

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ.
ДВС-СИНДРОМ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ.

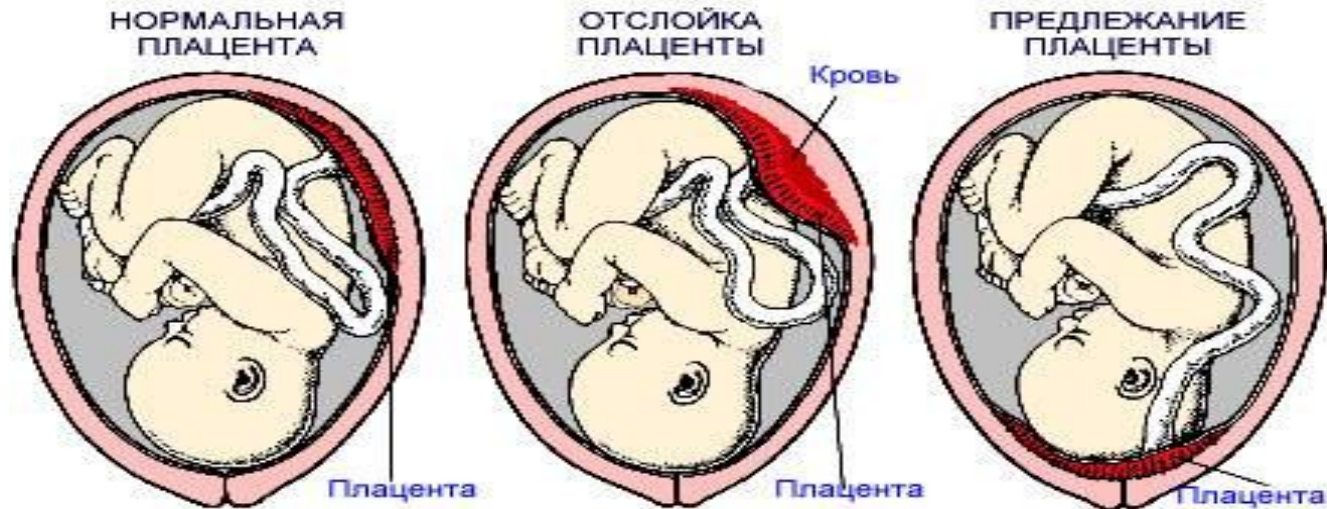
К акушерским кровотечениям поздних сроков беременности относят кровотечения, начиная с 20 недели беременности. Кровотечения, возникшие в более ранние сроки беременности, связывают с наиболее частой причиной - прерыванием беременности (абортом)

КЛАССИФИКАЦИЯ.

1. Кровотечения во время беременности и в родах

1.1. Предлежание плаценты,

1.2. преждевременная отслойка плаценты.



КЛАССИФИКАЦИЯ.

2. Кровотечения в послеродовом периоде.

2.1. Гипоатония матки

2.2. Задержка в полости матки части последа

2.3. Разрывы мягких тканей родовых путей.

2.4. Врожденные и приобретенные нарушения системы гемостаза.

ПРИЧИНЫ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

1. Нарушение сократимости миометрия.

Имбибиция кровью (Матка Кувелера)

Перерастяжение миоцитов (многоплодие, многоводие)

Замещение миоцитов СТ при вращении плаценты

Снижение содержания гликогена в мышечных волокнах, “усталость клетки”, дефицит энергии на клеточном уровне, снижение энергообразовательной функции митохондрий (упорная слабость родовой деятельности, длительная родоактивация окситоцином, передозировка утеротоников, клинически узкий таз)

ПРИЧИНЫ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

2. Родовой травматизм.

Разрыв матки непроникающий

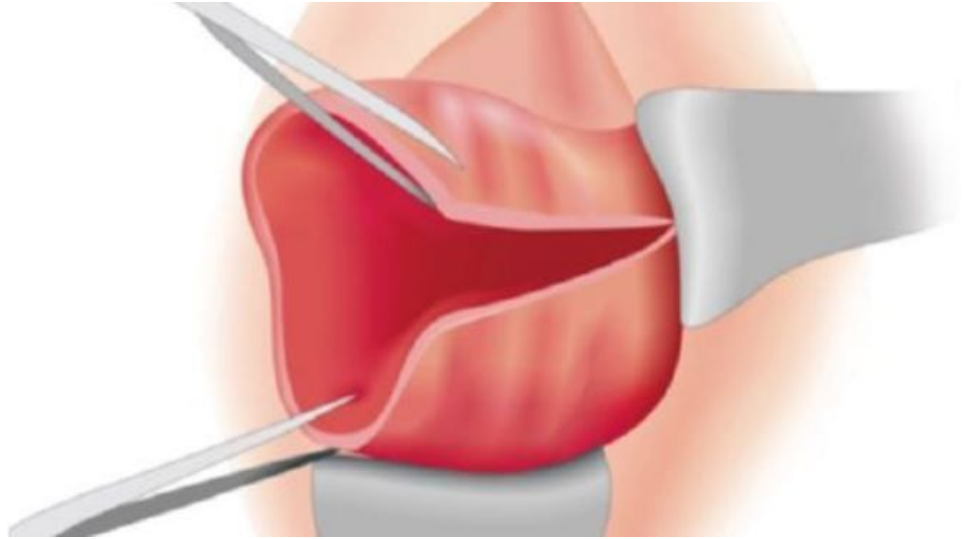
(“трещина слизистой”)

Разрыв шейки матки 3 степени

Отрыв матки от сводов влагалища

Разрыв боковой стенки влагалища

с повреждением ветвей запирающей артерии



ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ (PLACENTA PRAEVIA)

К предлежанию плаценты относят расположение плаценты в нижнем сегменте матки, когда расстояние от ее нижнего края до внутреннего

зева менее 3 см.

Встречается в 3%

от нормальных родов.

Типы предлежания плаценты



НОРМАЛЬНОЕ
РАСПОЛОЖЕНИЕ



НИЗКАЯ
ПЛАЦЕНТА



ЧАСТИЧНОЕ
ПРЕДЛЕЖАНИЕ



ПОЛНОЕ
ПРЕДЛЕЖАНИЕ

КЛАССИФИКАЦИЯ.

С 20 недели беременности выделяют 4 степени предлежания плаценты:

I - плацента находится в нижнем маточном сегменте, край плаценты не достигает внутреннего зева.

II - нижний край плаценты достигает внутреннего зева, но не перекрывает его.

III - нижний край плаценты перекрывает внутренний зев, переходя на противоположную часть нижнего сегмента, расположение на передней и задней стенке ассиметрично

IV - плацента симметрично расположена на передней и задней стенках матки, своей центральной частью перекрывает внутренний зев.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

1. Возможны эпизоды кровотечений без болевого синдрома и повышенного тонуса матки
2. Наружное кровотечение алой кровью, визуальный объем кровопотери соответствует состоянию больной (80% случаев, чаще в конце II-III триместров с появлением первых схваток)
3. высокое расположение предлежащей части плода или неправильное его положение
4. Развитие признаков страдания плода, степень дистресса плода соответствует наружной кровопотере.

ДИАГНОСТИКА.

1. УЗИ (трансвагинальный доступ), выделяют 2 основных вида аномально расположенной плаценты :

низкое расположение плаценты и предлежание плаценты

1. Применение абдоминального датчика при УЗИ в качестве скринингового теста

3.МРТ (назначается при подозрении на врастание в рубец после предыдущего к\с)

ИСПОЛЬЗУЕМ ВЫЖИДАТЕЛЬНУЮ ТАКТИКУ? ИЛИ СРАЗУ
ОПЕРИРУЕМ?

ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА .

При отсутствии кровяных выделений в момент поступления и периодически появляющихся выделений в анамнезе до 36–37 недели применяют ВЫЖИДАТЕЛЬНУЮ ТАКТИКУ.

Условия: 1. строгий постельный режим как минимум 3 суток

2. В период гестации с 22 по 34 неделю для ускоренного созревания легких плода применяют глюкокортикоиды (бетаметазон\дексаметазон 12 мг дважды через 12 часов)

3. Динамическое наблюдение за состоянием матери и плода

4. Токолитическая терапия (по показаниям: нифидепин, атосибан)

5. Антианемическая терапия (для исключения возникновения геморрагического шока)

ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА.

4. Токолитическая терапия (по показаниям: нифедипин, атосибан)

5. Антианемическая терапия (для исключения возникновения геморрагического шока)

6. Выписка под наблюдение врача ЖК, при отсутствии кровяных выделений из половых путей в течение 7 дней, при удовлетворительном состоянии матери и плода, с рекомендацией к госпитализации в сроке 34–35 недель

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ.

При появлении кровотечения показано экстренное КС

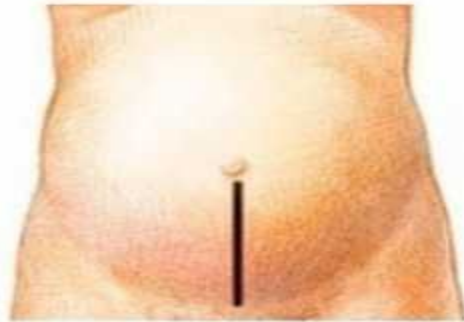
Плановое КС показано на сроке гестации 38 недель

Условия проведения операции: регионарная анестезия, при кровотечении – общая комбинированная анестезия.

Операционная бригада: хирург, анестезиолог–реаниматолог, неонатолог, трансфузиолог (для введения аутологичной взвеси эритроцитов, СЗП, эритроцитарной массы при выраженной кровопотере)

ВИДЫ ДОСТУПОВ

При массивной кровопотере, острой гипоксии плода, геморрагическом шоке показана нижнесрединная лапаротомия.



Нижне-срединный разрез
(вертикальный)



Поперечный разрез
(по Пфанненштилю)

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ

Разрез в нижнем маточном сегменте \Rightarrow рассечение плаценты,
без ее отслойки \Rightarrow извлечение плода \Rightarrow ручное отделение
плаценты.

При самопроизвольном отделении плаценты показано ручное
исследование матки

\Rightarrow Выделение плаценты \Rightarrow введение окситоцина\карбетоцина

ВРАСТАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

- относят к одному из опасных осложнений для жизни женщины и здоровья плода в связи с возможным массивным кровотечением.

Факторы, ведущие к данному состоянию:

- рубец на матке после КС
- предлежание плаценты

КЛАССИФИКАЦИЯ ГЛУБИНЫ ВРАСТАНИЯ

accreta – истончение децидуальной оболочки и прирастание ворсы плаценты к мышечной оболочке или рубцовой ткани

increta – прорастание в миометрий на определенную глубину

perceta – ворсины хориона пронизывают весь мышечный слой, вплоть до серозного с возможным проникновением в соседние органы

Normal (Decidua)

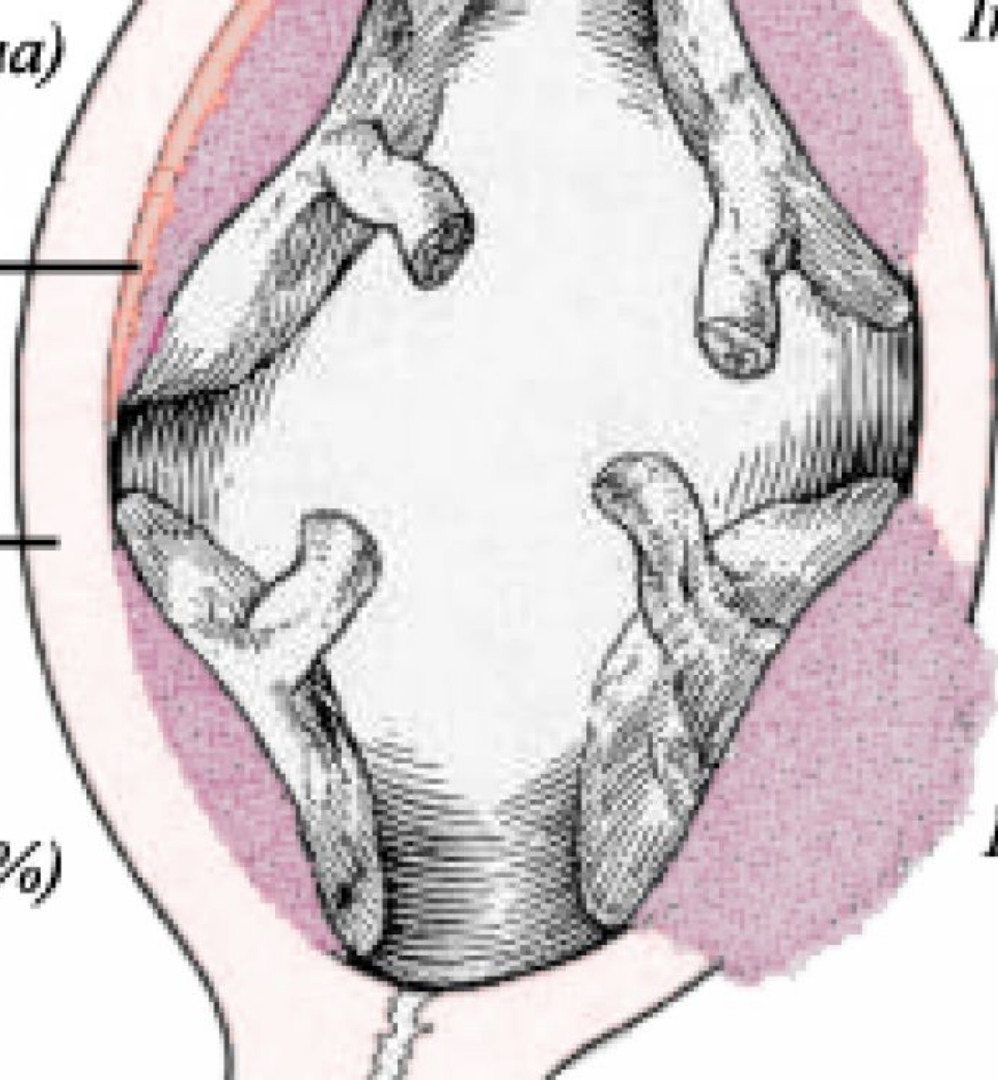
Increta (11%)

Stratum basalis
of endometrium

Myometrium

Accreta (75-78%)

Percreta (5%)

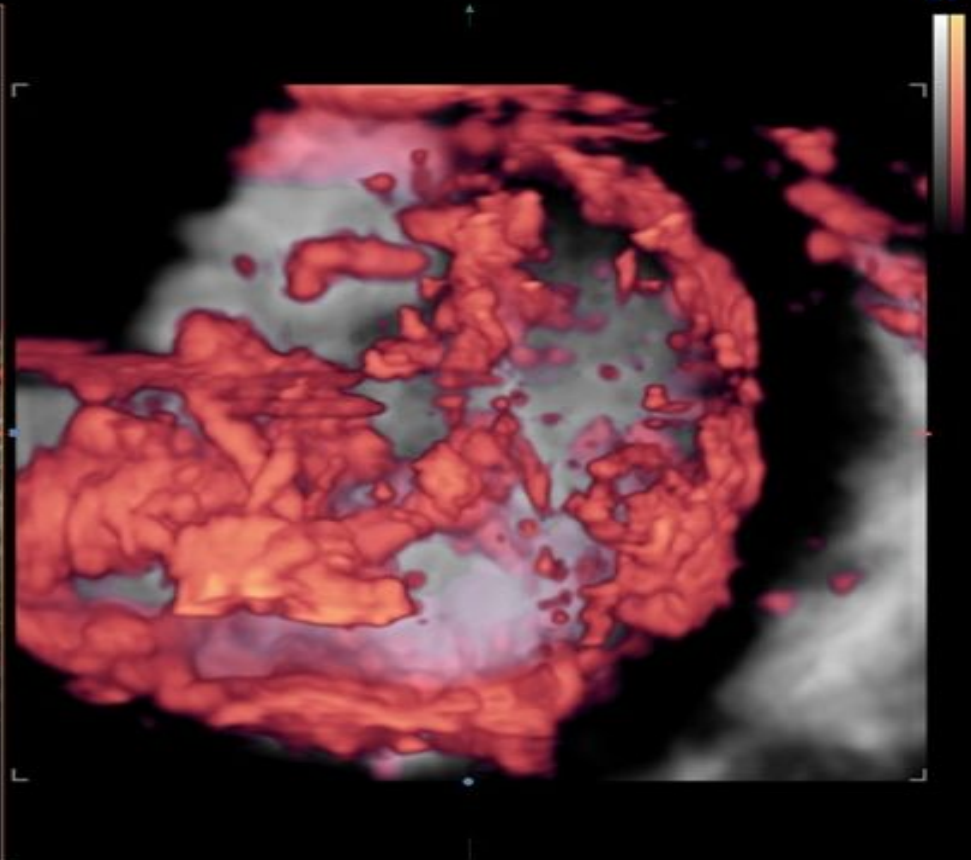
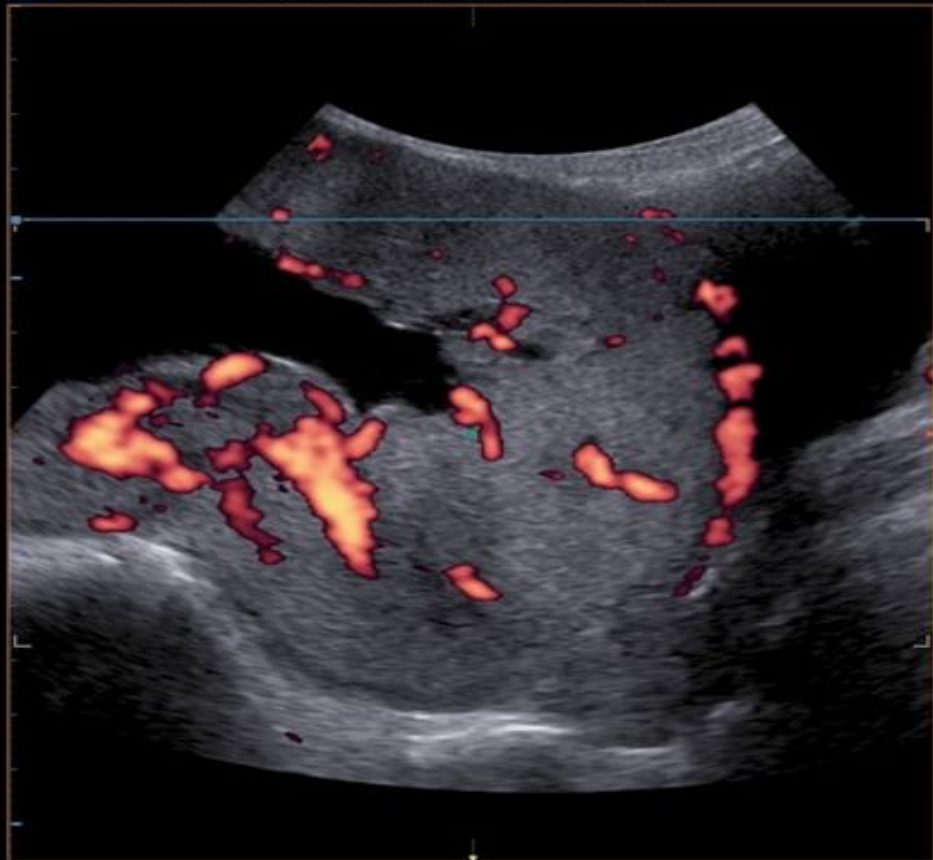


ДИАГНОСТИКА ВРАСТАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

С высокой точностью позволяют диагностировать УЗИ и МРТ

Основные эхокардиографические признаки:

- отсутствие гипоэхогенной ретроплацентарной зоны
- плацентарные сосудистые лакуны
- гиперваскуляризация нижнего маточного сегмента (цветовое доплеровское картирование)
- отсутствие четкой границы между стенкой матки и мочевым пузырем



ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

При отсутствии осложнений беременных с вращением плаценты госпитализируют планово в сроке 36–37 недель.

Проводят предоперационную подготовку.

Операционная бригада: хирург, анестезиолог–реаниматолог, неонатолог, трансфузиолог, ангиохirurg. Стационар для госпитализации выбирают заранее, по возможности должен иметь отделение эндоваскулярной хирургии.

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Выбор доступа: срединная лапаротомия, донное КС(.

После извлечения плода и пересечения пуповины, пуповинный остаток погружают обратно в матку, ушивают разрез, при наличии ангиографической установки проводят эмболизацию маточных артерий или баллонную окклюзию общих подвздошных артерий (минимальная кровопотеря, временное прекращение кровотока, что позволяет провести более тщательный гемостаз)

Завершающий этап операции – иссечение аневризмы матки, удаление плаценты и метропластика (для хирурга методом выбора является донное КС из-за более комфортных условий и визуализации нижнего края неизмененного миометрия)

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ (ПОНРП)

– отслойка ее во время беременности или родов, до рождения ребенка

Классификация:

- Частичная (отслаивается часть плаценты):
 - ❖ краевая (отслойка края плаценты)
 - ❖ центральная (отслойка центральной части)
 - ❖ прогрессирующая
 - ❖ непрогрессирующая
- Полная (отслойка всей плаценты)

ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К ПОНРП

- экстрагенитальные заболевания
- преэклампсия
- генетическая предрасположенность к тромбозам
- аномалии развития матки, опухоли
- двойня
- многоводие
- механическая травма
- гиперстимуляция матки
- наружно-внутренний поворот

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

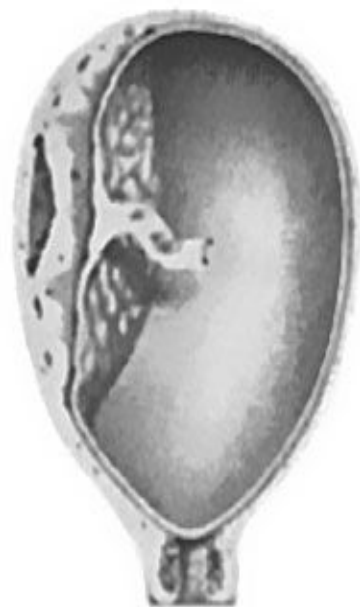
1. Абдоминальный болевой синдром (от нерезко выраженных болей в животе до резких, сочетающихся с гипертонусом матки)
2. Гипертонус матки вне и во время схватки, болезненности матки при пальпации(локальная или тотальная)
3. При выраженной отслойке, локализованной по передней стенке матки, характерно локальное выпячивание, асимметрия матки
4. Кровотечение возникает чаще в III триместре беременности, в 1 или 2 периоде родов, чаще внутреннее, не соответствует тяжести состояния пациентки)

Кровотечение, связанное с отслойкой нормально расположенной плаценты, делят на 3 типа:

Наружное, когда край плаценты отслаивается и кровь вытекает наружу

Скрытое (ретроплацентарное), когда кровь скапливается между плацентой и стенкой матки

Смешанное, когда часть крови вытекает наружу, а часть скапливается ретроплацентарно.



Частичная отслойка
с образованием ретро-
плацентарной гематомы



Частичная отслойка
с наружным кровотечением



Полная отслойка с обра-
зованием ретроплацен-
тарной гематомы

ДИАГНОСТИКА

Легкая степень ПОНРП без клинической картины или со скудными ее проявлениями, сложно диагностировать без УЗИ

Средняя степень диагностируется при сборе анамнестических данных и на основании жалоб + УЗИ

УЗИ позволяет определить место и площадь отслойки плаценты, размеры и структуру ретроплацентарной гематомы

Лабораторные данные могут указывать на развитие ДВС – синдрома, выявление скрытой тромбофилии.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Зависит от:

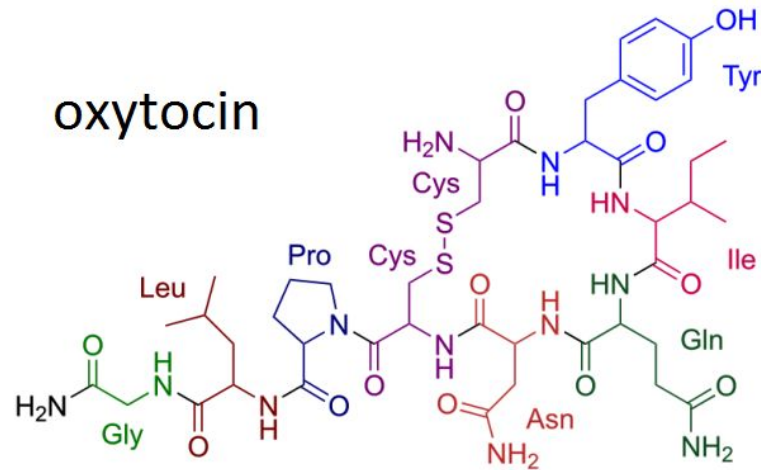
- величины кровопотери
- состояния беременной и плода
- срок гестации
- состояние системы гемостаза
- степень раскрытия шейки матки во время родов

При легкой форме ПОНРП, если состояние матери и плода не страдает, нет выраженного наружного или внутреннего кровотечения, анемии и сроке гестации 34–35 недель возможна выжидательная тактика: постельный режим, введение В-адреномиметиков, дезагрегантов, поливитаминов и антианемических препаратов (по показаниям)

При средней и тяжелой форме ПОНРП показано быстрое и бережное родоразрешение путем КС (независимо от срока гестации и состояния плода)

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ

Роды можно вести через естественные родовые пути, если произошла небольшая отслойка и роженица и плод находятся в удовлетворительном состоянии. Производится ранняя амниотомия (для поступления тромбопластина в кровоток) и ускорения родов, в случае отсутствия родовой деятельности производят стимуляцию окситоцином.



ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ

При прогрессировании отслойки или появлении выраженных симптомов внутреннего кровотечения во втором периоде родов тактика зависит от местонахождения предлежащей части в малом тазу.

В широкой части малого таза и выше – показано КС

Если предлежащая часть располагается в узкой части малого таза и ниже, то при головном предлежании накладывают акушерские щипцы, а при тазовом предлежании производят экстракцию плода за тазовый конец



ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Операционная бригада: хирург, анестезиолог-реаниматолог, неонатолог, трансфузиолог.

Доступ выбора: нижнесрединная лапаротомия.

Интраоперационно проводят адекватную по объему и составу инфузионно-трансфузионную терапию на фоне контроля диуреза и основных показателей.

Важна коррекция гемостаза-применение СЗП, тромбоцитарной массы, эритроцитарную массу (по показаниям)

ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

-это кровопотеря более 500 мл во время родов через естественные родовые пути и более 1000 мл при операции КС или любой клинически значимый объем кровопотери (приводящий к гемодинамической нестабильности), возникающий на протяжении 42 дней (6 недель), после рождения плода

КЛАССИФИКАЦИЯ

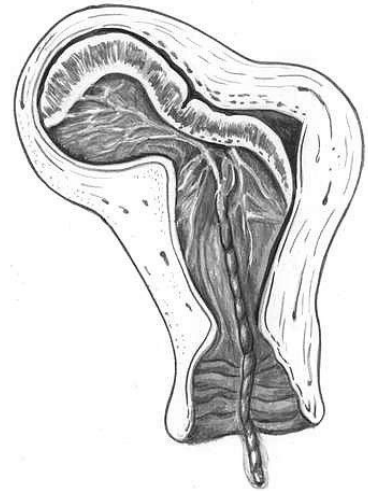
- раннее (первичное) послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее после рождения плода меньше 24 часов после родов
- позднее (вторичное) послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее позже 24 часов и менее 6 недель (42 дней) послеродового периода.

КЛАССИФИКАЦИЯ (ПО ОБЪЕМУ КРОВОПОТЕРИ)

1. физиологическая кровопотеря – до 10% ОЦК или до 500 мл во время родов и до 1000 во время кесарева сечения
2. патологическая кровопотеря – от 10 до 30% ОЦК более 500 мл во время родов и более 1000 мл во время кесарева сечения
3. массивная кровопотеря – превышающая 30% ОЦК

КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

1. Нарушение отделения плаценты и выделения последа (при патологическом прикреплении плаценты, плотном прикреплении, врастании ворсин хориона)
2. Гипотонии матки
3. Особенности строения и прикрепления плаценты матки, ее аномалиях
4. Ущемлении последа в матке



ДИАГНОСТИКА

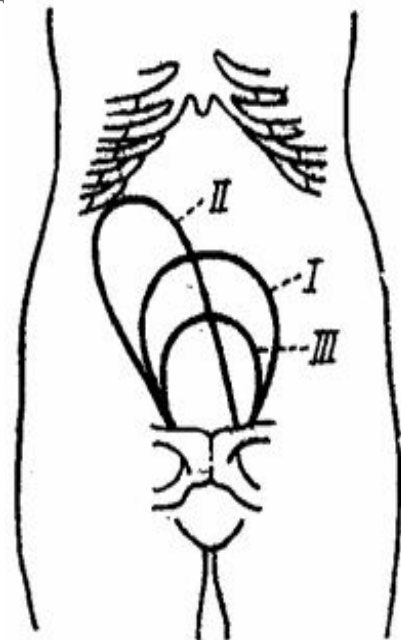
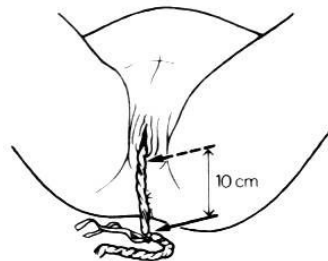
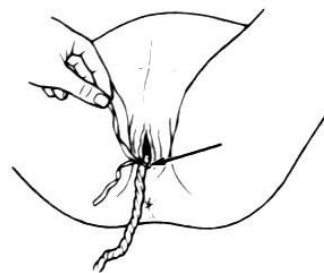
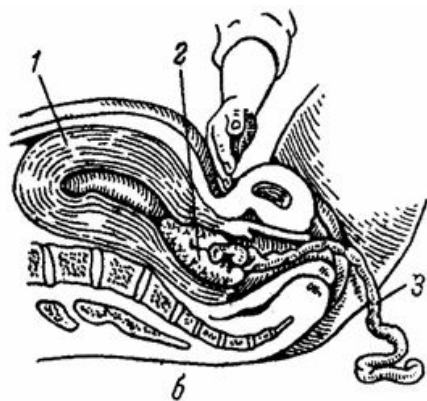
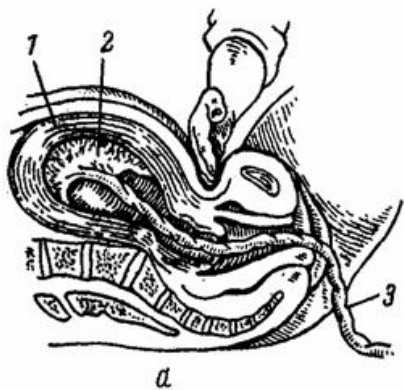
Лабораторные исследования:

- клинический анализ крови
- коагулограмма
- при массивной кровопотере: КОС, газы крови, уровень лактата
- биохимический анализ крови
- электролиты в плазме
- анализ мочи

ДИАГНОСТИКА

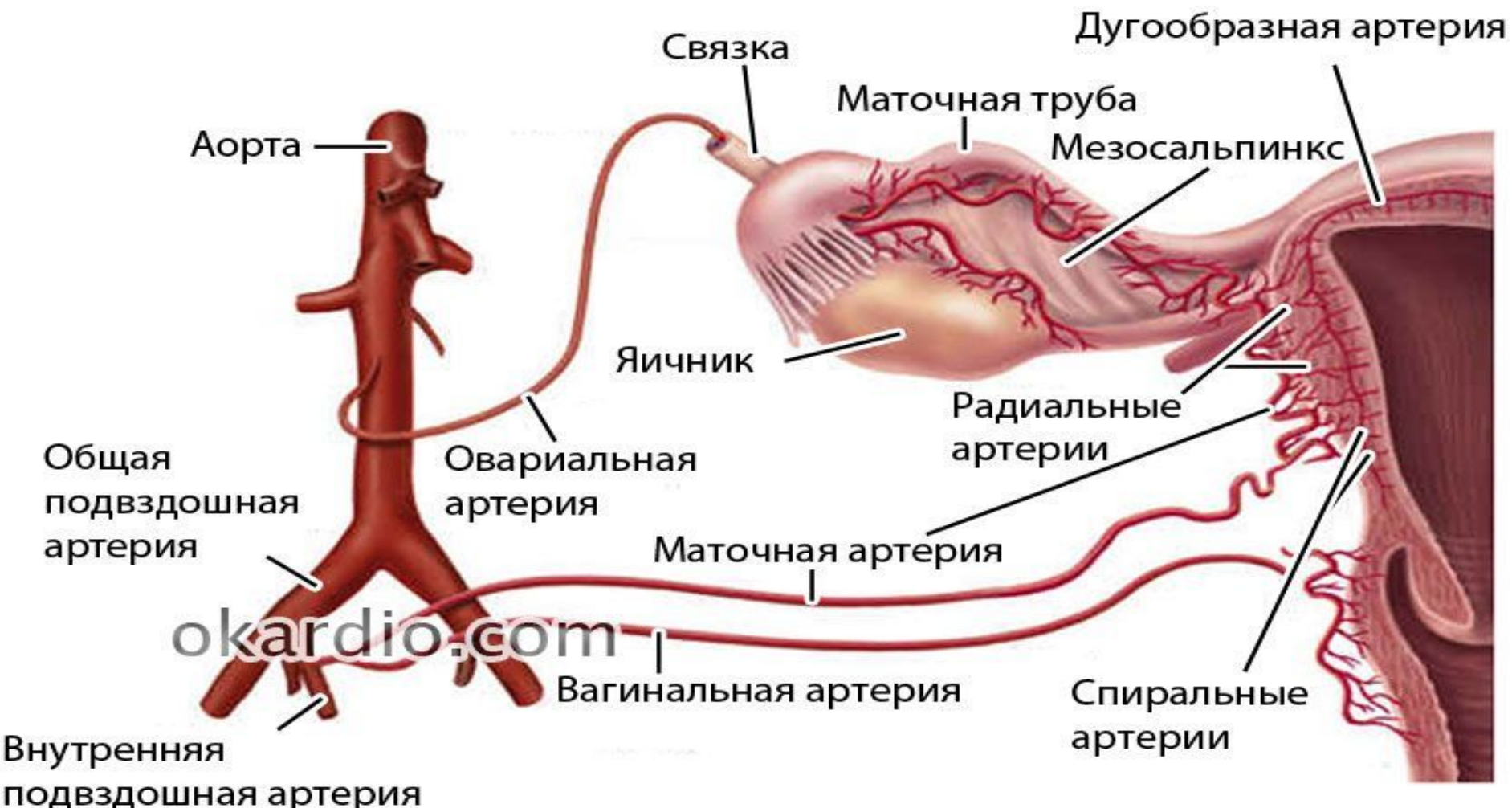
При нарушении отделения плаценты и выделения последа:

Отсутствие признаков отделения плаценты (Шредера, Купера, Чукалова, Альфреда)



ДИАГНОСТИКА (ПРИ НАРУШЕНИИ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И ВЫДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ)

При истинном врастании хориона невозможно отделить плаценту от стенки без нарушения ее целостности, нередко такое врастание устанавливают только при гистологическом исследовании матки, удаленной в связи с гипотонией и массивным кровотечением в послеродовом периоде)



ТРАВМЫ РОДОВЫХ ПУТЕЙ

Разрывы шейки матки сопровождаются кровотечением при нарушении целостности нисходящей ветви маточной артерии

При травмах влагалища кровотечение возникает из разрывов варикозно расширенных вен, *a.vaginalis* и ее ветвей.

Кровотечение возможно при высоких разрывах с вовлечением сводов и основания широких маточных связок, *a.uterinae*

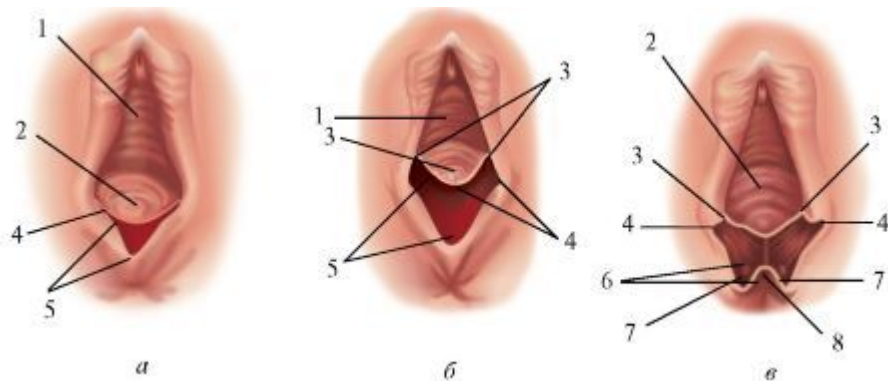
При разрывах промежности кровотечение происходит из ветвей, *a.pudendae*

Разрывы в области клитора, где развита сеть венозных сосудов, также сопровождается сильным кровотечением.

ЛЕЧЕНИЕ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ, С ОСЛОЖНЕНИЕМ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ

Цель лечения – остановка кровотечения, которая происходит за счет

- отделения плаценты и выделения последа
- ушивания разрывов мягких тканей родовых путей
- нормализация дефектов гемостаза



Хирургическое вмешательство
(эпизиотомия)



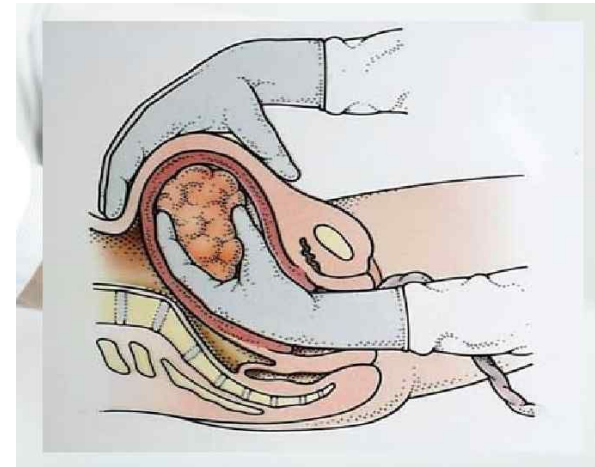
ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

1. Катетеризация мочевого пузыря (вызывает усиление сокращений матки и отделения плаценты)
2. Установка в\в катетера, введение кристаллоидов с целью адекватной коррекции возможной кровопотери
3. Введение утеротонических препаратов через 15 минут после изгнания плода
4. При появлении признаков отделения плаценты-выделение последа одним из принятых способов (Абуладзе, Креде-Лазаревича)



При отсутствии признаков отделения плаценты в течение 20–30 минут на фоне введения сокращающих средств производят ручное отделение плаценты и выделение последа. Если обезболивание не применялось, указанную операцию проводят на фоне обезболивающих средств, введенных внутривенно. После удаления последа матка сокращается, плотно обхватывая руку.

Если тонус матки не восстанавливается, проводят дополнительную утеротоническую терапию, производят бимануальную компрессию матки.



Кровотечения, возникшие в результате травм родовых путей, останавливают путем немедленного ушивания и восстановления целостности тканей.

При кровотечении, обусловленном нарушением гемостаза, его корректируют.

ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ РАННИХ (ДО 24 ЧАСОВ) ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

“ПРАВИЛО 4Т”

T(tonus) – нарушение сокращения матки (гипо-атония)

T(tissue) – задержка частей плаценты в полости матки

T(trauma) – травма родовых путей, разрыв матки

T(trombin) – нарушение свертывающей системы крови

Causes of PPH:

Causes: Mnemonic: 4T's

T: Tone diminished:

- Uterine Atony represents 70% postpartum hemorrhage.

T: Tissue:

- Retained Placenta.
- Placenta accreta.

T: Trauma:

- Uterine Inversion.
- Uterine Rupture.
- Cervical laceration.
- Vaginal hematoma.

T: Thrombin:

- Coagulopathy

CAUSES



ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ ПОЗДНИХ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ (ПОСЛЕ 24 ЧАСОВ) ЯВЛЯЮТСЯ

- ★ остатки плацентарной ткани (препятствуют сокращению и пережатию маточных сосудов)
- ★ субинволюция матки
- ★ послеродовая инфекция
- ★ наследственные дефекты гемостаза (врожденные заболевания: гемофилия А, болезнь Виллебранда, приобретенные при беременности: идиопатическая тромбоцитопения с преэклампсией, синдром ДВС)

СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ

Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
Одноплодная беременность	Многоплодная беременность	Предлежание, плотное прикрепление или врастание плаценты
Меньше 4 родов в анамнезе	Больше 4 родов в анамнезе	Установленный дефект системы свертывания крови
Неоперированная матка	КС или операция на матке в анамнезе	Гематокрит менее 30
Отсутствие акушерских кровотечений в анамнезе	Миома матки больших размеров	Кровотечение при госпитализации

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ КРОВОПОТЕРИ

1. Визуальный (недооценка 30%)
2. Гравиметрический
3. Шоковый индекс (ЧСС\АД сист.)

$N=0,7-0,9$

$1,0=\text{шок}$

1. Клиника гиповолемии – уделять большее внимание оценке клинических симптомов гиповолемии



АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ РАННЕМ (ПЕРВИЧНОМ)

ПОСЛЕРОДОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

С первых минут развития кровотечения организация помощи осуществляется по принципу мультидисциплинарной бригады с четким распределением обязанностей.

1. Позвать всех на помощь: порядок оповещения в локальном алгоритме в зоне визуальной доступности

МАНИПУЛЯЦИИ ПЕРВОГО ЭТАПА

1. Ингаляционное введение кислорода
2. Катетеризация 2х периферических вен катетерами
3. Катетеризация мочевого пузыря
4. Мониторинг жизненно важных функций (АД, пульс, дыхание, уровень насыщение кислорода в крови, диуреза)
5. Обеспечить согревание пациентки
6. Введение внутривенно теплых кристаллоидных растворов

МЕРЫ ПО ОСТАНОВКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Осмотр вульвы, влагалища, шейки матки для исключения травмы как возможной причины кровотечения и ушивание разрывов мягких родовых путей

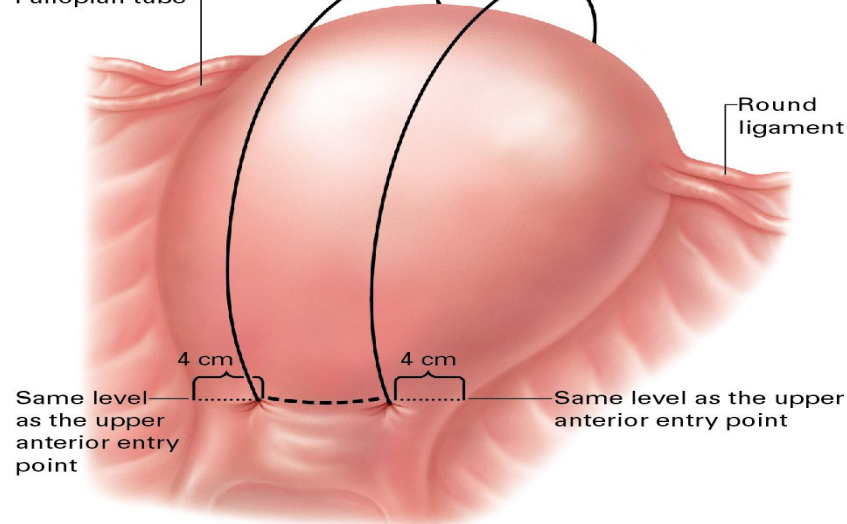
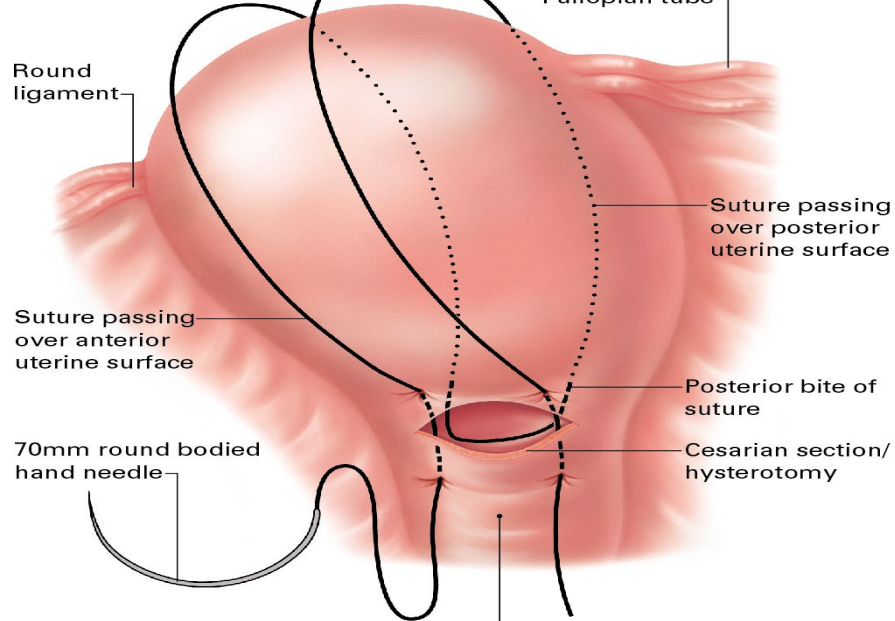
Ручное исследование послеродовой матки, удаление остатков плацентарной ткани и сгустков

Наружный массаж

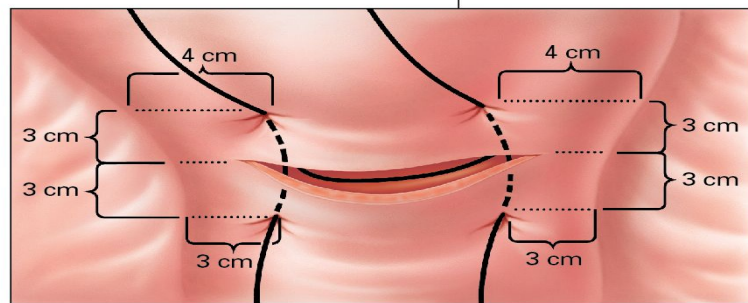
Компрессия аорты

ПРИ ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ КРОВОТЕЧЕНИИ (ОТ 10 ДО 20 МИНУТ) ОТ НАЧАЛА КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:

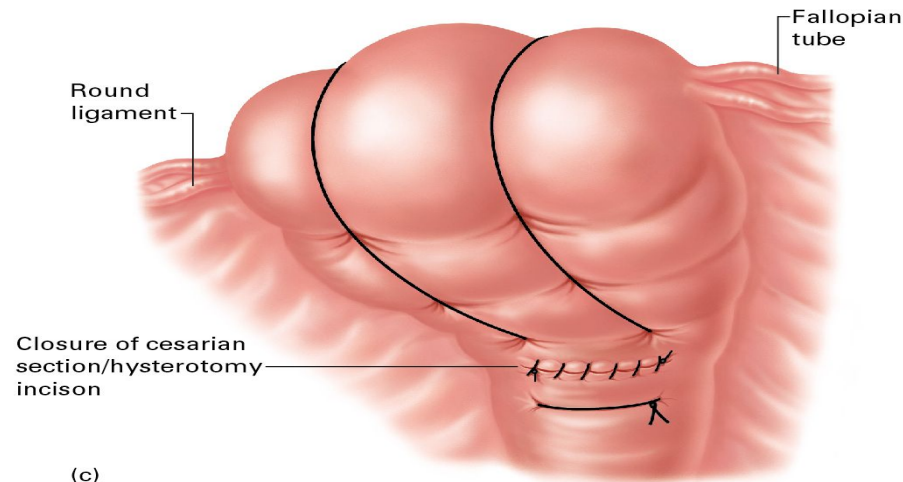
1. Продолжить ИТТ
2. Продолжить введение утеротоников
3. УБТ
4. В ситуации, когда объем кровопотери больше 1000 мл и кровотечение продолжается – все лечебные мероприятия проводятся в операционной
5. Если кровотечение развивается во время КС, наложить компрессионные швы по В-Lynch



(b)



(a)



(c)

ПРИ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕ, ПРЕВЫШАЮЩЕЙ 25-30% ОЦК

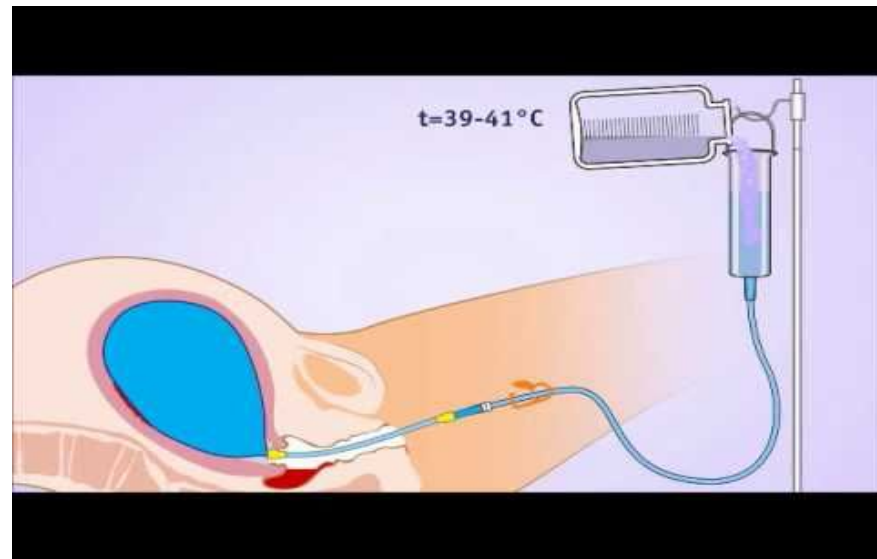
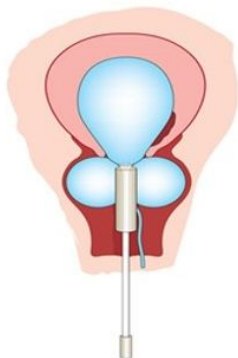
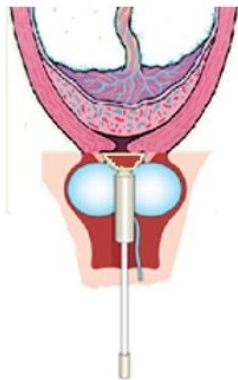
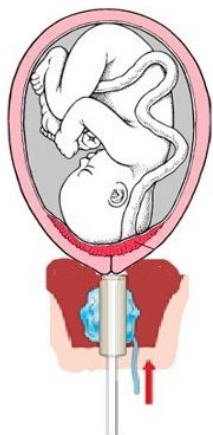
Следует выполнить хирургическое вмешательство не позднее 20 минут

Сдавление брюшной аорты до начала операции поможет уменьшить дополнительную кровопотерю.



УБТ

возможно одновременное применение маточного и вагинального баллонов. Двухбалонная маточно-вагинальная система дает дополнительные преимущества в виде компрессии сосудов нижнего сегмента матки.



ЕСЛИ ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ МЕРЫ ПО ОСТАНОВКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ОКАЗАЛИСЬ НЕЭФФЕКТИВНЫ, НЕОБХОДИМО:

1. Обеспечить анестезиологическое пособие операции
2. Провести повторный забор анализов
3. Провести интраоперационную реинфузию аутоэритроцитов – при наличии возможности
4. Провести хирургический гемостаз:
 - Лапаротомия
 - деваскуляризация матки
 - гистеротомия, лигирование кровоточащих сосудов плацентарной площадки
 - компрессионные швы
 - гистерэктомия

ГИСТЕРЭКТОМИЯ

- неотложное оперативное вмешательство, направленное на спасение жизни родильницы при неконтролируемом кровотечении, когда мероприятия предыдущих этапов по остановке маточного кровотечения не имеют эффекта.
- Решение должно быть принято своевременно и коллегиально
- При невозможности обеспечить принцип поэтапного хирургического гемостаза максимально быстро должна быть выполнена гистерэктомия, как наиболее эффективный метод остановки кровотечения

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПОЗДНЕМ (ВТОРИЧНОМ) ПОСЛЕРОДОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

1. Провести микробиологическую оценку влагалищных, цервикальных выделений и в случае подозрения на эндометрит назначить АБТ.
2. Выполнить УЗИ органов малого таза для исключения остатков плацентарной ткани в матке
3. Провести гистероскопию и хирургическое удаление остатков плацентарной ткани
4. При выявлении послеродового эндометрита дальнейшее лечение вести согласно клиническим рекомендациям “Септические осложнения в акушерстве”

УКЛАДКА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОСЛЕРОДОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ (РРН-ВОХ)

Раствор кристаллоидов 500 мл	2
Система для внутривенного введения	1
Мочевой катетер и мочеприёмник	1
Шприцы 10 мл	4
Шприцы 5 мл	2
Шприцы 2 мл	4
Перчатки	1
Лейкопластырь для фиксации	1
Стерильный материал	1

Жгут медицинский	1
Пробирки для забора клинического анализа крови	1
Пробирки для забора гемостазиограммы	1
Пробирки для забора биохимии	1
Катетер внутривенный №16G и 18G	2
Кислородная маска	1
Антисептик	1
Ножницы	1



ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:

1. Диагностика и лечение анемии
2. планирование родоразрешения беременных с высоким риском кровотечения с участием мультидисциплинарной бригады
3. Ведение родов с установленным венозным доступом
4. Введение транексамовой кислоты 0,5.1,0 г у женщин с высоким риском развития кровотечения
5. контролируемые тракции за пуповины
6. Пережимать пуповину следует не ранее 1ой минуты после рождения ребенка
7. Введение утеротоников всем женщинам в третьем периоде родов снижает риск послеродового кровотечения

УТЕРОТОНИКИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ В РОДАХ:

В настоящее время профилактика кровотечения в родах проводится введением окситоцина 2 мл (10 МЕ) в\м, в боковую поверхность бедра сразу после рождения плода для женщин низкой группы риска или в\в медленным введением окситоцина (% ЕД на 50мл физиологического раствора) на скорости 15,2 мл\час

ДЕЙСТВИЯ ПРИ МАССИВНОЙ АКУШЕРСКОЙ КРОВОПОТЕРЕ

Быстрая диагностика массивной кровопотери и коагулопатии
(прикроватный тест, тромбоэластография)

До остановки кровотечения: допустимая артериальная гипотония
(АД сист не более 100 мм.рт.ст.)

Предотвращение\лечение гипотермии, ацидоза, гипокальциемии

Кислородотерапия

Инфузионная терапия плазмозаменителями