

Кровотечения в АиГ



Кровотечения в акушерстве

Ремневой <https://do.asmu.ru/mod/resource/view.php?id=2126>

Игитовой <https://do.asmu.ru/mod/resource/view.php?id=217772>

Периоды родов

I. раскрытие шейки матки

предлежащая часть фиксирована во входе в малый таз

начало - регулярные схватки

конец - полное раскрытие

у первородящей до 18 ч, у повторнородящих до 12 ч
фазы:

- Латентная от начала схваток до 4 см открытия
- Активная до 8 см, излитие околоплодных вод
- Замедления до 10 см

II. период изгнания / продвижение предлежащей части по родовому каналу до 2 ч

изгоняющие родовые силы – потуги (диафрагма и пресс), схватки (мышцы матки)

продвижение по родовому каналу

начало - полное открытие шейки матки

конец - рождение плода

III. отделения плаценты и рождение последа до 30 мин

последняя схватка - сокращение в области плацентарной площадки - отделение плаценты

послед опускается во влагалище и у женщины появляется желание тужиться

начало - после рождения плода

конец - рождение последа

	0	1	2
Положение:	кзади,	кпереди,	по оси
Длина:	от 2,	1-2,	до 1
Консистенция:	плотная,	размягчена,	мягкая
Пройодимость:	закрыт,	1 палец,	2 пальца
	0-2 незрелая, 3-5 недостаточно/дозревающая, 6-8 зрелая		

Акушерские кровотечения

При беременности и в родах:

- предлежание плаценты - расположение плаценты в нижнем сегменте матки (менее 7 см от зева) с частичным или полным перекрытием области внутреннего зева.
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - отделение плаценты от стенки матки во время беременности, в первом и втором периодах родов (до рождения плода).
- разрыв матки.

В последовом и раннем послеродовом периоде:

- плотное прикрепление плаценты.
- гипотония матки в раннем послеродовом периоде.

Предлежание плаценты

- Не принципиален вариант предлежания. Вопрос в том, полностью ли она закрывает зев? ПОЛНОЕ или НЕПОЛНОЕ.
- По врастанию ворсин различают ПЛОТНОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ (в базальный слой) и ИСТИННОЙ ВРАСТАНИЕ (в миометрий).
- Причина: ОАГА (нарушение состояния эндометрия).
- Рост плаценты к телу матки определяет миграцию плаценты.
- Нижний сегмент может растягиваться (дистракция), а плацента – нет, ворсины рвутся. После 28-32 нед. (интенсивная дистракция).
- Кровотечение наружное, безболезненное, повторное + Неправильное положение плода и тазовое предлежание (плацента не дает головке опуститься) + При влагалищном исследовании за внутренним зевом мягкая губчатая ткань, в сводах – «тестоватость».
- Общий диагностический минимум + УЗИ.

Предлежание плаценты

- Если нет кровотечения, но есть предлежание – отделение патологии беременных до 34 нед.
- При отсутствии кровянистых выделений беременность пролонгируют до 36-37 недель.
- При кровотечении – госпитализация.
- Кровотечение при неполном (независимо от срока) – амниотомия, роды через естественные пути.
- Кровотечение при полном (родоразрешение только КС):

Небольшое до 36 нед. – наблюдение, токолитики, глюкокортикоиды, при анемии – железо.

Обильное независимо от срока – экстренное КС.

- Гистерэктомия если:

Истинное приращение плаценты.

Гипотония нижнего сегмента (место расположения плацентарной площадки, не подвергается сокращениям, растягивается из-за плаценты): если неэффективно введение утеротоников, ишемизация (зажимы и лигатуры).

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

- ПОЛНАЯ и ЧАСТИЧНАЯ.
- ЛЕГКАЯ, СРЕДНЯЯ (от $1/3$ до $2/3$, гипоксия), ТЯЖЕЛАЯ (гибель) степень тяжести.
- ОТКРЫТЫЙ (наружное кровотечение) и ЗАКРЫТЫЙ (ретроплацентарная гематома*) тип.
- *На фоне изменения системы гемостаза, сосудистых расстройств - риск ДВС-синдрома (гиперкоагуляция). Увеличивается и еще больше отслаивает. Чаще при беременности.
- Причины: артериальная гипертензия любой этиологии, многоводие или многоплодие, активная родовая деятельность, гиперстимуляция матки утеротониками, короткая пуповина.
- Патогенез: нарушение микроциркуляции, повышение давления в межворсинчатом пространстве, пропитывание децидуальной оболочки элементами крови, отслойка + разрыв сосудов.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

- Кровотечение + геморрагический шок + боль + гипертонус.
- Экстренное кесарево сечение (абсолютное показание) не позднее 24 мин с момента диагностики\поступления.
- Показания к удалению матки: наличие «матки Кувелера» с утратой сократительной способности. Маточно-плацентарная апоплексия «матка Кувелера» - пропитана форменными элементами, деструкция мышечных элементов, не сокращается, разрушенные элементы матки – источники тромбопластина (ДВС).
- В I периоде – амниотомия, экстренное кесарево сечение;
- Во II периоде при расположении головки в полости или выходе таза – наложение акушерских щипцов.

Механический разрыв матки



Механический:

- 2 период родов, плод не может пройти – матка сокращается – нижний сегмент растягивается.
- активная родовая деятельность, клинически узкий таз, переношенная беременность (головка не деформируется), нарушение биомеханизма родов (положение, вставления), многоплодие (коллизии моноамниотической двойни), уродства.
- Нет вставления и продвижения головки. Симптомы Вастена и Цангеймейстера. Симптом прижатия мягких тканей головкой (отек зева и влалища). Симптом перерастяжения нижнего сегмента.
- Угрожающий - матка «песочные часы» с концентрационным кольцом на уровне пупка. КС (нет инфекции, плод жив) или плечеразрушающая операция.
- Начавшийся - гипоксия плода + кровянистые выделения. Совершившийся – гибель плода + геморрагический шок + м.б. пальпация частей плода рядом с маткой. Экстренная лапаротомия, удаление плода, последа и решение вопроса о гистерэктомии.

Гистопатический разрыв матки. Причина: ОАГА (многорожавшие, вмешательства, воспаления), расположение плаценты в проекции рубца. УЗИ – толщина рубца меньше 2 мм.

ЗАДАЧА НА РАЗРЫВ НЕТ, ПОЭТОМУ ПОХУЙ

III и послеродовой период

1. ТОНУС - гипотония и атония матки

- кровь выделяется сгустками или вытекает струей
- волнообразный характер
- матка дряблая, большого размера, верхняя граница доходит до пупка и выше

Утеротоники, лед, внутриматочный баллон, прижатие брюшной аорты,

Ишемизация сосудистых пучков, гемостатические швы, гистерэктомия

Простагландины ? наружный массаж матки ?

2. ТКАНИ - дефекты отделения и задержка части последа в полости матки

- плотное приклепление (в базальный слой, кровит только частичное, ручное отделение и выделение последа при частичном сразу, при полном – через 30 минут), признаки отделения отр.
- истинное врастание (в миометрий, не отделяется рукой, экстрипация), признаки отделения отр.
- ущемление последа (при дискоординированной деятельности матки, несвоевременных утеротониках, болезненных манипуляциях, не отделилась и не кровит, наружные приемы, наркоз или спазмолитики), признаки отделения положит.

3. ТРАВМА - разрывы матки и мягких тканей

4. ТРОМБИН - наследственные и приобретенные дефекты гемостаза

Fuck this shit

Признаки отделения плаценты:

Альфреда - по зажиму (удлинение периферического отрезка пуповины).

Шредера – изменение формы и высоты стояния дна матки (вправо, дно выше пупка).

Чукалова-Кюстнера - надавливание на лобком вниз и в сторону выхода (не втягивается).

Довженко - при вдохе (не втягивается).

Микулича - позыв на потугу.

Клейна - при натуживание (не втягивается).

Наружные приемы выделения отделившегося последа:

Абуладзе - переднюю брюшную стенку захватить обеими руками в продольную складку.

Гентера - кулаками надавить на дно в области трубных углов.

Креде-Лазаревича - обхватить дно - большой палец на передней, 4 пальца на задней стенке.

Операция ручного отделения плаценты и ручного обследования полости матки.

УЧИ СТАНЦИЮ БЛЯТЬ

Геморрагический шок

- 4 лечебные дозы эритроцитарной массы
- + транексамовая к-та
- 4 лечебные дозы СЗП
- 10 лечебных доз криопреципитата
- 1 доза тромбоциты
- rVIIa (новоссевен) 90-110 мкг\кг рекомбинантный фактор
- мониторинг витальных функций и контроль показателей ?вазопрессоры?

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)	200% к V к/потери	2000	2000	2000
Коллоиды (мл)		500-1000	1000-1500	1500 за 24 часа
СЗП(мл/кг)		15-30 МНО и АЧТВ увеличены в 1,5 > раз, фибриноген < 1 г/л, продолжающееся кровотечение		
эритроциты (мл)			Hв<70 г/л при угрожающих жизни кровотечениях	
тромбоциты	1 доза тромбомассы на 10 кг м.т. или 1-2 дозы тромбоконцентрата Если уровень тромбоцитов < 50x10 ⁹ /л и клинические признаки кровотечения			

мл	ЧСС	ЧДД	Пульс\САД	% ОЦК
До 750	100	До 20	меньше	
До 1500	120	До 30	1	30
До 2000	140	До 40	1.5	40
От 2000	От 140	Больше	больше	