

# КРОВОТЕЧЕНИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ



Зав. кафедрой акушерства и гинекологии  
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России,  
доцент М.В. Семенова, 2020г.

## «Акушерская агрессия» (Москва, 2011 г.):



...Хотя материнская смертность снижается во всем мире, акушерские кровотечения не покидают «большую пятерку» причин материнской смертности.

Там они соседствуют с сепсисом, эклампсией, клинически узким тазом и криминальным абортom.

...из 358 000 женщин, умирающих в мире от осложнений беременности и родов, около 130 000 погибают от кровотечений.

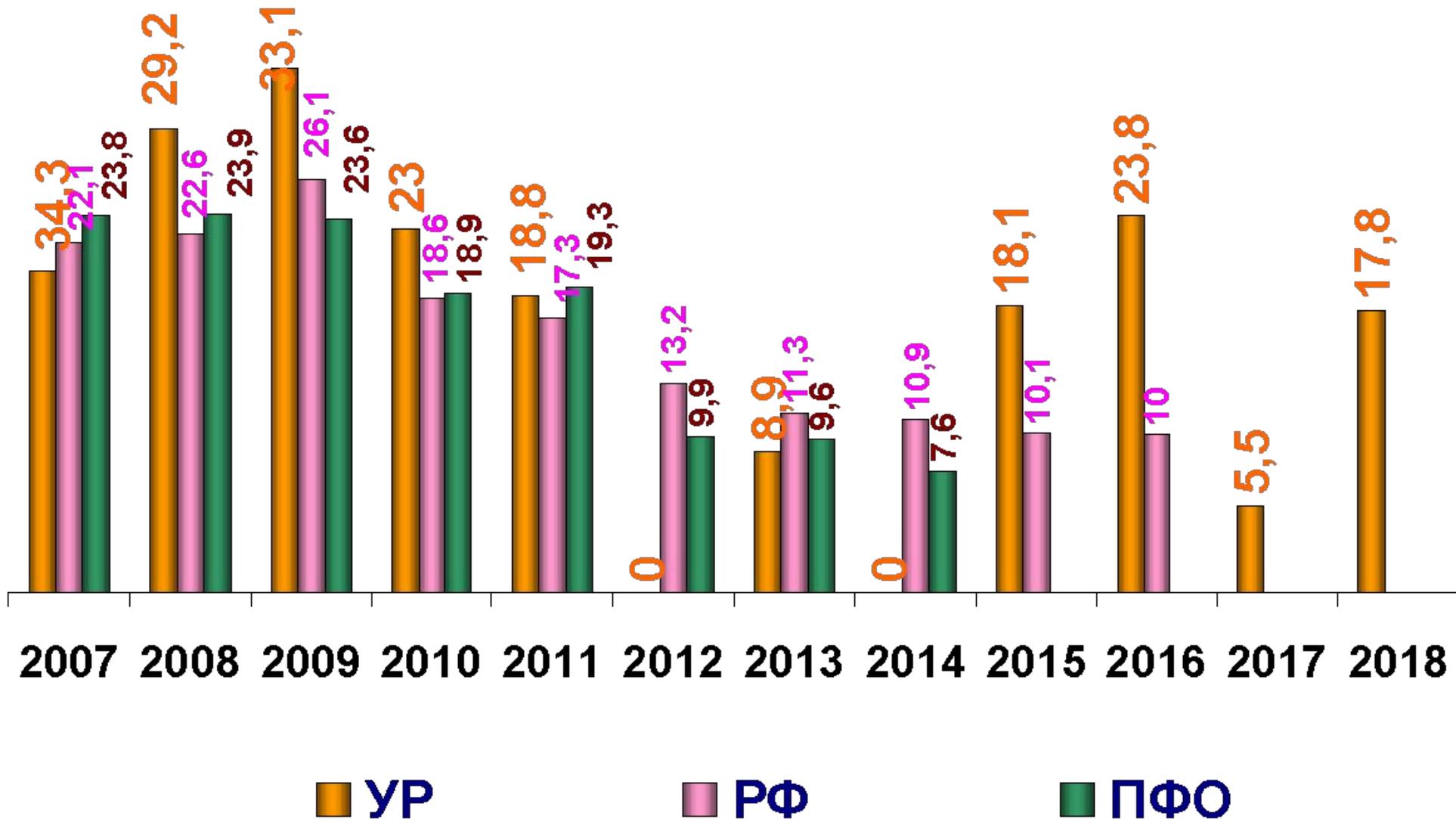
...из 1724553 родивших в 2009 г. в России умерли 459 женщин, из которых 82 – от кровотечений.

*...подсчитано, что от причин, связанных с беременностью и родами, в России умирает одна женщина в сутки, причем каждая шестая гибнет от кровотечений...*

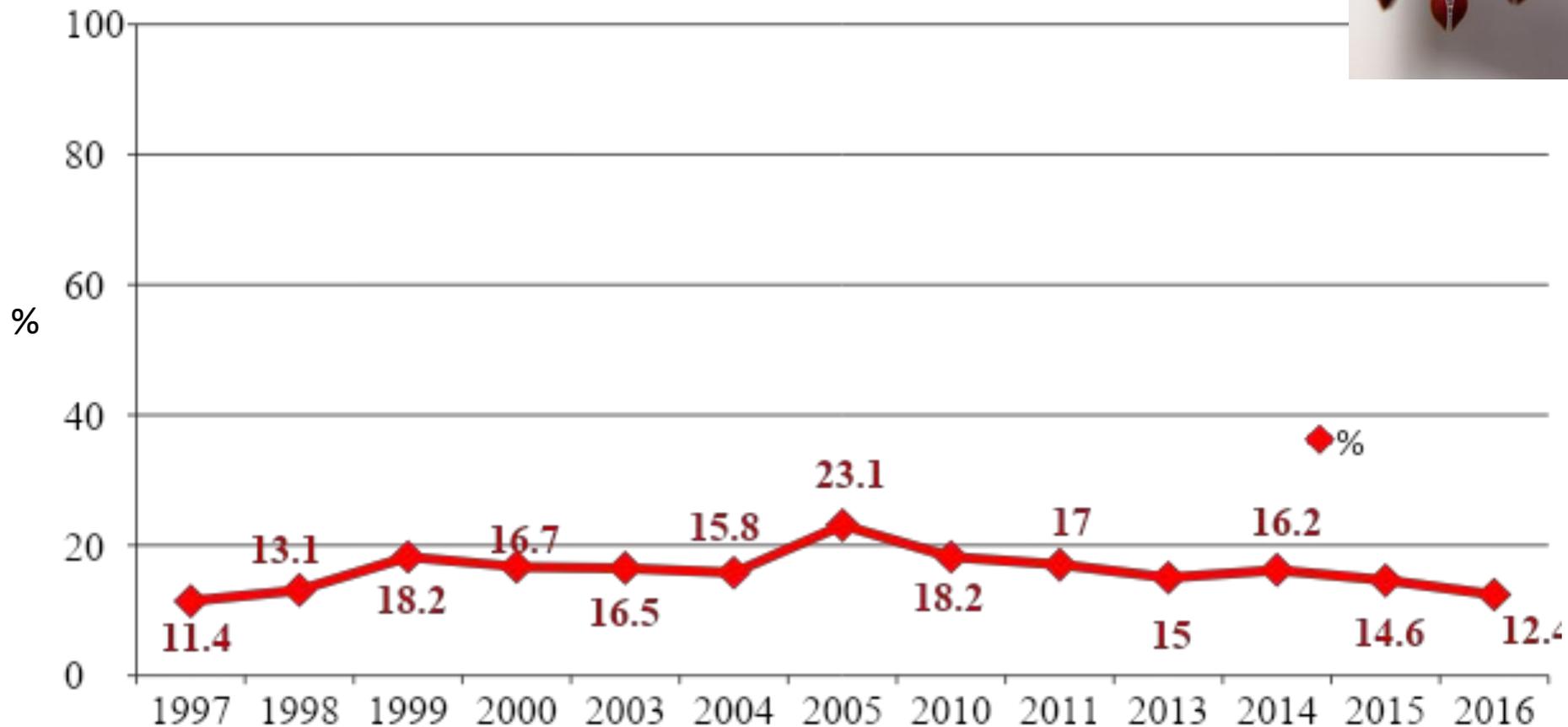
Засл. деятель науки РФ, зав.кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, профессор Радзинский Виктор Евсеевич



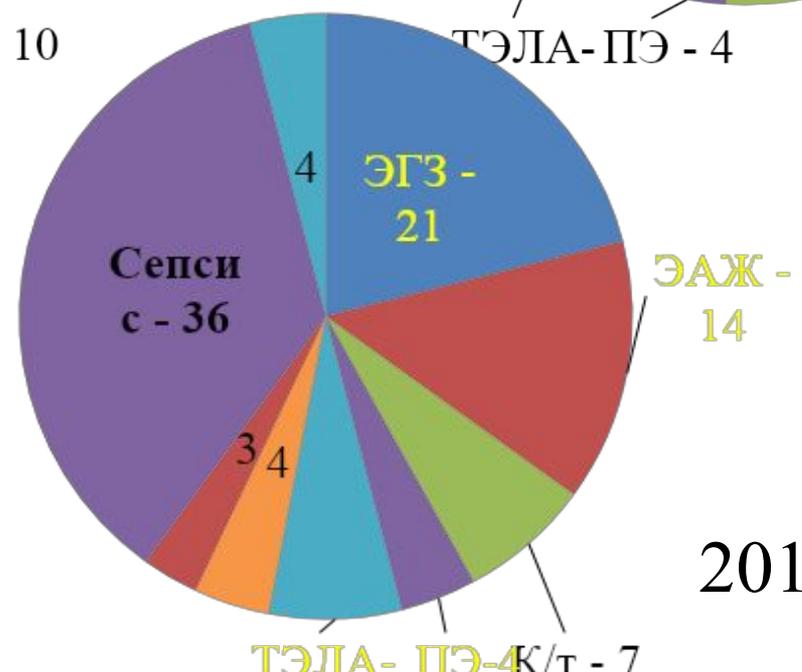
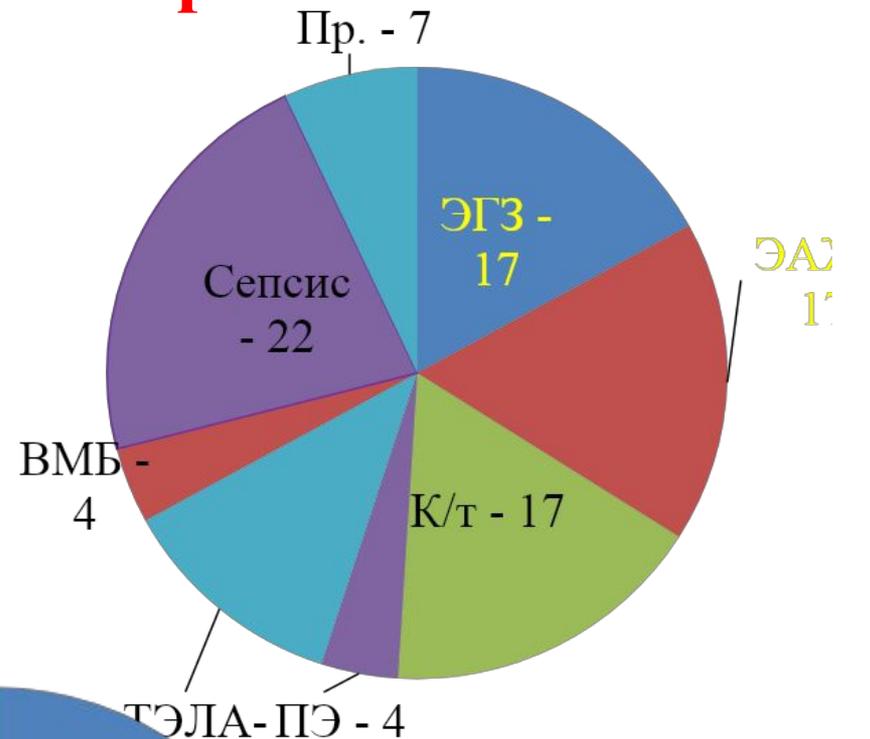
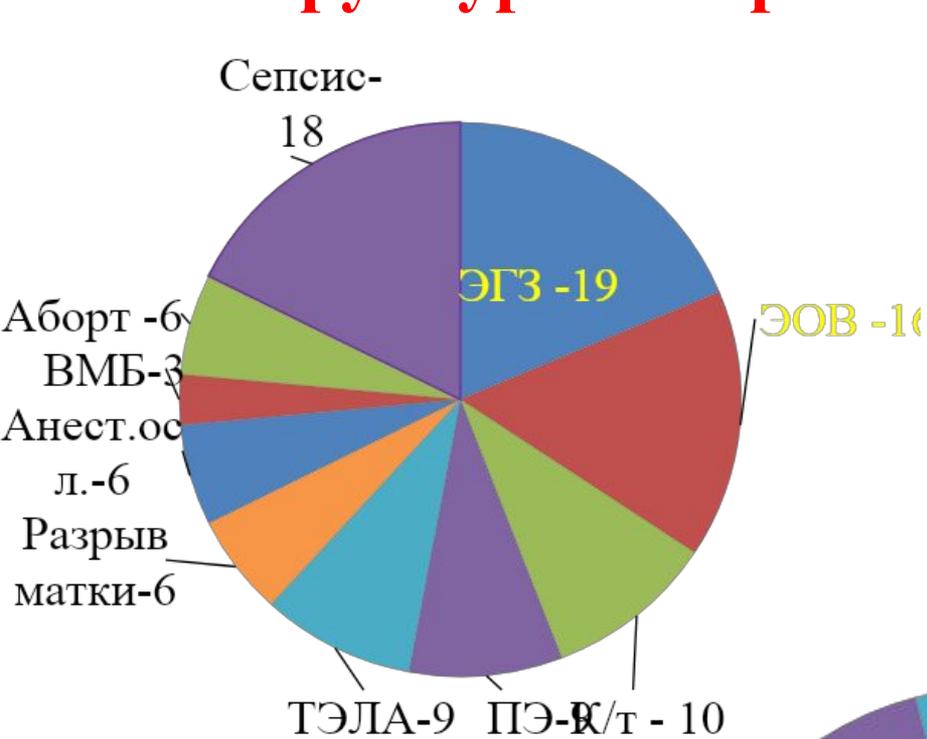
# Материнская смертность (на 100000 живорожденных)



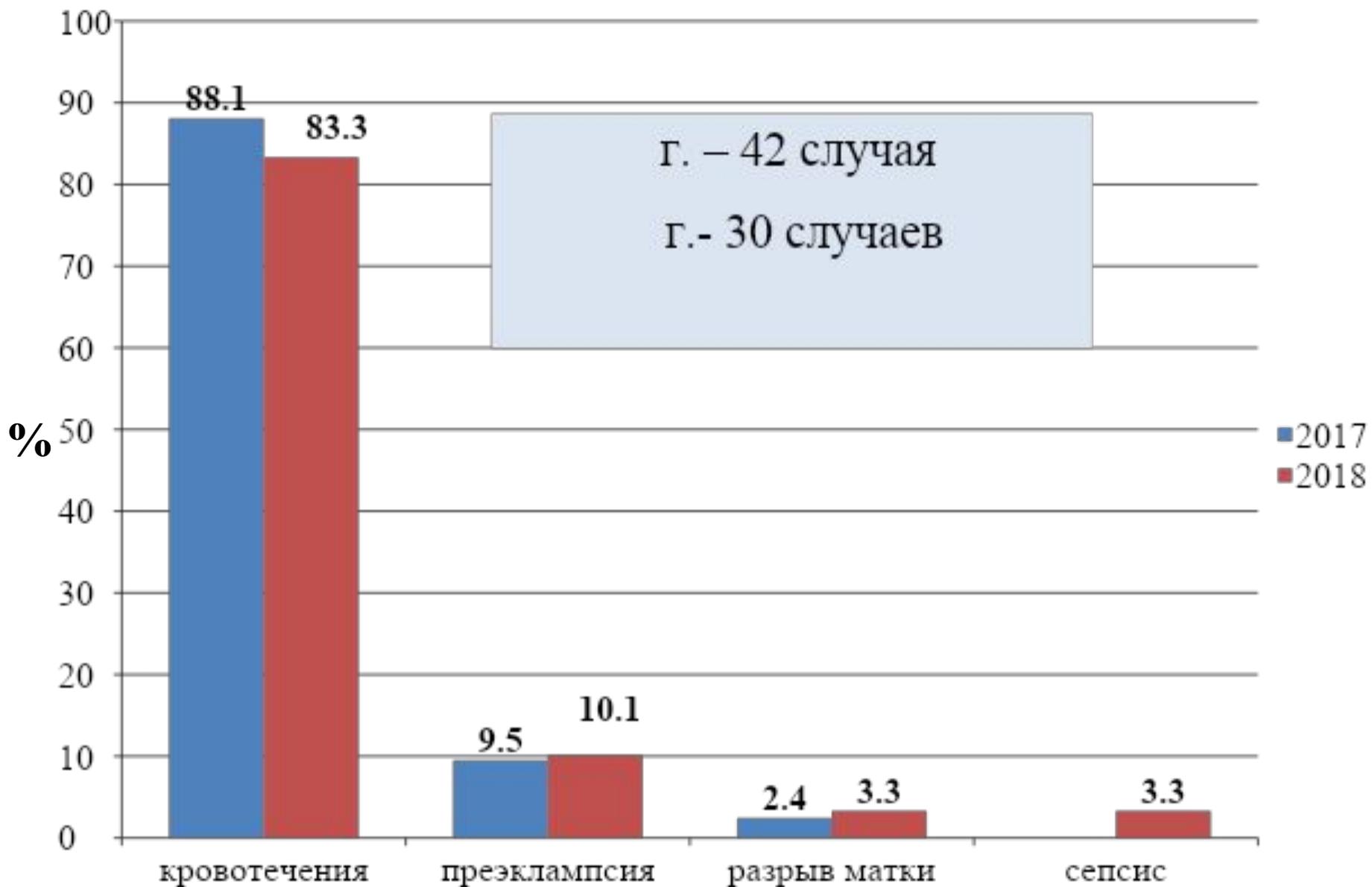
## Динамика частоты кровотечений в структуре материнской смертности в России



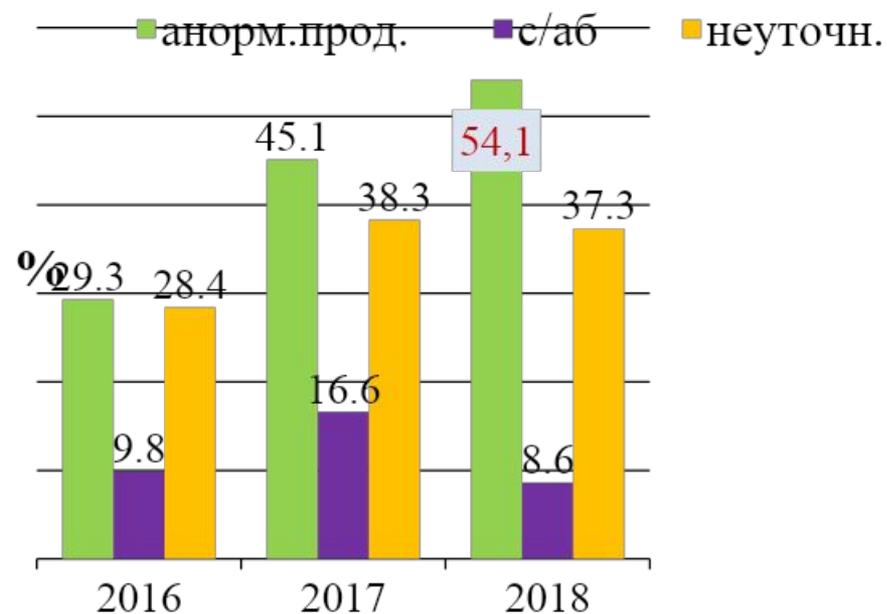
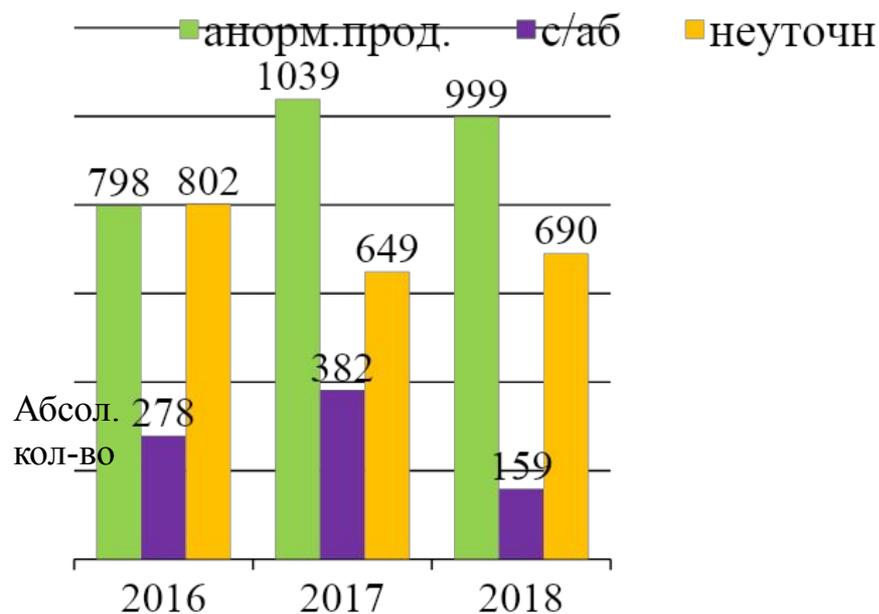
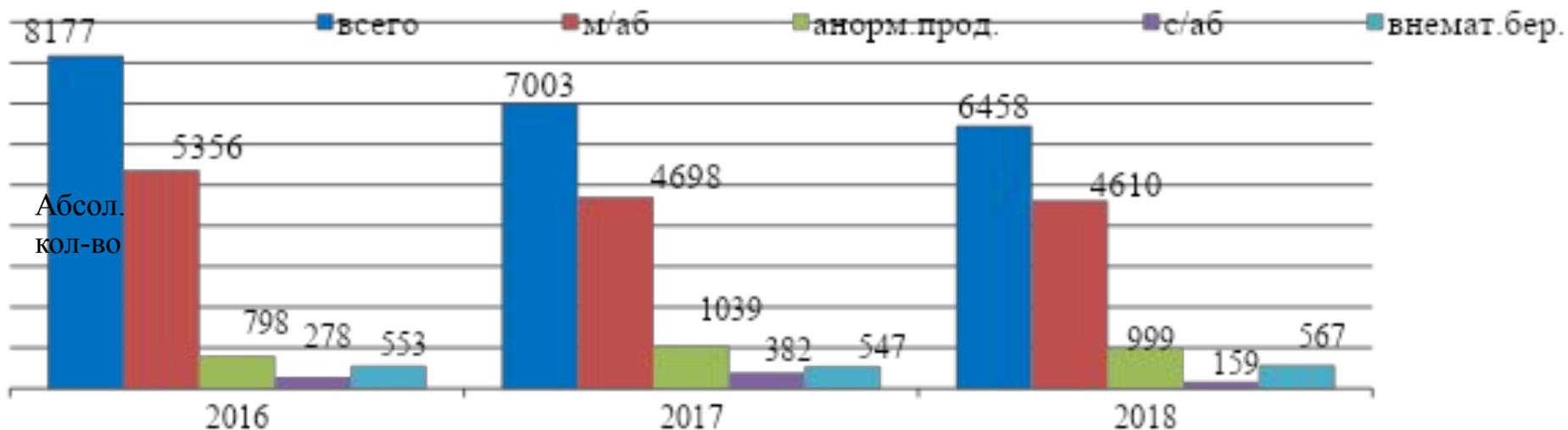
# Структура материнской смертности в ПФО



## Структура near miss в Удмуртской республике



# Сведения о беременности с абортивным исходом



# Показатели гинекологической заболеваемости



| На 100 тыс. взрослого населения              | 2016         | 2017         | 2018         | 2017 РФ |
|--|--------------|--------------|--------------|---------|
| Эндометриоз                                  | 132,3        | 97,0         | 374,0        | 155,6   |
| Нарушения менструального цикла               | 1406,4       | 1433,7       | 1358,5       | 1292,8  |
| Женское бесплодие                            | 243,9        | 183,2        | 205,6        | 278,2   |
| Воспалительные заболевания матки и придатков | 337,9        | 320,9        | 692,3        | 376,8   |
| <b>Всего зарегистрировано заболеваний</b>    | <b>83297</b> | <b>85834</b> | <b>81062</b> |         |
| Сальпингоофорит                              | 15839        | 13922        | 12102        |         |
| Впервые                                      | 26301        | 28967        | 27193        |         |

# Акушерские кровотечения

- ↑ среднего возраста деторождения
- ↑ вероятности тяжелых экстрагенитальных заболеваний
- ↑ числа многоплодных беременностей – ЭКО
- ↑ распространенности ожирения
- ↑ КС и в последующем – предлежания  
и вращения плаценты



# Акушерские кровотечения (кровотечения, связанные с беременностью) возникают:

- Во время беременности и родов:  
преждевременная отслойка нормально  
расположенной плаценты, предлежание  
плаценты, разрыв матки
- В послеродовом периоде: нарушение отделения  
плаценты и выделения последа
- В послеродовом периоде (гипотония матки,  
задержка частей последа, травмы, нарушения  
гемостаза)

- *Структура акушерских кровотечений:*

- кровотечения в последовом и послеродовом периодах – 57,4 %,
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 26,7 %,
- предлежание плаценты – 8,8 %,
- нарушения гемостаза – 7,1 %.

# Факторы риска кровотечений

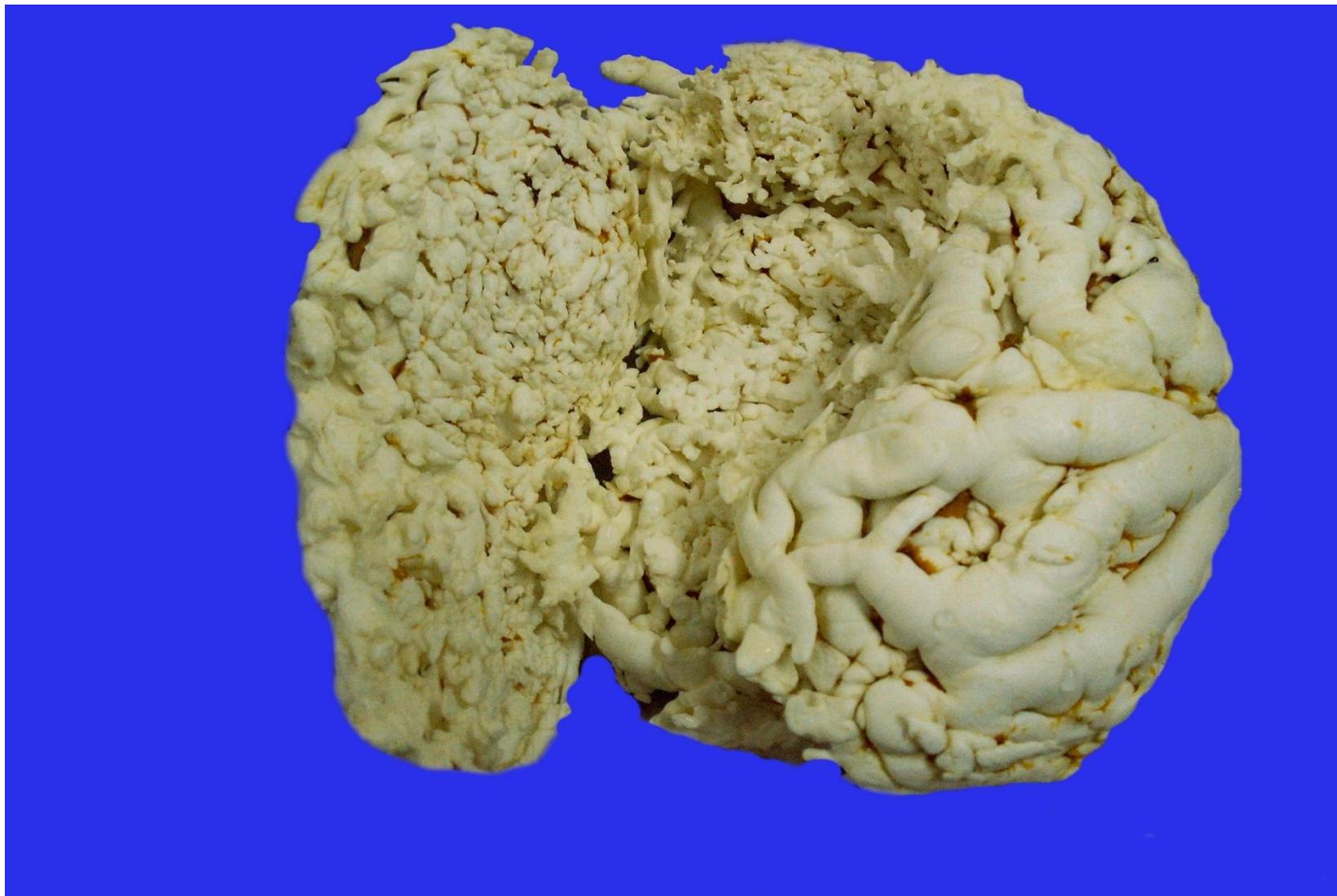
|  |          |             |
|--|----------|-------------|
| <b>□Предлежание плаценты</b>                 |          | <b>13,1</b> |
| □Удлинение третьего периода родов            |          | 7,6         |
| □Задержка частей последа                     |          | 5,2         |
| <b>□Преэклампсия</b>                         | <b>5</b> |             |
| <b>□Срединно-латеральная эпизиотомия</b>     |          | <b>4,7</b>  |
| <b>□Кесарево сечение</b>                     | <b>4</b> |             |
| <b>□Послеродовое кровотечение в анамнезе</b> |          | <b>3,5</b>  |
| □Многоплодие                                 | 3,3      |             |
| □Слабость родовой деятельности               |          | 2           |
| □Травма мягких родовых путей                 |          | 2           |
| □Крупный плод                                | 1,9      |             |
| □Затяжные роды                               | 1,7      |             |
| □Оперативное вагинальное родоразрешение      |          | 1,7         |
| □Срединная эпизиотомия                       |          | 1,6         |
| □Первые роды                                 | 1,5      |             |

Лично я всегда готов учиться,  
хотя мне не всегда нравится,  
когда учат.

У. Черчилль



# КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ МАТКИ



# **КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ПЕРВОМ И ВТОРОМ ПЕРИОДАХ РОДОВ**

**преждевременная  
отслойка нормально  
расположенной плаценты  
(ПОНРП),**

**предлежание плаценты,**

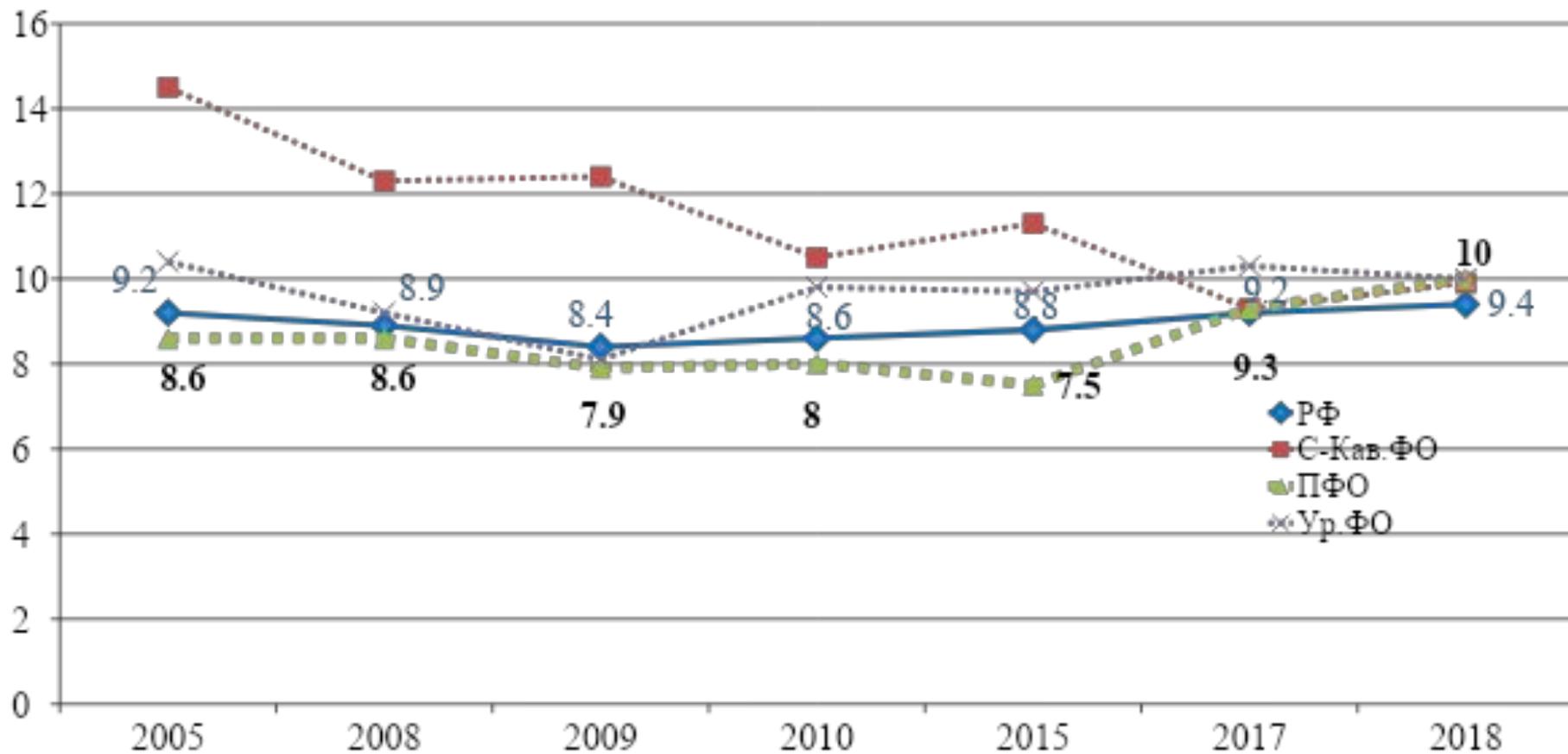
**разрыв матки**



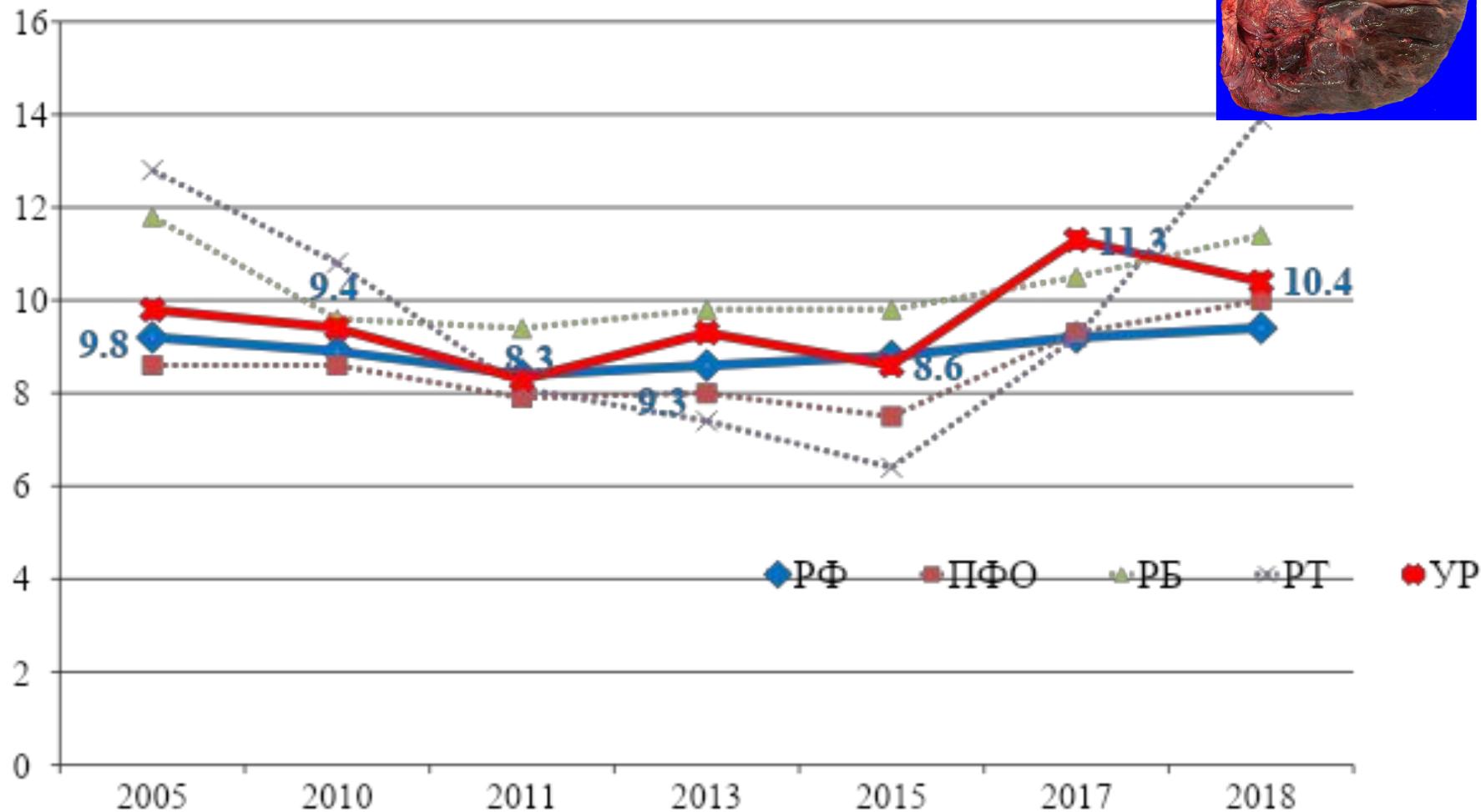
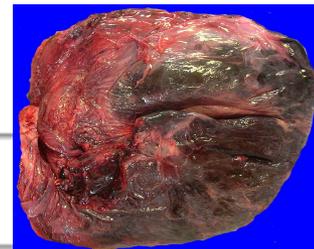


**Частота ПОНРП имеет тенденцию к повышению и в настоящее время встречается в 0,3–0,4% родов.**

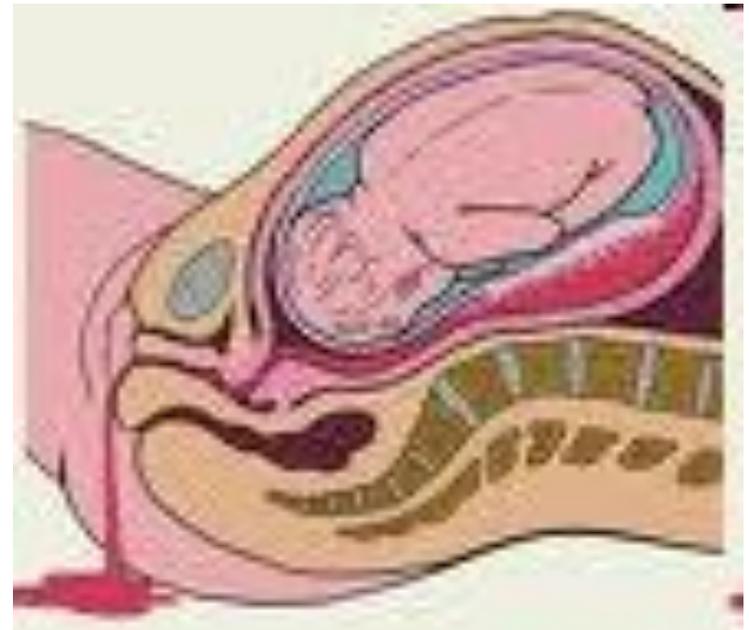
## Кровотечение в связи с преждевременной отслойкой плаценты (на 1000 родов)



# Кровотечение в связи с преждевременной отслойкой плаценты (на 1000 родов)



- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – отделение плаценты от стенки матки до рождения плода (до третьего периода родов – во время беременности, в первом или втором периодах родов)



## Группа риска

- беременные с экстрагенитальной патологией и нарушением сосудистой системы: гипертоническая болезнь, сахарный диабет, гломерулонефрит, системные заболевания соединительной ткани;
- тяжелая преэклампсия;
- иммунноконфликтная беременность;
- генетические дефекты гемостаза (склонность к тромбофилиям);
- отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (хронические воспалительные заболевания матки, миома)
- ПОНРП может возникнуть при многоводии, короткой пуповине, запоздалом разрыве плодного пузыря, при двойнях после рождения первого плода;
- травма живота.

# Этиология. Патогенез

Хронические нарушения маточно-плацентарного кровообращения

Спазм артериол и капилляров базального отдела децидуальной оболочки матки, повышается вязкость крови, стаз форменных элементов, т.е. определяются признаки синдрома ДВС.



В ткани материнской части плаценты возникают множественные микроциркуляторные нарушения

Нарушение межворсинчатого кровообращения: появляются бессосудистые склерозированные ворсины, ворсины с некробиотически измененным синцитием.



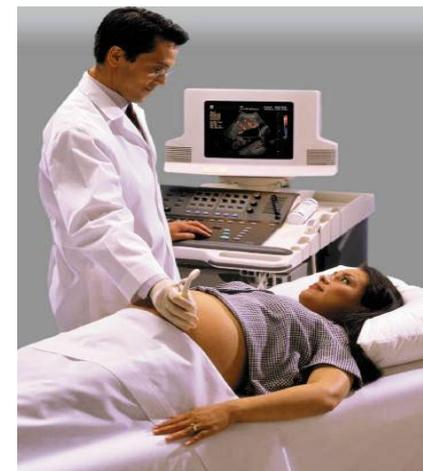
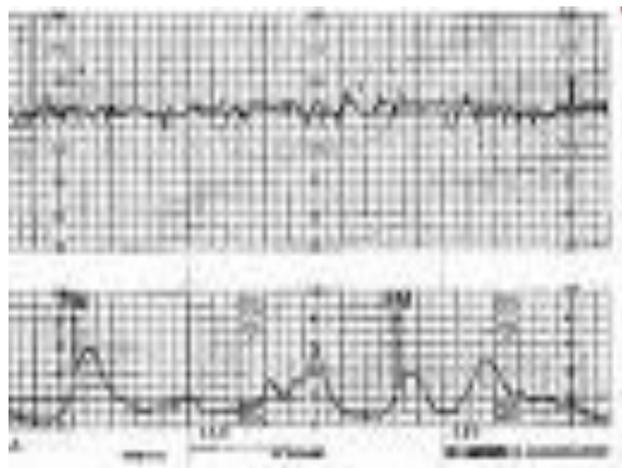
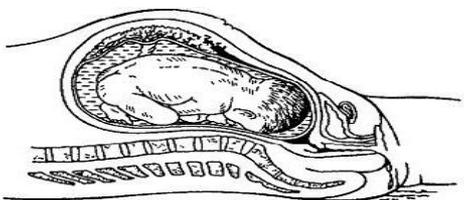
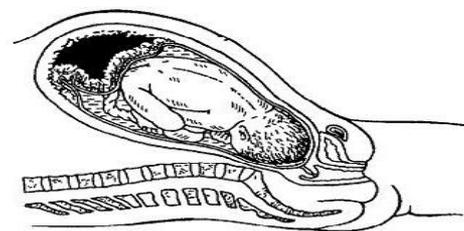
Ухудшение микрокровоотока в плаценте, а значит усугубление гипоксии, приводит к снижению эластичности сосудистой стенки, повышению ее проницаемости.

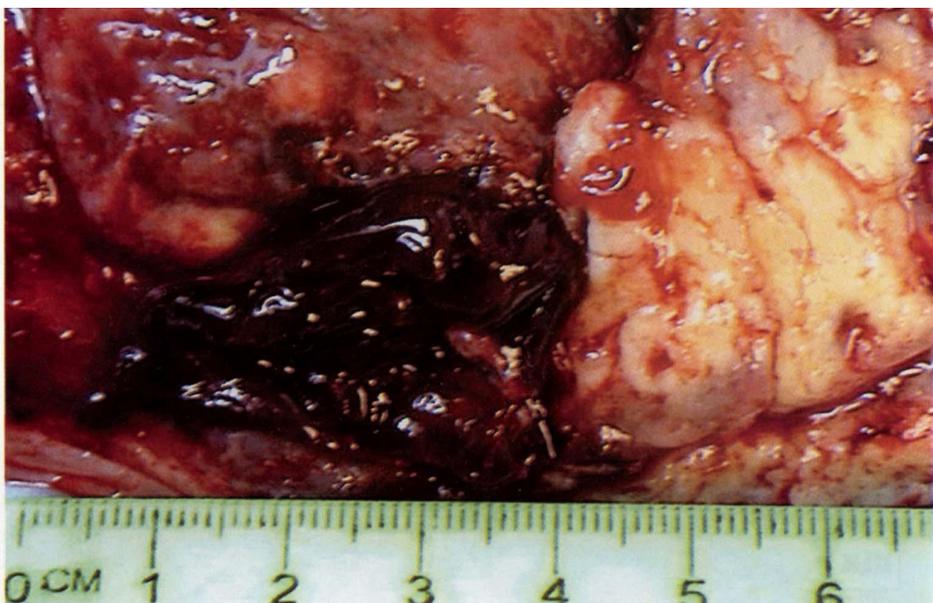
Это способствует разрыву артериол, капилляров, формированию микрогематом, которые постепенно сливаются, захватывают межворсинчатое пространство.

**Ретроплацентарная гематома все больше увеличивается. Изливающаяся кровь имbibирует стенку матки, поражая ее нервно-мышечный аппарат, нарушается сократительная способность. Матка становится атоничной. Это матка Кувелера – истинная атония матки.**

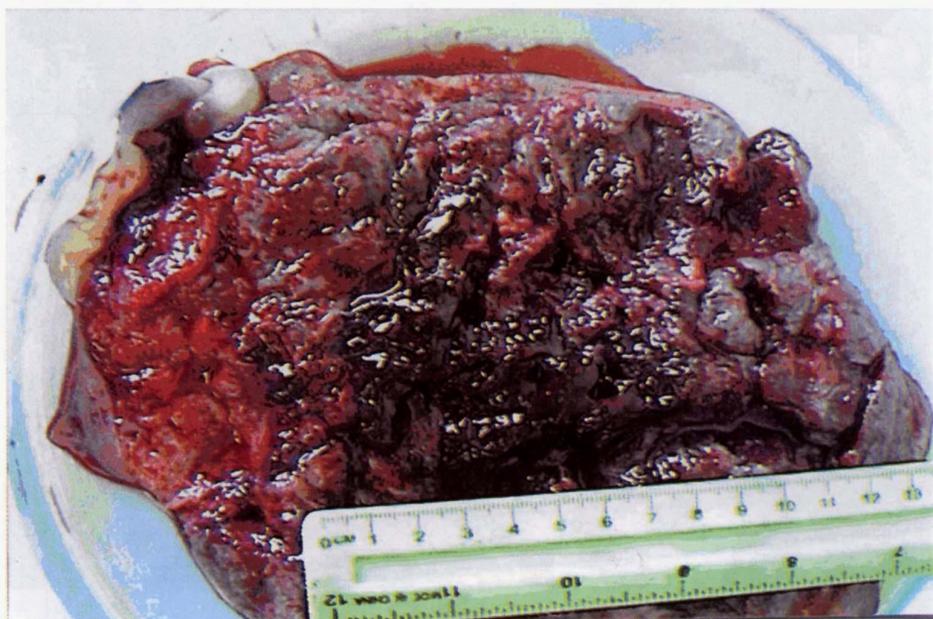
# КЛИНИКА ПОНРП

- ОСТРОЕ НАЧАЛО
- БОЛЬ В МЕСТЕ ОТСЛОЙКИ (или в пояснице при локализации плаценты на задней стенке)
- ПОВЫШЕНИЕ ТОНУСА МАТКИ
- КРОВОТЕЧЕНИЕ (может не быть)
- ПРИЗНАКИ СТРАДАНИЯ ПЛОДА !
- НАРАСТАНИЕ ПРИЗНАКОВ ВНУТРЕННЕГО КРОВОТЕЧЕНИЯ
- ПОЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ КОАГУЛОПАТИИ





А



Б

## Различные варианты ПОНРП:

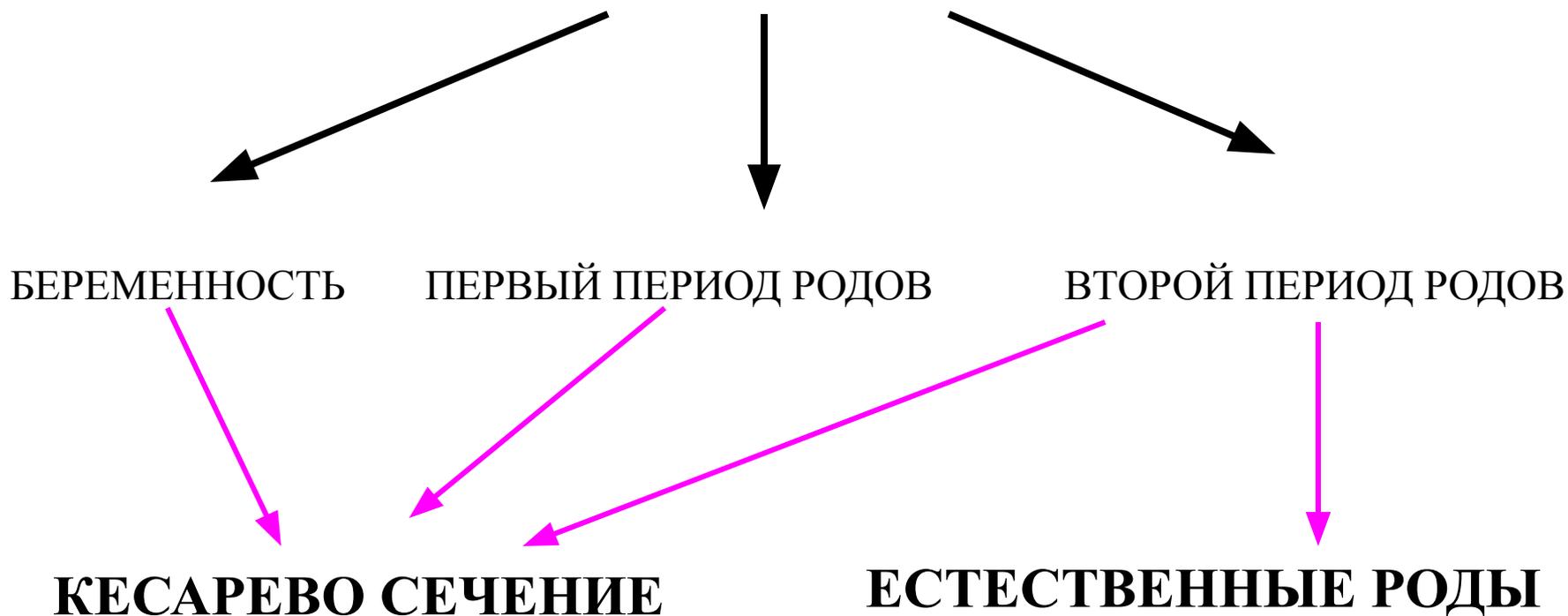
- а) фрагмент краевой гематомы;
- б) центральная ретроплацентарная гематома

# МАТКА КУВЕЛЕРА

( Александр КЮВЕЛЁР – французский акушер,  
1843-1918 г.г. Описал матку в 1911 г.)



# АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА



**1 час**

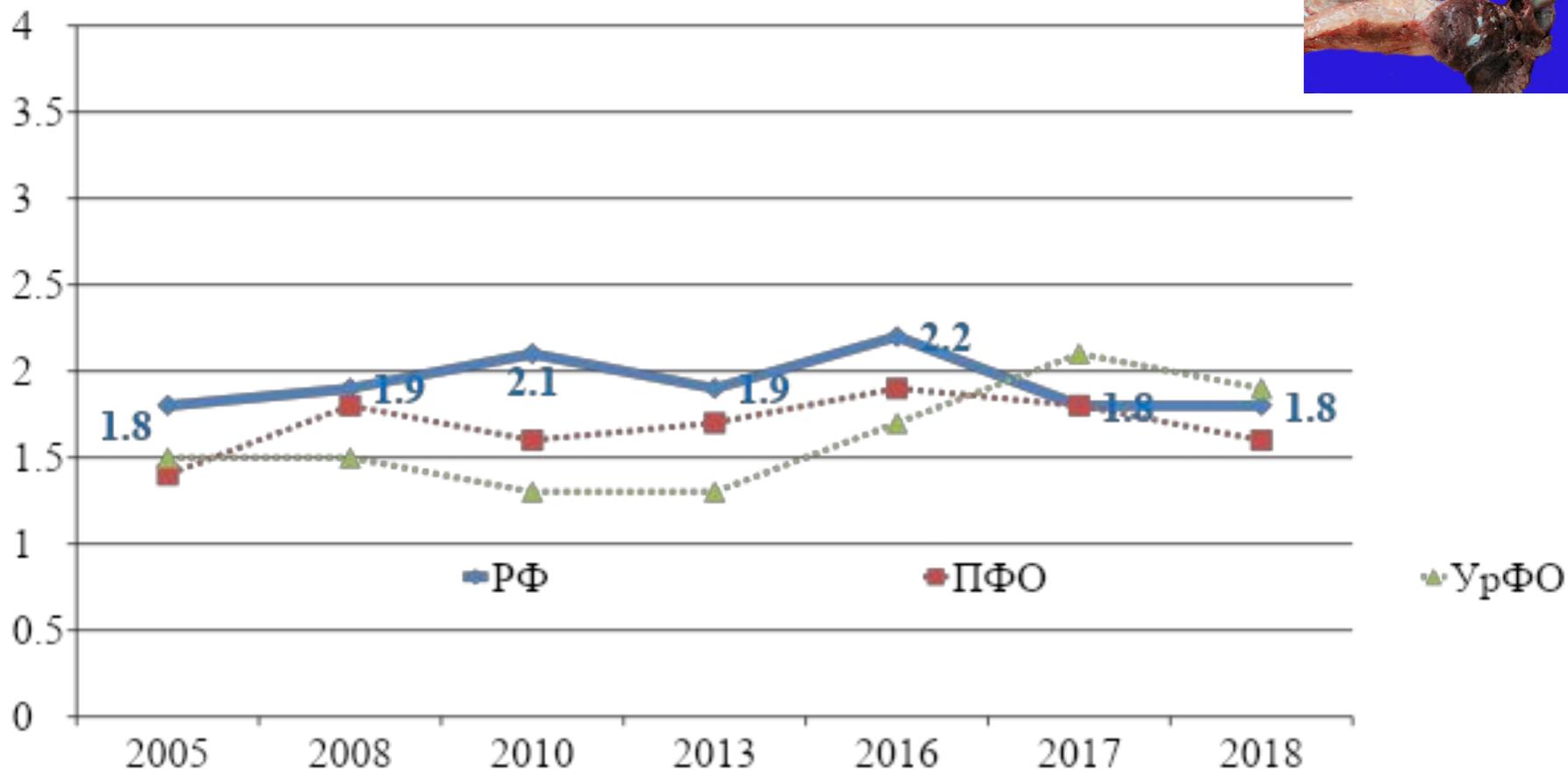
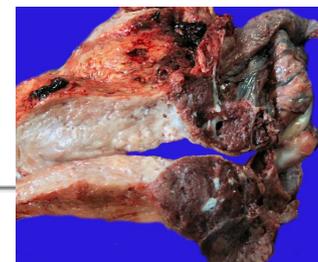


- РАССЕЧЕНИЕ ПРОМЕЖНОСТИ
- АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ (вакуум...)
- ПОСЛЕ РОДОВ – РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ

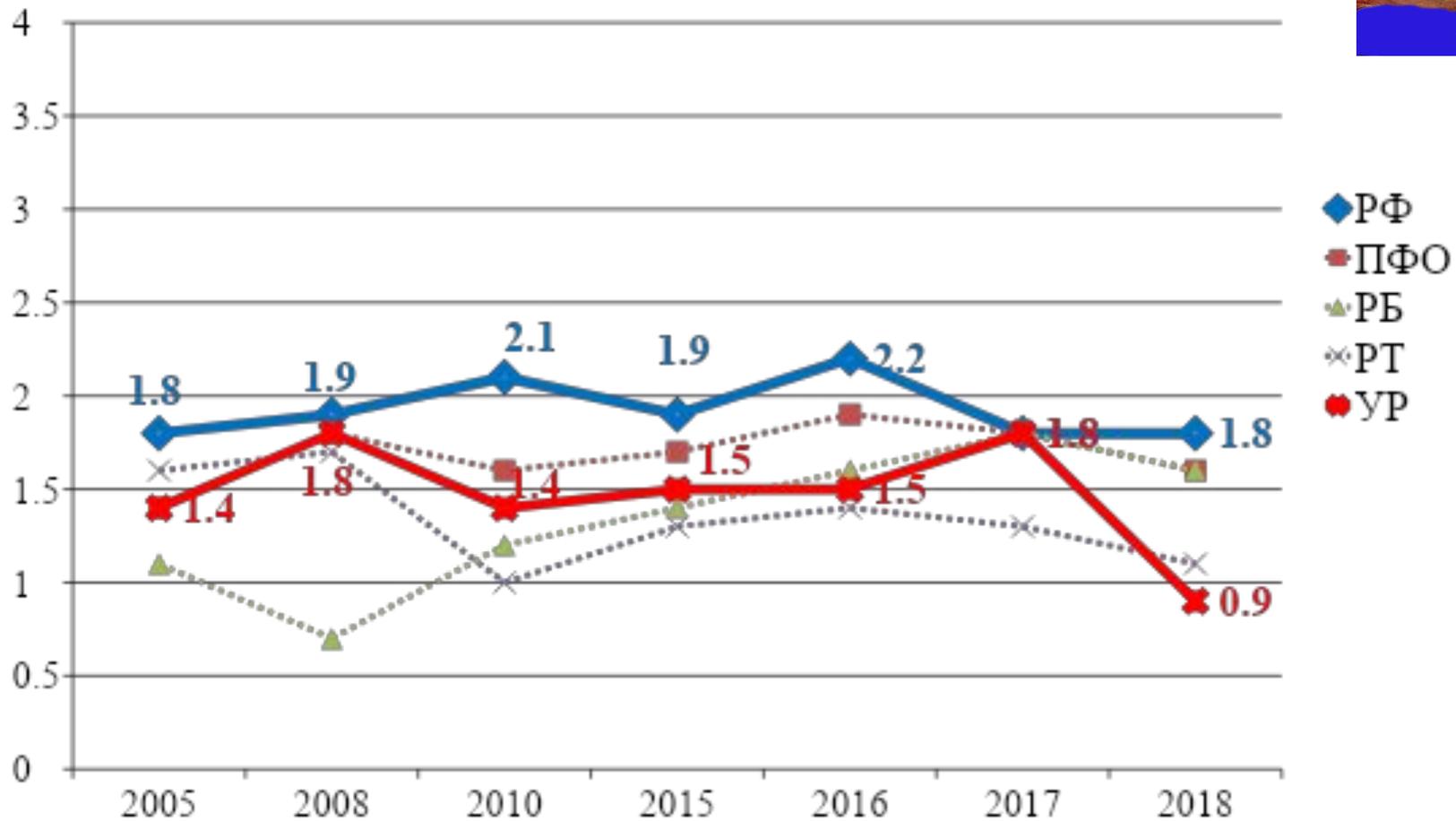
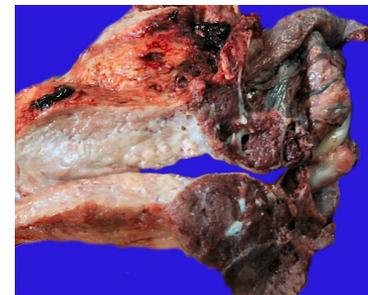
# предлежание плаценты



## Кровотечение в связи с предлежанием плаценты (на 1000 родов)



# Кровотечение в связи с предлежанием плаценты (на 1000 родов)



## ВАРИАНТЫ АНОМАЛИЙ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ



КРАЕВОЕ



БОКОВОЕ



ПОЛНОЕ

## НИЗКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

### ПРЕДЛЕЖАНИЕ:

КРАЕВОЕ  
БОКОВОЕ → НЕПОЛНОЕ  
ПОЛНОЕ



**ДИСТРОФИЧЕСКИЕ И  
АТРОФИЧЕСКИЕ  
ПРОЦЕССЫ В  
ЭНДОМЕТРИИ  
(АБОРТЫ,  
ХРОНИЧЕСКИЕ  
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ  
ПРОЦЕССЫ)  
ГЕНИТАЛЬНЫЙ  
ИНФАНТИЛИЗМ  
МИОМА МАТКИ  
АНОМАЛИИ СТРОЕНИЯ  
МАТКИ**



**НЕЗРЕЛОСТЬ бластоцисты**

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ССС, ПЕЧЕНИ,  
ПОЧЕК, ИНФЕКЦИИ**





## **ХАРАКТЕРИСТИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ**

- всегда наружное;
- внезапное;
- алой кровью;
- без видимой внешней причины;
- не сопровождается какими-либо болевыми ощущениями;
- часто начинается в покое, ночью (беременная просыпается «в луже крови»);
- внезапно может прекратиться;
- обязательно повторяется.

## АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА:

Госпитализация в стационар высокой степени риска

Выжидательная тактика допустима до общей

кровопотери **250** мл

Одномоментная кровопотеря более **250** мл, особенно при полном предлежании плаценты – кесарево сечение в экстренном порядке

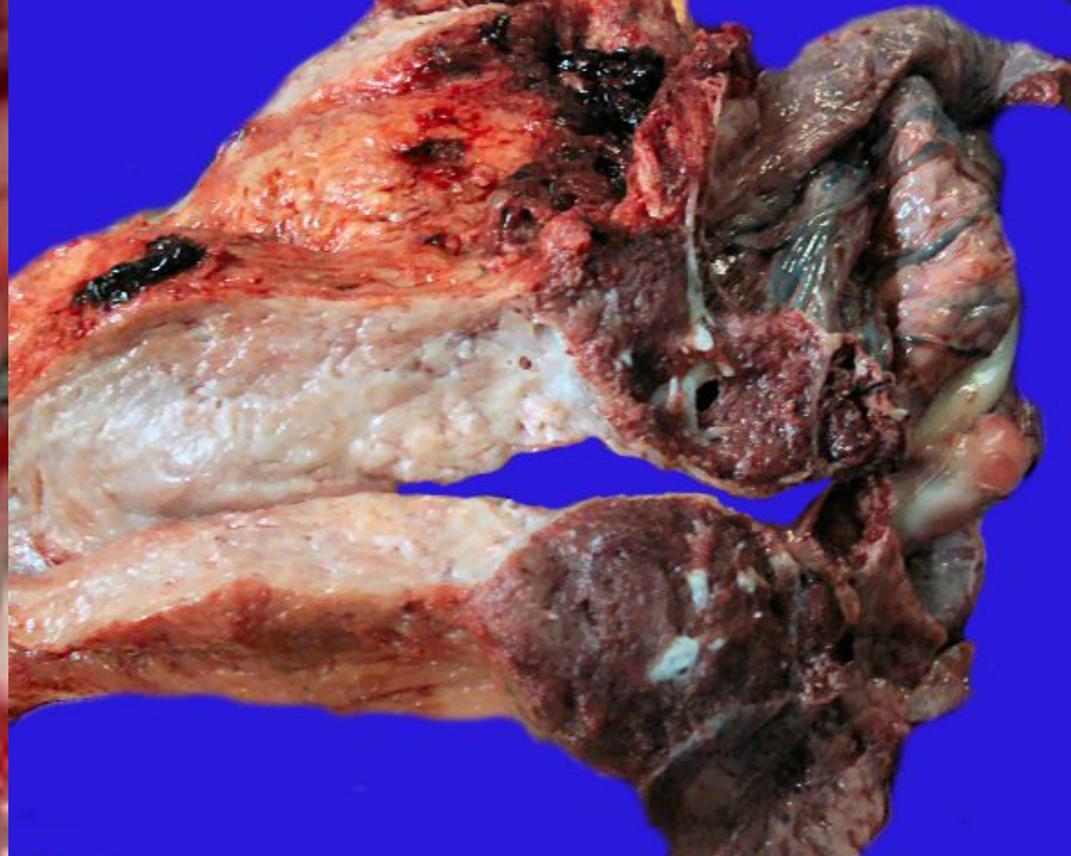
## **ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА:**

- **НАБЛЮДЕНИЕ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА**
  - **ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ**
- **ТОКОЛИТИКИ ПРИ ОТСУТСТВИИ КРОВЯНИСТЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ**
- **ПРОФИЛАКТИКА РДС ПЛОДА**
  - **ГЕМОСТАТИКИ**
- **ЛЕЧЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ СОСТОЯНИЙ**

- **ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ  
ПРОИЗВОДИТСЯ ПРИ РАЗВЕРНУТОЙ  
ОПЕРАЦИОННОЙ**
- **УЗИ – С ПОЛНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ**
- **ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ  
МАТКА ВСКРЫВАЕТСЯ В ОБЛАСТИ ТЕЛА  
или ДНА – КОРПОРАЛЬНОЕ или ДОННОЕ  
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**
- **РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ  
ПУТИ ВОЗМОЖНЫ ПРИ НЕПОЛНОМ  
ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ И  
ПРЕКРАЩЕНИИ КРОВЯНИСТЫХ  
ВЫДЕЛЕНИЙ ПОСЛЕ АМНИОТОМИИ**

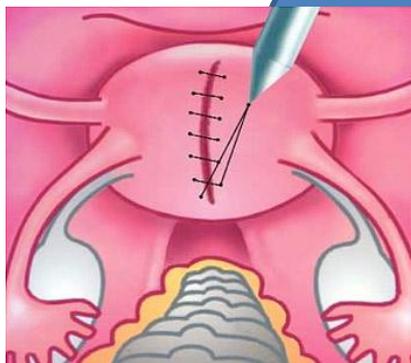
- **Показаниями к кесареву сечению в экстренном порядке независимо от срока беременности являются:**

- **повторяющиеся кровопотери, объем которых превышает 200 мл;**
- **сочетание небольшой кровопотери с анемией и гипотонией;**
- **одномоментная кровопотеря (250 мл и более);**
  - **полное предлежание плаценты и начавшееся кровотечение.**



**УДАЛЕНИЕ МАТКИ -  
ЭКСТИРПАЦИЯ**

# Тактика при истинном врастании ворсин хориона

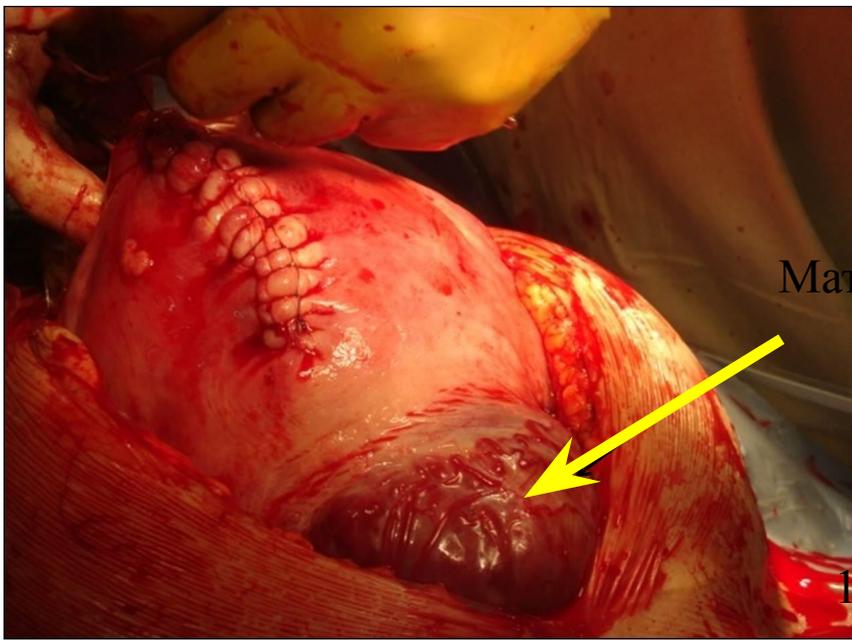


Донное кесарево сечение +  
Эмболизация маточных  
артерий +  
метропластика

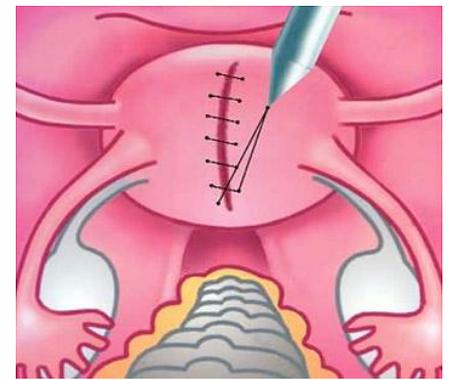
Особенности кесарева сечения:  
Корпоральное или донное

**Техническое обеспечение:**  
Возможность проведения эмболизации  
Интраоперационная реинфузия эритроцитов





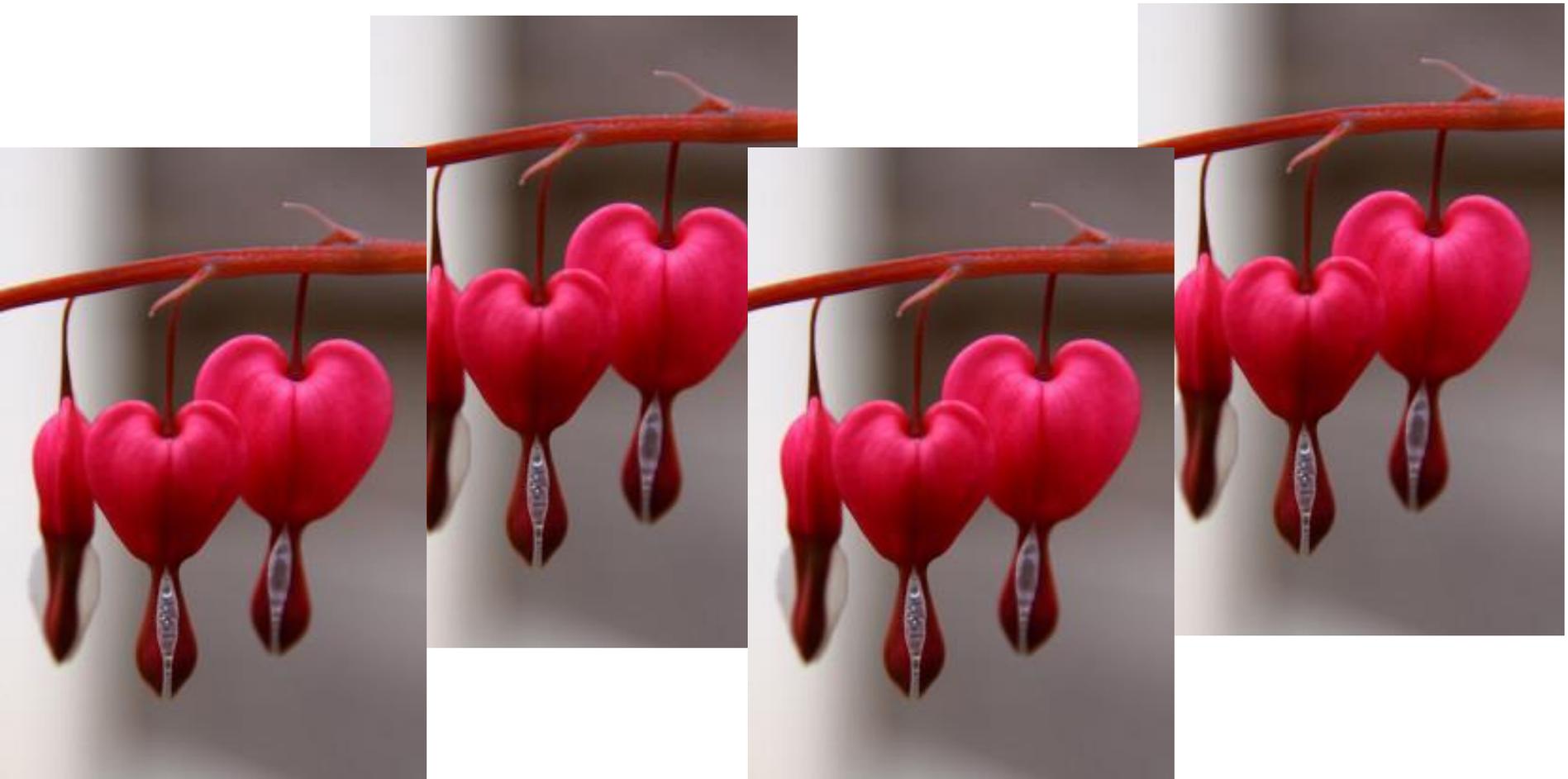
Маточная аневризма



Была предпринята успешная попытка консервативного ведения пациенток с вращением плаценты — хирургический этап ограничивали донным кесаревым сечением и после эмболизации маточных артерий плаценту оставляли *in situ*. В момент родоразрешения её не удаляли. На 52–69-е сутки послеродового периода происходила её самостоятельная экспульсия.

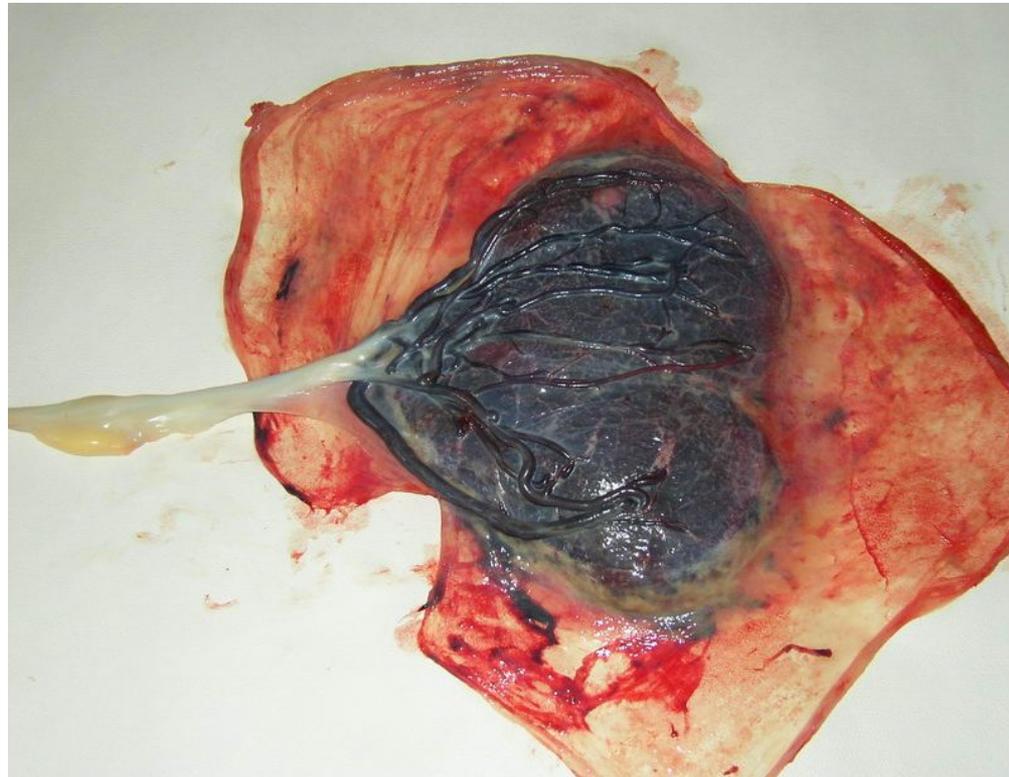
1. Катетеризация бедренной артерии, установка сосудистых проводников в маточных артериях.
2. Срединная лапаротомия.
3. Продольный разрез в дне матки для извлечения плода; плацента остаётся *in situ* — донное кесарево сечение.
4. Ушивание матки.
5. Эмболизация маточных артерий.
6. Разрез матки в нижнем сегменте, удаление плаценты и иссечение скомпрометированного миометрия вместе с вросшей плацентой.
7. Метропластика

# КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ



# Кровотечения в последовом периоде связаны:

- С нарушением отделения плаценты
- С нарушением выделения последа



- ***Причины кровотечения в первую фазу :***

- -частичное плотное приращение плаценты к матке и последа;
- -травма мягких тканей родовых путей

- ***Причины кровотечения со вторую фазу:***

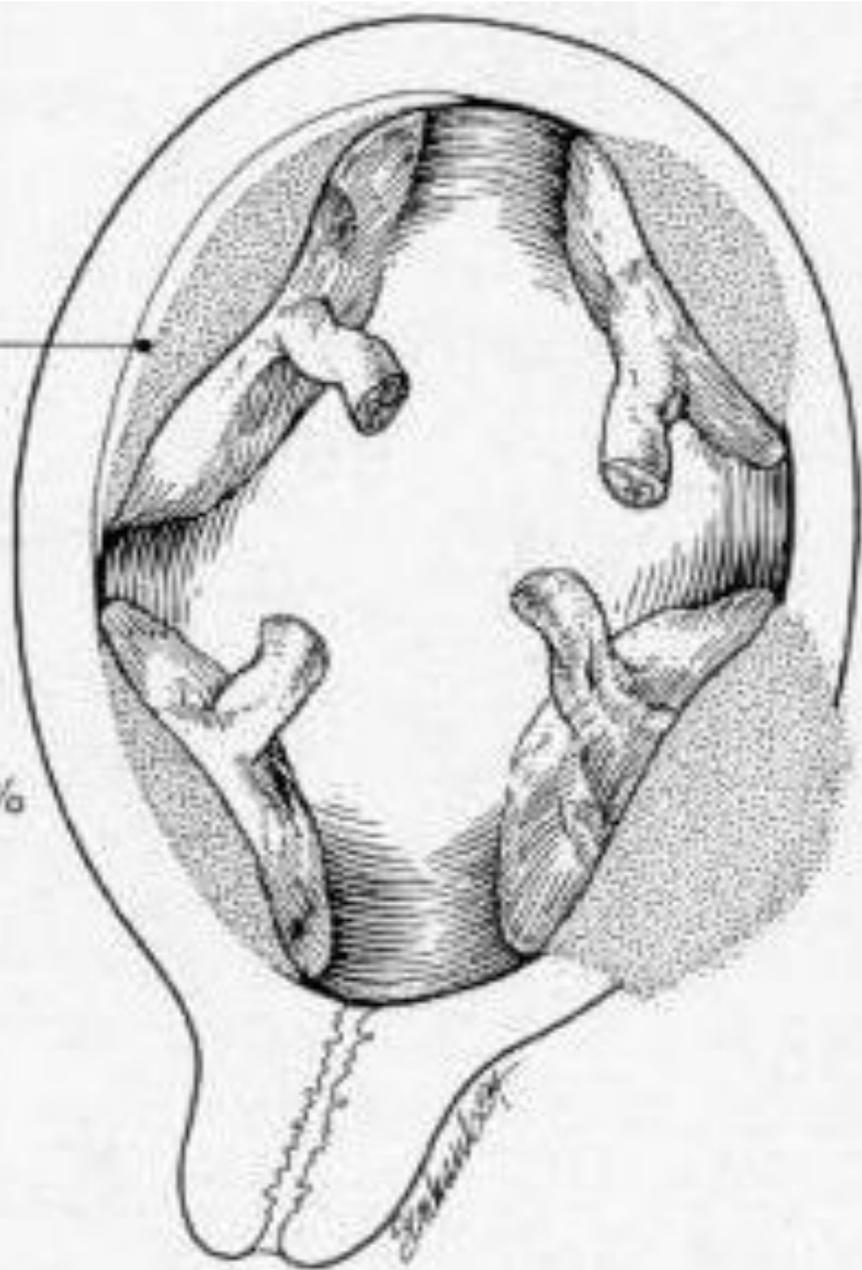
- -первичное маточное кровотечение,
- -ущемление отделившегося послеста в области внутреннего зева или трубного угла матки,
- -травма мягких тканей родовых путей



## Группа риска:

- Женщины с воспалительными процессами внутренних половых органов
- Имеющие в анамнезе самопроизвольные или искусственные аборты, выскабливания полости матки
- Женщины с предлежанием плаценты
- Расположение плаценты в области рубцов на матке, миоматозных узлов

NORMAL  
decidua

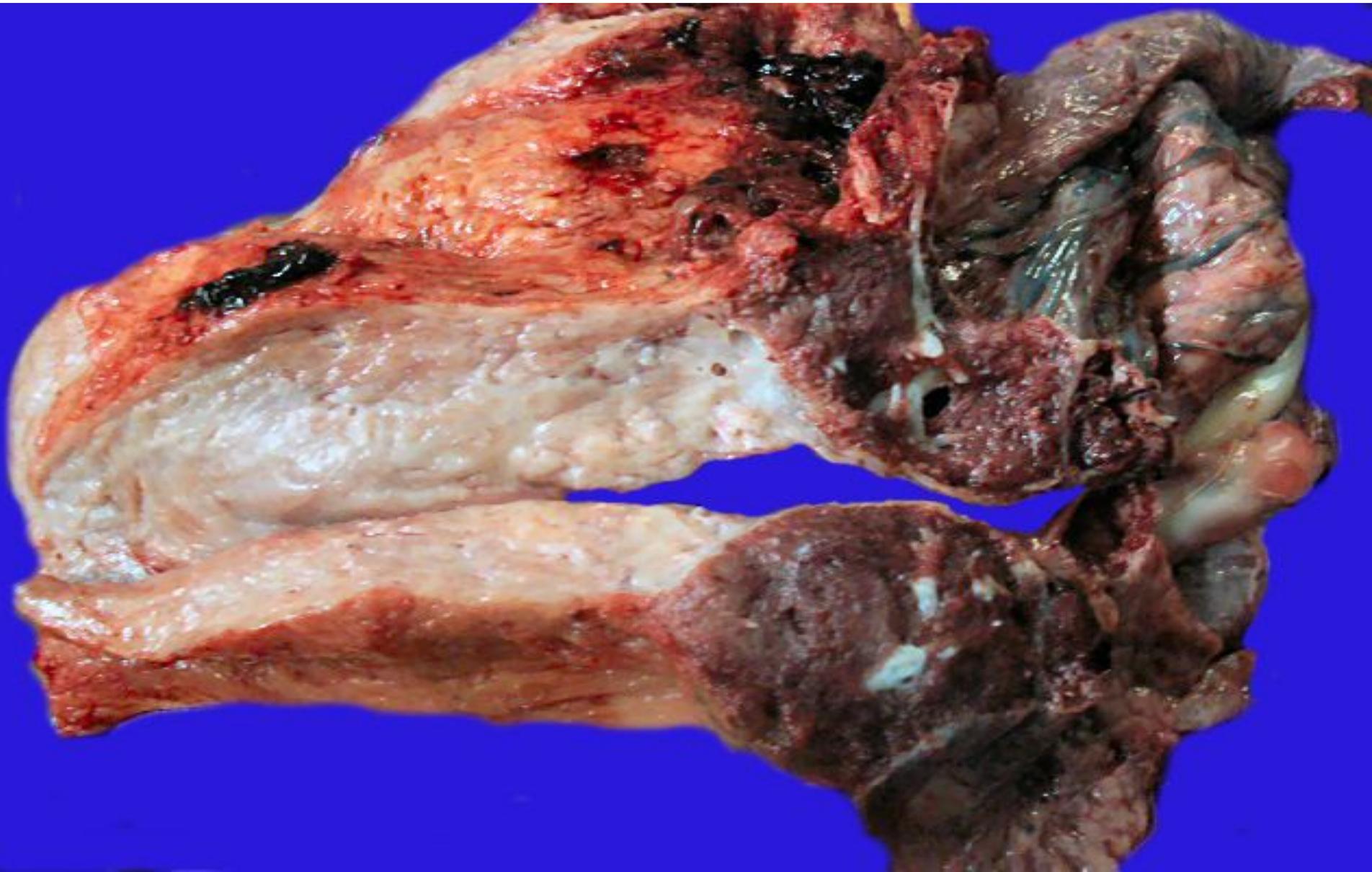


INCRETA—17%

ACCRETA—78%

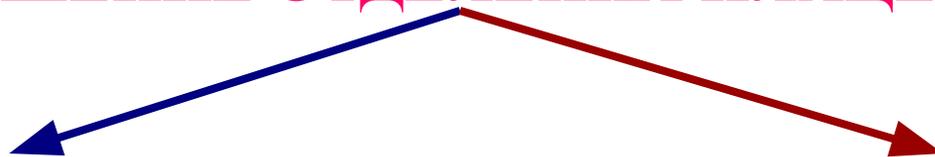
PERCRETA—5%

# Истинное вращение плаценты





# НАРУШЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ



**ПЛОТНОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ  
ПЛАЦЕНТЫ**

**ИСТИННОЕ ПРИРАЩЕНИЕ  
ПЛАЦЕНТЫ**

**ЧАСТИЧНОЕ**

**ПОЛНОЕ**

**ЧАСТИЧНОЕ**

**ПОЛНОЕ**

**КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ.  
ОТСУТСТВИЕ ПРИЗНАКОВ  
ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ.**

**ОТСУТСТВИЕ  
КРОВЯНИСТЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ.  
ОТСУТСТВИЕ ПРИЗНАКОВ  
ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ**

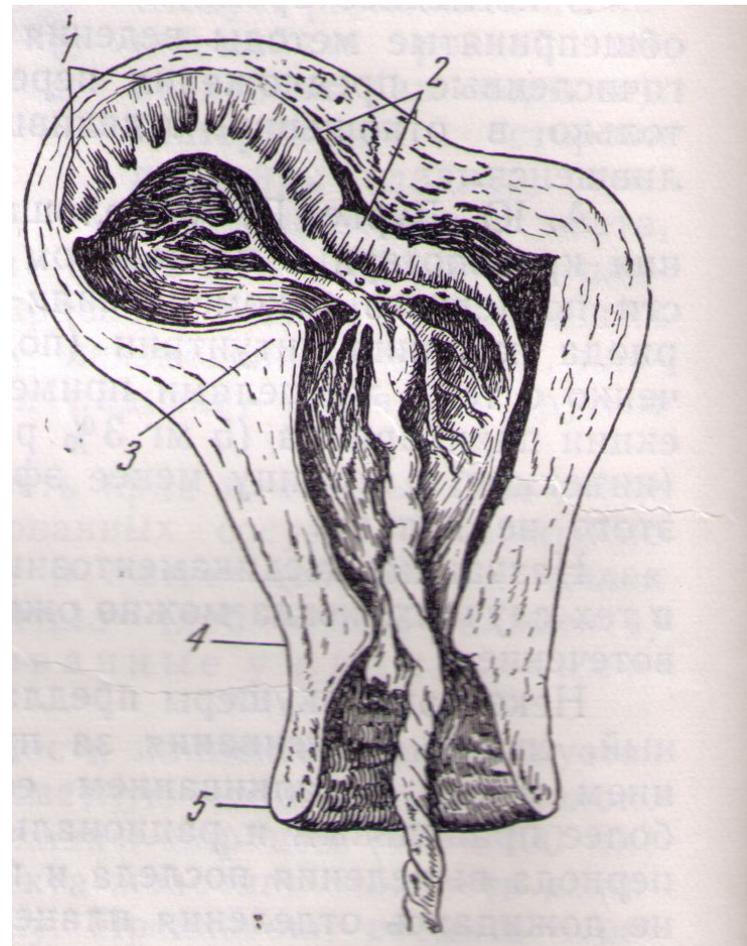
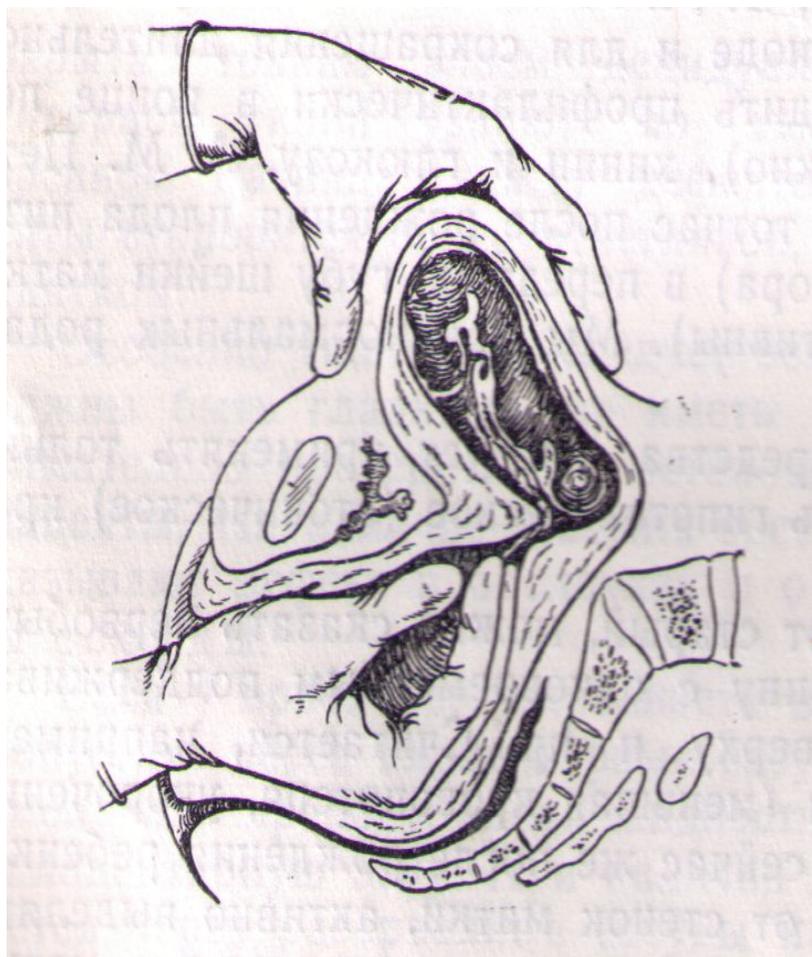
**ПРИ РУЧНОМ  
ОБСЛЕДОВАНИИ  
ПОЛОСТИ МАТКИ  
ВОЗМОЖНО  
ОТДЕЛЕНИЕ  
ПЛАЦЕНТЫ,  
КРОВОТЕЧЕНИЕ  
ПРЕКРАЩАЕТСЯ**



Рис. 119. Ручное отделение плаценты.

**ОТДЕЛЕНИЕ  
ПЛАЦЕНТЫ  
НЕВОЗМОЖНО,  
КРОВОТЕЧЕНИЕ  
УСИЛИВАЕТСЯ,  
БЫСТРО СТАНОВИТСЯ МАССИВНЫМ**

# НАРУШЕНИЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА



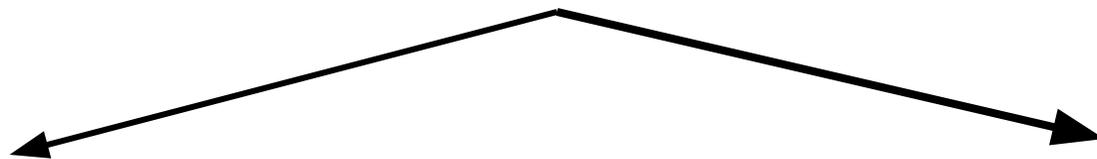
**Перерыв...**

**ровно**

**на одну**

**неделю**

# Кровотечения в послеродовом периоде



**РАННИЕ**  
**24 ЧАСА**

**ПОЗДНИЕ**  
**6 – 8**  
**НЕДЕЛЬ**



*Профилактика кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде предусматривает проведение следующих мероприятий в строго определенной последовательности:*

- В течение первой минуты после рождения плода внутривенно струйно вводится 10 Ед окситоцина в 10 мл физиологического раствора;
- после рождения последа (плацента, плодные оболочки, остаток пуповины), производится тщательный его осмотр.
- производится осмотр мягких тканей родовых путей, при этом шейка матки и верхняя треть влагалища осматриваются в зеркалах. Все обнаруженные разрывы ушиваются.

# **РАННИЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД**

**(первые 2 часа после родов)**

## **КОНТРОЛЬ:**

- СОСТОЯНИЯ РОДИЛЬНИЦЫ (АД, ЧСС, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА)
- ТОНУСА МАТКИ
- ОБЪЕМА КРОВЯНИСТЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ

**НАБЛЮДЕНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В РОДОВОМ БЛОКЕ  
В ТЕЧЕНИЕ 2 ЧАСОВ (запись в листе наблюдения через  
15 минут!)**

# Этиологические факторы риска послеродовых кровотечений

*1. Нарушение сократительной функции матки («Т»-тонус)*

*Перерастяжение матки (Многоводие Многоплодие Крупный плод)*

*«Истощение» сократительной способности миометрия*

*(Быстрые роды Затяжные роды Высокий паритет (>5 родов)*

*Инфекционный процесс (Хорионамнионит Лихорадка в родах)*

*Функциональные/анатомические особенности матки (Миома матки Приращение плаценты)*

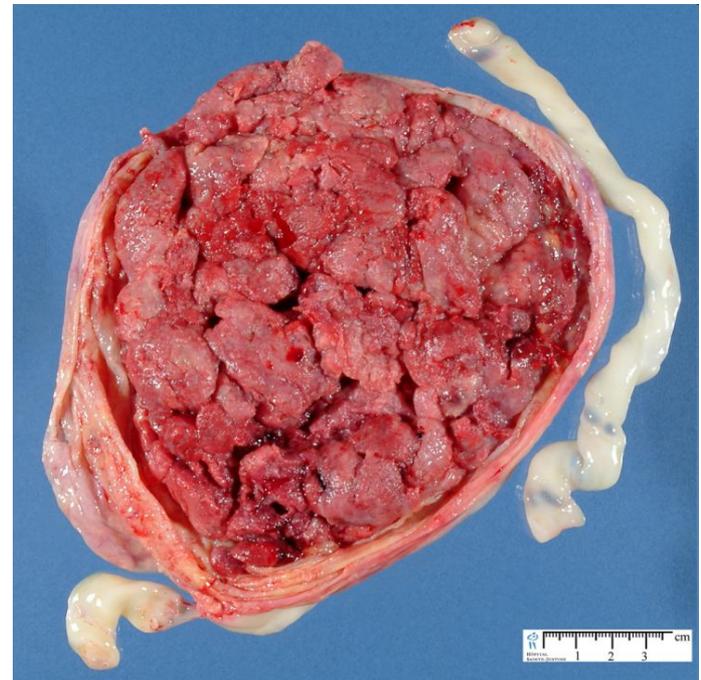
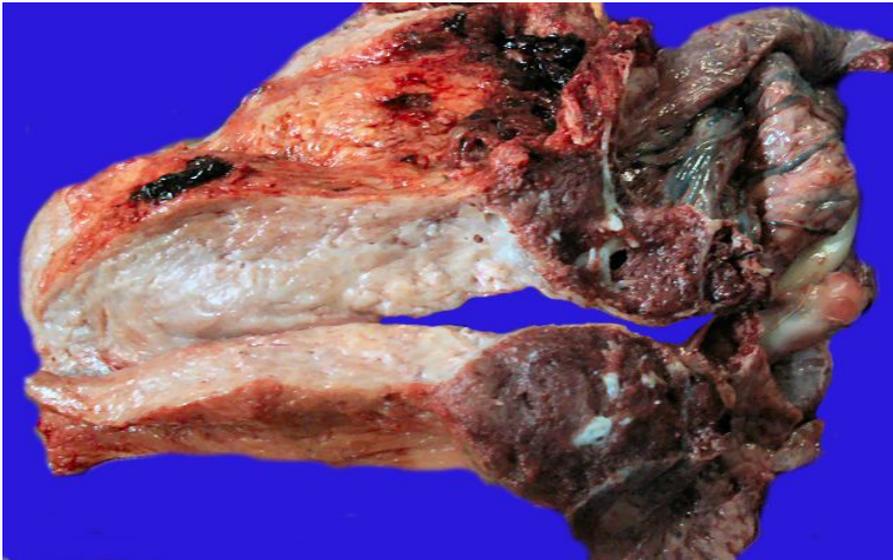


## *2. Задержка тканей в полости матки («Т»- ткань)*

*Задержка частей последа* (Дефект последа

Высокий паритет Плотное прикрепление плаценты  
Приращение плаценты)

*Задержка сгустков крови в полости матки*  
(Гипотония матки)



### *3. Травмы родовых путей («Т»-травма)*

*Разрывы шейки матки, влагалища, промежности*

*(Быстрые роды Оперативные вагинальные роды)*

*Травматический разрыв матки во время кесарева*

*сечения (Неправильное положение плода Низкое  
расположение предлежащей части)*

*Разрыв матки (Оперированная матка)*

*Выворот матки (Высокий паритет Расположение  
плаценты в дне матки)*

# *1. Нарушения гемостаза («Т»-тромбин)*

*Врожденные заболевания (гемофилия А, болезнь Виллебрандта)*

*Приобретенные при беременности  
(Идиопатическая тромбоцитопения  
Преэклампсия с тромбоцитопенией)*

*Синдром ДВС (Преэклампсия Антенатальная  
гибель плода Тяжелая инфекция Эмболия  
околоплодными водами)*

*Лечение антикоагулянтами (Не образуется  
сгусток крови)*



# ЭТАПЫ ОСТАНОВКИ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ



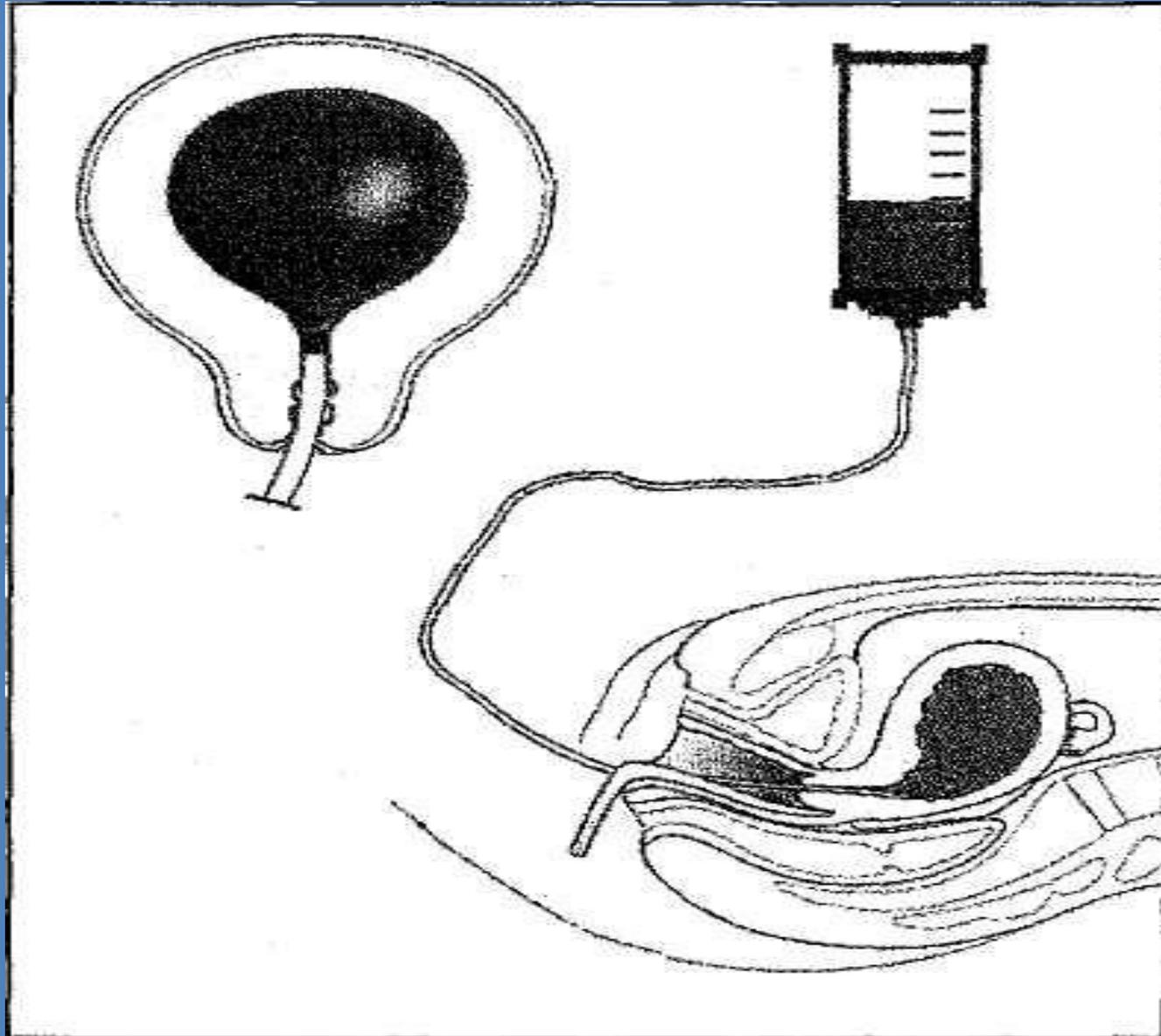
# КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ

1. Ручное обследование стенок полости матки (однократно!). Осмотр родовых путей, ушивание разрывов. При разрыве матки – лапаротомия. Переливание факторов свертывания Антифибринолитики (транексамовая кислота).
2. УТЕРОТОНИКИ: 1-я очередь ОКСИТОЦИН (5 ЕД в/в (медленно) или 10 ЕД в/м) 2-я очередь МЕТИЛЭРГОМЕТРИН (0,2 мг в/м или в/в (медленно) 3-я очередь ПРОСТАГЛАНДИНЫ (динопростон 0,25 мг в/м возможно в шейку матки. Миролют (Мизопропростол, Сайтотек) 800-1000 мкг per rectum однократно)

*Мероприятия проводятся одновременно с постоянной оценкой объема кровопотери на фоне оценки состояния и контроля жизненно важных органов с целью своевременного изменения тактики лечения*

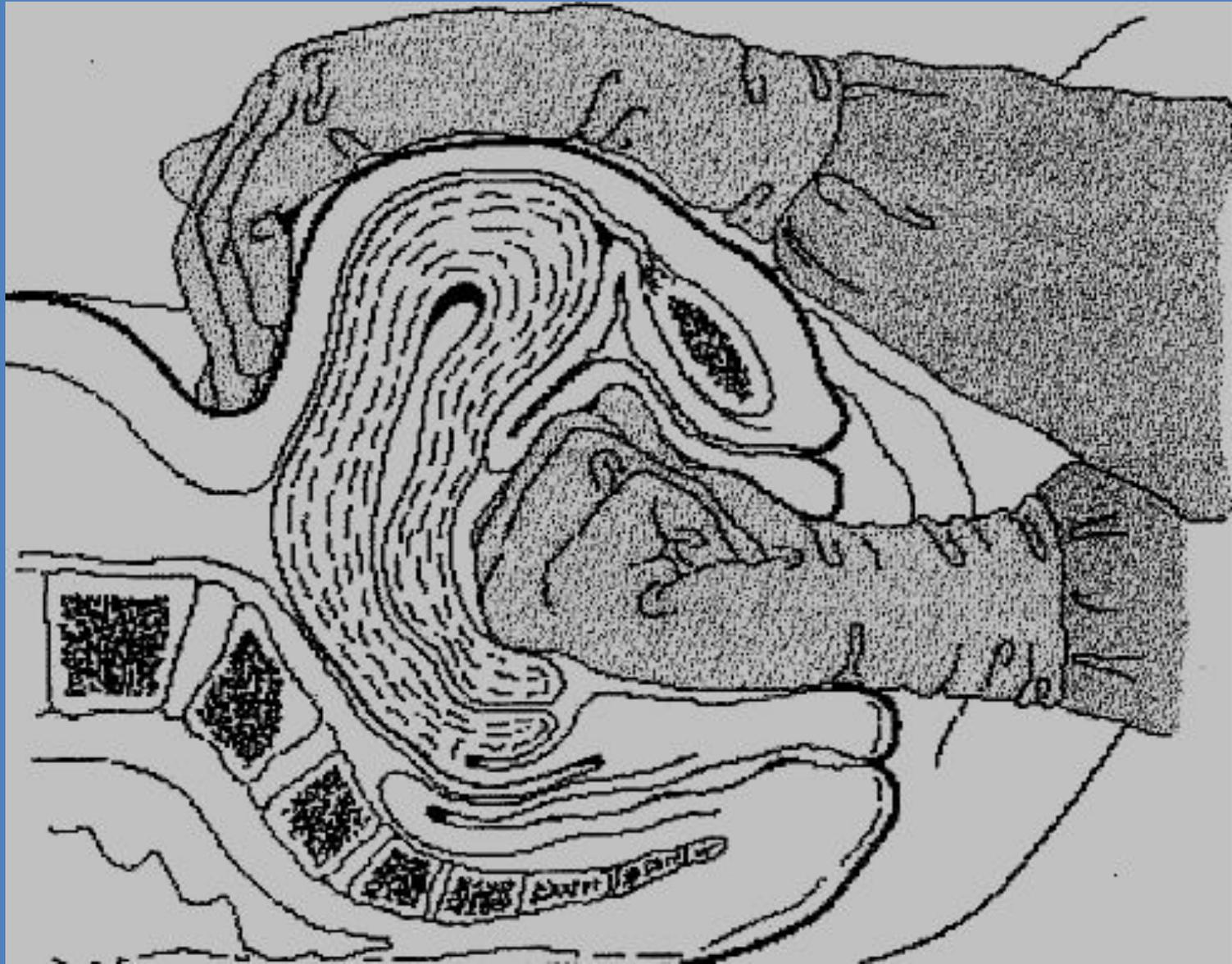
Промежуточные мероприятия между консервативным и хирургическим этапами

## Внутриматочный гемостатический баллон



Промежуточные мероприятия между консервативным и хирургическим этапами

## БИМАНУАЛЬНАЯ КОМПРЕССИЯ МАТКИ



# Промежуточные мероприятия между консервативным и хирургическим этапами

## СДАВЛЕНИЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ

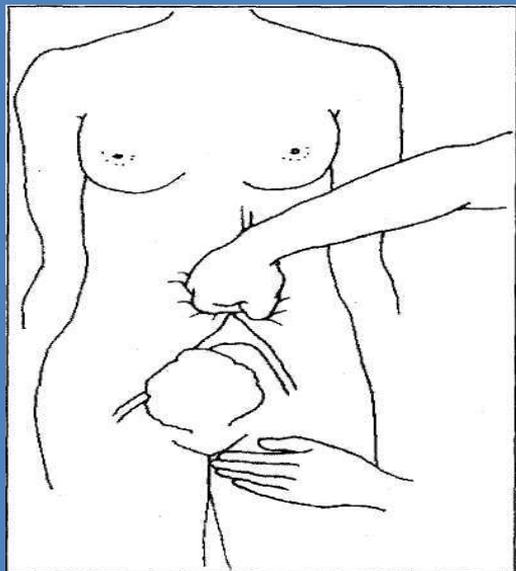


Рис. 124. Прижатие брюшной аорты кулаком по Шмиду.



Рис. 127. Пальцевое прижатие брюшной аорты по Бирюкову.

# ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЭТАП ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ

(Поэтапный хирургический гемостаз)

**Хирургический этап (лапаротомия) (кровопотеря более 1000 мл)**

**Менее 1500 мл**

**Более 1500 мл**

Инъекция простагландинов в миометрий (динопростон 0,5 мг)

Ишемизация матки путем  
наложения зажимов или лигатур  
на сосудистые пучки  
(маточные и яичниковые артерии)

Перевязка внутренних  
подвздошных артерий

Гемостатические компрессионные швы на матку

Перевязка внутренних  
подвздошных артерий

Ангиографическая эмболизация (при наличии возможности)



Ампутация или экстирпация матки



**Невыдуманная  
история...**

*В родильный дом поступила на родоразрешение беременная женщина с доношенной беременностью.*

*Настоящая беременность третья; первая закончилась родами маловесным плодом (2520 г) в 2003 г, затем в 2008 г. была замершая беременность в 5-6 н.г., в 2011 г. – настоящая.*

*...с отягощенным акушерско-гинекологическим и соматическим (гипертоническая болезнь) анамнезом, наличием инфекции, имеющей клиническое значение, присоединением преэклампсии, с признаками хронического ДВС-синдрома, следовательно, в полной мере угрожаемая на кровотечение как в родах, так и в послеродовом периоде.*

**В 8 ч.45 минут** был вскрыт плодный пузырь, отошли светлые околоплодные воды, схватки начались в 9 часов, в **11 часов 15 минут** родился живой доношенный плод мужского пола массой 3200 г., длиной 51 см, с однократным тугим обвитием пуповиной вокруг плеча и оценкой по шкале Апгар 6-8 баллов.

Послед отделился самостоятельно через 5 минут.

Плацента диаметром 16 см, массой 460 г., пуповина длиной 40 см. Кровопотеря составила **350 мл.**

*Продолжительность родов:*

|          |                 |
|----------|-----------------|
| 1 период | 2 часа          |
| 2 период | 15 минут        |
| 3 период | 5 минут         |
| Общая    | 2 часа 20 минут |

**Послеродовой период начался в 11 часов 20 минут**

**11.20-кровопотеря в родах 350 мл** (масса женщины 72,8 кг)

**В 13 часов** при наружном массаже матки выделилось еще **300 мл** жидкой крови со сгустками, после чего матка сократилась. В/в капельно вводится окситоцин, введен дицинон, гемодинамика не страдала (кровопотеря **650 мл?**).

**В 13 часов 25 минут** вновь появились жидкие кровянистые выделения **300 мл** (общая кровопотеря **950 мл**), вызван анестезиолог, произведено ручное обследование полости матки, удалено 50 мл сгустков (кровопотеря **1100 мл**), затем введен тампон с аминокaproновой кислотой.

**В 14 часов** (тампон в матке) появились кровянистые выделения, тампон удален, введен гемостатический баллон.

**14 часов 20 минут** на фоне баллона появились кровянистые выделения, затем матка вновь сократилась.

**14 часов 50 минут** вновь появились кровянистые выделения., Учитывая отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии на фоне массивной инфузии плазмозамещающих растворов, СЗП, антифибринолитиков (контрикал)

в **14 часов 50 минут** было принято решение произвести оперативную остановку кровотечения (кровопотеря составила **2000 мл**). Выполнена экстирпация матки с трубами, дренирование брюшной полости. Общая кровопотеря **3000 мл**. В послеоперационном периоде произошла остановка сердечной деятельности, восстановлена в течение 7 минут. ..

**Общая продолжительность лечения составила  
1 час 50 минут**

*К патологической кровопотере следует относить:*

- При родах – более 500 мл.*
- При операции кесарева сечения – более 1000 мл.*

*Критерии массивной кровопотери:*

- Более 150 мл/мин*
- Более 50% ОЦК в течение 3 ч*
- Более 1500-2000 мл*
- Потребность более чем в 10 дозах эритроцитарной массы в течение 24 ч.*
- Уменьшение гематокрита на 10% в сочетании с гемодинамическими нарушениями (артериальная гипотония).*

# ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ РОДИЛЬНИЦЫ ПРИ КРОВОПОТЕРЕ

| ПОКАЗАТЕЛИ                         | Степень тяжести    |             |                 |             |
|------------------------------------|--------------------|-------------|-----------------|-------------|
|                                    | I                  | II          | III             | IV          |
| Объем кровопотери (мл)             | < 750              | 750-1500    | 1500-2000       | > 2000      |
| Объем кровопотери (% ОЦК)          | < 15               | 15-30       | 30-40           | > 40        |
| Пульс                              | < 100              | > 100       | > 120           | > 140       |
| Артериальное давление (мм рт. ст.) | Норма              | Норма       | Снижено         | Снижено     |
| Частота дыхания                    | 14-20              | 20-30       | 30-40           | >40         |
| Состояние ЦНС                      | Легкое возбуждение | Возбуждение | Заторможенность | Прекома     |
| Почасовой диурез (мл/час)          | >30                | 20-30       | 5-15            | Отсутствует |
| Индекс Альговера                   | 0,8 и менее        | 0,9-1,2     | 1,3-1,4         | 1,5 и более |

# кровопотеря

До 500 мл

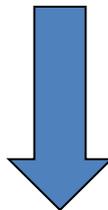


**Утеротоники**

**Ручное  
обследование  
полости матки**

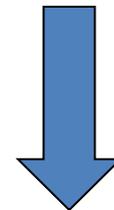
**Инструментальное  
обследование  
полости  
матки**

500-1000  
мл



**Управляемая  
баллонная  
тампонада  
матки**

Более 1000  
мл



**Хирургический  
гемостаз**

# ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЭТАП ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ

(Поэтапный хирургический гемостаз)

**Хирургический этап (лапаротомия) (кровопотеря более 1000 мл)**

**Менее 1500 мл**

**Более 1500 мл**

Инъекция простагландинов в миометрий (динопростон 0,5 мг)

Ишемизация матки путем  
наложения зажимов или лигатур  
на сосудистые пучки  
(маточные и яичниковые артерии)

Перевязка внутренних  
подвздошных артерий

Гемостатические компрессионные швы на матку

Перевязка внутренних  
подвздошных артерий

Ангиографическая эмболизация (при наличии возможности)



Ампутация или экстирпация матки

| Время         | Объем кровопотери  | Манипуляции  | А что было необходимо??  |
|---------------|--|--|--|
|               | После родов<br><b>350 мл</b>   | В/в метилэргобревин  | Ручное обследование полости матки, учитывая превышение физиологической кровопотери |
| 13 ч.         | 300 мл жидкой крови со сгустками.<br><b>Общая кровопотеря 650 мл (??)</b>                            | Наружный массаж матки.<br>В\в введение окситоцина, дицинона                      | Баллонная тампонада  |
| 13 ч. 25 мин. | 300 мл + 50 мл сгустков (=150 мл жидкой крови)<br><b>Общая кровопотеря 950 мл + 150 мл = 1100 мл</b> | Ручное обследование полости матки<br>Введение тампона с аминокaproновой кислотой | Лапаротомия. Хирургический гемостаз<br><b>Антибактериальная терапия.</b>           |

|               |                                |  |
|---------------|--------------------------------|--|
| 14 ч.         | ???                            | Удален тампон, пропитанный кровью<br>Введен гемостатический баллон                                   |
| 14 ч.20 мин.  | ???                            | В/в окситоцин, гемостатики, антифибринолитики, плазмозамещающие растворы, СЗП                        |
| 14 ч. 50 мин. | Порядка 2000 мл<br><br>3000 мл | Лапаротомия. Хирургический гемостаз.<br><br>Экстирпация матки.                                       |
|               |                                | Остановка сердца.<br>Сердечно-легочная реанимация.<br>Отделение реанимации и интенсивной терапии.... |

Отделение реанимации и интенсивной терапии

## **Анализ летальности при кровотечениях (основные причины)**

- - несвоевременный гемостаз;
- - неправильная оценка кровопотери;
- - неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия;
- - несоблюдение этапности мероприятий по остановке кровотечений – отсутствие протокола.

## ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ

Профилактика кровотечений должна начинаться еще до поступления беременной в стационар для родоразрешения, только тогда она будет действенной и своевременной.

## *Рекомендации для оказания помощи на догоспитальном этапе*

- Транспортировка на всех этапах в положении «лежа на спине» или «лежа на боку» (особенно для беременных).
- Обеспечение венозного доступа в периферическую вену.
- Контроль АД, ЧСС, ЧД каждые 30 минут.
- **Сообщить в ближайшее родовспомогательное учреждение или Перинатальный центр, куда осуществляется транспортировка пациентки.**
- Если женщина при транспортировке (домашние роды) находится в третьем периоде родов, необходимо определить признаки отделения плаценты. *Отделившийся* послед должен быть выделен из полости матки!



# Родовой блок

- **Вызвать помощь. Мероприятия по лечению кровотечений в родовом блоке должны осуществлять 2 врача акушера-гинеколога, анестезиолог-реаниматолог, 2 акушерки родового блока, медицинская сестра-анестезист.**
- Контроль состояния – артериальное давление, пульс, температура тела. Оценить проходимость дыхательных путей, обеспечить оксигенацию (ингаляция 100% кислорода, искусственная вентиляция легких).
- Произвести катетеризацию двух периферических вен для инфузии кристаллоидов в отношении 3:1 к объему кровопотери и утеротоников, определить группу крови, резус-принадлежность, кровь на совместимость.

## **Оценка степени тяжести акушерских кровотечений**

Для оптимальной тактики инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ) необходимо оценить степень тяжести акушерского кровотечения, что возможно сделать на основании показателей пульса, АД, уровня сознания.

Выраженность клинических проявлений кровотечения зависит от степени дефицита ОЦК и скорости кровопотери.

## *Оценка степени тяжести состояния роженицы при кровопотере*

| <i>Показатели</i>                         | <i>Степень тяжести</i> |             |                 |             |
|---|------------------------|-------------|-----------------|-------------|
|   | <i>1</i>               | <i>2</i>    | <i>3</i>        | <i>4</i>    |
| <i>Объем кровопотери (мл)</i>             | < 750                  | 750-1500    | 1500-2000       | > 2000      |
| <i>Объем кровопотери (% ОЦК)</i>          | < 15                   | 15-30       | 30-40           | > 40        |
| <i>Пульс</i>                              | < 100                  | > 100       | > 120           | > 140       |
| <i>Артериальное давление (мм рт. ст.)</i> | норма                  | норма       | снижено         | снижено     |
| <i>Частота дыхания</i>                    | 14-20                  | 20-30       | 30-40           | >40         |
| <i>Почасовой диурез (мл/час)</i>          | >30                    | 20-30       | 5-15            | отсутствует |
| <i>Состояние ЦНС</i>                      | легкое возбуждение     | возбуждение | заторможенность | прекома     |

Косвенно дефицит объема циркулирующей крови можно рассчитать по шоковому индексу Альговера  
(ШИ = ЧСС/систолическое АД;  
в норме индекс Альговера 0,5).

**0,1 ШИ примерно соответствует 150-200 мл кровопотери**

***К патологической кровопотере следует относить:***

- *При родах – более 500 мл.*
- *При операции кесарева сечения – более 1000 мл.*

***Критерии массивной кровопотери:***

- *Более 150 мл/мин*
- *Более 50% ОЦК в течение 3 ч*
- *Более 1500-2000 мл*
- *Потребность более чем в 10 дозах эритроцитарной массы в течение 24 ч.*
- *Уменьшение гематокрита на 10% в сочетании с гемодинамическими нарушениями (артериальная гипотония).*

## *Необходимые лабораторные исследования у пациенток с кровопотерей*

- Уровень гемоглобина, гематокрита, эритроцитов
- Определение группы крови и резусной принадлежности
- Количество тромбоцитов, концентрация фибриногена, протромбиновое время (ПТИ, МНО), тромбоэластограмма (электрокоагулограмма), время свертывания цельной крови по Ли-Уайту, антитромбин III, Д-димеры, растворимые комплексы мономеров фибрина.
- Для оценки степени тяжести шока и тканевой гипоксии – кислотно-основное состояние, газы крови.
- Биохимические параметры крови: общий белок и альбумин, мочевины, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ.
- Электролиты плазмы: натрий, калий, хлор, кальций
- Анализ мочи.

# СХЕМА БАЗОВОЙ ИТТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА КРОВОПОТЕРИ

| Объем кровопотери  |               | Инфузионно – трансфузионные среды |   |                      |   |
|--------------------|---------------|-----------------------------------|---|----------------------|---|
| <i>мл</i>          | <i>% ОЦК</i>  | <i>СЗП мл/кг</i>                  | <i>Солевые растворы (мл)</i>                      | <i>Коллоиды (мл)</i> | <i>Эритроциты</i>   |
| <b>ДО<br/>1000</b> | <b>15-20</b>  |                                   | <b>В 3 РАЗА БОЛЬШЕ<br/>ОБЪЕМА<br/>КРОВОПОТЕРИ</b> |                      |   |
| <b>1000-1500</b>   | <b>20-30</b>  | <b>15</b>                         | <b>2000</b>                                       | <b>1000-1500</b>     |   |
| <b>1500-2000</b>   | <b>30-40</b>  | <b>20-30</b>                      | <b>2500</b>                                       | <b>ДО 1500</b>       | <b>250-500 мл и больше при снижении гемоглобина ниже 70 г/л</b> |
| <b>&gt;2000</b>    | <b>&gt;40</b> | <b>25-30</b>                      | <b>2500</b>                                       | <b>2000</b>          |   |

# ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ

- Профилактикой кровотечений в родах и послеродовом периоде является бережное ведение родов, обезболивание, профилактика аномалий родовой деятельности. Роды у беременных группы риска на кровотечение необходимо вести с обеспечением венозного доступа.

**ГРУППА ВЫСОКОГО РИСКА  
НА  
АКУШЕРСКИЕ  
КРОВОТЕЧЕНИЯ**

**ЭКСТРАГЕНИТАЛЬ  
НАЯ  
НЕИНФЕКЦИОННА  
Я  
ПАТОЛОГИЯ**

**ХРОНИЧЕСКАЯ  
ЭКСТРАГЕНИТАЛ  
ЬНАЯ  
ИНФЕКЦИОННАЯ  
ПАТОЛОГИЯ**

**ТЕРАПЕВТ, СТОМАТОЛОГ,  
ОТОРИНОЛЯРИНГОЛОГ**

**ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ, ПОНРП,  
ПРЕДЛЕЖАНИЯ  
ПЛАЦЕНТЫ, ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА,  
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ = ПРОФИЛАКТИКА  
МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ  
И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ**

**ГРУППА ВЫСОКОГО РИСКА  
НА  
АКУШЕРСКИЕ  
КРОВОТЕЧЕНИЯ**

**ЛЕЧЕНИЕ  
ГЕНИТАЛЬНОЙ  
ПАТОЛОГИИ**

**СОБЛЮДЕНИЕ  
ИНТЕРВАЛА  
МЕЖДУ  
БЕРЕМЕННОСТЯМИ  
И РОДАМИ =  
КОНТРАЦЕПЦИЯ**

**ПОДГОТОВКА  
МАТКИ  
(ЭНДОМЕТРИЯ)  
К БЕРЕМЕННОСТИ**

**САНАЦИЯ ОЧАГОВ ИНФЕКЦИИ  
МОЧЕПОЛОВОЙ  
СИСТЕМЫ**

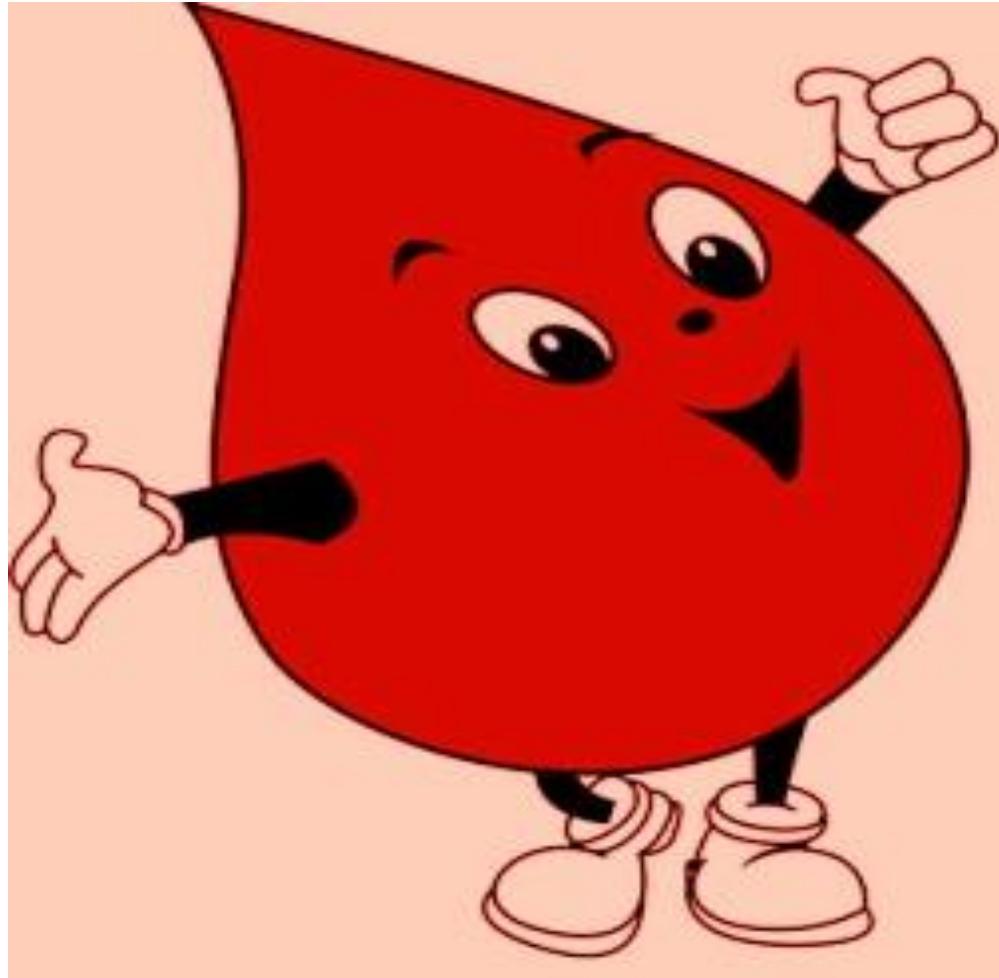
**ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ, ПОНРП,  
ПРЕДЛЕЖАНИЯ  
ПЛАЦЕНТЫ, ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА,  
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ = ПРОФИЛАКТИКА  
МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ  
И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ**



**ДАВАЙТЕ ЖИТЬ ДРУЖНО!..**



**БЛАГОДАРЮ**



**ЗА ВНИМАНИЕ!**