

ДВС - синдром у беременных. Геморагический шок

Выполнил:
Студент группы Л1-с-о-163А
Габак Д.В.

- ▶ **ДВС-синдром** (диссеминированное внутрисосудистое свёртывание,) — нарушенная свёртываемость крови по причине массивного освобождения из тканей тромбопластических веществ.

Классификация

- ▶ Выделяют 3 основных типа течения заболевания.
- ▶ Острый ДВС синдром.
- ▶ Подострый ДВС синдром.
- ▶ Хронический ДВС синдром.

Этиологические формы острого и подострого ДВС- синдрома

- ▶ 1. Инфекционно-септические:
 - бактериальные;
 - вирусные;
 - токсически-шоковый (в том числе при абортах).

- ◎ **2. Травматические и при деструкциях тканей:**
 - ожоговый;
 - синдром длительного сдавления;
 - массивные травмы;
 - при некрозах тканей и органов (острая токсическая дистрофия печени, некротический панкреатит, острый инфаркт миокарда и др.);
 - при остром внутрисосудистом гемолизе, в том числе при переливаниях несовместимой крови;
 - при травматичных операциях;
 - при массивных гемотрансфузиях;
 - при гемобластозах, прежде всего при остром промиелоцитарном лейкозе;
 - при острой лучевой болезни.

◎ **3. Акушерские и гинекологические:**

- при эмболии околоплодными водами (особенно инфицированными);
- при ранней отслойке и предлежании плаценты;
- при атонии и массаже матки;
- при внутриутробной гибели плода и его ретенции;
- при эклампсии.

- ▶ 4. Шоковые (при всех терминальных состояниях).
- 5. В процессе интенсивной химиотерапии.
- 6. При трансплантации органов.

- ◎ Причинами хронического (затяжного) ДВС-синдрома чаще всего являются следующие виды патологии:
 1. хронический сепсис, включая затяжной септический эндокардит;
 2. хронические иммунные и иммунокомплексные болезни;
 3. хронические вирусные заболевания (*гепатит, ВИЧ и др.*);
 4. опухолевые процессы (*рак, лимфомы, лейкозы и др.*).

- Также существует довольно большое количество классификаций по стадиям развития процесса.
- По М.С Мачабели выделяют 4 стадии.
- I стадия – гиперкоагуляции
- II стадия – коагулопатия потребления
- III стадия – резкое снижение в крови всех прокоагулянтов, вплоть до полного отсутствия фибриногена.
- IV стадия – восстановительная.
- По Федоровой З. Д. и др. (1979), Барышеву Б. А. (1981) классификация имеет следующий вид.
- I стадия – гиперкоагуляции.
- II стадия – гипокоагуляции.
- III стадия – гипокоагуляции с генерализованной активацией фибринолиза
- IV стадия – полное несвертывание крови.

Фазы ДВС-синдрома

- ⦿ : I фаза – гиперкоагуляция. Потеря факторов свертывающей системы в процессе обильного кровотечения приводит к удлинению времени образования сгустка и его ретракции, удлинению времени капиллярного кровотечения. Лабораторные показатели: уменьшение времени свертывания крови, тромбинового времени, положительный этаноловый тест.

- II фаза – гипокоагуляция. При геморрагическом шоке в фазе спазма венул и артериол (клинические проявления: дегидратация, бледные и холодные кожные покровы, признаки острой почечной недостаточности) в капиллярах развивается расслоение плазмы и форменных элементов – “сладж”-феномен. Агрегация форменных элементов, обволакивание их фибрином сопровождаются потреблением факторов свертывания крови и активацией фибринолиза. Лабораторные показатели: умеренная тромбоцитопения (до $120 \times 10^9/\text{л}$), тромбиновое время 60 с и больше, резко положительный этаноловый тест.

- III фаза – потребления с активацией местного фибринолиза. Афибриногенемия в сочетании с выраженной активацией фибринолиза. При этой фазе рыхлые сгустки крови в месте кровотечения быстро (в течение 15-20 мин) лизируются на 50 %. Лабораторные показатели: увеличение времени свертывания крови, тромбинового времени, уменьшение тромбоцитов до $100 \times 10^9/\text{л}$, быстрый лизис сгустка.

- ▶ IV фаза – генерализованный фибринолиз.
Капиллярная кровь не свертывается, отмечаются паренхиматозное кровотечение, петехиальные высыпания на коже и внутренних органах, гематурия, выпот в синовиальные полости и терминальные изменения в органах и системах.

Диагностика

показатель	норма	1 фаза	2 фаза	3 фаза	4 фаза
время свертывания	5-12	менее 5	5-12	более 12	более 60
лизис сгустка	нет	нет	нет	быстрый	сгусток не образуется
число тромбоцитов	175-425	175-425	менее 120	менее 100	менее 60

Для того чтобы остановить развитие и прогрессирование ДВС-синдрома, лечение должно быть направлено на:

- ⦿ усиление антикоагулянтной активности крови (гепарин, АТШ, свежзамороженная плазма);
- ⦿ улучшение антиагрегантной активности (антиагреганты, спазмолитики, антиоксиданты, витамины);
- ⦿ подавление протеолиза (гордокс, контрикал, трасилол);
- ⦿ выведение токсинов из организма (детоксикационные средства
- ⦿ плазмаферез).



- ⊙ В рамках лечения ДВС-синдрома, особенно на стадии гиперкоагуляции, вводят антиагреганты (трентал, агапурин, курантил), витамин В6, спазмолитики (но-шпа), реополиглюкин, гепарин, свежезамороженную плазму (СЗП).
- ⊙ В стадии коагулопатии потребления наиболее важным компонентом лечения является восстановление системной гемодинамики. Для этого показано использование растворов гидроксиэтилированного крахмала 6% и 10% 500,0-1000,0 мл, реополиглюкина, полиглюкина, альбумина 5%, желатиноля.
- ⊙ Для восстановления соотношения жидкости в сосудистом русле и межклеточном пространстве необходимо вводить также и кристаллоидные растворы: 5-10% раствор глюкозы, изотонический раствор хлорида натрия, раствор Рингера- Локка, лактасол.

Геморрагический шок

- ▶ Это состояние, связанное с острым и массивным кровотечением во время беременности, родов и в послеродовом периоде, выражающееся в резком снижении объема циркулирующей крови (ОЦК), сердечного выброса и тканевой перфузии вследствие декомпенсации защитных механизмов.

- ▶ Причинами геморрагического шока в акушерстве являются потеря более 1000 мл крови, или >15% ОЦК, или >1,5% от массы тела. Угрожающими жизни кровотечениями считаются:

потеря 100% ОЦК в течение 24 часов или 50% ОЦК за 3 часа;

кровопотеря со скоростью 150 мл/мин или 1,5 мл/кг/мин.
одномоментная кровопотеря >1500–2000 мл (25–35% ОЦК).

Факторы риска возникновения геморрагического шока в акушерстве

1. Кровотечения на ранних сроках беременности:

- аборт;
- внематочная беременность;
- пузырный занос.

2. Кровотечения на поздних сроках беременности или в родах:

- преждевременная отслойка плаценты;
- предлежание плаценты;
- разрывы матки;
- эмболия околоплодными водами.

3. Кровотечения после родов:

- гипотония или атония матки;
- задержка плаценты или ее фрагментов;
- разрывы родовых путей.

4. Печеночная недостаточность.

5. Патология системы гемостаза.

Клиника

- Слабость
- головокружение
- жажду
- тошноту
- сухость во рту
- потемнение в глазах
- бледность кожных покровов
- заострение черт лица
- тахикардию и слабое наполнение пульса
- снижение АД
- одышку
- цианоз.

•Степени геморрагического шока

I степень : (компенсированный) дефицит ОЦК до 15%. АД выше 100 мм рт.ст., центральное венозное давление (ЦВД) в пределах нормы. Незначительная бледность кожных покровов и учащение пульса до 80-90 уд/мин, гемоглобин 90 г/л и более.

II степень : (декомпенсированный) дефицит ОЦК до 30%. Состояние средней тяжести, наблюдаются слабость, головокружение, потемнение в глазах, тошнота, заторможенность, бледность кожных покровов. АД до 80-90 мм рт.ст., снижение ЦВД (ниже 60 мм вод.ст.), тахикардия до 110-120 уд/мин, снижение диуреза, гемоглобина до 80 г/л и менее.

III степень : (обратимый) дефицит ОЦК 30-40%.
Состояние тяжелое или очень тяжелое, заторможенность, спутанность сознания, бледность кожных покровов, цианоз. АД ниже 60-70 мм.рт.ст. Тахикардия до 130-140 уд/мин, слабое наполнение пульса. Олигурия.

IV степень : (необратимый) дефицит ОЦК более 40%. Крайняя степень угнетения всех жизненных функций: сознание отсутствует, АД и ЦВД, пульс на периферических артериях не определяются. Дыхание поверхностное, частое. Гипорекфлексия. Анурия.

Диагностика:

1. Клиническая картина

2. Показатели степени

гиповолемии:

Шоковый индекс Альговера

$$\text{Шоковый индекс} = \frac{\text{ЧСС}}{\text{АДс}}$$

Где ЧСС- частота сердечных сокращений

АДс – систолическое артериальное давление

В норме индекс Альговера =1.

Тактика ведения больных с геморрагическим шоком:

1. Немедленная остановка кровотечения консервативными или хирургическими методами, в зависимости от причины развития кровотечения.
2. Возобновление ОЦК.
3. Обеспечение адекватного газообмена.
4. Лечение органной дисфункции и профилактика полиорганной недостаточности.
5. Коррекция метаболических нарушений.

Дальнейшие действия для ликвидации геморрагического шока.

Восстановление объема крови. В настоящее время все шире используются синтетические коллоидные растворы на основе гидроксиэтилкрахмала (ГЭК) второго поколения.

Гемотрансфузия

Трансфузия эритроцитов
обязательна при снижении

Ht ниже 25% и

Hb ниже 70 г/л

Эритроцитарная масса+

Реополюглюкин 1:1

Заключение

Оказание неотложной помощи при массивных кровотечениях в акушерстве является одной из приоритетных задач по снижению материнской заболеваемости и смертности. Своевременная остановка кровотечения в сочетании с адекватной интенсивной терапией позволяет реализовать органосохраняющую тактику и предотвратить развитие критического состояния.



Спасибо за внимание 😊