

ГАОУ СПО РК «ЕВПАТОРИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

АКУШЕРСКОЕ КРОВОТИЧЕНИЕ



Выполнила студентка 3 курса 5 группы
Кутовая Екатерина Николаевна
Проверил преподаватель
Власова Анна Владимировна

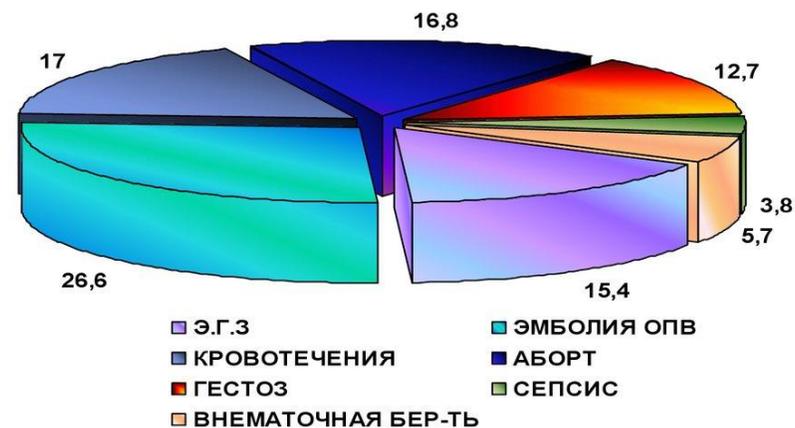
ЧАСТОТА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

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

Структура материнской смертности

- Внематочная беременность
- Разрыв матки (родовой травматизм)
- Сепсис
- Акушерское кровотечение
- Преэклампсия эклампсия
- Экстрегенетальная патология
- Гестоз

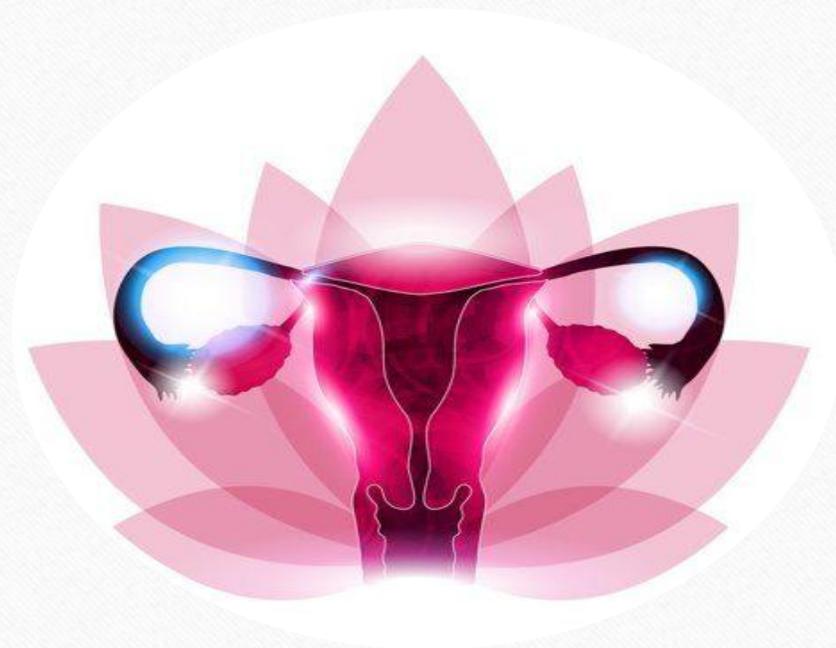
Структура материнской смертности в Российской Федерации



Серов В.Н., 2008г.

Кровотечение во время родов

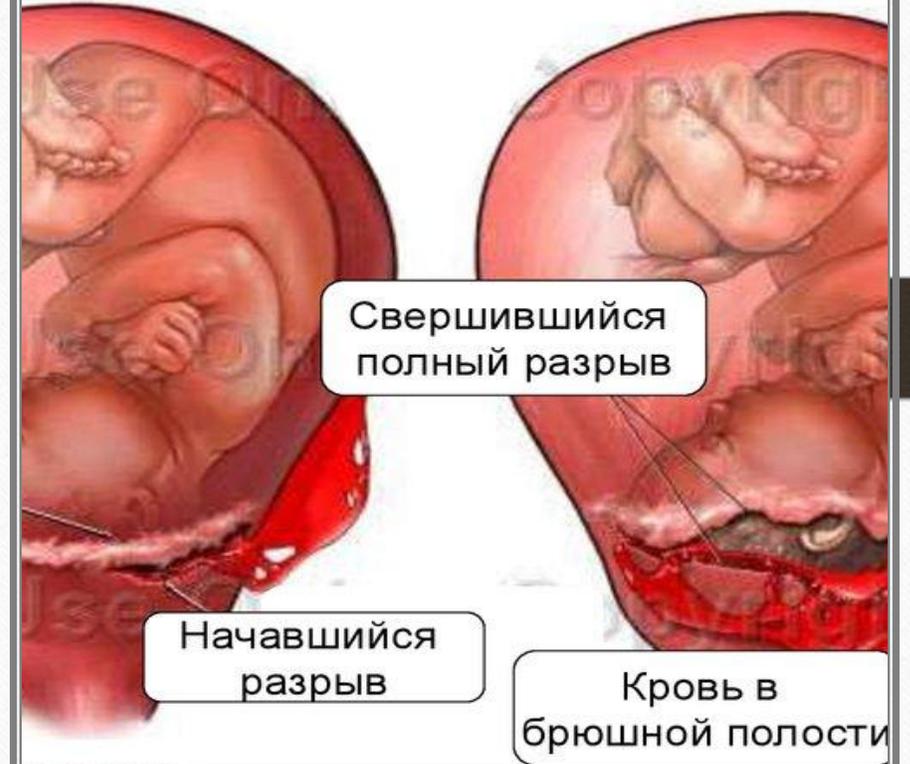
- I период
- Разрыв матки;
- Разрыв шейки матки;
- Преждевременная отслойка
- нормально расположенной плаценты;
- Предлежание плаценты



II период

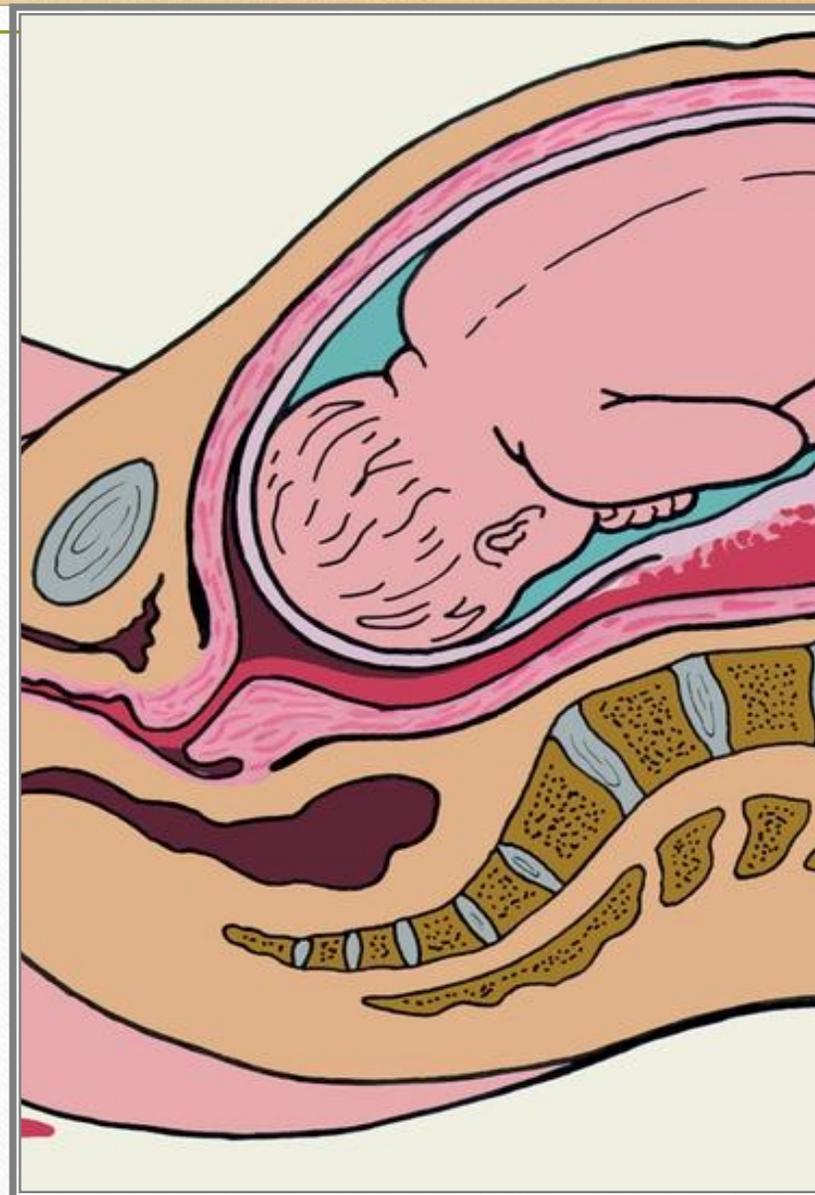
1. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНОЙ ПЛАЦЕНТЫ;
2. РАЗРЫВ МАТКИ ;
3. 111 ПЕРИОД;
4. ПАТОЛОГИЯ ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ;
5. ЗАДЕРЖКА ,УЩЕМЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ;
6. РАЗРЫВ МЯГКИХ ТКАНИЙ РОДОВЫХ ПУТЕЙ.

Разрыв матки



ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

1. РАЗРЫВ МВТКИ ;
2. РАЗРЫВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ РОДОВЫХ ПУТЕЙ ;
3. ГИПОТОНИЧЕСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ;
4. ЗАДЕРЖКА ЧАСТЕЙ ПОСЛЕДА ;
5. ЭМБАЛИЯ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ ;
6. КОАГУЛОПАТИЧЕСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ;



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 беременности
- 1.6. Пузырный занос



Предлежание плаценты

- Частота предлежания плаценты - 0,2-0,08% общего числа родов.
Серьезная акушерская патология, при которой плацента прикрепляется нижнем сегменте матки, частично или полностью отслойки перекрывая внутреннего зева шейки матки.

классификация предлежания плаценты

- Полное или центральное предлежание - плацента полностью перекрывает внутренний зев шейки матки, и неполное - область внутреннего зева частично перекрыта плацентой или спускается только ее край.
- 2. По другой классификации различают 4 вида предлежания плаценты: а) полное или центральное предлежание плаценты - внутренний зев полностью прикрыт плацентарной тканью; б) частичное (боковое) предлежание плаценты - внутренний зев частично покрыт плацентарной тканью; плацента опускается примерно на $2/3$ внутреннего зева; в) краевое предлежание плаценты - возле внутреннего зева определяется лишь край плаценты; г) низкое прикрепление плаценты - локализуется в области нижнего сегмента, но ее край не доходит до внутреннего зева.

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.

Клинико –диагностические критерии

Симптомы прерывания беременности

1. Болевой синдром связан с сокращением матки ;
2. Повышенный тонус матки ;
3. Структурные изменения шейки матки ;
4. Кровотечение разной степени.



Группа риска беременных по кровотечению

- с заболеваниями почек, печени, эндокринных желез, кроветворения, сердечно-сосудистой системы и нарушением жирового обмена.
- в анамнезе которых имели место бесплодие любой этиологии, гипофункция яичников, признаки общего и генитального инфантилизма, нарушение менструальной функции, аборт, осложненные роды, воспалительные заболевания женских половых органов.
- во время данной беременности у которых отмечались хронические и острые инфекции, паразитарные и аллергические заболевания, миома матки, узкий таз, многоводие, многоплодие, крупный плод, неправильное положение плода, поздний гестоз, анемия, перенашивание беременности.

Клинические симптомы

- С началом сокращения матки в любом сроке беременности ;
- Не сопровождаются болью;
- Не сопровождается повышенного тонуса матки ;
- Патологический симптом обязательное кровотечениебеременности которое повторяться может в 12-40недель



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 величины кровопотери



- Определение кровопотери по гематокриту с помощью номограммы Genkins – при этой методике величина кровопотери при кесаревом сечении составляет 750 - 950 мл.
- На показателях гематокрита основывается формула Нельсона - процентное отношение общего V кровопотери рассчитывается следующим образом:

$$\frac{0,036 \times \text{исходный } V \text{ крови}}{\text{масса тела}} \times Ht$$

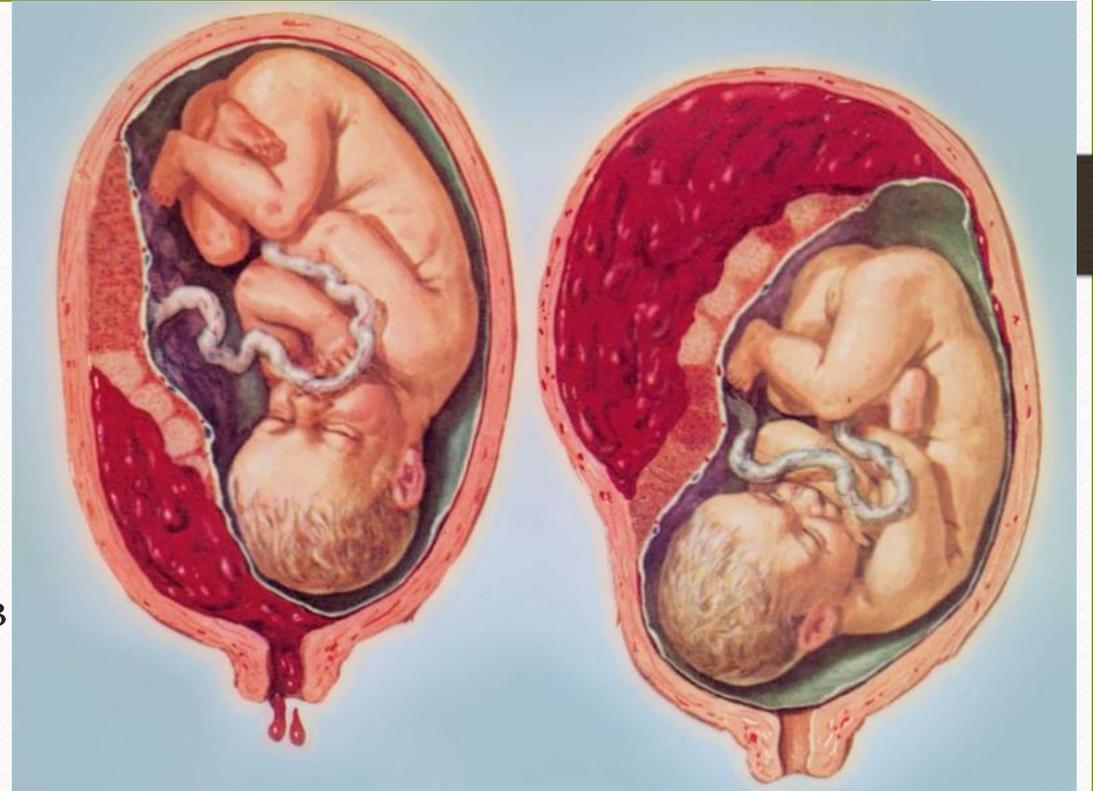
где

$$\text{исходный } V \text{ крови} = \frac{24}{0,86 \times \text{исходный } Ht} \times 100$$

Данная формула в 96% достоверна, но информативна при гематокрите, определенном не ранее чем через 24 часа, кроме того, необходимо знать исходный гематокрит

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)



Гипотонические кровотечения

- **Гипо-**, атонические 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 недостаточность функции миометрия.



Клиника гипотермии матки

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

Гипотония и атония матки - кровотечения в раннем послеродовом периоде, обусловленные нарушением сократительной способности матки.

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ:

- чрезмерно молодой или пожилой возраст рожениц,
- нейроэндокринная недостаточность,
- пороки развития матки,
- миома,
- дистрофические изменения мышц матки,
- перерастяжение матки во время беременности и родов,
- стремительные или затянувшиеся роды при слабости родовой деятельности и длительной активации окситоцином.



Гипотония и атоноя матки

Гипотония и атония матки

Этиология:

- слабость родовой деятельности,
- переносенная беременность,
- многоводие,
- многоплодие,
- аномалии развития матки,
- крупный плод.



Тактика при гипотонии матки

Каждый этап может быть эффективным



Наружный массаж матки

В/в введение окситоцина
При резистентности
- простагландины

Ручное обследование
полости матки

Осторожный наружно-
внутренний массаж матки

Не оправдано применение
большого набора
способов остановки
кровотечения и их повтора

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 массажматки на кулаке.
- II этап – при кровопотере 600-1000 мл, основная задача – гемостаз,предотвращение массивной декомпенсированной кровопотерипродолжить 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.

Дифференцированная диагностика

Клиническая картина

Узи

Результаты наружного и внутреннего акушерского обследования

Предлежание плаценты

Разрыв матки

Острая хирургическая патология



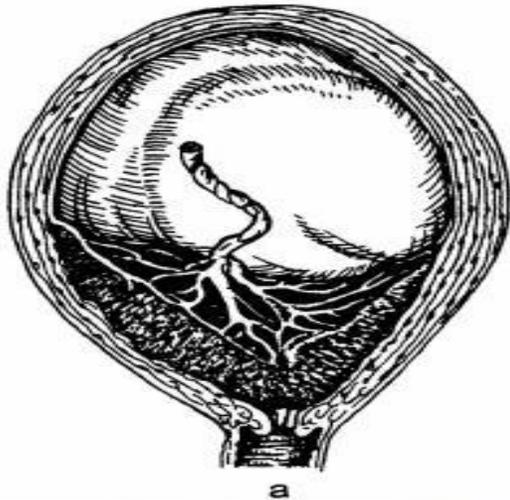
Диагностика

- Жалобы Анамнез (наличие ЭГЗ – артериальной гипертензии, гломерулонефрита, пиелонефрита, аутоиммунных заболеваний; гестоза; травм) Наружное акушерское исследование (гипертонус, асимметрия матки)
- УЗИУЗИ Исследование системы гемостаза (признаки ДВС – синдрома – тромбоцитопения, ↓ концентрации фибриногена, уровня антитромбина IIIIII , ↑ПДФ)

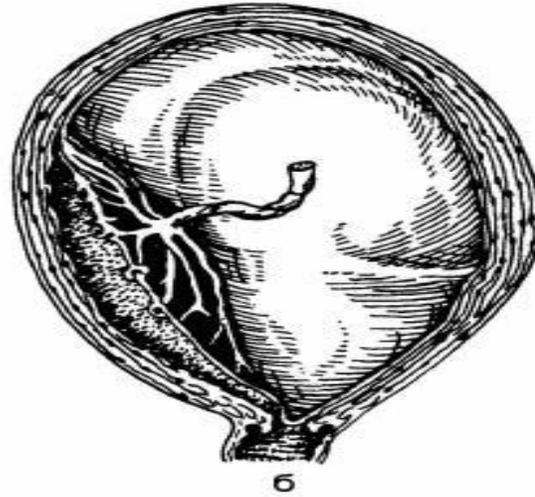
Клиника

- **Немая фаза** (отсутствие выраженной клиники).
- **Выраженная фаза** (кровотечение; возникает чаще в сроке 30 -35 нед. — время формирования нижнего сегмента)
- **Кровотечение** — безболезненное — повторное — возникает во время отдыха — кровь ярко-алая

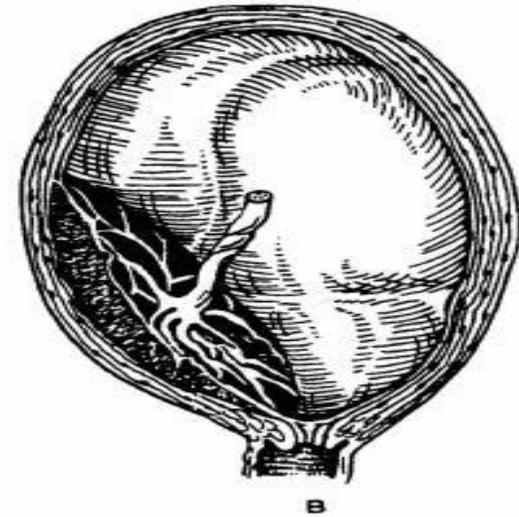
центральное (полное) боковое (неполное, частичное) краевое (неполное)



**центральное
(полное)**



**боковое
(неполное,
частичное)**



**краевое
(неполное)**

Нарушение выделения последа

- задержка уже отделившейся плаценты в полости матки (ущемление ее в нижнем сегменте, маточном углу) — наблюдается при дискоординированном сокращении различных отделов матки при неправильном ведении последового периода (большие дозы утеротоников, несвоевременные, ненужные манипуляции)



Частичное плотное приращение плаценты.



Ущемление плаценты в правом тубном углу.

Кровотечения в раннем послеродовом периоде

- в первые 2 часа после родов
- Причины:
 - 1) задержка части последа в полости матки
 - 2) гипотония и атония матки
 - 3) наследственные и приобретенные дефекты гемостаза
 - 4) разрывы матки и мягких тканей



Клиническая картина Кровотечение

- Кровь выделяется сгустками или вытекает струей. Кровотечение может иметь волнообразный характер. Последовые схватки короткие, редкие. Матка дряблая, большого размера, верхняя граница доходит до пупка и выше. При атонии матки мягкая, тестоватая, контуры ее не определяются, матка как бы расплывается по брюшной полости, дно достигает мечевидного отростка. Возникает непрерывное обильное кровотечение, быстро развивается картина геморрагического шока

Лечение

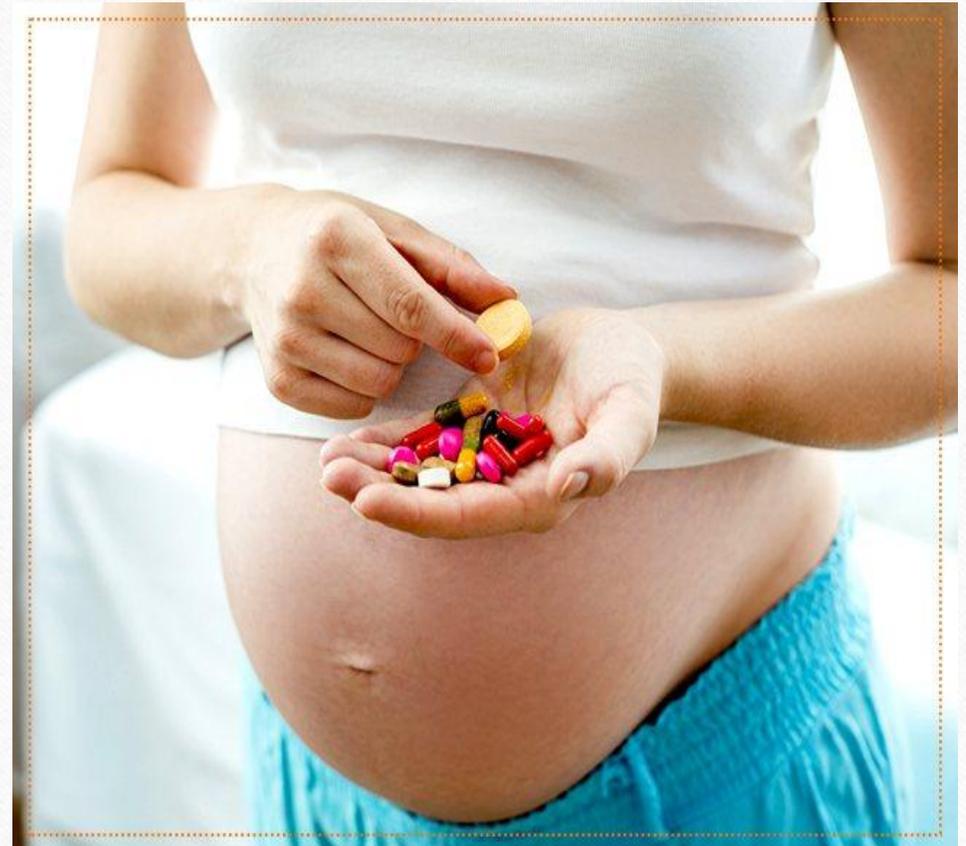
- Основная цель лечения – остановка кровотечения, угрожающего жизни матери и плода.
-

Беременной женщине должны быть обеспечены: покой;

- строгий постельный режим;
- динамическое наблюдение врача в стационаре.
Консервативное лечение вне зависимости от периода возникновения **кровотечения** должно быть направлено на: лечение основного заболевания, ставшего причиной кровотечения;
- остановку кровотечения с помощью ингибиторов фибринолиза (препаратов, действующих на остановку естественного растворения сгустков крови);
- борьбу с последствиями потери крови (внутривенное введение водных и коллоидных растворов для повышения артериального давления).

При возникновении кровотечения при недоношенном сроке беременности и хорошем самочувствии плода должны применяться:

- токолитики (препараты, расслабляющие матку);
- препараты, улучшающие реологические (текучие) свойства крови;
- ангиопротекторы (препараты, защищающие сосуды);
- общеукрепляющие препараты (стимулирующие синтез (производство) белков, стабилизирующие мембраны клеток (делающие клетки более устойчивыми к внешней среде));
- препараты, уменьшающие нервно-психическое возбуждение матери (настойки пустырника и валерианы).



Спасибо за внимание!

