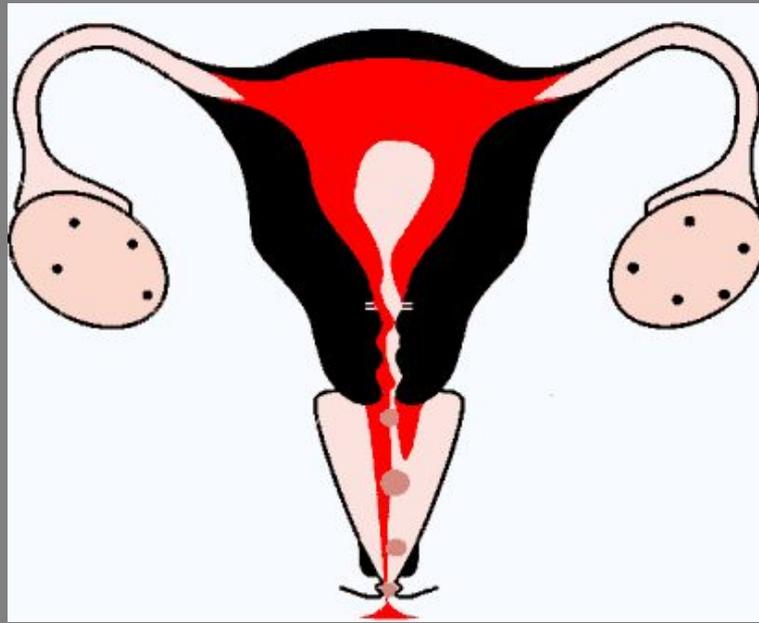
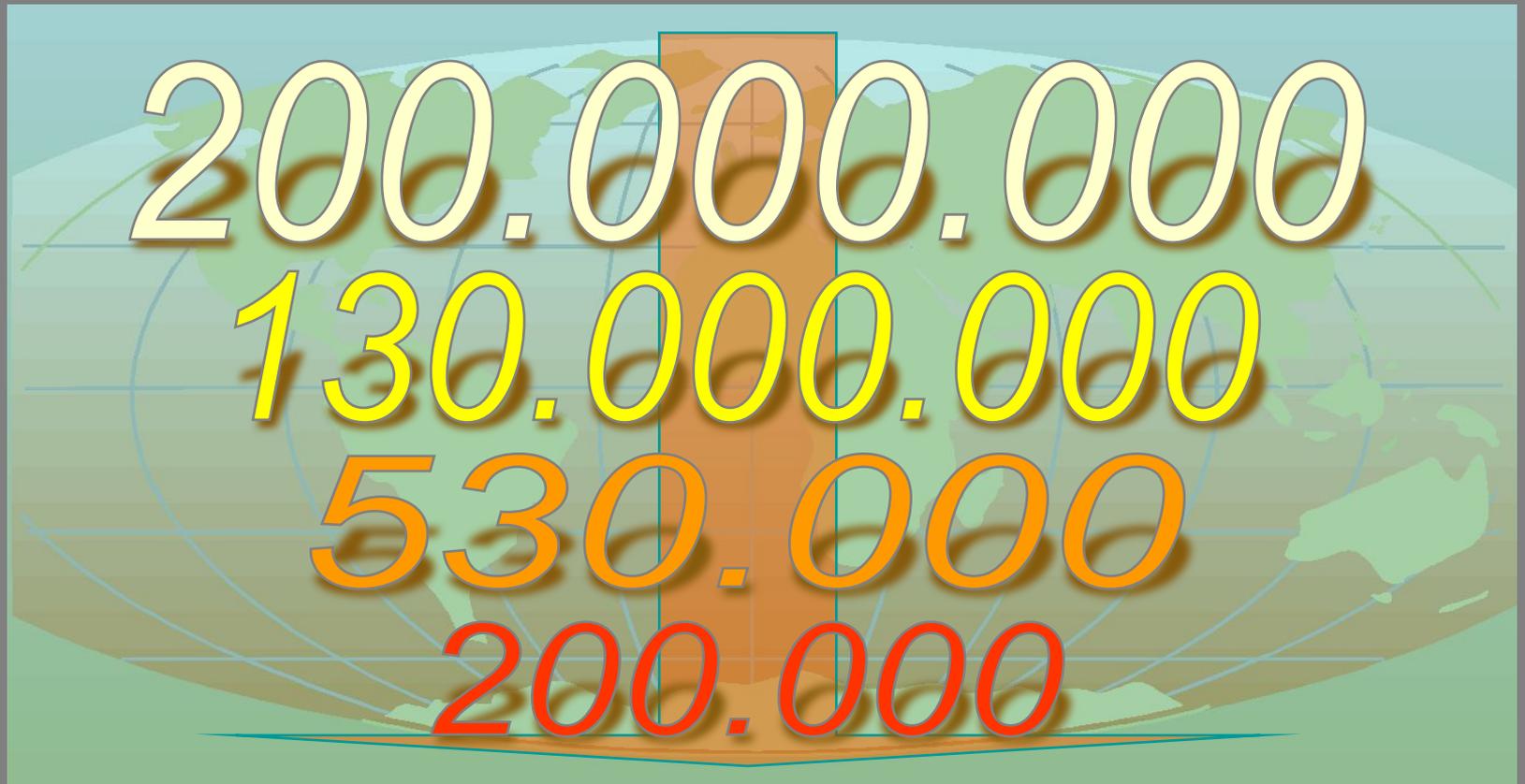


Кровотечения в акушерской практике



КРОВОТЕЧЕНИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В МИРЕ



КРОВОТЕЧЕНИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В МИРЕ





Акушерские кровотечения

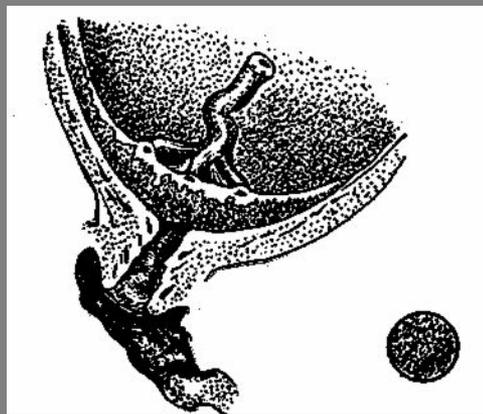
Группы риска:

- Отягощенный акушерский анамнез
- Эндокринные нарушения в гипоталамо-гипофизарной системе
- Аномалии развития матки
- Тяжелая ЭГП, заболевания крови
- Поздние гестозы
- Многоводие, многоплодие, крупный плод

Предлежание плаценты

- **Полное (центральное)** – это ситуация, при которой внутренний зев полностью закрыт плацентой
- **Неполное (краевое, боковое)** – это ситуация, когда за внутренним зевом наряду с тканью плаценты обнаруживаются плодные оболочки
- **Низкая плацентация** – ситуация, когда нижний край плаценты находится от внутреннего зева на расстоянии менее 7 см, но не захватывает его

Предлежание плаценты



Предлежание плаценты

Предрасполагающие факторы:

- Морфологические, воспалительно-дегенеративные изменения эндометрия
- запоздалое созревание плодного яйца

Клиника предлежания плаценты

- Патогномоничный симптом – наружное кровотечение при нормальном тоне матки:
 - повторяющееся
 - безболезненное
 - внезапное
 - возникает во 2 половине беременности

Диагностика предлежания плаценты

- Анамнез
- Неправильное положение плода
- Высокое стояние предлежащей части
- Осмотр шейки в зеркалах
- Влагалищное исследование
- УЗИ

Тактика ведения при предлежании плаценты

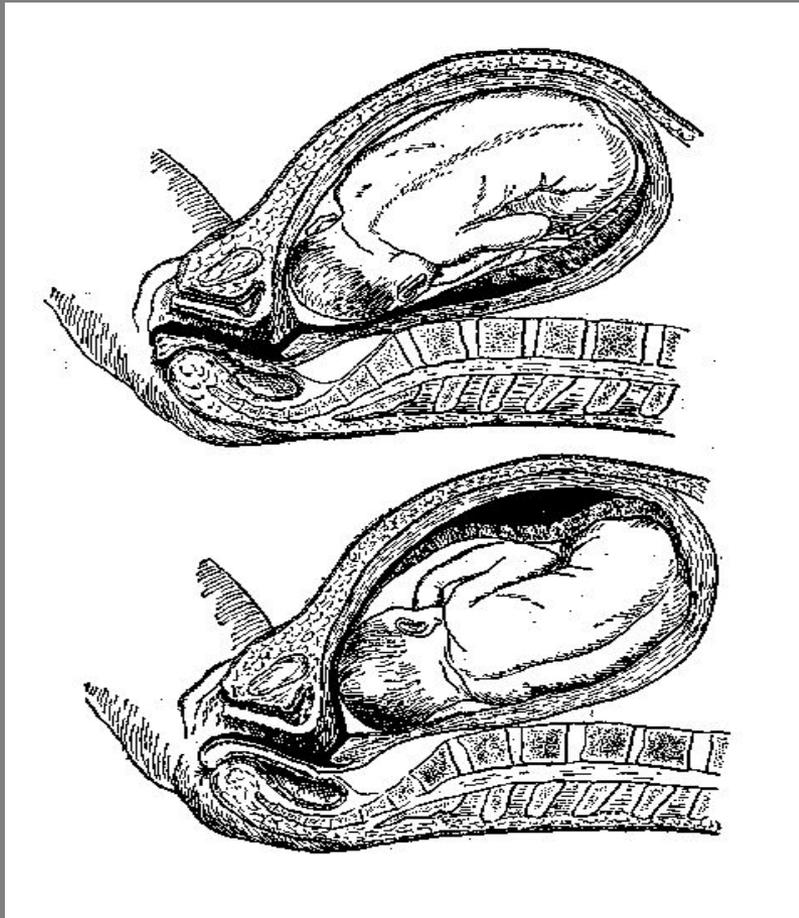
- При установлении диагноза – госпитализация в акушерский стационар
- Спазмолитики, токолитики, препараты железа, профилактика гипоксии плода
- Родоразрешение путем кесарева сечения – по **абсолютным показаниям!**
- При истинном вращении плаценты – удаление матки

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

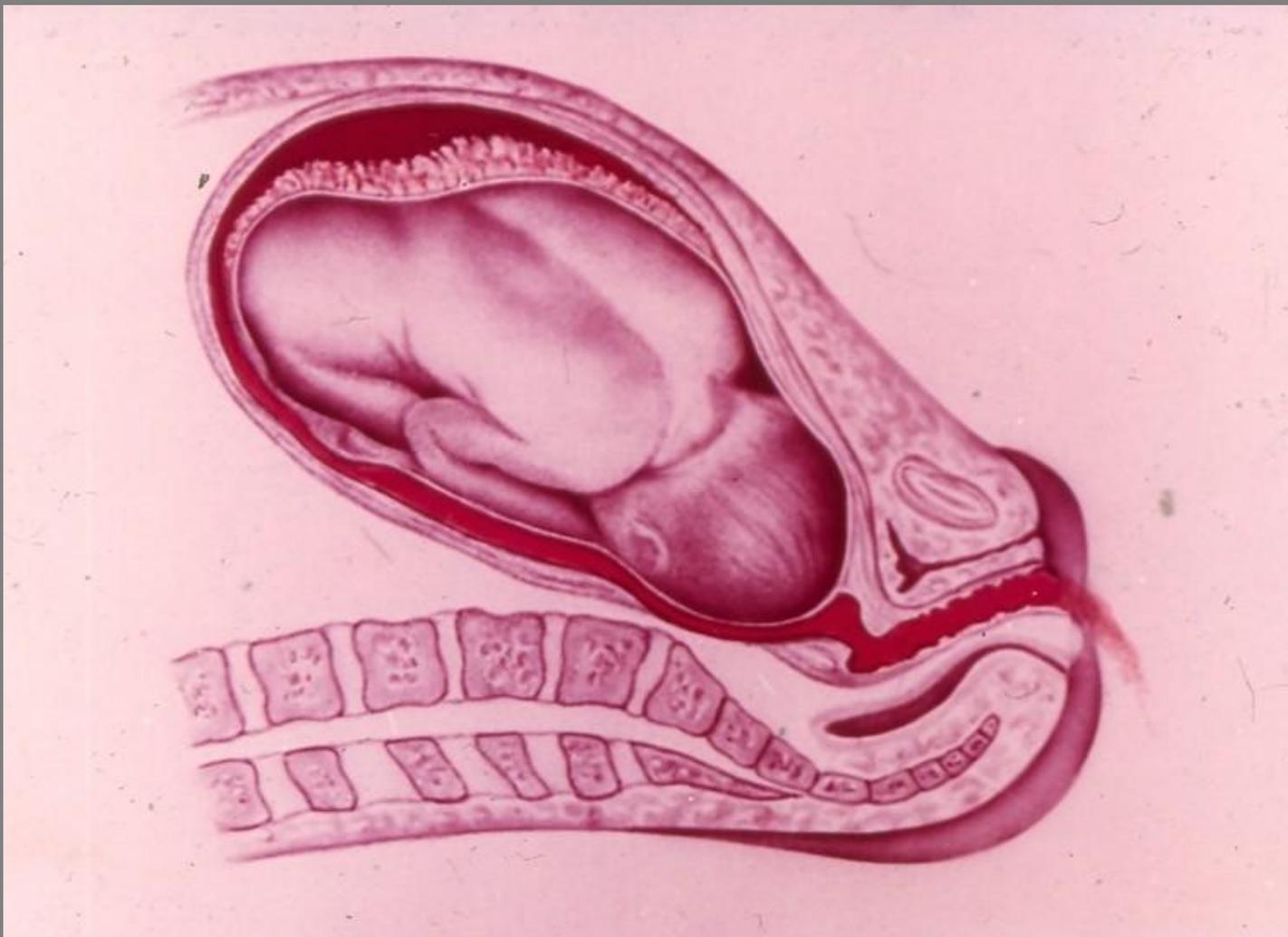
Возникает во 2 половине беременности, в 1 и 2 периодах родов.

Причина – повышение давления в межворсинчатом пространстве вследствие резкого нарушения микроциркуляции в стенке матки

ПОНРП



ПОНРП



Морфологическая основа ПОНРП:

- Тотальная или локальная ангиопатия (поздние гестозы, гипертоническая болезнь, васкулиты, гломерулонефриты)

Провоцирующие механические факторы:

- Травма живота
- Быстрое опорожнение матки (многоводие, многоплодие)

Патогенез ПОНРП

- Отрыв якорных ворсин от стенки матки
- Кровотечение между плодным яйцом и стенкой матки из спиральных артерий
- Отслойка плаценты от стенки матки с образованием ретроплацентарной гематомы
- повышение внутриматочного давления
- Растяжение стенки матки и ее пропитывание кровью – матка Кювелера
- Лишенная фибриногена кровь поступает в организм матери и развивается острый ДВС

Классификация ПОНРП

По степени тяжести:

- Легкая
- Средняя
- Тяжелая

По типу:

- Открытый
- Закрытый
- смешанный

Клиника ПОНРП

Зависит от степени тяжести, площади отслойки, скорости и величины кровопотери.

Страдают:

- Мать
- Матка
- Плод

Клиника ПОНРП

Со стороны матери:

- Геморрагический шок – снижение АД, тахикардия, бледность кожных покровов, головокружение, слабость, олигоурия

Со стороны матки:

- Боль – острая (до 70%), тупая, ноющая, постоянная, различной интенсивности
- Локальная болезненность при пальпации
- Гипертонус матки
- Признаки наружного и (или) внутреннего кровотечения

Со стороны плода:

- Внутриутробная гипоксия вплоть до гибели (>1/3 S)

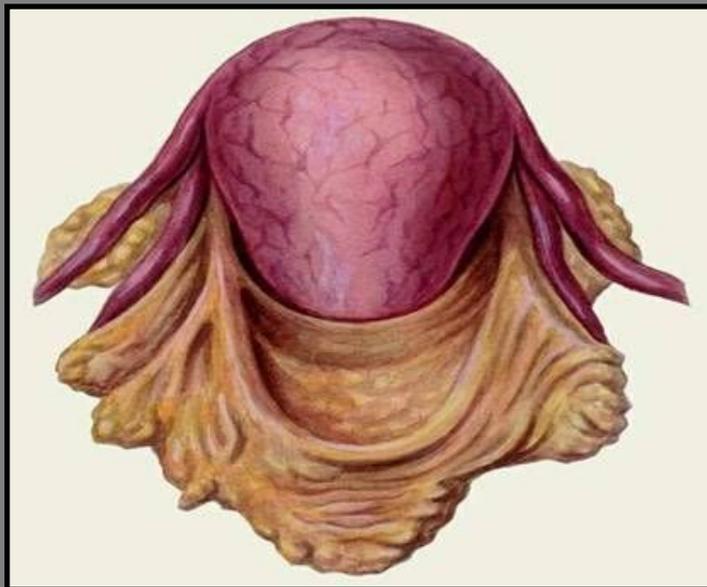
Дополнительная диагностика ПОНРП

- УЗД
- Оценка состояния плода аппаратными методами (КТГ, доплерометрия)
- Лабораторная диагностика (тромбоциты, время свертывания, длительность кровотечения, коагулограмма – острый ДВС –синдром)

Акушерская тактика при ПОНРП

- Экстренное оперативное родоразрешение путем кесарева сечения по жизненным показаниям!
- При наличии матки Кювелера – ее экстирпация без придатков
- Лечение ДВС – синдрома (донорская кровь, свежезамороженная плазма, ингибиторы протеаз)

МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНАЯ АПОПЛЕКСИЯ «МАТКА КУВЕЛЕРА» (Couvelaire)



Причины летальности (9%)

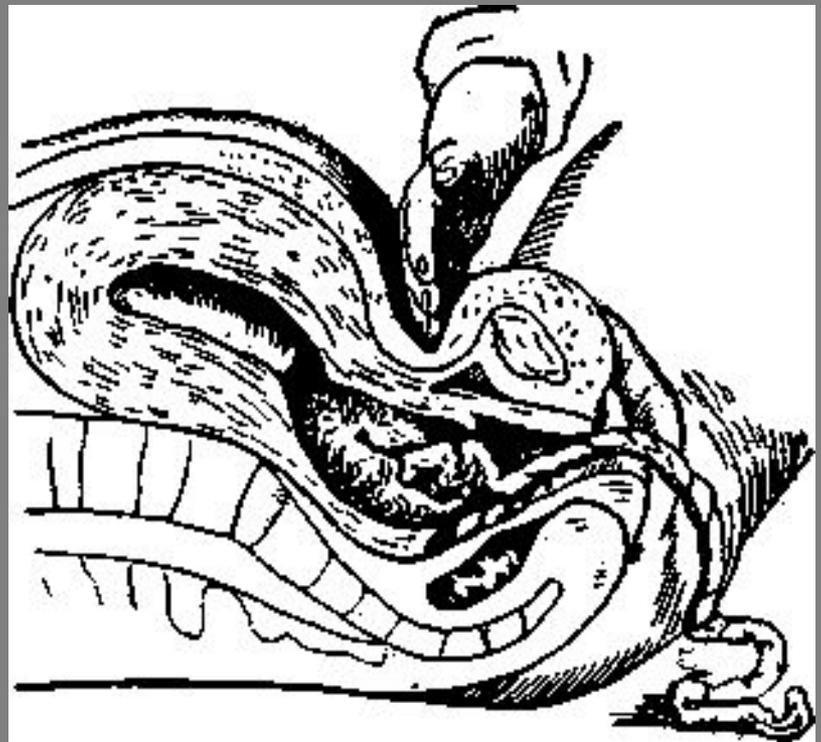
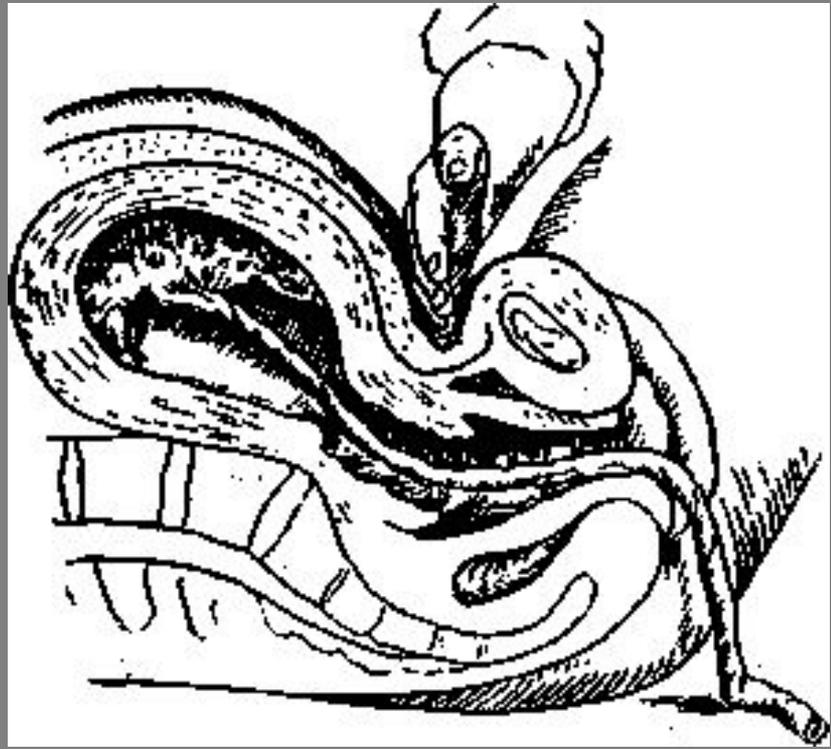
- Сложность диагностики ПОНРП
- Кровотечение носит коагулопатический характер
- Неэффективность сокращающих матку мероприятий

Кровотечения последового периода

Причины:

1. Со стороны матки – нарушение сократительной деятельности
2. Со стороны последа – нарушение процессов отделения и выделения:
 - Плотное прикрепление плаценты (полное и частичное)
 - Истинное вращение (приращение)
 - Ущемление последа

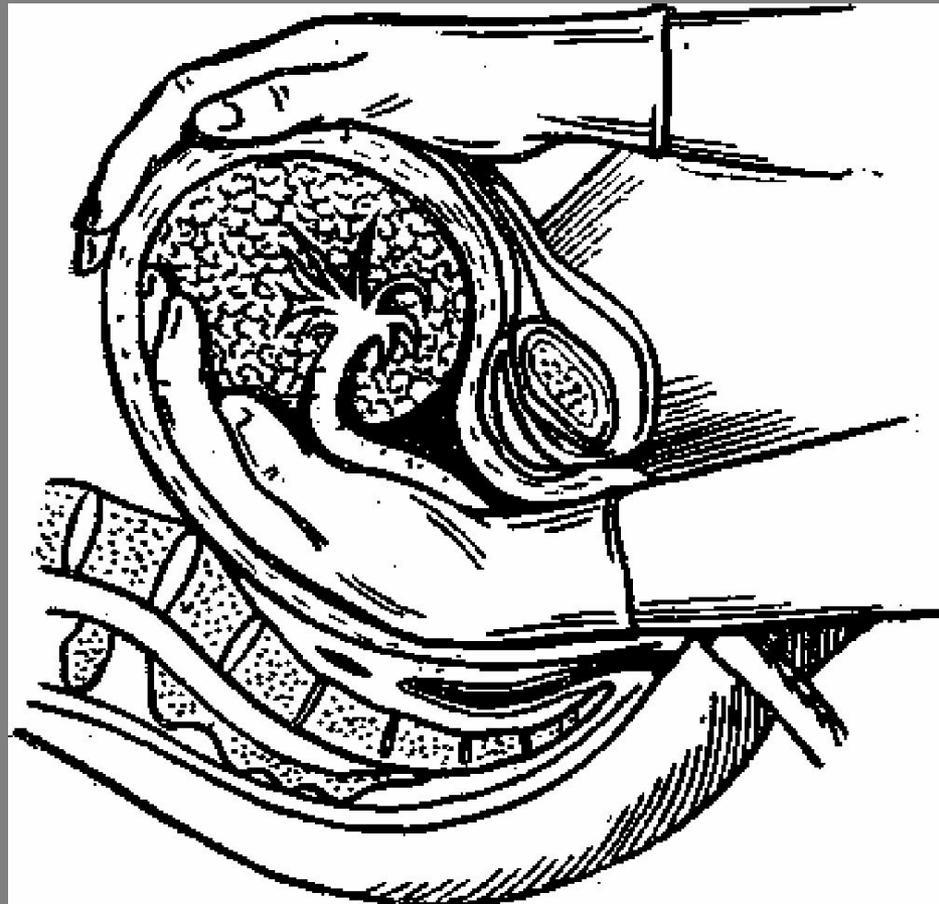
Признаки отделения плаценты



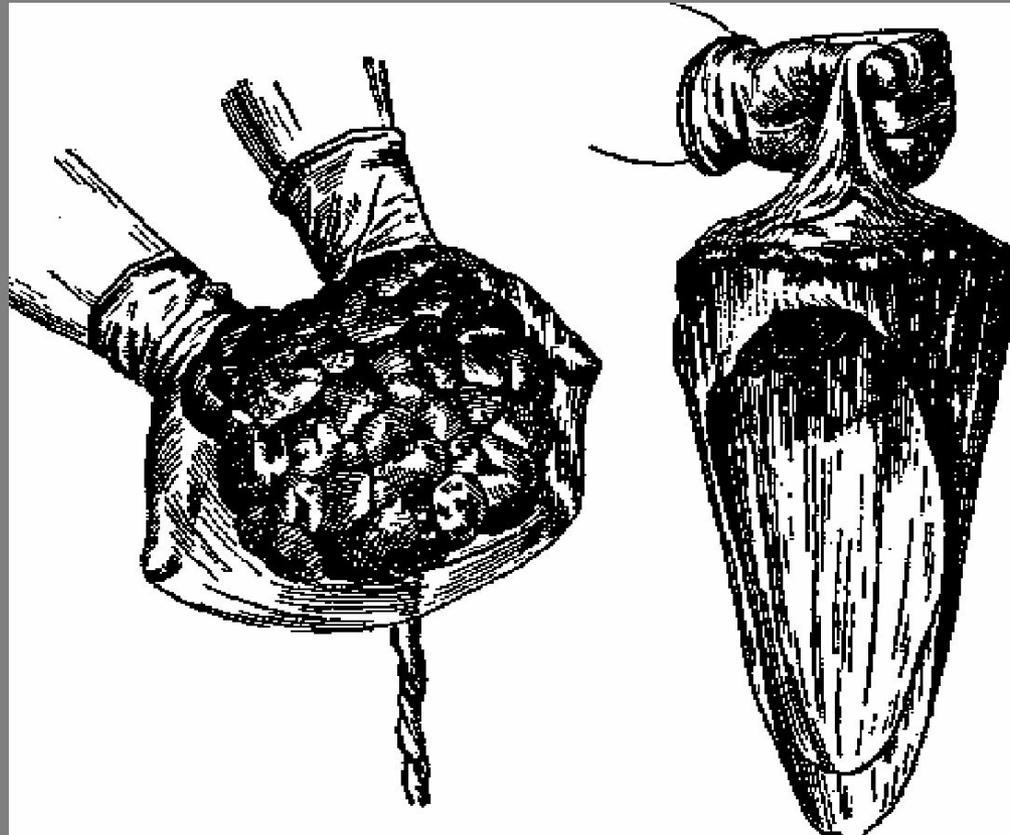
Тактика при кровотечениях последового периода

- При плотном прикреплении плаценты – операция ручного отделения плаценты и выделения последа
- При истинном вращении плаценты – операция надвлагалищная ампутация матки без придатков
- При ущемлении последа – наружные приемы выделения отделившегося последа

Ручное отделение плаценты



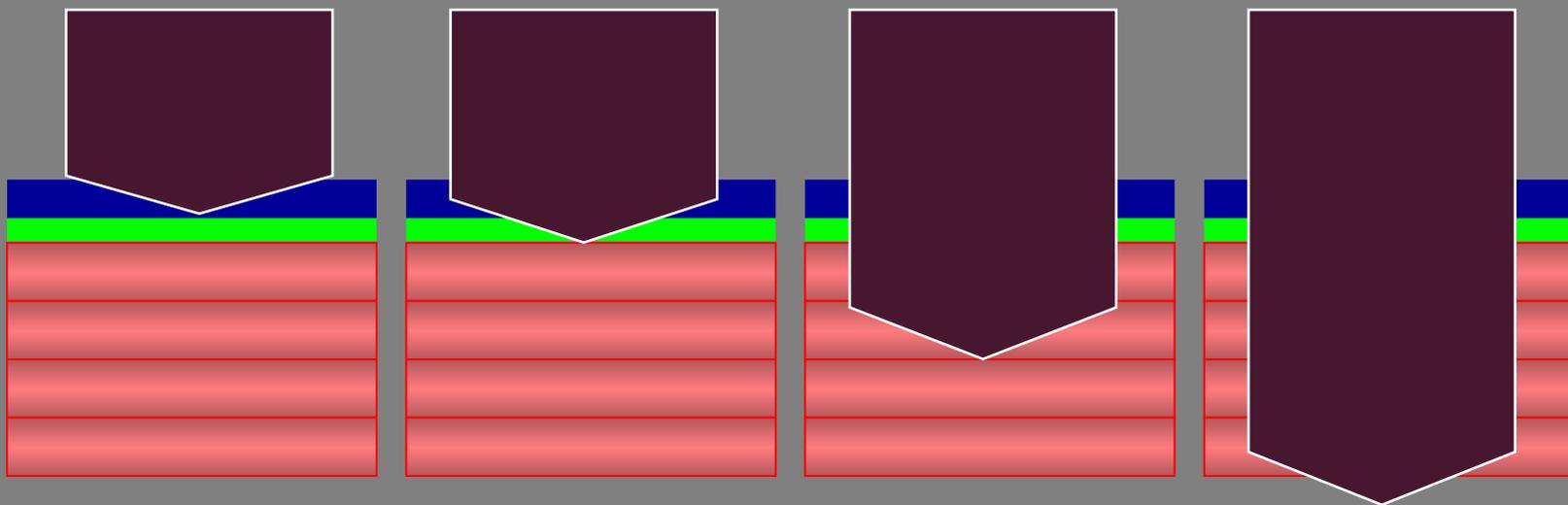
Осмотр следа



Выделение отделившегося последа



ПЛАЦЕНТА
ДЕЦИДУА
МЕМБРАНА НИТАБУХА
МИОМЕТРИЙ



ADHAERENS
(прикрепление)

ACCRETA VERA
(приращение)

INCRETA
(врастание)

PERCRETA
(прорастание)

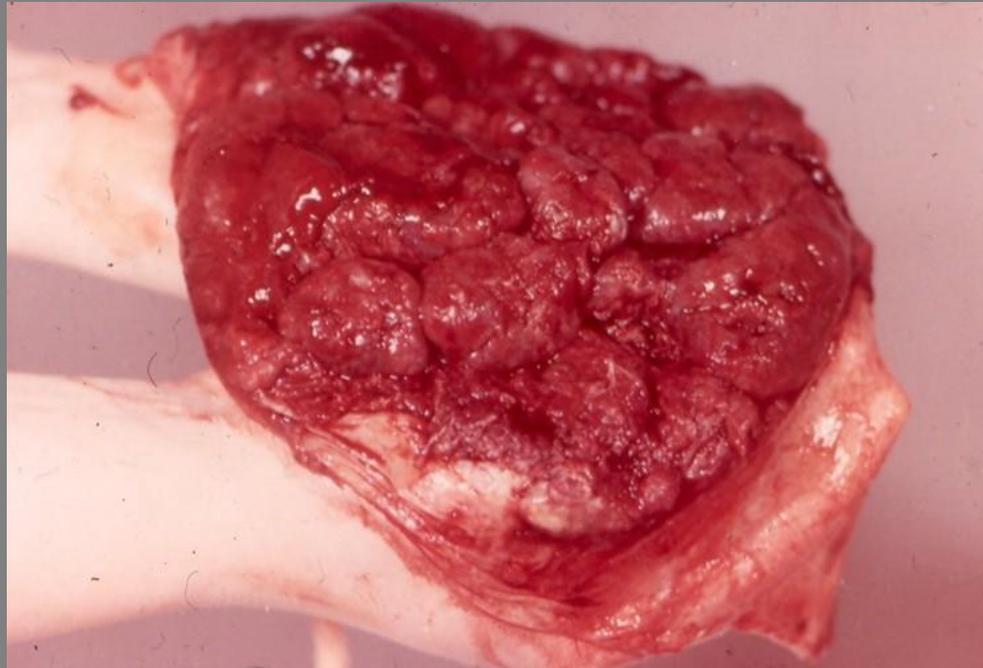
PLACENTA ACCRETA

Кровотечения раннего послеродового периода (4Т)

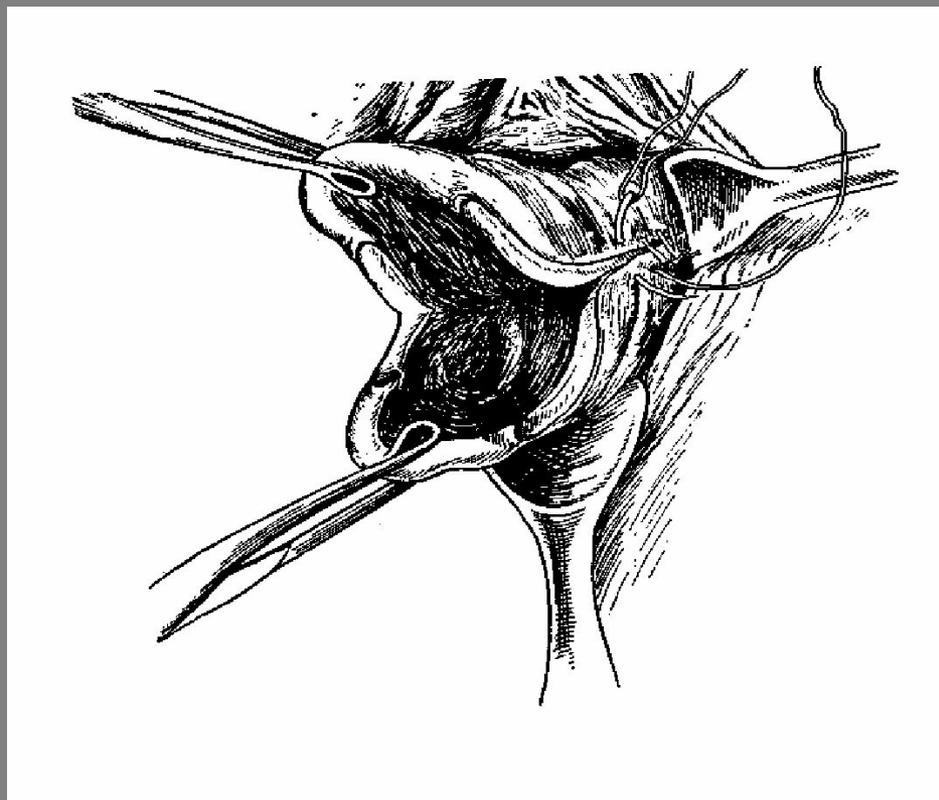
Причины:

1. Нарушение сократительной способности миометрия:
 - Гипотоническое («тонус»)
 - Задержка частей последа в матке («ткань»)
 - Разрывы матки, шейки, родовых путей («травма»)
2. Нарушение процессов тромбообразования – коагулопатическое («тромбин»)

Дефект последа



Ушивание разрыва шейки матки



Клинические варианты кровотечения в IV периоде родов

1. Обильный, массивный характер с самого начала. Матка дряблая, слабо реагирует на утеротоники, развивается шок, ДВС – синдром
2. Начальная кровопотеря небольшая, чередование повторяющихся кровотечений с временным восстановлением тонуса миометрия

Профилактика кровотечения

Универсальные мероприятия:

- При прорезывании головки плода – внутривенно окситоцин 5 ЕД
- После рождения плода - катетеризация мочевого пузыря
- После рождения последа - холод на низ живота фракционно

ПОШАГОВАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

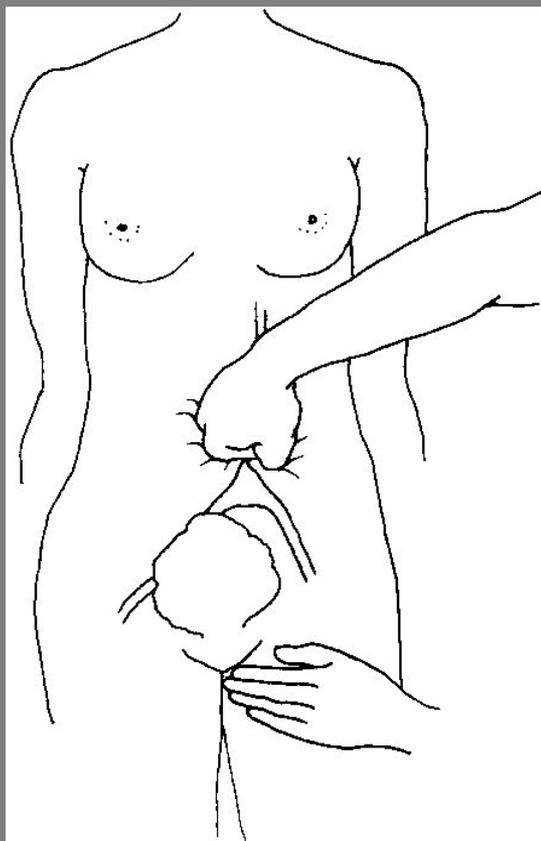
Консервативный этап

- = **Пособия** (ручное обследование полости матки, бимануальная компрессия матки)
- = **Введение утеротоников** (окситоцин, метилэргометрин, простагландин $F_{2\alpha}$)
- = **Промежуточные мероприятия между консервативным и хирургическим этапами** (внутриматочный гемостатический баллон, сдавление брюшной аорты)

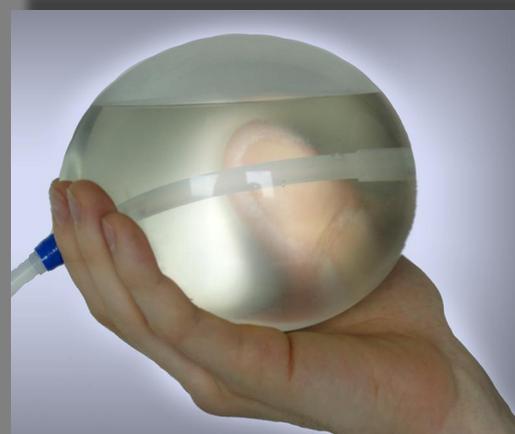
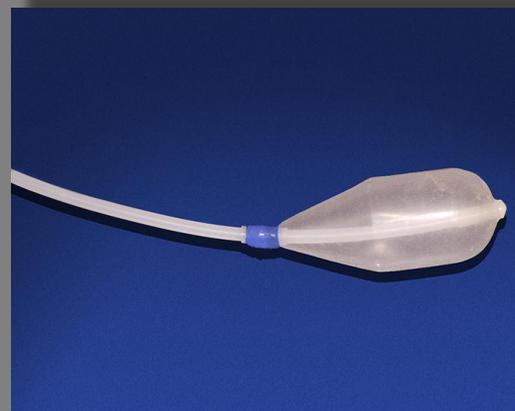
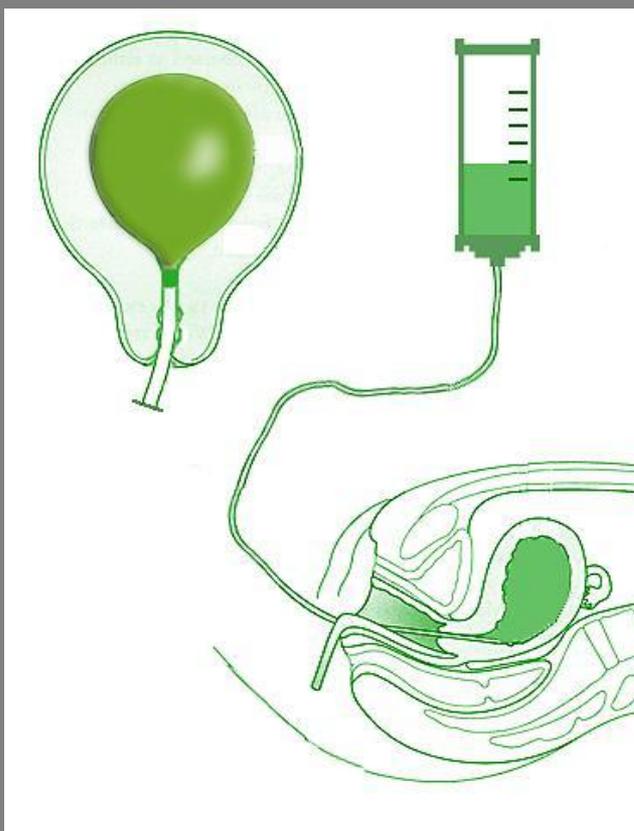
ДЛЯ ЗАКРЕПЛЕНИЯ ЭФФЕКТА
(Если нет кровотечения!!!)

- = Шов по Лосицкой**
- = Эфир в задний свод влагалища**
- = Лед в прямую кишку**

СДАВЛЕНИЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ



ВНУТРИМАТОЧНЫЙ ГЕМОСТАТИЧЕСКИЙ БАЛЛОН



Ручное обследование полости матки



Шов по Лосицкой

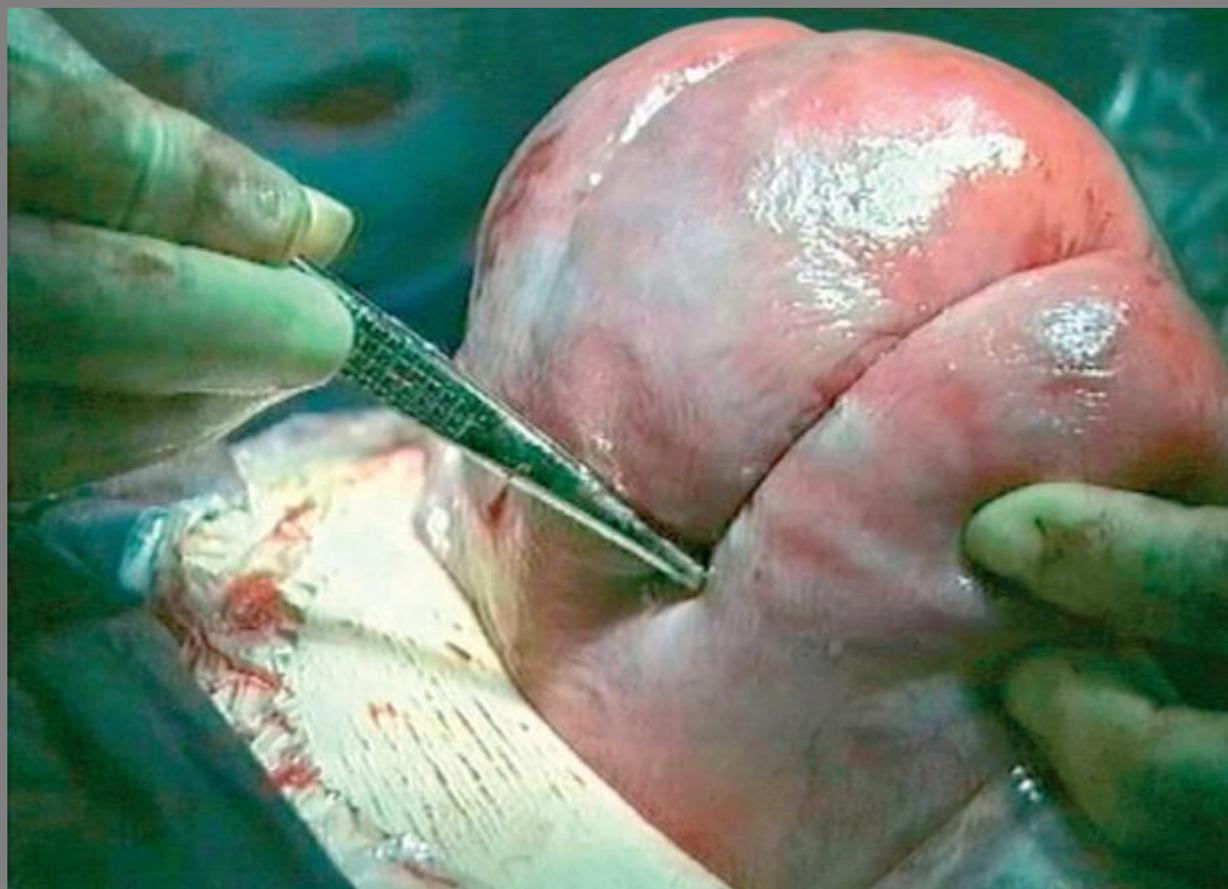


ПОШАГОВАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ (ЛАПАРОТОМИЯ)

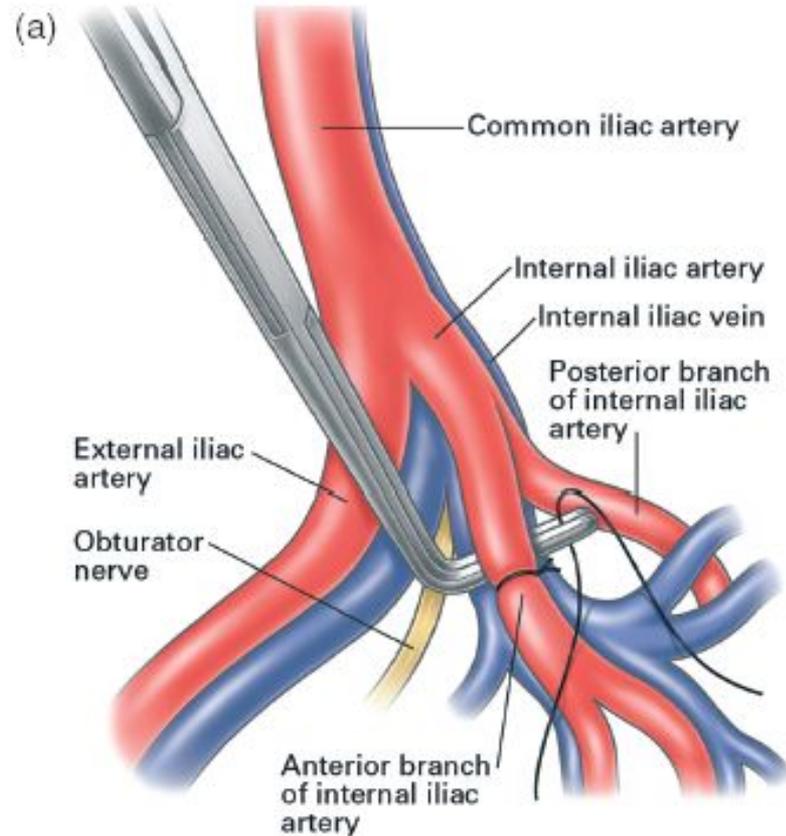
Хирургический этап

- = Простенон в мышцу матки
- = Ишемизация матки путем наложения зажимов и лигатур на сосудистые пучки
- = Гемостатические компрессионные швы Б-Линча (B-Lynch) и Перейра
- = Перевязка подвздошных артерий
- = Ангиографическая эмболизация
- = Ампутация или экстирпация матки

ГЕМОСТАТИЧЕСКИЕ КОМПРЕССИОННЫЕ ШВЫ Б-ЛИНЧА (B-Lynch)



ИШЕМИЗАЦИЯ МАТКИ ПУТЕМ ПЕРЕВЯЗКИ ВНУТРЕННИХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ



Разрыв матки

Классификация по патогенезу:

1. Самопроизвольный

- механический (Бандль)

- гистопатический (Вербов)

-механо-гистопатический

2. Насильственный

- травматический

- смешанный

3. Разрыв по рубцу

Угрожающий механический разрыв матки

- Бурная родовая деятельность
- Высокое стояние и косое направление контракционного кольца
- Гипертонус матки вне схваток
- Напряженность и болезненность матки
- Дистресс плода
- Отек наружных половых органов
- Затрудненное мочеиспускание
- Выраженная родовая опухоль
- Высокое стояние головки

Клиника разрыва матки

Симптомы свершившегося разрыва матки при клинически узком тазе:

- Прекращение родовой деятельности
- Изменение формы матки
- Пальпация частей плода в брюшной полости
- Внутриутробная гибель плода
- Клиника геморрагического и болевого шока

Гистопатический разрыв матки

- Клиника стертая
- Болевой синдром мало выражен
- Незначительная локальная болезненность при пальпации
- Симптом «ниши»
- Плод живой

Акушерская тактика при разрыве матки

Зависит от величины разрыва, времени возникновения, наличия или отсутствия геморрагического и септического шока, реализации репродуктивной функции.

Возможные варианты операции:

- Ушивание разрыва
- Надвлагалищная ампутация матки
- Экстирпация матки

Акушерский ДВС - синдром

- **Первичный ДВС** - поздние гестозы, эмболия околоплодными водами, длительное нахождение мертвого плода в матке (более 1 нед.)
- **Вторичный ДВС** – истинная коагулопатия потребления как осложнение массивных кровопотерь

Лечение акушерского ДВС - синдрома

1. **Первичный ДВС** – нарушение тромбоцитарного звена гемостаза:
 - Переливание тромбоцитарной массы
 - Гемостатики (дицинон, трансамча, Е-АКК)
 - Глюкокортикоиды
2. **Вторичный ДВС – синдром:**
 - эритроцитарная масса и кровозаменители
 - СЗП струйно до 1 литра
 - Ингибиторы протеаз (гордокс, контрикал)
 - Удаление матки – экстирпация без придатков

Геморрагический шок

Геморрагический шок – критическое состояние в ответ на острую массивную кровопотерю, в результате которого развивается кризис макро- и микроциркуляции и возникает синдром полиорганной и полисистемной недостаточности

Клиника геморрагического шока

- 1 стадия – компенсированный шок (дефицит ОЦК 20%)
- 2 стадия – декомпенсированный обратимый шок (дефицит ОЦК 30%)
- 3 стадия - декомпенсированный необратимый шок (дефицит ОЦК 40%)

Диагностика геморрагического шока

- Цвет и температура кожных покровов
- Оценка пульса
- Измерение АД
- Подсчет шокового индекса
- Почасовой диурез
- Измерение ЦВД
- гемограмма

Лечение

- Акушерские пособия и операции по остановке кровотечения
- Оказание анестезиологического пособия
- Непосредственное выведение больной из состояния шока (ИТТ)

Инфузионно-трансфузионная терапия

- 1 стадия – объем инфузии 150-200% от к/потери, коллоиды:кристаллоиды=1:1
- 2 стадия – 200-250% (в т.ч. 50% эр. массы), коллоиды:кристаллоиды=2:1
- 3 стадия – 300% (в т.ч. 100% эр. массы) коллоиды:кристаллоиды=2:1

ИТТ (масса тела 60 кг, ОЦК -4500 мл)

| | | | | |
|---------------------------|---------------|----------|------------|-------|
| к/потеря | До 1 л | 1-1, 5 л | 1,5-2, 1 л | >2,1л |
| к/п % ОЦК | До 15 | 15-25 | 25-35 | >35 |
| к/п % масса | До 1,5 | 1, 5-2,5 | 2,5-3,5 | >3,5 |
| Кристаллоиды (мл) | ХЗ к к/потере | 2000 | 2000 | 2000 |
| Коллоиды | | 500-1000 | 1,0-1,5 л | 2 л |
| СЗП(мл/кг) | | 12-15 | 20-30 | 20-30 |
| эр. масса Hb<60-70 г/л | | | 200-500 и | более |

Профилактика геморрагического шока

- 1 этап – выделение групп риска беременных по кровотечению в ЖК
- 2 этап – своевременное и правильное родоразрешение (коррекция аномалий родовой деятельности, обезболивание, двойная профилактика кровотечения)

Благодарю за внимание

