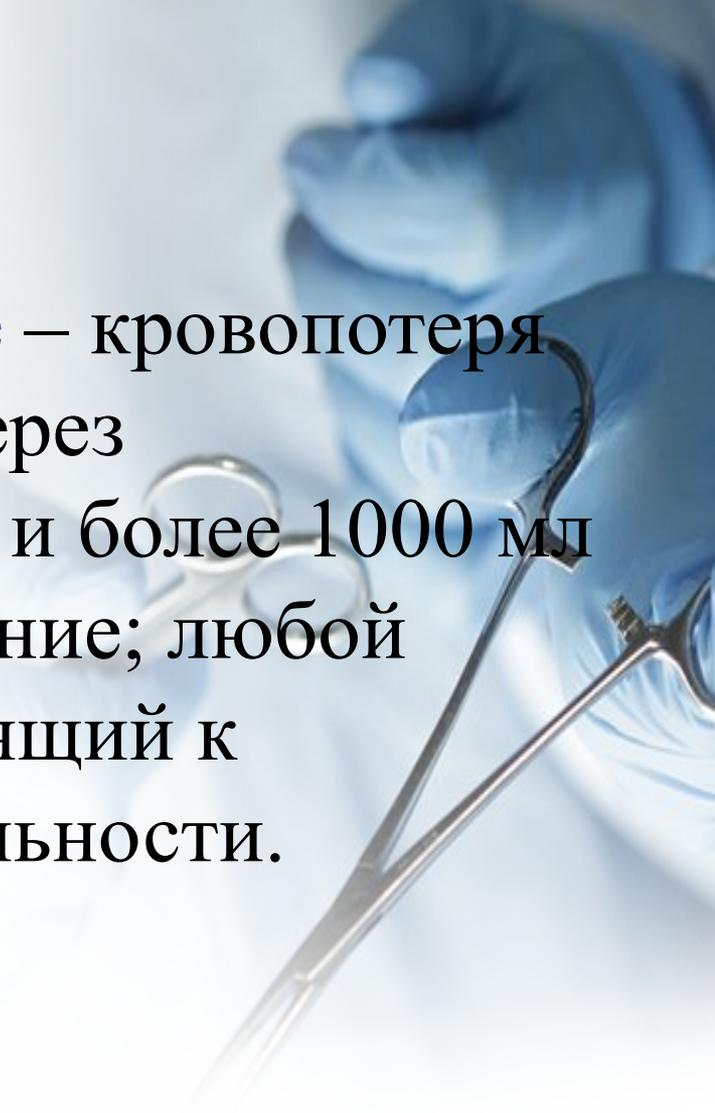


# Акушерские кровотечения в родах и послеродовом периоде

Выполнила  
Студентка 5 курса  
Группа Л1-С-О-163А  
Османова Земине  
Преподаватель: Румянцева З.С.



- **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

Раннее послеродовое кровотечение:

- Т (tone) - нарушение сокращения матки - гипо- или атония;
- Т (tissue) - задержка частей плаценты или сгустков крови в полости матки;
- Т (trauma) - травма родовых путей, разрыв матки;
- Т (trombin) - нарушения свертывающей системы крови.

## Позднее послеродовое кровотечение:

- остатки плацентарной ткани;
- субинволюция матки;
- послеродовая инфекция;
- наследственные дефекты гемостаза.



# Факторы риска развития кровотечений:

- отягощенный геморрагический анамнез;
- антенатальное кровотечение;
- исходные нарушения в системе гемостаза (болезнь Виллебранда,
- тромбоцитопении, тромбоцитопатии, хронический ДВС-синдром, лейкозы и т. д.);
- предлежание плаценты, вращение плаценты;
- наличие рубца на матке;
- использование окситоцина в родах;
- миома матки или миомэктомия во время кесарева сечения;
- многоплодная беременность;
- крупный плод или многоводие;
- повторнородящая (многорожавшая - более 3-х родов);
- терапия антикоагулянтами;
- оперативные или быстрые роды
- слабость родовой деятельности
- преэклампсия;
- хориоамнионит;
- продолжительный III период родов

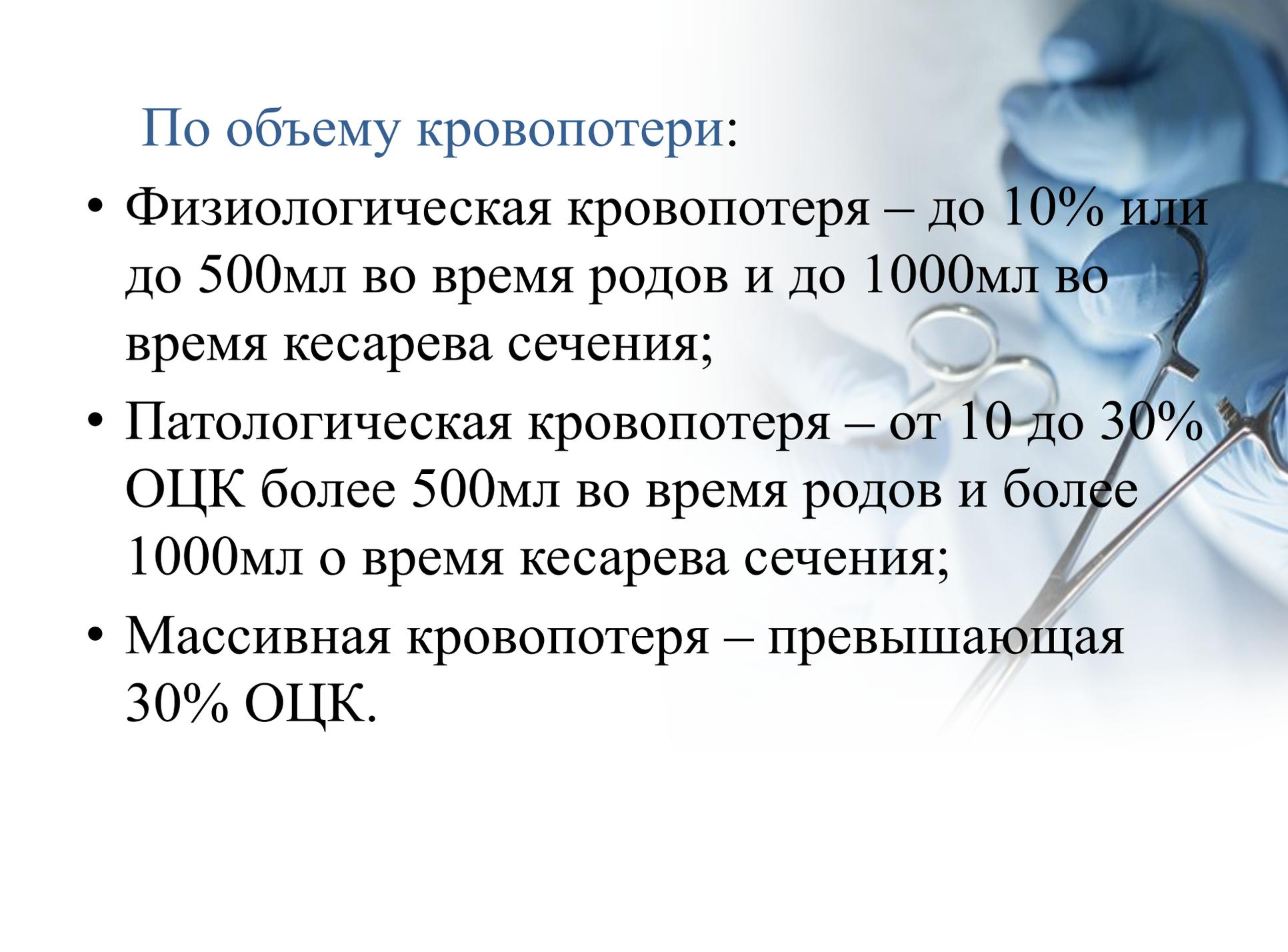


# Классификация послеродовых кровотечений:

## *По времени возникновения:*

- раннее (первичное) послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее в течение 2 часов после родов;
- позднее (вторичное) послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее позже 2 часов после родов или в течение 12 недель послеродового периода.

## По объему кровопотери:

- Физиологическая кровопотеря – до 10% или до 500мл во время родов и до 1000мл во время кесарева сечения;
  - Патологическая кровопотеря – от 10 до 30% ОЦК более 500мл во время родов и более 1000мл о время кесарева сечения;
  - Массивная кровопотеря – превышающая 30% ОЦК.
- 

### Оценка степени тяжести

	I	II	III	IV
Кровопотеря (мл)	До 1000	1000-1500	1500-2000	2000 и более
% ОЦК	До 15%	15-25 %	25-35 %	35 и более %
% от массы тела	До 1,5 %	1,5-2,5 %	2,5-3,5 %	3,5 и более %
Пульс, уд/мин	<100	>100	>120	>140
Снижение систолического АД	нет	незначительно (80-100 мм рт ст)	умеренное (70-80 мм рт ст)	выраженное (50-70 мм рт ст)
Частота дыхания	14-20	20-30	30-40	>40
Диурез (мл/час)	>30	20-30	5-15	Отсутствует
Состояние ЦНС	Легкое возбуждение	Возбуждение	Заторможенность	Прекома
Оценка по шкале Глазго (баллы)	15	15	13-15	Менее 13 Активаци Чтобы актив раздел "Пар

# Методы определения объема кровопотери:

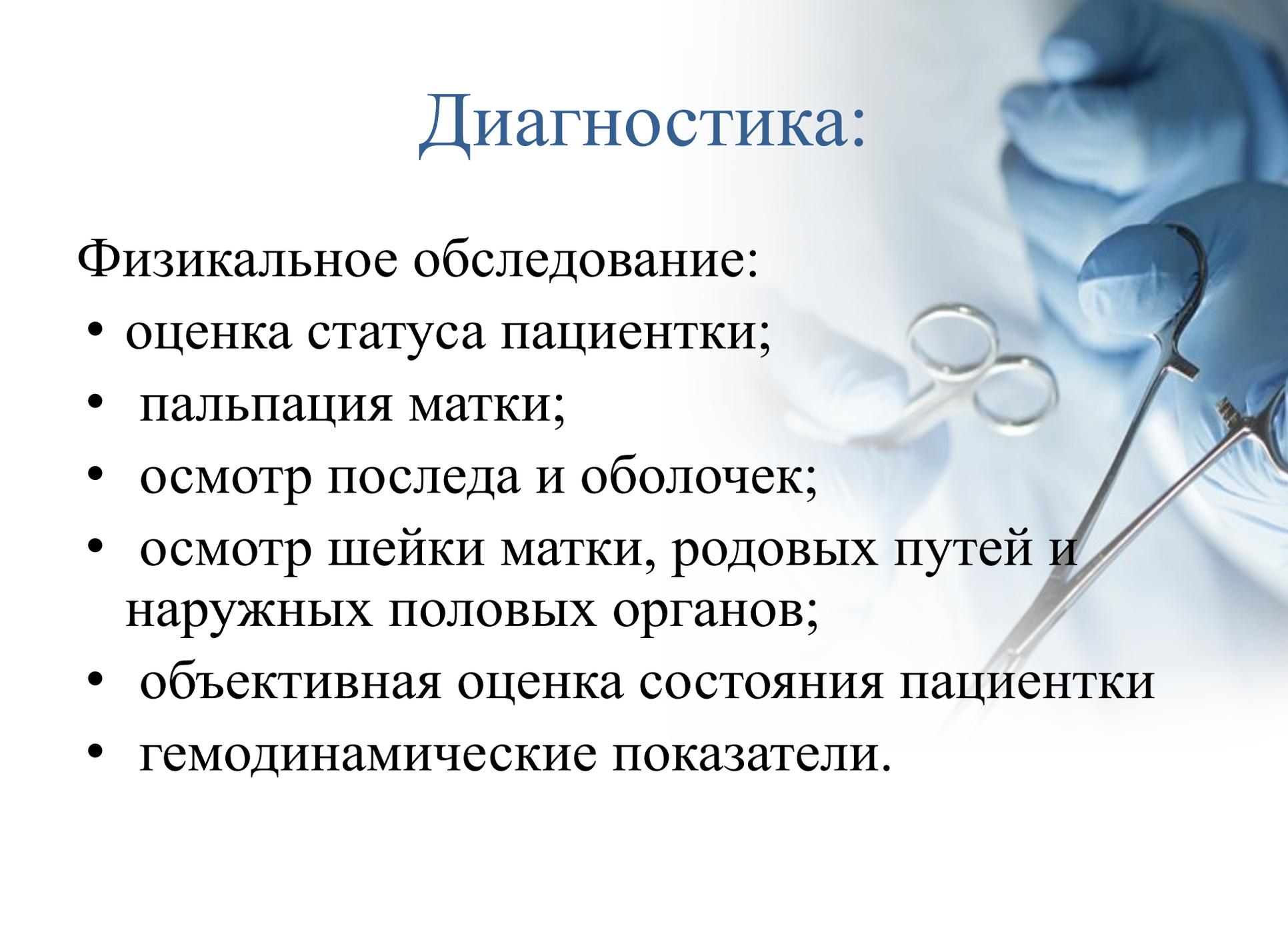
- 1. Визуальный: определенная кровопотеря +30% (С);

Объем кровопотери = визуально определенная кровопотеря + 30%

- 2. Гравиметрический (основной): прямой сбор крови (градуированный лоток; Cell Saver) + взвешивание пропитанных кровью салфеток, операционного белья (уровень доказательности 2). Применение градуированной емкости (сумки-коллектора, цилиндра) является достаточно объективным инструментом, используемым для оценки потери крови с точностью 90%.

# Диагностика:

## Физикальное обследование:

- оценка статуса пациентки;
  - пальпация матки;
  - осмотр последа и оболочек;
  - осмотр шейки матки, родовых путей и наружных половых органов;
  - объективная оценка состояния пациентки
  - гемодинамические показатели.
- 

# Лабораторная диагностика

При акушерском кровотечении в экстренном порядке выполняется:

- определение группы крови, резус-фактора и фенотипа (если не было определено ранее);
- клинический анализ крови (уровень гемоглобина, гематокрита, эритроциты, тромбоциты);
- показатели свертывания крови: прикроватный тест Ли-Уайта, гемостазиограмма (в зависимости от возможностей: концентрация фибриногена, ПТИ, АЧТВ, ПДФ/Ф, ТЭГ).

## Инструментальная диагностика

Использование ультразвуковой диагностики для обнаружения сгустков в полости матки, остатков плацентарной ткани или визуализации свободной жидкости в брюшной полости.



# Профилактика послеродового кровотечения:

- Активное ведение III периода родов
- Установка в/в капельной системы и в/в катетера большого диаметра (18G) в конце I периода родов у женщин с исходными нарушениями гемостаза;
- Введение транексамовой кислоты 15 мг/кг у женщин с исходными нарушениями гемостаза
- Аутоплазмотрансфузия является эффективным методом профилактики и лечения акушерских кровотечений, особенно у беременных из группы риска по кровотечению, у которых планируется абдоминальное родоразрешение
- Интраоперационная реинфузия аутоэритроцитов является эффективным способом восстановления глобулярного объема при операции кесарева сечения.

# Лечение:

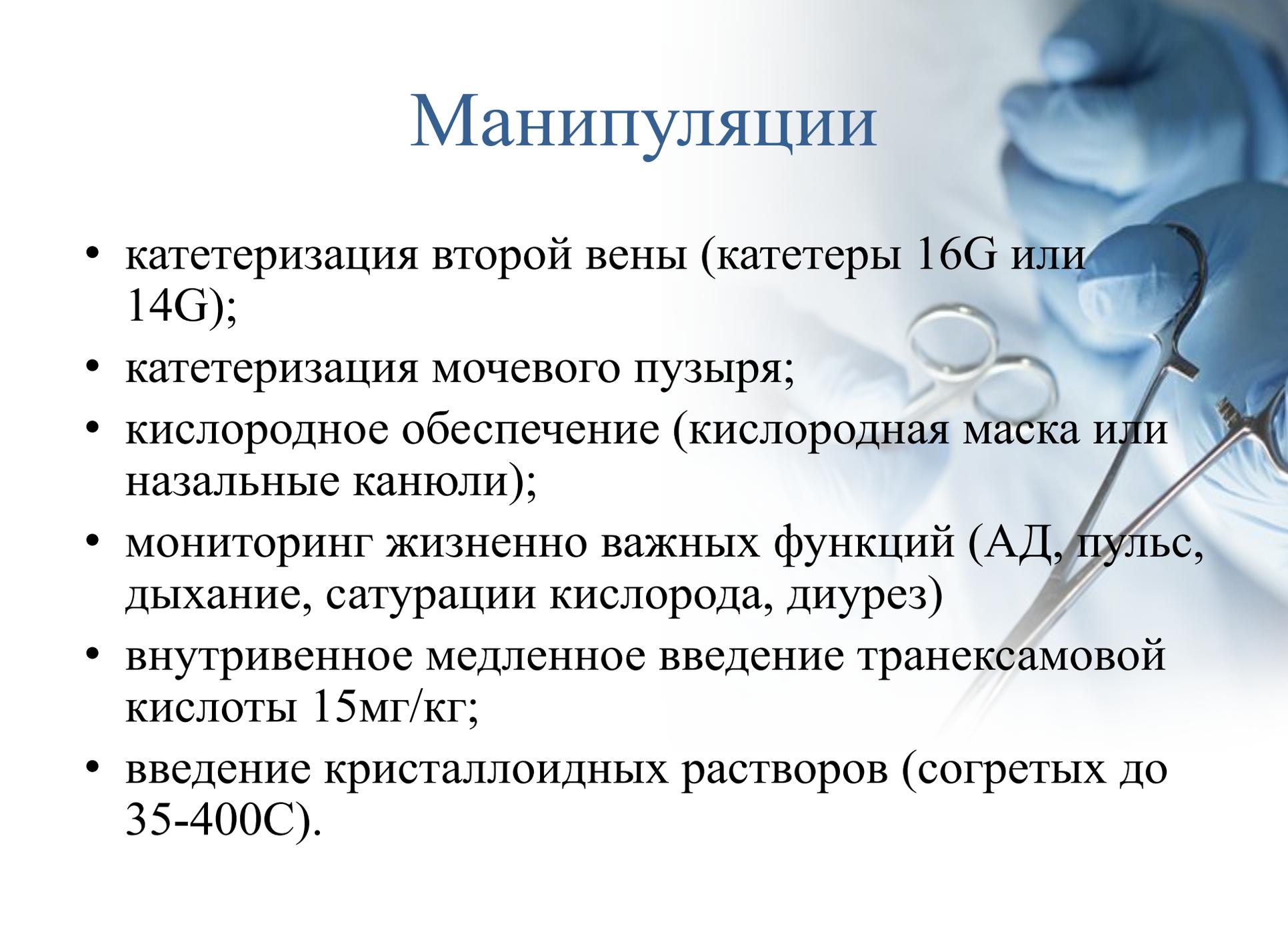
**Первым этапом являются консервативные мероприятия.**

- диагностика кровотечения и установление причины;
- оповещение;
- клинико-лабораторное обследование;
- инфузионная терапия;
- утеротоническая терапия;
- введение гемостатических препаратов;
- обеспечение необходимого объема инфузионно-трансфузионных сред.
- Диагностика, остановка кровотечения и инфузионная терапия выполняются одновременно с организацией контроля за состоянием пациентки.

# Утеротонические средства, применяемые для лечения послеродового кровотечения

Препарат	Окситоцин	Метилэргометрин
Доза и путь введения	10 - 20 МЕ на 500 мл физ. раствора или раствора Рингера в/в, 60 капель в минуту/125 мл/час, используя дозатор	0,2 мг в/м или в/в (медленно)
Поддерживающая доза	10 МЕ на 500 мл физ. раствора или раствора Рингера в/в, 40 капель в минуту/120 мл/час, используя дозатор	0,2 мг в/м или в/в (медленно) каждые 4 часа
Максимальная доза в сутки	не более 3 л раствора, содержащего окситоцин (60 МЕ)	5 доз (1,0 мг)
Противопоказания	гиперчувствительность к препарату	артериальная гипертензия, преэклампсия, заболевания сердца

# Манипуляции



- катетеризация второй вены (катетеры 16G или 14G);
- катетеризация мочевого пузыря;
- кислородное обеспечение (кислородная маска или назальные канюли);
- мониторинг жизненно важных функций (АД, пульс, дыхание, сатурации кислорода, диурез)
- внутривенное медленное введение транексамовой кислоты 15мг/кг;
- введение кристаллоидных растворов (согретых до 35-40°C).

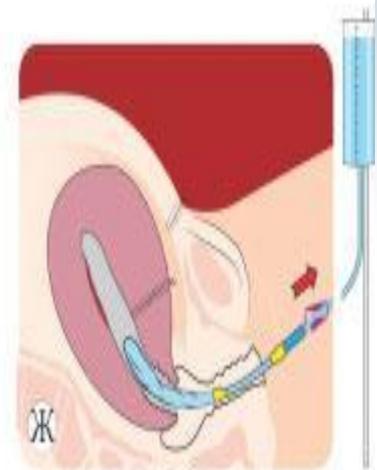
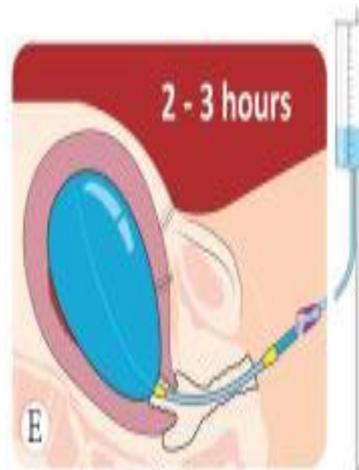
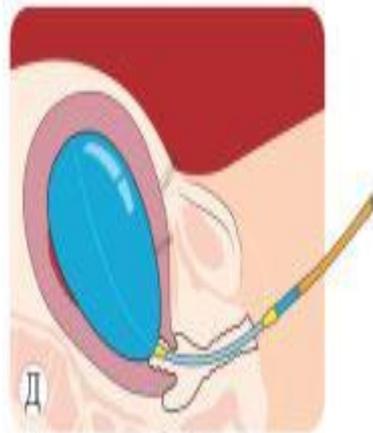
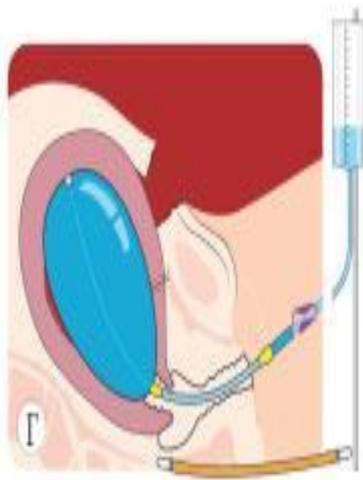
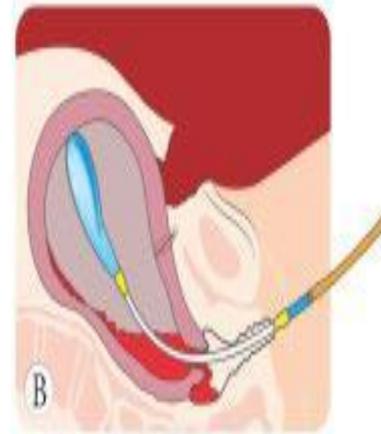
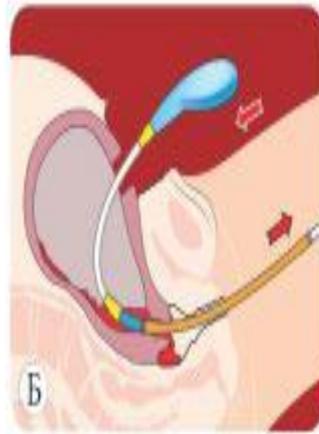
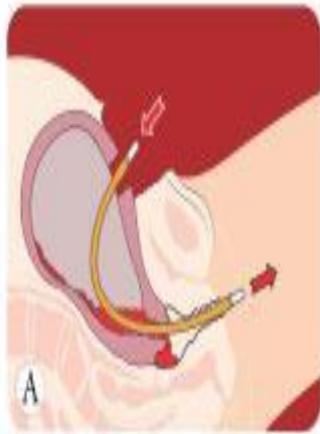
# Меры остановки кровотечения:

- Ручное исследование послеродовой матки, удаление остатков плацентарной ткани и сгустков(однократно);
- Наружно-внутренний массаж;
- Ушивание разрывов мягких родовых путей;
- Назначение лекарственных средств для лечения атонии;
- Коррекция нарушений параметров гемостаза.

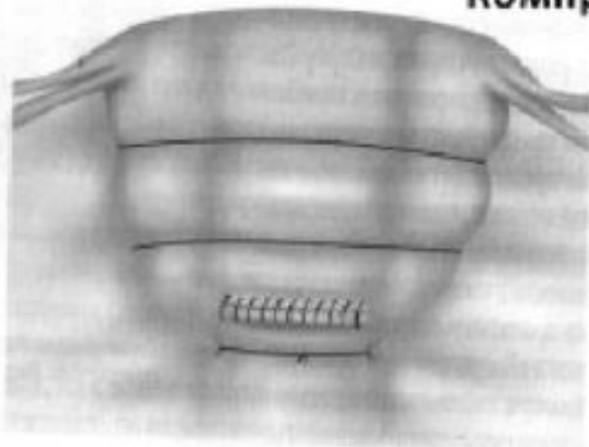
## Второй этап:

- +/- управляемая баллонная тампонада матки
- +/- компрессионные швы по В-Lynch (во время кесарева сечения) или в другой модификации (Рембеза, вертикальные компрессионные швы, квадратные компрессионные швы).
- Продолжение инфузионно-трансфузионной терапии проводится в зависимости от величины кровопотери, массы тела пациентки.

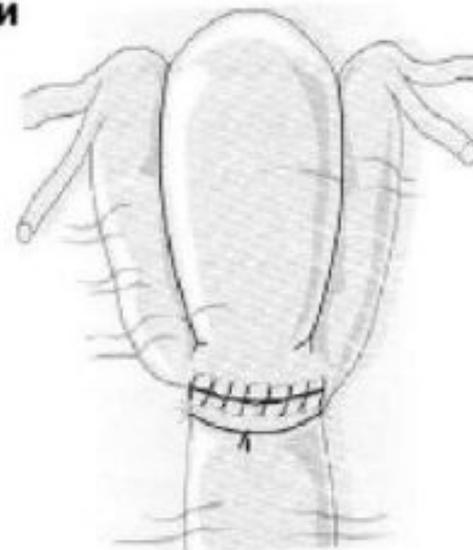
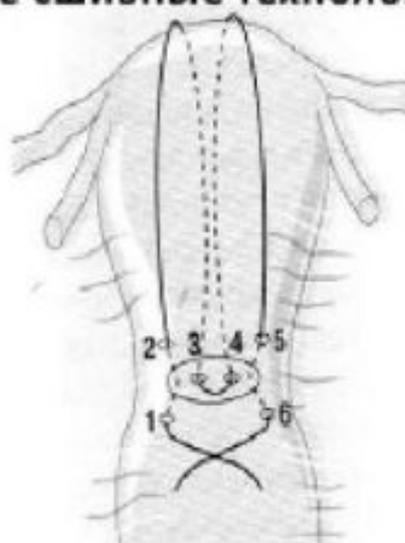
# Баллонная тампонада матки при КС



## Компрессионные шивные технологии



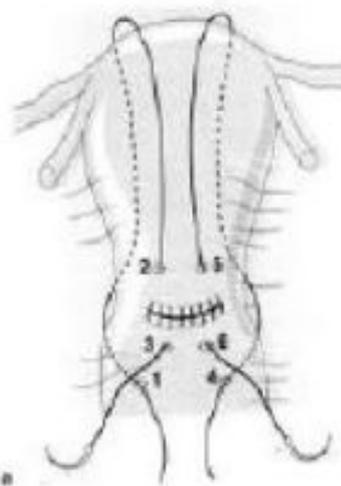
Шов Перейра



Шов B-Lynch



Шов предложенный В.Е. Радзинским, А.Н. Рымашевским и соавт.



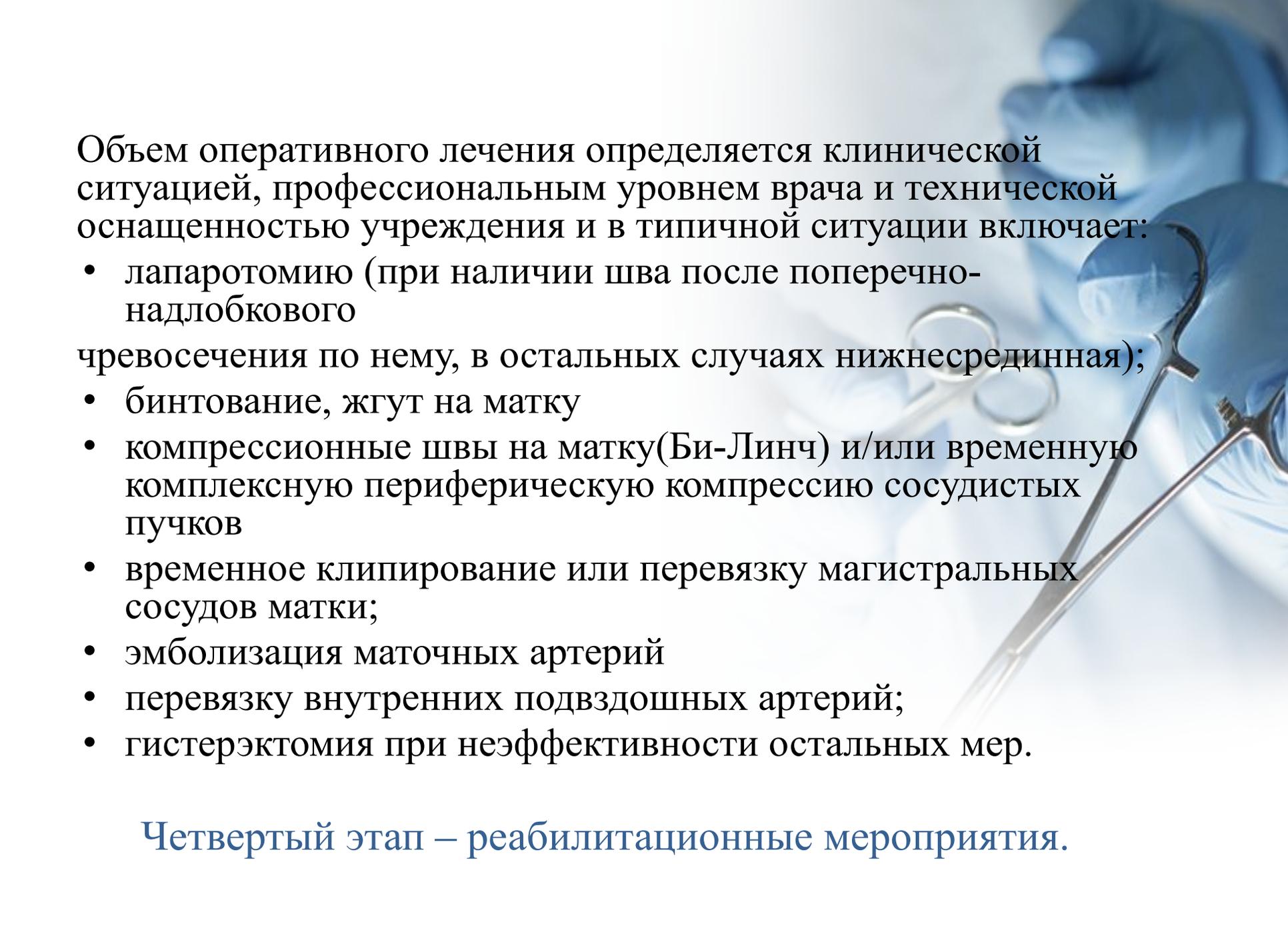
Модифицированный шов B-Lynch

## Третьим этапом остановки послеродового кровотечения является - хирургический

Его целью является обеспечение окончательной остановки кровотечения хирургическими методами в сочетании с продолжением инфузионно-трансфузионной, утеротонической терапии и нормализацией свертывающей системы крови.

Мероприятия этапа:

- транспортировка в операционную;
- анестезиологическое обеспечение операции;
- повторный забор анализов для оценки динамики процесса и эффективности терапии (клинический анализ крови, тест Ли-Уайта, гемостазиограмма, мочевины, электролиты);
- интраоперационная реинфузия аутоэритроцитов;
- оперативное лечение.



Объем оперативного лечения определяется клинической ситуацией, профессиональным уровнем врача и технической оснащённостью учреждения и в типичной ситуации включает:

- лапаротомию (при наличии шва после поперечно-надлобкового
- чревосечения по нему, в остальных случаях нижнесрединная);
- бинтование, жгут на матку
  - компрессионные швы на матку (Би-Линч) и/или временную комплексную периферическую компрессию сосудистых пучков
  - временное клипирование или перевязку магистральных сосудов матки;
  - эмболизация маточных артерий
  - перевязку внутренних подвздошных артерий;
  - гистерэктомия при неэффективности остальных мер.

Четвертый этап – реабилитационные мероприятия.

Спасибо за внимание!

