



**АКУШЕРСКИЕ
КРОВОТЕЧЕНИЯ
ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ
ШОК
ВЕДЕНИЕ
ПОСТРЕАНИМАЦИОНН
ОГО ПЕРИОДА**

**Доцент
Асланов А.Г.**

ЧАСТОТА МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

2,7-8% от общего числа родов

«Большая
пятерка»
материнской
смертности

- сепсис
- эклампсия
- клинически узкий таз
- «опасный» аборт

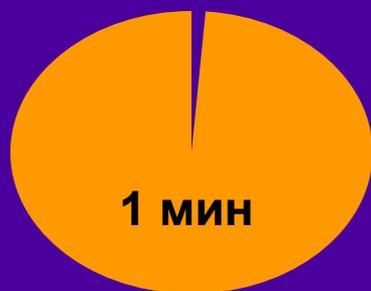
25-35%
кровоотечения

130 тыс женщин умирают от кровоотечения во время и после родов (ВОЗ)

ЧАСТОТА МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ



530 тыс женщин абсолютный показатель
материнской смертности



← материнская
смерть

смерть
от
кровотечения →



Россия

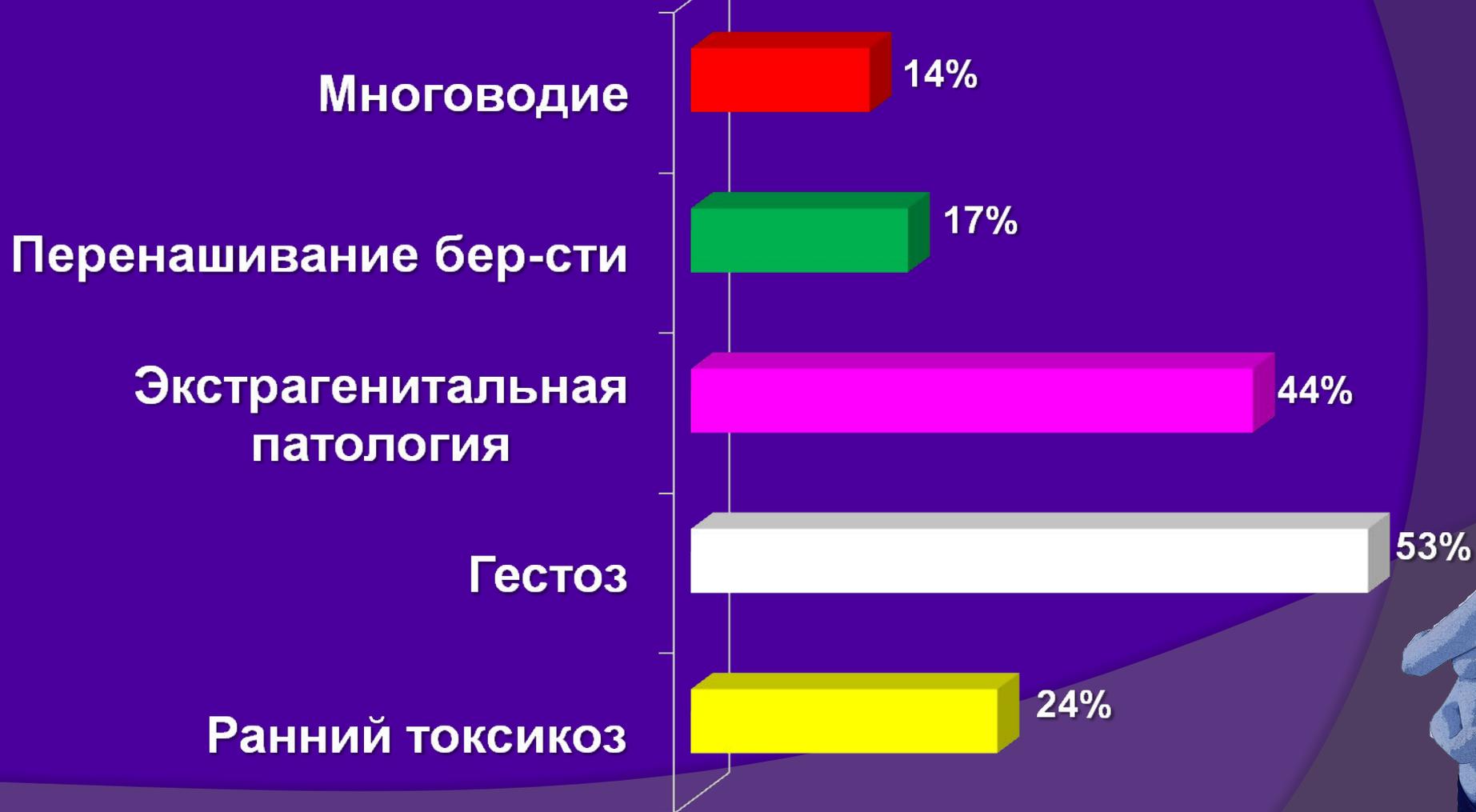
материнская смертность – 26
доля кровотечений – 15%

1 женщина в сутки

МАССИВНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ



ФАКТОРЫ РИСКА МАССИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ

Несвоевременное
излитие вод

43%

Аномалии р/д

30%

Массивные кровотечения

«АКУШЕРСКАЯ АГРЕССИЯ»

1. Необоснованная индукция и стимуляция родовой деятельности
2. Амниотомия при «незрелой» шейке матки
3. Использование метода Кристеллера («выдавливание плода»)
4. Чрезмерно активное ведение III периода родов и раннего послеродового периода

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Частота – 0,8% (0,3%-1,9%)

Факторы риска:

- Воспалительные заболевания половой системы
- Большое количество выкидышей, абортов
- Внутриматочные вмешательства
- Многорожавшие (>3 родов)
- Осложненное течение послеродового, послеабортного периодов
- Рубец на матке (1,8%-2,4%-2,8%)

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ДИАГНОСТИКА

- Угроза прерывания беременности, клиника начавшегося выкидыша
- Повторные кровотечения яркой кровью
- Анемия
- Фетоплацентарная недостаточность
- Сроки возникновения кровотечения 24-26 недель (формирование нижнего сегмента матки)
- Неправильные положения, тазовое предлежание плода, высокое расположение предлежащей части
- Общее состояние отражает величину кровопотери
- Состояние плода отражает тяжесть кровопотери
- Данные влагалищного исследования (операционная)

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

Неполное предлежание плаценты

Обильное кровотечение (более 200-250 мл)
«Неготовность» родовых путей
Неправильные положения плода
Узкий таз
Выраженное многоводие
Возраст женщины

(низкая плацентация)

Кровотечение отсутствует/скудное
Плод не страдает
«Зрелая» шейка матки

Кесарево сечение
в плановом / экстренном порядке

плановая
амниотомия

Полное предлежание плаценты

абсолютное показание
к операции кесарево сечение
в плановом или экстренном порядке

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ (ПОНРП)

Частота – 0,9% (0,2%-2,4%)

Факторы риска:

- гестоз
- гипертоническая болезнь
- заболевания почек
- сахарный диабет
- инфекционно-аллергический васкулит
- внутриутробная инфекция
- бурная или дискоординированная родовая деятельность

ПАТОГЕНЕЗ

- недостаточная инвазия цитотрофобласта
- полная или частичная обтурация спиральных артерий
- снижение эластичности сосудистой стенки, повышение ее проницаемости
- нарушение венозного оттока из межворсинчатого пространства
- повышение давления в межворсинчатом пространстве
- расстройства сосудисто-тромбоцитарного

**Переход хронической ФПН
в острую форму**

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ДИАГНОСТИКА

- Течение беременности и время возникновения зависят от исходной патологии
- Болевой синдром
- Повышение тонуса матки
- Кровотечение темной кровью иногда со сгустками
- Величина наружной кровопотери не отражает тяжесть
- Ранние проявления страдания, гибель плода
- Данные влагалищного исследования (в операционной) и амниотомии
- УЗИ

**Акушерская
тактика**



**Экстренное
кесарево
сечение**

ВЕДЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО III ПЕРИОДА РОДОВ И РАННЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА (АКТИВНО-ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА)

- **Профилактика кровотечения в конце II периода родов**
- **Признаки отделения плаценты**
(Шредера, Альфельда, Кюстнера-Чукалова)
- **Выделение последа – самостоятельное, наружные приемы** (Абуладзе, Креде-Лазаревича, Гентера)
- **Наружный массаж матки**
- **Холод на живот**
- **Осмотр последа**
- **Оценка кровопотери (200-400 мл)**

ПАТОЛОГИЯ III ПЕРИОДА РОДОВ И АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

Плотное прикрепление плаценты
(*placenta adhaerens*)
ворсины хориона срастаются с недоразвитым губчатым слоем децидуальной оболочки

Ручное отделение плаценты и выделение последа

Приращение плаценты
(*placenta accreta*)
частичное или полное отсутствие губчатого слоя, врастание в базальную мембрану

Врастание ворсин
(*placenta increta*)
ворсины хориона проникают в миометрий

Прорастание ворсин
(*placenta accreta*)
ворсины хориона прорастают весь миометрий

Плаценту не отделять!
(атоническое кровотечение, геморрагический шок, острый ДВС-синдром)

Экстирпация матки

ПОСЛЕРОДОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ (ГИПОТОНИЯ ИЛИ АТОНИЯ МАТКИ)

Нарушения
сократительной
функции матки

- Перерастяжение матки
- «Истощение» сократительной активности миометрия
- Анатомические особенности
- Задержка частей последа или сгустков крови
- Инфекционные

Травмы
родовых путей

- Разрыв матки
- Разрывы шейки матки, влагалища, промежности

Нарушения
коагуляции

- Врожденное заболевание крови
- Хронический или острый ДВС-синдром
- Ятрогенная гипокоагуляция

ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С МАССИВНЫМИ АКУШЕРСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Объективная оценка кровопотери и
выявление нарушений гемостаза

Мероприятия по остановке
кровотечения

Адекватная инфузионно-
трансфузионная терапия



СПОСОБЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ

1. **Визуальный метод**
(ошибка 30%)
2. **Измерение мерной емкостью**
(не учитывает скрытую кровопотерю)
3. **Шоковый индекс Альговера**
(ЧСС / Сист. АД)
4. **Клинические проявления**
(выраженность симптомов геморрагического шока)

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА

- Тромбоэластограмма
- Количество тромбоцитов
- Фибриноген
- Протромбиновое время
- МНО
- АЧТВ
- Продукты деградации
фибрина/фибриногена (ПДФ)
- Время свертывания по Ли-Уайту

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА

Показатель	Клинические проявления отсутствуют	I ст. (легкий)	II ст. (умеренный)	III ст. (тяжелый)
Кровопотеря	≤ 700 мл	750-1500 мл	1500-2500 мл	> 2500 мл
Дефицит ОЦК	≤ 15%	15-25%	25-35%	> 35%
Шоковый индекс	< 0,85	0,85-1,0	1,0-1,5	>1,5
Пульс	норма	≤ 100	100-120	>120, слабый «нитевидный»
Систол. АД	норма	≥ 100	80-100	< 80
Дыхание	норма	умер. одышка 20-30	выраженная одышка (30-40)	поверхностное частое
Кожные покровы	норма	бледные	бледные холодные	бледные холодные
Диурез	норма	несколько снижен	олигурия 20-30 мл/ч	< 15 мл/ч анурия
Сознание	норма	легкое возбуждение	беспокойство возбуждение	заторможенность ступор

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОСТАНОВКЕ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Медикаментозные

Механические

Оперативные

Сочетание

**Строгая
этапность,
последователь-
ность**

**Зависимость от
кровопотери**

I ЭТАП

(кровопотеря 500-1500 мл)

Гипотония матки

Бережный
наружный массаж
матки
В/в введение
утеротоников
(ОКСИТОЦИН,

**Травмы
родовых путей**

Осмотр
родовых путей
«в зеркалах»
Ушивание
разрывов

**Нарушения
коагуляции**

Переливание
свеже-
замороженной
плазмы

Ручное обследование матки
удаление сгустков крови

при разрыве матки, вращении плаценты

лапаротомия

Ново-Севен
(рекомбинантный
активированный
фактор
свертывания VIIa)

600-700 мл

I ЭТАП

(кровопотеря 500-1500 мл)

600-700 мл

перевод в операционную

- наложение клемм по Н.С. Бакшееву на шейку матки (≤ 2 часа)
- введение внутриматочного гемостатического баллона

отсутствие эффекта

II ЭТАП

II ЭТАП

(кровопотеря >1500 мл и продолжается)

Лапаротомия + ИТТ

**Компрес-
сионные швы
на матку**

**Перевязка
внутренних
подвздошных
артерий**

**Эмболизация
маточных
артерий**

отсутствие эффекта

экстирпация матки
(дренирование брюшной полости)

ПРИНЦИПЫ АДЕКВАТНОЙ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

- проведение «надтрансфузий»
- скорость инфузии зависит от объема кровопотери (АД, ЦВД)
- сочетание кристаллоидных и коллоидных растворов
- эритроцитарная масса – только по строгим показаниям ($Hb < 70$ г/л)
- аутодонорство (гравитационная хирургия потерянной крови)
- переливание плазмы – нарушение гемостаза

ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ИНФУЗИОННО- ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АКУШЕРСКОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Кровопотеря, мл	< 1000	1000-1500	1500-2000	≥ 2100
Кровопотеря % ОЦК	< 15	15-25	25-35	≥ 35
Кровопотеря % массы тела	< 1,5	1,5-2,5	2,5-3,5	≥ 3,5
Кристаллоиды, мл	× 3 к кровопотере	2000	2000	2000
Коллоиды: декстраны, 6-10% ГЭК	–	500-1000	1000-1500	2000
Свежезамороженная плазма, мл/кг	–	12-15	20-30	20-30
Эритроцитарная масса, мл	–	–	250-500 и более Hb < 60-70 г/л	

ПОСТРЕАНИМАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

I стадия

период
нестабильности
функций
(первые 6-8 часов)

Основная задача:

- поддержание системной гемодинамики
- газообмена
- купирование ДВС-синдрома

II стадия

относительная стабилизация
основных функций
(после 10-12 часов)

Основная задача: мониторинг
гемодинамики, газообмена, диуреза

Параметры:

- гемоконцентрация
- биохимические
- гемостазиограмма

Коррекция:

электролитный состав крови
глобулярный объем
восстановление микроциркуляции
регуляция метаболических
процессов
профилактика гнойно-септических
осложнений

ПОСТРЕАНИМАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

III стадия

повторное ухудшение состояния
(СПОН)
24-36 часов

**Основная задача:
снижение летальности
при СПОН**

Экстракорпоральные методы детоксикации:

- плазмаферез
- гемофильтрация
- гемодиафильтрация
- гемодиализ

IV стадия

период
улучшения
состояния или
прогрессирова
ния осложнений,
начавшихся в III
стадии
СПОН



АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ШОК

ВЕДЕНИЕ ПОСТРЕАНИМАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Спасибо за внимание

Доцент

Асланов А.Г.