

Лечение геморрагического шока при акушерских кровотечениях

Негматуллаева М.Н., Хамидова Н.Р., Ахмедов Ф.К., Туксанова Д.И.

Бухарский государственный медицинский институт

Резюме,

Цель исследования изучение опыта лечения геморрагического шока в акушерском стационаре и оценка ее эффективность. Интенсивная терапия геморрагического шока в акушерстве должна быть направлена на устранение источника кровотечения и восполнение объема циркулирующей крови с учетом стадии процесса. Своевременная оценка объема кровопотери, степени тяжести шока и необходимости адекватной интенсивной терапии с включением гемотрансфузии, переливание свежесзамороженной плазмы препятствуют развитию ДВС-синдрома и гемической гипоксии, что способствует снижению полиорганных нарушений, инвалидизации пациенток и предотвращению плачевных фатальных исходов.

Ключевые слова: акушерские кровотечения, геморрагический шок, шоковый индекс, беременность

Акушерлик кон кетишларида геморрагик шокни даволаш.

Негматуллаева М.Н., Хамидова Н.Р., Ахмедов Ф.К., Туксанова Д.И.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Резюме,

Тадкикотнинг максади – тугрук комплексида геморрагик шокнинг даволаш тажрибасини ўрганиш ва унинг самарадорлигини баҳолашдан иборат. Акушерликда геморрагик шокни жадал даволаш кон кетиш манбасини бартараф этиш ва жараёнинг босқичини ҳисобга олган ҳолда организмда айланб юрган кон микдорини тўлдиришга йўналтирилган бўлиши керак. Шокнинг оғирлик даражасига, кон йуқотишнинг ҳажмига янгича ёндашиб баҳо берган ҳолда етарли микдорда интенсив даволашга эҳтиёжни уз вақтида баҳолаш, ДВС ва гемик гипоксиянинг олдини олиш, янги музлатилган плазма трансфузияси, бу мултиорган касалликларнинг камайишига, беморларнинг ногиронлигига ва ҳалокатли натижаларни олдини олишга ёрдам беради.

Калит суз: акушерлик кон кетишлари, геморрагик шок, шок индекси, ҳомиладорлик.

Treatment of hemorrhagic shock in obstetric hemorrhage
Negmatullaeva M.N., Khamidova N.R., Akhmedov F.K.,
Tuksanova D.I.

Bukhara State Medical Institute

Resume,

The purpose of the study is to study the experience of treating hemorrhagic shock in an obstetric hospital and assess its effectiveness. Intensive treatment of hemorrhagic

shock in obstetrics should be aimed at eliminating the source of bleeding and replenishing the circulating blood volume, taking into account the stage of the process. Timely assessment of blood loss, severity of shock and the need for adequate intensive care with the inclusion of blood transfusion, transfusion of fresh frozen plasma prevent the development of DIC and hemic hypoxia, which contributes to the reduction of multiorgan disorders, the disability of patients and the prevention of disastrous fatal outcomes.

Key words: obstetric hemorrhage, hemorrhagic shock, shock index, pregnancy

Известно, что массивные акушерские кровотечения являются одной из ведущих причин материнской смертности и инвалидизации женщин [1, 2]. Среди различных акушерских осложнений, возникающих в родах и раннем послеродовом периоде, кровотечения продолжают занимать одно из ведущих мест. В последние годы, по данным ВОЗ, ежегодно кровотечения, связанные с беременностью, наблюдаются у 14 млн. женщин, из них 128 тыс. умирают обычно в первые 4 часа после родов. Внедрение новых методов борьбы с массивными кровотечениями не всегда приемлемо в акушерских стационарах разного уровня и не приводит к уменьшению их частоты [3]. Существует множество методов прогнозирования массивных кровотечений, в то же время достоверность и эффективность их использования недостаточна [4], что диктует необходимость продолжения научных исследований в этом направлении.

Тяжесть кровопотери зависит от индивидуальной переносимости кровопотери, преморбидного фона, акушерской патологии и метода родоразрешения. Факторами, предрасполагающими к кровотечению в послеродовом и раннем послеродовом периодах, являются перенесенные аборт, многочисленные беременности, рубец на матке, аномалии развития матки, преэклампсия и эклампсия, ожирение, многоплодная беременность, крупный плод, многоводие, различные экстрагенитальные заболевания матери, применение токолитиков, мертвый плод, дефект гемостаза (болезнь Виллебранда и др.).

В настоящее время акушерские кровотечения продолжают представлять угрозу жизни рожениц и родильниц. Геморрагический шок у женщин в перинатальный период вызывает острые и массивные кровотечения, приводящие к резкому снижению объема циркулирующей крови (ОЦК), фракция выброса (ФВ) и тканевой гипоперфузии. Развитию геморрагического шока способствуют хронические циркуляторные и метаболические нарушения, вызванные экстрагенитальной патологией, преэклампсии и другими осложнениями беременности.

В патогенезе геморрагического шока большое значение имеет несоответствие снижающегося при

кровотечении ОЦК и емкости сосудистого русла. Уменьшение венозного возврата к сердцу вследствие дефицита ОЦК приводит к снижению ударного и минутного объема сердца, артериального давления (АД).

Следует учитывать, что в связи с недостаточным приростом ОЦК у беременных с преэклампсией, ожирением, заболеваниями сердца геморрагический шок может развиваться при умеренной кровопотере.

Что в связи с недостаточным приростом ОЦК у беременных с преэклампсией, ожирением, заболеваниями сердца геморрагический шок может развиваться при умеренной кровопотере.

Цель исследования

изучение опыта лечения геморрагического шока в акушерском стационаре и оценка ее эффективность.

Материалы и методы исследования

Настоящее исследование проводилось на базе кафедры акушерства и гинекологии Бухарского медицинского института, в городском родильном комплексе. Проведен анализ лечения геморрагического шока у 20 женщин, в средний возраст пациенток составил $36,1 \pm 2,4$ года, находившихся на лечении в родильном доме. Первородящих из них было 3(15%) человек, у 2(10%) были вторые роды, у 6(30%) – третьи и у 9(45%) – четвертые. Паритету первородящие 3(15%), повторнородящие – 17 (85%). Во всех случаях развивалась на фоне различных экстра генитальных и гинекологических заболеваний. Диагноз геморрагического шока ставился на основании субъективных ощущений, клинических и дополнительных методов исследования.

Все наблюдаемые пациентки проходили полное клиническое обследование в условиях родильного дома. Общий анализ крови производился по общепринятой методике. Всем женщинам производились биохимические анализы крови: определяли общий белок, билирубин, мочевину.

Исследование свертывающей системы крови (фибриноген, Д- димеры, протромбиновый индекс (ПТИ),

время свертывания по Ли-Уайту) производились согласно возможностям существующей лабораторной службы данного лечебно- профилактического учреждения.

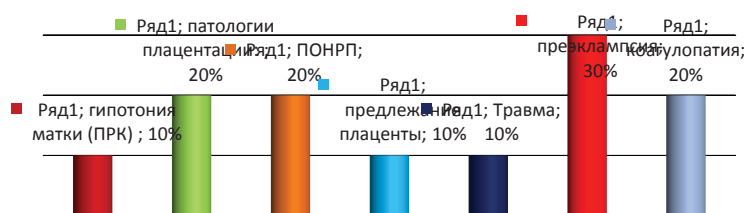
Тяжесть геморрагического шока оценивали по общему состоянию, определению артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), дыхания (ЧД), температуры тела, величин центрального венозного давления (ЦВД), сатурации гемоглобина кислородом (SpO2) с помощью пульсоксиметра, почасового диуреза.

Для оценки стадий геморрагического шока придерживались следующих критериев. Геморрагический шок I ст – соответствует кровопотере 15% ОЦК (≤ 1000 мл). В клинической картине отмечаются бледность кожных покровов и слизистых, умеренная тахикардия до 100 уд/мин, умеренная олигурия (менее 50 мл/ч). Систолическое АД не ниже 100 мм рт. ст., ЦВД – ниже 5 см вод. ст. Геморрагический шок II степени - устанавливается при кровопотере 15-25% ОЦК (1000-1500мл). При этом спазм периферических сосудов не может компенсировать малый сердечный выброс, АД 100/60 мм рт. ст. уменьшается амплитуда пульсового давления, выраженная тахикардия (120-130 уд/мин), одышка, акроцианоз на фоне бледности кожных покровов, холодный пот, беспокойство, глухость сердечных тонов, снижение ЦВД до 0 мм вод. ст. Диурез 20-30 мл/час. Шоковый индекс – 1. Геморрагический шок III степени - развивается при кровопотере, превышающей 25-40% ОЦК (1500-2000мл). В патогенезе необратимого шока основную роль играют парез капилляров, потеря плазмы, агрегация форменных элементов крови, нарастающий метаболический ацидоз. Пульс более 120 уд. в мин. АД от 100 до 60 мм рт. ст., заторможенное состояние, спутанное сознание, резкая бледность, акрацианоз, холодный пот. Одышка в покое, дыхание частое с нарушением ритма, беспокойное поведение. Диурез – олигурия 5-20 мл/ч. Шоковый индекс – 1,3-1,4. Усиливаются расстройства внешнего дыхания, отмечается крайняя бледность или мраморность кожных покровов, анурия, ступор, потеря сознания. Геморрагический шок IV степени - развивается при кровопотере, превышающей более 2000 мл (более 40% ОЦК). Пульс более 140 уд. в мин. САД – менее 60 мм. рт. ст. определяется трудом, диастолическое-0. Крайняя бледность кожных покровов, холодный пот. Выраженная

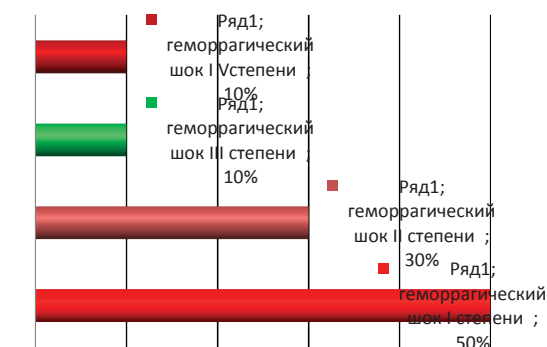
отдышка, ослабленное дыхание с нарушением ритма. Отсутствие сознания. Полиорганная недостаточность, анурия.

«Шоковый индекс Альговера» вычислялась – отношение частоты сердечных сокращений (ЧСС) к величине систолического АД. В норме этот показатель равен 0,5.

Статистическую обработку результатов производили с использованием критерия Стьюдента при помощи пакета программ Statgraf и Microsoft Excel версии для Windows.



Основные причины кровотечения. Рис.№1



Частота развития постгеморрагического шока. Рис.№2

Результаты исследования

В наших исследования получены следующие данные, которые отражены в рисунке №1. Детально анализируя причины акушерской патологии приводящие геморрагическому шоку можно сказать, что основную часть составляет гипотония матки (ПРК) - 2(10%), патологии плацентации: преждевременная отслойка нормально расположенной плацента-4(20%), предлежание и вращение плаценты: placenta accreta- 2(10%), травматические поврежде-

дения матки- 1(10%), острый выворот матки-1 (5%). Преэклампсия и преждевременный разрыв плодных оболочек составляли равные количества - 6(30%), коагулопатии- 4 (20%). Рис.№1.

Следует отметить, что само оперативное вмешательство, проводимое для остановки кровотечения, также сопровождается кровопотерей, особенно на фоне ДВС-синдрома, что усугубляет течение геморрагического шока.

Исследования показали, что геморрагический шок I степени у 10(50%) женщин, II степени – у 6(30%), III степени – у 2(10%) и IV степени-2(10%).Рис.2.

При интенсивной терапии геморрагического шока стремились к срочной остановке кровотечения, быстрому устранению нарушений параметров объема циркулирующей крови и показателей центральной и системной гемодинамики путем своевременной, адекватной инфузионно-трансфузионной терапии.

Так как обильное кровотечение и геморрагический шок способствуют развитию ДВС-синдрома, то ДВС в той или иной стадии имел место во всех случаях. Поэтому в комплекс интенсивной терапии обязательно включали мероприятия по профилактике и борьбе с коагулопатией путем переливания СЗП, ингибиторов протеаз и протромплекс -600. Проводили мониторинг определения параметров продуктов деградации фибрина - Д-димера. Борьба с дыхательной недостаточностью и ее профилактика также становилась необходимыми мерами в плане лечения.

При проведении ИТТ объем вводимой жидкости зависел от объема кровопотери или стадии геморрагического шока. Инфузионную терапию начинали с коллоидных растворов (рефортан, стабизол).

Благоприятный эффект при лечении геморрагического шока имеет свежемороженая плазма (СЗП), так как она содержит все факторы свертывания. СЗП переливали как с целью восполнения ОЦК, так и для борьбы с ДВС-синдромом и его профилактики. В II стадии геморрагического шока использовали 300-450 мл СЗП, во III и IV стадии 600-800 мл СЗП и более. Также вводили ингибиторы протеаз (контрикал по 80000 АЕ, гордокс по 300000 ЕД).

Так как снижение гематокрита ниже 25% ведет к нарушению кислородно-транспортной функции крови, при кровопотере, составляющей 1-1,5% от массы тела (800-1200 мл), решали вопрос о переливании компонентов крови.

Все больные были выведены из геморрагического шока. Однако в первые дни восстановительного периода состояние их оставалось тяжелым. Лечение продолжалось в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Таким образом, своевременная диагностика начавшегося кровотечения должно проводиться с использованием стандартного подхода, начиная от пошагового действия и дальнейшим решением

проблем по мере их выявления. Необходимо одновременно динамически оценивать состояние пациентки. Интенсивная терапия геморрагического шока в акушерстве должна быть направлена на устранение источника кровотечения и восполнение объема циркулирующей крови с учетом стадии процесса. Своевременная оценка объема кровопотери, степени тяжести шока и необходимости адекватной интенсивной терапии с включением гемотрансфузии, переливание свежезамороженной плазмы препятствуют развитию ДВС-синдрома и гемической гипоксии, что способствует снижению полиорганных нарушений, инвалидизации пациенток и предотвращению плачевных фатальных исходов.

Литература

1. Инфузионно - трансфузионная терапия при коагулопатических послеродовых кровотечениях [Текст] / [Г. Т. Сухих, В. Н. Серов, Т. А. Федорова, и др.]. - Москва, 2009. - 15 с.
2. Малкова, О. Г. Анализ основных ошибок в проведении интенсивной терапии у пациенток с тяжелой акушерской патологией в ОРИТ ОКБ №1 – ретроспективный анализ за 5 лет / О. Г. Малкова, А. Л. Левит // Интенсив. терапия. – 2005. – № 3. – С. 163-169.
3. Марютин А.В., Левченко Л.Б. и др. Кровопотеря – гиповолемия, подходы к инфузионно-трансфузионной коррекции // Анестезиология и реаниматология. - 2018. - №3. - С. - 35-40.
4. Салов, И. А. Прогноз и лечение массивной акушерской кровопотери / И. А. Салов, Д. В. Маршалов // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2008. – № 2. – С. 29-33.
5. Ткаченко Р.А. Выбор инфузионных сред при терапии массивной кровопотери в акушерстве. Ч. 2 // Мистецтво лікування, № 2 (028), 2016, с. 76–78.
6. Франке Р. Восполнение объема циркулирующей крови с использованием коллоидных растворов // Анестезиология и реаниматология. - 2009. - №3. - С. 70-76.
7. Reducing maternal deaths through state maternal mortality review [Text] / [S. J. Kilpatrick, P. Prentice, R. L. Jones, et al.]. // J. Womens Health (Larchmt). - 2012. - Vol. 21 (9). - P. 905 - 909.
8. Tuncalp, O. New WHO recommendations on prevention and treatment of postpartum hemorrhage [Text] / O. Tuncalp, J. P. Souza, M. Gülmezoglu // Int. J of Gynecology and Obstetrics. - 2013. - Vol. 123 (3). - P. 254 - 266.
9. Predictors of massive blood loss in women with placenta accreta [Text] / [J. D. Wright, S. Pri - Paz, T. J. Herzog, et al.]. // American J. of Obstetrics and Gynecology. - 2011. - Vol. 205. - P. 38. e1.
10. Management of placenta accreta: a survey of Maternal - Fetal Medicine practitioners [Text] / [J. A. Jolley, M. P. Nageotte, D. A. Wing, et al.]. // J. Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. - 2012. - Vol. 25 (6). - P. 756.
11. Surgical management of placenta accreta: a cohort series and suggested approach [Text] / [T. Angstmann, G. Gard, T. Harrington et al.]. // American J. of Obstetrics and Gynecology. - 2010. - Vol. 202. - №1. - P. 38 - 46.
12. Risk factors for uterine atony postpartum hemorrhage requiring treatment after vaginal delivery [Text] / [L. A. Wetta, J. M. Szychowski, S. Seals, et al.]. // American J. of Obstetrics and Gynecology. - 2013. - Vol. 209 (1). - P. 51. e1- e6.