

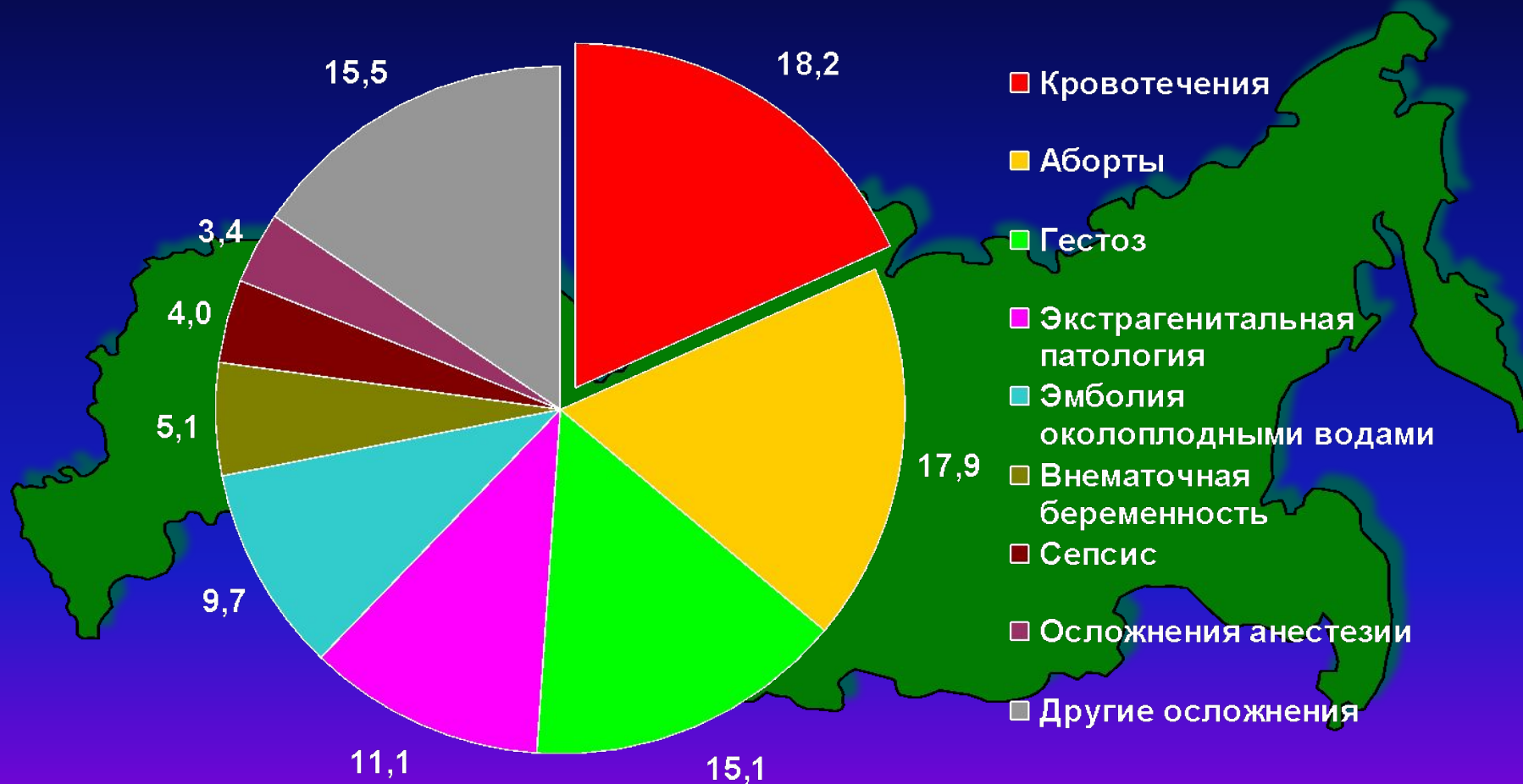


Минобрнауки России
ФГБОУ ВПО «Хакасский государственный университет им. Н.Ф.Катанова»
(«ХГУ им. Н.Ф. Катанова»)
Медико – психолого – социальный институт
Медицинский колледж

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Преподаватель: Сулаймонова Г.Ю.

СТРУКТУРА ПРИЧИН МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ (2004)



- Частота преждевременных родов при ПОНРП и ПП составляет - 20%
- Перинатальная смертность - от 17 до 26%.

гибель детей в антенатальном периоде (во время беременности от 28 до 40 нед.), интранатальном периоде (во время родов), постнатальном периоде (7 дней после рождения)

Классификация акушерских кровотечений

- I. Кровотечения во время беременности
 - кровотечения в I половине беременности
 - кровотечения во II половине беременности
- II. Кровотечения в I и II периодах родов
- III. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде
- IV. Кровотечение в позднем послеродовом периоде

Кровотечения во время беременности (1)

I половина беременности (до 20 недель)

не связанные с патологией
плодного яйца:

- псевдоэрозия шейки матки;
- полип или рак шейки матки,
- травмы влагалища,
- варикозное расширение вен наружных половых органов и влагалища

связанные с патологией
плодного яйца:

- начинающийся выкидыш,
- прервавшаяся
внематочная беременность,
- пузырный занос,
- шеечно-перешеечная
беременность

Кровотечения во время беременности (2)

II половина беременности (после 20 недель)

Помимо вышеперечисленных:

- ✓ Предлежание плаценты
- ✓ Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- ✓ Разрыв матки по рубцу
- ✓ Разрыв пуповинных сосудов при оболочечном их прикреплении

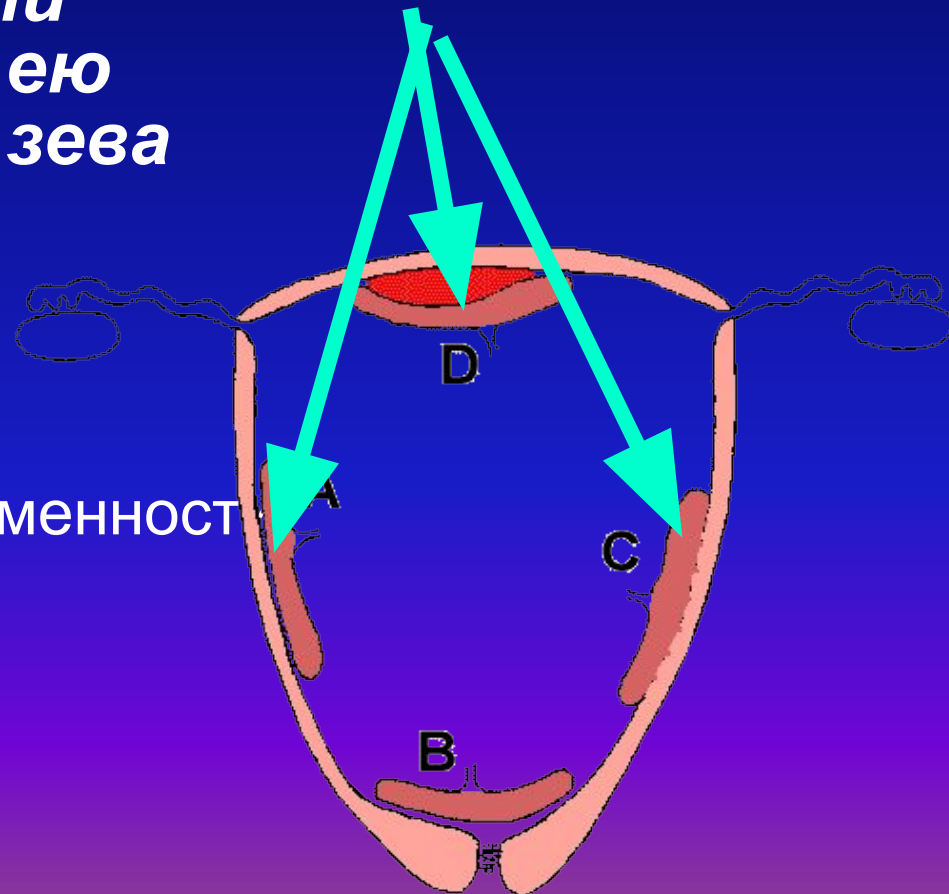
Кровотечения во время I и II периодов родов

- Эрозия, рак шейки матки
- Полип цервикального канала
- Варикозное расширение вен влагалища
- Разрыв краевого синуса плаценты
- Разрыв пуповинных сосудов при плевистом их прикреплении
- Предлежание плаценты
- ПОНРП
- Разрыв матки
- Разрыв мягких тканей родового канала

Предлежание плаценты (Placenta praevia)

- **Прикрепление плаценты в области нижнего сегмента матки с частичным или полным перекрытием ею области внутреннего зева шейки матки.**

Нормальное место
плацентации



- Частота 0,1-0,9% ко всем беременностям
- Кровотечение во время беременности встречается в 34% случаев
- во время родов - в 66%.

Классификация предлежаний плаценты

- **Полное (центральное) предлежание плаценты** (*placenta praevia centralis*) - внутренний зев полностью перекрыт плацентой
- **Неполное (частичное) предлежание плаценты** (*placenta praevia partialis*) - внутренний зев не полностью перекрыт плацентой

Разделяют на:

- краевое (*placenta praevia marginalis*), нижний край плаценты находят на уровне края внутреннего зева;
- боковое (*placenta praevia lateralis*) предлежание, край плаценты частично перекрывает внутренний зев.

Наряду с плацентой в обоих случаях определяют плодные оболочки.

Клинически вариант предлежания плаценты можно определить только при раскрытии маточного зева на 4-5 см.

Классификация предлежаний плаценты

- **Низкое прикрепление плаценты** - нижний край плаценты располагается на 7 см и менее от внутреннего зева, в нижнем сегменте матки, но край плаценты не достигает внутреннего зева.
- **Шеечная (шеечно-перешеечная) плацента** - плацента врастает в шеечный канал в результате неполноценного развития децидуальной реакции в шейке матки.

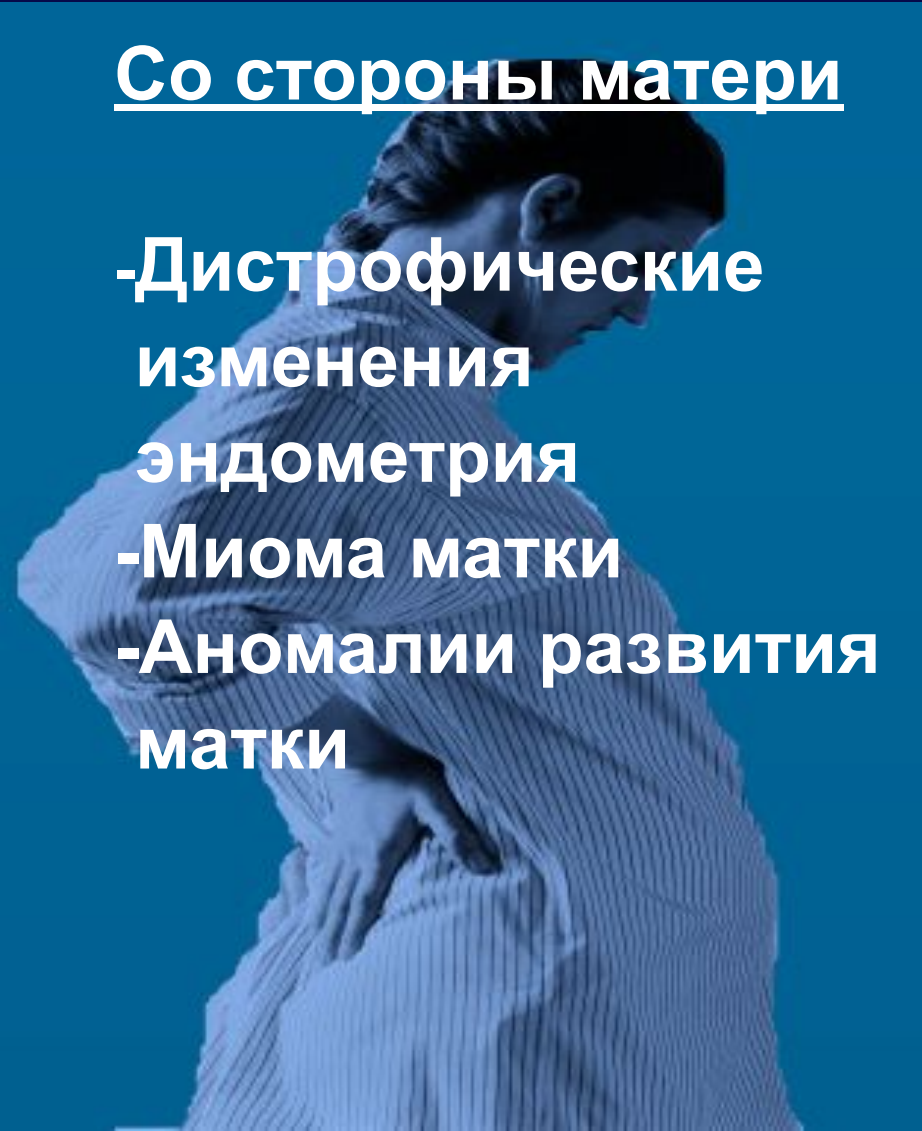
Причины возникновения предлежания плаценты

Со стороны матери

- Дистрофические изменения эндометрия
- Миома матки
- Аномалии развития матки

Со стороны плода

- Сниженная активность протеолитических ферментов плодного яйца



Миграция плаценты

Частота ПП в I триместре – 50%

Частота ПП в III триместре 0,5%

Варианты миграции плаценты

I – следование за растягивающейся стенкой матки - характерно для плацентации по передней стенке матки

II – микропередвижение по стенке матки – характерно для плацентации по задней стенке матки

Клиническая картина предлежания плаценты

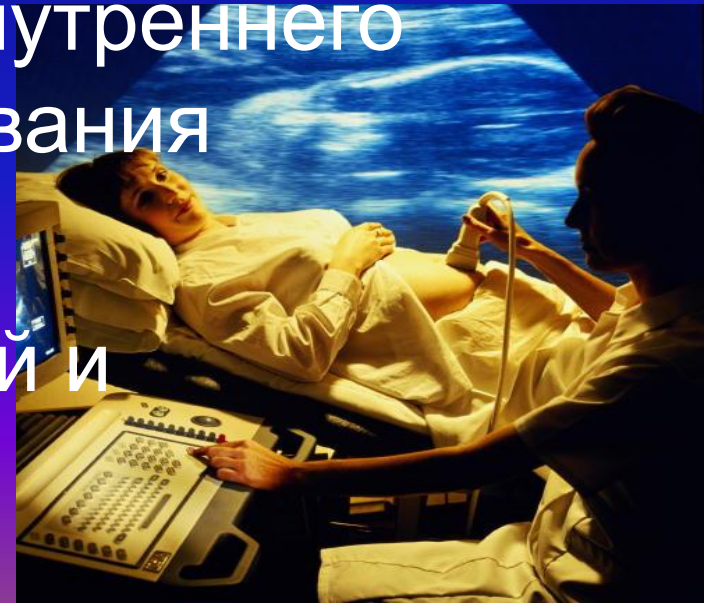
- Кровотечение (чаще в 30-35 недель)
 - ✓ Всегда наружное
 - ✓ Безболезненное
 - ✓ «Беспричинное»
 - ✓ Неоднократное
 - ✓ Приводит к гипотонии, анемизации женщины, невысокий прирост ОЦК
 - ✓ Может приводить к гипотрофии и гипоксии плода

Осложнения во время беременности при ПП (до появления кровотечения)

- **Неустойчивое положение плода**
- **Неправильные положения плода**
- **Тазовые предлежания плода**
- **Высокое стояние предлежащей части**
- **Угроза прерывания беременности**
- **Гипотрофия плода**

Диагностика предлежания плаценты

- Клиническая картина – кровотечение
- Оценка акушерско-гинекологического анамнеза – наличие ОАА
- Результаты наружного и внутреннего акушерского обследования
- УЗИ - наиболее объективный и безопасный метод



Диагностика предлежания плаценты



Наружное исследование – приемы
Леопольда-Левецкого

Высокое стояние
предлежащей
части плода

Неправильные
положения
плода

Диагностика предлежания плаценты



Внутреннее (влагалищное) исследование

**Цервикальный канал
непроходим**



**Наличие тестоватости в одном
из сводов влагалища**

**Цервикальный
канал
проходим**



**Пальпация плацентарной
ткани**



**Влагалищное исследование с
целью уточнения диагноза
предлежания плаценты**

выполняется

**по жизненным показаниям,
только в стационаре и только при
развернутой операционной**

Диагностика предлежаний плаценты

Дополнительные методы исследования



УЗИ

Точность диагностики – 98%

Дифференциальная диагностика

- ❖ Все вышеперечисленные возможные причины кровотечений во время беременности и родов



ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ

Ведение беременных с ПП в условиях женской консультации

Жалобы на кровотечение

Общее и наружное акушерское обследование

~~Вагинальное исследование~~

Экстренная госпитализация машиной скорой помощи в стационар

В условиях развернутой операционной -
осмотр в зеркалах и вагинальное
исследование для диагностики источника
кровотечения

Ведение беременных при предлежании плаценты в условиях стационара (1)

Выраженное кровотечение, угрожающее
жизни женщины

↓
экстренное родоразрешение путем
операции кесарево сечение
(нижнесрединная лапаротомия)

- независимо от состояния
плода (нежизнеспособный
или мертвый)



Ведение беременных с ПП в условиях стационара (2)



Тактика при ПП во время родов

- Полное предлежание плаценты – **абсолютное показание** к абдоминальному родоразрешению
- Частичное предлежание плаценты



ПРОГНОЗ при ПП

□ ПЕРИНАТАЛЬНАЯ
СМЕРТНОСТЬ НЕ ПРЕВЫШАЕТ

10%

(основная причина гибели –
недоношенность)

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

– это отделение плаценты,
прикрепленной в верхнем сегменте
матки, во время беременности или в
первом и во втором периодах родов

✓ Частота ПОНРП 0,4 - 1,4%

Факторы, способствующие фиксации плаценты к стенке матки



**Фиксация
якорными
ворсинами**



**Внутриматочное
давление**



Прогестероновый блок

Причины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

Предрасполагающие

- васкулопатии (гестозы; аутоиммунные состояния (Rh-конфликт, АФЛС); аллергические реакции (переливание плазмы, крови, декстранов и др.); перенашивание беременности
- дистрофические изменения эндометрия
- функциональные изменения

Непосредственные

- наружная травма
- короткая пуповина
- быстрое излитие околоплодных вод
- медикаментозная гиперстимуляция матки
- быстрое рождение первого плода из двойни
- дискоординированная или бурная родовая деятельность

Классификации ПОНРП по локализации и клиническому течению

- I. Центральная
- II. Краевая

- I. Частичная
 - прогрессирующая
 - не прогрессирующая
- II. Полная

Классификация ПОНРП по площади отслойки

- I. Легкая – менее $\frac{1}{4}$ площади плаценты
- II. Средняя – от $\frac{1}{4}$ до $\frac{2}{3}$
- III. Тяжелая – более $\frac{2}{3}$

Осложнения ПОНРП



Маточно-плацентарная апоплексия



Тромбо-геморрагический синдром (ДВС-синдром)

Основные синдромы, характерные для ПОНРП



Кровотечение

Болевой синдром

Синдром внутриутробной
гипоксии плода

Клиника (1)

□ БОЛЬ

- ✓ чаще острая, внезапная
- ✓ нарастающая, распирающая
- ✓ нередко локализованная
- ✓ может быть приступообразная и иррадиирующая в область симфиза, бедро



Клиника (2)



Особенности кровотечения при ПОНРП

**Закрытая отслойка
центрального типа**



**Внутреннее
кровотечение**



**Комбинированное
(внутренне-
наружное)
кровотечение**

**Открытая отслойка
периферического типа**



**Наружное
кровотечение**



**Комбинированное
(наружно-внутреннее)
кровотечение**

Клиника (3)

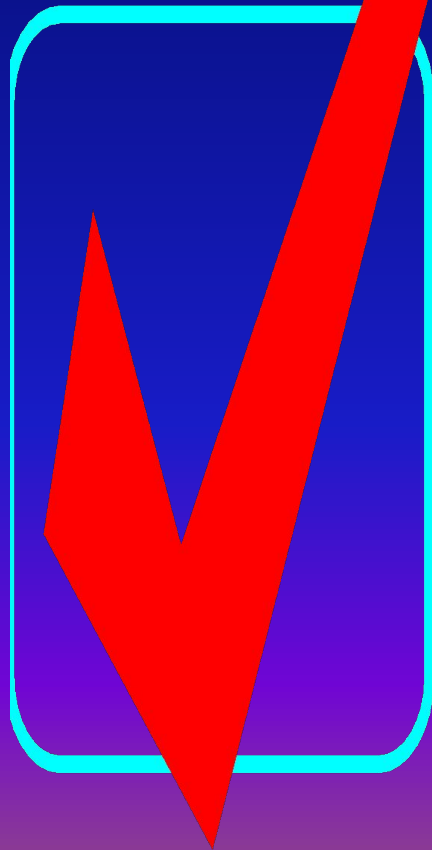
- **Гипертонус и болезненность матки** (невозможность пальпации мелких частей плода)
- **Изменение формы и величины матки** – локальная выпуклость над местом отслойки (при локализации плаценты по передней стенке)

Клиника (4)

- Двигательная активность плода выражена или ослаблена
- Острая гипоксия плода, а иногда и его гибель
- Появление симптомов геморрагического шока, ДВС-синдрома (маточно-плацентарная апоплексия или «матка КУВЕЛЕРА» развивается в 8%), ишемические некрозы внутренних органов (при гиповолемии)

Синдром внутриутробной гипоксии плода

Самый ранний симптом при любом типе отслойки



ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ

(Объем кровопотери не превышает 100 мл.)

- Клиника: клинические проявления при компенсированном состоянии матери и плода могут быть стертыми (тонус матки слегка повышен, показатели свертывающей системы крови в норме, ЧСС плода в норме)
- Диагностика:
 - УЗИ;
 - Осмотр плаценты после рождения последа и обнаружение кратерообразных вдавлений, заполненных темными сгустками крови

ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ

- Лечение: при удовлетворительном состоянии матери и плода возможно консервативное ведение до срока зрелости плода
 1. постельный режим,
 2. контроль за свертываемостью крови, состоянием плода и беременной,
 3. спазмолитические препараты,
 4. поливитамины,
 5. препараты железа и др.

СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ

(Объем кровопотери 100 - 500 мл.)

- Клиника: тонус матки повышен, болезненность матки при пальпации; признаки внутриутробной гипоксии плода, а иногда и гибель; у беременной – тахикардия, ортостатическая гипотония, низкое пульсовое давление; в анализах крови – снижение фибриногена до 1,5-2,0 г/л
- Диагностика:
 - Клиническая картина

ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ

(Объем кровопотери более 500 мл.)

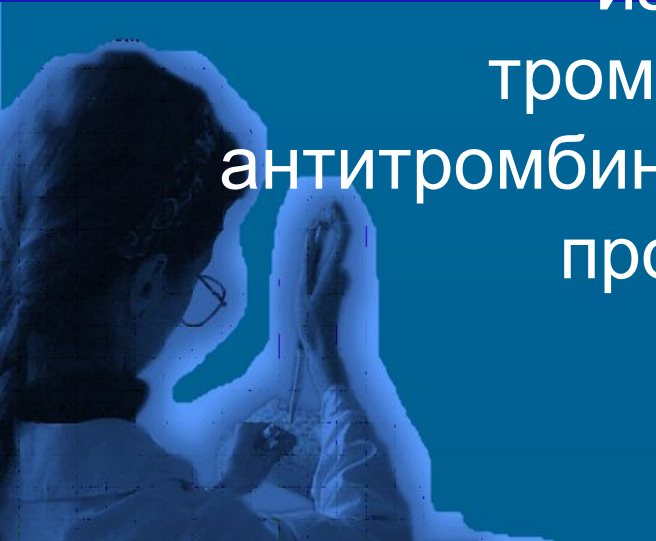
- Клиника: матка резко напряжена; болезненна при пальпации; плод обычно погибает; у беременной – геморрагический шок; часто отмечается протеинурия и присоединяется ДВС-синдром.
- Диагностика:
 - Клиническая картина

Клиническая картина ПОНРП



Диагностика

- Анамнез
- Объективное обследование (классическая клиническая картина только у 10% женщин)
- УЗИ, доплерометрия
 - Лабораторное обследование: изокоагуляция и гипокоагуляция, тромбоцитопения, снижение уровня антитромбина III, повышение концентрации продуктов дегидратации фибрина



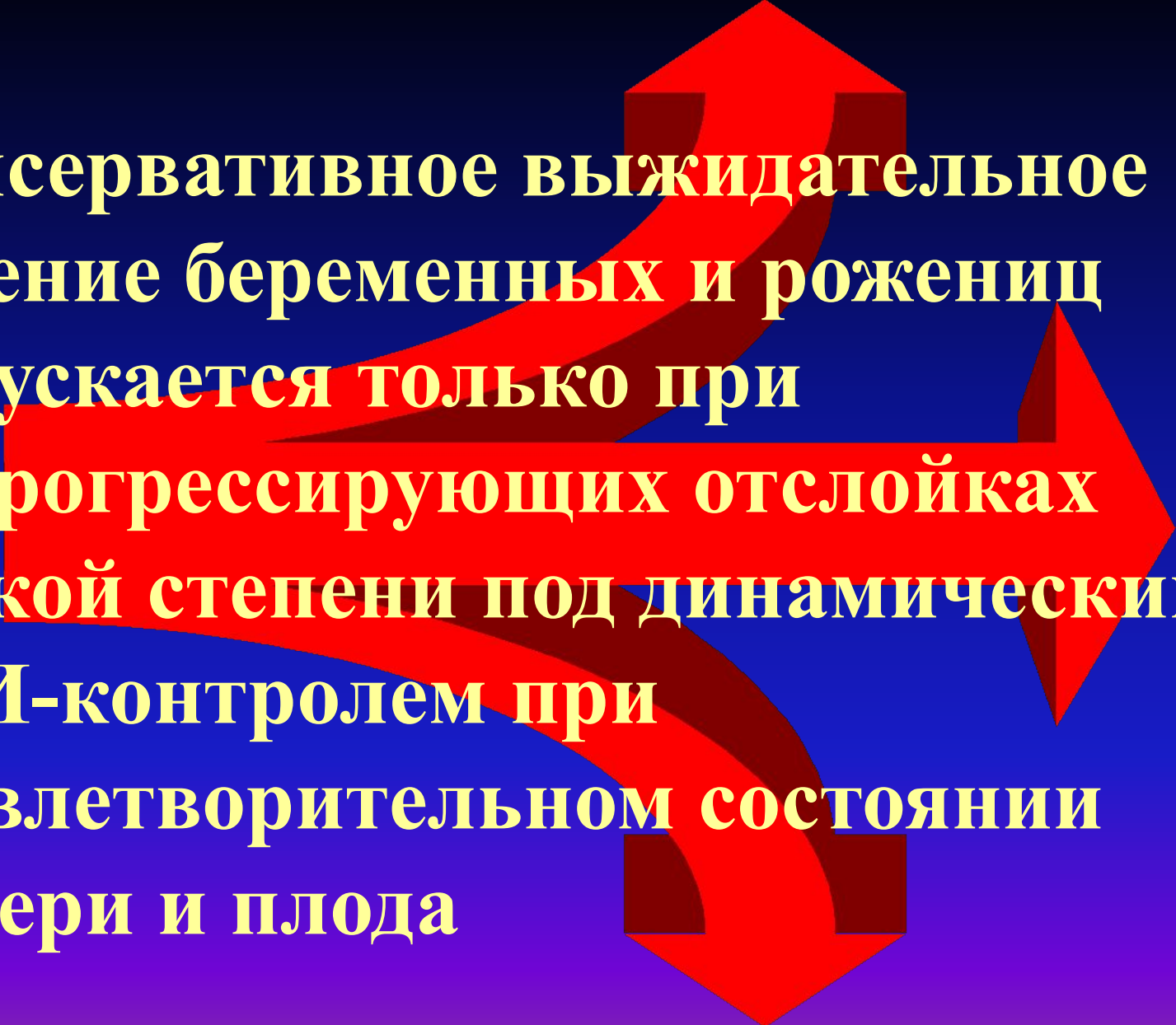
Дифференциальная диагностика

- Предлежание плаценты
- Разрыв краевого синуса плаценты
- Разрыв сосудов пуповины
- Разрыв матки
- Острая хирургическая патология




Ведение беременных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты





**Консервативное выжидательное
ведение беременных и рожениц
допускается только при
непрогрессирующих отслойках
легкой степени под динамическим
УЗИ-контролем при
удовлетворительном состоянии
матери и плода**



**Тактика врача при постановке
диагноза острой
прогрессирующей отслойки
нормально расположенной
плаценты должна быть
направлена на срочное –
в течение 30-40 минут,
родоразрешение**

Методы родоразрешения при прогрессирующей ПОНРП

ПОНРП при беременности

ПОРП в I периоде родов

КЕСАРЕВО
СЕЧЕНИЕ

ПОРП во II периоде родов

АКУШЕРСКИЕ
ЩИПЦЫ

ЭКСТРАКЦИЯ
ПЛОДА

КРАНИОТОМИЯ

ПРОГНОЗ при ПОНРП

▣ ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ

30%

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В АКУШЕРСТВЕ

Лечение пациенток с невынашиванием беременности должно быть патогенетически обоснованным и широко сочетаться с симптоматической терапией.

Обязательным условием проведения сохраняющей терапии должно быть согласие матери, исключение пороков развития плода и экстрагенитальной патологии, являющейся противопоказанием для вынашивания беременности.

- **Лечение угрозы прерывания беременности в 1 триместре:**

- Постельный покой.
- Седативные средства (пустырник, триоксазин, нозепам, седуксен, димедрол), психотерапия.
- Спазмолитики (папаверин, но-шпа).
- Гормональная терапия (дюфастон, утрожестан).
- Профилактика ФПН.

• Лечение угрозы прерывания беременности во 2 и 3 триместрах:

- Постельный режим и психо-эмоциональный покой.
- Назначение бета адреномиметиков (токолитики), которые вызывают расслабление гладкой мускулатуры матки (партусистен, гинипрал, ритодрин). Лечение начинают с в/в капельного введения 0,5 мг партусистена, разведенного на 400 мл натрия хлорида 0,9%, начиная с 6-8 капель в мин. но не более 20 капель.
- Блокаторы кальциевых каналов: верапамил 0,04 3 раза в день; изоптин 0,04 3 раза в день.

- Гормональная поддержка: 17 _ОПГ 125 мг 1 раз в неделю до 28 недель беременности.
- Магнезиальная терапия: сульфат магния 25% 10 мл на 200 мл натрия хлорида 0,9% в течение 5-7 дней; Магне В 6 2 таблетки 2 раза в день 10-15 дней; электорфорез с 2% магнием на матку 10 процедур.
- Ингибиторы синтеза простагландинов: индометацин в таблетках или свечах, общая доза на курс не более 1000 мг, длительность курса 5-9 дней.
- Профилактика гипоксии плода.
- Профилактика плацентарной недостаточности.
- Спазмолитики.
- Седативные препараты.

Кровотечения во второй половине беременности.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

- При легкой форме ПОНРП во время беременности при сроке до 34 недель.
- Если состояние беременной и плода значительно не страдает, нет внутреннего и наружного кровотечения, возможно консервативное лечение: постельный режим, УЗИ-контроль через 1-2 дня, КТГ с доплерометрией, спазмолитики (дротверин 2%-2 мл, 2-3 раза в сутки в/м, магне-В6 2мг – 2 раза в день), гемостатические средства (этамзилат натрия 12,5% - 2 мл 4-6 раз в сутки), контроль за состоянием свертывающей системы.
- **Бета адреномиметики при ПОНОП не используются !!!**

- В родах при легкой степени отслойки, небольшой кровопотере, удовлетворительном состоянии роженицы и плода и при целом плодном пузыре показана амниотомия, которая замедляет или прекращает отслойку (медленно выпустить воду).
- Провести срочно УЗИ.
- Тщательный контроль за состоянием плода (мониторинг КТГ).
- При отслойке плаценты в конце периода раскрытия плодного пузыря в случае нахождения головки в полости малого таза роды закончиваются с помощью акушерских шипцов, при мертвом плоде – краниотомия, тазовых предлежаниях _ извлечение плода за тазовый конец.

- При родоразрешении через естественные родовые пути тотчас после рождения плода производят ручное отделение плаценты с одновременной тщательной ревизией стенок матки.
- На протяжении 2-6 часов после родов с целью профилактики гипотонического кровотечения введение сокращающих средств (в/в окситоцин, метилэргометрин).
- При тяжелой форме отслойки во время беременности, независимо от срока беременности и жизнеспособности плода (нарастании симптомов внутреннего кровотечения), показана операция кесарево сечение.

• **Предлежание плаценты.**

- При выявлении ПП (УЗИ – диагностика) в ранние сроки – при отсутствии кровянистых выделений наблюдение в амбулаторных условиях.
- При наличии кровянистых выделений – стационарное лечение.
- Терапия направлена на снятие возбудимости матки, укрепление сосудистой стенки (дротаверин 2%-2мл, в/м -3 раза в день, магне В6 2 таблетки – 2 раза в день, этамзилат 2 в/м – 2 раза в день).
- При сроке беременности более 16 недель используют токолитики Сульфат магния для токолиза не используют, т.к. гипермагниемия сглаживают реакцию организма матери на кровопотерю.
- На фоне приема препарата мать и плод более тяжело переносят кровопотерю.
- С целью профилактики РДС плода с 26 недель –дексаметазон (1 день 2мг-4раза, 2 день 2мг – 3 раза, 3 день 2мг -2раза).
- Лечение проводят до нормализации тонуса матки и прекращения кровянистых выделений.

- Роды. При полном предлежании плаценты родоразрешение проводят только путем операции кесарево сечение. (абсолютное показание).
- При частичном предлежании плаценты и кровопотере более 150 мл при неподготовленных родовых путях - операция кесарево сечение.

• Показания к консервативному ведению родов.

- Частичное ПП и прекращение кровотечения после вскрытия плодного пузыря.
- Полная соразмерность головки плода и таза матери.
- Затылочное предлежание плода.
- Хорошая координированная родовая деятельность.
- Отсутствие патологии, вызывающей разрывы шейки матки (крупный плод, дискоординированная родовая деятельность, переносенная беременность, старые разрывы шейки матки 2-3 степени, поздний возраст первородящей).

• Принципы консервативного ведения родов.

- Ранняя амниотомия с предварительным введением препаратов спазмолитического действия (но-шпа, папаверина гидрохлорид, баралгин).
- Капельное в/в введение спазмолитиков в 1 периоде родов (6 мл но-шпы, или 8 мл папаверина гидрохлорида, или 5 мл баралгина в 400 мл 0,9% хлорида натрия вводят на протяжении 4-5 час со скоростью 25-30 кап/мин).
- Полная готовность к инфузионной терапии (катетер в вене, иметь запас донорской крови, плазмы, кровезаменителей).
- Абсолютное исключение родостимуляции.

- В конце 2 периода родов для профилактики гипотонического кровотечения в\в вводят 1,0 мл метилэргометрина.
- В 3 периоде родов активная тактика – ручное отделение последа и тщательное обследование стенок матки (может быть разрыв).
- В послеродовом периоде в течение 2-6 час вводят утеротонические средства (в\в капельно 5-10 ЕД окситоцина в 300-500 мл раствора кристаллоидов), следят за состоянием свертывающей системы крови, проводят профилактику и лечение ДВС-синдрома.
- При отсутствии эффекта от проводимой терапии , развитии гипотонического кровотечения показана экстерпация матки без придатков.

- **Показания к кесареву сечению при ПП.**

- **Независимо от срока гестации.**
- Полное предлежание плаценты и начавшееся кровотечение.
- Повторяющиеся кровотечения, объем которых превышает 200мл.
- Одномоментная кровопотеря 150мл и более.
- Сочетание небольших кровопотерь с анемией, гипотонией, гипоксией плода.
- Сочетание неполного ПП с продолжающимся кровотечением, неправильным положением плода, тазовым предлежанием, крупным плодом, гипоксией плода, анатомически узким тазом, возрастом первородящей 30 лет и старше.

- **КРОВОТЕЧЕНИЯ В
ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ
ПОСЛЕРОДОВОМ
ПЕРИОДЕ**

- Кровотечение, возникшее после рождения плода, называется кровотечением в последовом периоде.
- Оно возникает при задержке детского места или его частей.
- При физиологическом течении последового периода матка после рождения плода уменьшается в объеме и резко сокращается, плацентарная площадка уменьшается в размере и становится меньше размеров плаценты.
- Во время последовых схваток происходит ретракция мышечных слоев матки в области плацентарной площадки, за счет этого происходит разрыв губчатого слоя децидуальной оболочки.
- Процесс отделения плаценты непосредственно связан с силой и длительностью процесса ретракции. Максимальная продолжительность последового периода в норме составляет не более 30 минут.

- **Кровотечения в последовом периоде родов**
- **Нарушение процессов отделения плаценты**
 - Плотное прикрепление плаценты
 - Истинное приращение плаценты
 - Гипотоническое состояние матки
 - Расположение плаценты в одном из маточных углов

- **Разрыв матки, мягких родовых путей**
 - Ущемление отделившегося последа
 - ДВС-синдром
 - Нерациональное ведение последового периода (потягивание за пуповину – выворот матки, несвоевременное применение утеротоников).

• Задержка последа и его частей в полости матки.

- *Клиническое течение*
- Основным симптомом при задержке детского места или его частей является 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. Кровотечение может быть обильным, если в матке осталась неотделившаяся часть дольки плаценты или дополнительная долька.

- Кровотечение может быть внутренним, т. е. кровь скапливается в матке, потому что внутренний зев закрыт сгустком крови, спазмирован и оттока крови нет.
- В таком случае матка увеличивается в размере, становится напряженной.
- Это отражается на общем состоянии роженицы: бледность кожных покровов, тахикардия, снижение артериального давления и др.

• *Лечение*

- Методы лечения при задержке детского места разделяют на консервативные и оперативные.
- **Консервативные методы:** введение внутримышечно или внутривенно 5 ед. окситоцина для усиления последовых схваток, способствующих отделению плаценты и прекращению кровотечения.
- В случаях отделения плаценты, но задержке ее в матке, применяют способы выделения из матки отделившегося последа - Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича.
- Если консервативные методы не дают эффекта, а кровопотеря превысила физиологическую, приступают к операции **ручного отделения и выделения последа.**

- При задержке в матке частей детского места (дефект плаценты, задержка дополнительной дольки плаценты, сомнение в целостности плаценты) всегда применяют только **оперативное лечение** - ручное обследование стенок полости матки, отделение и выделение частей послеродовых частей, сгустков крови, препятствующих сокращению матки.
- После ручного обследования стенок полости матки и уверенности полного ее опорожнения, внутривенно вводят 1 мл (5 ЕД) окситоцина в 20 мл 5% раствора глюкозы медленно, кладут пузырь со льдом на низ живота и периодически пальпацией через переднюю брюшную стенку контролируют состояние матки.
-

- С целью предупреждения послеродовой инфекции во всех случаях оперативного вмешательства в последовом периоде назначают антибиотики.
- При патологической кровопотере (500 мл и более) возмещают кровопотерю, проводят симптоматическую терапию.

- **Кровотечения в послеродовом периоде**

- Кровотечение из половых путей в первые 4 часа после родов, называют кровотечением в раннем послеродовом периоде.
- Основными причинами, вызывающими кровотечение являются:
 - 1. Задержка в полости матки частей детского места.
 - 2. Атония и гипотония матки.
 - 3. Травма мягких тканей родового канала.
 - 4. Нарушение свертывающей системы (коагулопатия).

- **Гипотония матки** - это такое состояние, при котором резко снижен тонус и сократительная способность матки. Под воздействием мероприятий и средств, возбуждающих сократительную деятельность матки, мышца матки сокращается, хотя нередко сила сократительной реакции не соответствует силе воздействия.
- **Атония матки** - это такое 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.

- **Первый этап:** Кровопотеря превышает 0,5% массы тела, составляя в среднем 401-600 мл.
- Основная задача первого этапа - остановить кровотечение не допустить большой кровопотери, не допустить дефицита возмещения кровопотери, сохранить объемное соотношение вводимой крови и кровезаменителей, равное 0,5-1,0, возмещение 100%.
- **Мероприятия первого этапа** борьбы с кровотечением сводятся к следующему:
- 1) опорожнение мочевого пузыря катетером, лечебный дозированный массаж матки через брюшную стенку по 20-30 сек. через 1 мин., местная гипотермия (лед на живот), в/в введение кристаллоидов (солевые растворы, концентрированные растворы глюкозы);

- 2) одномоментное в/в введение метилэргометрина и окситоцина по 0,5 мл. в одном шприце с последующим капельным введением этих препаратов в той же дозе со скоростью 35-40 кап. в мин. в течение 30-40 мин.;
- 3) ручное исследование матки для определения целостности ее стенок, удаления пристеночных сгустков крови, проведения двуручного массажа матки;
- 4) осмотр родовых путей, зашивание разрывов;
- 5) в/в введение витаминно-энергетического комплекса для повышения сократительной активности матки: 100-150 мл. 40% раствора глюкозы, 12-15 ЕД инсулина (подкожно), 10 мл. 5% раствора аскорбиновой кислоты, 10 мл. раствора кальция глюконата, 50-100 мг. кокарбоксилазы гидрохлорида.

- При отсутствии эффекта, уверенности в прекращении кровотечения, а также при кровопотере, равной 500 мл, следует приступить к гемотрансфузии.
- Если кровотечение не остановилось или возобновилось вновь, незамедлительно переходят ко второму этапу борьбы с гипотоническим кровотечением.

- **Второй этап: Кровопотеря 1,0-1,8% массы тела, что в среднем составляет 601-1000 мл.**
- Основные задачи второго этапа борьбы с кровотечением: остановить кровотечение, не допустить большей кровопотери, сохранить объемное соотношение вводимой крови и кровезаменителей 1:1, не допустить перехода компенсированной кровопотери в декомпенсированную; нормализовать реологические свойства крови, возмещение 150%.

- **Мероприятия второго этапа:**

- 1) капельное (до 35-40 кап/мин.) в/в введение 10 ЕД окситоцина в 500 мл. 0,9% изотонического раствора натрия хлорида с 1 мг. простагландина Е2, разведенного в 300 мл. кристаллоидного раствора.
- 2) применение рефлекторных и механических способов остановки кровотечения (зажимы по Бакшееву). В случае отсутствия эффекта от терапии зажимов, наложенных на шейку матки, следует снимать только во время операции перед наложением зажимов на маточные сосуды.

- 3) Инфузионно-трансфузионная терапия: гемотрансфузия в темпе кровотока, переливание плазмозамещающих онкотически активных препаратов (свежезамороженная плазма, альбумин, протеин), препараты ГЭК (гемохез, инфукол), кристаллоидных солевых растворов, изотонических плазме крови. Кровопотеря возмещается свежей донорской кровью или эритроцитарной массой на 80-100%, плазмозамещающими и солевыми растворами на 20-30%.
- На этом этапе борьбы с кровотечением следует развернуть операционную, подготовку доноров для прямого переливания крови и быть готовым к чревосечению.
- Все манипуляции проводятся под адекватным обезболиванием.

- При восстановленном ОЦК показано введение: 40% раствора глюкозы, корглюкона, панангина, витаминов С, В1, В6, кокарбоксилазы гидрохлорида, АТФ, а также антигистаминных препаратов (димедрол, супрастин).
- При продолжающемся кровотечении приступают к третьему этапу.

- **Третий этап: кровопотеря,**
превышающая 2% массы тела, т.е.
1001-1500 мл.

- Основные задачи третьего этапа борьбы с гипотоническим кровотечением: удаление матки до развития гипокоагуляции, предупреждение дефицита возмещения кровопотери более чем 500 мл, сохранение объемного соотношения вводимой крови и кровезаменителей 2:1, своевременная компенсация функции дыхания (ИВЛ) и почек, что позволяет стабилизировать гемодинамику. Возмещение кровопотери на 200%.

• Мероприятия третьего этапа.

- При продолжающемся кровотечении показаны интубационный наркоз с ИВЛ, чревосечение, временная остановка кровотечения с целью нормализации гемодинамических и коагуляционных показателей (наложение зажимов на углы матки, основания широких связок, истмичеакую часть труб, собственные связки яичников и круглые связки матки).
- Выбор объема операции (ампутация или экстирпация матки) определяется темпом, длительностью, объемом кровопотери, состоянием систем гемостаза.
- При развитии ДВС-синдрома следует производить только экстирпацию матки.

- У обескровленных больных с декомпенсированной кровопотерей операцию проводят в 3 этапа.
- 1. Лапаротомия под эндотрахеальным наркозом - временный гемостаз путем наложения клемм на магистральные маточные сосуды (восходящая ветвь маточной артерии, собственная связка яичника, артерия круглой связки).
- 2. Операционная пауза, когда все манипуляции в брюшной полости прекращаются на 10-15 минут для восстановления гемодинамики (повышение А/Д до безопасного уровня).
- 3. Радикальная остановка кровотечения - экстирпация матки без придатков.

- **Профилактика кровотечения в послеродовом периоде**

- Своевременное лечение воспалительных заболеваний, борьба с абортами и привычным невынашиванием.
- Правильное ведение беременности, профилактика гестоза и осложнений течения беременности.
- Правильное ведение родов: грамотная оценка акушерской ситуации, оптимальная регуляция родовой деятельности.
- Обезболивание родов и своевременное решение вопроса об оперативном родоразрешении.

- Профилактическое введение утеротонических препаратов начиная с момента врезывания головки, тщательное наблюдение в послеродовом периоде. Особенно в первые 2 ч после родов.
- Обязательное опорожнение мочевого пузыря после рождения ребенка, лед на низ живота после рождения последа, периодический наружный массаж матки.
- Тщательный учет теряемой крови и оценка общего состояния родильницы.

СПАСИБО!!!