

угрозой прерывания и ретрохориальной гематомой у 14 (18,2%) эмбрионов отмечена тахикардия.

У 2 (3,3%) из 61 пациентки в сроке 33-34 недели возникла угроза преждевременных родов, преэклампсия у 2 (12,2%) пациенток. На момент проведения данного анализа беременность завершилась у 57 (93,4%) пациенток рождением живых доношенных детей массой от 2950,0 до 3450,0 г. В этой группе преждевременные роды (на 37-й неделе) произошли у 4 (6,5%) беременных.

**Выводы**

1. Прогностически неблагоприятными ультразвуковыми критериями при угрозе прерывания беременности являются ретрохориальная гематома с локализацией в области одной из стенок полости матки, отставание роста эмбриона более чем на 7 дней, поздняя визуализация эмбриона (после 6 недель беременности), нарушение сердечной деятельности плода, раннее маловодие плодного яйца.

2. На ранних сроках ретрохориальную гематому необходимо дифференцировать от не слившейся с хориальной поверхностью плаценты амниотической оболочкой путем оценки толщины мембраны, которая имеет большую толщину поверх гематомы.

3. Угрожающий самопроизвольный выкидыш в I триместре является фактором риска развития угрозы прерывания во II триместре беременности.

4. Применение дюфастона с целью лечения угрожающего выкидыша в I триместре беременности улучшает прогноз дальнейшего течения беременности и исход родов и снижает частоту ее позднего прерывания.

5. Имеется причинная связь использования гестагенов с пролонгированием беременности и родами без перинатальных потерь в группе беременных высокого риска.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

- 1 Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Актуальные проблемы невынашивания беременности. Руководство для врачей. – М., 2009. – 561 с.
- 2 Раисова А.Т. Невынашивание беременности эндокринного генеза. Методическое пособие. – Алматы, 2004. – 20 с.
- 3 Раисова А.Т., Жатканбаева Г.Ж. Репродуктивное здоровье женщин и характер гестационных осложнений при преждевременных родах // Акушерство, гинекология и перинатология. – 2003. – № 4. – С. 18-20
- 4 Мамедалиева Н.М. Плацентарная недостаточность

в клинике первичного невынашивания беременности // Избранные клинические лекции по акушерству и гинекологии. – Алматы, 2000. – Т. 2. – С. 80-107

5 Saraswat L, Bhattacharya S, Maheshwari A, Bhattacharya S. Maternal and perinatal outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester: a systematic review. BJOG 2010; 117: 245-257

6 Lede R, Duley L. Uterine muscle relaxant drugs for threatened miscarriage. Cochrane Database Syst Rev 2005; 20 (July (3)): CD002857

7 Omar MH, Mashita MK, Lim PS, Jamil MA. Dydrogesterone in threatened abortion: pregnancy outcome. J Steroid Biochem Mol Biol 2005; 97: 421-425

**Т Ұ Ж Ы Р Ы М**

**Г.К. ОМАРОВА, Г.Ж. ЖАТКАНБАЕВА, Г.Ш. ДАЛИЕВА, М.И. БАЙЛИНА**

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.*

**ЖҮКТІЛІКТІҢ БІРІНШІ ЖАРТЫСЫНДАҒЫ РЕТРОПЛАЦЕНТАРЛЫ ГЕМАТОМАСЫМЕН ЖҮКТІЛЕР НӘТИЖЕЛЕРІ**

Жүктіліктің бірінші жартысында жүктіліктің үзілуінің қолайсыз болжам белгіріне жатады: ретрохориальды және ретроплацентарлы гематомалар, 7 күннен аса эмбрионның өсуінің кідіруі, эмбрионның кеш анықталуы. I-триместрдегі жүктіліктің үзілу қаупі II – триместрдегі жүктіліктің өздігінен үзілуіне алып келетін қауіп қатар факторы болып табылады. Жүктіліктің I-триместрде дюфастонды қолдану жүктіліктің ары қарайғы ағымын жақсартады және жүктіліктің кеш үзілуіне азайтады.

**S U M M A R Y**

**G.K. OMAROVA, G.J. ZHATKANBAEVA, G.SH. DALIEVA, M.I. BAYLINA**

*Kazakh National Medical University name of S.D. Asfendiarov, Almaty c.*

**PREGNANCY OUTCOME WITH RETROPLACENTAL HEMATOMA IN THE FIRST HALF OF PREGNANCY**

Unfavorable prognostic sign of miscarriage during the first half of gestation is the formation of retrochorionic and retroplacental hematomas, backlog growth the embryo of more than 7 days, a tardy visualization of the embryo. The threat of miscarriage during the first trimester is a risk factor for spontaneous abortion in the second trimester. Using duphaston in the first trimester improves the prognosis during the pregnancy and decreases the frequency of its late abortion.

УДК 618,714-005.1

**С.У. МАХАМБЕТОВ**

*Городской родильный дом, г. Уральск, Западно-Казахстанская область*

**ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ (случай из практики)**

*В данной статье показан случай ведения больной с послеродовым кровотечением. Постоянный мониторинг, четко выбранная тактика, своевременное квалифицированное оказание медицинской помощи с использованием современных медицинских технологий позволили избежать более грозных последствий в послеродовом периоде.*

**Ключевые слова:** кровотечение, тактика, мониторинг, лечение.

**Н**есмотря на значительный прогресс в области медицинской науки, здравоохранения, фармакологии, разработке в использовании высокой медицинской технологии кровотечения в акушерстве продолжают оставаться серьезной проблемой, явля-

ясь основной причиной материнской заболеваемости и смертности. Приоритетными направлениями в борьбе с акушерскими кровотечениями является обеспечение квалифицированного родовспоможения при каждых родах, проблема обезболивания родов,

лечение критических состояний, возникающих во время родоразрешения, занимающие основополагающее значение в акушерстве. Только совместными усилиями анестезиологов-реаниматологов и акушеров-гинекологов, опираясь на современные медицинские знания, практический опыт и профессионализм, можно надеяться на успех.

Послеродовые кровотечения – кровопотеря, превышающая 500,0 мл после родоразрешения через естественные родовые пути (ВОЗ, 1980). Причинами первичных послеродовых кровотечений являются:

Атония матки, разрывы шейки матки влагиалища, промежности

Задержка отделения последа

Задержка частей последа

Выворот матки

Разрыв матки.

По степени кровотечений: а) умеренное кровотечение до 1000 мл; б) массивное кровотечение больше 1000 мл.

Основной целью тактики ведения послеродового периода является предупреждение кровотечения, при этом используется активная тактика, заключающаяся в раннем назначении утеротонических препаратов, в раннем пережатии пуповины и контрольных тракциях за пуповину при появлении признаков отделения последа.

#### Случай из практики

Беременная, 31 год. Диагноз: III срочные индуцированные роды в 39 недель + 3 дня. Двойня. Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. Кровопотеря 4000 мл. Преэклампсия легкой степени. Амниотомия (б/в 9 часов 7 мин). Родовозбуждение. Ручное отделение и выделение последа. Лапаротомия. Надвлагалищная ампутация матки без придатков. Дренирование брюшной полости. Трансфузия СЗП и ЭВОЛ.

Беременная женщина поступила 11 января 2012 г. в 14 ч 15 мин.

I беременность – роды 4200,0 – 2001 г. б/о.

II беременность – самопроизвольный выкидыш в сроке 8 недель, б/о.

III беременность – 2008 г. Роды 4700,0, б/о.

IV беременность – 2010 г. – самопроизвольный выкидыш.

V беременность – данная.

Анализ при поступлении ОАМ белок 0,066%, лейкоциты – 5-7 в п/зр, бактерии +; ОАК – гемоглобин 100 г/л, эр – 3,6 млн, лейкоциты – 10000, гематокрит – 31%, суточный белок – 0,216‰.

АД 130/90 мм рт.ст. Пульс 88 уд. в мин., умеренная головная боль.

Учитывая осложненное течение беременности, гипертензию, умеренную головную боль, доношенную беременность, зрелость шейки матки по Бишопу >9 баллов, решено перевести на индуцированные роды. Роды вести консервативно, мониторинг в родах (АД, PS, сердцебиение плода, характер родовой деятельности и т.д). Активное ведение III периода родов. Роженица находилась в отделении патологии.

12.01.2012 г. Родзал. 06 часов. Амниотомия, воды светлые 200 мл.

12.01.2012 г. 08 ч. Регулярной родовой деятельности нет, матка возбудима, начато родовозбуждение: окситоцин 1,0 + физраствор капельно.

12.01.2012 г. 14 ч 45 мин. Начались потуги через 1-2 мин. 60-65''.

12.01.2012 г. 14 ч 59 мин – роды I плода 7-8 баллов, в/м окситоцин 2,0.

12.01.2012 г. 15 ч 07 мин – роды II плода 7-8 баллов.

Из половых путей обильные кровянистые выделения в количестве 400,0 мл и продолжаются. Проведено ручное отделение и выделение последа и обследование полости матки под внутривенным калипсоловым наркозом, матка расслабляется, продолжается кровотечение.

В 2 вены поставили катетеры №14 и 16 со скоростью 60 капель в мин 20 ед. окситоцина на физрастворе 1000,0 мл. АД в пределах 110/70 мм рт. ст., PS 100 уд. в мин, дополнительно мезопропростол 1000 мг perrektum. С учетом признаков геморрагического синдрома сверт. крови >8', продолжающейся кровопотери >1000 мл, рыхлые сгустки из половых путей, в/в струйно переливается СЗП В (III) Rh+ в количестве 4 доз, контрикал 80 тыс. ед, аскорбиновая кислота 5% – 10,0 мл, дицинон 6,0 мл, глюконат кальция 10% – 10,0 мл. Одновременно проводится бимануальная компрессия матки, в/в вводится 20 ед. окситоцина на 1000,0 мл. физраствора.

15 ч 40 минут АД 140/100, пульс 115 уд в мин, кожные покровы бледные, матка расслабляется, кровь жидкая без сгустков. Свертываемость крови больше 9 минут.

16 ч в/в 4 мг Ново-Севан в другую вену, продолжается инфузия СЗП и кристаллоиды.

16 ч 20 мин АД 140/90 мм рт. ст., пульс >115 уд в мин. Матка дряблая, кровотечение продолжается, общая кровопотеря 2000,0 мл. Учитывая отсутствие эффекта от консервативного лечения с целью остановки гипотонического кровотечения решено произвести хирургическое вмешательство.

16 ч 30 мин – операция «Надвлагалищная ампутация матки без придатков» под общим эндотрахеальным наркозом по стандартной методике. По ходу операции внутривенно СЗП – 1000,0, ЭВОЛ – 1000,0. Гемостатическая терапия. Длительность операции 51 минута.

12.01.12 г. 17 ч 45 мин большая экстубирована и переведена в отделение реанимации. В послеоперационном периоде продолжается интенсивная терапия, мониторинг. Получала обезболивающие, антибактериальная терапия (цефуроксим по 750 мг 3 раза), фраксипарин, симптоматическая терапия, витаминотерапия, белковые препараты. Послеоперационный период протекал без осложнений.

19.01.2012 г. Нв – 88, эр – 3,6-9,8. L- 10,3. Биохимические анализы и коагулограмма в пределах нормы.

21.01.2012 г. выписана в удовлетворительном состоянии.

Из вышеуказанного отдельного случая видно, что постоянный мониторинг, четко выбранная тактика, своевременное квалифицированное оказание медицинской помощи с использованием современных медицинских технологий позволили избежать более грозных последствий в послеродовом периоде.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Практическое руководство по оказанию неотложной помощи в акушерстве и гинекологии. Алматы. 2006.
- 2 Руководство по оказанию неотложной помощи в перинатологии. Алматы, 2010.
- 3 Основные клинические протоколы и приказы МЗ РК по акушерству и неонатологии. 2010.
- 4 Новые подходы к лечению массивных акушерских кровотечений (Методические рекомендации). Укыбасова Т.М. Актобе, 2006.

#### Т Ў Ж Ы Р Ы М

**С.О. МАХАМБЕТОВ**

ШЖҚ «Қалалық перзентхана» МКК, Орал қ.

**БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ ҚАНСЫРАУ. ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ӘДІСТЕР: ТӘЖІРИБЕДЕГІ ЖАҒДАЙЛАР**

Қазіргі заманның талабына сай бірінші орында тұрған мәселелердің бірі ана мен баланың денсаулығын қорғау болып отыр. Осы мәселе тұрғысында жыл сайын дәрігерлердің жаңаша білім алуына тәжірибе алмасуына көп көңіл бөлінуде.

Жоғарыда көрсетілгендей Қалалық перзентхана практикасында жүзеге асып отырған үздіксіз мониторинг жүргізу, дұрыс қолданылған тактика, жоғары деңгейдегі дәрігерлік көмек, жаңа медициналық технологиялардың қолданылуы емдеу кезіндегі күрделі асқынуды болдырмайды.

## SUMMARY

S.O. MAKHAMBETOV

City maternity hospital, Uralsk c.

### POSTPARTUM HEMORRHAGE. MODERN APPROACHES: OCCURRENCES FROM PRACTICE

From above specified case it is visible that the continuous monitoring, accurately chosen tactics, the timely qualified rendering of medical care with using of modern medical technologies allows to avoid more terrible complications in the postnatal period.

## АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАЦИЯ

УДК 616.6:001.83

М.К. ИГИСИНОВ, С.С. ТУРГАЕВ, Л.В. АРТАМОНОВА, Н.К. ЖАКАНОВА,

Е.А. РАССКАЗОВ, А.С. ГОРБУНОВ, Г.Ж. ЮСУПОВ

ТОО «Андрофарм», г. Костанай

## СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ КОНТАКТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ

При лечении МКБ применяется малотравматичный и высокоэффективный способ избавления от камней в мочеточнике – контактная литотрипсия. Отличительной особенностью применяемого метода являются малая травма, короткий период восстановления больного и наименьшее количество осложнений. Для проведения данной операции применяется аппарат «Litho Clast Master». Использование спинальной анестезии является оптимальным методом анестезиологического пособия при контактной литотрипсии камней локализованных в нижней и средней трети мочеточников. Данный вид обезболивания обеспечивает достаточный уровень анестезии и наиболее благоприятные условия для проведения данной операции.

**Ключевые слова:** мочекаменная болезнь, спинальная анестезия, контактная литотрипсия.

Специалисты клиники ТОО «Андрофарм» оказывают всестороннюю помощь больным мочекаменной болезнью (МКБ), используя новейшие методы лечения. При лечении МКБ применяется малотравматичный и высокоэффективный способ избавления от камней в мочеточнике – контактная литотрипсия. Отличительной особенностью применяемого метода являются малая травма, короткий период восстановления больного и наименьшее количество осложнений. Для проведения данной операции применяется аппарат «Litho Clast Master».

Контактная литотрипсия заключается в разрушении (с помощью сжатого воздуха, ультразвука или лазера) и извлечении конкрементов из мочевых путей с помощью специального эндоскопического инструмента (уретероскопа) через мочеиспускательный канал (уретру) без разрезов. Операция контактной литотрипсии проводится под спинальной или общей анестезией. К преимуществам метода контактной литотрипсии относятся высокая эффективность (75-100%), возможность избавиться от нескольких камней за одну процедуру, малая травматичность (можно вернуться к обычному образу жизни на следующий день). Наибольшей эффективностью контактная литотрипсия обладает при дроблении камней в средней и нижней трети мочеточника.

Методом выбора анестезиологического пособия при контактной литотрипсии является спинальная анестезия (СА), которая характеризуется высокой эффективностью, обеспечивая адекватное обезболивание и хорошие условия для данной операции [1].

Цель исследования – адекватность СА при контактной литотрипсии.

### Материал и методы

СА при контактной литотрипсии, как метод обезболивания, была использована у 70 больных. Возраст больных – от 31 до 72 лет (69 мужчин, 3 женщины). Сопутствующая патология: артериальная гипертензия (24 больных),

хронические бронхолегочные заболевания (8 больных), хронический пиелонефрит (5 больных), ожирение I – II степени (11 больных).

Премедикация: накануне операции – транквилизатор, в день операции – транквилизатор и антигистаминное средство. У пациентов с хронической недостаточностью мозгового кровообращения дозы препаратов снижали вдвое, чтобы премедикация не была избыточной.

Больному в операционной катетеризировалась периферическая вена, подключался пульсоксиметр, измерялось артериальное давление.

Пункция субарахноидального пространства производилась на уровне L3- L4, L2-L3, в зависимости от уровня локализации камня в мочеточнике иглами диаметром 25G. В качестве анестетика применялись бупивакаин 0,5% – 15-20 мг, лидокаин 2% – 80 мг.

Положение на операционном столе – литотомическое, является наиболее распространенным при эндоскопических урологических операциях. Однако оно вызывает значительные функциональные расстройства: уменьшается остаточный объем легких, что предрасполагает к возникновению ателектазов и гипоксии. Опускание головного конца стола более чем на 30 градусов потенцирует этот эффект. Подъем ног резко повышает венозный возврат к сердцу и может вызвать декомпенсацию сердечной деятельности. Наоборот, при резком опускании ног могут возникнуть резкая гипотония и даже остановка сердца из-за резкого уменьшения венозного возврата к сердцу. Эти явления потенцируются вазодилатацией, сопровождающей регионарную и общую анестезию.

Эти положения требуют внимательного отношения к показателям гемодинамики и оксигенации в период развития анестезии и своевременной коррекции ОЦК с применением коллоидных препаратов [2]. Мониторинг