



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ NEAR MISS: БЕРЕМЕННОСТЬ У ЖЕНЩИНЫ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, МНОЖЕСТВЕННЫМИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ И ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

Е. П. Ганчар¹, Л. В. Гутикова¹, В. Л. Зверко², В. Э. Сайковская², И. И. Кузьмич²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненский областной клинический перинатальный центр, Гродно, Беларусь

В статье представлен клинический случай благоприятного исхода у беременной с врожденным пороком сердца, множественными кардиохирургическими вмешательствами, предлежанием и врастанием плаценты. Коллектив авторов подчеркивает важность междисциплинарного подхода и слаженной работы команды специалистов в условиях критических ситуаций, что позволяет добиться успешных результатов даже при крайне неблагоприятном прогнозе.

Ключевые слова: беременность, near miss, врожденный порок сердца, предлежание плаценты

Для цитирования: Клинический случай «near miss»: беременность у женщины с врожденным пороком сердца, множественными кардиохирургическими вмешательствами и предлежанием плаценты / Е. П. Ганчар, Л. В. Гутикова, В. Л. Зверко, В. Э. Сайковская, И. И. Кузьмич // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2025. Т. 23, № 5. С. 521-529. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2025-23-5-521-529>

Введение

Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10), принятой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1992 году, материнская смерть определяется как «смерть женщины, произошедшая во время беременности или в течение 42 дней после ее завершения (независимо от срока и локализации беременности), вызванная любой причиной, связанной с беременностью, ее осложнениями или управлением, за исключением несчастных случаев или случайных причин» [1, 2]. Для оценки материнской смертности используются такие показатели, как показатель и коэффициент материнской смертности, а также анализируются причины смерти и разрабатываются профилактические меры. Однако по мере уменьшения числа случаев материнской смертности данный подход становится менее эффективным. В связи с этим все больше внимания уделяется ситуациям, которые представляют потенциальную угрозу для жизни беременных женщин, рожениц и родильниц. Для описания подобных состояний введено понятие «материнская заболеваемость, едва не приведшая к летальному исходу» (near miss maternal morbidity). Согласно определению ВОЗ, near miss – это женщины, находившиеся на грани смерти, но выжившие после осложнений, возникших в период беременности, во время родов или в течение 42 дней после их завершения [3–5]. Случаи near miss становятся важным индикатором для оценки качества оказания медицинской помощи, поскольку они позволяют изучить ситуации, когда пациентке удалось избежать летального исхода.

Акушерство связано с риском тяжелых осложнений, таких как преэклампсия, кровотечения, сепсис или амниотическая эмболия. Согласно данным ВОЗ, на каждые 100 000 живых рождений приходится около 100 случаев near miss, и эта статистика может варьироваться в за-

висимости от уровня развития здравоохранения в стране. Анализ случаев near miss позволяет оценить своевременность и адекватность оказания медицинской помощи, а также определить, насколько эффективно работают протоколы по управлению осложнениями [6, 7]. Смертельные исходы являются лишь «верхушкой айсберга» в системе материнской смертности. Случаи near miss дают возможность увидеть более полную картину проблем, связанных с безопасностью в акушерстве. Изучение случаев near miss способствует улучшению существующих протоколов ведения беременности и родов. Например, на основании анализа можно уточнить алгоритмы управления послеродовыми кровотечениями или преэклампсией [8, 9]. Задачей аудита таких ситуаций является совершенствование взаимодействия врачей различных специальностей, участвующих в оказании помощи, среднего и младшего медицинского персонала [10]. Таким образом, near miss в акушерстве – это не просто показатель состояния системы здравоохранения, но и инструмент для ее улучшения. Каждый клинический случай – это ценная возможность для обучения, улучшения качества помощи и снижения материнской смертности.

Цель работы – продемонстрировать клинический случай благополучного исхода у беременной с врожденным пороком сердца (ВПС), множественными кардиохирургическими вмешательствами, предлежанием и врастанием плаценты, подчеркнув значимость междисциплинарного подхода и слаженной работы команды врачей в критических ситуациях.

Описание клинического случая

Пациентка М., 42 года, инвалид II группы. Не работает. В официальном браке не состоит. Рост – 178 см. Масса – 80,8 кг. Индекс массы тела – 25,5 кг/м². Прибавка массы тела во время беременности – 4 кг.

Доставлена в учреждение здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр» (УЗ «ГОКПЦ») бригадой скорой помощи 02.08.2024 г. в 15.45 с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей. Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ): беременность – 22–23 недели. Полное предлежание плаценты. Врастание плаценты в область послеоперационного рубца матки, мочевой пузырь.

Выставлен диагноз

Основной: О44.1 Предлежание плаценты с кровотечением. Врастание плаценты в послеоперационный рубец матки, мочевой пузырь. Беременность – 159 дней. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Послеоперационный рубец матки (дважды оперированная матка).

Сопутствующий:

О23 Врожденный порок сердца: субаортальный стеноз аортального клапана. Состояние после иссечения субаортального стеноза выходного тракта левого желудочка. Пластика корня аорты. Протезирование аортального клапана (2001). Дисфункция аортального протеза. Репротезирование аортального клапана. Протезирование восходящего отдела аорты. Высокий риск тромбоза протеза аортального клапана. Пластика митрального клапана (шовно-кисетная). Иссечение мышечного вала выходного тракта левого желудочка, пластика дефекта межжелудочковой перегородки, пластика трикуспидального клапана по Де Вега (2007). Регургитация на протезе 1-й степени, регургитация на митральном клапане 2-й степени, регургитация на трикуспидальном клапане 1–2-й степеней. Имплантация электрокардиостимулятора (ЭКС) по поводу полной АВ-блокады (2007). Истощение заряда батареи ЭКС. Замена батареи ЭКС (2020). Н1. Умеренная легочная гипертензия (среднее давление в легочной артерии 30 мм рт. ст.). NYHA II.

D 50. Железодефицитная анемия легкой степени тяжести. H52.4. Пресбиопия обоих глаз. Ангиоспазм артериол сетчатки обоих глаз. D24. Очаговый фиброаденоматоз обеих молочных желез.

Из соматического анамнеза: с детства диагностирован ВПС – субаортальный стеноз аортального клапана (АК). С 15 лет (1997 г.) отмечалось нарастание признаков сердечной недостаточности. В возрасте 19 лет (2001 г.) произведена операция иссечения субаортального стеноза выходного тракта левого желудочка (ЛЖ). Пластика корня аорты. Протезирование АК. В 25 лет (2007 г.) диагностирована дисфункция протеза АК, произведено репротезирование АК. Протезирование восходящего отдела аорты. Через 3 месяца с момента данной операции диагностирован высокий риск тромбоза протеза АК. Выполнена пластика митрального клапана (МК). Иссечение мышечного вала выходного тракта ЛЖ, пластика дефекта межжелудочковой перегородки, пластика трикуспидального клапана. На вторые сутки после хирургической клапанной кор-

рекции, в связи с атриовентрикулярной блокадой 3-й степени, произведена имплантация ЭКС. В возрасте 38 лет (2020 г.), через 13 лет от момента постановки ЭКС, произошло истощение заряда батареи ЭКС, произведена замена батареи.

Антикоагулянтная терапия проводилась варфарином 2,5 мг – 3 таблетки 1 раз в сутки под контролем международного нормализованного отношения (МНО).

Акушерский анамнез:

1-я беременность (2007 г.) – родоразрешена путем операции кесарева сечения в сроке беременности 32 недели (вес плода – 2040 г) в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» (ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»). Ребенок здоров (16 лет).

2-я беременность (2011 г.) – антенатальная гибель плода, кесарево сечение в 27 недель беременности в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя».

3-я беременность (2019 г.) – неразвивающаяся беременность в сроке 8–9 недель. Выскабливание полости матки, гистерорезектоскопия, удаление плацентарного полипа.

4-я беременность (2024 г.) – настоящая.

Течение данной беременности

В сроке беременности 5–6 недель госпитализирована в учреждение здравоохранения «Гродненский областной клинический кардиологический центр» (УЗ «ГОККЦ»). Созван междисциплинарный консилиум с участием врачей-кардиологов, врачей-кардиохирургов, врачей-акушеров-гинекологов, врачей-гематологов. Учитывая сложившуюся клиническую ситуацию: сочетание беременности и высокий риск тромбоэмбологических осложнений у пациентки с ВПС, множественными кардиохирургическими вмешательствами, отменен варфарин, назначены прямые антикоагулянты – далтепарин натрия в лечебной дозе под контролем активности анти-Ха. Целевой показатель анти-Ха – 0,8–1,2 МЕ/мл. При назначении далтепарина натрия в дозе 5000 МЕ 2 раза в сутки, активность анти-Ха у пациентки составила 0,24 МЕ/мл, в связи с чем доза прямого антикоагулянта увеличена до 7500 МЕ 2 раза в сутки.

В сроке беременности 6 недель 3 дня (45 дней) в связи с наличием медицинских показаний для прерывания беременности (МКБ-10. Рубрика 100-199. Класс IX. Болезни системы кровообращения) пациентка направлена на областную врачебно-консультационную комиссию (ВКК) в УЗ «ГОКПЦ». От посещения комиссии и прерывания беременности пациентка категорически отказалась, в беременности заинтересована. Проведена беседа о высоких акушерских рисках, рисках тромбоэмбологических осложнений.

В сроке беременности 6–7 недель взята на диспансерный учет в женской консультации по месту жительства. Обследована согласно клиническому протоколу «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии», утвержденному постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.02.2018 № 17.

В сроке беременности 8–9 недель продолжалась терапия прямыми антикоагулянтами – далтепарин натрия в дозе 7500 МЕ 2 раза в сутки, при контрольном анализе анти-Ха составил 0,413 МЕ/мл, в связи с чем доза антикоагулянта увеличена до 10 000 МЕ 2 раза в сутки.

03.05.2024 г. выполнено УЗИ плода. Заключение: беременность 9 недель 5 дней, развивающаяся.

20.05.2024 г. проведено скрининговое УЗИ, биохимический скрининг. Заключение: беременность 12 недель 5 дней. Риск по синдрому Дауна 1:97 (высокий). В протоколе УЗИ отмечена неоднородная структура хориона, расширенные межворсинчатые пространства.

Осмотрена врачом-генетиком. Возрастная группа риска по синдрому Дауна. Рекомендован: амниоцентез в 16–18 недель, от которого пациентка категорически отказалась.

В сроке беременности 13 недель результат активности анти-Ха – 0,5 МЕ/мл, в связи с чем рекомендовано увеличение дозы далтепарина натрия до 12 500 МЕ 2 раза в сутки под контролем анти-Ха.

В сроке беременности 17–18 недель пациентка проходит повторное плановое стационарное обследование и лечение в УЗ «ГОКПЦ». Осуществляется контроль работы ЭКС. Нарушений в работе ЭКС нет. Пациентка абсолютно зависит от ЭКС. Перед хирургическим лечением, оперативным родоразрешением требуется перепрограммирование ЭКС.

На фоне антикоагулянтной терапии далтепарином натрия 12 500 ЕД 2 раза в сутки достигнут целевой показатель анти-Ха – 0,88 МЕ/мл.

При проведении второго скринингового УЗИ диагностирована беременность 17 недель 3 дня. Полное предлежание плаценты. Плацента локализуется по передней, задней стенке матки, перекрывает внутренний зев, определяются выраженные лакуны с турбулентным кровотоком.

Созван междисциплинарный консилиум, так как к существовавшим рискам присоединяется акушерское осложнение – предлежание плаценты. Беременная информирована о возможных рисках пролонгирования беременности вплоть до летального исхода, категорически настаивает на сохранении беременности.

В связи с высоким риском материнской смертности повторно направлена на областную ВКК по прерыванию беременности в УЗ «ГОКПЦ». Несмотря на продолжительную беседу, разъяснение всех рисков и возможных исходов, пациентка категорически отказывается от прерывания беременности. О пациентке предоставлена информация в Главное управление здравоохранения (ГУЗ) Гродненского областного исполнительного комитета. Осуществляется телемедицинское консультирование со специалистами ГУ «РНПЦ «Мать и дитя», рекомендована плановая госпитализация в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» в сроке беременности 22–23 недели.

08.07.2024 г. выполнено УЗИ плода. Заключение: беременность 19 недель 5 дней. Полное предлежание плаценты. Врастание плаценты

в область послеоперационного рубца? Плацента локализуется по передней, задней стенке матки, перекрывает внутренний зев, визуализируются выраженные лакуны и расширенные межворсинчатые пространства с турбулентным кровотоком.

Проводится повторное телемедицинское консультирование со специалистами ГУ «РНПЦ «Мать и дитя», рекомендован консилиум врачей УЗ-диагностики в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя».

25.07.2024 г. проведен консилиум врачей УЗ-диагностики в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя». Заключение: беременность 21 неделя 4 дня. Полное предлежание плаценты. УЗ-признаки врастания плаценты в послеоперационный рубец и заднюю стенку мочевого пузыря. Показано прерывание беременности по медицинским показаниям в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя». Пациентка категорически отказывается от госпитализации и прерывания беременности.

26.07.2024 г. проведено повторное заседание областной ВКК по прерыванию беременности в УЗ «ГОКПЦ». Беседа с пациенткой в течение часа – получен категорический отказ от прерывания беременности.

Согласована плановая госпитализация в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» на 05.08.2024 г., транспортировка специализированным транспортом в сопровождении реанимационной бригады. В последующем пациентка отказывается от медицинского наблюдения, посещения женской консультации, в связи с чем осмотры врачом-терапевтом, врачом-акушером-гинекологом (заведующим женской консультации) проводятся на дому. Согласно резолюции ГУЗ необходимо осуществить госпитализацию пациентки 01.08.2024 г. в УЗ «ГОКПЦ» с последующей транспортировкой в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» реанимобилем в сопровождении реанимационной бригады, врача-акушера-гинеколога.

31.07.2024 г. проведен консилиум на дому. Ввиду категорического отказа от госпитализации в стационар, решено обеспечить клинико-лабораторное обследование, ежедневный осмотр пациентки на дому.

01.08.2024 г. – совместный осмотр врачом-терапевтом, врачом-акушером-гинекологом (заведующим женской консультации), проведен забор крови для контроля анти-Ха, запись ЭКГ на дому.

02.08.2024 г. в 15.03 пациентка по телефону сообщает о наличии умеренных кровянистых выделений из половых путей, самостоятельно вызывать бригаду скорой медицинской помощи отказывается. Проведен экстренный актив врача-акушер-гинеколога на дому, вызвана бригада скорой медицинской помощи, в 15.45 госпитализирована в УЗ «ГОКПЦ».

В 16.00–19.00 проведен междисциплинарный консилиум в составе 20 медицинских специалистов: администрация УЗ «ГОКПЦ»; сотрудники кафедр акушерства и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, внутренних болезней учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет»

Случай из практики

(УО «ГрГМУ»); главный внештатный гематолог ГУЗ; врачи-кардиологи, врачи УЗ-диагностики УЗ «ГОКПЦ», УЗ «ГОКПЦ»; врачи-анестезиологи-реаниматологи; врачи-акушеры-гинекологи. Проводится клиническое, лабораторное обследование, выполняется УЗИ сердца, УЗИ плода. Принимается решение о назначении ингибиторов фибринолиза – транексамовой кислоты 1000 мг в/венно, через 8 часов продолжение антикоагулянтной терапии – далтепарин натрия 12 500 МЕ подкожно, 2 раза в сутки назначены спазмолитики, седативная терапия. Для дальнейшего лечения и наблюдения согласован перевод пациентки в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» на 03.08.2024 г. Составлен план родоразрешения: в случае усиления кровотечения провести экстренное кесарево сечение совместно с врачом-урологом, врачом-ангиохирургом отделения плановой и экстренной медицинской помощи учреждения здравоохранения «Гродненская университетская клиника» (УЗ «ГУК»).

До 08.00 03.08.2024 г. пациентка наблюдается дежурным персоналом УЗ «ГОКПЦ». Осуществляется динамическое наблюдение за состоянием матери, контроль лабораторных показателей, объемом кровянистых выделений из половых путей.

В критических ситуациях, угрожающих жизни беременной женщины на сроке гестации 22–23 недели, приоритетной задачей медицинского наблюдения и лечения является сохранение жизни матери и стабилизация ее состояния. На данном этапе гестации жизнеспособность плода крайне ограничена из-за незрелости органов и систем, а прогноз для его выживания остается неблагоприятным даже при использовании современных технологий выхаживания.

03.08.2024 г. в 08.00–09.00 консилиум в составе начальника ГУЗ Гродненского областного исполнительного комитета, заместителя начальника управления организации медицинской помощи ГУЗ, администрации учреждения, сотрудников профильных кафедр УО «ГрГМУ», главного внештатного гематолога, врачей-анестезиологов-реаниматологов; врачей УЗ-диагностики; врачей-акушеров-гинекологов УЗ «ГОКПЦ». Решение консилиума: продолжить внутривенное введение транексамовой кислоты 1000 мг в/венно. Учитывая наличие кровянистых выделений из половых путей, принято решение воздержаться от антикоагулянтной терапии. Возобновить антикоагулянтную терапию после остановки кровотечения (препарат, дозу, кратность введения согласовать с главным внештатным гематологом ГУЗ). Для определения дальнейшей тактики ведения пациентки созвать консилиум в составе специалистов Республиканского центра экстренной медицинской помощи: врача-акушера-гинеколога, врача-гематолога, врача-кардиолога, врача-анестезиолога-реаниматолога.

Далее в течение дня проводились динамическое наблюдение за состоянием матери, повторные осмотры с участием администрации учреждения, осуществлялся контроль лабораторных

показателей. Выделения из половых путей продолжались: кровянистые, скучные.

03.08.2024 г. в 18.15–18.45 проведен междисциплинарный консилиум в составе 21 медицинского специалиста: главного врача УЗ «ГОКПЦ», заместителя директора ГУ «РНПЦ «Мать и дитя», д-р мед. наук, доцента кафедры анестезиологии и реаниматологии учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», заведующего гинекологическим отделением ГУ «РНПЦ «Мать и дитя», врача-кардиолога ГУ «РНПЦ «Кардиология», заместителя начальника управления организации медицинской помощи ГУЗ, заместителей главного врача УЗ «ГОКПЦ», доцента кафедры акушерства и гинекологии УО «ГрГМУ», врача-кардиолога (заведующего) отделением интервенционной кардиологии УЗ «ГОКПЦ», врача-кардиохирурга (заведующего) кардиохирургическим отделением УЗ «ГОКПЦ», врача-уролога отделения плановой и экстренной консультативной помощи УЗ «ГУК»; врача-ангиохирурга отделения плановой и экстренной консультативной помощи УЗ «ГУК»; врачей-анестезиологов-реаниматологов, врачей-акушеров-гинекологов, врача-кардиолога, врача-психотерапевта УЗ «ГОКПЦ». Учитывая клиническую ситуацию, усиление кровянистых выделений из половых путей, показатели гемостазиограммы, решено выполнить экстирпацию матки без придатков с плодом на базе УЗ «ГОКПЦ». Перед операцией выполнить катетеризацию центральной вены, осуществить перепрограммирование ЭКС в асинхронный режим с частотой стимуляции 80 уд/мин. В ходе операции по показаниям выполнять коррекцию частоты стимуляции. В операционной были подготовлены гемостатические средства – октаплекс, фибрига, создан запас эритроцитов, свежезамороженной плазмы.

03.08.2024 г. в 19.15–20.45 Операция. Нижнесрединная лапаротомия. Экстирпация матки без придатков с плодом. Дренирование брюшной полости.

Под эндотрахеальным наркозом выполнена нижнесрединная лапаротомия с иссечением рубца на коже с обходом пупка слева. В области нижнего сегмента матки визуализировалась маточная грыжа 15×10 см. Выполнена экстирпация матки с плодом без придатков. Масса плода – 480 г. Отмечалась повышенная кровоточивость тканей в области задней стенки мочевого пузыря, передней и задней стенок культи влагалища. В ходе операции использовались гемостатическая губка «Тахокомб», гемостатический порошок НАЕМО Сер. Брюшная полость дренирована катетером Блейка. Кровопотеря в ходе операции составила 3000 мл.

Гистологическое исследование макропрепарата: ткани умеренно полнокровной постгравидарной матки с хроническим цервицитом, вирусной трансформацией и лейкоплакией шейки матки. Очаговый гнойный эндомиометрит. В области плацентарной площадки выраженная децидуализация ткани с тромбированными

сосудами, очаговым флегмонозным воспалением, элементами цитотрофобласта. Ткани плаценты с базальным децидуитом.

Изменения показателей общего анализа крови за время наблюдения в УЗ «ГОКПЦ» отражены в таблице 1.

В послеоперационном периоде возобновлена антикоагулянтная терапия после клинического и УЗ-контроля через 6 часов после операции путем титрования гепарина 1000 Ед/ч под контролем активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), через 3 часа доза гепарина увеличена до 1500 Ед/ч.

Анализ показателей гемостаза иограммы четко демонстрирует увеличение риска тромбоза у пациентки после отмены прямых антикоагулянтов (далтепарина натрия) с 03.08.2024 г. в 20.00 и назначения титрования гепарина 1000 Ед/ч 04.08.2024 г. в 04.00 (табл. 2).

В компенсированном состоянии пациентка переведена в УЗ «ГОКПЦ» 05.08.2024 г. Выписана домой в удовлетворительном состоянии на 13-е сутки после родоразрешения.

Рекомендации при выписке:

- Наблюдение врача-кардиолога, врача-акушера-гинеколога, врача-терапевта по месту жительства.

- Режим сна и бодрствования (сон не менее 8 часов).

- Гастропротекторная терапия: лансозол – 30 мг 1 таблетка утром за 20 минут до еды в течение 20–30 дней.

- Бисопролол – 2,5 мг по 1/2 таблетке утром.

- Варфарин – 2,5 мг по 2,5 таблетке 1 раз в сутки с 18.08.2024 г. постоянно с целевым диапазоном международного нормализованного отношения (МНО) (2,0–3,0) под контролем признаков кровотечения.

- Контроль МНО 19.08.2024 г. амбулаторно, с последующим контролем каждые 3–4 дня

Таблица 1 – Показатели общего анализа крови за время наблюдения в УЗ «ГОКПЦ»

Table 1 – Indicators of general blood analysis during the period of observation in Grodno Regional Clinical Perinatal Center

Дата, время	Эритроциты, $\cdot 10^{12}/\text{л}$	Гемоглобин, г/л	Гематокрит	Тромбоциты, $\cdot 10^9/\text{л}$	Лейкоциты, $\cdot 10^9/\text{л}$	Палочкоядерные нейтрофилы, %
02.08.2024 16.10	3,78	110	0,318	186	8,9	1
02.08.2024 19.00	3,74	109	0,317	182	8,9	1
02.08.2024 23.00	3,51	103	0,295	179	8,0	3
03.08.2024 06.00	3,47	103	0,294	165	7,0	2
03.08.2024 09.00	3,43	101	0,287	157	7,0	2
03.08.2024 12.00	3,37	100	0,287	152	7,5	1
03.08.2024 15.00	3,32	101	0,286	150	7,2	1
03.08.2024 18.00	3,13	100	0,282	149	7,1	2
03.08.2024 21.00	3,52	108	0,311	146	14,8	2
04.08.2024 01.00	3,58	106	0,312	148	13,0	2
04.08.2024 06.00	3,62	108	0,313	148	13,5	2
04.08.2024 12.00	3,65	110	0,313	170	12,5	1
04.08.2024 18.00	3,6	110	0,315	168	12,0	1
05.08.2024 06.00	3,62	111	0,310	165	11,5	1

Примечание – 02.08.2024–03.08.2024 г. проводилась гемостатическая терапия, мероприятия по сохранению беременности (у пациентки наблюдалось снижение уровня гемоглобина, тромбоцитов, кровянистые выделения продолжались, консервативная терапия не эффективна).

03.08.2024 г. в 21.00 – оперативное лечение, кровопотеря – 3000 мл, полная компенсация лабораторных показателей.

до достижения целевого уровня и постоянной дозы препарата в течении двух недель, затем контроль 1 раз в месяц.

7. Диета с ограничением продуктов с высоким содержанием витамина К.

8. Ведение дневника самоконтроля МНО.

9. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови контроль в динамике.

10. Контроль УЗИ органов малого таза в динамике.

Обсуждение

Беременность у женщины с таким сложным анамнезом, включающим ВПС, множество кардиохирургических вмешательств и имплантацию ЭКС, предлежание и врастание плаценты, сопряжена с рядом серьезных рисков для матери и плода [11–15].

Кардиологические риски.

1. Дисфункция аортального протеза и риск тромбоза. Протезированный АК с дисфункцией и регургитацией создает риск тромбоза клапана, особенно если пациентка получает недостаточную антикоагулянтную терапию или терапия

Случай из практики

Таблица 2 – Показатели гемостазиограммы за время наблюдения в УЗ «ГОКПЦ»

Table 2 – Hemostasiogram parameters during the observation period in Grodno Regional Clinical Perinatal Center

Дата, время	АЧТВ, сек.	Протромбиновое время (ПВ), сек.	Активность протромбинового комплекса	Международное нормализованное отношение	Фибриноген, г/л	D-димер
02.08.2024 16.10	37,0	10,6	116	1,0	3,7	325
02.08.2024 19.00	34,2	10,3	122	1,0	3,7	350
02.08.2024 23.00	41,2	11,3	103	1,1	4,1	345
03.08.2024 06.00	41,9	11,1	106	1,0	3,9	350
03.08.2024 09.00	25,0	11,5	99,7	1,1	3,9	325
03.08.2024 12.00	25,8	12,0	92,5	1,1	3,7	582
03.08.2024 15.00	23,8	12,0	92,5	1,0	3,7	596
03.08.2024 18.00	25,4	12,0	92,1	1,10	3,7	582
03.08.2024 21.00	23,8	12,0	92,3	1,1	3,67	596
04.08.2024 01.00	33,3	12,1	91,2	1,1	4,0	511
04.08.2024 06.00	44,0	12,7	94,1	1,2	3,5	513
04.08.2024 12.00	44,9	12,0	91,0	1,2	3,9	555
04.08.2024 18.00	33,3	12,1	91,2	1,1	4,0	582
04.08.2024 21.00	44,0	11,7	84,1	1,2	3,5	517
05.08.2024 00.20	44,4	11,1	86,2	1,11	4,5	566
05.08.2024 04.25	37,3	10,9	85,6	1,2	5,1	589
05.08.2024 06.00	44,1	12,9	82,0	1,22	6,0	593

должна быть модифицирована для предотвращения осложнений у плода. Прогрессирующая сердечная недостаточность из-за ухудшения функции протеза.

2. Регургитация на клапанах. Регургитация 2-й степени на МК и 1–2-й степени на ТК увеличивает нагрузку на левый и правый желудочки. Может развиться декомпенсация сердца на фоне увеличенной объемной нагрузки, характерной для беременности (гиперволемия).

3. Умеренная легочная гипертензия. Легочная гипертензия (системическое давление в легочной артерии – 30 мм рт. ст.) в сочетании с регургитацией на ТК и возможной дисфункцией правого желудочка повышает риск правожелудочковой недостаточности. Беременность может усугубить легочную гипертензию, что создает риск угрожающей жизни сердечной декомпенсации.

4. Имплантированный ЭКС. Полная атриовентрикулярная блокада с зависимостью от ЭКС требует тщательного контроля, так как истощение батареи или дисфункция устройства может угрожать жизни матери и плода. Повышенная нагрузка на сердце может ускорить износ батареи.

5. Хирургические вмешательства на сердце. Множественные операции и вмешательства увеличивают риск развития фиброза, рубцов или аритмий, что осложняет течение беременности. Прогрессирующая дисфункция сердца повышает вероятность сердечной недостаточности.

Акушерские риски.

1. Предлежание плаценты повышает риск тяжелых кровотечений, особенно в родах или при кесаревом сечении. Анемия может усугубить сердечную недостаточность.

2. Гемодинамическая нестабильность. Во время беременности увеличивается объем циркулирующей крови (на 30–50%), что создает дополнительную нагрузку на сердце. При значительной регургитации или дисфункции протезов клапанов риск декомпенсации сердца резко возрастает.

3. Повышенный риск тромбообразования. Беременность сама по себе является гиперкоагуляционным состоянием, что усугубляет высокий риск тромбоза протеза АК. Это требует строгого подбора и мониторинга антикоагулянтной терапии, которая сложна из-за рисков для плода.

Клинический случай у данной пациентки завершился развитием акушерского кровотечения, что потребовало оперативного вмешательства в виде родоразрыва с экстирпацией матки с плодом. Основной причиной критического состояния стало патологическое врастание плаценты, осложненное множественными факторами риска, связанными с анамнезом пациентки: тяжелые кардиологические заболевания, многократные хирургические вмешательства на сердце, предлежание плаценты и системные гемодинамические нарушения.

Несмотря на сочетанную патологию и высокие риски летального исхода, жизнь пациентки была сохранена благодаря слаженной, профессиональной работе междисциплинарной команды врачей, включая врачей-акушеров-гинекологов, врачей-кардиологов, врачей-кардиохирургов, врачей-гематологов, врачей-анестезиологов-реаниматологов. Своевременная диагностика, оперативное принятие решений и эффективное взаимодействие специалистов позволили минимизировать последствия критического осложнения, сохранив жизнь пациентке. Данный случай подчеркивает важность командного подхода, а также тщательного планирования ведения беременных с тяжелой экстрагенитальной патологией и акушерскими осложнениями.

Мы выделили ряд факторов, позволивших избежать материнскую потерю в данном клиническом случае:

1. Оптимизация кардиологического статуса до и во время беременности. Мониторинг и коррекция сердечной функции: наличие сложной истории с врожденным пороком сердца, протезированием АК и легочной гипертензией требовали постоянного кардиологического наблюдения. Контроль гемодинамических параметров и своевременная замена батареи ЭКС позволили минимизировать риски жизнеугрожающих аритмий и сердечной недостаточности. Анти trombotическая терапия: высокая вероятность тромбоза протеза АК потребовала тщательного подбора антикоагулянтной терапии. Индивидуализированный подбор дозировок и мониторинг показателей гемостаза снизили риск тромботических и геморрагических осложнений.

2. Комплексный акушерский подход. Ранняя диагностика акушерских осложнений:

своевременное выявление предлежания плаценты с инвазией в рубец и мочевой пузырь позволило заранее спланировать тактику родоразрыва и снизить риски массивной кровопотери. Стратегическое планирование операции: проведение экстирпации матки с возможностью экстренной сосудистой и урологической помощи было ключевым.

3. Анестезиологическое сопровождение высокого уровня. Выбор метода анестезии: с учетом кардиологических рисков и гемодинамической нестабильности предпочтение было отдано общей анестезии с инвазивным мониторингом (контроль центрального венозного давления, артериального давления в режиме реального времени и сатурации кислорода). Гемодинамическая поддержка: использование вазоактивных препаратов для поддержания стабильного артериального давления и перфузии жизненно важных органов, особенно в условиях кровопотери.

4. Интенсивная терапия и мониторинг в постоперационном периоде. Профилактика и лечение кровопотери: своевременное применение гемостатических агентов, переливание компонентов крови (эритроцитарная масса, свежезамороженная плазма). Профилактика тромбоэмбологических осложнений: ранняя активизация, продолжение антикоагулянтной терапии под строгим контролем коагулограммы. Интенсивный мониторинг: круглосуточное наблюдение за гемодинамикой, респираторной функцией и состоянием электролитного баланса позволили быстро реагировать на малейшие изменения в состоянии пациентки.

5. Междисциплинарные консилиумы и командная работа. Консилиумы с участием акушеров-гинекологов, кардиологов, анестезиологов позволяли оперативно корректировать тактику лечения в зависимости от динамики состояния пациентки. Наличие протоколов ведения беременных с тяжелой кардиальной патологией и акушерскими осложнениями обеспечило стандартизованный, но гибкий подход к лечению.

Заключение

Благоприятный исход (предотвращение смерти) у пациентки с таким тяжелым сочетанием кардиологической и акушерской патологии стало возможным благодаря ранней диагностике и тщательному планированию тактики ведения беременности и родов; индивидуализированному подбору терапии, особенно антикоагулянтной и гемодинамической поддержки; профessionализму междисциплинарной команды, обеспечивающей непрерывность медицинской помощи на всех этапах; использованию современных технологий мониторинга и интенсивной терапии.

Данный клинический случай демонстрирует важность комплексного подхода и слаженной командной работы в управлении беременностью с экстремально высоким риском для жизни матери.

Литература

1. Drife, J. O. Maternal «near-miss» reports? / J. O. Drife // *BMJ*. – 1993. – Vol. 307, № 6912. – P. 1087-8. – doi: 10.1136/bmj.307.6912.1087.
2. Mantel, G. D. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss / G. D. Mantel, E. Buchmann, H. Rees, R. C. Pattinson // *Br J Obstet Gynaecol*. – 1998. – Vol. 105, № 9. – P. 985-990. – doi: 10.1111/j.1471-0528.1998.tb10262.x.
3. Say, L. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss) / L. Say, R. C. Pattinson, A. M. Gülmезоглу // *Reprod Health*. – 2004. – Vol. 1, № 1. – P. 3. – doi: 10.1186/1742-4755-1-3.
4. Correction to: Prevalence and determinants of maternal near miss in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis, 2015-2023 / A. Negash, A. Sertsu, D. A. Mengistu [et al.] // *BMC Women's Health*. – 2023. – Vol. 23, № 1. – doi: 10.1186/s12905-023-02565-z.
5. M, M. K. Maternal near miss: reaching the last mile / M. K. M, G. Naik // *J Obstet Gynaecol* – 2021. – Vol. 41, № 5. – P. 675-683. – doi: 10.1080/01443615.2020.1820467.
6. Maternal near miss events in India / R. Kulkarni, H. Kshirsagar, S. Begum [et al.] // *Indian J Med Res*. – 2021. – Vol. 154, № 4. – P. 573-582. – doi: 10.4103/ijmr.IJMR_928_19.
7. Maternal near-miss surveillance, Namibia / S. Heemelaar, M. Josef, Z. Diener [et al.] // *Bull World Health Organ*. – 2020. – Vol. 98, № 8. – P. 548-557. – doi: 10.2471/BLT.20.251371.
8. Fonseca, S. C. Do we still need to talk about maternal morbidity and near miss? / S. C. Fonseca // *Cad Saude Publica*. – 2023. – Vol. 39, № 11. – P. e00185223. – doi: 10.1590/0102-311XPT185223.
9. Ferreira, M. E. S. Morbimortalidade materna no Brasil: a urgência de um sistema nacional de vigilância do near miss materno [Maternal morbidity and mortality in Brazil and the urgency of a national surveillance system for maternal near miss] / M. E. S. Ferreira, R. Z. Coutinho, B. L. Queiroz // *Cad Saúde Pública*. – 2023. – Vol. 39, № 8. – P. e00013923. – doi: 10.1590/0102-311XPT013923. (Portuguese).
10. Women with maternal near-miss in the intensive care unit in Yangzhou, China: a 5-year retrospective study / Y. Chen, J. Shi, Y. Zhu [et al.] // *BMC Pregnancy Childbirth*. – 2021. – Vol. 21, № 1. – P. 784. – doi: 10.1186/s12884-021-04237-y.
11. van Hagen, I. M. Pregnancy in congenital heart disease: risk prediction and counselling / I. M. van Hagen, J. W. Roos-Hesselink // *Heart*. – 2020. – Vol. 106, № 23. – P. 1853-1861. – doi: 10.1136/heartjnl-2019-314702.
12. Guglin, M. Congenital discrete subaortic stenosis in pregnancy: case report and literature review / M. Guglin, O. Kristof-Kutayeva // *J Heart Valve Dis*. – 2013. – Vol. 22, № 3. – P. 439-444.
13. Subvalvular aortic stenosis: a review of current literature / S. R. Devabhaktuni, E. Chakfeh, A. O. Malik [et al.] // *Clin Cardiol*. – 2018. – Vol. 41, № 1. – P. 131-136. – doi: 10.1002/clc.22775.
14. Maternal and Perinatal Outcomes in Pregnant Women with Heart Disease: A Case-Control Study / I. A. Moreno, R. Prieto-Arévalo, V. Ortega-Abad [et al.] // *J Clin Med*. – 2024. – Vol. 13, № 17. – P. 5084. – doi: 10.3390/jcm13175084.
15. Neonatal and Maternal Outcomes in Pregnant Women with Cardiac Disease / A. Owens, J. Yang, L. Nie [et al.] // *J Am Heart Assoc*. – 2018. – Vol. 7, № 21. – P. e009395. – doi: 10.1161/JAHA.118.009395.

References

1. Drife JO. Maternal “near miss” reports? *BMJ*. 1993;307(6912):1087-8. doi: 10.1136/bmj.307.6912.1087.
2. Mantel GD, Buchmann E, Rees H, Pattinson RC. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998;105(9):985-90. doi: 10.1111/j.1471-0528.1998.tb10262.x.
3. Say L, Pattinson RC, Gülmезоглу AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reprod Health*. 2004;1(1):3. doi: 10.1186/1742-4755-1-3.
4. Negash A, Sertsu A, Mengistu DA, Tamire A, Weldeisenbet AB, Dechasa M, Nigussie K, Bete T, Yadeta E, Balcha T, Debele GR, Dechasa DB, Fekredin H, Geremew H, Dereje J, Tolesa F, Lami M. Correction to: Prevalence and determinants of maternal near miss in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis, 2015-2023. *BMC Womens Health*. 2023;23(1):402. doi: 10.1186/s12905-023-02565-z.
5. MK, M. Maternal near miss: reaching the last mile. *J Obstet Gynaecol*. 2021;41(5):675-683. doi: 10.1080/01443615.2020.1820467.
6. Kulkarni R, Kshirsagar H, Begum S, Patil A, Chauhan S. Maternal near miss events in India. *Indian J Med Res*. 2021;154(4):573-582. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_928_19.
7. Heemelaar S, Josef M, Diener Z, Chipeio M, Stekelenburg J, van den Akker T, Mackenzie S. Maternal near-miss surveillance, Namibia. *Bull World Health Organ*. 2020;98(8):548-557. doi: 10.2471/BLT.20.251371.
8. Fonseca SC. Do we still need to talk about maternal morbidity and near miss? *Cad Saude Publica*. 2023;39(11):e00185223. doi: 10.1590/0102-311XPT185223.
9. Ferreira MES, Coutinho RZ, Queiroz BL. Morbimortalidade materna no Brasil: a urgência de um sistema nacional de vigilância do near miss materno [Maternal morbidity and mortality in Brazil and the urgency of a national surveillance system for maternal near miss]. *Cad Saude Pública*. 2023;39(8):e00013923. doi: 10.1590/0102-311XPT013923. (Portuguese).
10. Chen Y, Shi J, Zhu Y, Kong X, Lu Y, Chu Y, Mishu MM. Women with maternal near-miss in the intensive care unit in Yangzhou, China: a 5-year retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):784. doi: 10.1186/s12884-021-04237-y.
11. Van Hagen IM, Roos-Hesselink JW. Pregnancy in congenital heart disease: risk prediction and counselling. *Heart*. 2020;106(23):1853-1861. doi: 10.1136/heartjnl-2019-314702.
12. Guglin M, Kristof-Kutayeva O. Congenital discrete subaortic stenosis in pregnancy: case report and literature review. *J Heart Valve Dis*. 2013;22(3):439-44.
13. Devabhaktuni SR, Chakfeh E, Malik AO, Pengson JA, Rana J, Ahsan CH. Subvalvular aortic stenosis: a review of current literature. *Clin Cardiol*. 2018;41(1):131-136. doi: 10.1002/clc.22775.
14. Moreno IA, Prieto-Arévalo R, Ortega-Abad V, Martín-Manzano V, Pérez-Burrel L, Fraile-López A, Devesa-Cordero C, Yllana-Pérez F, Ortega MA, De León-Luis JA. Maternal and Perinatal Outcomes in Pregnant Women with Heart Disease: A Case-Control Study. *J Clin Med*. 2024;13(17):5084. doi: 10.3390/jcm13175084.
15. Owens A, Yang J, Nie L, Lima F, Avila C, Stergiopoulos K. Neonatal and Maternal Outcomes in Pregnant Women with Cardiac Disease. *J Am Heart Assoc*. 2018;7(21):e009395. doi: 10.1161/JAHA.118.009395.

NEAR MISS CASE: PREGNANCY IN A WOMAN WITH CONGENITAL HEART DISEASE, MULTIPLE CARDIAC SURGERIES AND PLACENTA PREVIA

E. P. Ganchar¹, L. V. Gutikova¹, V. L. Zverko², V. E. Saykovskaya², I. I. Kuzmich²

¹Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

²Grodno Regional Clinical Perinatal Center, Grodno, Belarus

This article presents a clinical case of favorable outcome in a pregnant woman with congenital heart disease, multiple cardiac surgeries, placenta previa and placenta increta. The team of authors emphasizes the importance of interdisciplinary approach and coordinated work of a team of specialists in critical situations, which allows to achieve successful results even with extremely unfavorable prognosis.

Keywords: pregnancy, near miss, congenital heart defect, placenta previa.

For citation: Ganchar EP, Gutikova LV, Zverko VL, Saykovskaya VE, Kuzmich II. Near miss case: pregnancy in a woman with congenital heart disease, multiple cardiac surgeries and placenta previa. Journal of the Grodno State Medical University. 2025;23(5):521-529. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2025-23-5-521-529>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.
Financing. The study was performed without external funding.

Соответствие принципам этики. Пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.
Conformity with the principles of ethics. The patient gave written informed consent to the publication of his data.

Об авторах / About the authors

*Ганчар Елена Петровна / Ganchar Elena, e-mail: lena-ganchar@rambler.ru, ORCID: 0000-0002-6003-2739

Гутикова Людмила Витольдовна / Gutikova Ludmila, ORCID: 0000-0003-1894-0810

Зверко Владимир Леонтьевич / Zverko Vladimir

Сайковская Валентина Эдуардовна / Saykovskaya Valentina

Кузмич Ирина Ивановна / Kuzmich Irina

* – автор, ответственный за переписку / corresponding author

Поступила / Received: 18.02.2025

Принята к публикации / Accepted for publication: 17.09.2025