

Кафедра акушерства и гинекологии №2

# **АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ (Проблемная лекция)**

Лектор – профессор Линева Ольга Игоревна,  
Заслуженный врач РФ, Почетный профессор СамГМУ

# Актуальность

- Ежегодно в мире наступает 200 млн. беременностей, из них 130 млн. заканчивается родами.
- >500 тысяч беременностей заканчивается летальным исходом(в 2013г-289000), из них 200 тысяч – от кровотечений (25-40%)(Азия -31%, Африка-34%, Латинская Америка -21%)
- Каждую минуту в мире погибает 1 женщина, 830 женщин в день, из них 10% - от врачебных ошибок
- Каждые 3 минуты погибает беременная женщина от кровотечения (2 место в структуре МС после ЭЗ).
- Obstetrics is a bloody bizness. Массивное АК – это надвигающаяся катастрофа!!!

# В России

- Материнская смертность в 2008 году = 21,7, из них 17% - от АК ( в 2014 г - 10,8%; 16,1% - от АК).
- В среднем в РФ каждые 42 часа умирает 1 беременная женщина, каждая шестая из них – от кровотечений, т.е. 1 летальный исход в неделю.
- В структуре МС доля гестозов = 15,7%, аборт – 6,6%, сепсиса – 3,3%, ЭГ – 24,8%.
- 44% летальных исходов от неуправляемых причин.
- На 700 умеренных кровотечений приходится 1 массивное (> 2000 мл) с нарушением гемостаза и летальным исходом. 70% кровотечений - гипо- и атонические.

## **Массивные кровотечения**

- Кровопотеря > 30% ОЦК.
- Нарушения системы гемостаза.
- Геморрагический шок.

## **Умеренные кровотечения (до 1000 мл)**

- Гипотония матки – 88%
- Частичная ПОНРП – 3%
- Неполное предлежание плаценты – 3%

## **Массивные кровотечения (> 2000 мл)**

- Тотальная ПОНРП – 35%
- Полное предлежание плаценты – 15%
- Септический шок – 8%
- Врожденные и приобретенные дефекты системы гемостаза – 7%
- Наркоз, мертвый плод – 3%
- Амниотическая эмболия ?

# Причины летальности при кровотечениях

- несвоевременный гемостаз;
- неправильная оценка кровопотери;
- неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия;
- несоблюдение этапности мероприятий по остановке кровотечений

# Состояние системы гемостаза и АК

- Система РАСК (регуляции агрегатного состояния крови) обеспечивает гемостатический потенциал крови (поддержание жидкого состояния или свертывания крови). Она подчинена законам положительных и отрицательных обратных связей.
- Врожденные дефекты гемостаза, угрожаемые по геморрагиям, сочетаются с врожденными или приобретенными предикторами тромбофилии.
- Беременность, роды и послеродовый период могут привести к нарушению шаткого равновесия (хрупкого патологического баланса) в системе РАСК.

# Наследственные коагулопатии

- Болезнь Виллебранда
- Гемофилия А,В,С, (дефицит 8-11 фактора), парагемофилия (д-т 5 фактора)
- Синдром Стюарта – Прауэра (д-т X фактора).
- Болезнь Александера ( д-т У11 фактора).Болезнь Лаки – Лоранда (д-т X111 ф-ра).
- Афибриногенемия, дисфибриногенемия ( 1 фактор).
- Гипопротромбинемия ( дефицит 11 фактора).
- Недостаточность кининогена ( ф-ра Фицджеральда – Фложе – Вильямса).
- Недостаточность прекалликреина (ф-ра Флетчера).
- Недостаточность альфа2-антиплазмина.
- Наследственные тромбоцитопатии.
- Наследственные тромбоцитопении.

# Приобретенные коагулопатии

- Синдром ДВС – коагулопатия потребления.
- Гемотрансфузионные осложнения.
- Дефицит витамина К, авитаминоз К (д-т 11,У11,1Х,Х факторов).
- Приобретенные циркулирующие антикоагулянты.
- Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура.
- Гемобластозы.
- Миелопролиферативные заболевания.
- Заболевания печени.
- Лучевая болезнь, интоксикация, системный амилоидоз.
- Уремический синдром.
- Лекарственные коагулопатии.
- В 12 –дефицитная анемия.



# Кровотечения в 1-ую половину беременности

- Самопроизвольный аборт
- Неразвивающаяся беременность
- Внематочная (эктопическая беременность)
- Трофобластическая болезнь

# Самопроизвольный аборт

## КОД по МКБ – 10

- .003 Самопроизвольный аборт
- .002.1 Несостоявшийся выкидыш
- .020.0 Угрожающий аборт
- .020.8 Другие кровотечения в ранние сроки беременности
- 020.9 Кровотечение в ранние сроки беременности неуточненное
- N 96 Привычный выкидыш

Обильное кровотечение возникает при следующих клинических стадиях:

- аборт в ходу;
- неполный аборт;
- несостоявшийся аборт.

# Цель лечения

- При начавшемся аборте – постельный режим, спазмолитики (ректальные свечи с папаверина гидрохлоридом?), дицинон, этамзилат – нет доказательной базы), транексамовая кислота 250 мг (суточная доза -700 – 1500 мг) 5-7 дней, гестагены, препараты магния, актовегин или вобэнзим для рассасывания РХГ (нет доказательной базы)?
- Эвакуация плодного яйца или его остатков путем вакуум-аспирации ( или кюреткой ?)под наркозом («кюретку сдать в музей!»);
- Выскабливание стенок матки для удаления хориона и децидуальной оболочки( если по УЗИ нет тканей плодного яйца- не выскабливать!!!);
- Утеротоники, гемостатики;
- Восполнение ОЦК;
- Антибактериальная терапия;
- При неэффективности – гистерэктомия ( агрессия!);
- Полное обследование для выявления этиологического фактора.

# Неразвивающаяся беременность

- Коды МКБ – 10:
- O02.10 – погибшее плодное яйцо и непузырный занос.
- O02.1 – несостоявшийся выкидыш. Ранняя гибель плода с задержкой в матке.
- В 2013 году в России официально зарегистрировано 244 случая МС от НБ.
- Замершая беременность – патологический симптомакомплекс, включающий: нежизнеспособность плода или эмбриона; патологическую инертность матки; нарушения в системе гемостаза. Во всех случаях после точки в диагнозе врач обязан дописать «хронический эндометрит» - синдром регенераторно – пластической недостаточности эндометрия генетического, аутоиммунного и воспалительного генеза.
- ХУ111 конгресс FIGO (Малайзия), 2006 год.
- Методические рекомендации МАРС «Неразвивающаяся беременность», 2015 г.

# Факторы риска развития НБ

- Старший и поздний репродуктивный возраст матери
- Большое число предыдущих выкидышей (ACOG)
- Хронические заболевания матери (сахарный диабет, гипотиреоз, СКВ, АФС, ХБП, тяжелая АГ, СПКЯ и т.д.)
- Нарушения репродуктивного здоровья партнера, возраст
- Мутагенные и тератогенные факторы
- Вредные привычки: алкоголизм, курение, наркомания, поступление высоких доз кофеина
- Низкий индекс массы тела
- Стресс
- Риск повторного выкидыша после 2-х потерь достигает 29%, после 3-х – 33%.

# Диагностика НБ

- **Клиника:** отставание размеров матки от сроков гестации, исчезновение признаков токсикоза и нагрубания молочных желез, появление молока вместо молозива: через 3-4 нед гибели – общая слабость, головокружение, лихорадка, через 2-6 нед – боль, кровянистые выделения из половых путей, происходит раскрытие шейки матки, шевеление отсутствует.
- **УЗИ** – наиболее информативный метод диагностики, производится в динамике неоднократно, возможна ультразвуковая плацентография.
- **Лабораторные методы исследования:** снижение бета-ХГЧ, высокое содержание АФП, снижение трофобластического бета1-гликопротеина, ПЛ, Э; высокий уровень альфа-микроглобулина и прогестерона, картина ДВС – синдрома.

# Осложнения НБ, профилактика

- Гиперкоагуляция, ДВС -57%
- Хронический эндометрит -73%.
- **Профилактика:**
  - Сафоцид(азитромицин,секнидазол, флуконазол) через 2 часа после ужина 4 табл внутрь накануне операции.
  - Транексамовая кислота за 30-60 мин. до операции в/в капельно 0,75 мг транексама в 200 мл физ.р-ра
- С.П.Синчихин, Л.В. Степанян, О.Б. Мамиев. ВАГиП, №4, 2012 (Астрахань).

# Методы опорожнения полости матки

- **XXI век ознаменован эпохальным событием: цивилизованный мир перешел «от кюретки к таблетке».**
- Оптимальный метод прерывания беременности при замершей беременности по приказу №1130н - **медикаментозный**. Противопоказанием служит внематочная беременность, порфирия, хроническая печеночная и почечная недостаточность, аллергическая реакция на мифепристон или мизопропростол.
- До 2012 г. в России был разрешен прием мифепристона в дозе 600 мг, но, опираясь на данные Кокрейновского обзора была одобрена схема 200 мг. Официально рекомендованная схема: мифепристон 200 мг в присутствии врача перорально и 400 мкг мизопростола через 24 – 48 часов. Контрольное УЗИ производят через 10 – 14 дней после эвакуации плодного яйца.



# Неразвивающаяся беременность – гибель плода на сроке до 22 недель

- Немедленная госпитализация;
- Исследование системы гемостаза;
- Немедикаментозного лечения НБ не существует;
- При НБ до 14-16 нед – одномоментная эвакуация кюреткой или вакуум-аспирация под контролем гистероскопии.
- Во 2 триместре – трансабдоминальный или трансцервикальный амниоцентез с введением 50 МЕ динопроста или 20% раствора натрия хлорида (10 мл на 1 неделю + 10% от объема).
- Коррекция системы гемостаза.
- Обязательное гистологическое исследование.
- Полное обследование.
- Антибактериальная + антимикотическая терапия.

# Реабилитация и прегравидарная подготовка

- Обследование: генетическое, гормональное, иммунологическое (АФС, HLA, антиспермальные антитела), поиск микробного агента, наследственные тромбофилии, УЗИ, гистероскопия и т.д.
- Лечение аутоиммунного эндометрита в том числе физиотерапевтические (внутриматочное орошение кавитированными растворами, ЭСУГ -01 – лазерная терапия, пеллоидотерапия, аутогемотерапия, гирудотерапия, плазмотерапия, Эпигаллат и т.д.
- Гормональная коррекция – КОКи, гестагены.
- ПП обязательна!!! После выявления причины НБ проводится комплексное лечение основного заболевания, противовоспалительная терапия, дотация фолиевой кислоты возможно с метафолином, Фемибион 1, лечение ЛДЖ (Феррум-Фольгамма) и т.д.

# Внематочная беременность

- КОД по МКБ- 10
- O 00.0- абдоминальная (брюшная) беременность – 0,3 - 0,4%
- O 00.1 – трубная беременность (прогрессирующая, разрыв трубы, трубный аборт - 98-99%
- O 00.2 – яичниковая беременность (0,1 – 0,7%)
- O 00.8 – другие формы внематочной беременности ( шеечная, в роге матки, интралигаментарная, стеночная)
- O 00.9 - Внематочная беременность неуточненная
- O 08.0 – O0 8.9 – Осложненные формы
- В России в 2006 г. выполнено 45643 операции по поводу внематочной беременности.
- За 10 лет от внематочной беременности умерло 243 женщины.
- В структуре причин материнской смертности ВБ в 2015 г. – 3,6%.

# Группы риска

- Операции на маточных трубах в анамнезе – 21,0%;
- стерилизация – 9,3%;
- хронические аднекситы и др. ВЗОМТ – 3,4%;
- Трубно - перитонеальное бесплодие – 2 и более года – 2,7%;
- дисфункция яичников;
- внематочная беременность в анамнезе – 8,3%;
- внутриматочная контрацепция – 5,0%;
- возраст матери более 40 лет – 2,9%; более 35 – 1,4%;
- Курение – 1,5 – 3,9%

# Скрининг

(учесть, что это - многоликая внематочная беременность!!!)

- анамнез, жалобы, клиника;
- трансвагинальное УЗИ;
- определение уровня  $\beta$ -ХГЧ в крови – единственный биохимический маркер для диагностики ВБ (98% правильной постановки диагноза с 3-й нед. беременности, повторять в динамике через 48 – 72 часа);
- диагностическая лапароскопия;

*При подозрении на ВБ- динамическое наблюдение только в условиях стационара с круглосуточно действующей операционной.*

Несвоевременная постановка диагноза и запоздалое оперативное вмешательство могут привести к МС!!!

- Клинический пример: больная оформила направление в ж/к на хирургический аборт, но УЗИ было назначено только через 10 дней. Обратилась к зав. гинекологическим отд., в этот же день выполнен хирургический аборт(6-7 нед), б-ная отпущена домой без УЗИ и взятия соскоба на гистологию.
- Дома в 3.00 утра потеряла сознание, бригаду скорой помощи вызвала только в 6.00. До 7.00 фельдшер пытался поднять АД кортикостероидами и реополиглюкином, затем госпитализировал б-ную в ЦГБ г.Сызрани. Больной сразу был поставлен д-з: внематочной беременности, развернута операционная, ИВЛ, но анестезиолог 30 мин. не разрешал оперировать из-за низкого АД (60-70 мм рт.ст.). Кровопотеря 2500, правая труба удалена, но была задержка с восполнением кровопотери из-за отсутствия крови нужной группы. Вызвана сан.авиация, реанимация без эффекта.

# Основной метод лечения – хирургический (радикальный и органосохраняющий)

- Туботомия ( преимущественно лапароскопическим доступом)
- Тубэктомия (ХГЧ >15000 МЕ/мл, размер плодного яйца > 5 см, эктопическая беременность в анамнезе)
- Выдавливание плодного яйца при локализации в фимбриальном отделе трубы
- Рассечение маточного угла при локализации в интерстициальном отделе.
- При наличии геморрагического шока – целесообразно проведение лапаротомии.
- КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТОТРЕКСАТОМ РАССМАТРИВАЕТСЯ ЛИШЬ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ОРГАНОУНОСЯЩЕЙ ОПЕРАЦИИ!
- Комбинированное лечение ( хирургическое и консервативное) возможно при шеечной локализации, интерстициальной и брюшной беременности.

# Осложнения после различных методов операции при ВБ:

- **Лапароскопический доступ** имеет существенные преимущества перед лапаротомным: в 5,5 раза снижается частота спайкообразования, в 3,2 раза – риск повторной ВБ, в 1,9 раза чаще возрастает частота наступления маточной беременности (МБ).
- **После резекции трубы** в 92,9% наблюдаются непроходимость оперированной трубы, в 47,»% -перитубарные спайки, в 63,4% - вторичное бесплодие, только в 8,4% наступает маточная беременность
- **После линейной сальпингостомии** развиваются в 23,3% трубно-перитонеальные свищи, в 54,6% - перитубарные спайки, в 20,3% - повторные ВБ, в 40,1% - вторичное бесплодие.
- **После вакуум-аспирации** трубы проходимы в 81,1%, нет трубно-перитонеальных свищей, низкая частота повторной ВБ -3.7%,, высокая частота маточной беременности -70,4%, вторичное бесплодие – 22,2%.
- **После выдавливания плодного яйца:** проходимость труб -87,3%., спайки -39,5%, бесплодие -24,1%.повторная ВБ -16,4%, МБ – 54,8%.



# Реабилитация женщин после хирургического лечения:

- Восстановление зубиоза половых путей.
- Лечение хронических воспалительных заболеваний.
- Иммунокоррекция.
- Восстановление двухфазного менструального цикла.
- Рациональная контрацепция.

**При выборе метода хирургического лечения предпочтение необходимо отдавать лапароскопическому доступу.**

# Брюшная беременность – вариант эктопической беременности

- Частота от 1:3000 до 1:25000 беременностей.
- Делится на первичную и вторичную.
- **Клиника:** жалобы на боли внизу живота всю беременность; усиление болей при шевелении плода; длительные мажущие кровянистые выделения; неправильное положение плода; высокое стояние предлежащей части плода; возможность пальпации мелких частей под передней брюшной стенкой.
- **Исходы:** МС – 0,5 -12%; ПС – 40-95%, антенатальная гибель плода, вторичное инфицирование (абсцессы), мумификация, петрификация. Литопедион может существовать в брюшной полости до 42 –х лет.

# Клинический пример вторичной брюшной беременности

- В приемное отделение РКБ поступила беременная на сроке 32 недели беременности. из сельской ЦРБ с диагнозом: Угроза преждевременных родов. При осмотре: положение плода поперечное, слева определяется плотное образование величиной с 24 нед беременность (матка?). Тоны плода приглушены, 170 уд. в мин. Заподозрена брюшная беременность, срочно развернута операционная, проведен минимум обследования, вызваны резервные доноры.
- Во время операции обнаружен плод, свободно лежащий между петлями тонкого кишечника, в асфиксии, мальчик, массой 1100гр. Плацента прикреплена к задней и правой боковой поверхности матки, правым придаткам и широкой маточной связке справа. Произведена тотальная гистерэктомия с правыми придатками. Кровопотеря 600мл, восполнена.

# Шеечная беременность

*Частота от 1 на 2400 до 1 на 50000 беременностей*

*1-е описание было в 1881 г. И.М.Львовым. МС в начале XX века – 45%, а к 1980 г. – менее 1%.*

*«Большинство гинекологов не встречались с шеечной беременностью, а те, кто встречался, желали, чтобы этого никогда не было» ( Артур Баптисти-мл, 1953 г.).*

## Группа риска

- Кесарево сечение и аборт в анамнезе
- ЭКО
- Миома матки
  - Скрининг
- Анамнез, осмотр, УЗИ, сонографическое исследование, уровень ХГЧ.

# Лечение

- выскабливание после перевязки aa.hypogastrica или маточных артерий трансвагинально;
- эмболизация маточных артерий;
- тугая тампонада влагалища, прошивание боковых сводов влагалища, наложение кругового шва на шейку матки; гистероскопическое удаление плодного яйца;
- экстирпация матки (ГШ, вращение ворсин; нет возможности выполнить органосохраняющую тактику)
- интраамниальное и системное назначение метотрексата ( off – label), затем гистероскопия, резекция и ушивание ложа). Полная инволюция матки занимает 23 дня( необходимо информированное согласие женщины, консилиум).
- Шеечная гестация является группой риска развития трофобластической болезни!!!

# Кровотечения во 2-ю половину беременности

## Предлежание плаценты

- 044.0 – без кровотечения
- 044.1 – с кровотечением
- Частота 0,2-3,0%

## **Классификация во время беременности**

- Полное предлежание
- Неполное предлежание
- Низкое предлежание <7 см от внутреннего зева

# Степени предлежания по УЗИ

- I -  $> 3$  см
- II – до зева, не перекрывающая
- III – перекрывающая зев, но с ассиметричной локализацией плаценты в матке;
- IV - полностью перекрывающая зев с симметричным расположением плаценты.

# Врачебная тактика

- При отсутствии кровотечения и проживании больной в 5-10 мин от роддома – наблюдение в женской консультации до 32-33 нед беременности.
- При удаленном местожительстве госпитализировать с конца II триместра беременности.
- Плановое кесарево сечение в 37-38 недель при любой степени прикрепления.
- При глубоконе доношенном, нежизнеспособном плоде и неполном предлежании – амниотомия, кожно-головные щипцы по Иванову-Гауссу.



# Врачебная тактика (продолжение)

- При кровотечении – немедленное абдоминальное родоразрешение (в нижнем сегменте или корпоральное).
- Перевязка магистральных сосудов (по Цирюльникову или перевязка aa.hypogastrica).
- Гемостатические компрессионные швы на матку (Б-Линча, Перейра и др.).
- При неэффективности – гистерэктомия.
- Коррекция системы гемостаза.
- Утеротоники во время операции и 3-4 часа после её окончания.
- Гемоблок или губка Тахокомб местно на рану.

# Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

- Частота 0,3 – 0,4% родов
- Легкая форма – небольшая ретроплацентарная гематома, кровянистые выделения незначительные, общее состояние не нарушено.
- Средняя степень тяжести – отслойка на 1/3-1/4, значительное количество крови со сгустками, гипертонус матки, острая гипоксия плода, болевой и геморрагический шок.
- Тяжелая форма – отслойка >1/2 площади, тяжелый ГШ, ДВС-синдром, антенатальная гибель плода, матка Кувелера.

# Врачебная тактика

- Немедленная госпитализация.
- До 33-34 нед при легкой форме под контролем УЗИ возможно пролонгирование беременности на фоне токо - и спазмолитиков, дезагрегантов.
- В родах при легкой форме – амниотомия, эпидуральная анестезия, постоянный мониторинг, утеротоники, лечение гипоксии плода.
- При средней и тяжелой степени тяжести на любом сроке беременности – срочное кесарево сечение, при наличии матки Кувелера – гистерэктомия.

## Алгоритм обследования беременных, поступающих в стационар с кровянистыми выделениями

- наружное акушерское исследование;
- выслушивание сердечных тонов плода, кардиомониторинг;
- осмотр наружных половых органов и оценка количества кровопотери;
- УЗИ (при массивной кровопотери в операционной).

### При необходимости:

- Осмотр шейки матки и влагалища с помощью зеркал.
- *двуручное и влагалищное исследование производят только при развернутой операционной !*
- Исследование системы гемостаза.
- Консультация смежных специалистов.

# Кровотечения в родах

## Разрывы матки

- Определение – нарушение целостности стенок матки.
- Код по МКБ-10: O71.0 – РМ до начала родов; O71.1 – РМ во время родов.
- Частота: 0,1 - 0,005% всех родов, из них только 9,1% всех разрывов происходит во время беременности (при неоперированной матке -1/17269 родов; после КС -1/245 родов).
- В 2010 г. в РФ было 0,16% РМ; в Голландии – 0,5%.

# АКТУАЛЬНОСТЬ

- В аналитическом исследовании общемирового уровня РМ отнесен к затрудненным родам вследствие неадекватного или длительного ведения родов. Число МС при РМ составило в 2016 г. 10,3 тысячи, что на 22,2% ниже по сравнению с 2006 г.
- В мире РМ отнесен к потенциально угрожающим жизни состояниям ( potentially life-threatening condition, PLTC), к причинам near miss ( едва не умершие) и материнской смертности.
- В критериях near miss, сформулированных ВОЗ, разрыв матки отнесен к тяжелым материнским осложнениям ( severe maternal complications) наряду с тяжелой ПЭ. Э, послеродовым кровотечением с ГШ , ПОН и т.д.

# Классификация РМ:

- Самопроизвольные разрывы.
- Насильственные разрывы.
- Полный ,неполный РМ, зияние, трещина.
- В нижнем сегменте, в дне, в теле матки.
- Полный и неполный отрыв матки от сводов влагалища.
- Механический разрыв матки.
- Гистопатический РМ, РМ по рубцу.

# Факторы риска РМ:

- Рубец на матке после КС, миомэктомии, перфорации матки и т.д.
- Крупный плод, узкий таз, неправильные положения и предлежания плода, переносимая беременность.
- ДСТ, хир. корр. ИЦН, разрыв ш/м 3 ст.
- Индукция родов при «незрелой» ш/м.
- Истинное врастание ворсин, иссечение трубного угла матки.
- Приём Кристеллера, плодоразрушающие операции.
- ОАА: большое число родов и аборт, эндометрит.



# Клиника РМ:

- **Угрожающий РМ:** эректильная фаза шока, болезненные, бурные схватки, безрезультатные потуги при высоко стоящей головке, симптом Вастена+, затрудненное мочеиспускание, припухлость над лоном, косое направление контракционного кольца и его высокое стояние, отек шейки и вульвы. Резко болезненные, судорожные схватки.
- **Начавшийся РМ:** Гематурия, кров. выделения из матки.
- Глухое с/биение плода, активное шевеление, интранатальная гибель.
- Околоплодные воды мекониальные. Резко болезненные, судорожные схватки. Болезненность нижнего сегмента. **Эректильная фаза шока.**
- **Совершившийся РМ: Торпидная фаза шока. Отсутствие** родовой деятельности. Интранатальная гибель плода.
- Кровотечение из влагалища, свободная жидкость в брюшной полости.
- Положительный симптом Щеткина-Блумберга, атония кишечника.
- В брюшной полости определяются части плода.

# Лечение РМ:

- ИВЛ, ИТТ по принципу лечения ГШ.
- При угрожающем и начавшемся РМ - срочное КС.
- При совершившемся РМ – срочная лапаротомия, объем операции выбирается интраоперационно: ушивание, при необходимости с иссечением, лигирование сосудов, гистерэктомия, метод выбора – органосохраняющая тактика.

# Величина кровопотери и акушерская тактика

- Допустимая кровопотеря (0,5% массы тела) активное ведение 111 периода родов (Active Management of the Third Stage of Labour –AMTSL), антифибринолитики только при высоких рисках.
- Патологическая (более 500 мл при родах и 1000 мл при КС) инфузионная терапия, антифибринолитики, компоненты крови только при продолжающемся кровотечении.
- Критическая ( более 30% ОЦК, 150 мл/мин, потеря более 50% ОЦК за 3 ч, более 1500-2000 мл) оперативное лечение, ИВЛ, инфузионная терапия, компоненты крови обязательно, антифибринолитики, факторы свертывания и их концентраты, аппаратная реинфузия крови.

# Организационный этап

- Мобилизация свободного медицинского персонала. Необходим постоянный контроль за пациенткой, вызвать на помощь акушера-гинеколога, владеющего оперативной техникой в полном объеме, анестезиолога-реаниматолога, лаборанта, сосудистого хирурга.
- Оценка состояния и контроль жизненно важных функций организма (АД, пульс, ШИ, температура, частота дыхания).
- Транспортировка пациентки: в зависимости от тяжести состояния определяют, где будет оказываться помощь (малая или большая операционная).
- Катетеризация мочевого пузыря.
- Определение группы крови и резус-принадлежности, забор крови для анализа на совместимость, для проведения теста по Lee-White, Е.П.Иванову; для определения показателей гемостаза.
- Доставка препаратов крови (в соответствии с группой и резус-принадлежностью).

# Лечение геморрагического шока

**Реанимационное пособие осуществляется по схеме ABC:**

1. дыхательные пути (airway) – восстановить проходимость.
2. дыхание (breathing) – ингаляции O<sub>2</sub> или ИВЛ с O<sub>2</sub>.
3. кровообращение (circulation) – венозный доступ через 2 катетера.

**Обследование** – пульсоксиметр, АД, учет кровопотери, диурез (катетеризация мочевого пузыря), ЭКГ, общий анализ крови, биохимия, система гемостаза.

**Основные задачи инфузионной терапии** – восстановление ОЦК, транспорта O<sub>2</sub> и оксигенации тканей, t-тела, системы гемостаза, КОС и электролитного баланса.

**Принцип тройного контроля:** за повреждением (акушер, хирург) -30 мин; за реанимацией – (анестезиолог – реаниматолог); за коагуляцией (трансфузиолог, анестезиолог-реаниматолог, гемастезиолог) .

# Стратегические этапы лечения массивных кровотечений

- Правильная оценка количественного объема и качественного (нарушение свертывающей системы) компонентов кровопотери;
- Своевременная и адекватная инфузионно-трансфузионная терапия (программа ИТТ);
- Своевременное и адекватное хирургическое лечение (органосохраняющая тактика);
- Постоянный аппаратный и лабораторный контроль витальных функций и гемостаза.
- **Медицинская эвакуация в другой стационар пациенток с продолжающимся кровотечением или подозрением на него – противопоказана!!!**
- Оперативное лечение должно быть начато при любой стадии ГШ и ДВС –синдрома в хирургическом стационаре любой группы риска от 1-й до 3-й.

# Резюме:

Отказ от агрессивного акушерства, проведение профилактики на протяжении всей беременности и в родах, выполнение протоколов, четкая организация неотложной помощи, внедрение методов кровосбережения являются надежной гарантией снижения материнской смертности от акушерских кровотечений.



Спасибо за  
внимание!