
**АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В
СТРУКТУРЕ ПРИЧИН МАТЕРИНСКОЙ
СМЕРТНОСТИ.
Тактика ВОП**

**Новые подходы в области
здоровья матери и ребёнка**

Что Такое Безопасное Материнство?

**“Способность женщины иметь
БЕЗОПАСНУЮ и здоровую
беременность и роды ”**

Leonardo Anatomy



Инициатива Безопасного материнства (1987)

**БЕЗОПАСНОЕ
МАТЕРИНСТВО**

Планирование
Семьи

Дородовой
Уход

Чистые
Безопасные
Роды

Необходимый
акушерский уход

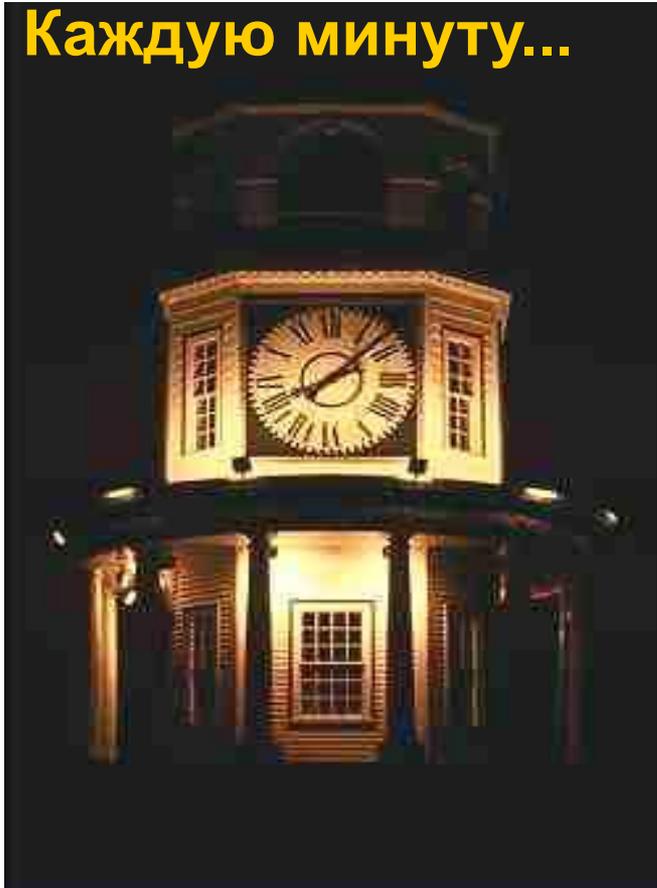
ОСНОВЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА

ПЕРВИЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

РАВНЫЕ ПРАВА ДЛЯ ВСЕХ ЖЕНЩИН

Часы Материнской Смертности

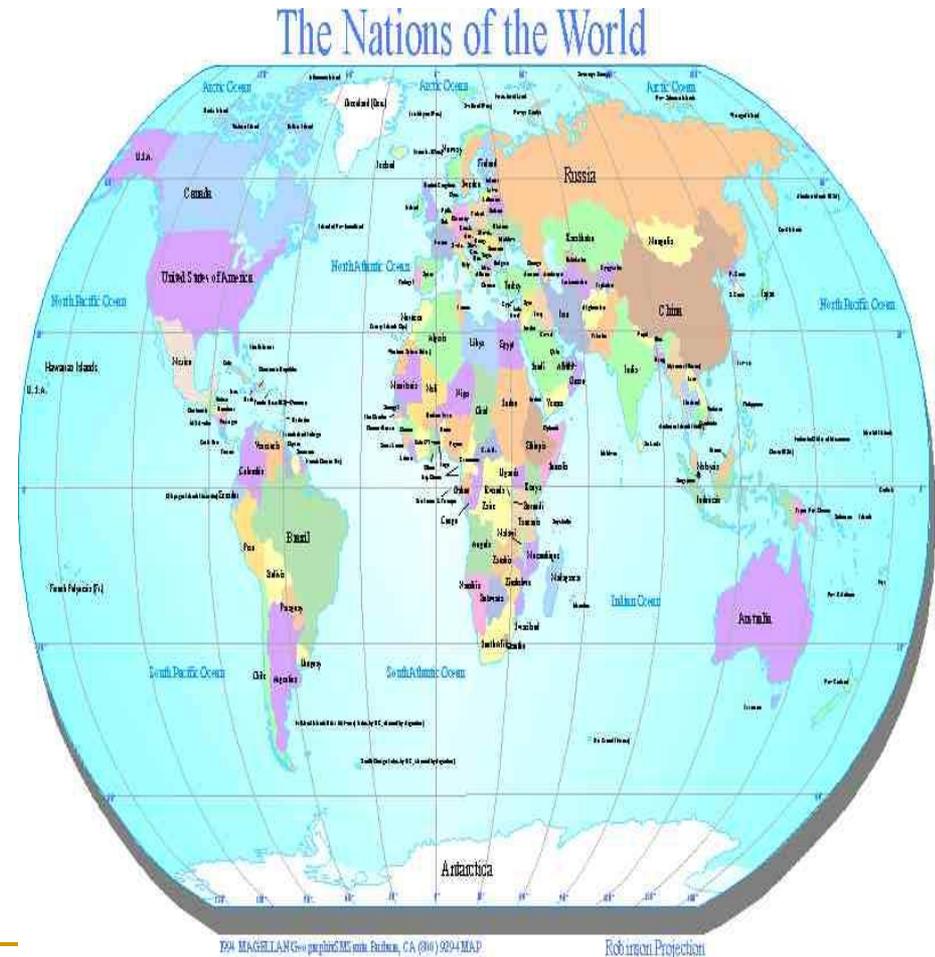
Каждую минуту...



- 380 женщин беременеют
- 190 женщин сталкиваются с незапланированной и нежелательной беременностью
- 110 женщин проходят через осложнения, вызванные беременностью
- 40 женщинам делают криминальный аборт
- 1 женщина умирает от осложнений после беременности

Материнская Смертность : Глобальная Трагедия

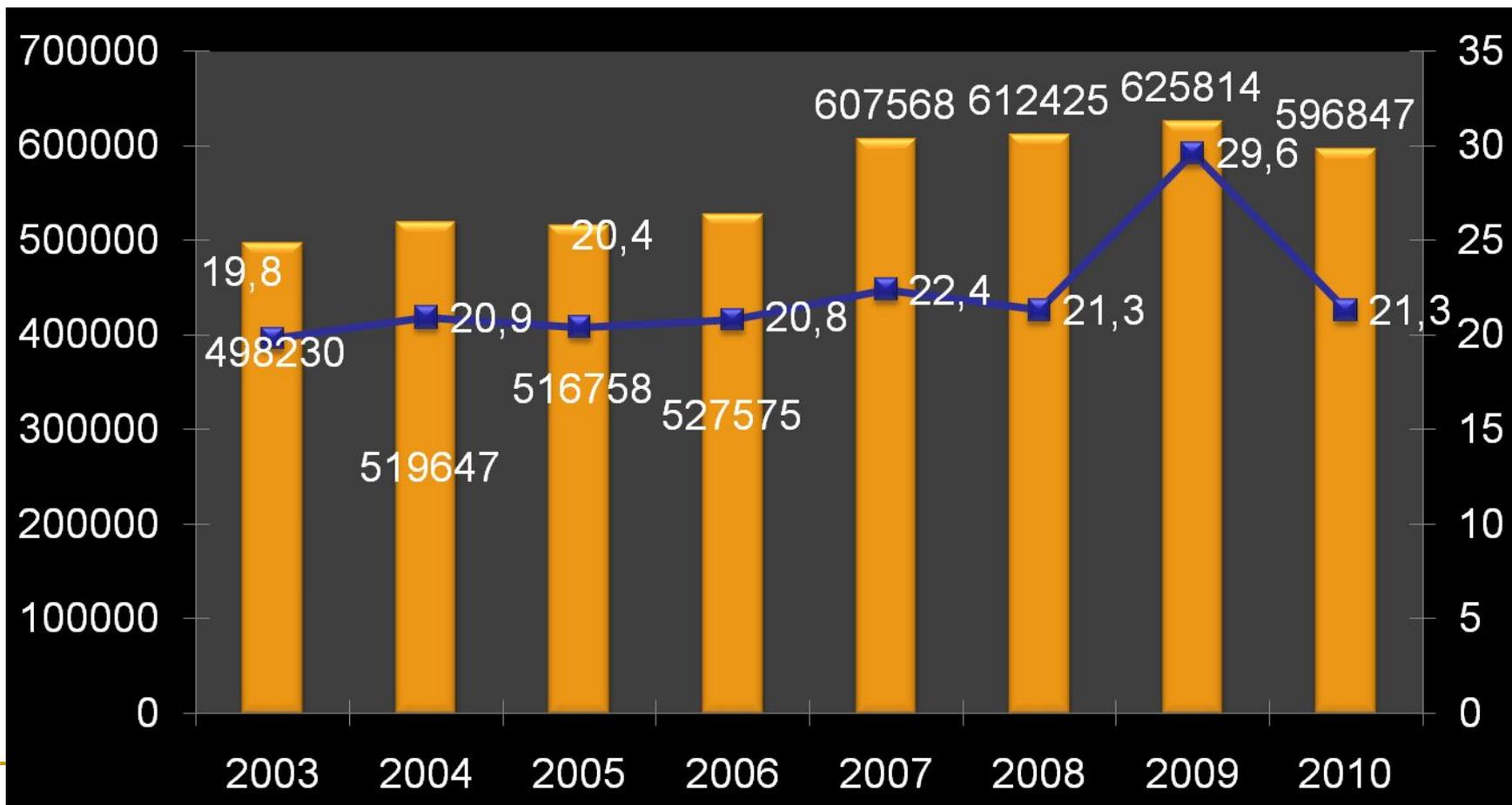
- Ежегодно 529,000 женщин умирают от осложнений беременности
 - 99% в развивающихся странах
 - ~ 1% в развитых странах



Материнская смертность -

число умерших беременных с началом беременности, рожениц и родильниц в течение 42 дней после родов на 100.000 живорожденных.

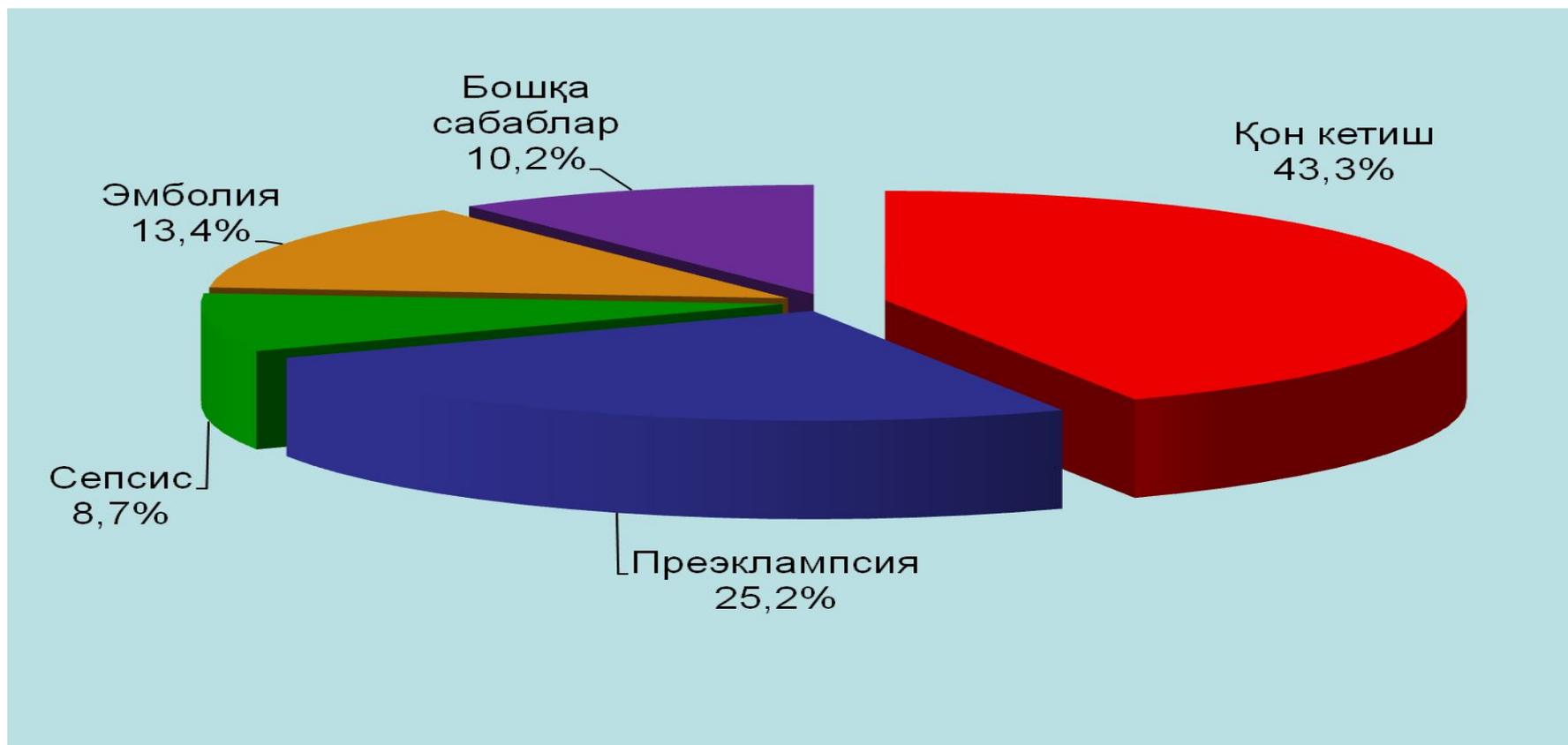
Количество родов и МС в Республике Узбекистан (2003-2010)



Социальное положение

- Домохозяйки- 89%
- Служащие - 6,9% (из них мед работникийи-4,1%)
- Студенты- 4,1%

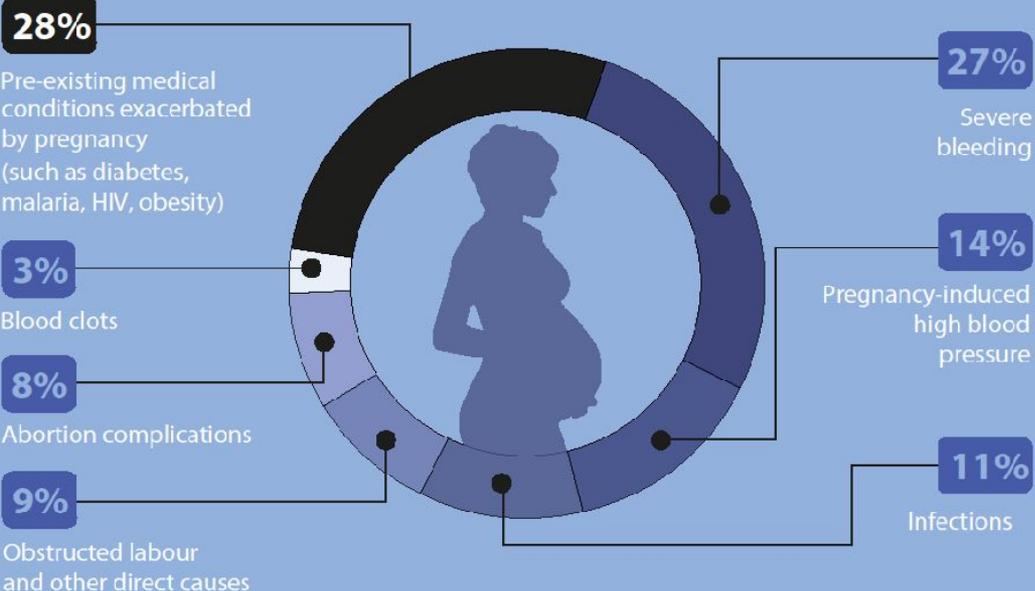
Причины смерти – Death reasons



Hemorrhage – 43.3 %; Preeclampsia – 25.2%; Embolism – 13.4%; Sepsis – 8.7%; Others – 10.2%

SAVING MOTHERS' LIVES

WHAT ARE PREGNANT WOMEN DYING FROM?



World Health Organization

© World Health Organization 2014

Тромбоэмболия - 15.2%

ЭГЗ - 10%

Бошқалар:
Аборт-0.7%
Внемат- 1.4%
Др.- 0,7%

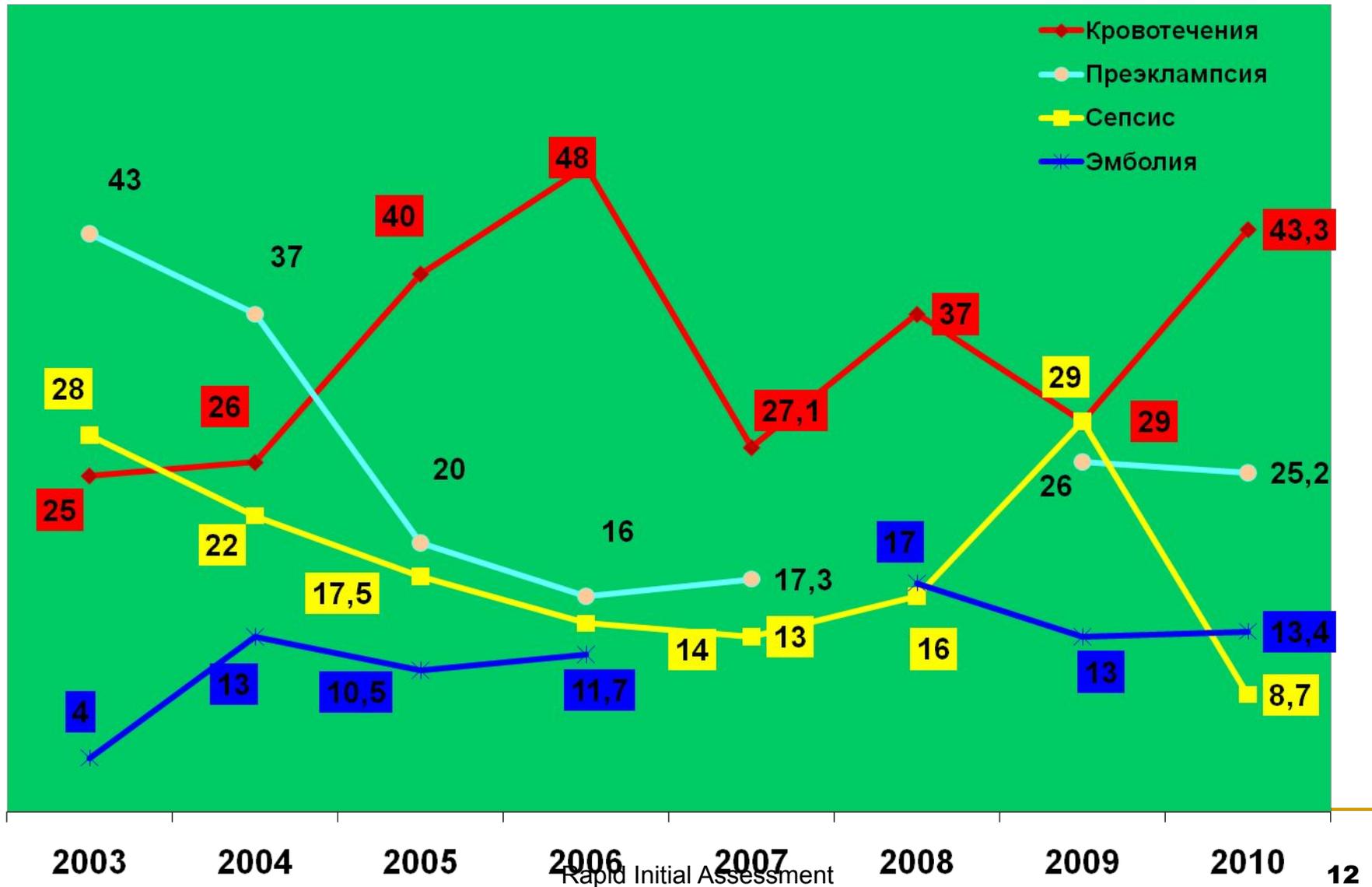
Кон кетиш- 45%

Сепсис - 10%

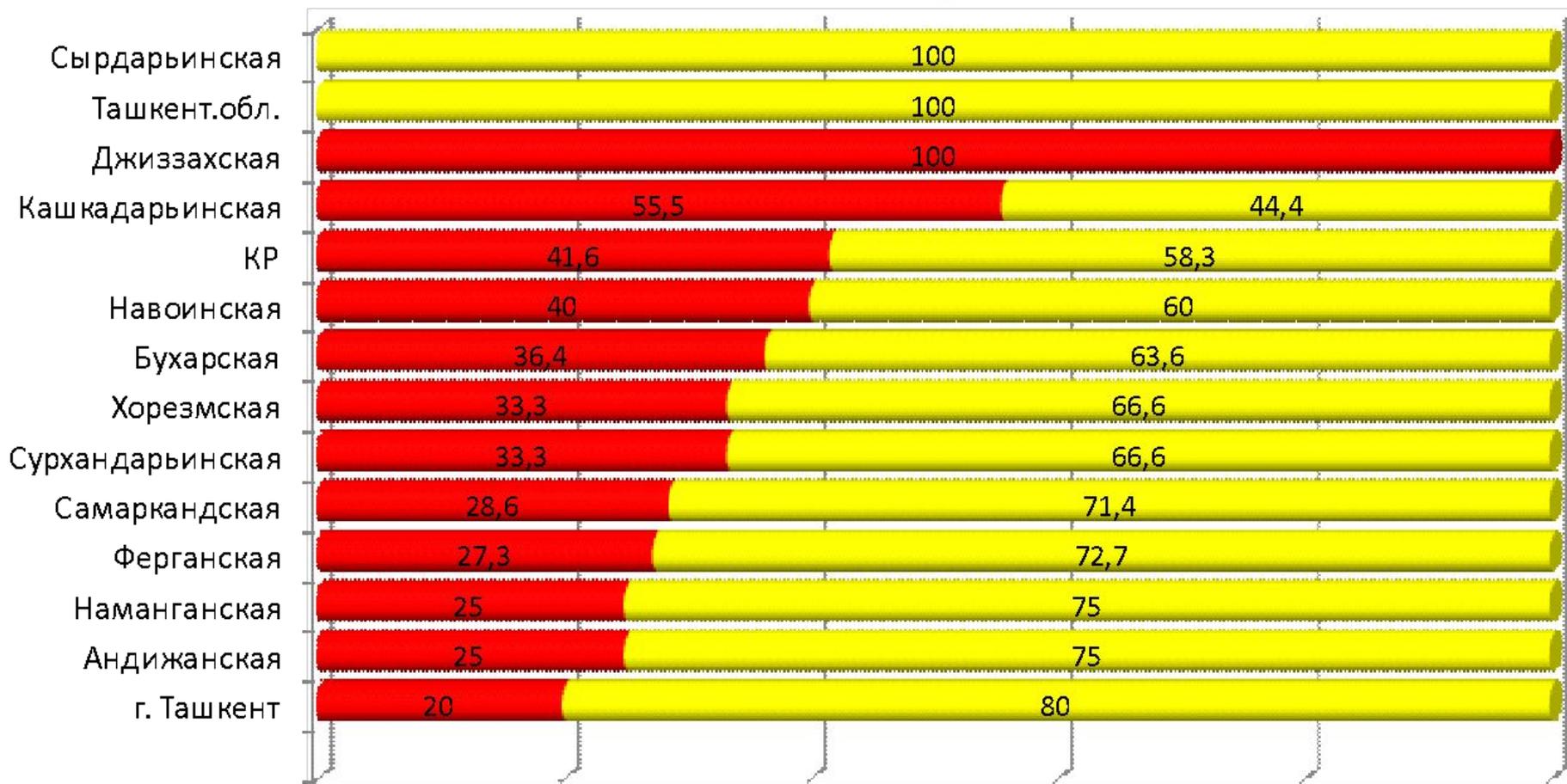
ПЭ - 19.2%

2015 йил
Ўзбекистон
Республикаси
ракамлари – 00%

Динамика причин МС (2003-2010)



Частота акушерских кровотечений по областям республики (%)



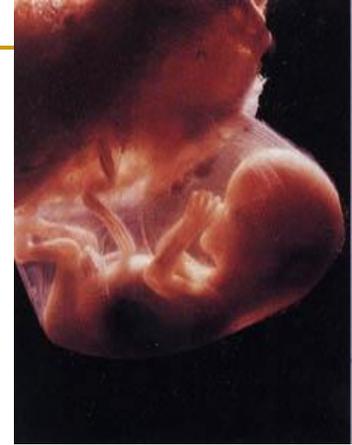
■ кровотечения

■ другие причины

Частота акушерских кровотечений в зависимости от интервала между родами



Снижение показателей МС



- Самый яркий пример успеха – **Дородовая помощь**
- Для достижения оптимальной безопасности каждая женщина должна получать **профессиональную квалифицированную помощь**
- **Улучшение квалифицированной помощи при родах** – в период когда происходит большая часть МС.

Обеспечение безопасной беременности



- Обеспечение хорошей дородовой подготовкой
- Профилактика и лечение последствий нежелательной беременности
- Улучшение ухода за беременными

Но ПОЧЕМУ

Умирают Эти Женщины?

- **Запоздалое решение обратиться за помощью**
 - Недостаточное понимание осложнений
 - Приемлемость материнской смертности
 - Низкий социальный статус женщин
 - Социально-культурные преграды для получения помощи
 - Позднее получение помощи
 - Горы, острова, реки — несовершенная организация транспортировки

- **Позднее получение помощи**
 - Ресурсы, персонал
 - Плохо обученный персонал при системе наказуемости
 - Финансовые трудности

Услуги по Охране Материнского Здоровья

- Высококвалифицированные услуги по охране материнского здоровья не везде доступны.
 - **$\geq 35\%$ не получают дородового ухода**
 - **~ 50% родов проходят без помощи квалифицированных медработников**
 -
 - **~ 70% не получают послеродового ухода в первые 6 недель после родов**



Antepartum Hemorrhage

Third-trimester bleeding

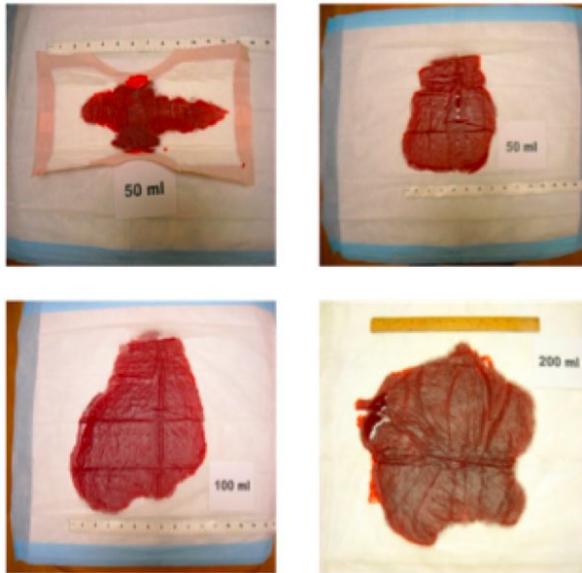
Obstetric	No obstetric
Placental Previa	Acute vaginitis/cervicitis
Placenta Abruptio	Cervical polyp
Uterine Rupture	Cervical cancer
vasa previa : Fetal Vessel Rupture	Trauma



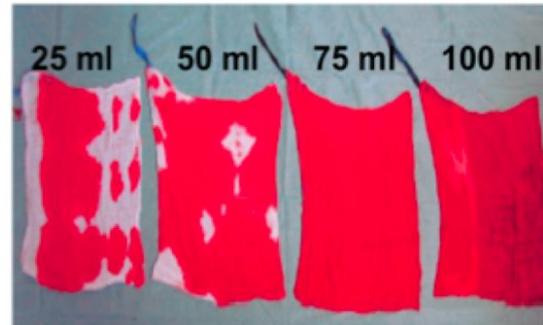
Методы оценки кровопотери

Training Tools

Posters



18 X 18 inch Dry Lap Sponges



- 25 ml saturates about 50% area
- 50 ml saturates about 75% area
- 75 ml saturates entire surface
- 100 ml will saturate and drip

Часто персонал ошибается на 30-40%.

ВИЗУАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО ОЦЕНКИ ОБЪЕМА КРОВОПОТЕРИ



Improving the Accuracy of Estimated Blood Loss Of Obstetric Haemorrhage using Clinical Reconstructions. Bose P , Regan F , Paterson-Brown S . BJOG 2006; 113 :9 19- 924

Акушерские патологии:

- ПОНРП
- Предлежание плаценты
- Гипо- и атония матки
- Разрыв матки
- Патология прикрепления плаценты
- ДВС-синдром

При неотложных состояниях

- Позовите на помощь. Не оставляйте женщину одну.
- Сохраняйте спокойствие и акцентируйте свое внимание на женщине
- Поставьте в известность квалифицированного медработника
- Дайте инструкцию на подготовку необходимого материала и оборудования
- Проведите быстрое обследование: **АД, Ps, дыхание, t°C тела, цвет кожного покрова, объем кровопотери**

Действия

- Переложите женщину на левый бок и обеспечьте подачу O₂

- Клиническое наблюдение – P_s, A/D, дыхание, сатурация O₂

- Две в/в канюли большого диаметра

- Анализ крови, коагулограмма (фибриноген)

- 4 единицы крови, совместимость

- Быстрое переливание 2 л кристаллоидов

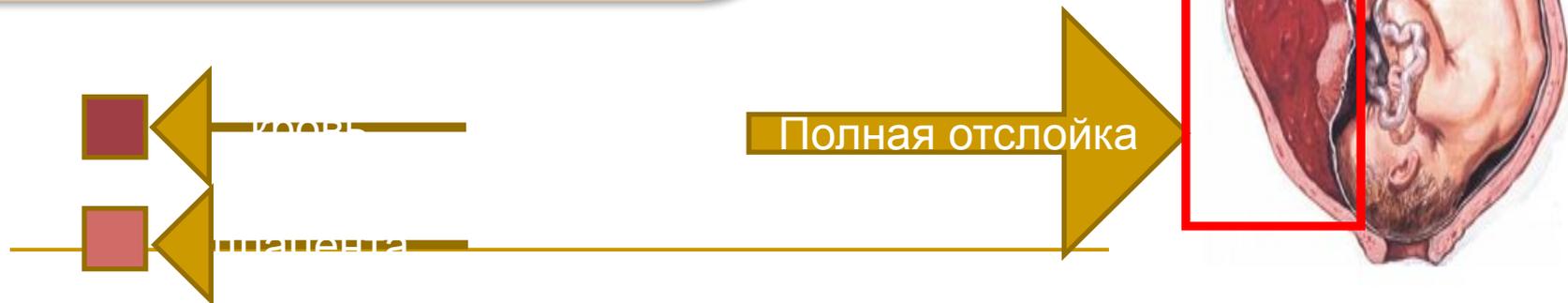
- Оценка необходимости переливание крови

- Оценка плода (с/б, УЗИ оценка)

- УЗИ не в состоянии оценить до 75% случаев отслойки плаценты – не терять время!!!

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

это отслойка плаценты до рождения плода:
- во время беременности,
- в первом и во втором периодах родов



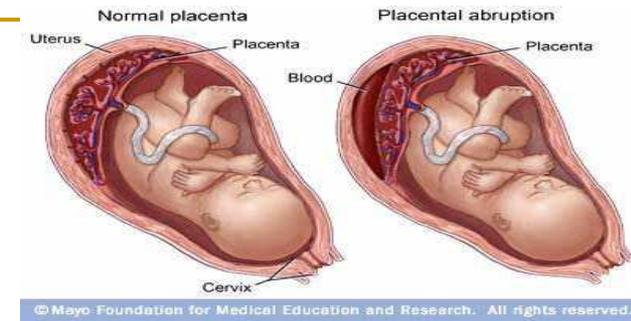
ПОНРП

- Патология эндометрия сосудов
- ЭГЗ: гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ССС и почечные заболевания
- Гипертензивные нарушения

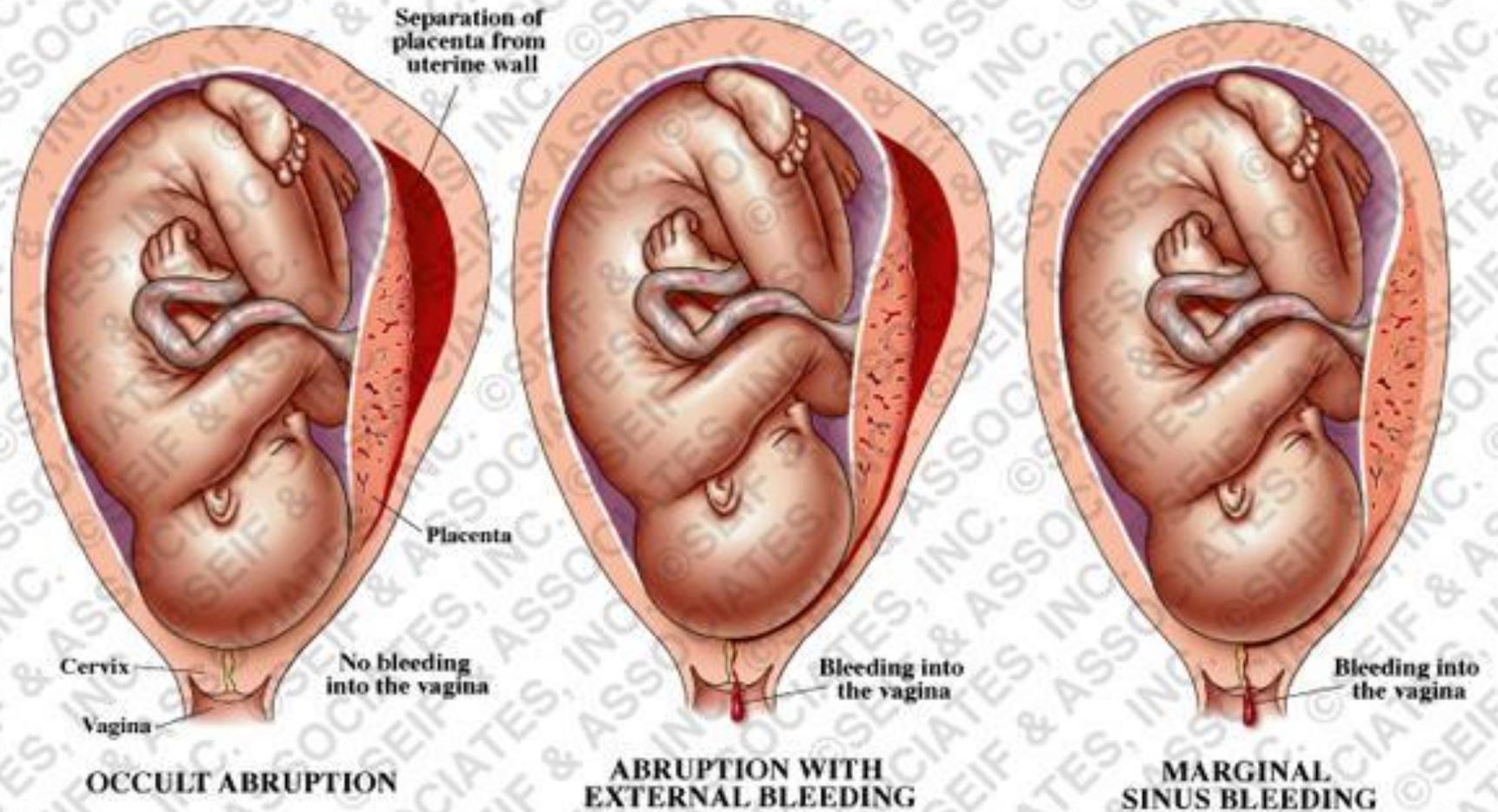
Общее кровопотеря – 600-2500мл.

Кровопотеря складывается из 3 частей:

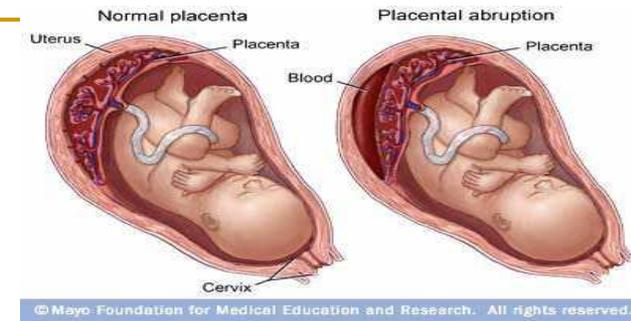
- Внешней кровопотери
- Ретроплацентарная гематома (500-1500мл)
- Внутренней кровопотери за счет секвестрации и депонирования крови



PLACENTAL ABRUPTION

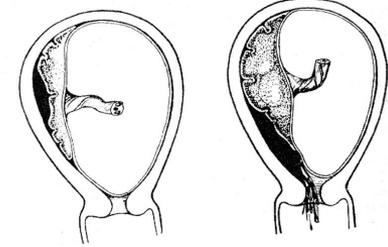


ПОНРП



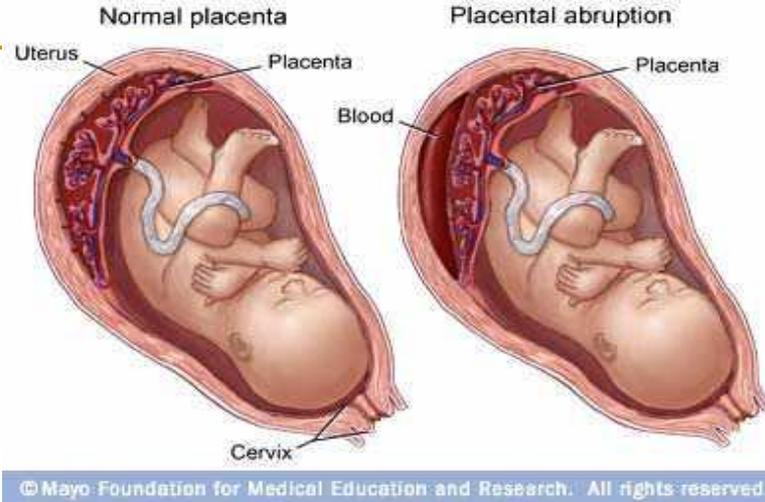
- Напряженность (гипертонус) матки
- Болезненность матки
- Отсутствие шевеления плода или слабое шевеление
- Наличие кровянистых выделений из половых путей, возможно отсутствие кровянистых выделений
- Шок

ПОНРП: мероприятия



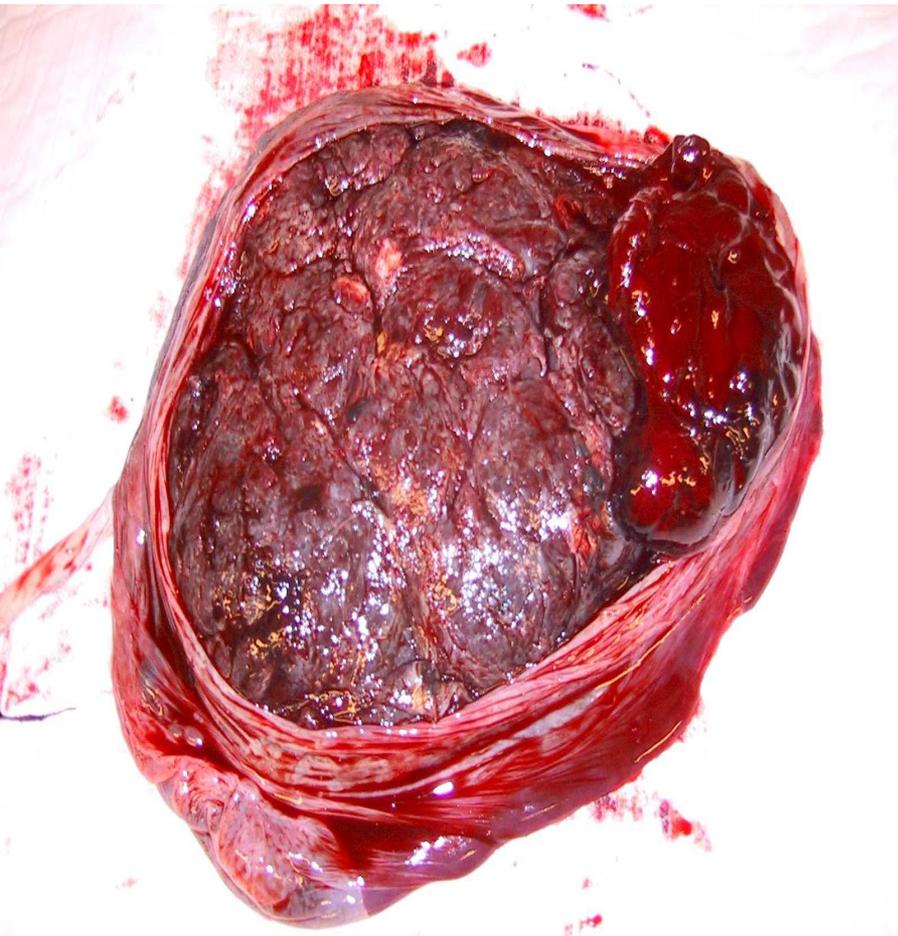
- Определить степень тяжести общего состояния больной: Ps, дыхание, A/D
- Выяснить акушерскую ситуацию: срок беременности, родовую деятельность, характер болей
- Выявить изменение формы матки, тонус, локальную болезненность, характер кровотечения
- Состояние внутриутробного плода (с\б, шевеление)

ПОНРП: мероприятия

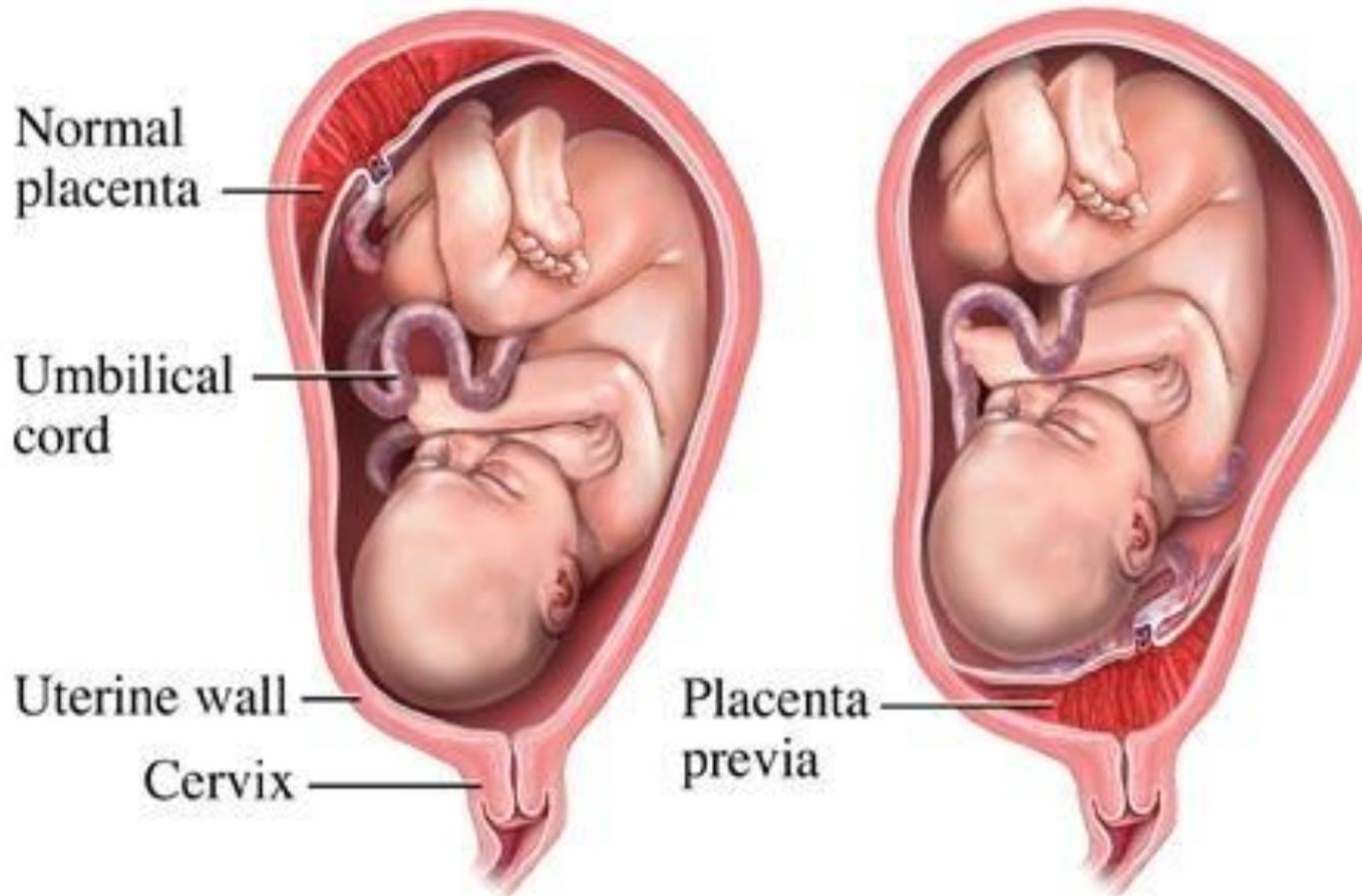


- Срочная транспортировка в ближайший род.дом:
- Ингаляция кислорода!
- Установить систему для в/в вливаний в две вены
- Начать струйное вливание физ. раствора со скоростью 1 л. в течении 15-20 мин. – для восстановления ОЦК.
- В течении первого часа перелейте не менее 2 л. жидкости.

US-image and placenta after delivery



Placenta previa



Definition

■ Placenta previa:

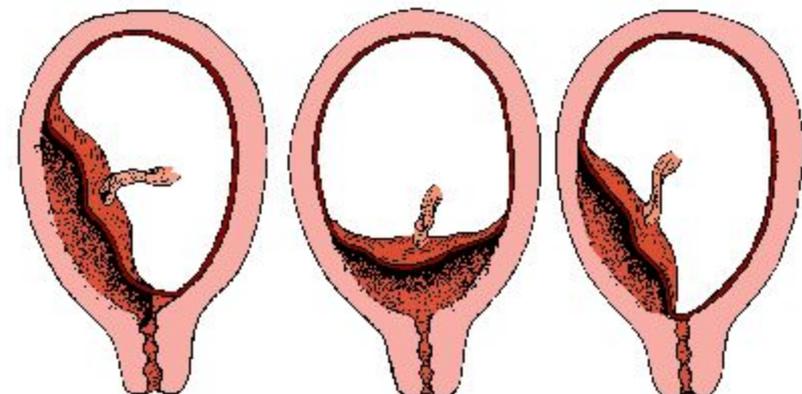
The inferior edge of placenta load at the lower uterine segment, or even reach the internal cervical os **after 28 weeks gestation.**

■ **Definition** Placenta Previa is a condition where the placenta lies low in the uterus and partially or completely covers the cervix.

■ Incidence rate:

Internal: 0.24%~1.57% ;

International: 0.5%~0.9%。



Marginal

Complete

Low-lying

Etiology



■ High-risk group

- Age of gravida > 35
- Multipara
- Pregnancy women used to tobacco or dope

■ Initial etiologic agent

- Damage of endometria
- Development of the trophoblastic layer of fertilized ovum delayed
- Anomaly of placenta
- Cicatricial uterus due to cesarean section ,e.g.

Предлежание плаценты

- осложнение беременности, при которой плацента располагается в нижнем сегменте матки ниже плода, перекрывая полностью или частично внутренний зевок шейки матки.

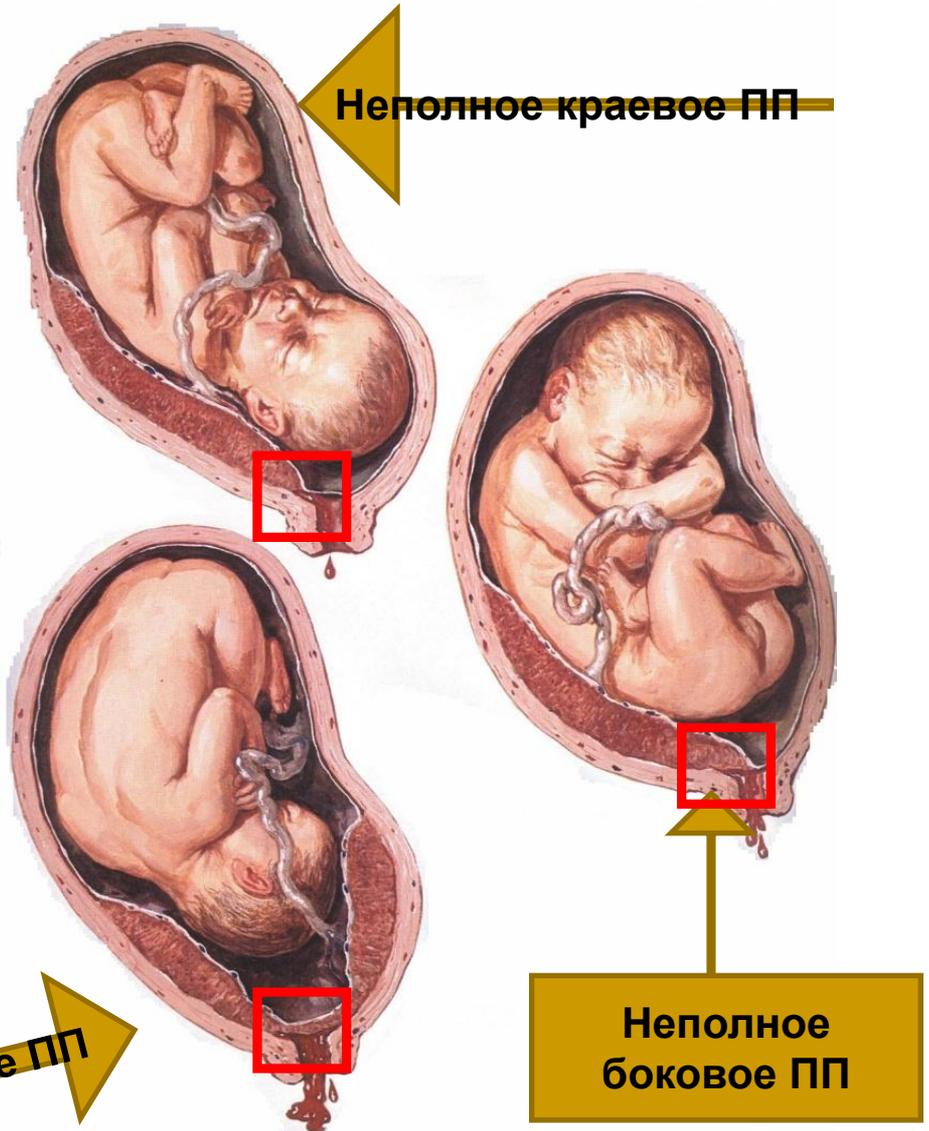
1. Полное (перекрывает внутренний зев)

2. Неполное:

- Боковое (не полностью перекрывает внутренний зев)

- Краевое (достигает краем внутренний зев)

- Низкое расположение плаценты (край плаценты находится ближе 5 см от внутреннего зева)



Placenta previa

Central placenta previa

- Early(20-28wks)
- Large amount
- Several times

Partial placenta previa

- Between total and marginal

Marginal placenta previa

- Late(37-40WKS or in labor)
- Less bleeding

Bleeding time and volume

Classification



Marginal
placenta previa

Partrial
placenta previa

Complete
placenta previa

Предлежание плаценты

ПП наблюдается у повторнородящих женщин с анамнезом на:

- частые аборты, выскабливание полости матки, послеабортные и после родовые септические заболевания.

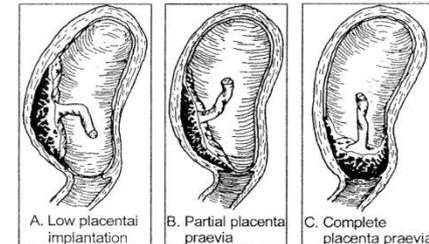
Клиника:

- кровотечения с 16-20 недель беременности
- кровотечение появилось ночью или во сне
- кровотечение появилось после полового сношения
- матка не напряжена
- ЧСС плода в норме
- Шок

Косвенные признаки:

- высокое стояние предлежащей части плода
- неправильное положение плода
- СИМПТОМ «ПАСТОЗНОСТИ»

Объем кровопотери – 1000-2000 мл

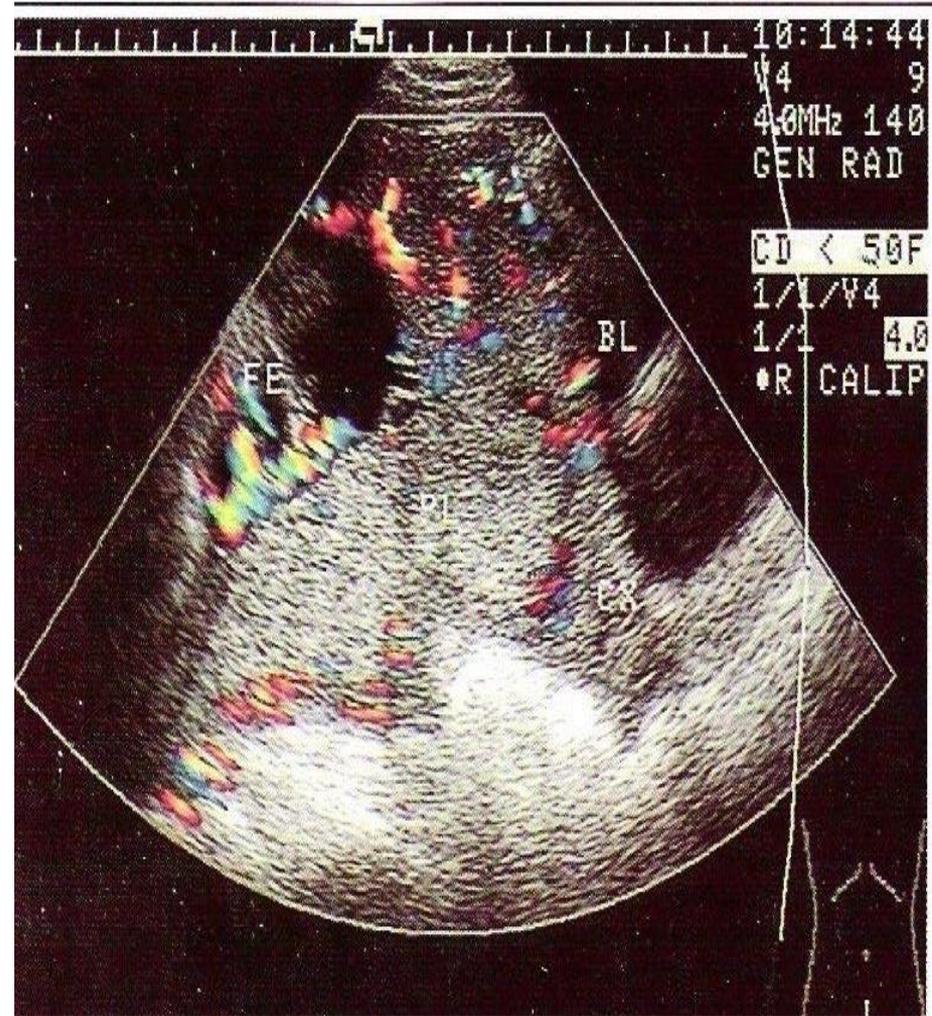
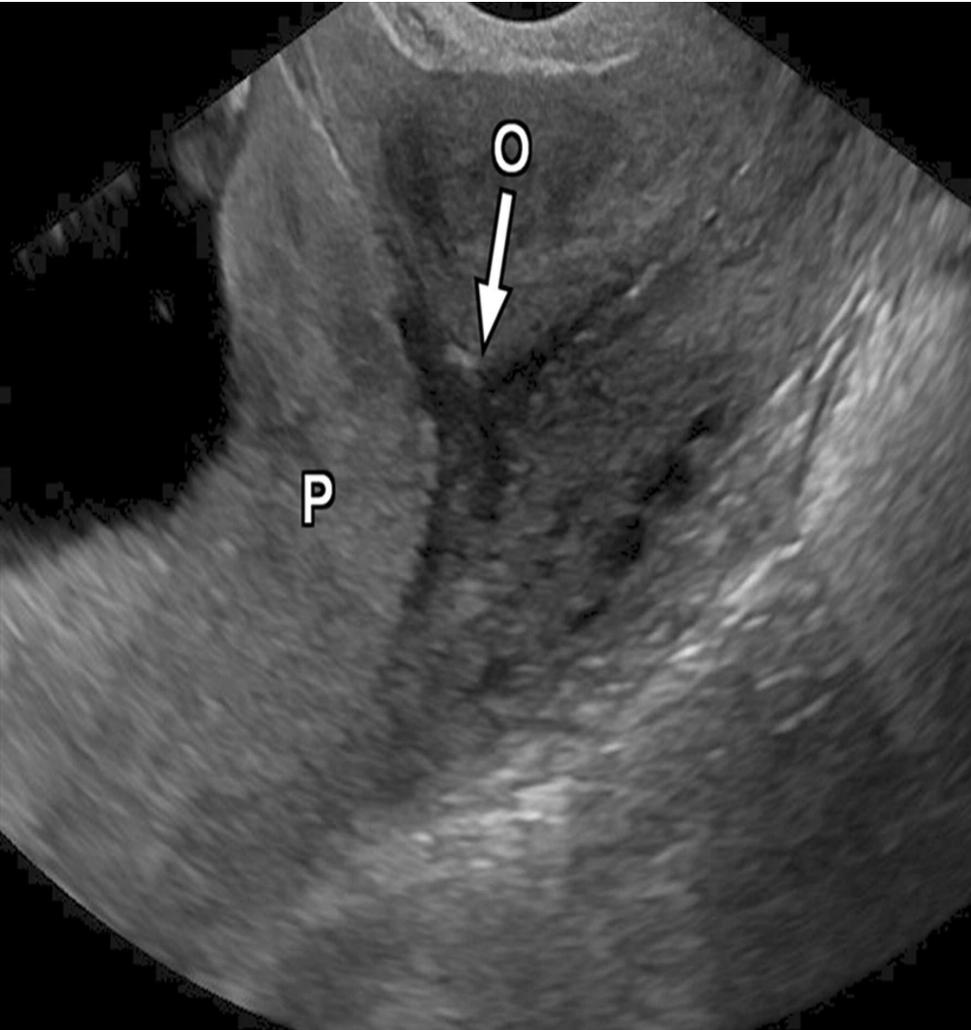


Physical Findings

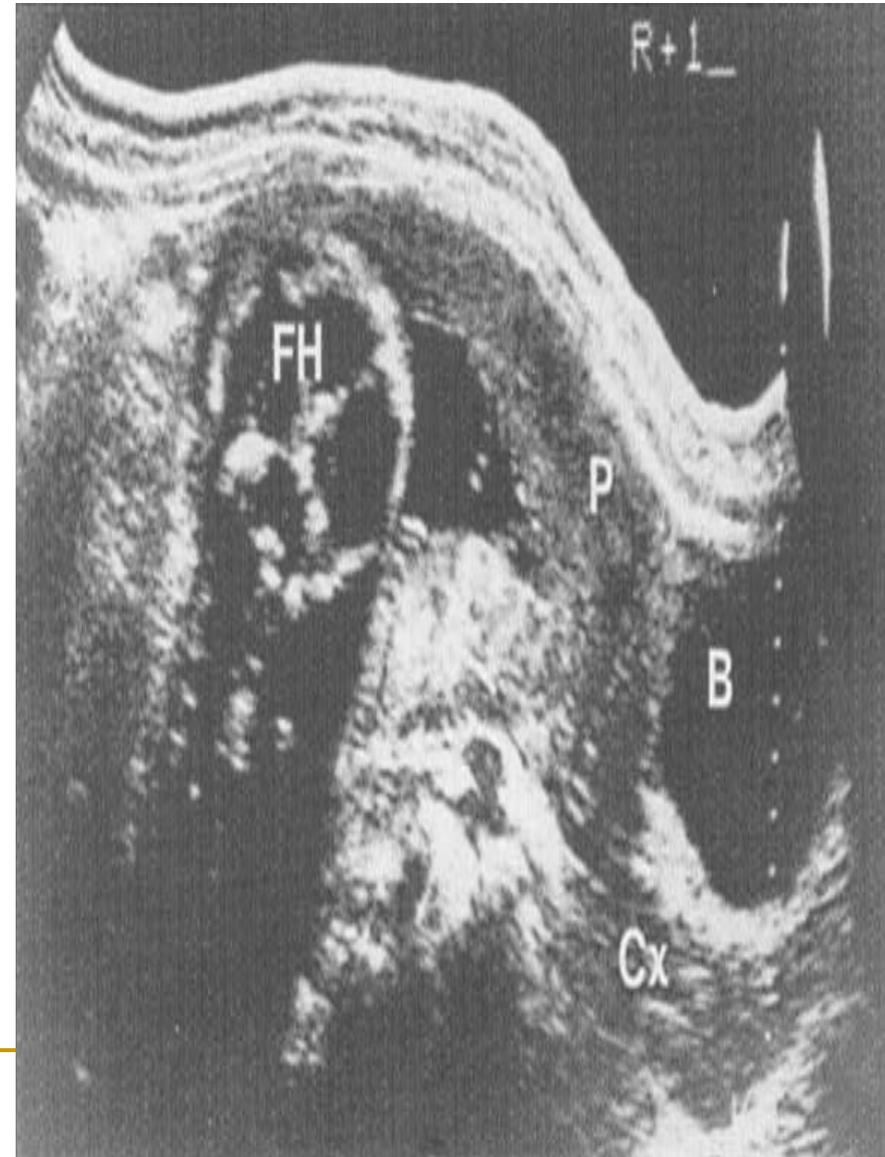
- **Bleeding on speculum exam**
- **Cervical dilation**
 - **Bleeding a sx related to PTL/normal labor**
- **Abnormal position/lie**
- **Non-reassuring fetal status**
- **If significant bleeding:**
 - **Tachycardia**
 - **Postural hypertension**
 - **Shock**



Central placenta previa



Marginal placenta previa



Предлежание плаценты: мероприятия

- Определить степень тяжести общего состояния больной: Ps, дыхание, А/Д, шоковый индекс Альговера (Ps/CAD)
- Выяснить акушерскую ситуацию: срок беременности, родовую деятельность, характер болей
- Выявить изменение формы матки, тонус, локальную болезненность, характер кровотечения
- Состояние внутриутробного плода (с\б, шевеление)

Предлежание плаценты: мероприятия



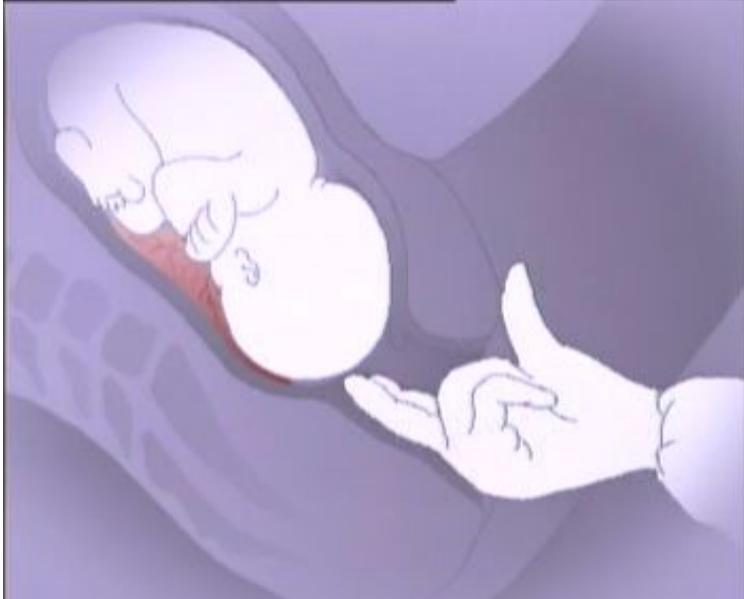
- Срочная транспортировка в ближайший род.дом:
- Ингаляция кислорода!
- Установить систему для в/в вливаний в две вены
- Начать струйное вливание физ. раствора со скоростью 1 л. в течении 15-20 мин. – для восстановления ОЦК.
- В течении первого часа перелейте не менее 2 л. Жидкости
- Влагалищное исследование и осмотр в зеркалах показаны только в условиях развернутой операционной

При поступлении в стационар беременной с подозрением на предлежание плаценты и кровотечением необходимо одновременно:

- позвать на помощь свободный персонал
- на каталке доставить женщину в операционно-родовой блок
- развернуть операционную
- оценить величину кровопотери
- оценить состояние матери (пульс, АД, ЧДД, ТС тела)
- катетеризировать одну (или две) локтевых вены
- начать инфузию физ. раствора в объеме 3:1 предположительной кровопотери
- определить Группу крови и Rh-принадлежность
- провести прикроватный тест

При сильном и продолжающемся кровотечении родоразрешение оперативным путем (кесарево сечение)

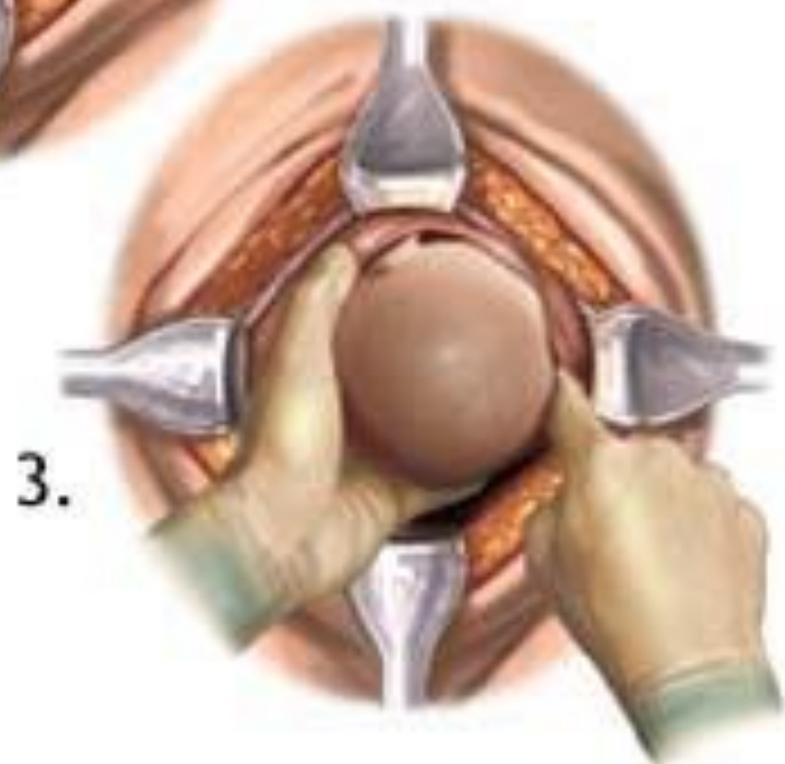
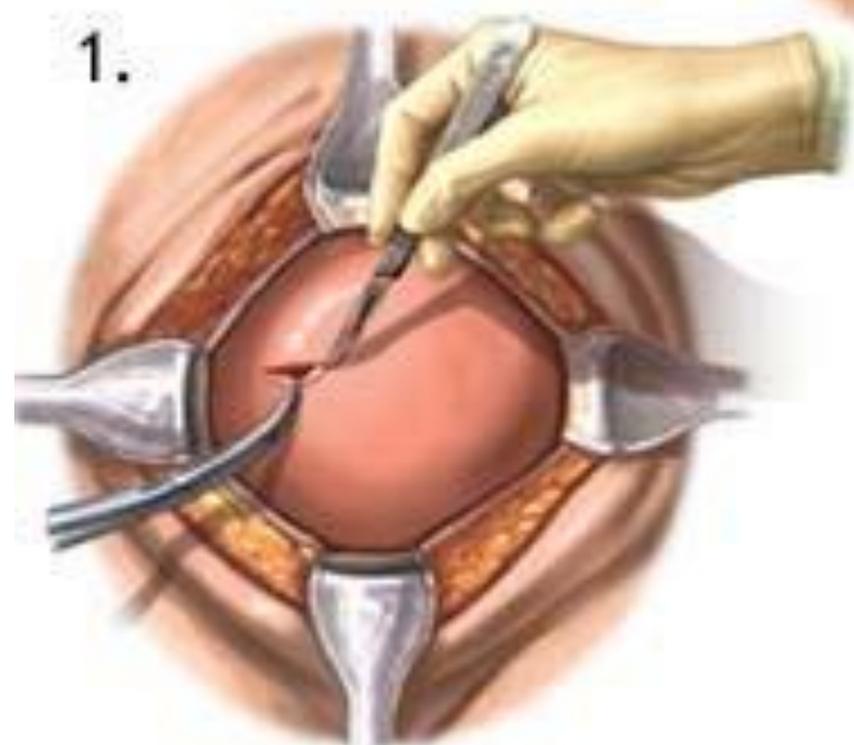
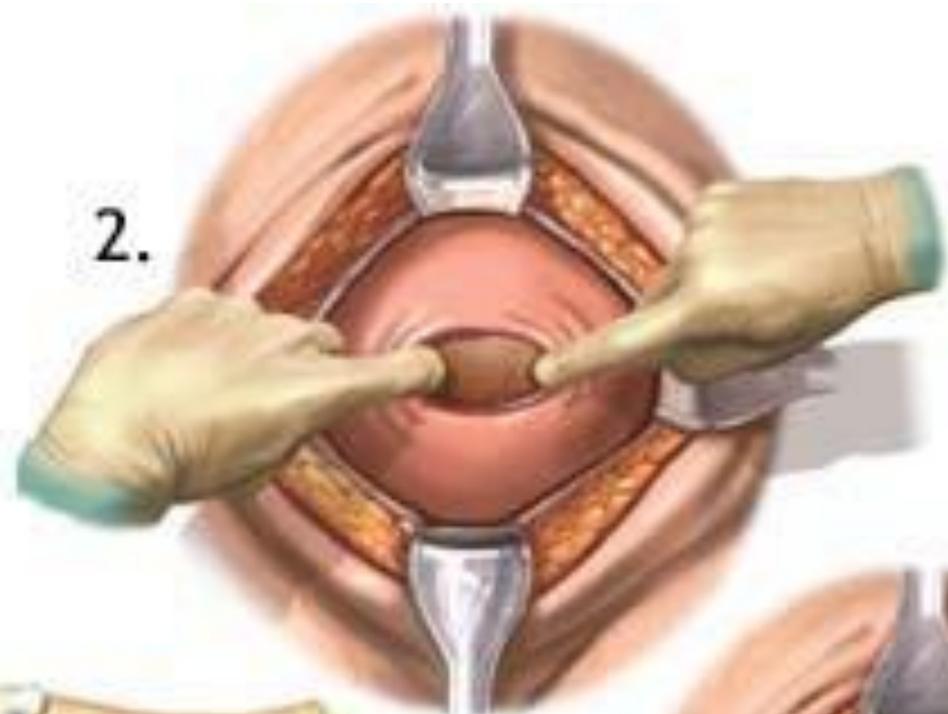
Limited vaginal examination



Gaius Julius Caesar was removed by abdominal, for which he received the name of Caesar;

«Secare», as «caedere», means "cut", the word «caesarea» comes from ab utero caeso (Pliny)





Risk Factors for Uterine Rupture

- Prior uterine scar
 - High parity
 - Hyperstimulation
 - Obstructed labor
 - Intrauterine manipulation
 - Midforceps rotation
-

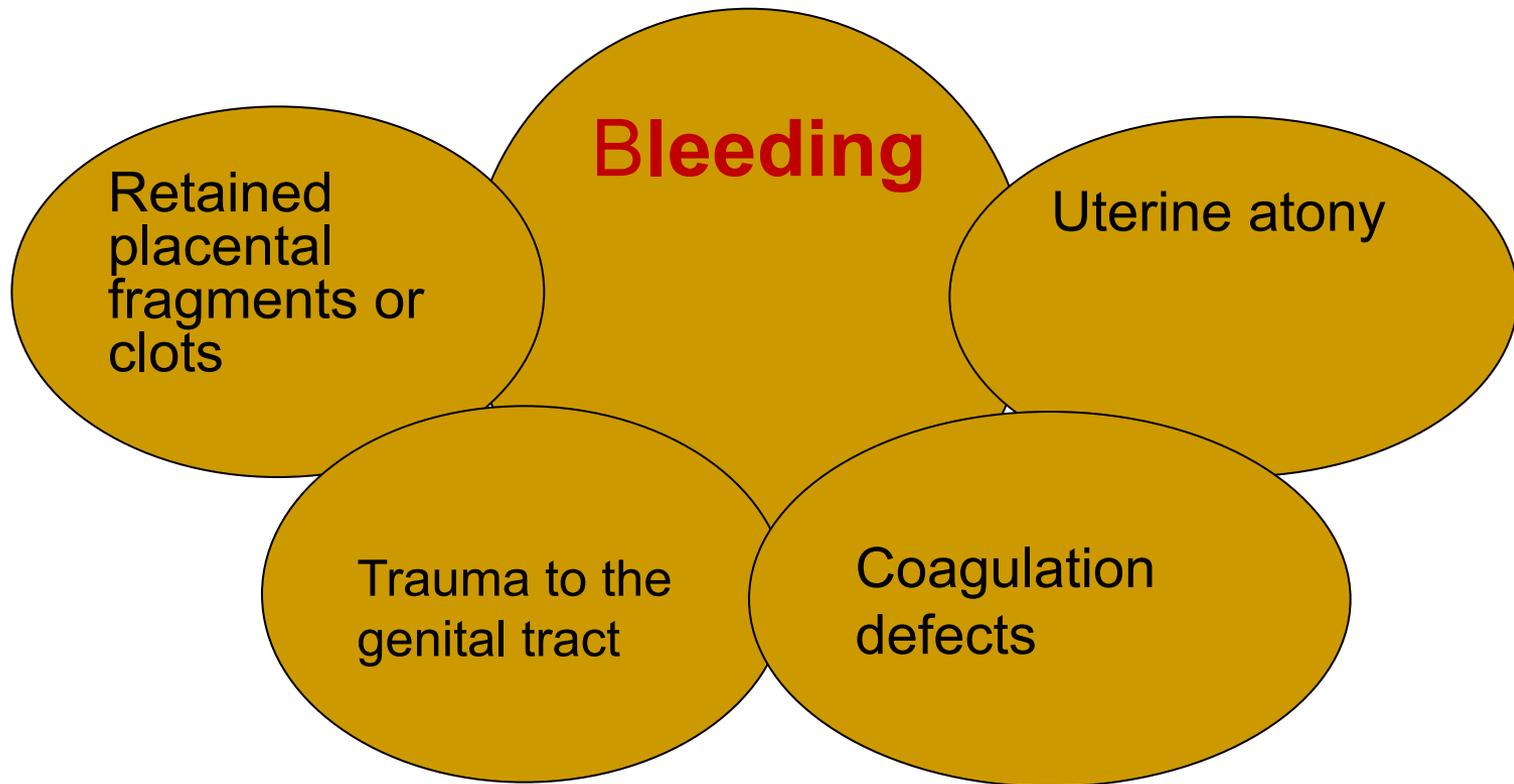
OB Hemorrhage

- **OB hemorrhage accounts for 50% of all postpartum maternal fatalities**
- **The single most important cause of maternal death worldwide**
- **88% of deaths from postpartum hemorrhage occur within 4 hours of delivery**

Кровотечение в 3 периоде родов

- Плотное прикрепление или приращение плаценты
- Ущемление последа у внутреннего зева ш/м
- Травма мягких родовых путей:
 - разрыв матки
 - разрыв влагалища и шейки матки
 - разрыв наружных половых органов
 - разрыв промежности

Etiology of Postpartum Hemorrhage



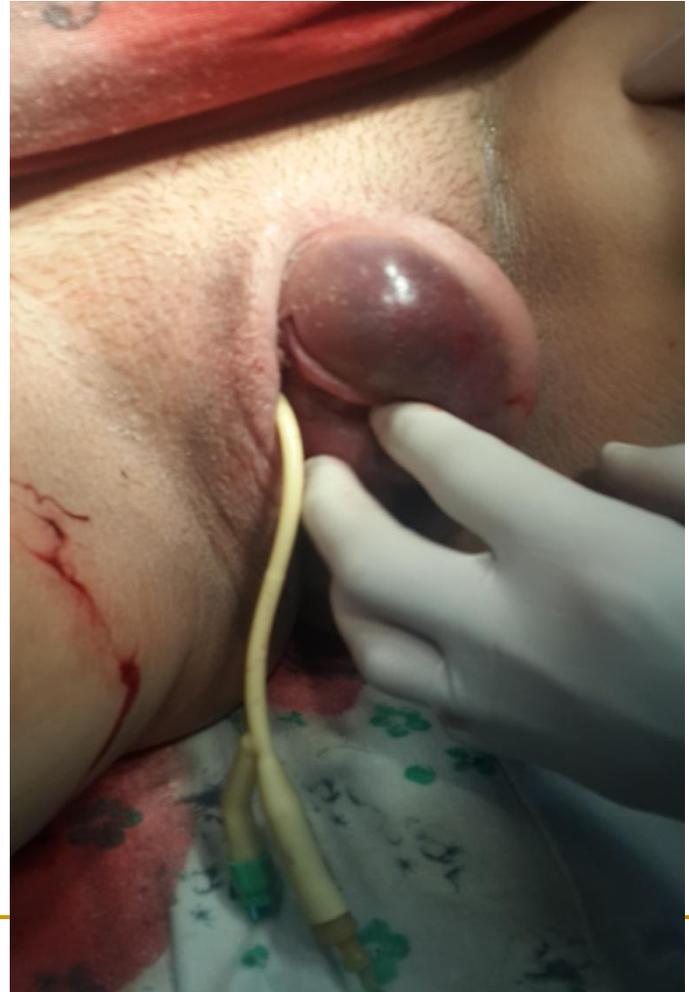
Cases of bleeding after 3-th stady of delivery, canon «four T»:

- **Tonus** - Uterine atony
- **Trauma** - Trauma
- **Tissue** - Retained placental fragments or clots
- **Trombin** - Coagulation defects



После рождения последа необходимо помнить
ПРАВИЛО «**ЧЕТЫРЕ Т**», т.е. ЧЕТЫРЕ ПРИЧИНЫ
КРОВОТЕЧЕНИЯ:

- **Тонус**, т.е. снижение тонуса матки
- **Травма**, т.е. травма мягких родовых путей
- **Ткань**, т.е. остатки последа в полости матки
- **Тромбин**, т.е. нарушение свертывающей системы крови

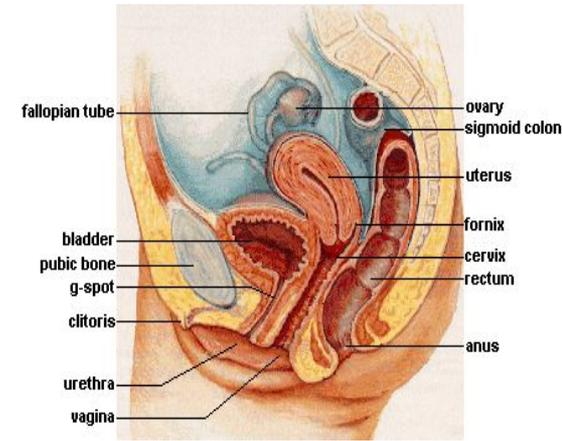


Кровотечение в 3 периоде родов: мероприятия

- Срочная транспортировка в ближайший род.дом:
- Ингаляция кислорода!
- Установить систему для в/в вливаний в две вены
- Начать струйное вливание физиологического раствора со скоростью 1 л. в течении 15-20 мин. – для восстановления ОЦК
- В течении первого часа перелейте не менее 2 л. жидкости.

Гипо- и атония матки

- Часторожавшие
- Крупный плод
- Переношенная беременность
- Затяжные и быстрые роды
- ПОНРП
- Гипертензивные нарушения
- ЭГЗ
- Задержка плаценты в полости матки

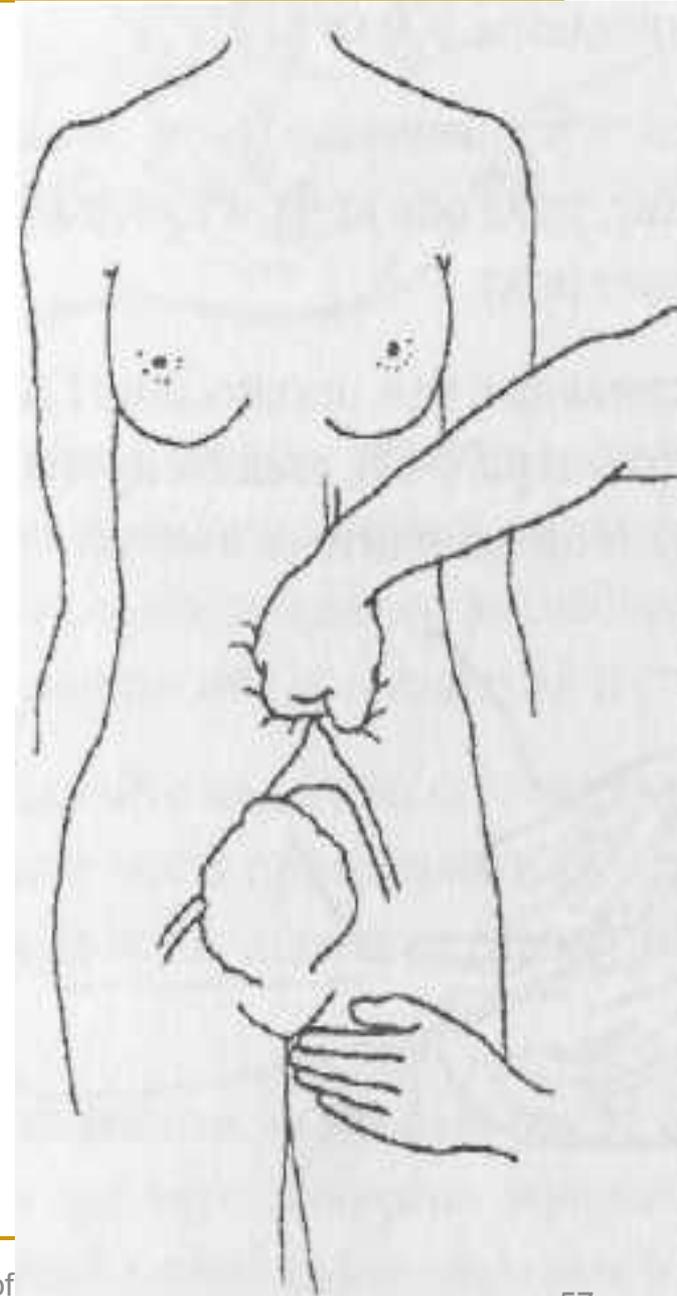


Объем кровопотери – 2500,0 мл.

Гипо- и атония матки

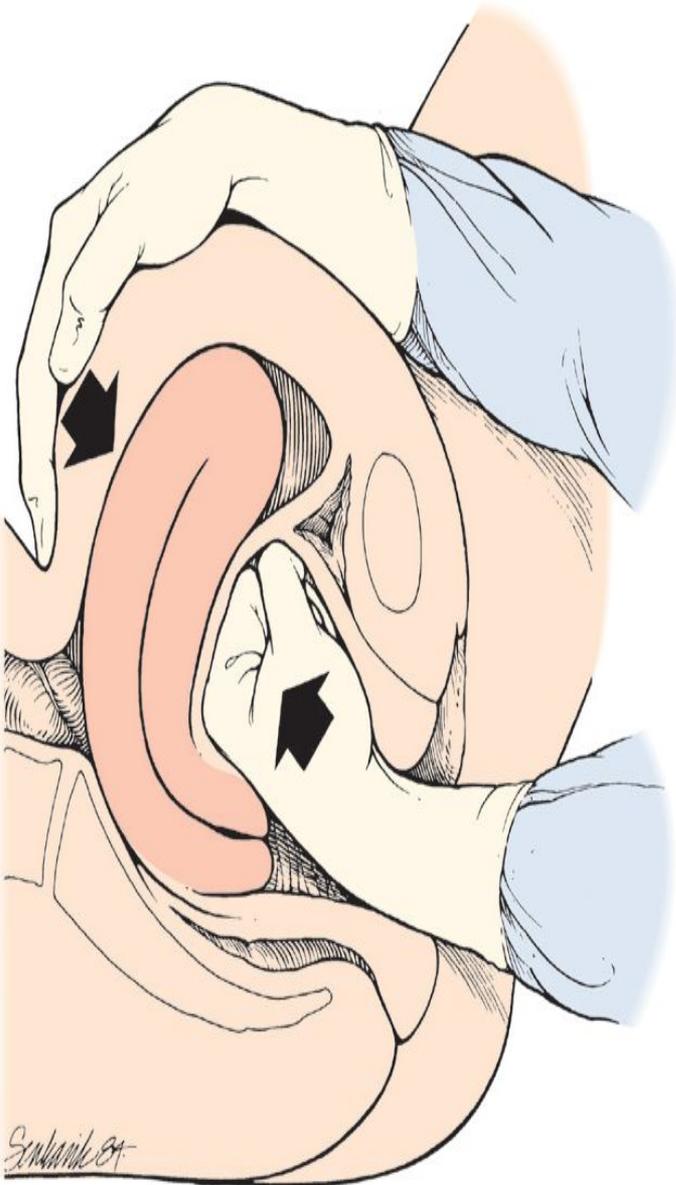
При продолжающемся кровотечении:

- Срочная транспортировка в ближайший род.дом
- Ингаляция кислорода
- Продолжать в/в вливание раствора окситоцина 20 ЕД/л со скоростью 30 капель в мин.
- Во время транспортировки проводить прижатие брюшной аорты кулаком.



Атония матки: мероприятия

- Вызвать на помощь доп. персонал
- Опорожнить мочевой пузырь (мочевой катетер)
- Установить систему для в/в вливаний
- Начать в/в инфузию раствора с **20 ЕД** окситоцина 60 кап/мин
- Начать двуручный массаж матки, в/м ввести 10 ЕД окситоцина
- **Каждые 15 мин** измерять АД, Ps



Разрыв матки (частота 1:5000 родов)

Классификация:

1. По патогенетическим признакам:

- Самопроизвольный (механический, гистопатический, комбинированный)
- Насильственный

2. По клиническому течению:

- Угрожающий
- Начавшийся
- Свершившийся

3. По характеру повреждения:

- Трещина
- Неполный
- Полный

Разрыв матки

- вагинальное кровотечение или признаки внутрибрюшного кровотечения
- сильная боль в животе
- внезапное уменьшение прежней боли

ОБЪЕКТИВНО:

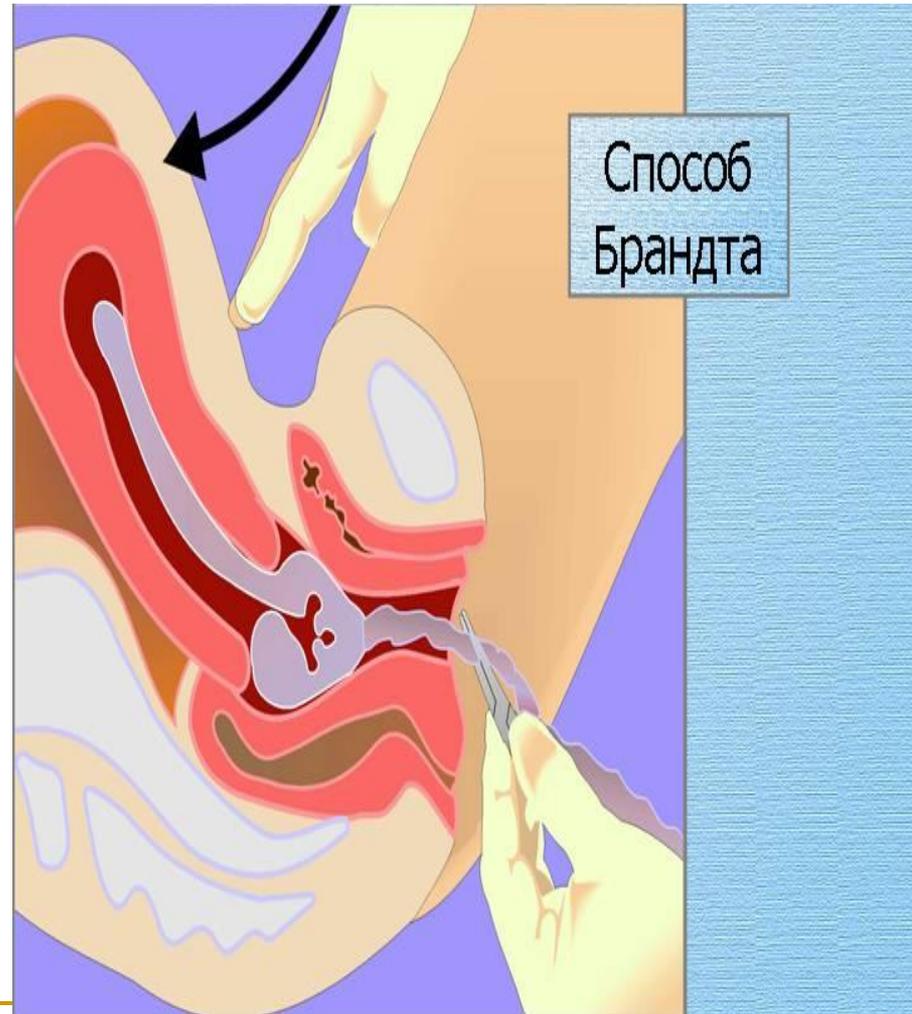
- Шок: тахикардия – более 100 уд/мин, гипотония – А/Д < 90 мм. рт. ст.
- Вздутие живота, свободная жидкость в брюшной полости
- Ненормальные контуры матки
- Болезненность живота
- Пальпация частей плода отдельно от матки
- Отсутствие сердцебиения плода

Разрыв матки: мероприятия

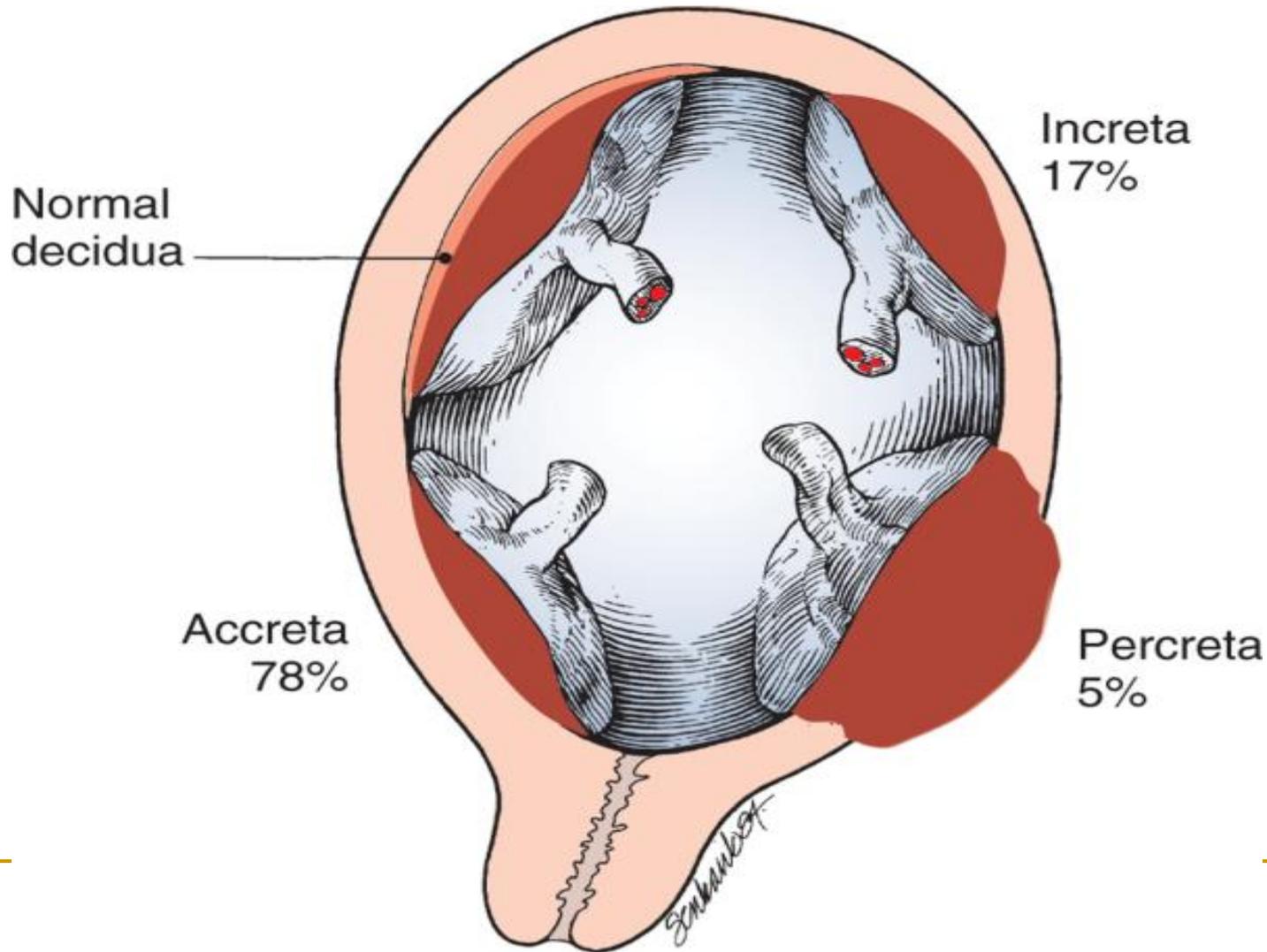
- Срочная транспортировка в ближайший род.дом:
- Ингаляция кислорода.
- Установить систему для в/в вливаний в две вены
- Начать струйное вливание физиологического раствора со скоростью 1 л. в течении 15-20 мин. – для восстановления ОЦК.
- В течении первого часа перелейте не менее 2 л. жидкости.

Задержка или дефект последа

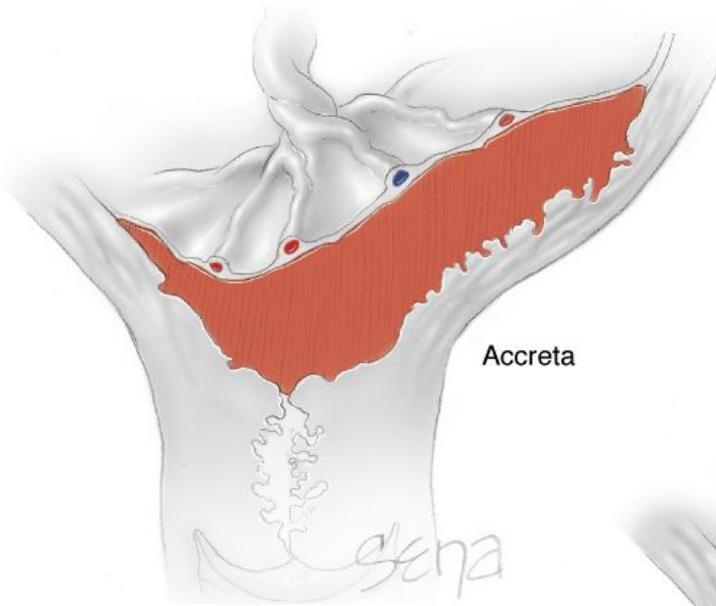
- Опорожните мочевой пузырь.
- Если во влагалище определяются плацента или фрагменты плаценты удалите её стерильными перчатками.
- Если плацента не отделяется или вы не можете её определить введите окситоцин 10 ЕД в/м.
- Если плацента не отделяется в течении 30 мин. после введения окситоцина, а матка сокращена, проведите контролируемое потягивание за пуповину.



Implantation of placenta

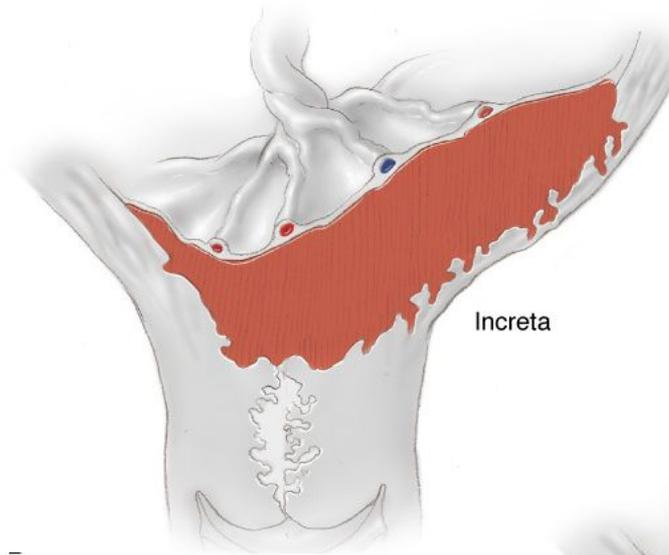


Abnormally adherent placentation.



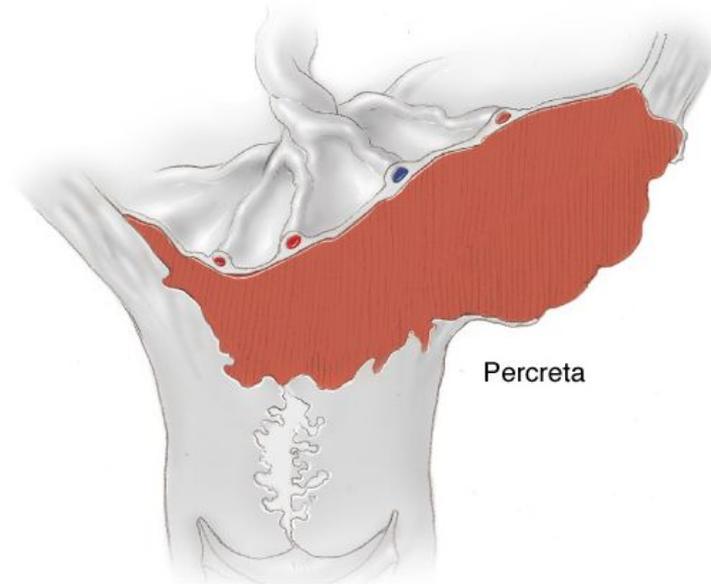
A

A. Placenta accreta



B

B. Placenta increta



C

C. Placenta percreta



Задержка или дефект последа

- Срочная транспортировка в ближайший род.дом для ручного отделения и выделения плаценты:
■ Ингаляция кислорода!

- Установить систему для в/в вливаний в две вены

- Начать струйное вливание физиологического раствора со скоростью 1 л. в течении 15-20 мин. – для восстановления ОЦК.

- В течении первого часа перелейте не менее 2 л. жидкости.



Методы оценки кровопотери

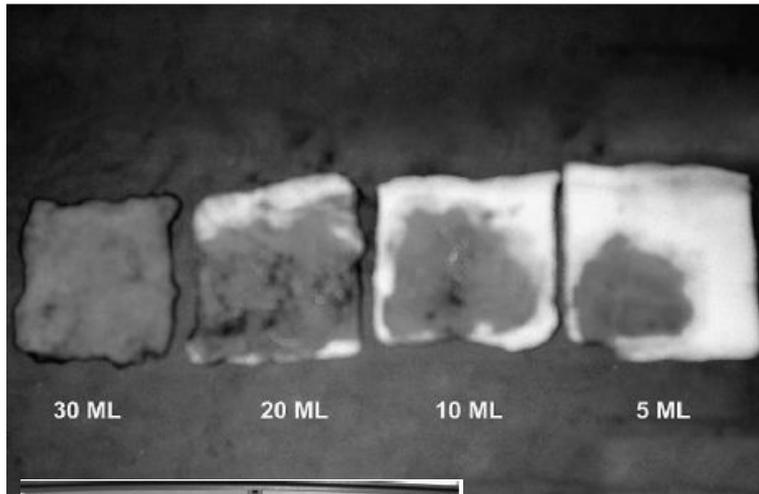


Figure 4 BRASSS-V blood collection drape with calibrated receptacle



Figure 5 Collection of blood using BRASSS-V blood collection drape with calibrated receptacle

ЗОЛОТОЙ ЧАС

МИНУТЫ

Выживаемость
зависит от
тяжести и
продолжительнос
ти кровотечения

Вероятность выживания



Survival is related to severity and duration

ДВС-синдром

- При геморрагическом шоке
- При бактериально-токсическом шоке
- При травматическом шоке.

4 основные стадии:

- 1 – гиперкоагуляция
- 2 – без генерализованной активации фибринолиза (гипокоагуляция)
- 3 – генерализованный фибринолиз
- 4 – полное несвертывание крови

Причины ДВС-синдрома

Хронический ДВС-синдром	Подострый ДВС-синдром	Острый ДВС-синдром
<ul style="list-style-type: none">■ Иммуноконфликтная беременность■ ЭГЗ:<ul style="list-style-type: none">□ Заболевания крови (болезнь Верльгофа, гемотрансфузия несовместимой крови, резус конфликт)□ Хронические заболевания печени□ Острый вирусный гепатит□ Анемия II и III степени	<ul style="list-style-type: none">■ Преэклампсия, эклампсия■ Антенатальная гибель плода■ Септическая инфекция	<ul style="list-style-type: none">■ Гипотоническое кровотечение (> 1% от массы тела)■ Разрыв матки■ Предлежание плаценты■ ПОНРП■ Травма родовых путей (ш/м, клитор и др.)■ Аборты■ Внематочная беременность■ Пузырный занос■ Геморрагический шок

Для снижения материнской смертности необходимо улучшение антенатального ухода:

индивидуальная
работа с каждой
беременной

Обеспечить своевременный и полный объем интенсивной терапии женщин с различными осложнениями беременности, с привлечением врачей анестезиологов-реаниматологов.

В женской консультации определить степень риска перинатальной и материнской смертности

Беременным групп высокого риска обеспечить полное лабораторное обследование и высококвалифицированную консультативную, диагностическую помощь.

проведение подворных обходов для выявления женщин в ранние сроки беременности



Estimated blood loss Aide Memoire

				
Small swab: 30ml	Medium swab: 100ml	Large swab: 350ml	Sanitary towel: 300ml	Inco sheet: 250ml
				
Kidney bowl: 600ml	Bedpan: 500ml	Vomit bowl: 300ml	Floor spills: 50x50cm (1000ml) 75x75cm (1500ml) 100x100cm (1500ml)	PPP: On bed only(1000ml) Spilling to floor(2000ml)

