



АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

**профессор кафедры акушерства и
гинекологии И.М.Арестова**

ЧАСТОТА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

- Акушерские кровотечения как причина материнской смертности в чистом виде **20-25%**
- Как конкурирующая причина - **42%**
- Как фоновая - **до 78%.**
- Показатель акушерских кровотечений - **от 3 до 8%** по отношению к общему числу родов.
- При этом **2-4%** случаев кровотечений связаны с гипотонией матки
- Около **1%** - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и предлежание плаценты.



МАССИВНАЯ КРОВОПОТЕРЯ

- Под массивной кровопотерей понимается кровопотеря, превышающая **1,5%** от массы тела или **25%** ОЦК
- Характерная особенность - острый дефицит ОЦК, нарушение сердечной деятельности, анемическая и циркуляторная формы гипоксии
- Основные причины нарушения гемодинамики - дефицит ОЦК и несоответствие между ним и емкостью сосудистого русла.



КЛАССИФИКАЦИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

■ Кровотечения во время беременности и в родах

- 1.1. Предлежание плаценты
- 1.2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- 1.3. Аборт
- 1.4. Шеечная беременность
- 1.5. Внематочная беременность
- 1.6. Пузырный занос
- 1.7. Кровотечения в первой половине беременности, не связанные с патологией плодного яйца



КЛАССИФИКАЦИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

2. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.

- 2.1. Аномалии прикрепления плаценты, отделения и выделения последа
- 2.2. Гипо- и атонические кровотечения
- 2.3. Кровотечения, связанные с акушерским травматизмом
- 2.4. Кровотечения, связанные с нарушением свертывающей системы крови (дефекты гемостаза)
- 2.5. Послешоковые кровотечения
- 2.6. Поздние послеродовые кровотечения.



Предлежание плаценты (placenta praevia)

Частота предлежания плаценты - 0,2-0,8%
общего числа родов.

Серьезная акушерская патология, при которой плацента прикрепляется в нижнем сегменте матки, частично или полностью перекрывая область внутреннего зева шейки матки.



Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

- Частота - не превышает **0,3-0,5%** всех случаев, однако в **30%** становится причиной массивных кровотечений, приводящих к летальному исходу

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - это отделение плаценты, прикрепленной в верхнем сегменте матки, во время беременности или в I-II периодах родов.



Предлежание плаценты: клиника

Ведущим симптомом предлежания плаценты является кровотечение, которое имеет свои особенности:

- всегда наружное,
- всегда внезапное;
- всегда без видимой причины;
- часто начинается в покое, например, ночью: проснулась "в луже крови";
- внезапно прекращается;
- кровотечение имеет особенность - как правило, повторяющееся;
- не сопровождается болью;
- развивается, как правило, в сроке 28-32 недели беременности
- типичным является сохранение нормального тонуса матки при наличии кровянистых выделений.



Предлежание плаценты: диагностика

- главным диагностическим признаком предлежания плаценты является появление наружного кровотечения с учетом его характерных клинических особенностей и данных анамнеза
- при наружном акушерском исследовании - высокое стояние предлежащей части плода над входом в малый таз
- наличие поперечного или косого положения плода
- при аускультации - шум сосудов плаценты в области нижнего сегмента (в месте прикрепления плаценты)



Предлежание плаценты: диагностика

- **! При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование проводится только в условиях развернутой операционной.**
- **! Исследование проводят бережно, не форсируя, при готовности к инфузионно-трансфузионной терапии, при катетеризации центральной вены.**



Предлежание плаценты: тактика ведения беременности

- Лечение в отделении патологии беременных
- Соблюдение строгого постельного режима
- Применение спазмолитиков, токолитиков для улучшения координированного характера сокращений матки и постепенного и плавного растяжения нижнего сегмента матки (2% раствор папаверина гидрохлорида по 2-4 мл внутримышечно, раствор но-шпы по 2 мл 2-3 раза в день или по 0,04 г внутрь, 25% раствор MgSO₄)
- Терапия анемии (препараты железа, фолиевая кислота)
- Назначение препаратов, нормализующих маточно-плацентарный кровоток и обменные процессы

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

Степени тяжести клинического
течения :

- легкая – встречается в **51%** случаев
- средней степени тяжести – в **30,8%**
- тяжелая отслойка – в **18,2%.**



Тяжелая степень ПОНРП

- **резкие внезапные боли в животе**
- **признаки внутреннего кровотечения: слабость, головокружение, кожные покровы и видимые слизистые бледные, цианоз губ, холодный пот, учащенное дыхание**
- **признаки нарушения центральной гемодинамики: частый и слабого наполнения пульс, артериальная гипотензия**
- **матка в состоянии резкого гипертонуса и не расслабляется**



Тяжелая степень ПОНРП

- выраженная асимметрия матки или «локальная припухлость»
- резкая локальная болезненность матки при пальпации
- кровянистые выделения из половых путей, но незначительные
- прогрессирующая гипоксия и асфиксия плода; при ретроплацентарной гематоме 150 мл крови развивается гипоксия, при гематоме более 500 мл – смерть плода
- мелкие части плода определить не удастся
- гематурия, нередко олигоурия
- прогрессируют нарушения в системе гемостаза (кровь, вытекающая из половых путей образует рыхлые сгустки или не свертывается; в местах инъекций появляются кровоизлияния).





Терапия прогрессирующей ПОНРП.

- ***! Основным принципом терапии является немедленное бережное родоразрешение.***

Необходимость немедленного и быстрого опорожнения матки связана с опасностью нарастания ретроплацентарной гематомы, имбибицией стенок матки кровью, высоким риском попадания тромбопластиновых субстанций в кровотоки матери с последующим развитием ДВС.

Ранняя амниотомия при ПОНРП противопоказана, так как снижение внутриамниотического давления может способствовать прогрессированию ПОНРП.

- ***При отсутствии условий для немедленного родоразрешения через естественные родовые пути показана срочная операция кесарева сечения!***

Терапия прогрессирующей ПОНРП

Операция кесарева сечения при ПОНРП имеет особенности:

- нижняя срединная лапаротомия
- после извлечения ребенка и последа – тщательный осмотр и кюретаж матки
- при появлении признаков маточно-плацентарной апоплексии показана экстирпация матки
- после операции больная находится в операционной до полной стабилизации гемодинамических и гемокоагуляционных показателей



Гипотонические кровотечения

- Гипо-, атонические кровотечения в структуре всех кровотечений во время беременности, родов и в послеродовом периоде составляют **2-2,5%**.
- **Гипотония матки** – это снижение тонуса и сократительной способности миометрия
- **Атония** - полный паралич миометрия или пролонгированная тяжелая недостаточность сократительной функции миометрия.



КЛИНИКА ГИПОТОНИИ МАТКИ

- большие размеры матки – дно матки на уровне пупка и выше
- расплывчатые контуры и «дряблая» консистенция матки
- периодическое волнообразное наружное кровотечение.



ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ

I этап – при кровопотере **400-600 мл**,
основная задача – **гемостаз**

Мероприятия:

- опорожнение мочевого пузыря,
- лечебный дозированный наружный массаж матки,
- местная гипотермия – холод на живот,
- в/венно-капельно – кристаллоидные растворы,
- в/в одномоментно метилэргометрин с окситоцином с переходом на в/венное-капельное введение окситоцина,
- осмотр родовых путей,
- ручное обследование матки и массаж матки на кулаке.



ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ

**I I этап – при кровопотере 600-1000 мл,
основная задача – гемостаз,
предотвращение массивной
декомпенсированной кровопотери**

Мероприятия:

- продолжить в/венное-капельное введение окситоцина
- ИТТ в соответствии с основными принципами и правилами ее проведения
- применимы методы временной механической и рефлекторной стимуляции гемостаза
- готовиться к лапаротомии.



ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ

**III этап – кровопотеря 1000-1500 мл –
экстирпация или ампутация матки**

продолжение ИТТ компенсация
нарушений функций жизненно
важных органов

для обеспечения успеха терапии
необходимо объединение усилий
акушера-гинеколога, реаниматолога,
гематолога-коагулопатолога.

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ

**ШОКОВЫЙ ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА –
ОТНОШЕНИЕ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ
СОКРАЩЕНИЙ К СИСТОЛИЧЕСКОМУ АД**
Норма - индекс меньше 1

**Соотношение индекса и объема кровопотери
(в % от ОЦК)**

0,8 и менее - 10%

0,9-1,2 - 20%

1,3 -1,4 - 30%

1,5 и более - 40%



МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ

ГЕМАТОКРИТНЫЙ МЕТОД Moore

$$КП = ОЦКд (ГТд - ГТф) / ГТд$$

КП – кровопотеря

ОЦКд – должный ОЦК

ГТд – должный гематокрит (у женщин -42)

ГТф – фактический гематокрит
(определяется после остановки
кровотечения и стабилизации
гемодинамики)



ЗАВИСИМОСТЪ КРОВОПОТЕРИ ОТ ПЛОТНОСТИ КРОВИ И ГЕМАТОКРИТА

Плотность крови кг/мл	Гематокрит л/л	Объем кровопотери мл
1057-1054	0,44-0,40	до 500
1053-1050	0,38-0,32	1000
1049-1044	0,30-0,22	1500
Менее 1044	Менее 0,22	Более 1500

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ

ФОРМУЛА М.А.ЛИБОВА

ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ = $V/2 \cdot S$ 15%

V – вес салфеток

S – исходный объем крови

**15% - величина ошибки на околоплодные
воды (при кровопотере более 1 л – 30%)**



Временные методы остановки кровотечения

- Метод остановки по Генкель-Тиканадзе - на боковые параметры мягкие зажимы
- Наложение поперечного шва на шейку матки по В.А. Лосицкой
- Метод остановки кровотечения по Квантилиани - щипцы на шейку матки, подтягивание шейки матки книзу, поднятие шейки матки кпереди и фиксация вытянутой и поднятой шейки матки.
- Сдавнение брюшной аорты кулаком (тыльной поверхностью кулака и несколько выше мыса)
- Метод сдавления матки и сосудов по Бакшееву (матка с введенной в полость рукой переводится резко кпереди и книзу, максимально придавливая переднюю стенку матки к лону, наружно расположенная рука охватывает всей кистью заднюю стенку, плотно прижимаясь к руке, введенной в полость)
- Тампон с эфиром в задний свод
- Восстановление сокращения матки применением дефибриллятора по З.А. Чиладзе.



ОШИБКИ!

- **Наиболее частая ошибка - запаздывание с операцией. Вопрос о ней следует поставить, если кровотечение не останавливается и кровопотеря составляет 30% ОЦК**
- **Удаление матки - это ликвидация источника кровотечения и тромбобластических субстанций, а также одного из звеньев патогенеза ДВС-синдрома.**
- **Ампутация матки показана лишь тогда, когда основную роль играет гипотонический компонент.**
- **В остальных случаях, особенно при первично имеющейся коагулопатии (гестоз), необходима экстирпация матки.**



ПРИНЦИПЫ ИТТ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

- Восстановление системной гемодинамики путем введения растворов с высокой молекулярной массой – гидроксиэтилированного крахмала в количестве 500-1000мл
- Категорический отказ от введения геперина с целью прерывания внутрисосудистого свертывания ввиду скоротечности и отсутствия четкой диагностики 1 фазы ДВС
- Использование ингибиторов протеаз (контрикал, гордокс) с целью подавления избыточного фибринолиза
- Раннее и быстрое введение СЖП (для восстановления гемостатического потенциала крови)
- Использование транексамовой кислоты – антиплазминового препарата 500-750 мг на физиологическом растворе
- ИТТ проводится на фоне введения глюкокортикоидов при нестабильной гемодинамике и продолжающемся кровотечении (преднизолон – 10 мг/кг/час)
- Восстановление глобулярного объема крови путем переливания эритромаcсы – при снижении гемоглобина ниже 80 г/л и гематокрита менее 0,25 л/л

