

Дніпровський базовий медичний коледж

НАЗВА ТЕМИ

Кровотечі під час вагітності, пологів та в післяпологовий період

Лекція № 1

**ЦК акушерства та гінекології
Спеціальність: лікувальна справа**

**Дисципліна:
Акушерство**

2018р.

**викладач
Крапива Оксана Володимирівна**

КРОВОТЕ



Кровотечі у I половині вагітності:

- мимовільний викидень;
- пухирний занос;
- позаматкова вагітність (у тому числі шийкова вагітність).

Кровотечі у II половині вагітності:

- передлежання плаценти;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- розрив матки.

Кровотечі під час пологів:

I період:

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- передлежання плаценти;
- розрив матки;
- розрив шийки матки.

II період:

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- розрив матки.

Наказ МОЗ України
від 24.03.14
№ 205
КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
"Акушерські кровотечі"

80 стр.



Мимовільний викидень

- - мимовільне патологічне переривання вагітності.



Класифікація

- I. - загроза аборт;
- II. - аборт «в ходу»;
- III. - неповний аборт;
- IV. - повний аборт;
- V. - аборт, що не відбувся

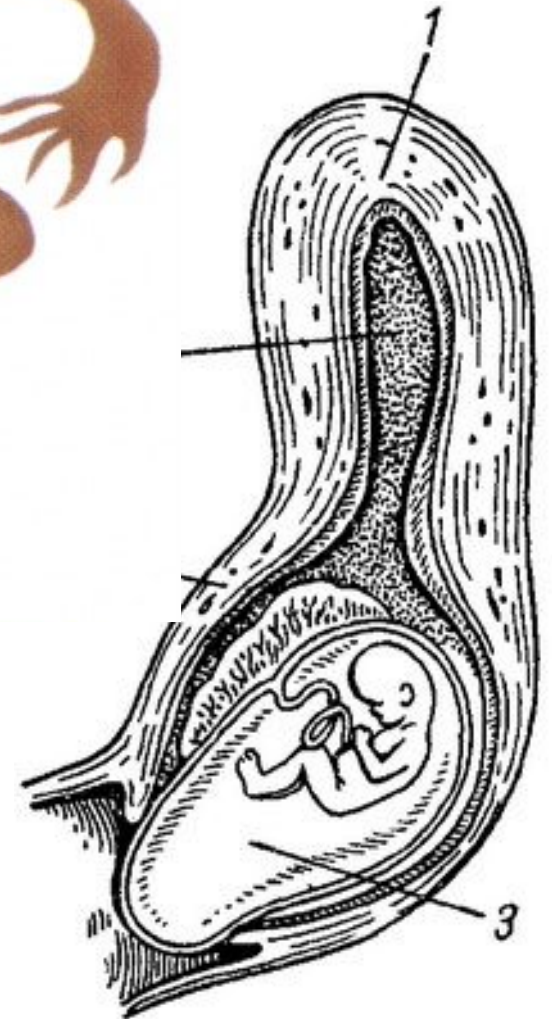
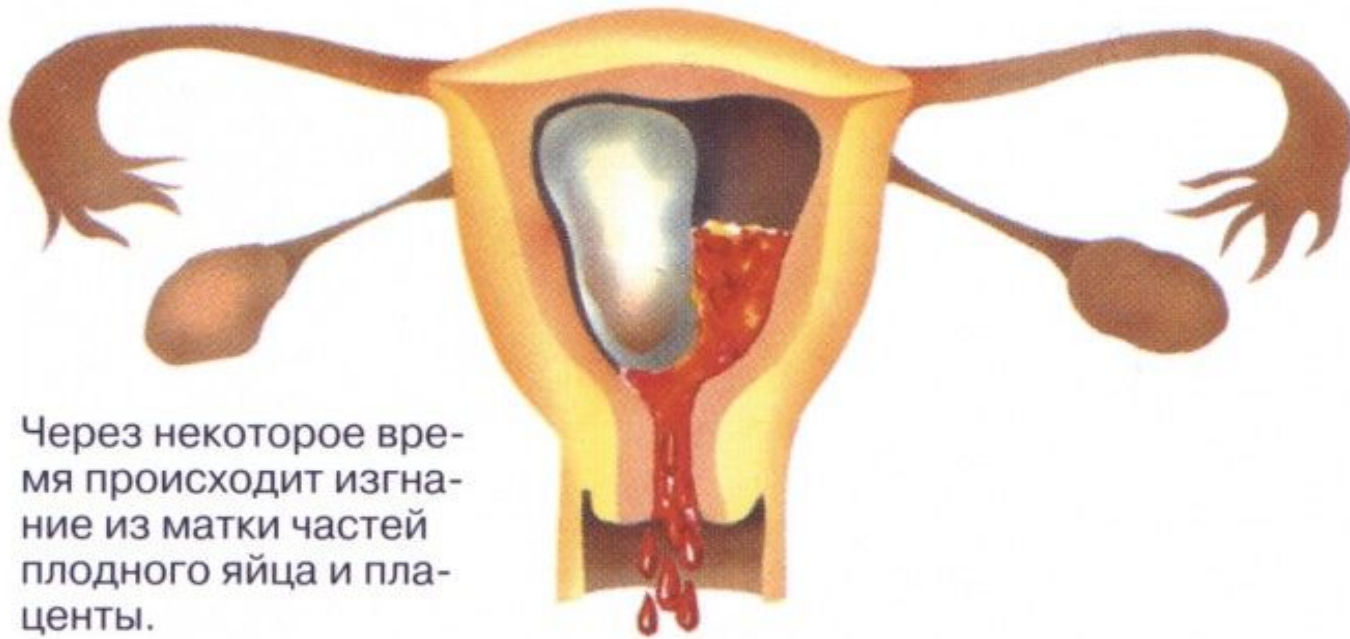


загроза абарту

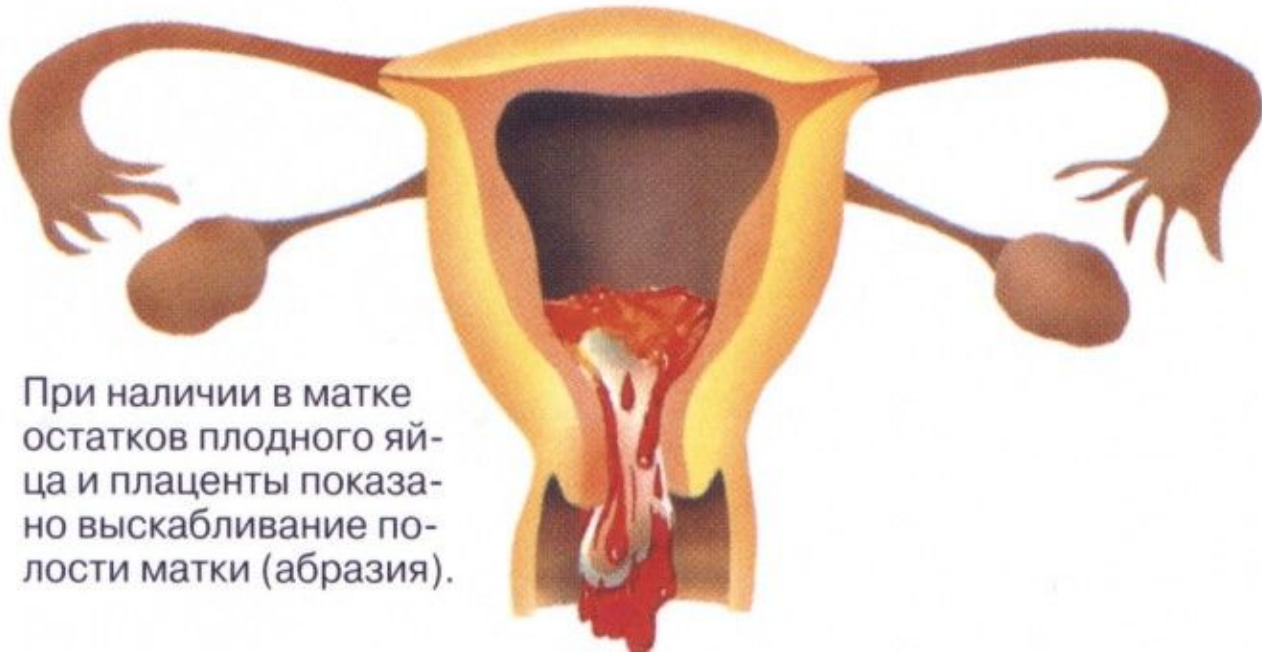


Симптомы выкидыша:
кровотечение, сопровождающееся схваткообразными болями внизу живота, боль в спине и желудке.

Аборт в ходу



Неповний аборт



При наличии в матке остатков плодного яйца и плаценты показано выскабливание полости матки (абразия).

Симптоми переривання вагітності:



- больовий синдром: біль, пов'язаний із скороченням матки;
- підвищений тонус матки;
- кровотеча різного ступеню інтенсивності;
- структурні зміни шийки матки.

Діагностика:



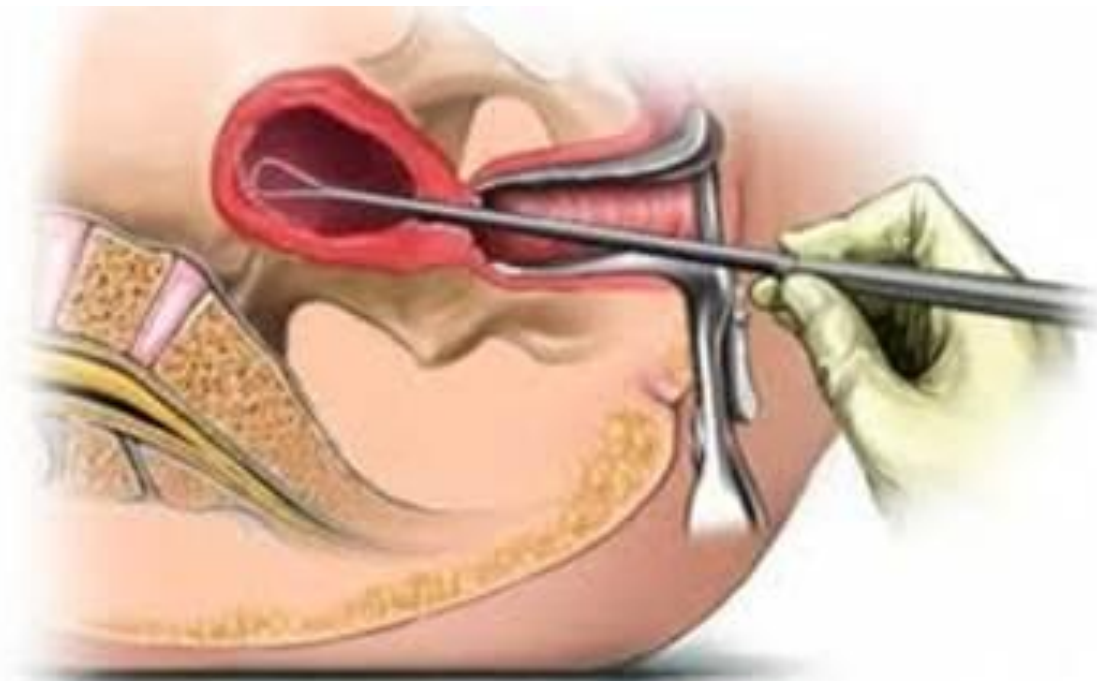
- - оцінка загального стану вагітної;
- - огляд шийки матки у дзеркалах, бімануальне дослідження;
- - оцінка величини крововтрати.

Лікування:

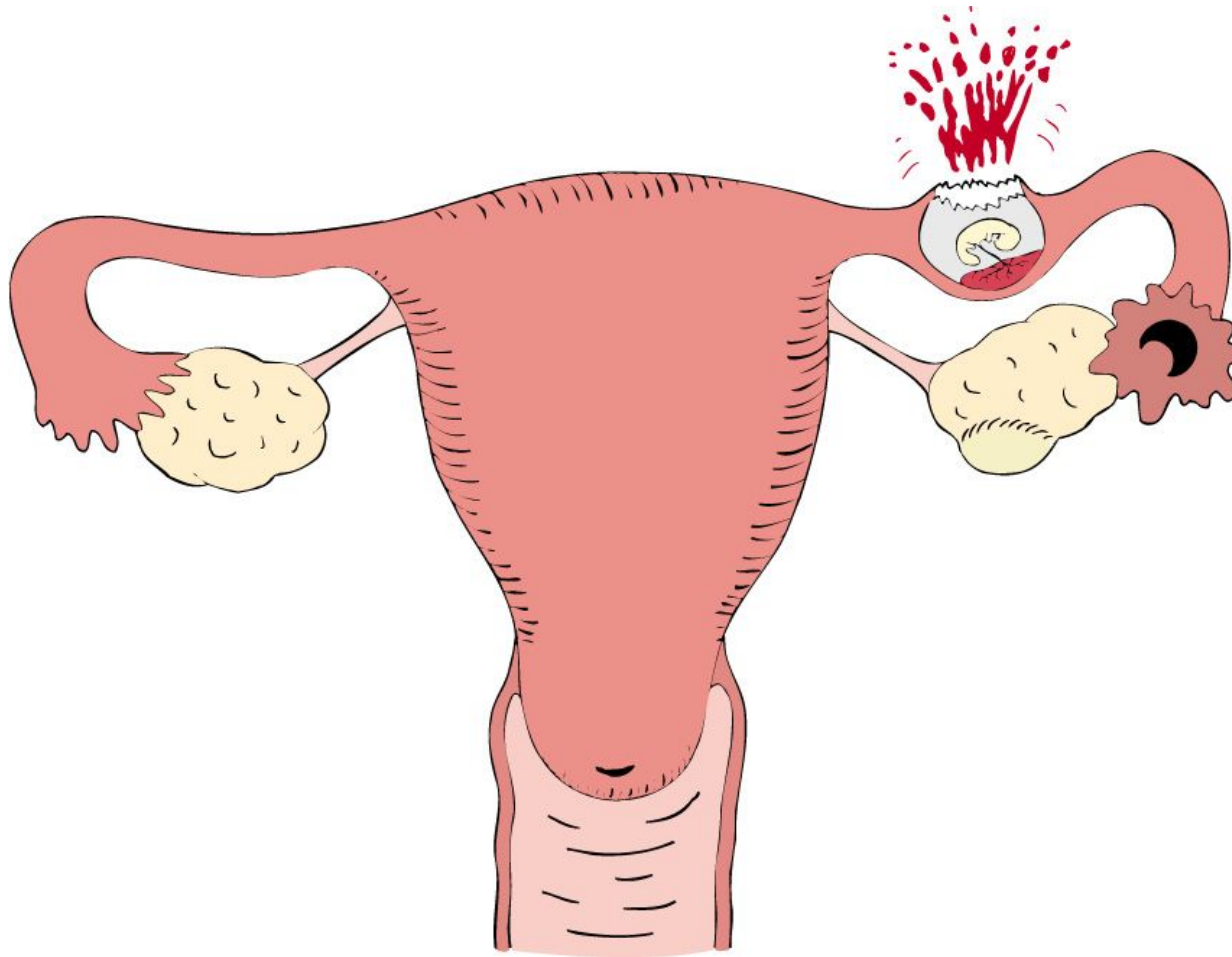


- - інструментальне випорожнення матки під внутрішньовенним наркозом (обов'язкове гістологічне дослідження отриманого матеріалу);
- - препарати, скорочуючі матку (10 ОД окситоцину внутрішньовенно крапельно або 0,5 мкг метилергобревіну внутрішньовенно або внутрішньом'язово);
- - при продовженні кровотечі 800 мкг мізопростолу ректально;
- - відновлення величини крововтрати за показаннями;
- - антибактеріальна терапія за показаннями.

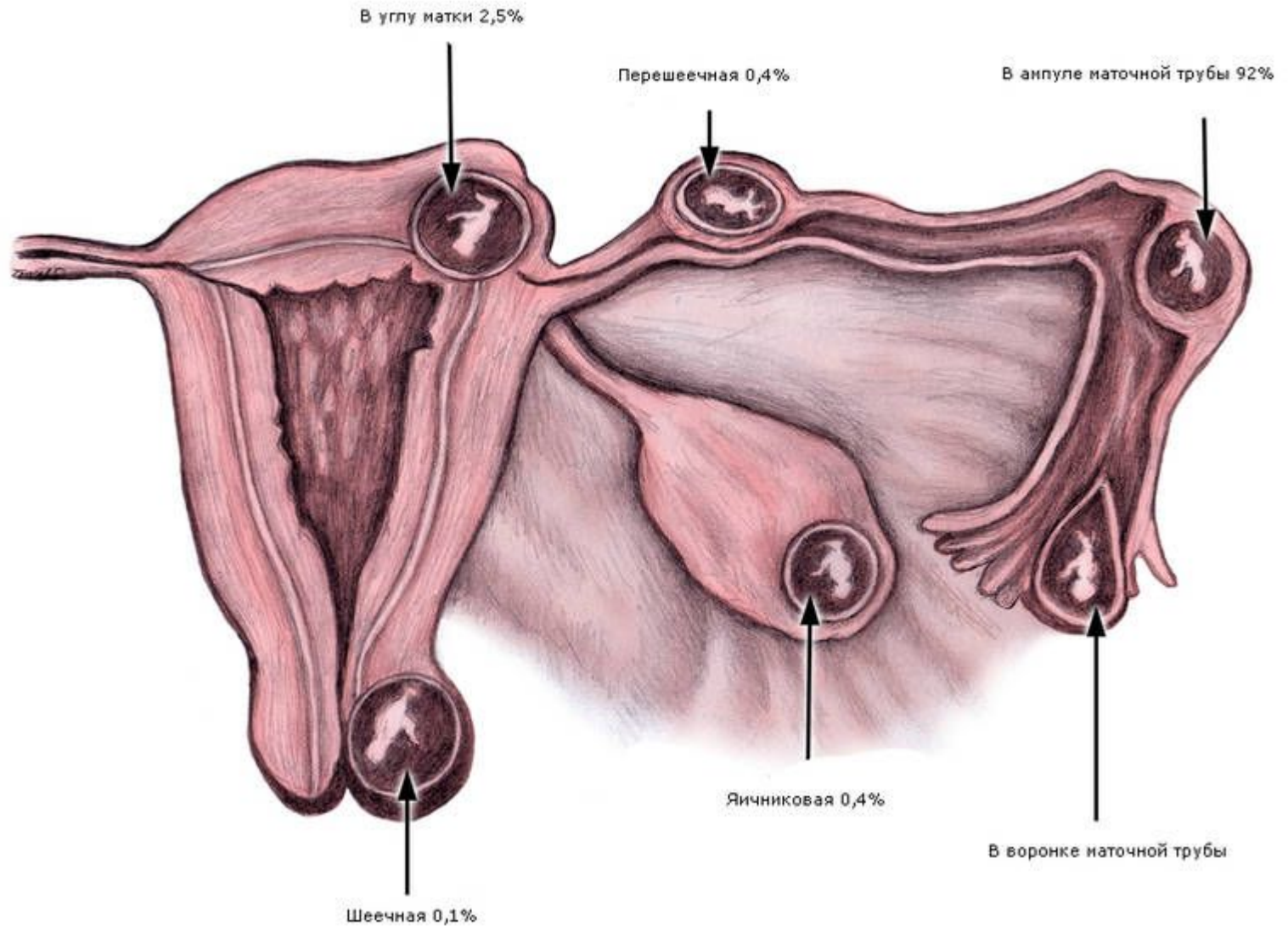
Лікування викидню

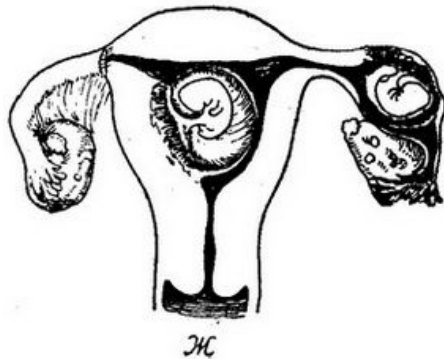
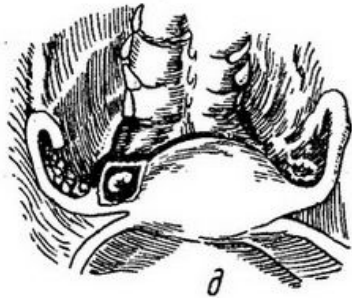
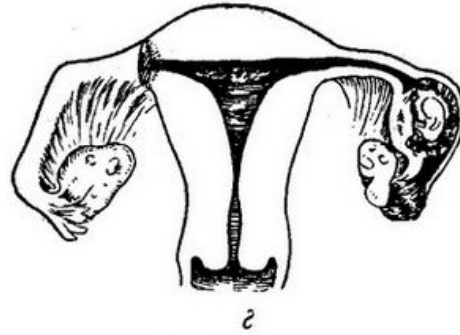
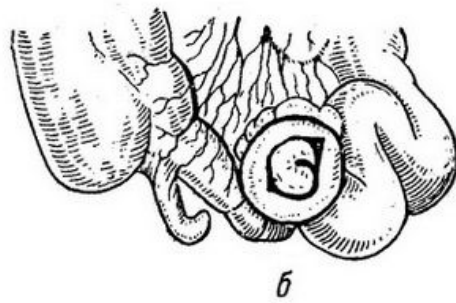
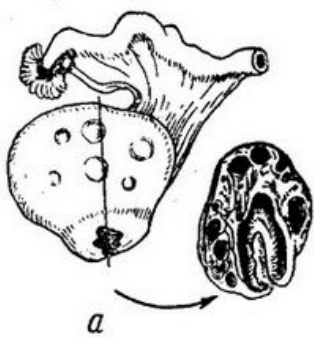


Позаматкова вагітність



Види позаматкової вагітності

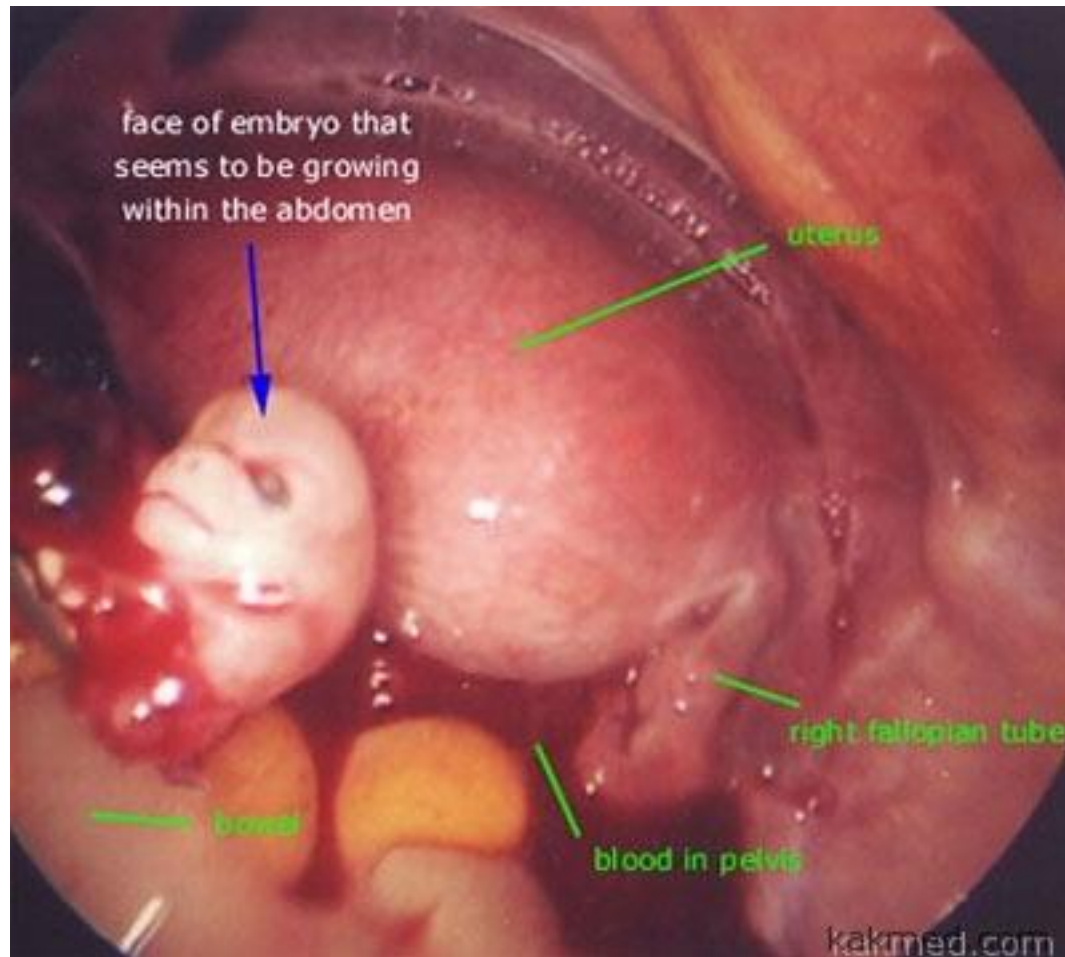




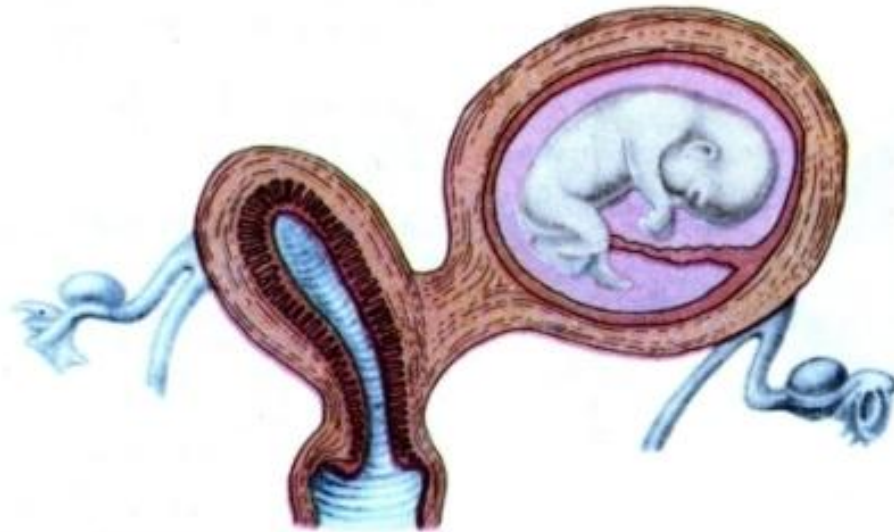
Разные формы внематочной беременности.

- а — яичниковая (внутрифолликулярная) беременность;
- б — брюшная беременность (имплантация эмбриона на серозе тонкой кишки);
- в — брюшная беременность (имплантация в дугласовом пространстве с выходом плода в брюшную полость);
- г — трубная (ампулярная) беременность;
- д — трубная (истмическая) беременность;
- е — трубная (интерстициальная) беременность;
- ж — внутриматочная и внематочная (трубная) беременность.

Черевна вагітність



Вагітність в рудиментарному розі матки



ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. Беременность в рудиментарном роге матки.

Трубна вагітність



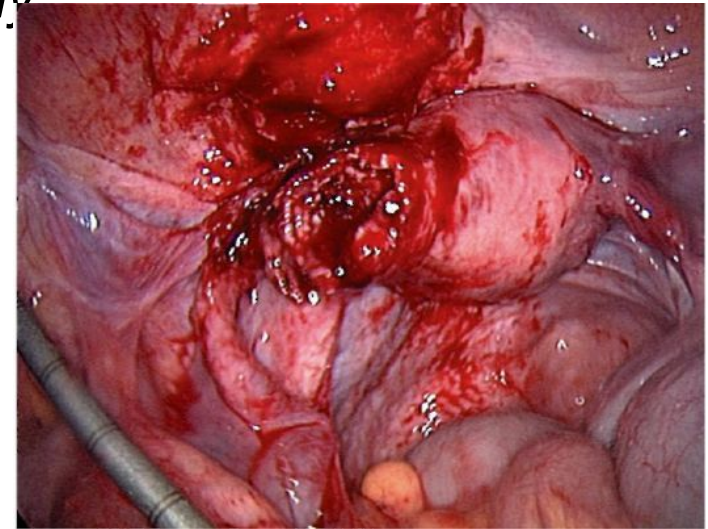
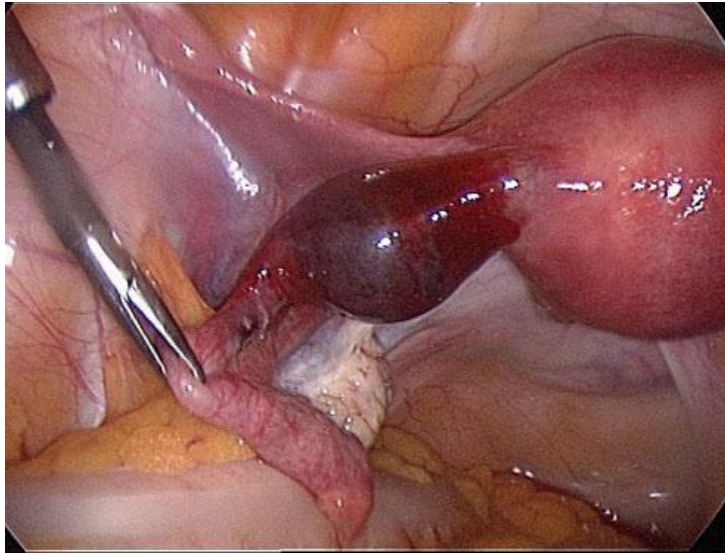
- Прогресуюча



- Трубний аборт
– вихід плідного яйця
з труби в черевну
порожнину

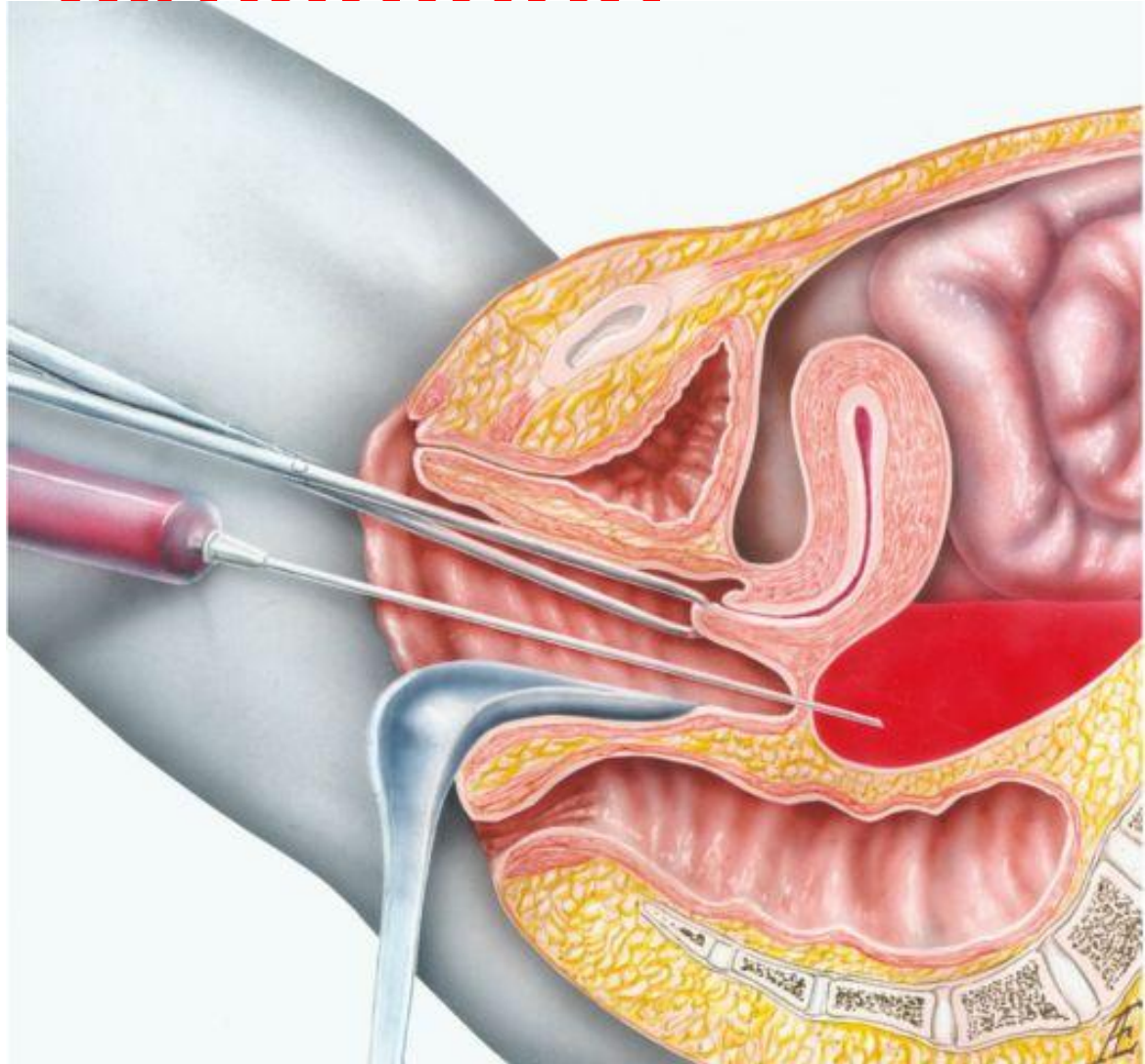


- Розрив труби



Пункція заднього спинного

- Темна кров,
що не
ссідається



Надання базової (дотранспортної) допомоги у разі кровотечі та одночасна організація транспортування в найближчий ЗОЗ II-III рівнів надання спеціалізованої стаціонарної допомоги НАКАЗ 205

1. Катетеризація периферичної вени та розпочати ІТ. Темп та об'єм інфузійної терапії визначається величиною крововтрати та станом вітальних функцій.
2. Відновлення ОЦК збалансованими сольовими розчинами (Стерофундин, Рінгера лактат та інш.).
3. Транспортування «лежачи» з нахилом до 15° на лівий бік – запобігання аорто- кавального синдрому.
4. Катетеризація двох периферичних вен катетерами великого діаметру (№ 14-16G).
5. Оксигенотерапія –100% киснем зі швидкістю 10- 15 л/хв. через носо- лицьову маску або носову канюлю.
6. Не допускати переохолодження під час транспортування.
7. Негайне інформування ЗОЗ, до якого скеровують жінку

Міхуровий занесок



Пузырный занос — это продукт зачатия, при котором не происходит нормального развития эмбриона, а ворсины хориона разрастаются в виде пузырей, наполненных

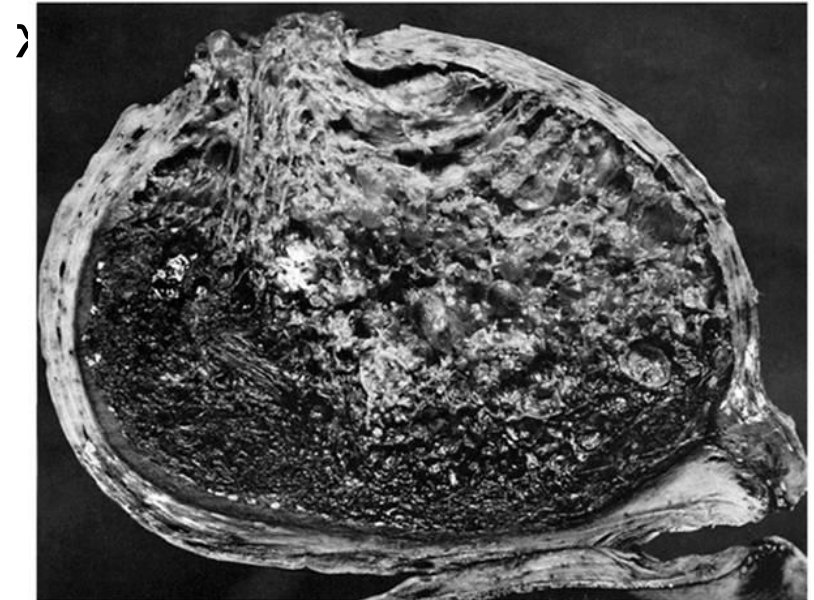


Рис. 267. Деструктивный міхуровий занесок великих розмірів

Клінічна картина:



- Кровотечі з міхурцями.
- Порушення співвідношення між терміном вагітності і величиною матки за датою останньої менструації.
- Виражені гестози вагітних: блювання, прееклампсія в II триместрі вагітності.
- Інколи розвивається гіпертириоз
- Біль в животі
- пухлини яєчників
(лютеїнові кісти)
- переривання вагітності, під час якого з матки одночасно з'являються кров'янисті виділення

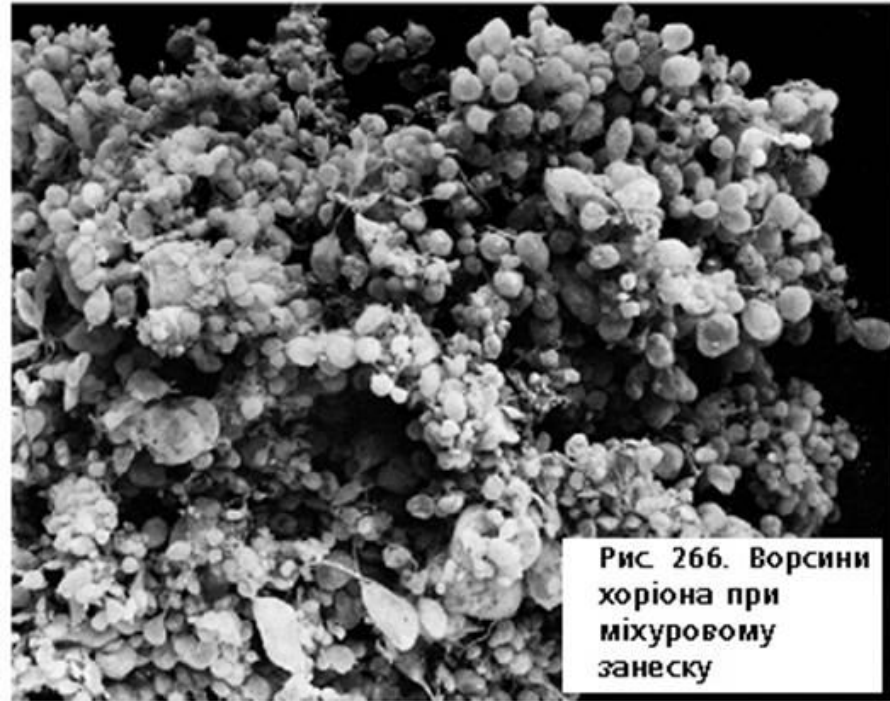
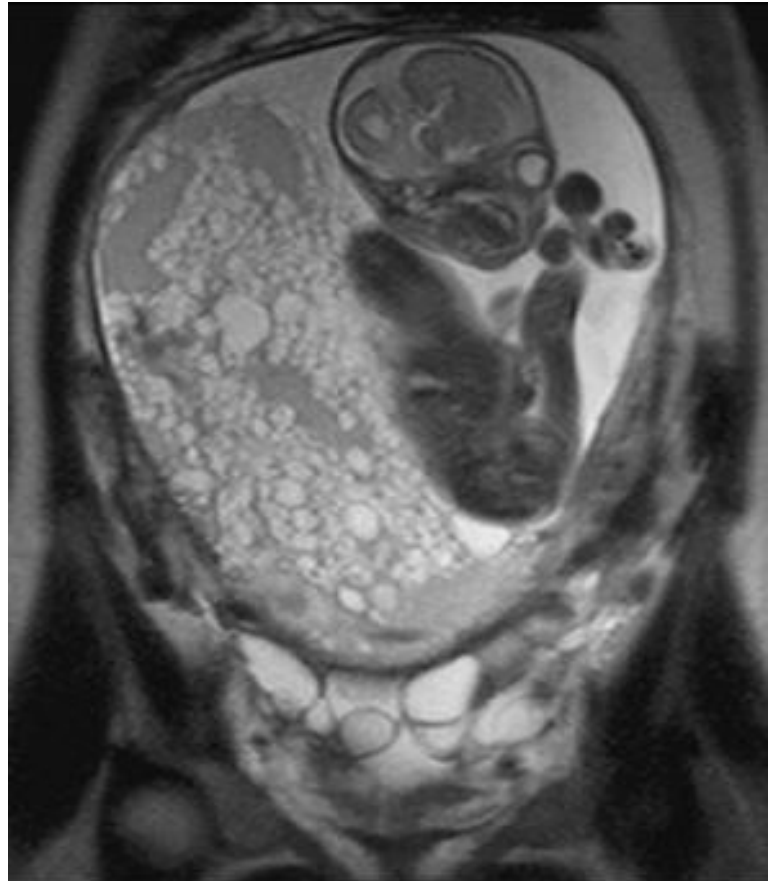


Рис. 266. Ворсини хоріона при міхуровому занеску

Діагностика:



- 1) **УЗД** – виявляє наявність міхурців (синдром "снігової бурі«)
- 2) **Рентгенологічні дослідження** грудної клітини - метастази при **хоріонепітеліомі – злоякісна форма!!!**
- 3) **Гістологічне дослідження** видалених тканин
- 4) **Визначення ХГ**



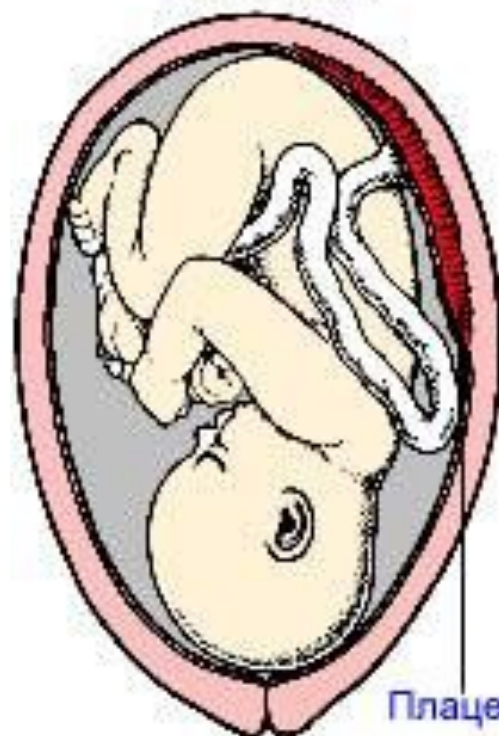
Лікування:

Видалення міхурцевого занеску можна здійснити ШЛЯХОМ :

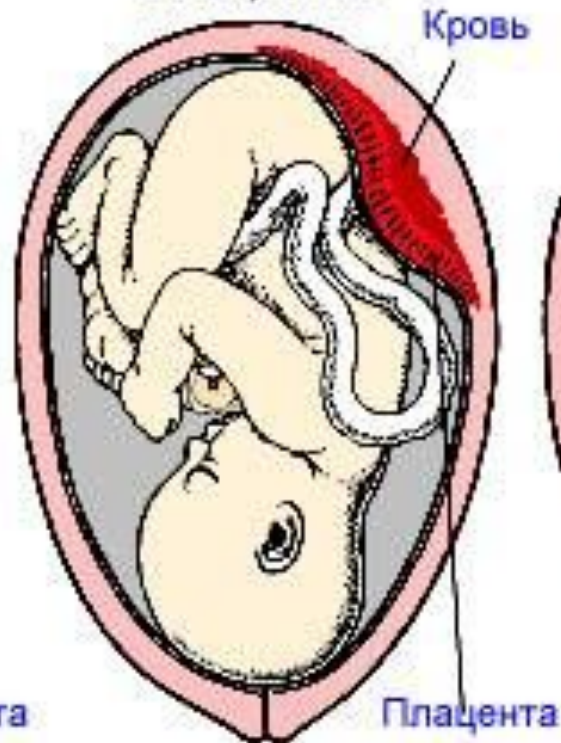
- 1) введення скоротливих препаратів (простагландинів, окситоцину),
- 2) вишкрібання,
- 3) у важких випадках – за допомогою лапаротомії і гістеректомії,
- 4) надпівової ампутації або екстирпації матки без придатків (при деструктивній формі)



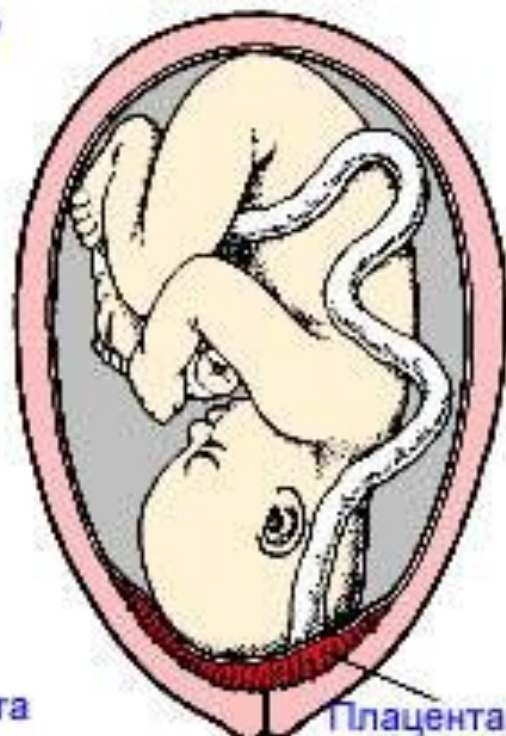
НОРМАЛЬНАЯ
ПЛАЦЕНТА



ОТСЛОЙКА
ПЛАЦЕНТЫ



ПРЕДЛЕЖАНИЕ
ПЛАЦЕНТЫ



Передлежання плаценти

- - ускладнення вагітності, при якому плацента розташовується у нижньому сегменті матки нижче передлеглої частини плода перекриваючи повністю або частково внутрішнє вічко шийки матки.
- Передлежання плаценти зустрічається у 0,2 - 0,8 % загальної кількості пологів



Нормальная
плацентация



Неполное
предлежание плаценты



Полное предлежание
плаценты

Класифікація передлежання плаценти

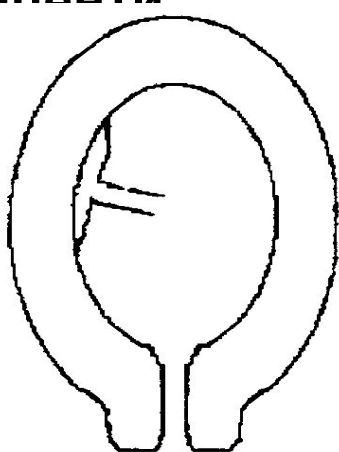
I . Повне передлежання – **ЦЕНТРАЛЬНЕ** - плацента повністю перекриває внутрішнє вічко;

II . Неповне передлежання - плацента частково перекриває внутрішнє вічко:

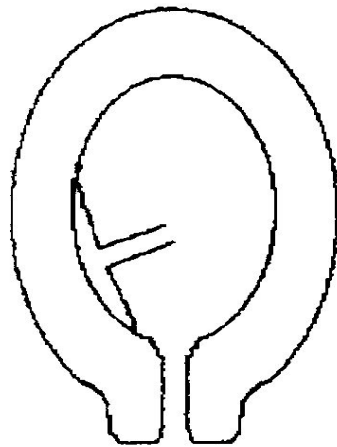
а) **бокове** передлежання - внутрішнє вічко перекрите на 2/3 його площі;

б) **крайове** передлежання - до внутрішнього вічка підходить край плаценти

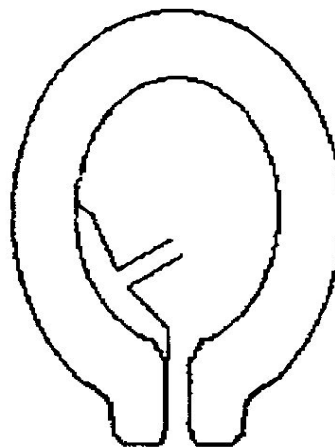
в) **Нижнє передлежання**



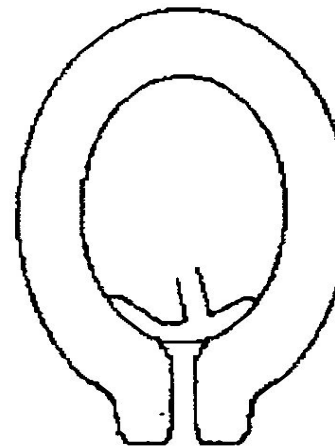
А.



Б.

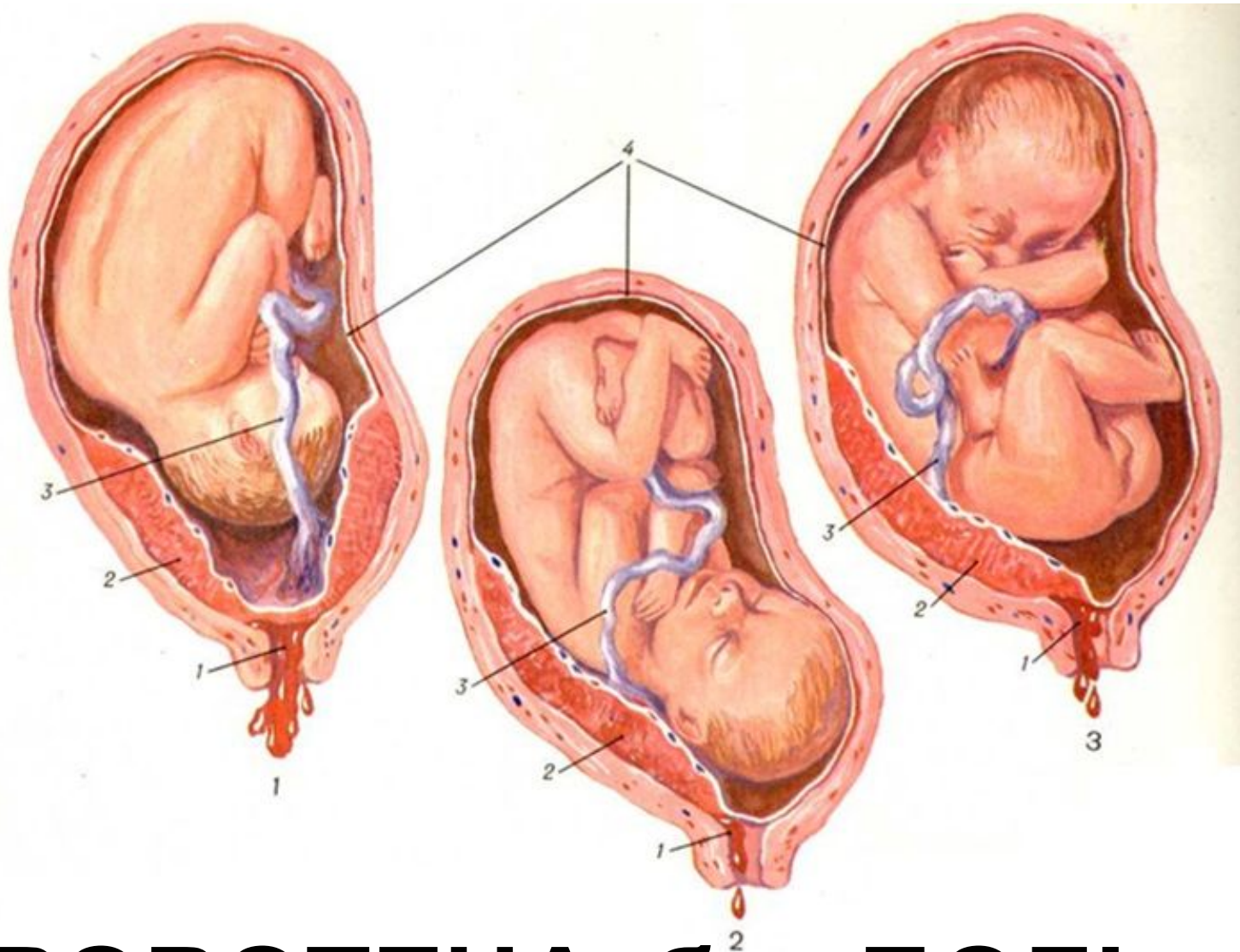


В.



Г.

ГО



КРОВОТЕЧА без БОЛІ

ШШ

Діагностика

1. Анамнез.
2. Клінічні прояви - поява кровотечі, що повторюються, та не супроводжується болем та підвищеним тонусом матки

Акушерське дослідження:

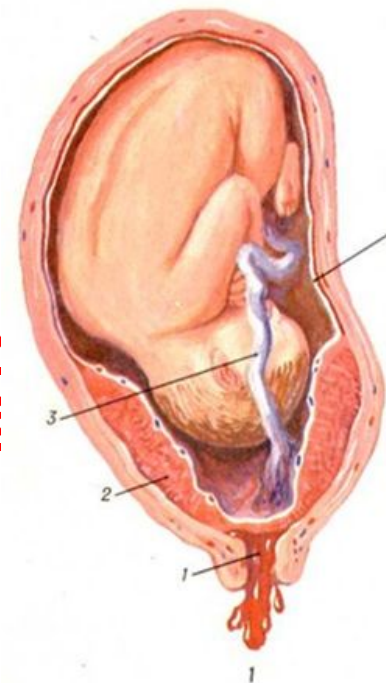
а) зовнішнє обстеження:

- високе стояння передлеглої частини;
- неправильне положення плода;
- тонус матки не підвищений;

б) внутрішнє обстеження (виконується тільки в умовах розгорнутої операційної):

тістуватість тканин склепіння, пастозність, пульсація судин;

неможливість через склепіння пропальпувати передлеглу частину.



Принципи ведення пацієнток з передлежанням плаценти:

- У разі невеликої крововтрати (**до 250 мл**), відсутності симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, відсутності пологової діяльності, незрілості легень плода при вагітності **до 37 тижнів - вичікувальна тактика.**
- При припиненні кровотечі - УЗ-дослідження, підготовка легень плода. Мета очікувальної тактики - пролонгування вагітності до терміну життєздатності плода.
- У разі прогресуючої кровотечі, що стає неконтрольованою (**більше 250 мл**), супроводжується симптомами геморагічного шоку, дистресом плода, незалежно від терміну вагітності, стану плода (живий, дистрес, мертвий) **термінове розродження.**

Надання базової (дотранспортної) допомоги у разі кровотечі та одночасна організація транспортування в найближчий ЗОЗ II-III рівнів надання спеціалізованої стаціонарної допомоги НАКАЗ 205

1. Катетеризація периферичної вени та розпочати ІТ. Темп та об'єм інфузійної терапії визначається величиною крововтрати та станом вітальних функцій.
2. Відновлення ОЦК збалансованими сольовими розчинами (Стерофундин, Рінгера лактат та інш.).
3. Транспортування «лежачи» з нахилом до 15° на лівий бік – запобігання аорто- кавального синдрому.
4. Катетеризація двох периферичних вен катетерами великого діаметру (№ 14-16G).
5. Оксигенотерапія –100% киснем зі швидкістю 10- 15 л/хв. через носо- лицьову маску або носову канюлю.
6. Не допускати переохолодження під час транспортування.
7. Негайне інформування ЗОЗ, до якого скеровують жінку

Принципи ведення пацієнток з передлежанням плаценти: Наказ

205

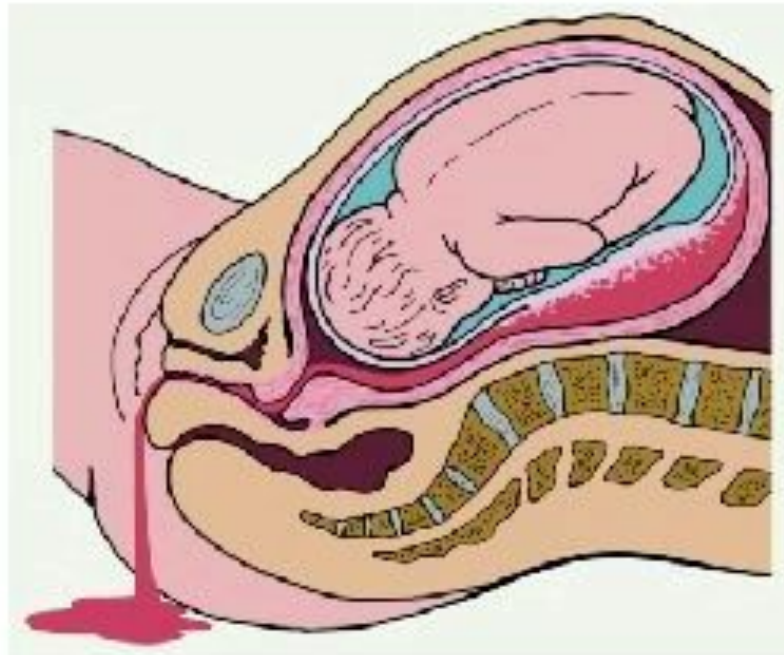
УЗД

- 1) 18-20 тиж.
 - 2) 26-28 тиж.
 - 3) 35-36 тиж.
- Перекриття внутрішнього вічка плацентою і (>0-20мм) є показанням до кесаревого розтину.
 - **Плановий КР** в разі передлежання плаценти та відсутності симптомів кровотечі рекомендують проводити у **38-39** тижнів.



Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

- - це відшарування плаценти розташованої поза нижнім сегментом матки під час вагітності або у I - II періодах





Класифікація:

I. **Повне відшарування** (відшарування всієї плаценти).

II. **Часткове відшарування:**

а) **Крайове**



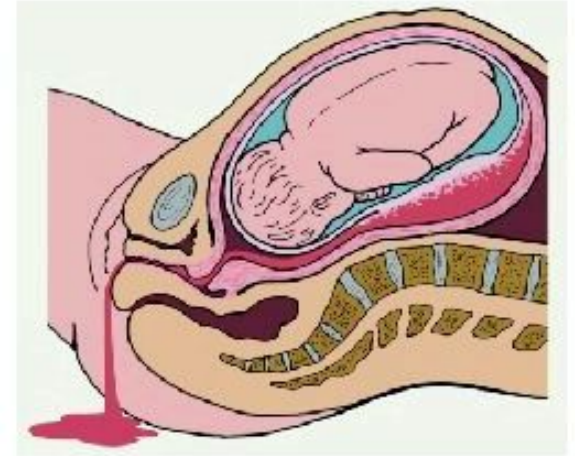
б) **Центральне**



ПРИЧИНИ передчасного відшарування

Фактори ризику ПВНRP плаценти Наказ 2

- ПВНRP в попередній вагітності.
- Прееклампія.
- ПолігіDRAMніон.
- Багатонароджуючі.
- Багатопліддя.
- Вік матері більше 40 років.
- Травма живота (падіння, ДТП, домашнє насильство).
- Куріння матері.
- Хімічна залежність (застосування наркотиків).
- Тривалий передчасний розрив плодових оболонок (внутрішньоматкова інфекція).
- Вади розвитку матки. - Коротка пуповина.
- Швидка зміна маточного об'єму (передчасне відходження навколоплодних вод, народження першої дитини з двійні). –
Материнська тромбофілія.

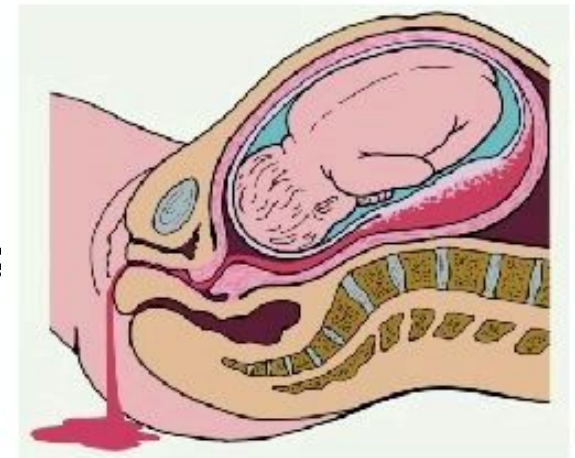


ПРИЧИНИ передчасного відшарування плаценти

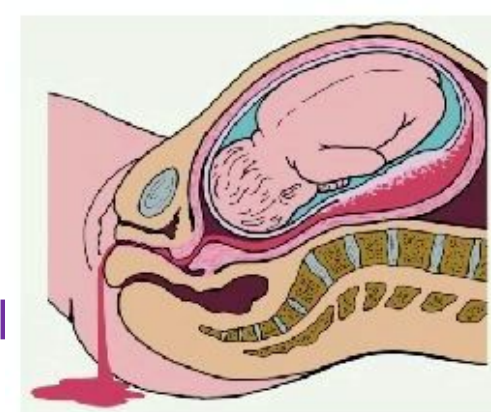
- - гестози;
- - захворювання нирок;
- - ізоімунний конфлікт між матір'ю та плодом;
- - перерозтягнення матки (багатоводдя, багатоплідність, великий плід);
- - захворювання судинної системи;
- - цукровий діабет;
- - захворювання сполучної тканини;
- - запальні процеси матки, плаценти;
- - аномалії розвитку або пухлини матки (підслизові, інтрамуральні міоми).

Безпосередньою причиною може бути:

- фізична травма;
- психічна травма;
- раптове зменшення об'єму навколоплодових вод;
- абсолютно чи відносно коротка пуповина;
- патологія скоротливої діяльності матки.



Діагностика:



Зовнішнє акушерське обстеженнє

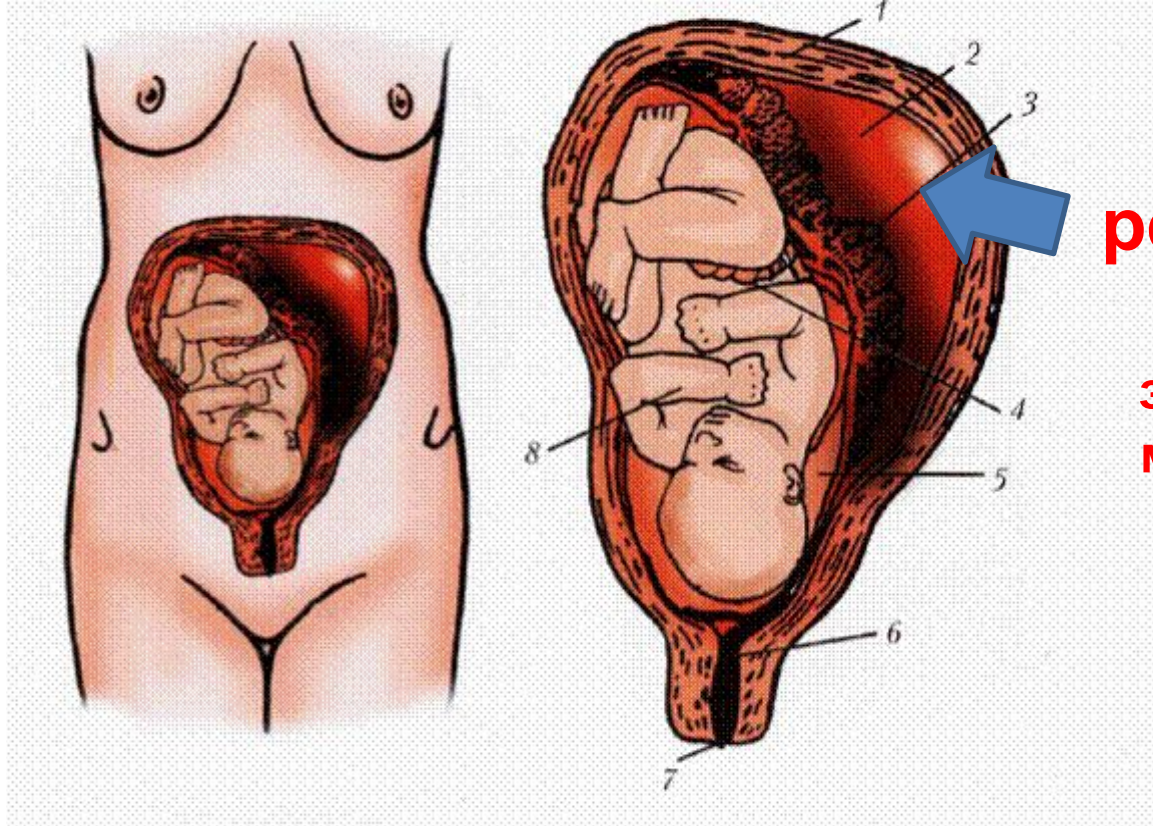
- 1) **гіпертонус матки;**
- 2) матка збільшена у розмірах, може бути деформована з локальним випячуванням, якщо плацента розташована по передній стінці;
- 3) **болючість при пальпації;**
- 4) утруднення або неможливість пальпації та аускультатції серцебиття плода;
- 5) поява симптомів дистресу плода або його загибель.

Внутрішнє акушерське дослідження:

- 1) - напруженість плідного міхура;
- 2) при вилитті навколоплідних вод - можливе їх забарвлення кров'ю;
- 3) **кровотеча різної інтенсивності із матки.**

УЗ-дослідження

Ретроплацентарна гематома



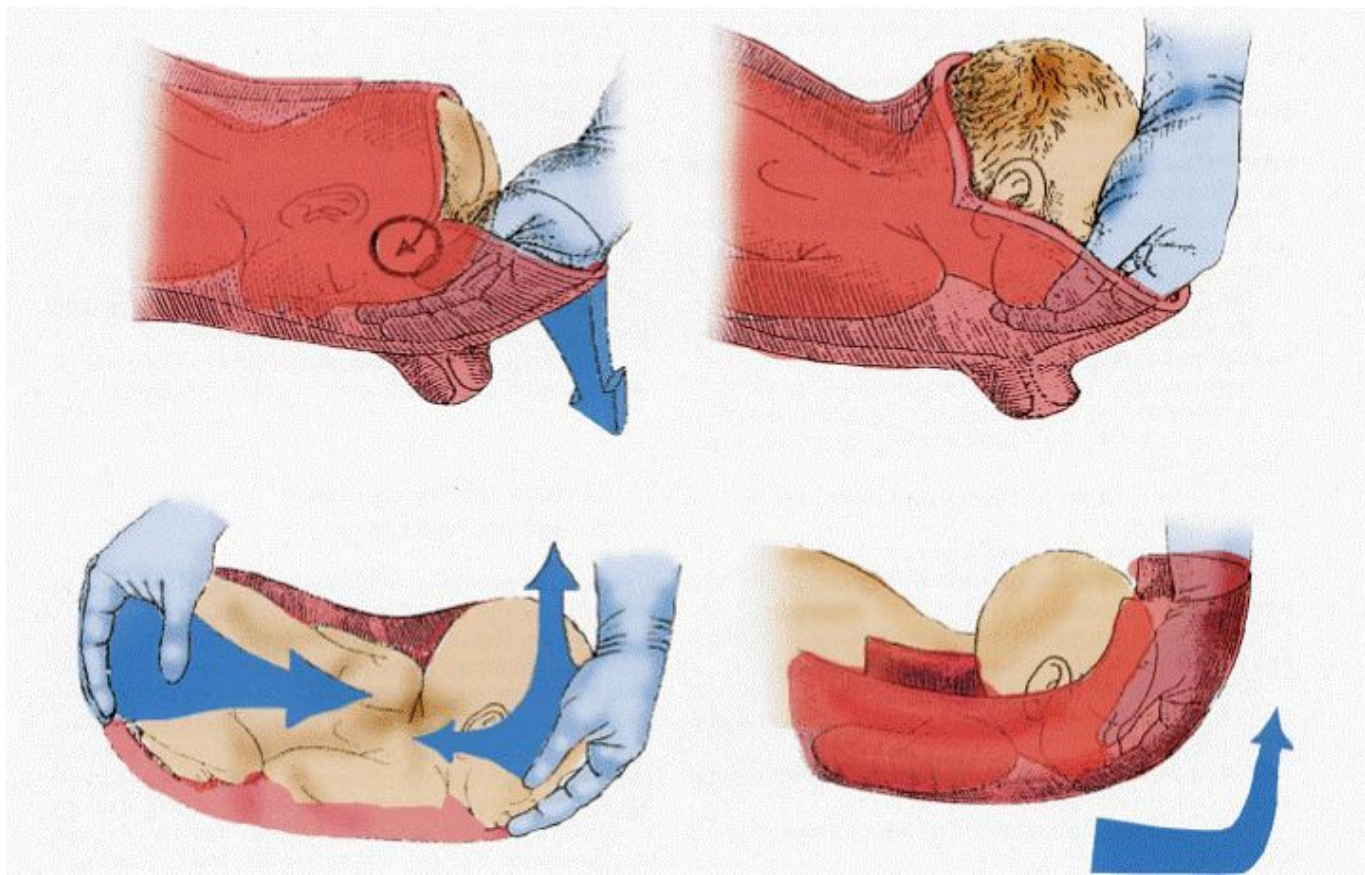
Якщо формується ретроплацентарна гематома, зовнішня кровотеча може бути відсутня.

У разі відсутності зовнішньої кровотечі діагноз передчасного відшарування плаценти базується на підвищеному тонусі матки, локальній болючості, погіршенні стану плода. Кров із ретроплацентарної гематоми просочує стінку матки і формує **матку Кювелера** (матково-плацентарна апоплексія), яка втрачає здатність скорочуватись, що веде до розвитку кровотеч з масивною крововтратою за рахунок коагулопатії та гіпотонії.

Надання базової (дотранспортної) допомоги у разі кровотечі та одночасна організація транспортування в найближчий ЗОЗ II-III рівнів надання спеціалізованої стаціонарної допомоги НАКАЗ 205

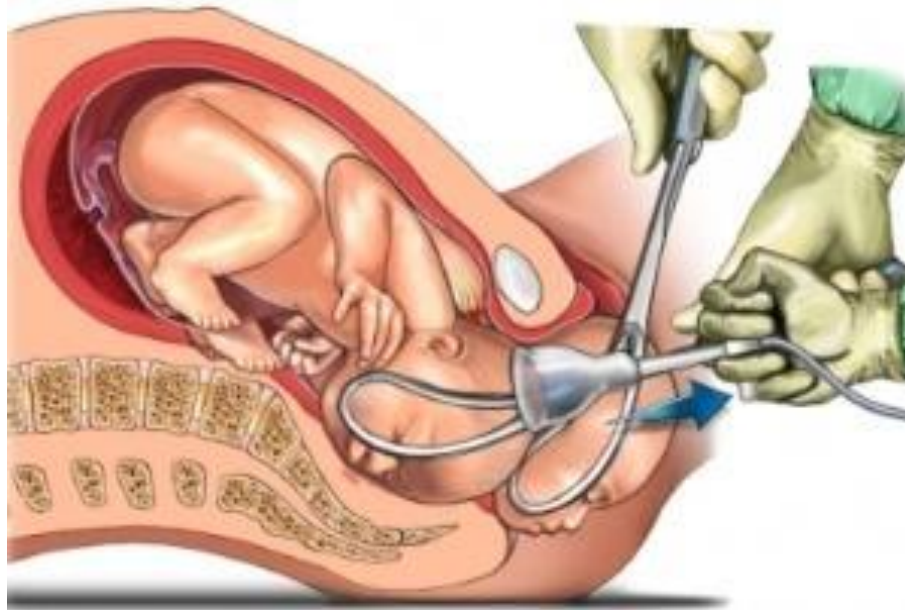
- 1. Катетеризація периферичної вени та розпочати ІТ. Темп та об'єм інфузійної терапії визначається величиною крововтрати та станом вітальних функцій.**
- 2. Відновлення ОЦК збалансованими сольовими розчинами (Стерофундин, Рінгера лактат та інш.).**
- 3. Транспортування «лежачи» з нахилом до 15° на лівий бік – запобігання аорто- кавального синдрому.**
- 4. Катетеризація двох периферичних вен катетерами великого діаметру (№ 14-16G).**
- 5. Оксигенотерапія –100% киснем зі швидкістю 10- 15 л/хв. через носо- лицьову маску або носову канюлю.**
- 6. Не допускати переохолодження під час транспортування.**
- 7. Негайне інформування ЗОЗ, до якого скеровують жінку**

У разі прогресуючого передчасного відшарування плаценти, незалежно від терміну вагітності – **термінове розродження шляхом кесаревого розтину.**



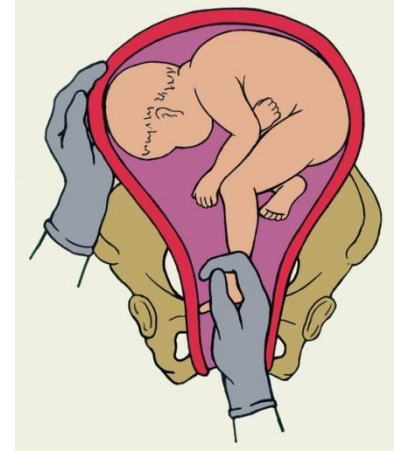
Тактика при відшаруванні плаценти наприкінці I або у II періодах пологів

- негайна амніотомія, якщо навколоплідний міхур цілий;
- при головному передлежанні плода -
накладання акушерських щипців;

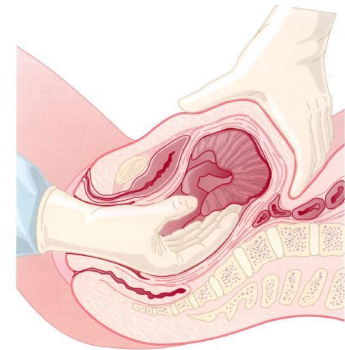


Тактика при відшаруванні плаценти наприкінці I або у II періодах пологів

- 1) при тазовому передлежанні – терміновий кесарів розтин;
- 2) - при поперечному положенні – акушерський поворот з екстракцією плоду;



- 3)- ручне відділення плаценти та видалення посліду;
- ручна ревізія порожнини матки,
вилучення згортків крові;



- 4) - утеротонічні засоби (окситоцин 10 ОД (на 500 мл фізіологічного розчину) в/в крапельно- ретельне динамічне спостереження за станом матки у післяпологовому періоді.

Післяпологова кровотеча(ППК)

- кровотеча що перевищує 500 мл або будь-яка кровотеча, що супроводжується порушенням гемодинамічного стану породіллі на протязі 6 тижнів після народження плода.**

ТАБЛИЦЯ. ЕТІОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ КРОВОТЕЧІ – «4 Т»

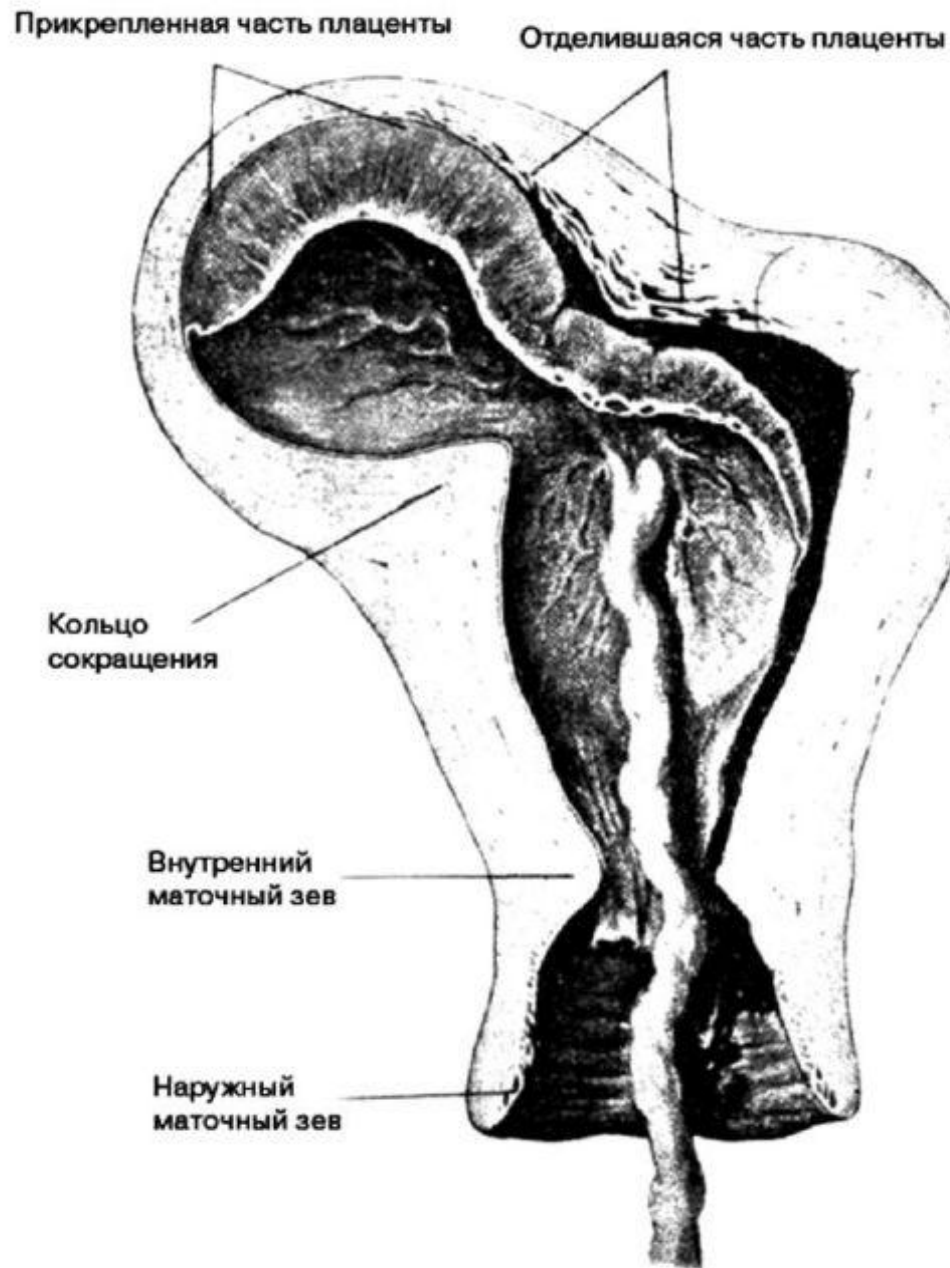
Патогенетичні порушення «4 Т»	Етіологічні фактори	Клінічні фактори ризику
Порушення скоротливої функції матки («Т» – тонус) до 70%	Надмірне розтягнення матки	<ul style="list-style-type: none"> • багатоводдя • багатопліддя • великий плід
	«Виснаження» скоротливої здібності міометрію	<ul style="list-style-type: none"> • швидкі пологи • затяжні пологи • високий паритет (>3 пологів) • застосування окситоцину
	Інфекційний процес	<ul style="list-style-type: none"> • тривалий безводний проміжок • лихоманка в пологах (хоріоамніоніт)
	Функціональні/анатомічні особливості матки	<ul style="list-style-type: none"> • міома матки, • сідлоподібна матка, дворога матка • передлежання плаценти
	Застосування ліків, що знижують тонус матки (токолітики, спазмолітики)	Магnezії сульфат Галогенові анестетики Нітрогліцерин
	Перерозтягнутий сечовий міхур може порушити скорочення матки	
Затримка тканин в порожнині матки («Т» – тканина) до 10%	Затримка частин посліду	<ul style="list-style-type: none"> • дефект посліду • оперована матка • 3 та більше пологів • патологія плацентації виявлена УЗД аномалії прикріплення плаценти, виявлені під час пологів (щільне прикріплення, прирощення, вращення)
	Затримка згортків крові у порожнині матки	<ul style="list-style-type: none"> • атонія матки

Травми пологових шляхів («Т» – травма) до 20%	Розриви шийки матки, піхви, промежини	<ul style="list-style-type: none"> • швидкі пологи • оперативні вагінальні пологи
	Травматичний розрив матки під час кесарського розтину	<ul style="list-style-type: none"> • неправильні положення плода • низьке розташування передлеглої частини плода
	Розрив матки	<ul style="list-style-type: none"> • оперована матка
	Виворіт матки	<ul style="list-style-type: none"> • більше 3-х пологів • розташування плаценти у дні матки • надмірна тракція за пуповину
	Розрив варикозних вен в області вульви	Несвоєчасне або некоректне проведення епісіотомії
Порушення коагуляції («Т» – тромбін) до 1%	Вроджені захворювання (гемофілія А, хвороба Віллебрандта) ППК в анамнезі	<ul style="list-style-type: none"> • спадкові коагулопатії • захворювання печінки
	Патологія асоційована з вагітністю: ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура; тромбоцитопенія з тяжкою преєклампсією; синдром ДВЗ: - преєклампсія, - антенатальна загибель плода, - тяжка інфекція, - відшарування плаценти, - емболія амніотичною рідиною.	<ul style="list-style-type: none"> - синці - преєклампсія, еклампсія HELLP-синдром підвищення АТ мертвий плід • лихоманка, лейкоцитоз - допологова кровотеча - колапс
	Лікування антикоагулянтами	<ul style="list-style-type: none"> • тромботичні ускладнення в анамнезі

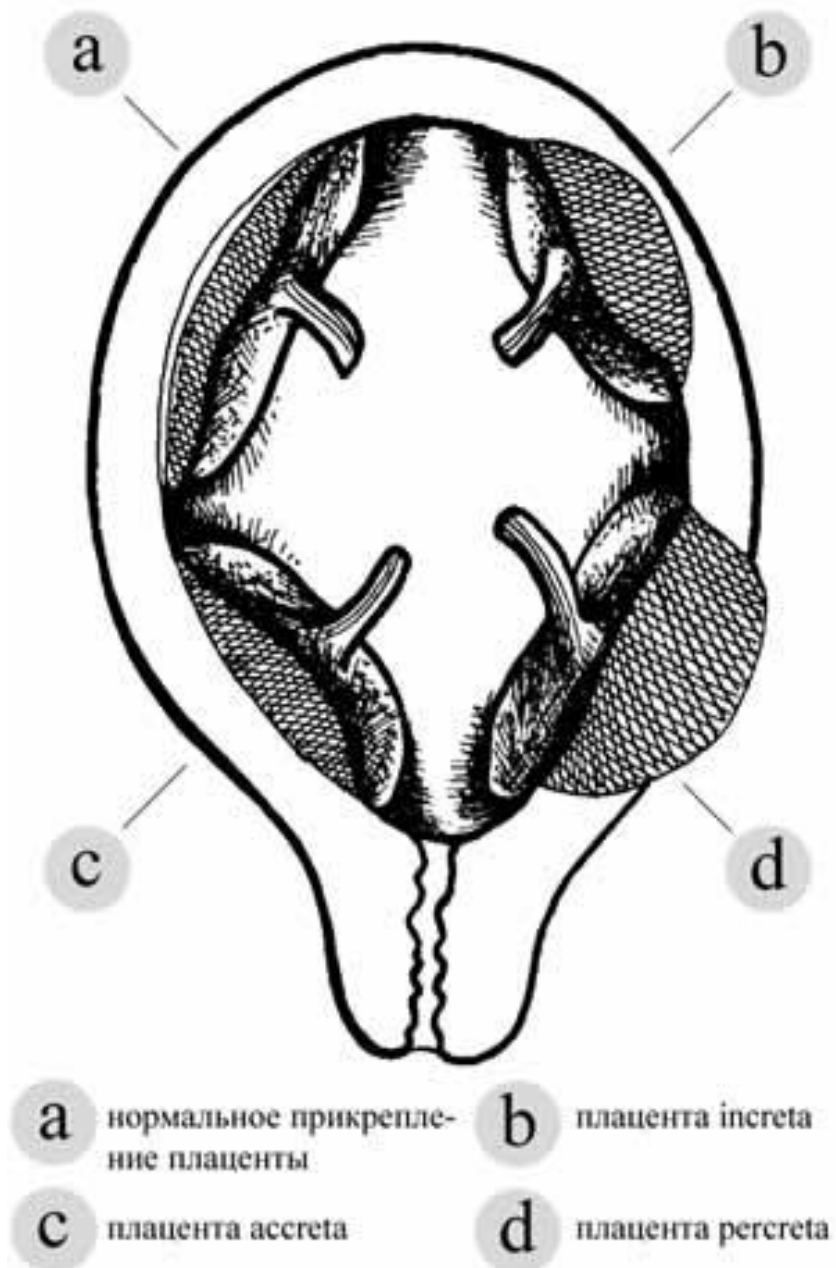
Огляд посліду

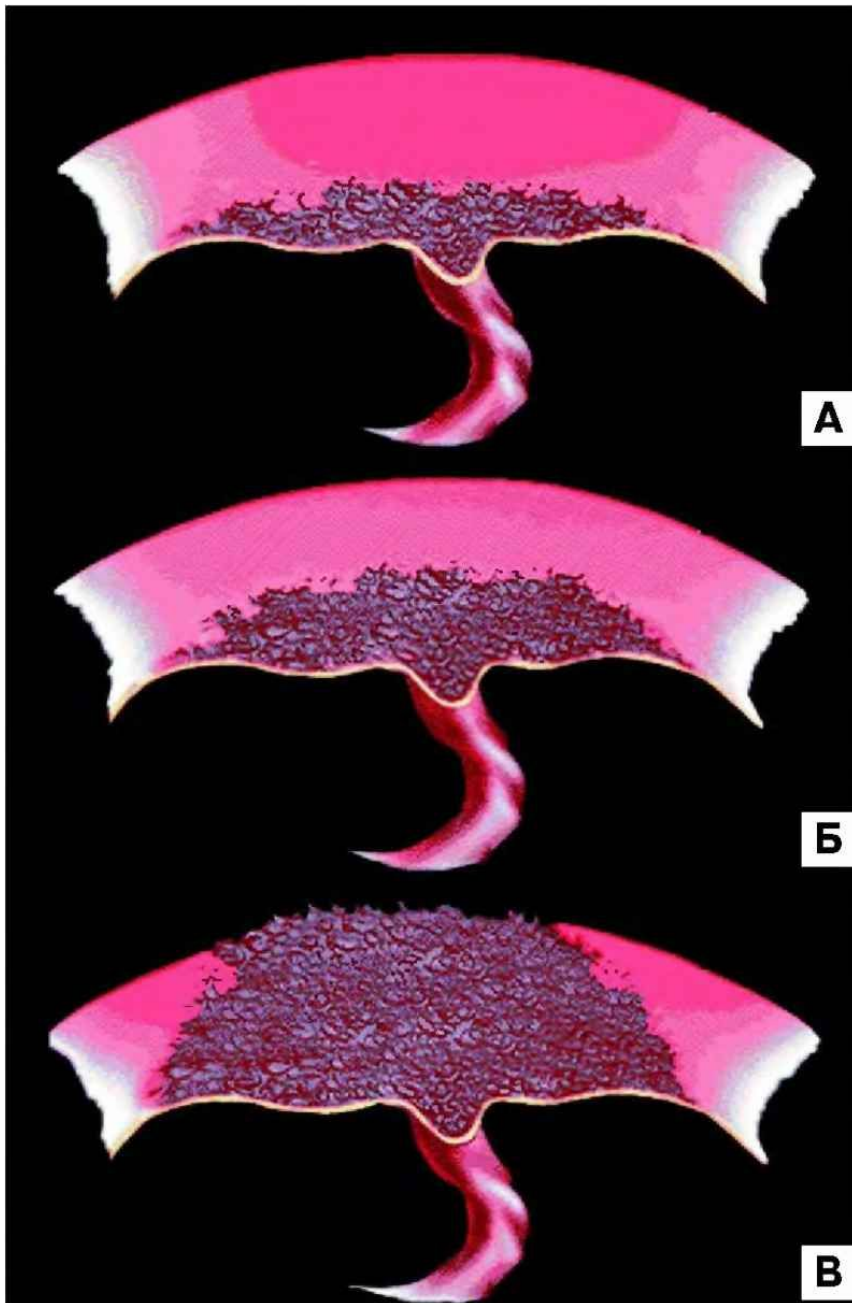


Защемления плаценты



Приращение плаценты



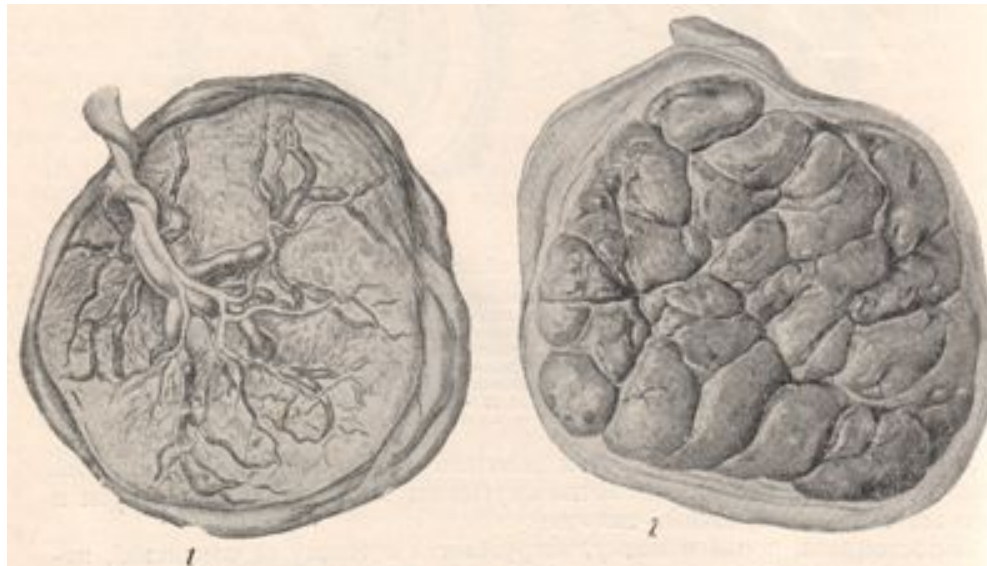


Схематичне
зображення
основних типів
прирощення
плаценти.

Клінічні прояви:

- 1. Відсутні ознаки відокремлення плаценти протягом 30 хвилин без значної крововтрати – патологія прикріплення або пророщення плаценти.
- 2. Кровотеча розпочинається після народження дитини без відділення плаценти – защемлення плаценти, неповне прирощення плаценти.

Кровотеча розпочинається відразу після народження посліду – затримка частин плаценти або оболонок



Кровотеча, пов'язана з затримкою, патологією прикріплення або защемленням плаценти.

Алгоритм надання медичної допомоги:

- **1. Катетеризація периферичної або центральної вени залежно від величини крововтрати та стану жінки.**
- **2. Випорожнення сечового міхура.**
- **3. Перевірка ознак відділення плаценти та виділення посліду ручними прийомами;**
- **4. У разі защемлення посліду зовнішній масаж матки, зовнішні прийоми видалення посліду.**
- **5. У разі затримки частин плаценти або оболонок – ручне обстеження порожнини матки під внутрішньовенним наркозом;**
- **6. У разі порушення механізму відокремлення плаценти та відсутності кровотечі - очікування протягом 30 хв., (у вагітних із групи ризику – 15 хв.); ручне відокремлення плаценти та виділення посліду.**
- **7. При появі кровотечі – термінове ручне відокремлення плаценти та виділення посліду під в/в наркозом.**
- **8. Введення утеротонічних засобів – 10–20 ОД окситоцину в/в на 400 мл фізіологічного розчину в/в крапельно.**
- **9. За умови істинного прирощення або пророщення плаценти – лапаротомія, екстирпація матки без додатків;**

ЗОВНІШНІЙ МАСАЖ МАТКИ



зовнішні прийоми видалення посліду



Приём
Абуладзе.



Зовнішній вигляд прийому
Гентера

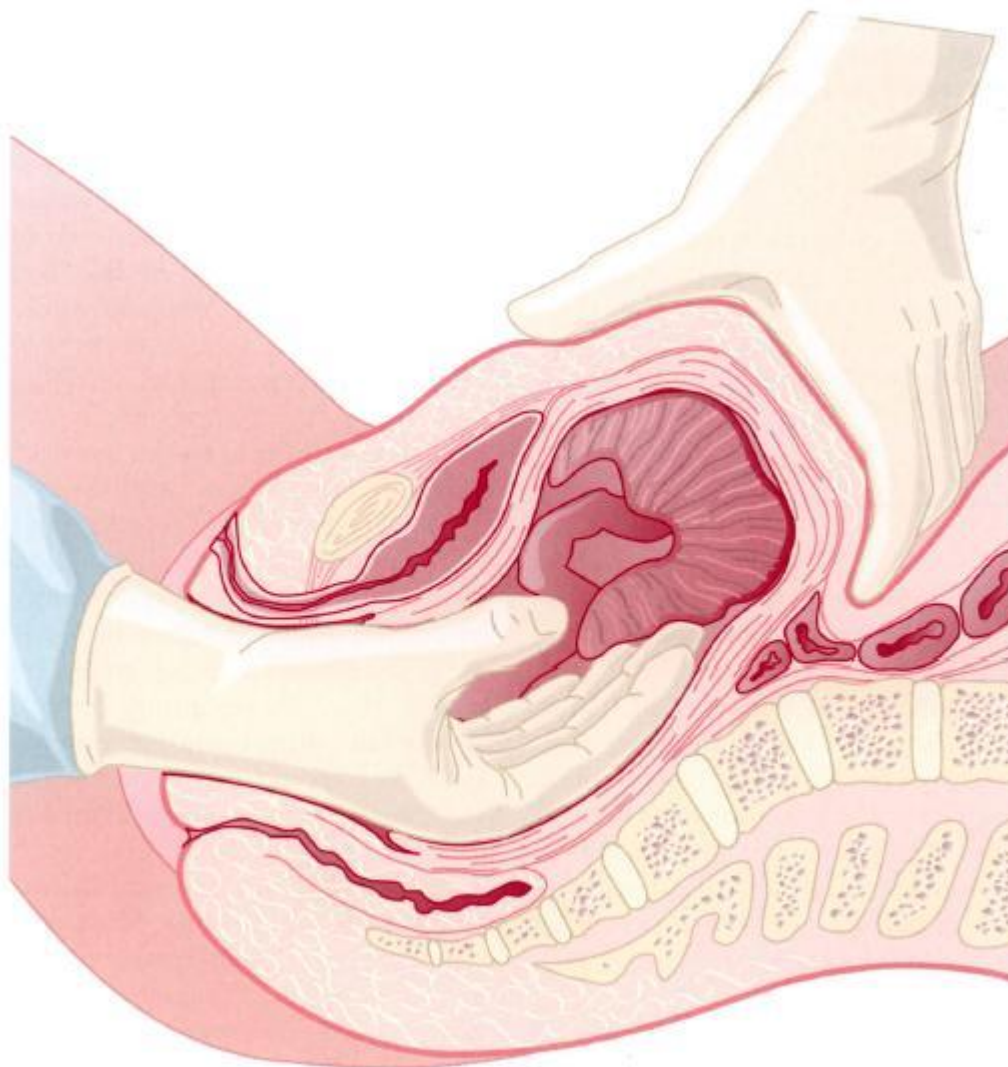


Зовнішній вигляд прийому Креде-Лазаревича

Ручне обстеження порожнини матки під внутрішньовенним наркозом



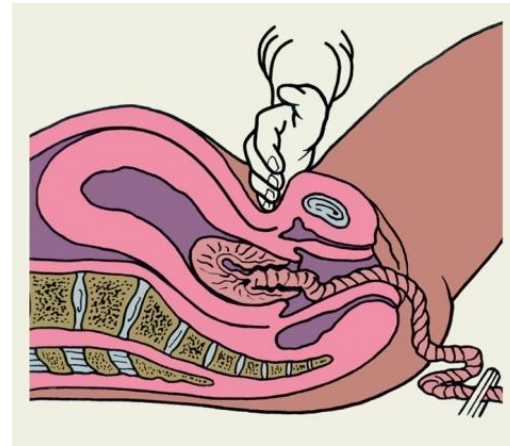
Ручне виділення плаценти



Наказ 205 Кровотеча, пов'язана з патологією прикріплення або виділення плаценти

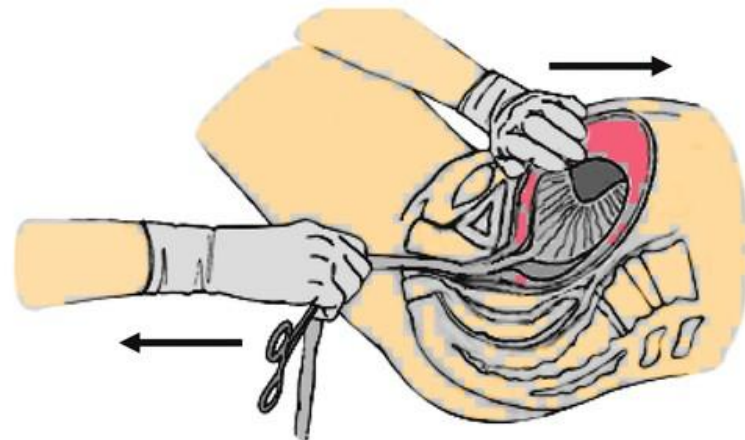
Алгоритм надання медичної допомоги:

1. Перевірка ознак відшарування плаценти.



2. При наявності ознак відшарування плаценти - застосування контрольованої тракції для народження плаценти.

Народження плаценти шляхом контрольованої тракції за пуповину з одночасною контртракцією на матку

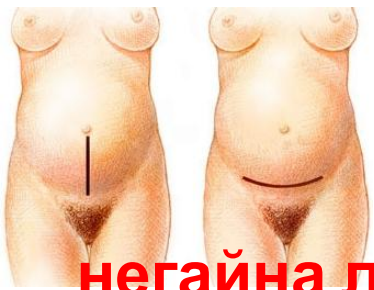
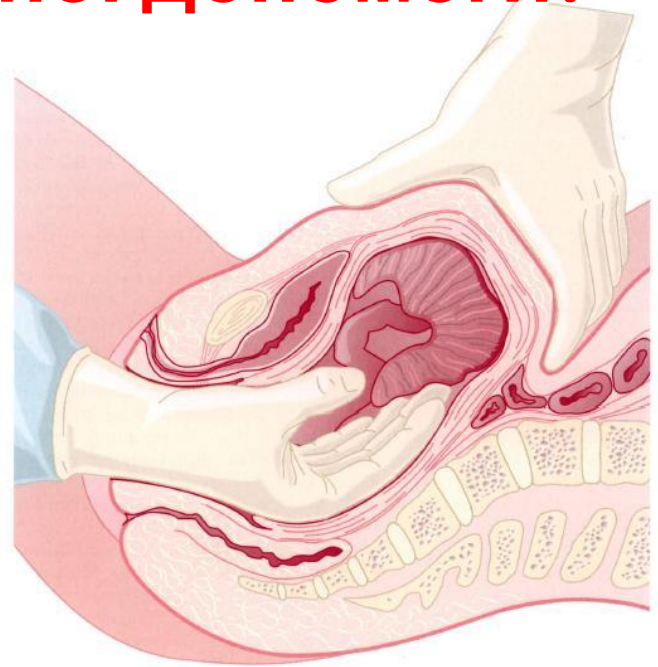


Наказ 205 Кровотеча, пов'язана з патологією прикріплення або виділення плаценти

Алгоритм надання медичної допомоги:

3. В разі невдачі народження плаценти,
- ручне відділення плаценти та
виділення посліду під
внутрішньовенним знеболенням;

Не намагайтесь відривати частини плаценти – це може призвести до масивної неконтрольованої кровотечі за рахунок травми матки!



4. За умови неможливості відокремлення плаценти звичайними прийомами –

негайна лапаротомія з проведенням гістеректомії.

Види післяпологових кровотеч:

- **Первинні (ранні) післяпологові**, які виникають в ранньому післяпологовому періоді або протягом 24 годин після пологів.

70% ранніх пов'язані з атонією матки – це неспроможність матки адекватно скоротитися після народження дитини.

- **Вторинні (пізні) післяпологові кровотечі**, які виникають після 24 годин та до 6 тижнів після пологів.

Більшість пізніх кровотеч пов'язані із затримкою частин плаценти, інфекцією або наявністю обох станів.

Покрокова допомога в разі ППК



1. В разі візуально оціненої крововтрати більше 500 мл доцільним є множення отриманого показника на 2-3 для адекватного планування допомоги. Найбільш доцільним є оцінка крововтрати за допомогою зважування.
2. Покликати на допомогу (заручитися підтримкою персоналу).
3. В разі збереження свідомості жінки - надання психологічної підтримки, пояснення стану та маніпуляцій, що проводяться.
4. Серцево- легенево-церебральна

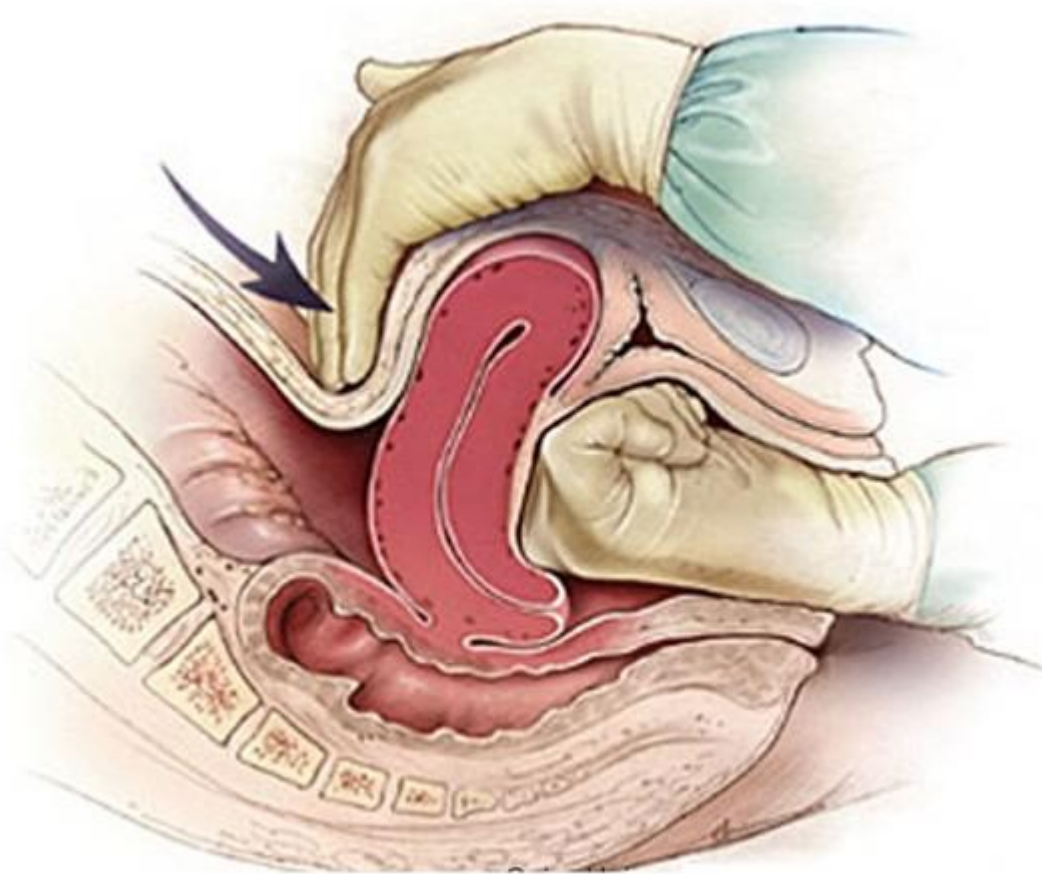


5. Правило 3-ох катетерів:

- I. • забезпечення киснем (10-15 л/хв)
 - II. • катетеризація 2-ох периферичних вен катетерами достатнього діаметру (G16-18), а в разі необхідності венесекція або катетеризації центральної вени
 - III. • катетеризація сечового міхура;
6. Положення – на спині з піднятими нижніми кінцівками. -
Забезпечення зігрівання жінки.
7. Терміново розпочати інфузійну терапію,
8. Тимчасова зупинка крововтрати: абдомінальна компресія аорти, не пневматичні противошокові штанці.
9. Клініко-лабораторне обстеження: група крові і Rh-фактор, аналіз крові загальний, час згортання крові, коагулограма, приліжковий тест, забір крові на сумісність.
10. Замовлення препаратів крові.



- бімануальна компресія матки



Введіть одну руку у піхву і притисніть її до тіла матки. Іншу руку внутрішньою стороною долоні покладіть на живіт на дно матки і притисніть матку до лона як це показано на малюнку.

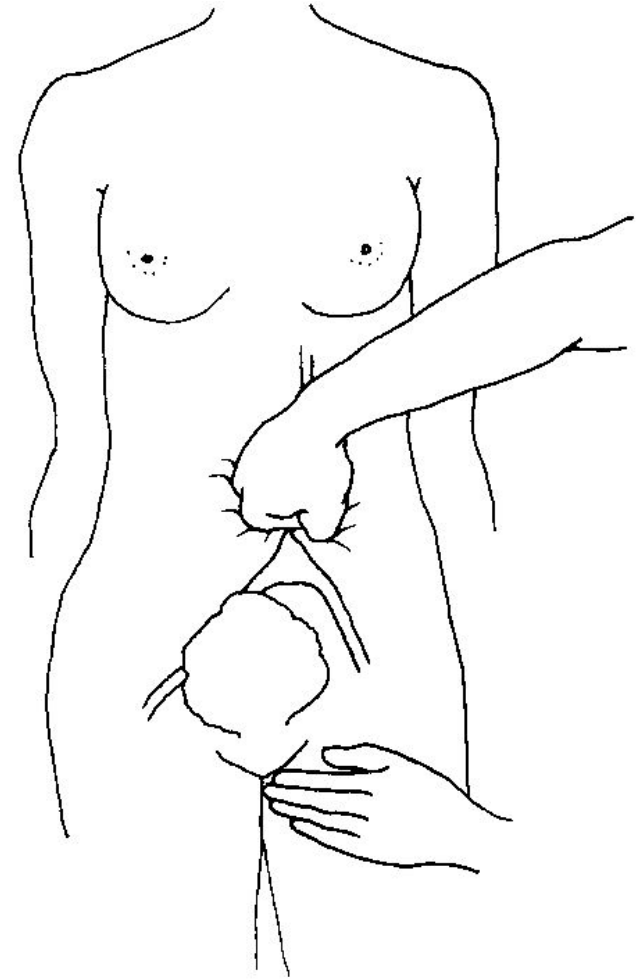
Компресія черевної аорти



Компресія черевної аорти



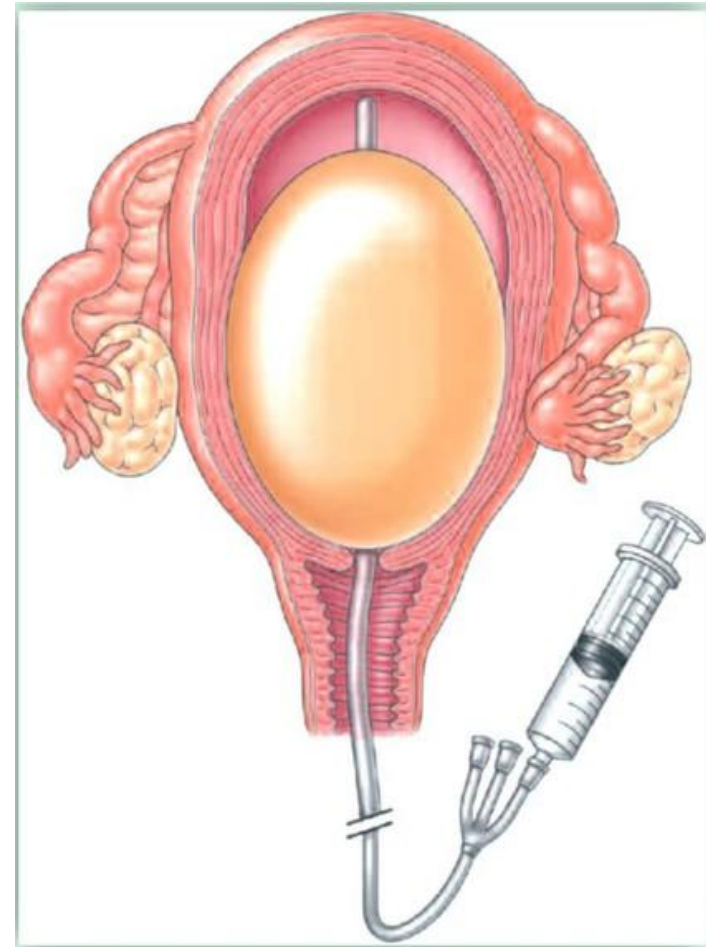
- 1) • застосуйте нисхідний тиск кулаком черевної аорти прямо через черевну стінку;
- 2) • точка надавлювання знаходиться прямо над пупком і трохи лівіше;
- 3) • в ранньому післяпологовому періоді пульсація аорти може бути легко визначена через передню черевну стінку;
- 4) • другою рукою пальпують пульс на стегновій артерії для оцінки ефективності компресії;
- 5) • якщо пульс визначається, то тиск кулаком оцінюють як недостатній і навпаки.



Балонна тампонада матки



- 1) Спеціальний балон або гумова перчатка прикріплена до урологічного катетеру вводяться в порожнину матки за допомогою вікончатого затискача (за межі внутрішнього вічка).
- 2) За допомогою шприца балон (перчатка) заповнюється стерильним фізіологічним розчином в кількості 300-500 мл для забезпечення контр- тиску з метою припинення кровотечі.
- 3) Інфузія окситоцину продовжується 24 години. В разі продовження кровотечі – додатково вводиться розчин в балон. В разі, якщо кровотеча зупинилась и жінка скаржитья на біль – виводять 50-100 мл розчину. Призначають антибіотик.
- 4) Балон залишають на 24 години.
- 5) Потім поступово виводять розчин протягом 2 годин, після чого видаляють балон.
- 6) В разі відновлення кровотечі під час дефляції балону – його знову наповнюють розчином та залишають на наступні 24 години. Повний балон забезпечує ефект тампонади.



Балонна тампонада матки

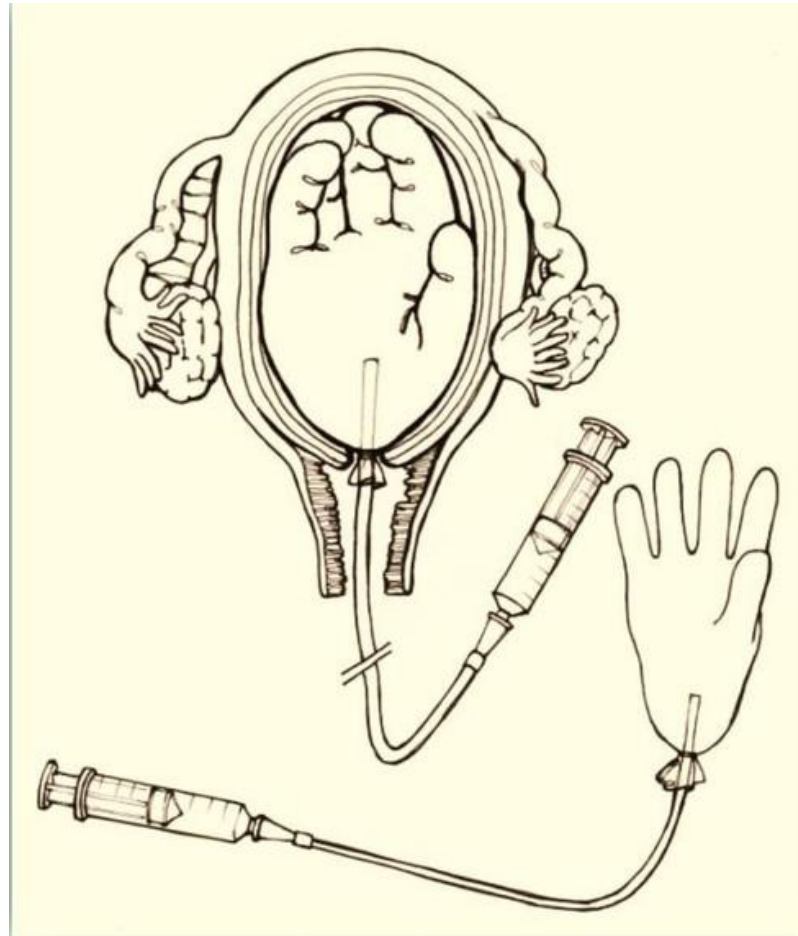




Рис. Протишоковий костюм працює шляхом застосування протитиску на нижню частину тіла, що зменшує прояви шоку та спрямовує кров до життєво важливих органів. Костюм починають вдягати від найнижчої ділянки кінцівок (щиколоток) і продовжують поступово вгору

Клінічна настанова Профілактика та лікування післяпологової кровотечі в умовах обмеженого ресурсного забезпечення

http://motherandchild.org.ua/files/attachments/PPH_Guidelines_FIGO_Ukr.pdf

Допомога в разі порушення тону мати після пологів



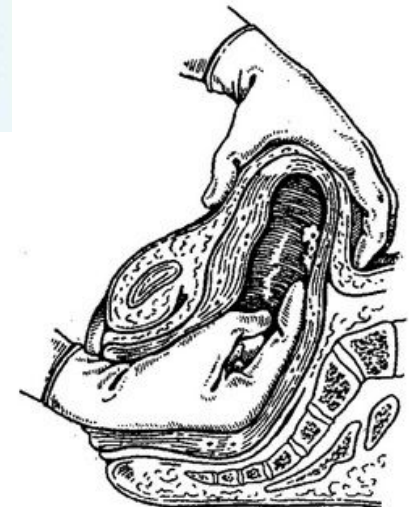
1. розпочати терапевтичне введення утеротоніків (Окситоцин 10 ОД /500 мл фізіологічного розчину з швидкістю 60 крапель / хвилину.



2. провести зовнішній масаж мати



3. якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась –
- ручне обстеження порожнини мати



Допомога в разі порушення тону мати після пологів



4. застосування утеротоніків 2-ої – 3-ої лінії (ергометрин, простагландини, карбетоцин)



5. в разі продовження кровотечі – бімануальний компресія мати або компресія аорти, балонна тампонада

6. призначення транексамової кислоти (1 г, повторити через 30 хвилин за необхідності)



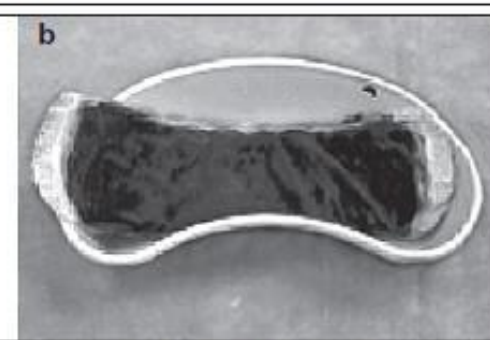
Допомога в разі порушення тону́су матки після пологів



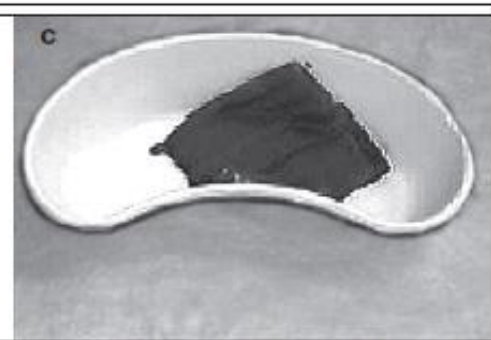
**7. Якщо кровотеча продовжується - при
величині крововтрати **1,5%** і більше
від маси тіла – лапаротомія**



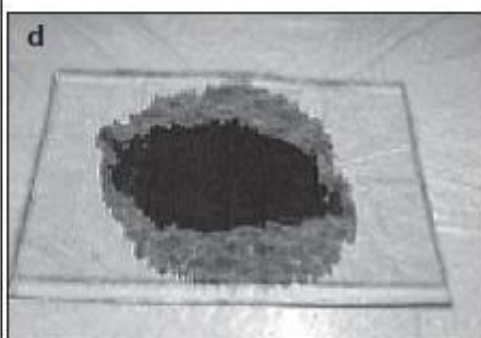
Следы на прокладке
30 мл



Пропитанная прокладка
100 мл



Пропитанная салфетка 10 x 10 см
60 мл



Подкладная пеленка
250 мл



Большая пропитанная салфетка
350 мл



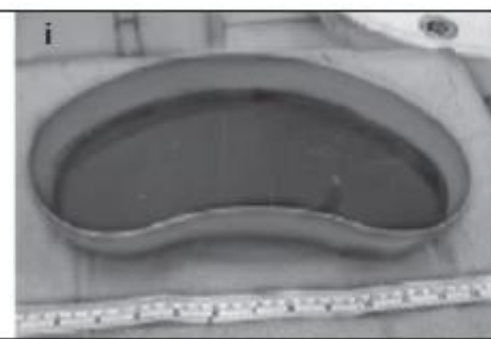
Пятно на полу диаметром 100 см
1500 мл



Кровь в пределах матраса
1000 мл



Кровь, стекающая на пол
2000 мл



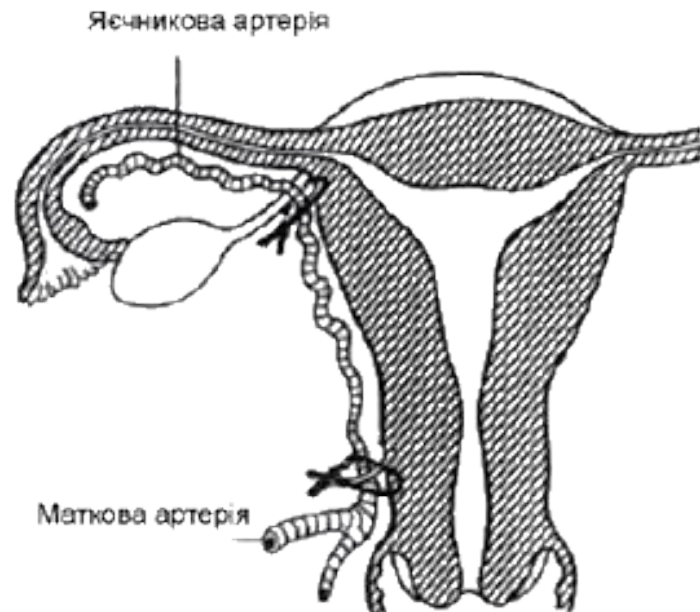
Полный почкообразный лоток
500 мл

Рисунок 1. Визуальная оценка объема кровопотери при кровотечении в акушерстве [75]

Методи хірургічного гемостазу

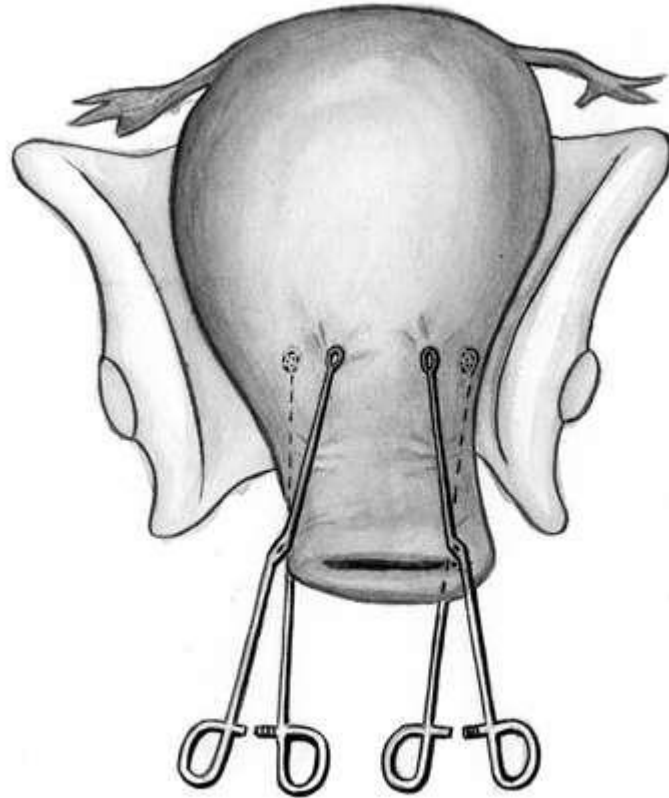


- I. Двостороннє перев'язування маткових судин.
- II. Двостороннє перев'язування яєчникових судин.





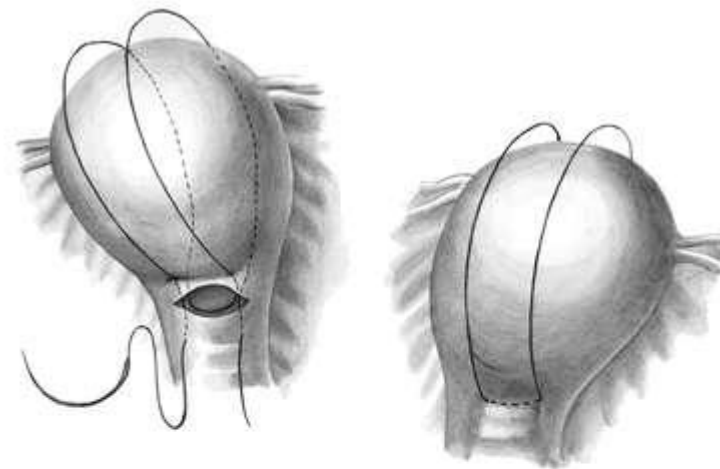
Как промежуточный метод при подготовке к операции можно клемировать маточные артерии по Бакшееву



Методи хірургічного гемостазу



III. Накладання компресійних швів на матку.



IV. Білатеральне перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій.



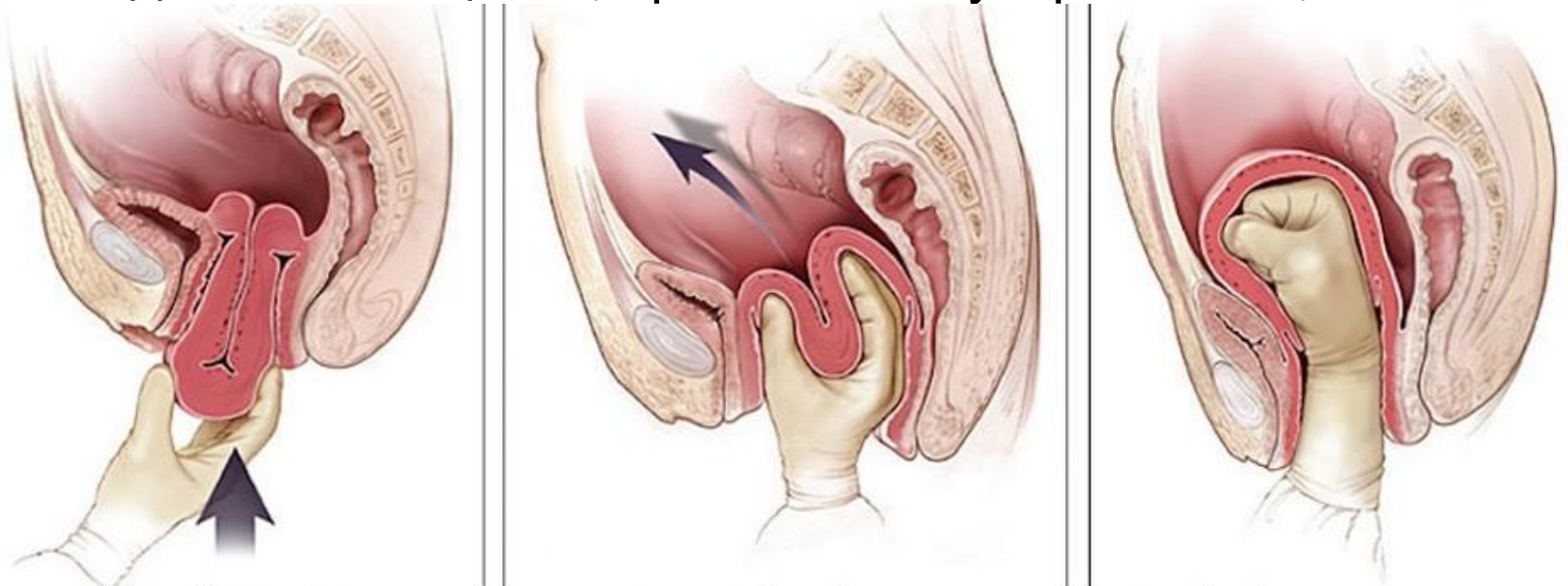
V. Радикальні операції (субтотальна або тотальна гістеректомія).



Шов по В-Lynch при гипотоническом кровотечении

Виворіт матки

- Якщо матка не визначається, або має неправильну форму, або спострігається за межами піхви - діагностуйте виворіт матки. В разі вивороту матки – поверніть матку в нормальне положення. Не застосовуйте утеротоніки та не намагайтесь видалити плаценту до відновлення положення матки. Застосовують внутрішньовенне знеболювання (при можливості) або наркотичні анальгетики (продолгація з репозицією неприпустима!). - В разі вдачі – ручне відділення та виділення плаценти, призначення утеротоніків,



Мал. Вправлення матки при вивороті в післяпологовому періоді

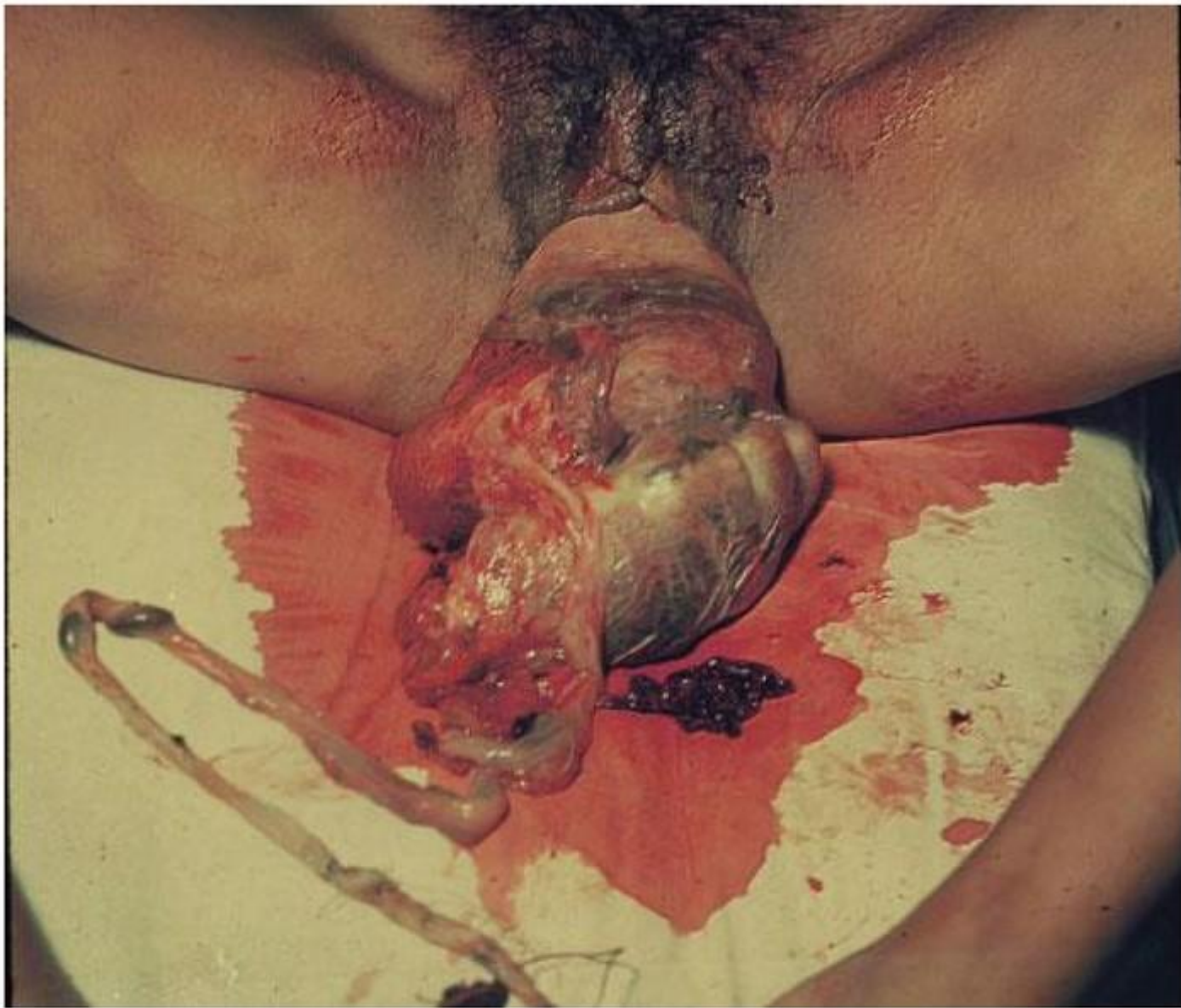


Фото. Випадок загибелі роділлі від масивної крововтрати в результаті вивороту матки при прирощенні плаценти в ділянці дна матки, пологи перебігали в домашніх умовах.

Джерело: OBSTETRICS by Ten Teachers. Edited by Philip N Baker. 19th edition. 2011

- Якщо матка щільна - виключити травму: - ручне обстеження порожнини матки з метою виключення розриву матки (особливо в разі відсутності реакції на струминне в/в введення розчинів). В разі розриву матки – негайна лапаротомія. - ретельне обстеження з метою виключення травм (промежина, піхва, шийка матки). Ушивання розривів за умови якісного освітлення та допомоги асистента. Наявність травм є показанням і до призначення транексамової кислоти (1 г, повторити через 30 хвилин при необхідності).

- разі відсутності травми можливе порушення згортання крові У разі виключення травм (включаючи розрив матки) – оцінка згортання крові за допомогою приліжкового тесту, час згортання крові, коагулограма (за можливості). У разі коагулопатії – алгоритм дій при синдромі ДВЗ (усунення фактору, що призвів до ДВЗ, підтримка адекватної перфузії органів та запобігання гіпоксії (трансфузія еритроцитарної маси), замісна терапія прокоагулянтами, в критичному стані – переливання свіжої донорської крові за рішенням консилиуму лікарів та повідомленням адміністрації ЗОЗ). 6. Постійний контроль стану породіллі, показників гемодинаміки та згортання крові. Документування події. 7. Призначення профілактичної антибіотикотерапії препаратами широкого спектру дії, в разі необхідності – терапія антибіотиками. 8. Спостереження у відділенні інтенсивної терапії впродовж 24 годин після стабілізації стану жінки (АТ не менше 100 мм рт ст, пульс – до 90/хвилину). - контроль стану матки (в разі збереження); - оцінка крововтрати; 40 - оцінка вітальних ознак: температура, пульс, дихання, АТ, загальний стан (колір шкірних покривів, рівень свідомості): - забезпечення адекватного споживання рідини: після стабілізації стану – рекомендовано проводити в/в інфузію збалансованими сольовими розчинами. Об'єм та темп інфузії корегувати в залежності від наявності ускладнень вагітності (переклампсія), супутньої патології, рівня ЦВТ та погодинного діурезу; - контроль виділення сечі; - контроль ускладнень гемотрансфузії; - документування стану жінки та терапії, що проводиться; - контроль рівня гемоглобіну та призначення препаратів заліза в разі необхідності.

- Післяпологова вторинна (пізня) кровотеча Основні причини пізніх післяпологових кровотеч: - затримка частин посліду; - гнійно-септичні ускладнення післяпологового періоду; - не діагностовані своєчасно гематоми піхви; - розходження швів та рани матки (після кесаревого розтину або розриву матки). - причини, не пов'язані з вагітністю та пологами (розрив варикозних вузлів вен піхви, рак шийки матки та ін.). Алгоритм надання медичної допомоги: 1. Визначення об'єму крововтрати 2. Покликати на допомогу (заручитися підтримкою персоналу). 3. В разі збереження свідомості жінки - надання психологічної підтримки, пояснення стану та маніпуляцій, що проводяться. 4. АВС реанімація (дивись вище) незалежно від причини кровотечі! 5. З метою встановлення діагнозу – огляд пологових шляхів. 6. В разі кровотечі внаслідок затримки частин посліду – мануальна (електрична) вакуум-аспірація під місцевою анестезією та в/в введенням розчину окситоцину (10 ОД/500мл. фізіологічного розчину). Запобігайте використанню інструментальної ревізії порожнини матки. Антибіотикотерапія. 7. В разі кровотечі на тлі післяпологового ендометриту – негайно розпочати антибактеріальну терапію препаратами 1-ї лінії (Ампіцилін + Гентаміцин + Метронідазол, або цефалоспорини 1-2 покоління) після швидкого введення розчину Рінгера. Ревізія порожнини матки – МВА має проводитись тільки за життєвими показаннями та тільки після введення антибіотиків. 8 В разі стабільного стану жінки, наявності невеликої кровотечі на фоні післяпологового ендометриту та затримки частин посліду (за даними УЗД) – антибіотикотерапія. При відсутності загрозливої життю кровотечі, бажано проводити ревізію порожнини матки не раніше, ніж після введення другої дози антибактеріальних препаратів. 9. Кровотеча з гематоми піхви може потребувати на негайне оперативне втручання, включаючи білатеральне перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій (залучення судинного хірурга). 10. Кровотеча внаслідок розходження швів та рани матки потребує негайної лапаротомії.

Гіпотонія. Атонія матки

Причини гіпотонії або атонії матки:

- - порушення функціональної здібності міометрію (пізній гестоз, ендокринопатії, соматичні захворювання, пухлини матки, рубець на матці, великий плід, багатоводдя, багатопліддя та інші);
- - перезбудження з наступним виснаженням функції міометрію (тривалі або зтяжні пологи,
- оперативне закінчення пологів,
- застосування ліків, що знижують тонус міометрію (спазмолітики, токолітики, гіпоксія під час пологів, тощо);
- - порушення скоротливої функції міометрію внаслідок порушення біохімічних процесів, кореляції нейрогуморальних факторів (естрогени, ацетилхолін, окситоцин, холінестераза, прогестерон, простагландіни).
- - порушення процесу прикріплення, відділення та виділення плаценти та посліду;
- - ідіопатичні (не встановлені).

Алгоритм надання медичної

- 1. Загальний огляд породіллі: **допомоги:**
- - оцінка величини крововтрати доступними методами ;
- - оцінка стану породіллі: скарги, АТ, частота пульсу, колір шкіри та слизових оболонок, кількість сечі, наявність та стадія геморагічного шоку.
- 2. Термінове лабораторне обстеження:
- - визначення рівня гемоглобіну, гематокрит;
- - коагулограма (кількість тромбоцитів, протромбіновий індекс, рівень фібриногену, час згортання крові);
- - група крові та резус фактор;
- - біохімічні обстеження за показаннями.
- 3. Катетеризація периферичної або центральної вени залежно від величини крововтрати та стану жінки.
- 4. Випорожнення сечового міхура
- 5. Початок або продовження введення утеротоніків: 10-20 ОД окситоцину в/в на 400 мл фізіологічного розчину.
- 6. Проведення ручного обстеження порожнини матки під внутрішньовенним наркозом (оцінка цілісності стінок матки, особливо лівої стінки матки, видалення згустків крові або залишків плаценти чи оболонок).
- 7. Огляд пологових шляхів та відновлення їх цілісності.
- 8. Зовнішній масаж матки.
- 9. У разі продовження кровотечі додатково вводять 800 мкг мізопростолу ректально.
- 10. Відновлення ОЦК та крововтрати.
- 11. У разі відновленні кровотечі та величині крововтраті 1,5% і більше від маси тіла – оперативне лікування : екстирпація матки без придатків, за умови продовження кровотечі – перев'язка внутрішніх клубових артерій фахівцем, що володіє цією операцією.
- 12. При підготовці до оперативного лікування з метою зменшення крововтрати тимчасова бімануальна зовнішня або внутрішня компресія матки.



- ***Дякую за увагу!***