

Акушерские кровотечения

ПОДГОТОВИЛА СТУДЕНТКА Л1-С-О-163(1)

САДЫГОВА САИДА

Акушерские кровотечения

- ▶ Послеродовое кровотечение – кровопотеря более 500 мл после родов через естественные родовые пути и более 1000 мл при операции кесарево сечение; любой объем кровопотери, приводящий к гемодинамической нестабильности.

ЭТИОЛОГИЯ

- ▶ Причины (четыре "Т"):
- ▶ Тонус: гипо-, атония матки (70%);
- ▶ Травма: разрывы родовых путей (20%);
- ▶ Ткань: нарушение отделения /остатки плаценты (10%);
- ▶ Тромбин: коагулопатии (<1%).

- ▶ Тонус – многоплодная беременность, многорожавшие (3 родов и более), крупный плод, многоводие, стремительные или затяжные роды, слабость родовой деятельности, родовозбуждение и родостимуляция, миома и аномалии развития матки, предлежание плаценты, применение некоторых лекарственных препаратов (седативных, анальгетиков, токолитиков, блокаторов кальциевых каналов, ганглиоблокаторов, нитроглицерина, сернокислой магнезии и др.), хориоамнионит.
- ▶ Травма – стремительные роды, оперативные роды, перинеотомия, неправильное положение или вставление головки плода, многорожавшие, операции на матке в анамнезе, миомэктомия во время кесарева сечения.

- ▶ Ткань – задержка частей последа, операции на матке в анамнезе, многоплодные, вращение плаценты, гипотония матки.
- ▶ Тромбин – послеродовое кровотечение в анамнезе, дородовое кровотечение, антенатальная смерть плода, заболевания и осложнения беременности с артериальной гипертензией, преждевременная отслойка плаценты, эмболия околоплодными водами, первичные коагулопатии (болезнь Виллебранда, тромбоцитопения, тромбоцитопатия, хронический ДВС синдром, лейкозы и др), инфекции, применение некоторых лекарственных препаратов (гепарин, сулодексид, седативные, анальгетики, токолитики, блокаторы кальциевых каналов, ганглиоблокаторы, нитроглицерин, сернокислая магнезия, нестероидные противовоспалительные препараты и др.).

Классификация

- ▶ Клиническая классификация акушерских кровотечений:
- ▶ 1. Кровотечение во время беременности и в родах:
 - Предлежание плаценты;
 - Преждевременная отслойка плаценты.
- ▶ 2. Кровотечения в послеродовом периоде:
 - Гипо- атония матки;
 - Задержка в полости матки части последа;
 - Разрывы мягких тканей родовых путей;
 - Врожденные и приобретенные нарушения системы гемостаза.
- ▶ Классификация послеродового кровотечения по времени возникновения:
- ▶ Раннее послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее в течение 2 часов после родов;
- ▶ Позднее послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее позже 2 часов после родов.

Клинические признаки кровотечения при предлежании плаценты:

- ▶ Возможны эпизоды кровотечений без болевого синдрома и повышенного тонуса матки;
- ▶ Наружное кровотечение алой кровью, визуальный объем кровопотери соответствует состоянию больной;
- ▶ Высокое расположение предлежащей части плода или неправильное его положение;
- ▶ Развитие признаков страдания плода, степень дистресса плода соответствует объему наружной кровопотери.

Клинические признаки преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП):

- ▶ Абдоминальный болевой синдром (от нерезко выраженных болей в животе до резких, сочетающихся с гипертонусом матки)
- ▶ Гипертонус матки вне и во время схватки, болезненность матки при пальпации (локальная или тотальная); при выраженной отслойке плаценты, локализованной по передней стенке матки, характерно локальное выпячивание, асимметрия матки;
- ▶ Кровотечение возникает чаще в третьем триместре беременности, в первом или во втором периоде родов; кровотечение чаще внутренне, реже наружное или смешанное (объем наружной кровопотери не соответствует тяжести состояния пациентки);
- ▶ Признаки страдания плода;
- ▶ При выраженной отслойке клинические проявления шока.

Физикальное обследование

- ▶ Рекомендуется проведение пальпации матки (для определения повышенного тонуса матки при преждевременной отслойке плаценты или сниженного при гипотонии матки в послеродовом периоде).
- ▶ Рекомендуется проведение осмотра последа и оболочек (для обнаружения участка преждевременной отслойки плаценты или дефекта плаценты).
- ▶ Рекомендуется проведение осмотра шейки матки, родовых путей и наружных половых органов (для диагностики травм мягких тканей родового канала).

Лабораторная диагностика

- ▶ Рекомендуется оценка свертывания крови (тромбоэластограмма (ТЭГ), количества тромбоцитов, фибриногена, протромбиновый индекс (ПТИ), активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), продуктов деградации фибрина/фибриногена (ПДФ/Ф), (объем лабораторной диагностики определяется с учетом клинической ситуации и возможностей лечебного учреждения).

Инструментальная диагностика

- ▶ Рекомендуется проведение ультразвукового исследования (УЗИ) (при отсутствии признаков кровотечения в момент исследования и необходимости уточнения диагноза, удовлетворительном состоянии матери и плода и возможности выполнения в течение не более 10 минут от появления клинических признаков или госпитализации).

Консервативное лечение

- ▶ Кровотечения во время беременности
- ▶ Рекомендуется при выявлении кровотечения алой кровью из наружных половых путей: незамедлительно переложить беременную на каталку; прослушать сердцебиение плода; поставить в известность ответственного дежурного врача; развернуть операционную; вызвать анестезиолога.
- ▶ Рекомендуется при выявлении кровотечения алой кровью из наружных половых путей провести оценку объема кровопотери (визуальную, гравиметрическую, с помощью лабораторной диагностики).

Послеродовое кровотечение, первый этап

- ▶ Необходимо установить причину кровотечения.
- ▶ Провести остановку кровотечения и инфузионную терапию выполнять одновременно с организацией контроля за состоянием пациентки.
- ▶ Для профилактики и лечения послеродового кровотечения использовать утеротоники

Препарат	Окситоцин **	Карбетоцин **	Метилэргометрин **
Доза и путь введения	10 Ед. на 500мл физиологического раствора (или раствора Рингера), 60 капель в минуту	0,1 мг внутримышечно	0,2 мг внутримышечно или внутривенно медленно
Поддерживающая доза	10 Ед. на 500мл физиологического раствора (или раствора Рингера), 40 капель в минуту	---	Повторно 0,2мг внутримышечно через 15 минут Если требуется повторно 0,2 мг внутримышечно или внутривенно медленно каждые 4 часа

Препарат	Окситоцин **	Карбетоцин **	Метилэргометрин **
Доза и путь введения	10 Ед. на 500мл физиологического раствора (или раствора Рингера), 60 капель в минуту	0,1 мг внутримышечно	0,2 мг внутримышечно или внутривенно медленно
Поддерживающая доза	10 Ед. на 500мл физиологического раствора (или раствора Рингера), 40 капель в минуту	---	Повторно 0,2мг внутримышечно через 15 минут Если требуется повторно 0,2 мг внутримышечно или внутривенно медленно каждые 4 часа

Послеродовое кровотечение, переходный этап

- ▶ При продолжающемся, несмотря на терапию, кровотечении управляемая баллонная тампонада матки, продолжение инфузионно-трансфузионной терапии в зависимости от величины кровопотери, массы тела пациентки.

Хирургическое лечение

- ▶ Послеродовое кровотечение, третий этап
- ▶ Необходимо накладывать компрессионные швы (во время кесарева сечения) или в другой модификации (Рембеза, вертикальные компрессионные швы, квадратные компрессионные швы), перевязка (лигирование) маточных сосудов, перевязка маточной артерии отдельная или совместно с веной.
- ▶ При недостаточной эффективности перевязки маточных сосудов и маточной артерии наложение второй лигатуры ниже – для перевязки ветвей маточной артерии, кровоснабжающих нижний маточный сегмент и шейку матки.
- ▶ При неэффективности предшествующих методов перевязки осуществить одно- или двустороннюю перевязку яичниковых сосудов