



**ОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ №1**

**КРОВОТЕЧЕНИЯ
В АКУШЕРСТВЕ
(ВО ВРЕМЯ
БЕРЕМЕННОСТИ,
РОДОВ, В РАННЕМ
ПОСЛЕРОДОВОМ
ПЕРИОДЕ)**

ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- предлежание плаценты
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
- эрозии и полипы шейки матки
- рак шейки матки и влагалища
- разрывы варикозных узлов влагалища
- травмы влагалища
- разрывы сосудов пуповины, при оболочечном их прикреплении

} 50%

**Преждевременная отслойка
нормально расположенной плаценты (ПОНРП)
- отслойка плаценты до рождения плода
(во время беременности,
в первом и во втором периодах родов)**

Норма



Отслойка плаценты



Причины отслойки нормально расположенной плаценты :

- **предрасполагающие к ПОНРП**
- **непосредственно вызывающие ПОНРП.**

Предрасполагающие причины ПОНРП:

- **преэклампсия,**
- **гипертоническая и гипотоническая болезнь**
- **заболевания почек,**
- **пороки сердца, эндокринопатии,**
- **аутоимунные состояния и т.д.**

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ПРИЧИНЫ:

- ⦿ **эндомиометрит,**
 - ⦿ **подслизистые узлы миомы,**
 - ⦿ **пороки развития матки,**
 - ⦿ **гипо- и авитаминозы,**
 - ⦿ **перенашивание беременности.**
- (воспалительные и дегенеративные изменения)**

- ⦿ **многоводие,**
 - ⦿ **многоплодие,**
 - ⦿ **крупный плод**
- (перерастяжение матки - увеличение размеров плацентарной площадки - увеличение и истончение самой плаценты).**

Причины, непосредственно вызывающие ПОНРП :

◎ **Непосредственная травма**

- падение
- удар в живот
- наружный поворот плода
- грубое исследование и пр.

◎ **Косвенная травма**

- ▣ абсолютная и относительная короткость пуповины
- ▣ поздний разрыв плодных оболочек
- ▣ быстрое излитие околоплодных вод при многоводии
- ▣ быстрое рождение первого плода при многоплодии.

◎ **Нервно-психические факторы - испуг, стресс и др.**

При значительной ретроплацентарной гематоме:

- стенка матки пропитывается (имbibируется) кровью
- матка теряет сократительную способность (повреждается мышца матки и серозный покров).

Пропитывание матки может быть диффузным, а не только в месте плацентарной площадки.

Такое состояние матки получило название

"матка Кувелера" (Couvellaire)

по имени французского врача, описавшего в 1912 году два собственных наблюдения.

На этом фоне нередко возникает ДВС-синдром.

КЛИНИКА ПОНРП

- ◎ **Ведущие симптомы: кровотечение и боль.**

Клинические проявления зависят от:

- **площади отслоения плаценты,**
- **величины и скорости кровотечения,**
- **реакции организма женщины на кровопотерю.**

КЛИНИКА ПОНРП

- ⦿ при незначительной отслойке плаценты в конце периода раскрытия или в периоде изгнания, возникает симптом кровотечения:
- ⦿ присоединяется слабость родовой деятельности,
- ⦿ появляются признаки острой гипоксии плода.
- ⦿ При головке плода, находящейся в полости малого таза или в плоскости выхода, роды возможны через естественные родовые пути, с применением операции акушерских щипцов

Тяжелая клиническая картина возникает при отслойке более 50% плаценты.

Отслойка значительной части плаценты возникает внезапно, на что указывают следующие симптомы:

- ⊙ **Нарушение гемодинамики** - падение АД, слабый, частый пульс, бледность кожных покровов.
- ⊙ **Болевой синдром** - боль вначале локализуется в месте отделившейся плаценты, а затем распространяется по поверхности всей матки, боль сильная, тупая, постоянная, появляется рвота.
- ⊙ **Внутриутробная гипоксия или гибель плода.**
- ⊙ **Изменение консистенции и конфигурации матки** - матка в гипертонусе, поверхность ее болезненная, выражено выпячивание матки в области отслойки плаценты, и эта поверхность имеет эластичную консистенцию.
- ⊙ **наружное кровотечение** часто бывает незначительным и не может служить показателем тяжести процесса

ДИАГНОСТИКА ПОНРП

- анамнез (указание на предрасполагающие (чаще всего симптомы преэклампсии) или непосредственно вызывающие причины и типичная клиническая картина).
- Матка напряжена и между схватками не расслабляется.
- При осмотре в зеркалах определяют кровянистые выделения из наружного зева (этот симптом не всегда присутствует).
- Плодный пузырь постоянно напряжен.
- Сердцебиение плода учащается, затем становится редким, аритмичным.
- При отслойке более 1/3 плаценты происходит гибель плода и сердцебиение не прослушивается.

ДИАГНОСТИКА ПОНРП

дополнительные методы исследования:

- ультразвуковое сканирование, (показывает площадь отслойки, ее прогрессирование и величину гематомы).

ЛЕЧЕНИЕ ПОНРП

- Выбор метода лечения зависит от выраженности клинических симптомов и акушерской ситуации. Главный принцип лечения - быстрое опорожнение матки.
- выбор способа родоразрешения определяться:
 - тяжестью состояния больной,
 - временем возникновения ПОНРП
 - состоянием родовых путей.

Период с момента постановки диагноза до родоразрешения должен быть максимально коротким и не превышать 15-20 мин

ЛЕЧЕНИЕ ПОНРП

- При выраженной клинической картине и нарастающих симптомах внутреннего кровотечения производят **кесарево сечение**.
- Если матка пропитана кровью, имеет темно-фиолетовую окраску, мышца ее дряблая, не реагирует на механические и фармакологические факторы ("матка Кувелера"), а также в случае развития ДВС-синдрома производят **экстирпацию матки**.

ЛЕЧЕНИЕ ПОНРП

- ⊙ В периоде изгнания, при наличии условий и живого плода, роды заканчивают **наложением акушерских щипцов**.
- ⊙ При целом плодном пузыре как этап предоперационной подготовки производят **амниотомию**, которая снижает внутриматочное давление и замедляет отслойку плаценты.

ЛЕЧЕНИЕ ПОНРП

- После родоразрешения через естественные родовые пути - **показано ручное отделение плаценты и выделение последа,**
- если отслойка была неполной - ручное обследование полости матки для исключения нарушения целостности стенок матки и для удаления возможных остатков плацентарной ткани и сгустков крови, **что способствует лучшему сокращению матки.**

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

- неправильное прикрепление плаценты в матке, когда плацента располагается в области нижнего маточного сегмента, над внутренним зевом, частично или полностью перекрывая его и находится ниже предлежащей части плода

В России частота предлежаний плаценты составляет 0,5-0,8 % от общего числа родов.

- **Повышение частоты предлежания плаценты в последние десятилетие объясняют увеличением числа абортов и внутриматочных вмешательств.**
- **Кровотечение при предлежании плаценты может возникнуть в начале второй половины беременности, вследствие формирования нижнего сегмента.**
- **Наиболее часто кровотечение возникает во время родов.**
- **Кровотечение во время беременности при предлежании плаценты встречается в 34% случаев, во время родов - в 66%.**

КЛАССИФИКАЦИЯ

- **Полное (центральное) предлежание плаценты** - внутренний зев полностью перекрыт плацентой и при влагалищном исследовании всюду определяется плацентарная ткань, плодные оболочки не пальпируют
- **Неполное (частичное) предлежание плаценты** - внутренний зев не полностью перекрыт плацентой и при влагалищном исследовании за внутренним зевом определяется плацента и околоплодные оболочки
- **Неполное предлежание плаценты разделяют на краевое и боковое предлежание.** При **краевом** нижний край плаценты располагается за внутренним зевом; при **боковом** - край плаценты частично перекрывает внутренний зев. Наряду с плацентой в обоих случаях определяют плодные оболочки.
- Клинически вариант ПП можно определить только при раскрытии маточного зева на 4-5 см.
 - в практической работе различают полное или неполное предлежание плаценты.

Варианты предлежания плаценты



Центральное предлежание плаценты (*placenta praevia centralis*) – внутренний зев перекрыт плацентой.



Боковое предлежание плаценты (*placenta praevia lateralis*) – предлежат части плаценты в пределах внутреннего зева.

Варианты предлежания плаценты



Краевое предлежание плаценты - (placenta praevia marginalis) нижний край плаценты находится у краёв внутреннего зева



Низкая плацентация - плацента имплантируется в нижнем сегменте матки, но её край не достигает внутреннего зева.

ЭТИОЛОГИЯ

(патологические изменения в слизистой оболочке матки, нарушающие нормальную децидуальную реакцию эндометрия).

- ⊙ Аборты, другие внутриматочные вмешательства
- ⊙ рубцовые изменения в эндометрии после абортов, операций на матке (кесарево сечение, консервативная миомэктомия, перфорация матки и др.)
- ⊙ миома матки
- ⊙ хроническое воспаление эндометрия
- ⊙ аномалии или недоразвитие матки
- ⊙ многократные роды
- ⊙ осложнения в послеродовом периоде.

Предлежание плаценты у повторнородящих чаще, чем у первородящих.

ЭТИОЛОГИЯ ПП

- Вследствие нарушения инвазивной функции трофобласта (запоздального появления ферментативных процессов в трофобласте)
- оплодотворенное яйцо не может своевременно привиться в области дна матки. (Оно приобретает имплантационную способность, опускаясь в нижние отделы матки, где и прививается).

КЛИНИКА ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

- Основной клинический симптом - кровотечение. Вследствие растяжения нижнего сегмента вскрываются интервиллезные пространства, так как ворсины плаценты не обладают растяжимостью, плацента отслаивается от стенок матки, возникает кровотечение.
- Кровотечения во время беременности появляются внезапно, без болевых ощущений, могут прекратиться, но спустя некоторое время возникнуть вновь. Чем ниже расположена плацента, тем раньше и обильнее бывает кровотечение.
- Иногда сила кровотечения не соответствует степени предлежания плаценты: при полном предлежании плаценты может быть небольшое кровотечение; неполное предлежание может сопровождаться очень сильным кровотечением, если разрыв произошел в области краевого венозного синуса плаценты.
- В связи с постоянной кровопотерей у беременных очень скоро развивается анемия.

КЛИНИКА

- При полном предлежании плаценты кровотечение часто появляется внезапно во время беременности, может быть обильным. Кровотечение может прекратиться на некоторое время, а может продолжаться в виде скудных кровяных выделений.
- В последние недели беременности, когда появляются предвестники родов, кровотечение возобновляется и/или усиливается.
- Кровотечение впервые может возникнуть при начале родовой деятельности, с первыми схватками.
- Если во время беременности были незначительные кровяные выделения, то с первыми схватками кровотечение усиливается. Острая анемия развивается быстро.

КЛИНИКА

- ⦿ Гипоксия плода - второй основной симптом предлежания плаценты.
- ⦿ Отслоившаяся часть плаценты не участвует в системе маточно-плацентарного кровообращения, поэтому степень гипоксии зависит от площади отслойки плаценты и ряда других факторов.

ДИАГНОСТИКА

- Анамнез.
- Осмотр влагалища и шейки матки при помощи зеркал для исключения:
 - травмы,
 - псевдоэрозии шейки матки,
 - полипа,
 - злокачественной опухоли шейки матки и др.

Кровянистые выделения видны из цервикального канала при ПП.

- Ультразвуковое сканирование, позволяющее точно оценить степень предлежания плаценты, определить ее размеры, площадь и прогрессирование отслойки.

УЗИ диагностика предлежания плаценты



ДИАГНОСТИКА ПП

- **Влагалищное исследование** - бережно, в условиях стационара с соблюдением асептики антисептики, в условиях развернутой операционной, **так как в момент исследования кровотечение может усиливаться.**
- При полном предлежании плаценты и закрытом наружном зеве через своды предлежащая часть не определяется. Пальпируют мягкое пастозное образование через все своды влагалища при полном предлежании плаценты, а при неполном предлежании - в переднем или одном из боковых сводов.
- При раскрытом маточном зеве диагностика предлежания плаценты намного облегчается. Весь просвет внутреннего зева занят плацентарной тканью при полном предлежании, пальпация усиливает кровотечение. Если в пределах маточного зева обнаруживают плацентарная ткань и оболочки плодного пузыря, то это частичное (неполное) предлежание плаценты.

ДИАГНОСТИКА ПП

- При низком прикреплении плаценты плацентарную ткань пальпировать не удастся, так как край плаценты находится выше внутреннего зева, однако, оболочки будут плотные и поверхность их шероховатая. Это объясняется тем, что ворсинки гладкого хориона, расположенные вблизи плаценты, не подвергаются полной атрофии, а сохраняются в виде мелких сосочков до самого конца беременности. Они располагаются только в той части оболочки, которая непосредственно примыкает к краям плаценты.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПОЗДНИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Клинические СИМПТОМЫ	Клинический диагноз		
	Предлежание плаценты	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	Разрыв сосудов пуповины
Наружное кровотечение	Умеренное, выраженное	Умеренное, может отсутствовать	Умеренное
Цвет крови	Ярко-алая	Темная	Ярко-алая
Тонус матки	нормотонус	гипертонус	нормотонус
Состояние плода	Может не страдать	Прогрессивно ухудшается	Резко страдает и быстро погибает
Предлежание плода	Часто тазовое, косое, поперечное	головное	головное
Шок	Редко	Очень часто	Не характерен
Коагулопатия	Редко	Очень часто	Не характерно
Связь с гипертензивным состоянием	нет	есть	нет

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА при ПП

зависит от:

- **силы кровопотери**
- **количества кровопотери.**

Применяют консервативное и оперативное лечение.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

- **Консервативные методы лечения** - если во время беременности кровотечение необильное, общее состояние беременной удовлетворительное, максимальное артериальное давление выше 100 мм рт.ст., содержание в крови гемоглобина не менее 90 г/л.
- Беременную помещают в стационар, где назначают строгий постельный режим, проводят профилактику гипоксии плода препаратами, улучшающими маточно-плацентарный кровоток и микроциркуляцию.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

- ⊙ Разрыв плодного пузыря (амниотомия) - при наличии родовой деятельности (при неполном предлежании плаценты).
- ⊙ Разрыв оболочек способствует опусканию в малый таз головки плода, которая прижимает отслоившийся участок плаценты, прекращает дальнейшую отслойку плаценты и останавливает кровотечение.
- ⊙ В дальнейшем роды могут протекать нормально.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

- Кесарево сечение является абсолютным показанием при полном предлежании плаценты.
- Эту операцию нередко выполняют при неполном предлежании плаценты, когда имеется обильное кровотечение угрожающее жизни матери при неподготовленных родовых путях, или оно не прекращается после амниотомии.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

- ⦿ В III периоде родов кровотечение возобновляется, потому что плацентарная площадка располагается в нижнем сегменте матки, а его сократительная способность снижена

Показано ручное отделение
плаценты и выделение последа

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

- В процессе любого метода родоразрешения роженица требует особого внимания. Одновременно с мероприятиями по остановке кровотечения проводят мероприятия по борьбе с острой анемией (переливание крови, кровезаменителей), терапию слабости родовой деятельности, оксигенотерапию, осуществляют мероприятия по предупреждению или лечению гипоксии плода и т.д.

ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ

- ◎ **Нарушение механизмов отделения плаценты от стенки матки:**
 - **частичное плотное прикрепление плаценты,**
 - **частичное истинное приращение плаценты:**
(отягощенный акушерский анамнез :
аборты, воспалительные процессы)
- ◎ **Нарушение изгнания последа**
 - **из полости матки**
 - **из влагалища**

ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ

◎ *Травмы родовых путей*

- *Разрывы шейки матки, влагалища, промежности:*
 - *быстрые роды,*
 - *крупный плод;*
- *Травматический разрыв матки во время кесарева сечения:*
 - *неправильное положение плода,*
 - *низкое расположение предлежащей части;*
- *Разрыв матки:*
 - *оперированная матка,*
 - *несоответствие размеров плода и таза матери;*
- *Выворот матки:*
 - *высокий паритет,*
 - *расположение плаценты в дне матки.*

ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

- ◎ *Задержка в матке частей последа*
 - *дефект последа:*
 - *инфекции,*
 - *аномалии родовой деятельности,*
 - *неадекватное введение родостимулирующих препаратов,*
 - *грубое ведение III периода родов;*
 - *задержка большей части оболочек*

ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

◎ Гипотония и атония матки

- перерастяжение матки:
 - многоводие,
 - многоплодие,
 - крупный плод;
- "истощение сократительной способности миометрия":
 - быстрые роды,
 - затяжные роды,
 - высокий паритет;
- инфекция:
 - хориоамнионит
 - хроническая вирусная и бактериальная инфекция;
- анатомические/функциональные особенности матки:
 - пороки развития
 - миома матки
 - предлежание плаценты
 - оперированная матка

ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

⊙ *Нарушения коагуляции*

- *врожденные заболевания крови:*
 - *гемофилия А*
 - *болезнь Виллебрандта*
 - *аутоимунная тромбоцитопения и др.*
- *приобретенные заболевания крови при беременности с развитием ДВС-синдрома:*
 - *гестоз*
 - *HELLP-синдром*
 - *антенатальная гибель плода*
 - *тяжелая инфекция*
 - *эмболия околоплодными водами*

⊙ *Травмы родовых путей*

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ.

ПАТОЛОГИЯ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ: КЛАССИФИКАЦИЯ

- Плотное прикрепление плаценты - такая патология, при которой ворсины хориона не выходят за пределы компактного слоя децидуальной оболочки, но плотно соединены с ним.
- Истинное приращение плаценты - тяжелая патология, при которой ворсины хориона проникают в мышечный слой, прорастая его, доходят до серозной оболочки матки. Эта патология является очень тяжелой и встречается относительно редко: один раз на 10000-20000 родов.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ. ПАТОЛОГИЯ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ: КЛАССИФИКАЦИЯ

Плотное прикрепление и истинное приращение плаценты может быть **полным и неполным.**

При полном плотном прикреплении/истинном приращении плаценты вся материнская поверхность плаценты прочно соединена со стенкой матки,

при частичном плотном прикреплении/истинном приращении - только поверхность отдельных долек.

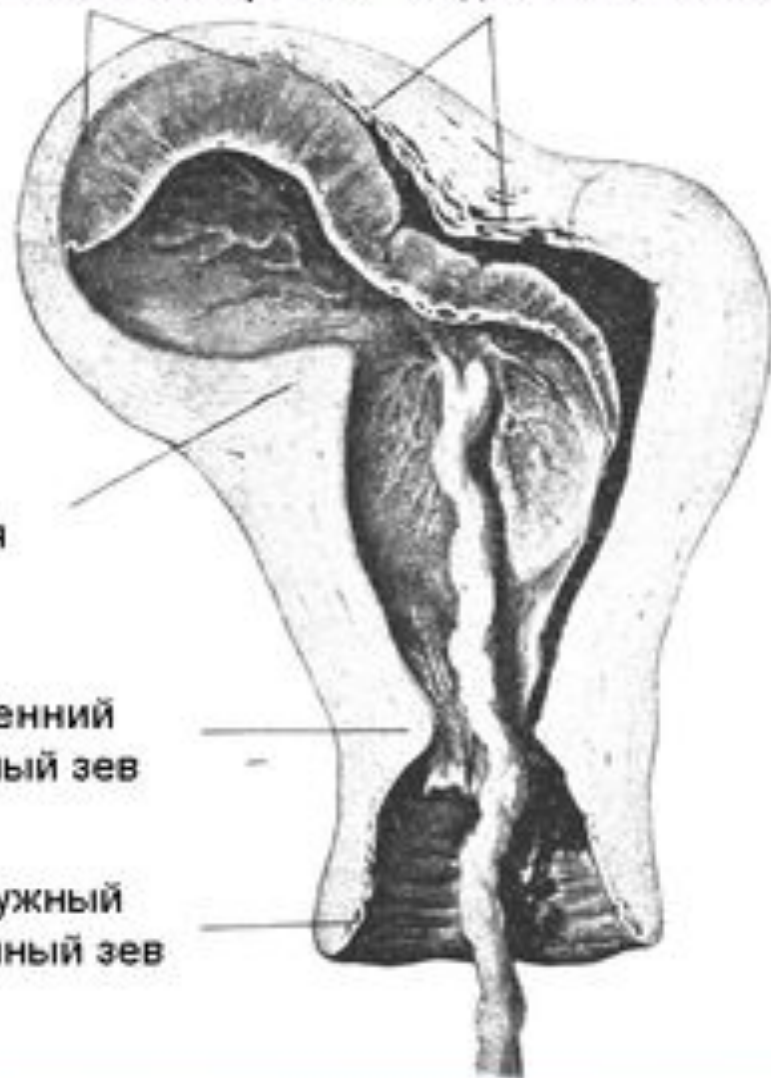
Частичное плотное прикрепление плаценты

Прикрепленная часть плаценты Отделившаяся часть плаценты

Кольцо
сокращения

Внутренний
маточный зев

Наружный
маточный зев



КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ. ПАТОЛОГИЯ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ: КЛИНИКА

- Основной симптом при частичном плотном прикреплении и частичном истинном приращении плаценты - кровотечение из половых путей.
- Сила кровотечения и количество теряемой крови зависят от размеров отслоившейся части плаценты: чем больше отслоившаяся часть плаценты, тем обильнее кровотечение; от места прикрепления плаценты: где более тонкий мышечный слой матки и меньшая сократительная способность ее, тем оно обильнее.
- При этом отрицательными остаются признаки отделения плаценты (признаки Шредера, Чукалова-Кюстнера, Альфельда, Довженко, Клейна и др.)
- При полном плотном прикреплении и полном истинном приращении плаценты кровотечение из половых путей отсутствует. Признаки отделения плаценты также отрицательны.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ.

ПАТОЛОГИЯ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ: ДИАГНОСТИКА. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА.

Дифференциальную диагностику плотного прикрепления и истинного приращения плаценты можно поставить только В ПРОЦЕССЕ ОПЕРАЦИИ РУЧНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ.

При частичном плотном прикреплении плаценты (наличии симптома кровотечения и отсутствия признаков отделения плаценты) лечение заключается в проведении операции ручного отделения плаценты и выделения последа.

Если нет симптома кровотечения и признаков отделения плаценты, выжидают 30 минут, после чего следует произвести ручное отделение плаценты.

При попытке отделить плаценту от матки при ее полном истинном приращении сразу же возникает обильное кровотечение. В такой ситуации необходима немедленная операция: чревосечение, иссечение участка приращения или надвлагалищная ампутация / экстирпация матки.

Ручное отделение плаценты и выделение последа



КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ. ПАТОЛОГИЯ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ: ДИАГНОСТИКА. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА.

При частичном истинном приращении последа попытка отделения рукой последа еще более усиливает кровотечение, надо прекратить отделение и немедленно начать чревосечение.

Одновременно проводят мероприятия по борьбе с анемией и шоком.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ. ЭТИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА, АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

- ◎ Гипотония матки - это состояние, при котором резко снижен тонус и сократительная способность матки.
- ◎ Атония матки - это состояние, при котором возбуждающие матку средства не оказывают на нее никакого действия.
- ◎ Нервно-мышечный аппарат матки находится в состоянии паралича.
- ◎ Атония матки наблюдается редко, но вызывает массивное кровотечение.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ. ДИАГНОСТИКА

⊙ При гипотонии матки -

- кровотечение из матки,
- при пальпации матка большая, расслаблена,
- плохо контурируется через переднюю брюшную стенку,
- при наружном массаже может несколько сократиться, а затем вновь расслабляется, и кровотечение возобновляется.

Дифференциальный диагноз гипотонического кровотечения проводят с травматическими повреждениями родового канала

⊙ - при травме родовых путей матка плотная, хорошо сокращена

- Осмотр шейки матки и влагалища с помощью зеркал,
- ручное обследование стенок полости матки

подтверждают диагноз разрывов мягких тканей родового канала и кровотечения из них.

СХЕМА КОНСЕРВАТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

При гипотоническом кровотечении:

- - одномоментно: окситоцин 10 ЕД в/м; при отсутствии эффекта - ручное обследование матки с удалением содержимого полости.
- - первые 30 мин: окситоцин 10 ЕД в/в кап со скоростью 60 кап в мин;

При частичном плотном прикреплении плаценты

- ручное ее отделение, выделение последа, затем - утеротоники в поддерживающей дозе в течение 3 часов.

СХЕМА КОНСЕРВАТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

При продолжающемся кровотечении
бимануальная компрессия матки.

Техника операции:

- В асептических условиях рука акушера вводится во влагалище, сжимается в кулак;
- Кулак акушера располагается в переднем своде и надавливает на переднюю стенку матки
- Другой рукой акушер через переднюю брюшную стенку надавливает на заднюю стенку матки по направлению к руке, введенной во влагалище
- Продолжается сдавливание до тех пор, пока кровотечение не остановится и матка не начнет сокращаться.

БИМАНУАЛЬНАЯ КОМПРЕССИЯ МАТКИ

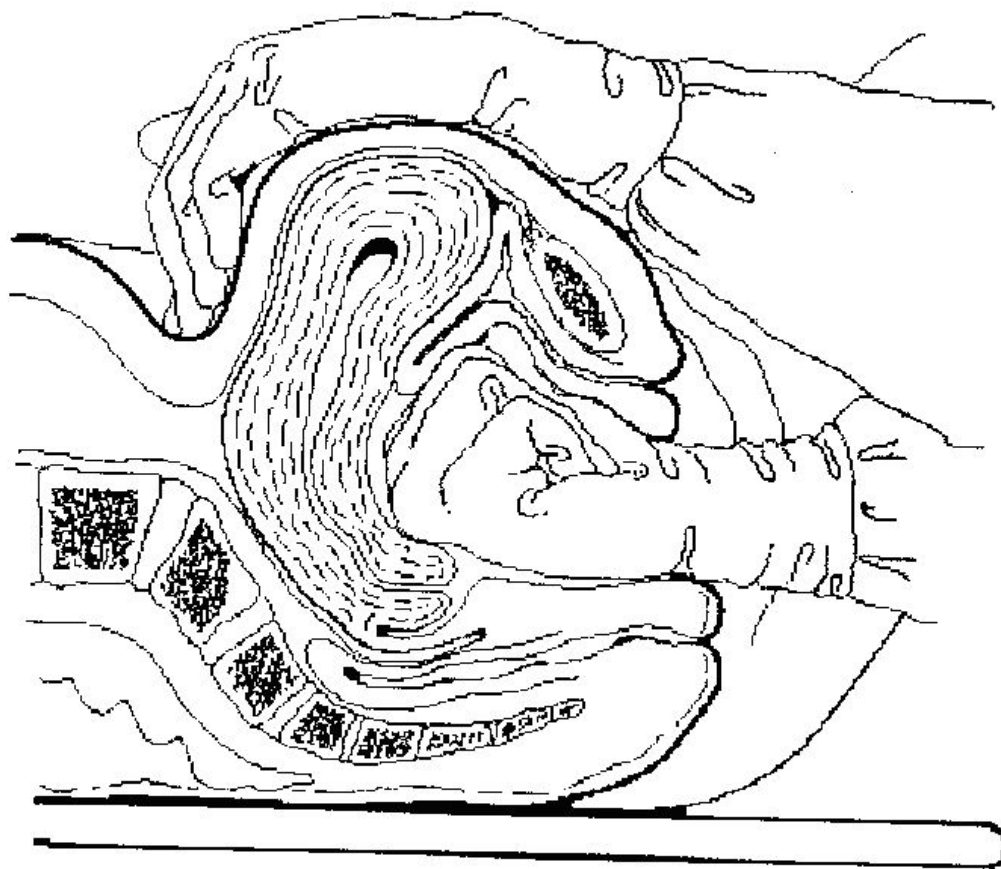


СХЕМА КОНСЕРВАТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

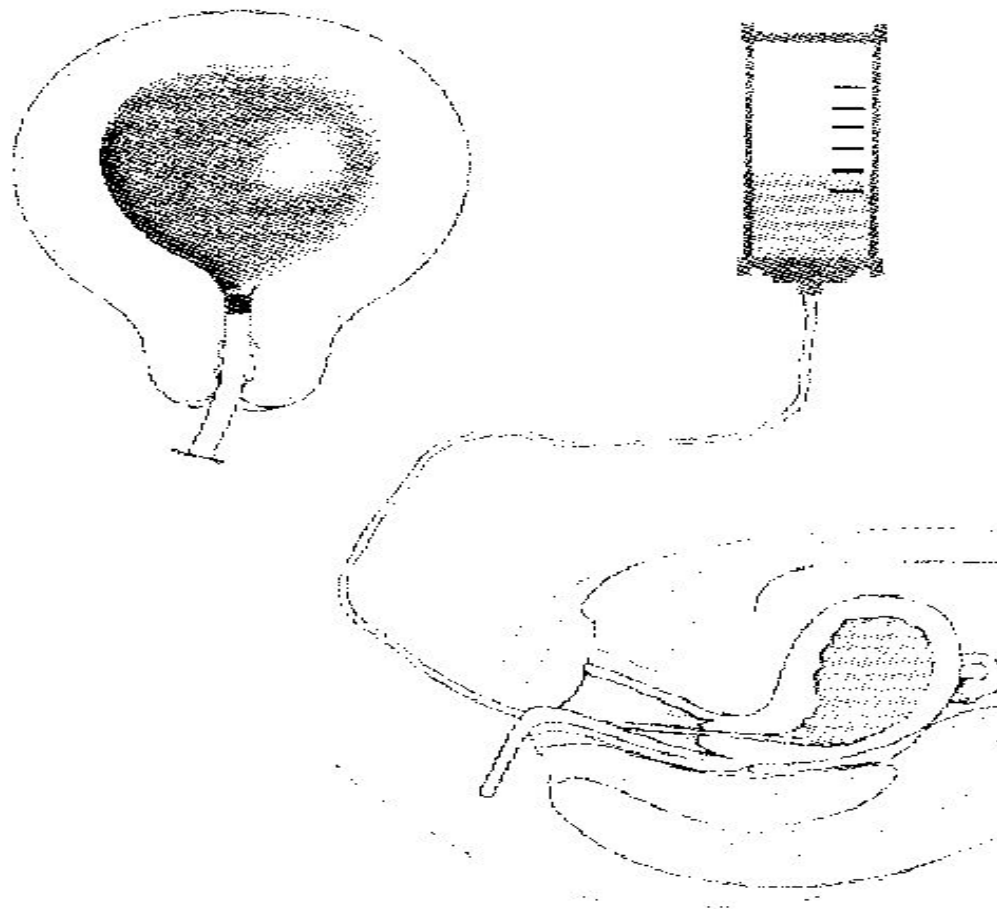
При продолжающемся кровотечении -
развернуть операционную.

На дооперационном этапе необходимо
применить методы временной остановки
кровотечения:

- Баллонная тампонада матки

Внутриматочный гемостатический баллон -
введение в полость матки баллонного
катетера, который заполняется 180-360 мл
физиологического раствора

ВНУТРИМАТОЧНЫЙ ГЕМОСТАТИЧЕСКИЙ БАЛЛОН

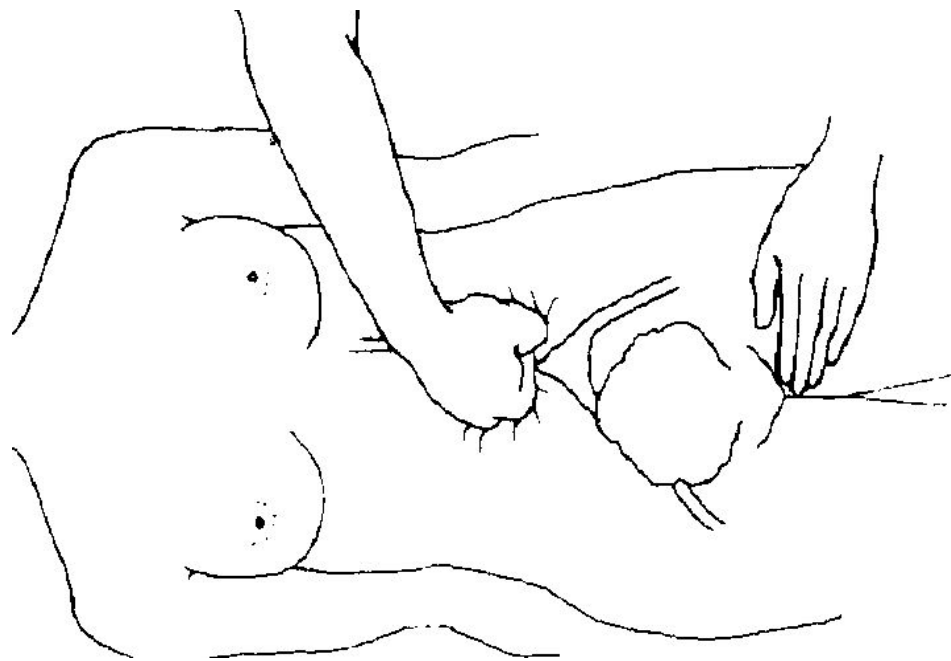


МЕТОДЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Сдавление брюшной аорты:

- нисходящее давление сложенным кулаком через переднюю брюшную стенку (точка надавливания - над пупком, чуть левее). При отсутствии у роженицы ожирения пульсация аорты может быть легко определена при пальпации через переднюю брюшную стенку
- для оценки полноты сдавления - другой рукой пальпируется пульс на бедренной артерии (если пульс определяется, то давление, оказываемое кулаком, недостаточное)

СДАВЛЕНИЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ



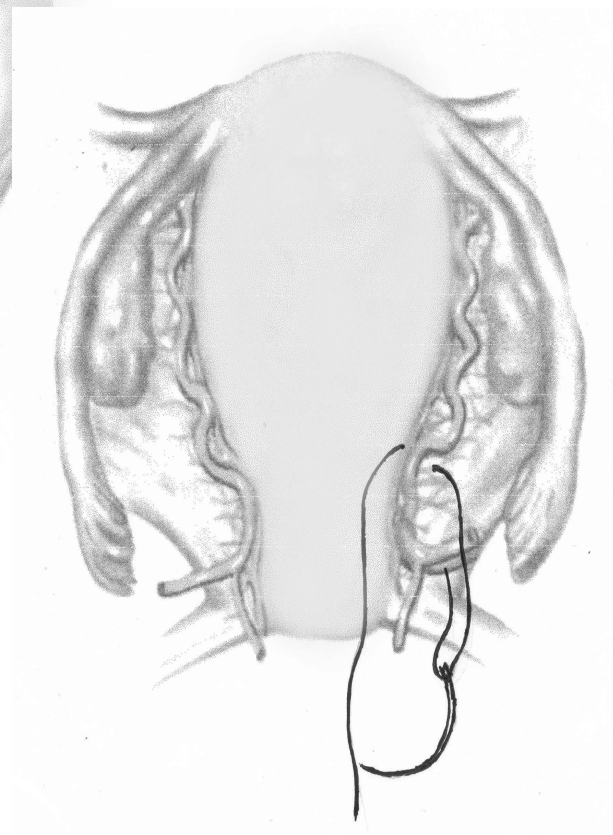
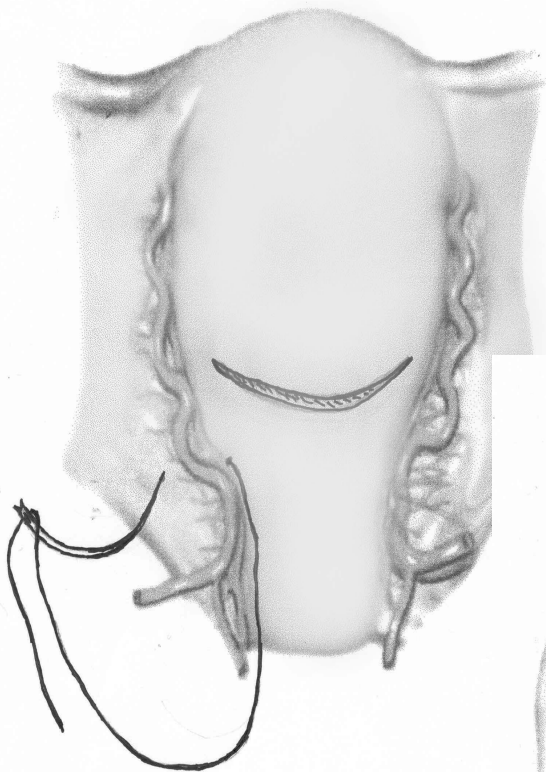
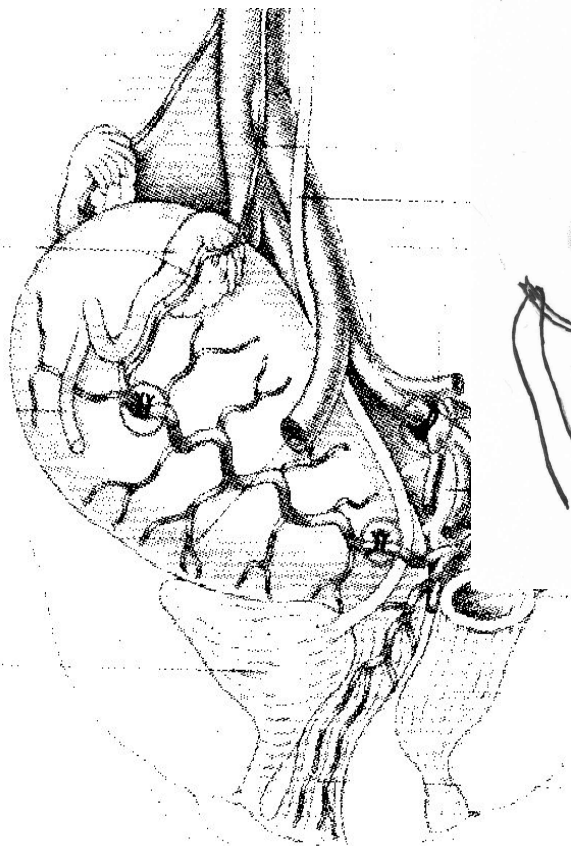
ЛАПАРОТОМИЯ

- при кровопотере 1000 мл и продолжающемся кровотечении.

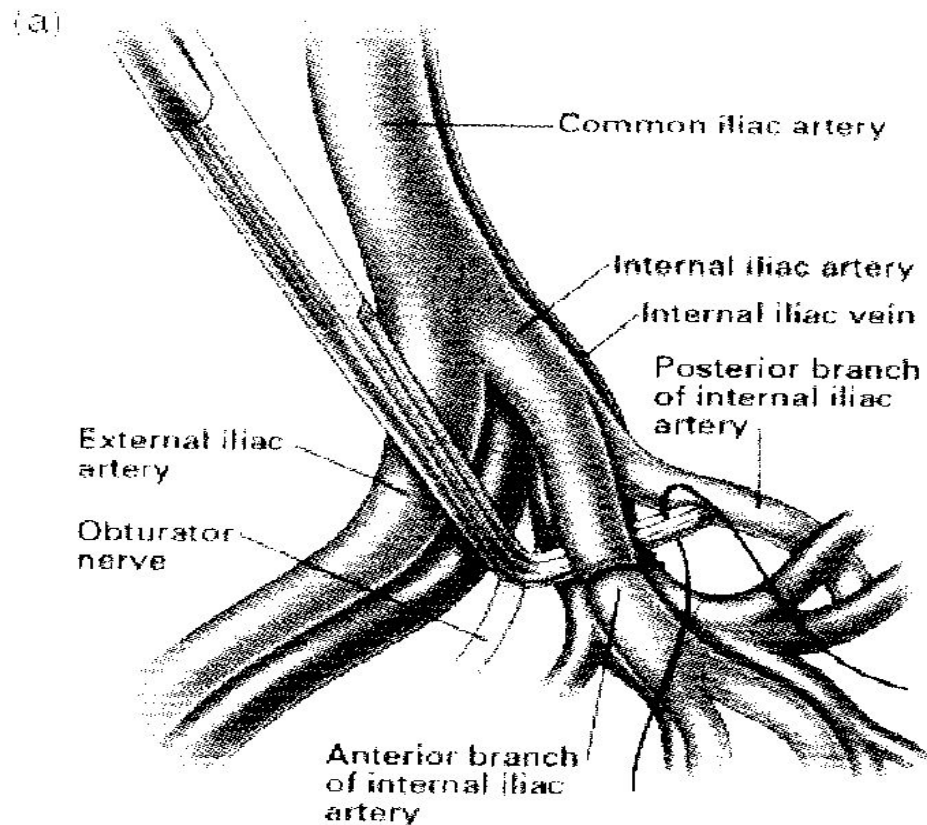
ЛАПАРОТОМИЯ

- - последовательная перевязка маточных артерий: правый маточный сосудистый пучок - вкол иглы с нитью без захвата ткани матки вдоль сосудистого пучка со стороны переднего листка широкой связки, выкол - со стороны заднего листка; левый сосудистый пучок - вкол - со стороны заднего листка, выкол - со стороны переднего листка широкой связки.

ПЕРЕВЯЗКА МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ



ПЕРЕВЯЗКА МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ (ВНУТРЕННИХ ПОДВЗДОШНЫХ)



- Только при неэффективности всех вышеперечисленных мероприятий - тотальная или субтотальная гистерэктомия.

**Благодарю за
внимание**