нормальное положение ЭОС. ЧСС 94 в мин. ЭХОКГ от 20.03.2024г. Зон гипокинеза ЛЖ не выявлено. Полости сердца расширены. Пролапс митрального клапана 1 ст с регургитацией. Выпот в перикард до 6 мм.

Выписана 18.03.2024г с ДЗ: Беременность 31/5 недел. Прогрессирует. Недостаточность митрального клапана 1-2 ст, Умеренная легочная гипертензия. Анемия умеренной степени.

22.03.2024г. проконсультирована врачом-кардиологом ОМОКБ, и было назначено дообследование на ревмотесты, Рентгенография грудной клетки, Гормоны щитовидной железы для исключения заболевания органов средостения и коллагенозов. Но, беременная данное обследование по всей вероятности не проходила.

25.03.2024г. в 02:40 поступает в приемный покой ОГКБ родильное отделение без сознания и отсутствия пульса в сопровождении родственников на своей машине.

Проведены реанимационные мероприятия, ИВЛ в результате чего удалось восстановить пульс и АД, сознание не восстановилось.

Выставлен предварительный диагноз: Беременность 33 недели. ТЭЛА? Состояние клинической смерти. Дистресс плода с нарушением ЧСС. Недостаточность митрального клапана 1-2 ст. Умеренная легочная артериальная гипертензия.

В плане введения продолжение реанимационных мероприятий. Перевод в операционную ОРИТ. Вызван ургентный врач, завродильным стационаром и кардиолог. Далее проведена операция

Кесарево сечение в сроке 33 недели. Общая кровопотеря при ОКС 400 мл.

В отделении реанимации проводились интенсивные мероприятия по восстановлению сознания, но состояние пациентки остается крайне тяжелой в состоянии мозговой комы. Лабораторные показатели от 25.03.2024г. в 12:30:00 : **Прокальцитонин 3,44 ; СРБ -13,0; Д-Димер 6,57; Кальций 2,0; Магний - 0,8; Натрий -137; Фибриноген - 3,99; ПТИ-100; АЧТВ -27; МНО-1,0; ПТВ-14; Этаноловый тест слабо положит.**

В этот же день осмотрена торакальным хирургом и проведена плевральная пункция, получено 200 мл экссудата.

Осмотрена невропатологом закл: Дисциркуляторная гипоксическая энцефалопатия 2ст. Отек мозга. Мозговая кома. Состояние после выведения клинической смерти. Декорткация головного мозга?

Осмотрена ангиохирургом: ТЭЛА не подтверждена.

Махмуд кызы Мээримгул 1994 г.р. несмотря на систематические реанимационные мероприятия в ОГКБ СРБ на 9-е сутки состояние утяжеляется и наступает биологическая смерть.

Причина смерти: Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Состояние после выведения из клинической смерти. Дисциркуляторная гипоксическая энцефалопатия. Отек головного мозга. Мозговая кома. Инфекционный миокардит. Недостаточность митрального клапана I-II ст. Проплапс митрального клапана Iст. Реактивный гидроперикард. Двухсторонний экссудативный плеврит. Отек легких. ОДН. Ранние роды в 4-е в сроке 33 нед. путем ОКС. Анемия умеренной ст.

Заключение:

1. Пациентка с 14.03.2024г . по 18.03.2024г. находилась на стационарном лечении с диагнозом: Беременность 32 недели. Недостаточность митрального клапана I-II ст. Умеренная легочная артериальная гипертензия. Инфекционный миокардит. СНФК IIст.

16 марта осматривается кардиологом и был выставлен диагноз: Инфекционный миокардит подострое течение. СНФК IIст. Единичные наджелудочковые экстрасистолы. ЛАГ.

Учитывая повышение температуры тела с 14.03. -15.03.2024г. больная не получила антибактериальную терапию. Находилась в стационаре краткосрочно, выписана на 4-е сутки (леч. Врач Ысманова Г.С.) и через 4 сутки больная с ухудшением состояния (одышка в покое, жгучие боли за грудиной, общая слабость)

обратилась к гинекологу по месту жительства, где была направлена на консультацию к кардиологу ОМОКБ. (нет обоснования краткосрочного пребывания больной в стационаре?)

2. Кардиологом ОМОКБ 22.03.2024г выставлен диагноз: Проплап митрального клапана 1 ст. Реактивный гидроперикард.

Было рекомендовано исключить коллагенозы и заболевание органов средостения. Восполнить дефицит железа и гормоны щитовидной железы. (Рекомендации не выполнены. Должного значения гинекологом ГСВ состоянию беременной не придавалось.)

3. 25 марта 2024г. в 02:40 поступает в состоянии клинической смерти. Отсутствует Anamnesis morbi, за какое время наступила клиническая смерть? И почему больная доставляется родственниками, а не реанимобилем? (Недостаточное разъяснение опасных признаков во время беременности)

4. В реанимации несмотря на состояние пациентки в состоянии мозговой комы наблюдается введение морфина 1,0 в/в и сибазона 2,0 в/в 4 раза в течении суток. (Нет обоснования к введению данных препаратов. Не является ли данные медикаментозные вмешательства полипрагмазией. Так как пациентка и так находится в состоянии мозговой комы).

5. Количество внутривенных вливаний и перорально вводимых жидкостей в состоянии когда у пациентки до поступления наблюдались СНФК IIст, могут оказаться чрезмерными. (также ЛАГ, Отек мозга, Гидроперикард, Гидроторакс)

6. Подбор антибактериальных препаратов и доза недостаточная несмотря на продолжающуюся клинику интоксикации и превышение нормы провоспалительных лабораторных показателей (прокальцитонин, СРБ) .

Рецензент:

К.м.н., доцент завкафедрой внутренние
болезни с курсом семейной медицины
медицинского факультета ОшГУ

Рысматова Ф.Т.
08.04.2024г.