

# "Кровотечения в III и раннем послеродовом периоде"

## **ЦЕЛЬ.**

Ознакомить студентов с причинами кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах, методами остановки кровотечения Способы экстренной помощи в 3 и 4 должен знать каждый врач, т. к. в течение 10-20 минут может произойти кровопотеря в объеме 2-3 л несовместимая с жизнью, особенно это опасно при домашних родах, в дороге, поезде и даже в самолете.

## **ПЛАН лекции:**

1. Актуальность темы. Частота.
2. Причины кровотечения в 3 периоде родов.
3. Мероприятия по остановке кровотечения. Способы выделения последа. Осложнения. Показания к оперативному вмешательству.
4. Причины кровотечения в раннем послеродовом периоде.
5. Методы и способы остановки кровотечения. Показания к операции.
6. Геморрагический шок. Классификация. Меры борьбы с ним.
7. ДВС- синдром. Коагулопатическое кровотечение, лечение и профилактика.

## **ПРИМЕРЫ**

1. В Бахмальской ЦРБ в 3 часа ночи родила женщина 20 лет, роды I. Роды принимала акушерка, только что закончившая медучилище. Послед не отделился, и началось кровотечение. Она вызвала дежурного по ЦРБ врача. По специальности врач -онколог пришел в родзал, видел кровотечение и срочно послал санитарку домой за акушер-гинекологом. Когда пришла гинеколог (через 30 минут, от начала кровотечения), нажала на живот и матку по способу Креде-Лазаревича, послед выделился и роженица умерла. Родители были в отчаянии, т.к. дочь их была здоровой и ничем не болела. Они написали жалобу в Минздрав Республики, в Москву. Было много комиссий сделана эксгумация трупа. Считали, что может быть был разрыв матки, но матка оказалось, целой. Виновным в смерти женщина признали врача онколога, который не смог выделить послед, остановить кровотечение и восполнить кровопотерю. Его отстранили от работы и лишили врачебной деятельности. Сейчас, встречаются случаи домашних родов, и в случаях кровотечения зовут ближайшего врача. В то время не смотрят на то, что вы мужчина, окулист, кожнодерматолог или другой специальности. "Доктор помогите!" -. и вы обязаны сделать всё, чтобы остановить кровотечение в амбулаторных

условиях до госпитализации в роддом.

2. В Ургенческом Районе- колхозе Пахтакор у женщины произошли преждевременные роды. После родов началось кровотечение. Родственники вызвали участкового врача. Она положила больную в легковую машину и повезла за 8 км в ЦРБ. По дороге произошел прокол баллона машины, который был заменен запасным колесом- потеряно было ещё 20 мин., а кровотечение продолжалось! Когда больную привезли в роддом, то АД 60/30 40/20 пульс почти не определялся. Через 20 мин. родильница умерла. При разборе случая врача спросили: почему она не оказала экстренную помощь дома? Она ответила ведь будет сепсис или перитонит!?

Т.о. кровотечения в III и РПП являются одной из основных ПРИЧИН материнской смертности. Каждый врач обязан знать их причины и должен быть готов к выполнению методов борьбы с кровотечением - днем и ночью, знать наизусть как таблицу умножения!.

Ведь когда возникает патология, нет времени открыть книги, конспект, вызвать врача акушера-гинеколога, с ком-то посоветоваться по телефону. Дорога каждая минута, ведь льется кровь, а не вода! И от вас конкретно зависит жизнь молодой женщины-матери.

## **ВОПРОСЫ:**

1. Причины кровотечения в III периоде родов?
2. Причины кровотечения в РПП.
3. Какие препараты сокращают матку?
4. Что считать за патологическую кровопотерю?

## **КРОВОТЕЧЕНИЕ В СВЯЗИ С ПЛОТНЫМ ПРИКРЕПЛЕНИЕМ ПРИРАЩЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ.**

В подавляющей числе случаев при физиологическим течении последового периода отделение плаценты от стенки матки происходит в силу того, что матка после рождения ребенка сильно сокращается. при этом плацентарная площадка не соответствует размером плаценты, а внутриматочной давление резко падает, и наступает постепенное отделение плаценты от стенок матки. при неосложненном течении средний продолжительность III периода родов не должна превышать 25-30 мин.

кровотечение в последовом периоде иногда обусловлено более интимным, чем в норме, прикреплением плаценты к стенке матки. при этом различают две формы патологического прикрепления плаценты-плотное прикрепление (*placenta adhaerens*) и приращение ее (*placenta accreta*). плотно прикрепление происходит вследствие атрофии губчатого слоя отпадающей оболочки, расположенное между мышечном стенкой матки и плацентой. оно очень редко бывает тотальным, чаще—частичным, когда отдельные дольки плаценты или значительная часть их имеют патологическое прикрепление 5

ворсины хориона при этом не выходят за пределы компактного слоя эндометрия, который может быть также значительно атрофирован. плотное прикрепление плаценты встречается в среднем в 0,69% случаев.

Приращение плаценты представляет собой такое прикрепление ее к стенке матки, когда между мышечным слоем и ворсинами хориона отсутствует губчатый слой децидуальной оболочки и ворсины достигают мышечного слоя матки и даже проникают в него. приращение плаценты может быть полным и частичным. полное приращение плаценты встречается крайне редко: примерно один раз на 24506 родов (персианинов л. с., расстриги н.и. , 1983). приращение плаценты наблюдается почти исключительно у повторнородящих.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ** плотного прикрепления и приращения плаценты обусловлены одним и теми же факторами, которые можно разделить на три группы: 1) зависящие от состояния организма беременной и структурно-морфологических изменений эндометрия и миометрии, 2) связанные с ферментативной активностью гиалуронидазы ворсин хориона и защитной РОЛЮ децидуальной оболочки матки; 3) обусловленные весьма нередким сочетанием первых двух факторов. 1-й группе факторов можно отнести глубокие структурно-анатомические изменения отпадающей оболочки, преимущественно дегенеративного и атрофического характера развившиеся вследствие перенесенного ранее эндометрита, у беременных с тяжелым течением позднего токсикоза или хроническими заболеваниями почек, у тех женщин, у которых в прошлом были патологические РОДЫ и оперативные вмешательства на матке (искусственные аборты, часто осложненные, рубцы на матке после кесарева сечения, миомэктомии). а также при аномалиях расположения плаценты. 2-я группа причин связана с тем, что между ворсинами хориона и децидуальной оболочкой нарушается физиологическое ферментативное равновесие в системе гиалуроновая кислота-гиалуронидаза. При нормально развивающейся беременности децидуальная ткань противостоит инвазии хориона в мышцу матки, при аномалии прикрепления плаценты активность хориона резко возрастает.

Ведущим симптомом аномалии прикрепления плаценты является кровотечение, обычно возникающее в III периоде родов, но оно может отсутствовать, если плацента еще не начала отслаиваться и полностью прикреплена к своему ложу. В редких случаях, когда при приращении плаценты ворсины хориона проникают в мышечный и серозный слои матки, наблюдается кровотечение в брюшную полость, которое может начаться задолго до наступления родов.

В случаях отсутствия кровотечения и признаков отделения плаценты в течение 30 мин безуспешного применения токомоторных средств (с внутривенное введение 1 мл окситацина в растворе глюкозы) через 10 мин приступают к операции ручного отделения плаценты и выделения послорода. К этой же операции прибегают немедленно в тех случаях, когда кровопотеря

превышает 250-300 мл и отсутствуют признаки отделений плаценты. Распознавание этих двух форм патологического прикрепления плаценты возможно лишь во время операции отделения плаценты от стенки матки. ПРИ ПЛОТНОЙ прикреплении плаценты с некоторым затруднением удается отделить ее целиком» В случаях приращений плаценты ручное отделение ее является ЛИШЬ диагностическим методом, диктующим необходимость незамедлительного удаления матки. При неполном приращении плаценты, вследствие частичного ее отделения, всегда отмечается кровотечение, в то время как ПРИ полном - кровотечения не наблюдается, если не предпринимаются попытки насильственного отделения ее и не нарушается целостность межворсинковых пространств. Попытка отделения плаценты как при частичном, так и при ПОЛНОЙ ее приращении приводит лишь к разрывам плацентарной ткани и травмам стенки матки, что в еще большей степени усиливает кровотечение.

Большая продолжительность послеродового периода С свыше 40 мин-1ч) может свидетельствовать о нарушении моторной функции и более интимном прикреплении плаценты. При нарушении моторной функции матки, наблюдавшейся в I и II периодах родов, с последней потугой необходимо ввести внутривенно или подкожно препараты тономоторного действия, но не в большом количестве, так как это может спровоцировать парадоксальную или тормозную фазу парабриоза и привести к полному нарушению сократительной деятельности матки.

У всех женщин при кровотечении, начавшейся в III периоде родов, и отсутствии признаков отделения плаценты необходимо немедленно произвести ручное отделение при невозможности полного удаления плаценты (частичное ее приращение), следует немедленно, еще до развития тяжелых гемодинамических расстройств, приступить к удалению матки, предварительно (до операции) начав гемотрансфузию.

Необходимо отметить, что и женщин с приращением плаценты может произойти разрыв матки, обусловленный истончением ее стенки.

Грубое обращение маткой. особенно при попытке удалить плаценту по частая в случаях приращения ее, приводящей к массивному кровотечению, может осложниться синдромом ДВС.

#### КРОВОТЕЧЕНИЕ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.

Кровотечение, возникшее в первые часы послеродового периода? наиболее часто обусловлено нарушением сократительной деятельности матки – гипо- или анатомическим состоянием ее.

ЭТИОЛОГИЯ гипотонического и атонического состояния матки одна и та же. Все причины, вызывающие нарушение сократительной деятельности матки, можно разделить на две основные группы.

1. Состояния или заболевания матери, обуславливающие гипотония или атонию матки (поздний токсикоз беременных, заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, почек, дыхательных путей, ЦНС, органов кровообращения, нейроэндокринные расстройства, острые и хронические

инфекции и др.).

2. Причины, способствующие анатомической и Функциональной неполноценности катки: аномалии прикрепления плаценты, задержка в полости матки частей последа или ущемление его, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, пороки развития матки, приращение и плотное прикрепление плаценты, воспалительные заболевания матки (метрозэндометрит). миома матки, многоплодие, крупный плод, изменения деструктивного характера в плаценте. Кроме того, к развитию гипотонии и атонии матки могут предрасполагать и такие дополнительные Факторы? как аномалии родовой деятельности, приводящие к длительному или быстрому и стремительному течению родов: несвоевременное излитие околоплодных вод; несвоевременные вмешательства в родах, быстрое извлечение плода при акушерских операциях, необоснованное, чрезмерно активное ведение последового периода? назначение в больших дозах препаратов тономоторного действия; частое использование приемов для определения признаков отделения плаценты; несвоевременное и необоснованное применение (при неотделившейся плаценте) таких приемов, как метод Абуладзе, Гентера, Лазаревича - Креде; наружный массаж матки; потягивание за пуповину и ДР.

Переход гипотонии матки в атонию происходит обычно вследствие действия ПРИЧИН, вызвавших гипотонию. Различие в генезе этих двух состояний матки заключается лишь в силе и длительности раздражителя, который вызывает при атонии не торможение, а полное прекращение проводимости раздражения в нервных проводниках и узлах матки? обеспечивающих ее тономоторную Функцию и нормальный метоболизм.

Кровотечение на почве гипотонии матки чаще всего наблюдается при задержке в матке последа или его частей, а атония наступает и развивается уже после полного опорожнения матки. Ущемление и задержка выделения последа могут происходить в результате спазма в области тубного угла или внутреннего зева матки. Причиной подобных состояний обычно является неравномерное сокращение матки вследствие ее грубого массажа, несвоевременной ПОПЫТКИ выжимания последа по Лазаревичу -Креде, потягивания за пуповину. Такие необоснованные действия нарушают Физиологический ритм и силу распространения последовых сокращений маточной мускулатуры, ПРИВОДЯТ К судорожному сокращению отдельных групп мышц, неравномерному отделению частей плаценты и в конечном итоге-к кровотечению.

Причинами задержки отделившейся плаценты часто является переполненный вследствие паретического состояния мочевого пузырька также слаборазвитая мускулатура брюшного пресса и дряблое состояние передней брюшной стенки, перерастяжение матки (крупный плод, многоплодие, многоводие), преждевременные роды (в связи с нарушением Физиологического отделения плаценты), первичная и вторичная слабость РОДОВОЙ деятельности и переутомление роженицы, быстрое родоразрешение оперативным путем, миомы матки.

В тех случаях, когда ПРОИСХОДИТ ущемление последа в области трубного угла, ПРИ пальпации матки (а иногда и ПРИ осмотре живота) определяется выпячивание, обособленное перетяжкой от остальной части тела натки. При отделившейся плаценте и ущемлении ее в результате спазма циркуляторной мускулатуры внутреннего зева матки приобретает Форму песочных часов. Если же произошли полное отделение плаценты и задержка ее (без ущемления) в матке, обычно имеются все признаки, свидетельствующие об отделении плаценты.

Кровотечение, возникшее после рождения последа, наиболее часто связано с задержкой частей плаценты, реже-оболочек или части их. Кровь вытекает либо непрерывной струей, либо, что бывает чаще, отдельными ПОРЦИЯМИ. Теряемая кровь обычно темного цвета, с примесью мелких сгустков. Следует помнить, что в ряде случаев внутренний зев может быть закрыт крупным сгустком крови, поэтому наружное кровотечение отсутствует. В таких случаях матка плохо сокращена, отмечается ухудшение общего состояния роженицы, пульс и дыхание учащаются, снижается АД, кожные покровы бледнеют. При наружном массаже натки сгусток может выделиться и кровотечение возобновляется.

Кровотечение на почве задержки частей последа устанавливают путей тщательного осмотра его после рождения. Если ОСМОТР не дает уверенности в целости последа, необходимо немедленно произвести ручное обследование полости натки»

Гипотоническое и атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде может быть следствием продолжения гипотонического кровотечения последового периода, а также неправильного, чрезмерно активного ведения последового периода родов. Обычно оно имеет волнообразный характер? матка при этом дряблая. После наружного массажа и выдавливания сгустков крови матка сравнительно быстро восстанавливает свой тонус. Следует иметь в виду, что при гипотонии матки сгустки крови, находящиеся в ее полости, могут не выделяться, что может создать ложное впечатление об отсутствии кровотечения. Матка в таких случаях увеличивается в размерах, стенки ее напряжены.

Атония матки клинически проявляется непрерывным и профузным кровотечением, причем матка постоянно остается дряблой и не реагирует даже на мощные раздражители. В последовом периоде при атонии матки кровотечения может не быть, если не произошло отделения плаценты, Сила кровотечения зависит от времени появления атонии натки, а также от места прикрепления и размеров саной плаценты. Атония матки, возникшая первично, - явление редкое.

Чем раньше установлен диагноз гипотонии матки, тем быстрее можно восстановить ее нормальный тонус, а следовательно, и сократительную Функцию. Врач всегда должен помнить, что средства, своевременно примененные, оказываются эффективными при гипотонии, а при атоническом состоянии матки использование их является безрезультатным. В случаях упорного и безуспешного применения консервативных методов

остановки кровотечения зачастую теряется момент для своевременного хирургического вмешательства и предпринятая операция оказывается запоздалой.

**МЕРЫ БОРЬБЫ** с гипотоническим и атоническим кровотечением можно разделить на медикаментозные, механические и оперативные,

В случаях ущемления последа в области трубного угла или в области внутреннего зева натки показано немедленное ручное удаление последа под общим наркозом, снимающим спазм маточной мускулатуры. После введение в наркоз перед вхождением в полость натки ПРИ появившихся признаках отделения плаценты можно произвести попытку выделения последа по Лазаревича - Креде. Если этот способ не дает эФФекта, следует немедленно идти на ручное удаление последа.

При задержке отделившейся плаценты и компенсированной КРО-вопотере необходимо после катетеризации кочевого пузыря выделить послед при помощи методов Абуладзе, Гентера или Лазаревича - Креде. Наиболее щадящим является метод Абуладзе, обеспечивающий активизацию всех изгоняющих сил. Он особенно эффективен у ПОВТОРОРОДЯЩИХ, имевших дряблую брюшную стенку. При обильном кровотечении, а также при отсутствии убедительных признаков отделения плаценты показано срочное ручное удаление последа.

Родившийся или искусственно выделенный послед тщательно осматривают, начиная с материнской стороны. Поверхность плаценты должна быть гладкая, цвет ее серовато-синий, она покрыта тонким слоем децидуальной оболочки. При наличии дефекта плацентарной ткани этот участок плаценты отличается темно-красном окраской с неровными краями. Осматривая плодовую сторону плаценты, обращают внимание на кровеносные сосуды, которые обычно не заходят за край плаценты» Если сосуды переходят за край плаценты, а оболочки в этом месте оторваны, можно считать, что имелась добавочная долька, которая задержалась в матке. В случаях задержки частей плаценты и большей части оболочек, а также при подозрении на их задержку немедленно производят обследование полости матки и удаление задержавшихся в ней элементов последа и КРОВЯНЫХ сгустков. Операция ручного обследования полости матки ПРИ своевременном ее выполнении дает надежный гемостатический эФФект и предупреждает большие кровопотери. Отсутствие эФФекта ПРИ ручном обследовании полости матки в большинстве случаев свидетельствует о том, что операция выполнена с опозданием. Степень нарушения МОТОРНОЙ Функции матки можно определить при ручном отделении плаценты или ручном обследовании полости матки. ПРИ сохраненной моторной Функции сила сокращения ощущается рукой оперирующего, ПРИ ГИПОТОНИИ отмечают слабые сокращения, а при атонии матки сокращения отсутствуют, несмотря на механическое и лекарственное воздействие. ПРИ установлении гипотонии катки во время операции производят (осторожно!) пассаж матки на кулаке. При производстве внутриматочного вмешательства недопустимо даже малейшее нарушение правил асептики и антисептики»

Руки оперирующего подготавливаются так же тщательно, как и к операции чревосечения. До начала операции начинают капельное внутривенное введение кровезамещающих растворов ( полиглюкин , реополиглюкин), а ПРИ необходимости - и донорской крови. Перед началом операции обязательно выпускают мочу катетером» Операцию производят под общим наркозом.

В комплексе проводимых мероприятий для остановки гипотонического кровотечения, как правило, используют медикаментозные средства тононоторного действия. С этой целью 1 мл (5 ЕД) окситоцина в 10-20 мл 40% раствора глюкозы медленно вводят внутривенно. ПРИ быстром внутривенном введении окситоцина может развиваться состояние коллапса. Из препаратов спорыньи в качестве сокращающих средств применяют 0,05% раствор эрготомина гидротартрата в дозировке 0,5 мл внутривенно в 40% растворе глюкозы (вводить очень медленно!) или внутримышечно - 0,5 - 1 мл» Препарат можно вводить, как и окситоцин, в шейку матки. Из других препаратов спорыньи применяется 0,02 % метилэргометрин, в тех же дозировках. Для внутримышечного или подкожного применения используют в дозировке 1 Кл 0,05% раствор эрготала. Тезномоторное действие оказывает прегнантол, в большей мере влияющий на сокращение нижнего сегмента матки» Препарат вводят подкожно по 1-2 кл 1,2 % раствора. Необходимо помнить, что применение препаратов спорыньи при передозировке может оказать угнетающее действие на сократительную деятельность матки. Уместно также отметить индивидуальную чувствительность к различным медикаментозным средствам»

При отсутствии эффекта от своевременно проведенного лечения ( наружный массаж матки, введение ТОНОМОТОРНЫХ средств, ручное обследование полости матки с бережным наружно-внутренним массажем, наложение поперечного шва на шейку матки по В.А. лосмцкой) и продолжающемся кровотечении (кровопотеря свыше 1300-1500 мл) необходимо немедленно приступить к чревосечению. При массивном послеродовом кровотечении операция должна быть предпринята не позже чем через 30 мин после начала гемодинамических нарушений ( АД 12 кПа - 90 мм РТ. СТ.)- Предпринятая после этого срока операция, как правило, не гарантирует благоприятного исхода.

Хирургические методы остановки кровотечения основаны на перевязке паточных и яичниковых сосудов или удалении матки. Перевязку сосудов осуществляют следующим образом. После вскрытия брюшной полости матку выводят в рану, рука оперирующего подводится под матку и несколько смещает кпереди листок ШИРОКОЙ связки у места вхождения маточной артерии в натку, При этой сосудистый пучок бывает хорошо виден, а пульсирующая артерия легко определяется на ощупь. Маточную артерию перевязывают кетгутотом или шелком на уровне внутреннего зева с обеих сторон без рассечения листков брюшины. Другую пару лигатур накладывают с обеих сторон у основания собственных связок яичников. Если перевязка сосудов осуществлена правильно, пульсация ваточных артерий в дистальной

отделе прекращает, неняется цвет матки (цианоз, затек побледнение за счет ишемии), катка приобретает ХОРОШИЙ тонус, прекращается кровотечение. При положительном эффекте перевязки сосудов через 10-15 мин брюшную полость можно закрыть наглухо.

К надвлагалищной ампутации матки следует прибегать ПРИ Отсутствии эффекта от перевязки сосудов матки, а также в случаях частичного или полного приращения плаценты, ДИФФУЗНОГО пропитывания матки кровью С матка Кузелерв) и в том случае, когда матка является ПРИЧИНОЙ нарушения свертывания КРОВИ (Репина, М.А.1979).

Экстирпацию рекомендуется производить тогда? когда атония матки возникает в результате приращения подлежащей плаценты, а также при глубоких разрывах шейки матки и наличии инфекции.

Исход борьбы с кровотечением во многом зависит от последовательности мероприятий и четкой организации оказываемой помощи. У персонала родильного отделения должка быть воспитана постоянная готовность к оказанию СРОЧНОЙ ПОМОЩИ таким роженицам. В действиях персонала не должно быть чувства растерянности. Чрезвычайно важным в организации оказания быстрой и эффективной помощи ПРИ кровотечениях является четкое распределения обязанностей и взаимозаменяемости членов дежурной бригады. В РОДИЛЬНОМ отделении следует обязательно ПРОВОДИТЬ И систематически осуществлять тщательный контроль за количеством имеющегося запаса крови, за состоянием систем для переливание ее и растворов, Все необходимые медикаменты и инструменты надо хранить в специально отведенной месте. В каждой дежурной бригаде нужно иметь доноров для забора у них свежей крови.

ПРИ кровотечении в раннем послеродовом периоде следует придерживаться следующего порядка наиболее надежных потому обязательных мероприятий:

- 1) выпустить мочу катетером;
- 2) начать восполнение объема потерянной крови;
- 3) произвести под общим наркозом ручное обследование полости натки и ее массаж на кулаке;
- 4) ввести средства тономоторного действия;
- 5) для закрепления эффекта остановки кровотечения наложить шов на шейку натки по Б.А. Лофицкой, а в задний свод влагалища ввести тампон, смоченной эфиром, применить пузырь со льдом на низ живота, периодически проводить наружный массаж матки;
- 6) ПРИ выявлении атонии незамедлительно приступить к чревосечению;
- 7) продолжать интенсивную терапию по предупреждению или выведению больной из шока.

Выбор метода обезболивания у каждой больной зависит от ее состояния, характера оперативного вмешательства, квалификации анестезиолога и оснащенности родовспомогательного учреждения.

В современном акушерстве термином "геморрагический шок" обозначается состояние, связанное с ОСТРЫМ И массивным кровотечением во время

беременности, родов и в послеродовой периоде, выражающееся в резком снижении объема циркулирующей крови (ОЦК), сердечного выброса и тканевой перфузии вследствие декомпенсации защитных механизмов и реакций.

К развитию шока обычно приводят гемorragии, превышающие 1500 мл, т.е. потеря более 20% ОЦК или 30 мл крови на 1 кг массы тела\* Причиной таких кровотечений у беременных, рожениц и родильниц могут быть преждевременная отслойка нормально расположенной и предлежащей плаценты, шеечная и перешеечная - шеечная беременность, разрывы матки, нарушения отделения плаценты в III периоде РОДОВ, задержка доли плаценты, гипс - и атонические кровотечения в раннем послеродовом периоде.

Кровопотеря, превышающая эти ЦИФРЫ, приводит к значительной гиповолемии, являющейся сильным стрессовым Фактором. Для поддержания гемодинамики жизненно важных органов (в первую очередь, мозга и сердца) включаются мощные компенсаторные механизмы: повышается тонус симпатической нервной системы, увеличивается выброс катехоламинов, альдостерона, АКТГ, антидиуретического гормона, ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ, активируется ренингипертензивная система. За счет этих механизмов происходит учащение сердечной деятельности, задержка выделения жидкости и привлечение ее в кровеносное русло из тканей, спазм периферических сосудов, раскрытие артериовенозных шунтов. Эти приспособительные механизмы, приводящие к централизации кровообращения, временно поддерживают минутный объем сердца и артериальное давление. Однако централизация кровообращения не может обеспечить длительности жизнедеятельности организма женщины, ибо осуществляется за счет нарушения периферического кровотока.

Продолжающаяся кровопотеря ведет к истощению компенсаторных механизмов и углублению микроциркуляторных расстройств за счет выхода жидкой части крови в интерстициальное пространство, сгущение КРОВИ, резкого замедления кровотока, с развитием сладж-синдрома, что приводит к глубокой гипоксии тканей с развитием ацидоза и других метаболических нарушений» Ослабление перфузии тканей, накопление вазоактивных метаболитов способствуют сразу КРОВИ в системе микроциркуляции и нарушению процессов свертывания с образованием тромбов. ПРОИСХОДИТ секвестрация крови, приводящая к дальнейшему снижению ОЦК. Резкий дефицит ОЦК нарушает кровоснабжение жизненно важных органов. Снижается коронарный кровоток, развивается сердечная недостаточность. Подобные патофизиологические изменения (в том числе нарушение свертывания КРОВИ с развитием синдрома ЛВС) свидетельствуют о тяжести геморрагического шока.

В клинике геморрагического шока ПРИНЯТО выделять следующие стадии:

- I стадия - компенсированный шок,
- II стадия - некомпенсированный обратимый шок,
- III стадия - необратимый шок.

Стадии шока определяются на основании оценки комплекса клинических проявлений кровопотери, соответствующих патофизиологическим изменениям в органах и тканях.

I стадия геморрагического шока (компенсированный шок) обычно развивается при кровопотере, приблизительно соответствующей 20% ОЦК (от 15 до 25%). В эту стадию компенсация потери ОЦК осуществляется за счет гиперпродукции катехоламинов. В клинической картине преобладают симптомы, свидетельствующие об изменении сердечно-сосудистой деятельности функционального характера: бледность кожных покровов, умеренная тахикардия до 100 уд/мин, умеренные олигурия и венозная гипотония. Артериальная гипотония отсутствует или слабо выражена.

II стадия геморрагического шока (декомпенсированный обратимый шок) развивается при кровопотере, соответствующей 30-35% ОЦК (от 25% до 40%). В эту стадию шока происходит углубление расстройств кровообращения. Снижается АД, так как высокое периферическое сопротивление за счет спазма сосудов не компенсирует малый сердечный выброс. Нарушено кровоснабжение мозга, сердца, печени, почек, легких, кишечника, и как следствие этого, развиваются тканевая гипоксия и смешанная форма ацидоза, требующие коррекции. В клинической картине, кроме падения систолического АД ниже 13,3 кПа (100 мм рт. ст.) и уменьшения амплитуды пульсового давления, имеют место выраженная тахикардия (120-130 уд/мин), одышка, акроцианоз на фоне бледности кожных покровов, холодный пот, беспокойство, олигурия ниже 30 мл/ч, глухость сердечных тонов, снижение центрального венозного давления (ЦВД).

III стадия шока (декомпенсированный необратимый ИУОК) развивается при кровопотере, равной 50% ОЦК (от 40% до 60%). Ее развитие определяется дальнейшим нарушением микроциркуляции: капилляростазом, потерей плазмы, агрегацией форменных элементов крови, нарастанием метаболического ацидоза. Систолическое АД падает ниже критических цифр. Пульс учащается до 140 уд/мин и выше. Усиливаются расстройства внешнего дыхания, отмечаются крайняя бледность или мраморность кожных покровов, холодный пот, резкое похолодание конечностей, анурия, ступор, потеря сознания. Существенными признаками терминальной стадии шока являются повышение показателя гематокрита и снижение объема плазмы.

Клиника геморрагического шока в акушерской практике, кроме общих закономерностей, присущих данному виду шока, имеет свои особенности, связанные с патологией, вызвавшей кровотечение (Репина М.А. 1979).

Геморрагический шок при предлежании плаценты характеризуется резкой гиповолеимией, связанной с фоном, на котором он развивается: артериальной гипотензией, гипохромной анемией, снижением

Физиологического прироста ОЦК к концу беременности. у 24% женщин Формируется синдром ЛВС о нерезкой тромбоцитопенией, гипоФибриногенемией и повышением Фибринолитической активности.

При шоке, развившемся вследствие гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде, после кратковременного периода неустойчивой компенсации быстро наступает необратимое состояние, характеризующееся стойкими нарушениями гемодинамики, дыхательной недостаточностью и СИНДРОМОМ ЛВС о проФузным кровотечением, обусловленным потреблением Факторов свертывания КРОВИ и резкой активацией Фибринолиза.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; как правило, развивается на Фоне длительно текущего позднего токсикоза беременных, для КОТОРОГО характерно наличие хронической ФОРМЫ ДВС, гиповолемии и хронической ФОРМЫ ДВС, ГИПОВОлемии и хронического сосудистого спазма. Гемморагический шок при этой патологии часто сопровождается анурией, отеком мозга, нарушением дыхания и протекает на Фоне снижения Фмбрмнолиза,

При разрыве натки для клинической каротины шока характерны сиптомы гиповолемии и недостаточности внешнего дыхания. Синдром ДВС развивается нечасто.

ДИАГНОЗ геморрагического шока обычно не представляет большого труда, особенно ПРИ наличии явного массивного кровотечения. Однако ранняя диагностика компенсированного шока, ПРИ которой обеспечен успех лечения, иногда просматривается врачами из-за недооценки имеющихся симптомов. Нельзя оценивать тяжесть шока, базируясь только на количестве учтенной кровопотери или на цифрах АД, Об адекватности гемодинамики необходимо судить на основании комплекса довольно простых симптомов и показателей:

1) характеристики цвета и температуры кожных ПОКРОВОВ, особенно конечностей, 2) оценки пульса, 3) измерения АД, 4) оценки "шокового индекса", 5) определения почасового диуреза, 6) измерения ЦВД, 7) определения показателей гематокрита, 8) характеристики КОС крови.

По цвета и температуре кожных покровов можно судить о периферическом кровотоке. Теплая розовая кожа и розовый цвет ногтевого ложа, даже при сниженных цифрах АД, свидетельствуют о хорошем периферическом кровотоке. Колодная бледная кожа при нормальных и даже несколько повышенных цифрах АД говорит о централизации кровообращения и нарушении периферического кровотока. Мраморность кожных покровов и акроцианоз указывают на глубокое нарушение периферического кровообращения, парез сосудов, приближающуюся необратимость состояния.

Частота пульса служит простым и важным показателем состояния больной только в сопоставлении с другими симптомами. Так, тахикардия может указывать на гиповолемию и на острую сердечную недостаточность = Дифференцировать эти состояния можно путем измерения ЦВД, С подобных

позиций следует подходить и к оценке АД.

ПРОСТЫМ и ДОВОЛЬНО информативным показателем степени гиповолемии при геморрагическом шоке является так называемый шоковый индекс - отношение частоты пульса в минуту к величине систолического АД. У здоровых людей этот индекс соответствует 0,5 при снижении ОЦК на 20-30% он увеличивается до 1,0 при потере 30-50% ОЦК равен 1,5.

Почасовой диурез служит важным показателем, характеризующим органным кровотоком. Снижение диуреза до 30 мл указывает на недостаточность периферического кровообращения, ниже 15 мл свидетельствует о приближении необратимости деконпенсированного шока.

ЦВД представляет собой показатель, имеющий существенное значение в комплексной оценке состояния больной. ЦИФРЫ ЦВД могут быть критерием для выбора основного направления лечения. Уровень ЦВД ниже 0,5 кПа (50 мм вод. ст.) свидетельствует о выраженной гиповолемии требующей немедленного восполнения. Если на фоне инфузионной терапии АД продолжает оставаться низким, то повышение ЦВД сверх 1,5 кПа (150 мм вод. ст.) указывает на декомпенсацию сердечной деятельности и диктует необходимость кардиальной терапии. В той же ситуации низкие цифры ЦВД предписывают увеличить объемную СКОРОСТЬ вливания.

Показатель гематокрита в сочетании с вышеуказанными данными является ХОРОШИМ тестом, свидетельствующим об адекватности или неадекватности кровоснабжения организма. Снижение гематокритного показателя ниже 30 % (0,30 л/л) является угрожающим симптомом, ниже 25% (0,25 л/л) - характеризует тяжелую степень кровопотери. Повышение гематокрита при III стадии шока указывает на необратимость его течения.

ЛЕЧЕНИЕ геморрагического шока представляет ответственную задачу, для решения которой врач-акушер должен объединить усилия с анестезиологом-реаниматологом, а в случае необходимости привлечь гематолога-коагулолога.

Для обеспечения успеха терапии необходимо руководствоваться следующим правилом: лечение должно начинаться как можно раньше, быть комплексным, ПРОВОДИТЬСЯ С учетом ПРИЧИНЫ, вызвавшей кровотечение, и состояния ЗДОРОВЬЯ, предшествовавшего ему.

Комплекс лечебных мероприятий включает в себя следующее.

1. Акушерские пособия и операции по остановке кровотечения.
2. Оказание анестезиологического пособия.
3. Непосредственное выведение больной из состояния шока.

Все перечисленные мероприятия должны осуществляться параллельно, четко и быстро.

Одним из основных методов лечения геморрагического шока является инфузионно - трансуфузионная терапия. направленная на:

1. Восполнение ОЦК. и ликвидацию гиповолемии.
2. Ликвидации нарушений микроциркуляции и восстановление перфузии тканей.

3. Восстановление электролитного состава крови.
4. Нормализацию КОС крови.
5. Ликвидации гипопротейнемии.
6. Устранение острых нарушений свертываемости.

Для успешного проведения инфузионно – трансфузионной терапии с целью восполнения ОЦК и восстановления перфузии тканей важно учитывать:

1) количественное соотношение вливаемых сред (Савельева Г.М., 1976, Вихлява Е.М.1977).

25 объемную скорость и длительность вливания.

Вопрос о количестве инфузионных сред, необходимом для выведения больной из состояния геморрагического шока, не является простым. Ориентировочно он решается на основании оценки учтенной кровопотери. Принимая во внимание депонирование и секвестрирование КРОВИ при шоке, объем переливаемых жидкостей должен превышать объем учтенной кровопотери: ПРИ кровопотере, равной 1 л,- в 1,5 раза; при кровопотере, равной 1,5 л,- в 2 раза; при более массивной кровопотере - в 2,5 раза. Чем раньше начинается возмещение кровопотери, тем меньшим количеством жидкости удастся достичь стабилизации СОСТОЯНИЙ. Обычно эффект от лечения является более благоприятным, если в первые 1-2 ч восполняется около 70% потерянного объема.

Учитывая огромное значение Фактора времени для успешного лечения геморрагического шока, на начальном этапе терапии необходимо использовать всегда имеющиеся наготове коллоидные растворы с достаточно высокой осмотической и онкотической активностью (полиглюкин, альбумин). Привлекая жидкость в кровеносное русло, эти растворы помогают мобилизации компенсаторных возможностей организма и тем самым дают время для подготовки к последующей гемотрансфузии, которую необходимо начинать как можно быстрее, но с обязательным соблюдением всех правил и инструкций.

Консервированная кровь и ее компоненты (эритроцитная масса) остаются важнейшими инфузионными средами при терапии геморрагического шока, так как в настоящее время только с их помощью можно восстановить нарушенную кислородтранспортную ФУНКЦИЮ организма. Необходимо использовать одногруппную консервированную кровь, СРОК хранения которой не превышает 3 сут, подогретую до 37 градуса С. При кровопотере свыше 25-30% ОЦК необходимо ПРОВОДИТЬ "надтрансфузию крови, т.е. количество переливаемой КРОВИ ДОЛЖНО В 1,3-1,5 раза превышать кровопотерю.

Выведения больной из критического состояния, связанного с геморрагический шоком, является первым этапом лечения. В последующие дни продолжается терапия, направленная на ликвидацию последствий массивных кровотечений и на профилактику новых осложнений. Врачебные действия в этот период направляются на поддержку Функций почек - печени и сердца, на нормализацию водно-солевого и белкового обмена, повышение глобулярного объема КРОВИ, профилактику и лечение анемии,

предупреждение инфекций. В заключение необходимо отметить, что оказание помощи женщинам с такой тяжелой патологией, как геморрагический шок, служит своего рода проверкой правильной организации работы родовспомогательного учреждения - Обеспеченность необходимым набором инфузионных сред- консервированной кровью к лекарственными препаратами, готовность инструментария и аппаратуры, квалификация персонала - основные слагаемые успеха проводимой терапии.