

***В.В. Богданович, У.О. Бальцевич***  
**ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО МАССИВНОГО  
КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ  
С АТИПИЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ**

***Научный руководитель: ассист. Н.И. Морозова***  
*Кафедра анестезиологии и реаниматологии*  
*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

***V.V. Bogdanovich, U.O. Baltsevich***  
**BASIC PRINCIPLES OF ACUTE MASSIVE BLEEDING DIAGNOSIS IN CASE  
OF ECTOPIC PREGNANCY WITH ATYPICAL CLINICAL PRESENTATION**

***Tutor: assistant. N.I. Morozova***  
*Department of Anesthesiology and Intensive Care*  
*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Резюме.** Был проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентки, находящейся на стационарном лечении в отделении анестезиологии и реанимации УЗ «1 Городская клиническая больница» с острой массивной кровопотерей, причиной которой послужила внематочная беременность с атипичной клинической картиной.

**Ключевые слова:** массивное кровотечение, гемотрансфузия, инфузионная терапия.

**Resume.** A retrospective analysis of the medical history of a patient who was hospitalized in the department of anesthesiology and resuscitation of the «1 City Clinical Hospital» with acute massive blood loss, the cause of which was an ectopic pregnancy with an atypical clinical picture, was carried out.

**Keywords:** massive bleeding, blood transfusion, infusion therapy.

**Актуальность.** Проблема массивных кровотечений занимает одно из первых мест как причина смерти. Острая массивная кровопотеря быстро приводит к гиповолемическому шоку, снижению тканевой перфузии, тканевой гипоксии, полиорганной недостаточности. Особую сложность составляют случаи внутренних кровотечений, когда основу диагностики занимает определение локализации кровопотери. Причиной могут служить: внематочная беременность, разрыв аневризмы, кровотечения из органов желудочно-кишечного тракта и др. Иногда диагностический поиск осложняется атипичной клинической картиной, что требует особенно тщательного подхода.

**Цель:** провести анализ клинического случая, составить лечебно-диагностическую тактику ведения пациентов с острой массивной кровопотерей.

**Задачи:**

1. Изучить историю болезни данного клинического случая.
2. Определить патофизиологические особенности осложнений острого кровотечения.

**Материалы и методы.** Был проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентки, находящейся на стационарном лечении в отделении анестезиологии и реанимации УЗ «Городская клиническая больница №1» с острой массивной кровопотерей, причиной которой послужила внематочная беременность с атипичной клинической картиной.

**Результаты и их обсуждение.** Пациентка Ф. была экстренно доставлена бригадой скорой медицинской помощи в отделение анестезиологии и реанимации с диагнозом «артериальная гипотензия неясной этиологии».

Анамнез заболевания: заболела остро после того, как появилась общее недомогание, слабость. По данным выполненного ЭКГ, изменения подозрительны на острый коронарный синдром (ОКС). В общем анализе крови выявлены лейкоцитоз  $18,4 \cdot 10^9/\text{л}$ , Нб 118 г/л, тромбоциты  $208 \cdot 10^9/\text{л}$ . Гликемия: 8,1 ммоль/л.

Анамнез жизни: хронических заболеваний не имеет, лекарственных средств на постоянной основе не принимает, аллергоанамнез не отягощён, хирургических вмешательств не было. Акушерско-гинекологический анамнез: двое срочных родов через естественные родовые пути. В полости матки-внутриматочная спираль (ВМС), установлена 6 месяцев назад. Также у пациентки имеет место 1-й день менструального цикла.

При поступлении предъявляет жалобы на общую слабость. Абдоминальные боли отрицает.

Объективно: состояние пациентки тяжёлое, обусловлено артериальной гипотензией, относительно стабильное. Сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве. Патологической неврологической симптоматики нет. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые без патологических изменений. Нормотермия. Дыхание самостоятельное, эффективное. Аускультативно везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД=18/мин, SpO<sub>2</sub>=100% при дыхании атмосферным воздухом. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Ритм синусовый, ЧСС=95 уд./мин.. Гемодинамика нестабильная, тенденция к гипотензии. АД неинвазивно 75/36 мм. рт. ст. Тошноты нет, рвота однократно при поступлении без патологических примесей. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный, не вздут. Печень не увеличена. перистальтика выслушивается. Стул со слов пациентки был утром, оформленный, без патологических примесей. Перитонеальные симптомы отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Периферических отёков нет.

Лабораторные методы исследования: гипопроteinемия (47 г/л), гипоальбуминемия (29 г/л), гипергликемия (10,5 ммоль/л), тропонин =4,35 нг/мл, Д-димеры= 945 нг/мл, прокальцитонин = 0,07 нг/мл, кислотно-основное состояние-субкомпенсированный метаболический лактат-ацидоз. Гемоглобин в приёмном отделении составил 123 г/л , через 1,5 часа в динамике - 82 г/л.

Инструментальные методы исследования: УЗИ органов брюшной полости: признаки свободной жидкости в брюшной полости и двустороннего гидроторакса. Рентгенография ОГК: без очаговых и инфильтративных теней. ЭКГ: ритм синусовый, нарушение реполяризации в передней стенке левого желудочка.

Была осмотрена врачом гинекологом, проведен кульдоцентез, в результате чего обнаружена капля крови, что свидетельствует о кровоизлиянии в позадматочное пространство.

Принято решение о проведении расширенного оперативного вмешательства: лапаротомия, иссечение маточного угла с метропластикой при внематочной беременности. Удаление ВМС. Выскабливание при эктопической беременности в

условиях операционной. Течение наркоза стабильное. Итоговая кровопотеря составила 2700 мл. Проведены лечебные мероприятия по протоколу массивной гемотрансфузии. Интраоперационно перелито: Октаплекс 1000 МЕ, эритроцитарная масса 1240 мл, СЗП 1650 мл, 0,9% NaCl 250 мл, Рингер-лактат 2000 мл, Октаплас 400 мл, Натрия гидрокарбонат 100 мл. Итого получено внутрь: 5640 мл. Потери: кровопотеря, диурез 150 мл. Итого потери: 3200 мл. Гидробаланс в ходе операции: +2440 мл. В течение наркоза: газообмен стабильный. Гемодинамика нестабильная, с тенденцией к гипотензии (минимальное АД, согласно наркозной карте, 60/40 мм.рт.ст, максимальное 130/80 мм.рт.ст) на фоне титрования норадреналина и дофамина.

В дальнейшем состояние с положительной динамикой: пациентка в сознании, восстановлен мышечный тонус. Экстубирована через 16 ч. после операции. Энтерально начала усваивать воду с первых послеоперационных суток. Мобилизована, присаживается в кровати. В течение 3-х суток была необходимость в кардиотонической поддержке с постепенным её снижением и отменой. По данным ЭХО-КГ отмечалось снижение фракции выброса до 48% с последующим увеличением до 55% (с интервалом в 2 дня). Отмечался рост КФК-МВ, тропонина. ЭКГ контроль: данных за острую коронарную патологию нет.

**Заключительный клинический диагноз:**

*Основной:* вторичная кардиомиопатия смешанного генеза.

*Осложнения:* пароксизмальная синусовая тахикардия. Трикуспидальная регургитация 1-2 степени. Н1. Двусторонний гидроторакс.

*Сопутствующий:* нарушенная внематочная беременность в левом трубном углу. Лапаротомия, иссечение левого трубного угла, извлечение ВМС, выскабливание полости матки, метропластика, дренирование брюшной полости от 04.08.2022 г. массивное внутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок тяжелой степени. Плазмогемотрансфузия. Симптоматическая гипергликемия на фоне геморрагического шока. Анемия средней степени. Гипоальбуминемия.

**Выводы:** клиническая картина внутреннего кровотечения может быть атипичной, что затрудняет своевременную диагностику и лечение. При диагностике острой массивной кровопотери следует проводить масштабную диагностическую систему мероприятий, что позволит снизить риск различных осложнений и летального исхода.

У женщин фертильного возраста особую настороженность следует проявлять в отношении акушерского кровотечения.

### Литература

1. Григорьев Е.В., Лебединский К.М., Щеголев А.В., Бобовник С.В., Буланов А.Ю., Заболотских И.Б., Синьков С.В., Шень Н.П., Корнелюк Р.А. Реанимация и интенсивная терапия при острой массивной кровопотере у взрослых пациентов Анестезиология и реаниматология. 2020;1:5-24. <https://doi.org/doi.org/10.17116/anaesthesiology20200115>
2. Зильбер А. П. Кровопотеря и гемотрансфузия. Принципы и методы бескровной хирургии. – Петрозаводск: Изд. ПетрГУ, 1999. – 120с, илл.
3. Мороз В.В., Рыжков И.А. Острая кровопотеря: регионарный кровоток и микроциркуляция (обзор, часть II) // Общая реаниматология. 2016. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ostraya-krovopoterya-regionarnyy-krovotok-i-mikrotsirkulyatsiya-obzor-chast-ii> (дата обращения: 05.06.2023).