

**КРОВОТЕЧЕНИЯ
В ПОСЛЕДОВОМ
И
В РАННЕМ
ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

ВЫПОЛНИЛА: КУЛБАЕВА. А.К

**ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ
КРОВОПОТЕРЯ- ПРЕВЫШАЮЩАЯ
0,5% ОТ МАССЫ ТЕЛА.**

(250-400 МЛ)

**МАССИВНАЯ КРОВОПОТЕРЯ-
СОСТАВЛЯЕТ 1% И БОЛЕЕ ОТ
МАССЫ ТЕЛА.**

(1000 МЛ И БОЛЕЕ)

Первичное послеродовое кровотечение – все случаи кровотечений в течении 24 часов после родов

Вторичное послеродовое кровотечение - все случаи кровотечений, которые могут наблюдаться от 24 часов до 6 недель после родов

ФАКТОРЫ РИСКА ДЛЯ РАЗВИТИЕ
КРОВЯЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ
БЕРЕМЕННОСТИ

Преждевременная отслойка
нормально расположенной плаценты

Предлежание плаценты

Многоплодная беременность

Преэклампсия

Применение антикоагулянтов

ОРВИ, бронхопневмония

Септические состояния

Гепатозы

ФАКТОРЫ РИСКА В РОДАХ

Родоразрешение путем кесарева сечения в экстренном порядке

Родоразрешение путем кесарева сечения в плановом порядке

Задержка последа

Эпизиотомия

Оперативные пособия при влагалищном родоразрешения

Продолжительность родов > 12 часов

Крупный плод > 4 кг

Лихорадка во время родов

Применение антикоагулянтов

Родоразрешение при преэклампсиях

Септические состояния

Гепатозы

ОРВИ, бронхопневмония

Нерациональное применение утеротоников

ПРИЧИНЫ (4 «Т»):

Тонус: гипотония и атония матки.

Ткань: нарушение отделения плаценты и выделение последа из матки:

-частичное плотное прикрепление

-приращение плаценты

-аномалия строения и расположения плаценты

-ущемление отделившегося последа в матке

-задержка части последа в полости матки

Тромбин: наследственные и приобретённые нарушения гемостаза.

-первичные: наследственный изолированный дефект одного из гемостатических факторов (болезнь Виллебранда, гемофилия А и В, тромбоцитопатическая пурпура, тромбастения Гланцмана и др).

-вторичные: ДВС синдром.

Травма: разрыв матки и мягких тканей родовых путей.

Консервативные мероприятия при кровотечениях в послеродовом периоде выполняются при удовлетворительном состоянии женщины и все вмешательства по 1 разу.

ПОМОЩЬ ПРИ ПРК

Оказание срочной медицинской помощи

Положение женщины с опущенным головным концом

Дыхательные пути должны быть свободны

Восполнение ОЦК путем инфузионно-трансфузионной терапии

Катетеризация мочевого пузыря для контроля диуреза

І ЭТАП - ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОСТАНОВКЕ ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ:

Позвать всех на помощь

Наружный массаж матки

Введение утеротоников

Осмотр мягких родовых путей

Осмотр плаценты на целостность

Опорожнение мочевого пузыря

ГИПОТОНИЯ МАТКИ- ЭТО ОБРАТИМОЕ
СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ
ПРОИСХОДИТ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ
СНИЖЕНИЕ ЕЁ ТОНУСА И УМЕНЬШЕНИЕ
СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ
МАТКИ;

МЫШЦЫ МАТКИ ПРИ ЭТОМ РЕАГИРУЮТ
НА РАЗЛИЧНЫЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ, НО
СТЕПЕНЬ ЭТИХ РЕАКЦИЙ НЕАДЕКВАТНА
СИЛЕ РАЗДРАЖЕНИЯ.

(3-4% ОТ ОБЩЕГО ЧИСЛА РОДОВ)

АТОНИЯ МАТКИ
(«ПАРАЛИЧ МАТКИ») –
МИОМЕТРИЙ ПОЛНОСТЬЮ
ТЕРЯЕТ ТОНУС И
СОКРАТИТЕЛЬНУЮ
СПОСОБНОСТЬ. МЫШЦЫ МАТКИ
НЕ РЕАГИРУЮТ НА
РАЗДРАЖИТЕЛИ. ВСТРЕЧАЕТСЯ
РЕДКО, НО ЭТО ИСТОЧНИК
МАССИВНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ.

ЭТИОЛОГИЯ:

Заболевания, гипертонические состояния, ЭГЗ, нейроэндокринные нарушения, острые и хронические инфекции, травмы.

Причины, способствующие анатомической и функциональной неполноценности матки: аномалия расположения плаценты, дефект последа, ПОНРП, пороки развития матки, миома матки, многоплодие, многоводие, крупный плод, изменения деструктивного характера в плаценте.

Аномалии родовой деятельности: несвоевременное излитие околоплодных вод, назначение в больших дозах препаратов сокращающих матку, чрезмерное активное ведение 3 периода родов, потягивание за пуповину, необоснованное применение методов Абуладзе, Гентера и Креде-Лазаревича.

ПАТОЛОГИЯ

3

НЕ ПРОИСХОДИТ
КОНСТРИКЦИЯ
РАЗОРВАННЫХ СОСУДОВ
В ОБЛАСТИ
ПЛАЦЕНТАРНОЙ
ПЛОЩАДКИ.

ЛЕЧЕНИЕ (НА ФОНЕ ИТТ):

1. Опорожнение мочевого пузыря.
2. Кровопотеря >350 мл - наружный массаж матки, одновременно вводят утеротоники.
3. Кровопотеря >450 мл - РОПМ под наркозом, наружно-внутренний массаж матки на кулаке, одновременно вводятся утеротоники.
4. Кровопотеря $>1000 - 1200$ мл-при подготовке к операции: прижатие брюшной аорты, двуручное прижатие матки
5. Операция: экстирпация матки с придатками, при необходимости перевязка внутренних подвздошных артерий.

ЭТАП ВРЕМЕННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО
ОСТАВКЕ ПОСЛЕ РОДОВЫХ
КРОВОТЕЧЕНИЙ

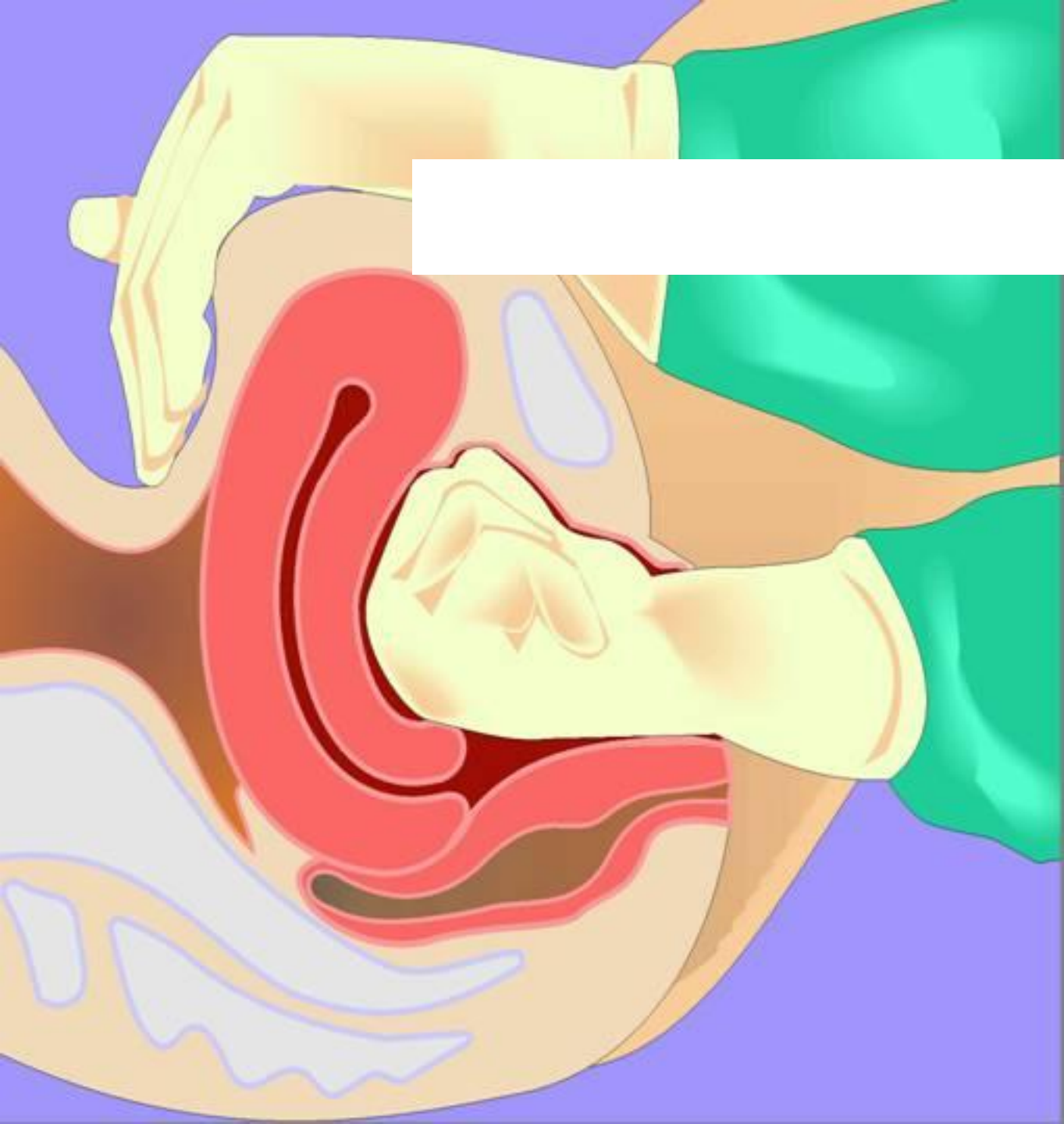
Прижатие брюшной аорты

Двуручное сдавление матки

Ручное обследование полости матки, массаж
матки «на кулаке»

Развернуть операционную

Контроль за свертывающей системой крови



Бимануальное
Маточное
Сдавление и
Массаж

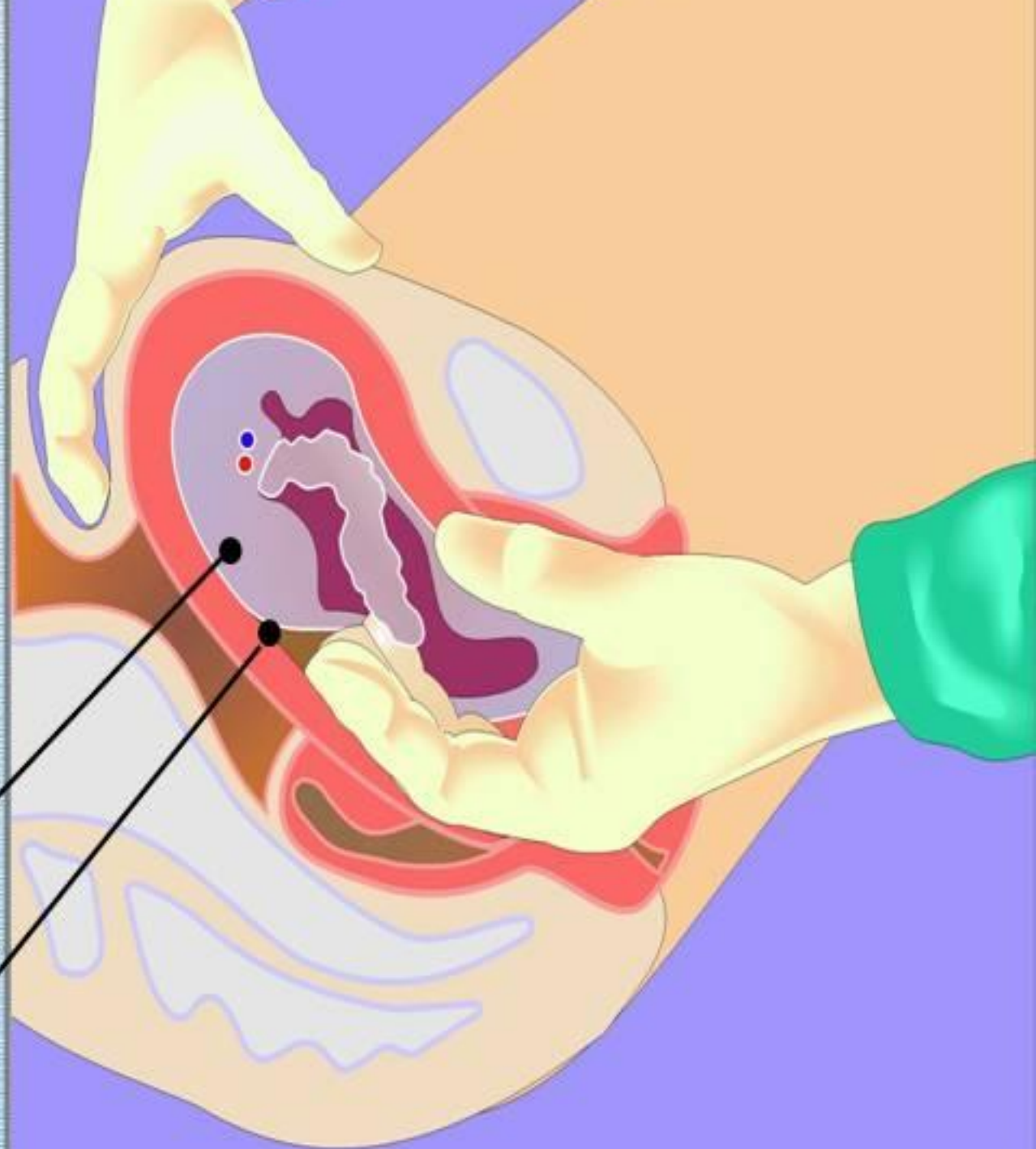
Ручное выделение последа

Использовать
токолитики или
анестезию

Быть готовым к
приращению
плаценты

Плацента

Сегменты
плаценты



АНОМАЛИЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ:

Плотной прикреплению (*placenta adhaerens*) – в результате воспалительных и дистрофических процессов губчатый слой рубцово перерождается, разрыв тканей в последовом периоде невозможен и плацента не отделяется.

Истинное приращение плаценты (*placenta accreta*) – между мышечным слоем и ворсинками хориона отсутствует губчатый слой децидуальной оболочки и ворсины достигают мышечного слоя.

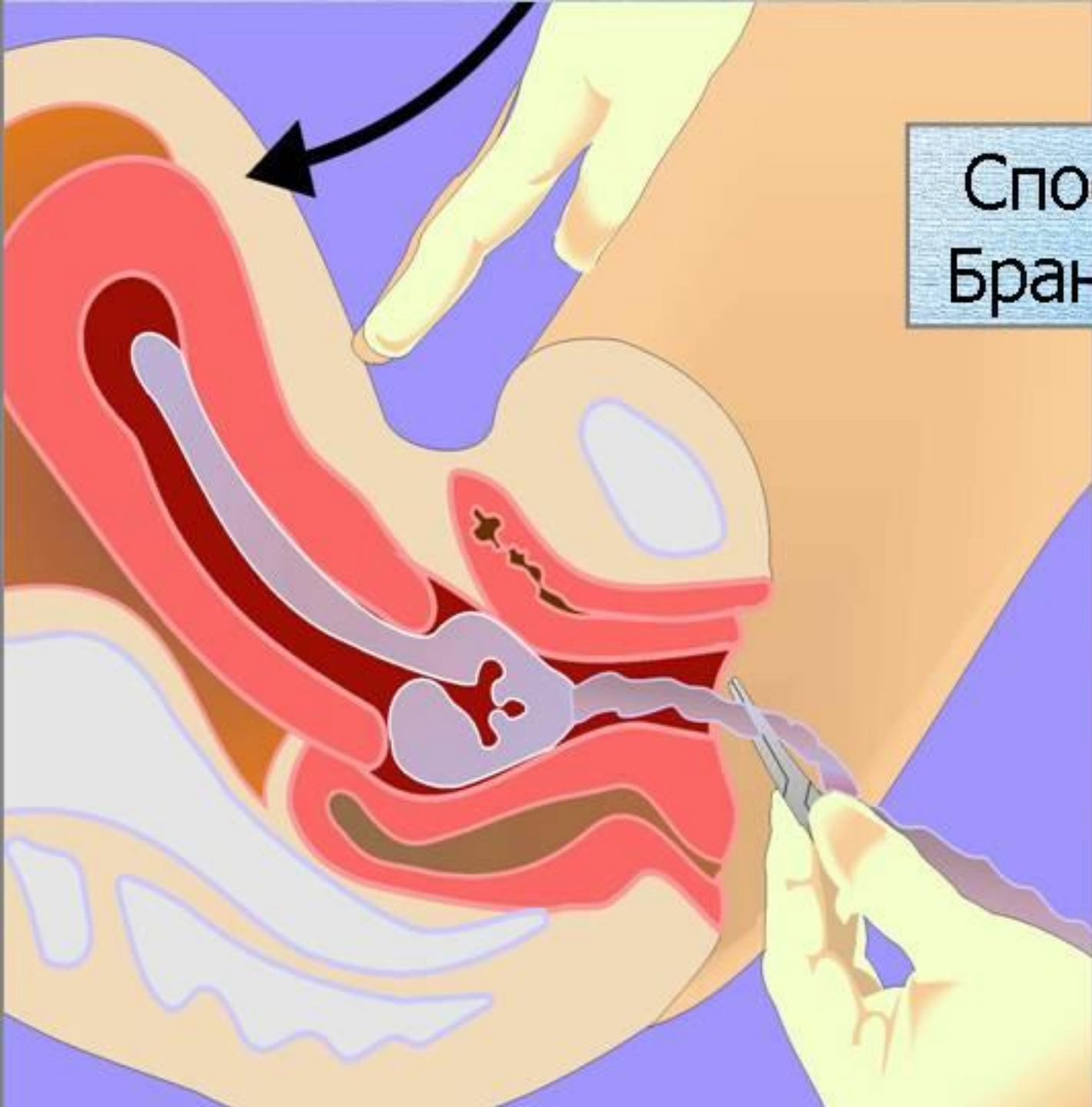
-Полной (плацента на всей площади прикреплена к своему ложу), спонтанного кровотечения нет.

-Частичное – (прикреплена на каком-либо участке), кровотечение обильное.

-Врастание в мышечный слой (*placenta increta*)

-Прорастание всю толщу мышц и серозный слой матки (*placenta percreta*)

Способ
Брандта



ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ОТДЕЛЕНИЯ И ВЫДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

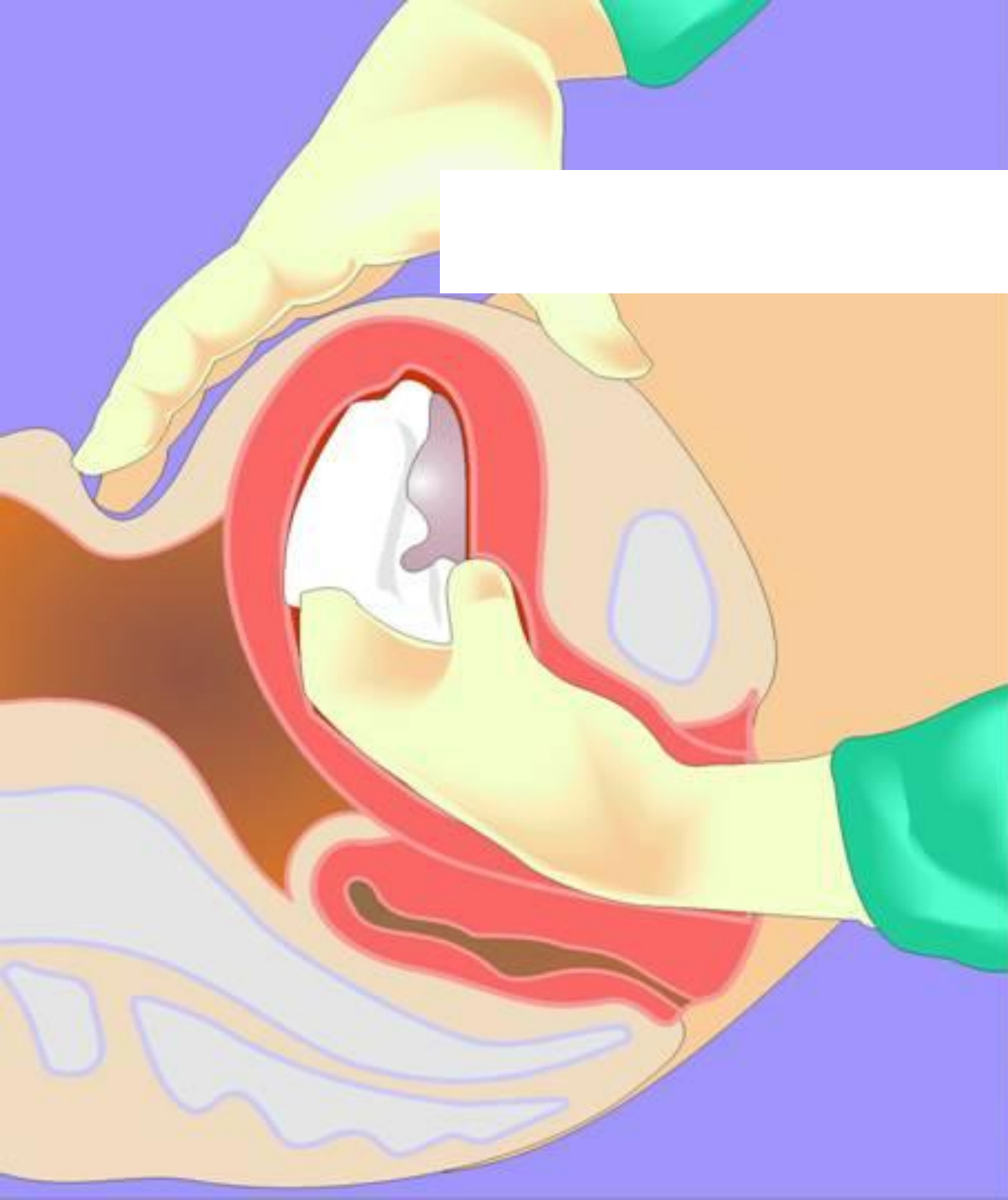
Немедленно после рождения плода вводится в/в ед. окситоцина, либо 10 ед. в/м.

Прием выделения отделившейся плаценты Бранта
Изучите целостность последа и оболочек.

Оцените состояние пациентки (пульс, АД, цвет кожных покровов, сознание, тонус матки и объем кровопотери).

Освободить дыхательные пути женщины, повернуть голову на бок и дайте кислород со скоростью 6-8 л/мин

Ручное обследование полости матки, осмотр шейки матки в зеркалах.



Ручное
выделение
последа

Пальцевое
исследование
матки

Удаление
оставшихся
оболочек и
фрагментов
плаценты

ПРИЧИНЫ РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА:

Неумелая защита промежности

Роды крупным, гигантским и переносенным
плодом

Затяжное течение родов

Неправильное вставление головки

Узкий таз

Тазовое предлежание

Ригидность шейки матки

Рубцовые изменения и воспалительная ткань

Акушерские щипцы

Инфантилизм

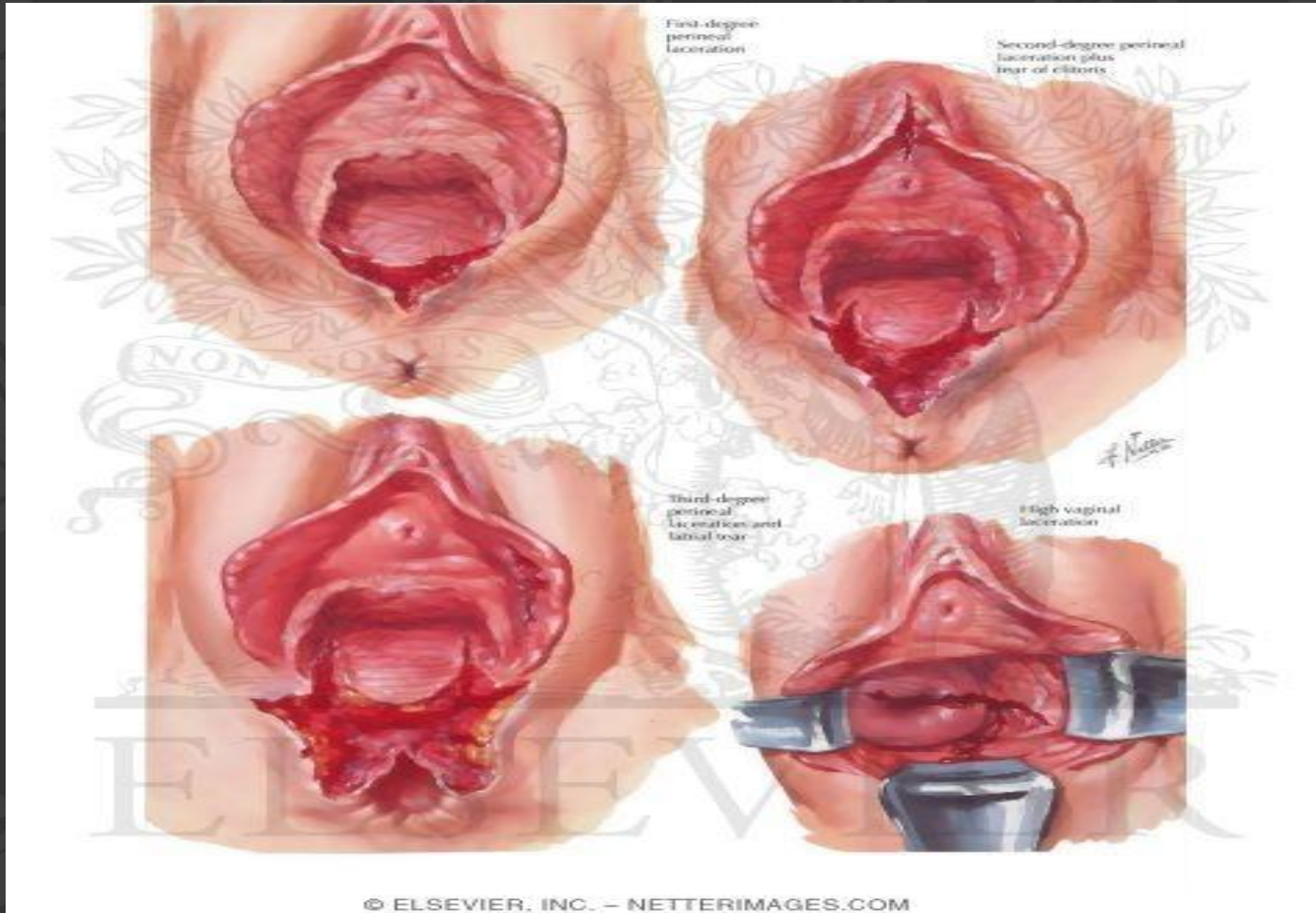
КЛАССИФИКАЦИЯ РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ:

1. Степень – травмируется задняя спайка, часть задней стенки влагалища, кожа промежности.
2. Степень – нарушается кожа промежности, стенка влагалища и мышцы тазового дна.
3. Степень - +травма сфинктера прямой кишки и передняя стенка прямой кишки.

Центральный разрыв промежности – плод рождается через отверстие, образующееся в центре промежности:

- Самопроизвольный
- Насильственный

PERINEAL LACERATIONS



КЛАССИФИКАЦИЯ РАЗРЫВОВ ШЕЙКИ МАТКИ:

- 1) Степень – разрывы шейки матки с одной или обеих сторон длиной не более 2 см
- 2) Степень - разрывы шейки матки с одной или обеих сторон длиной более 2 см, но на 1 см не достигающие до свода влагалища.
- 3) Степень - разрывы шейки матки с одной или обеих сторон доходят до сводов влагалища и переходят на него.

ПРОФИЛАКТИКА:

Своевременное эпизиотомия и перинеотомия

Своевременное распознавание признаков угрожающего разрыва промежности – цианоз, бледность, блеск и отёк.

КЛАССАФИКАЦИЯ РАЗРЫВОВ МАТКИ ПО Л.С. ПЕРСИАНИНОВУ 1964Г:

По времени происхождения

-во время беременности

-во время родов

По патогенетическому признаку

-механический

-гистопатический

-механогистопатический

По клиническому течению

-угрожающий

-Начавшийся

-Совершившийся

По характеру повреждения

-Трещина

-Неполный разрыв

-Полный разрыв

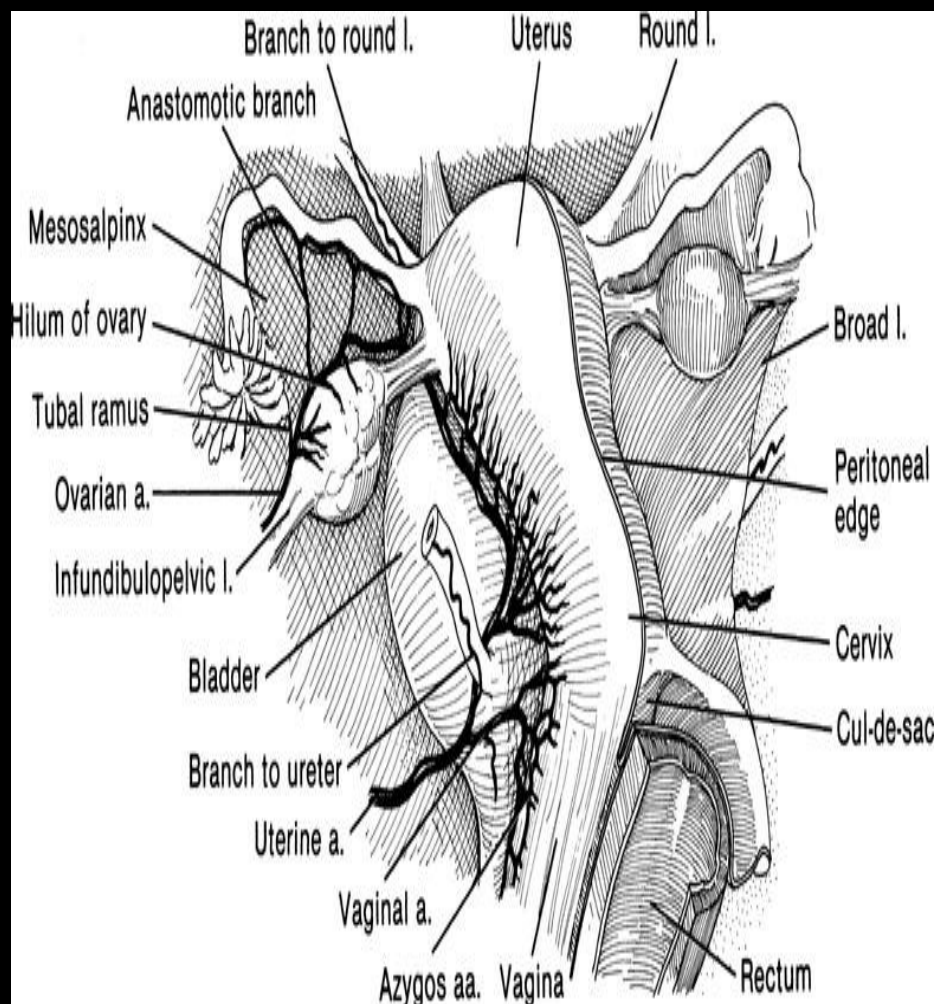
По локализации

-На дне матки

-В теле матки

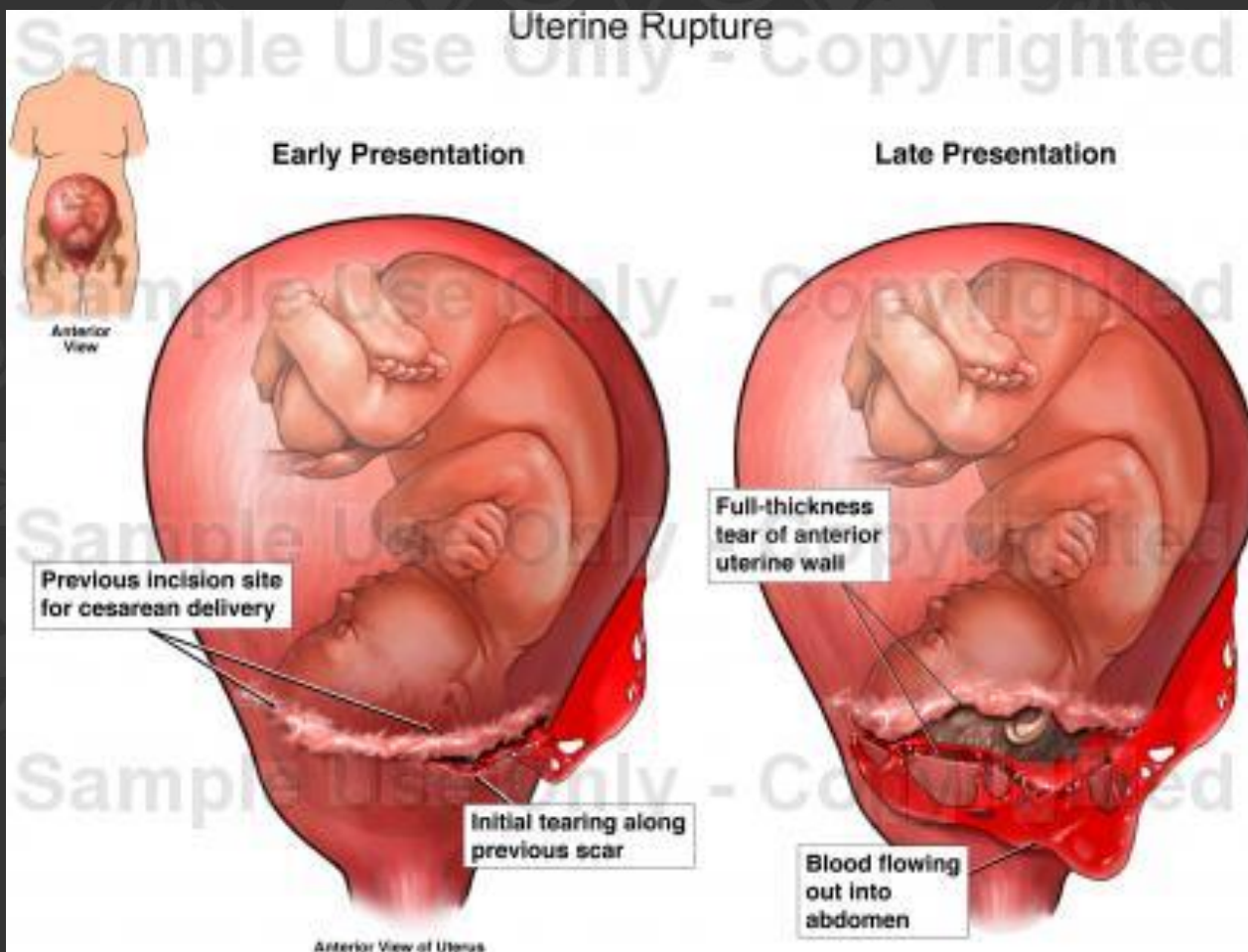
-В нижнем сегменте матки

-Отрыв матки от сводов влагалища



UTERINE RUPTURE

Uterine Rupture

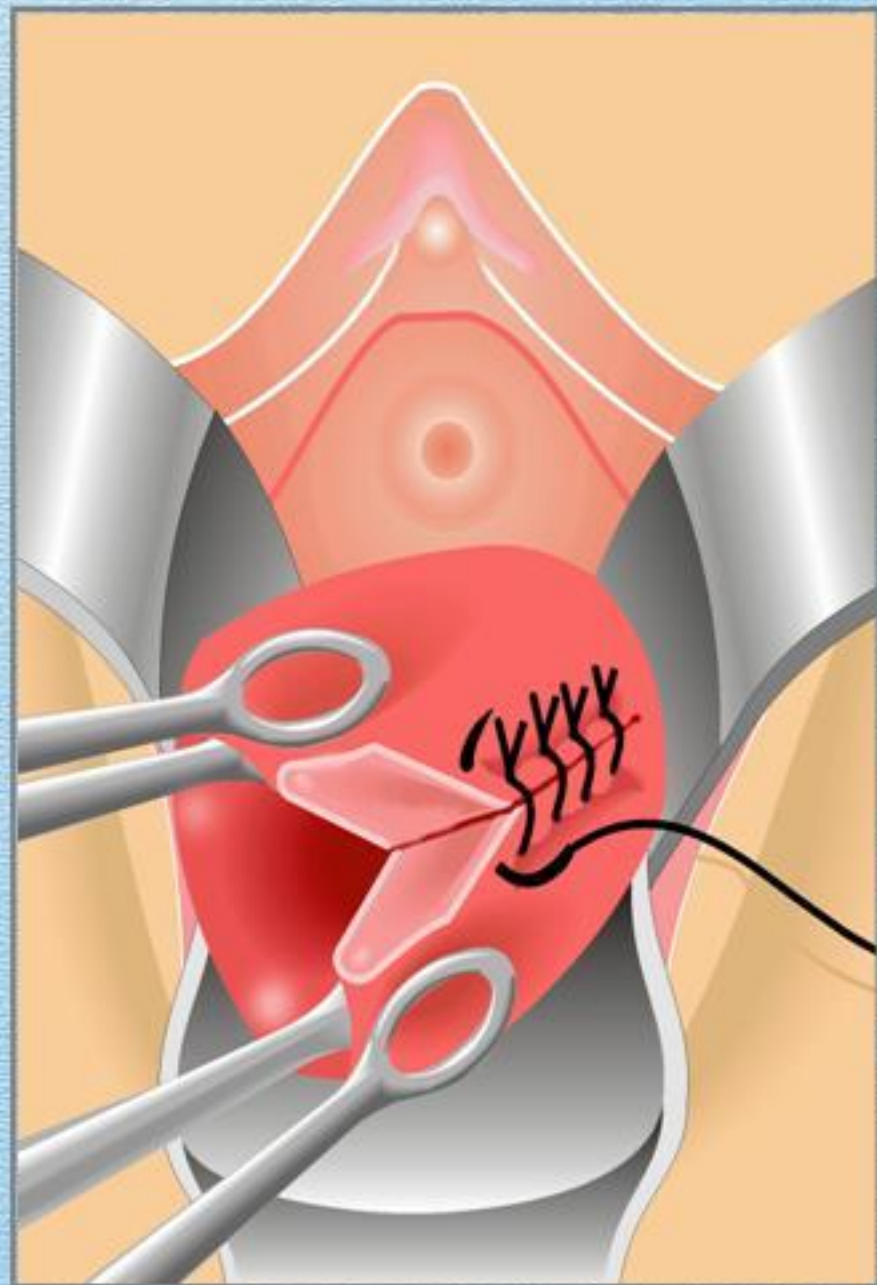


ЛЕЧЕН

Тщательно осмотрите родовые пути и восстановите целостность шейки матки или влагалища и промежности

При диагностировании разрыва матки экстренно приступить к ампутации или экстирпации матки.

Разрыв шейки матки



ТРОМБОЦИТЫ

Коагулопатическое кровотечение как осложнение
массивной кровопотери

Симптомы: рыхлые сгустки или их отсутствие; обильное
кровотечение яркой кровью

Лабораторные данные: Ли-Уайт 7мин и более

Тромбоциты <180 тыс, гемоглобин <60 , тромботест <80 . Время
рекальцификации <80

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ

Пережать аорту

Бимануальный массаж матки

Вызвать анестезиолога

Установить иглу большого диаметра

Инфузионная терапия, направленная на восстановление ОЦК
(кристаллоиды, коллоиды 3:1)

Переливания СЗП (при клинически и лабораторно подтвержденной
коагулопатии –Ли-Уайт более 8 минут) до 1 л, при возможности
тромбомасса.Криопреципитат 10 доз

Ингибиторы фибринолиза: контрикал от 10 до 40тыс(начальная
доза), при продолжающемся кровотечении до 160 тыс., Памба 2мл

При продолжающемся кровотечении эритроц. масса

Тампонада матки на 24 часа с аминокaproновой кислотой

Если консервативные мероприятия оказались неэффективными и кровотечение продолжается необходимо приступить к хирургическому гемостазу.

Следуйте правилу: «Скорее нежели позднее»

III ЭТАП – ОКОНЧАТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОСТАНОВКЕ ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТОЧЕНИЯ

Перевязка магистральных сосудов матки.

Ампутация или экстирпация матки

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЭТАП ОБУЩЕВОЗВРАЩЕНИЯ МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ:

Наложение зажимов или лигатур на сосудистые пучки матки (яичниковые и маточные артерии)

Наложение гемостатических компрессионных швов на матку:

-Шов В-Lynch («рюкзачный шов»)

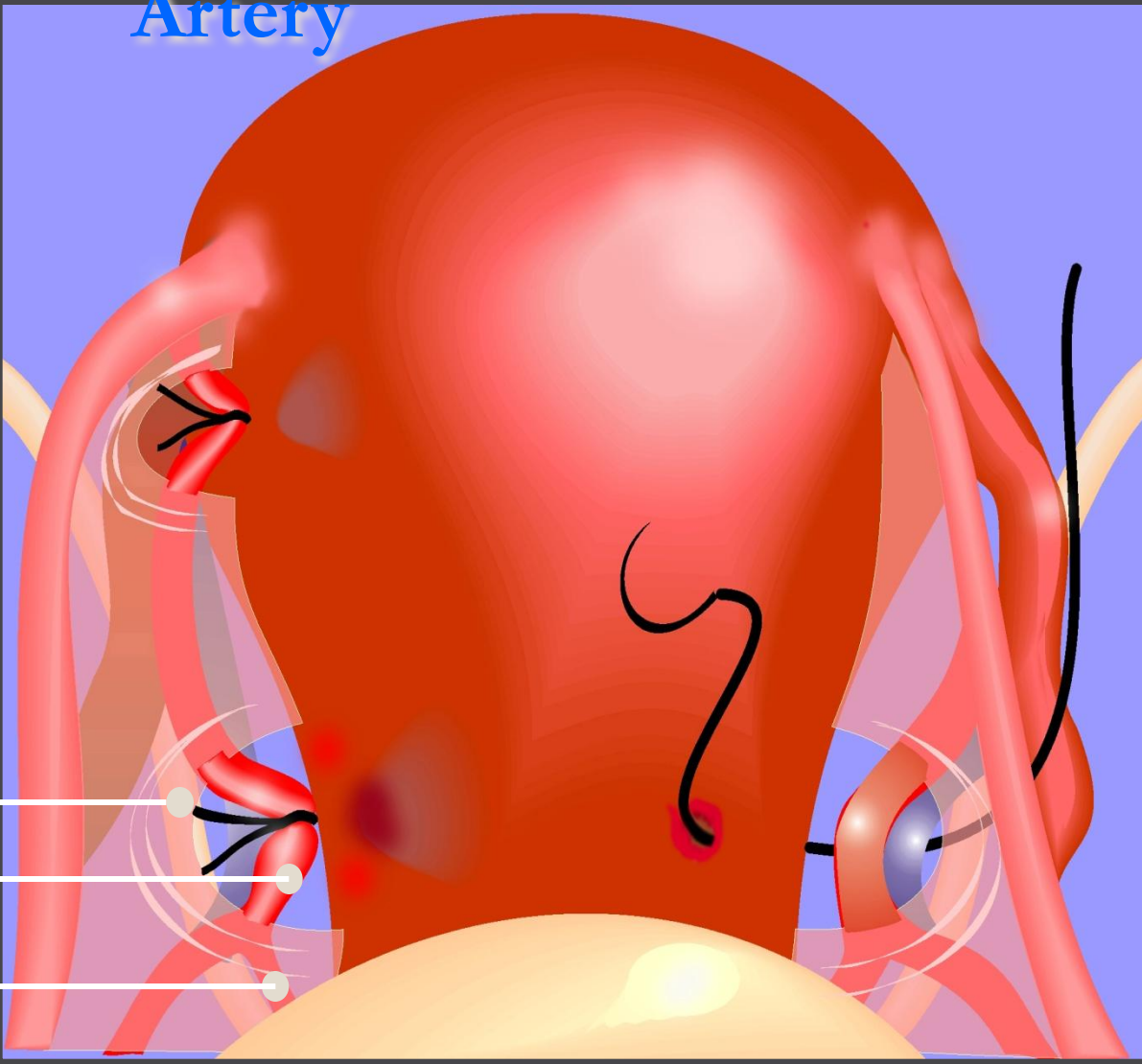
-Перевязка внутренних подвздошных артерий.

Гистерэктомия

Эмболидизация маточных артерий.

Ligation of the Uterine Artery

- Ureter
- Uterine Artery
- Cervical Branch



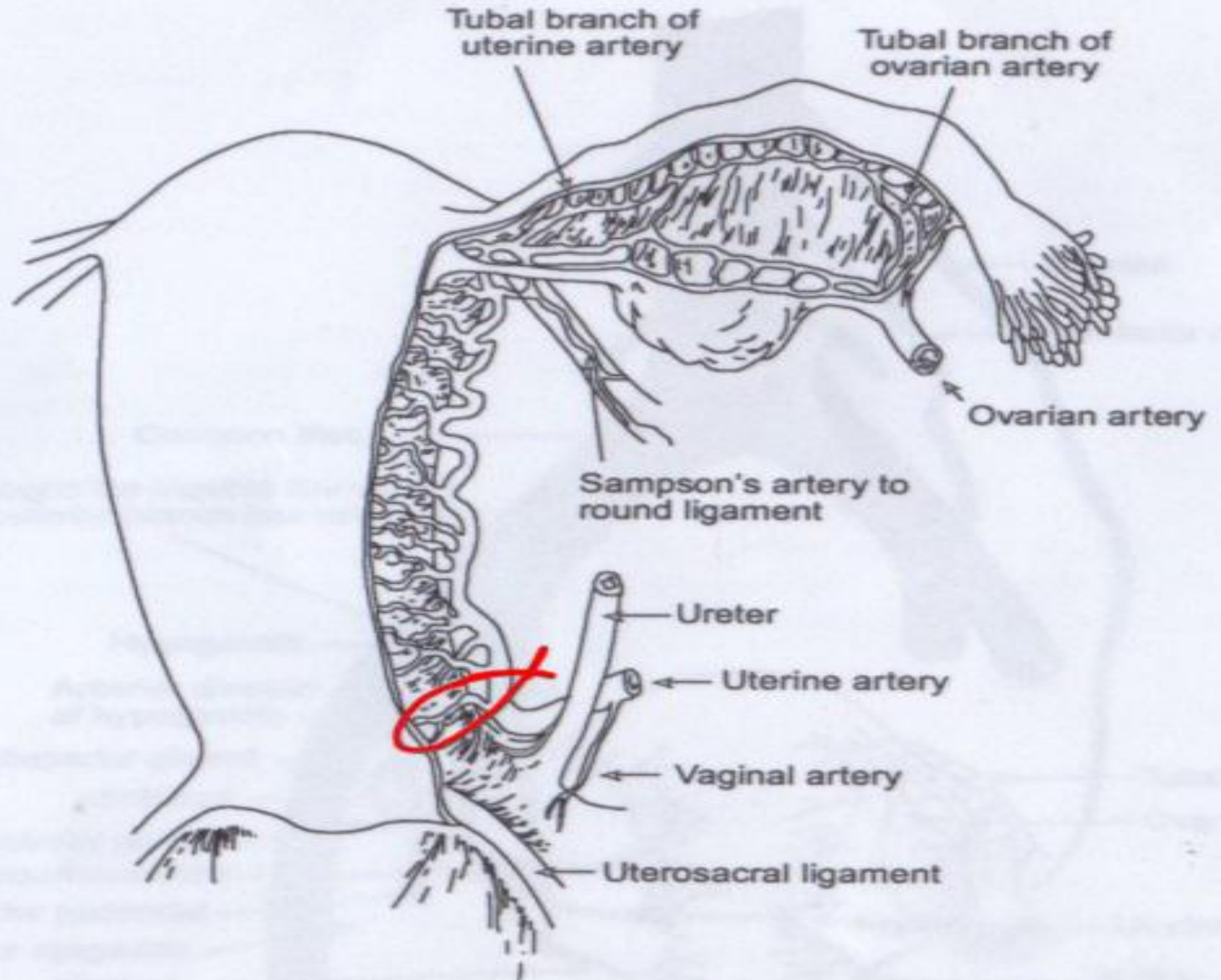


Figure 4. Uterine artery ligation.

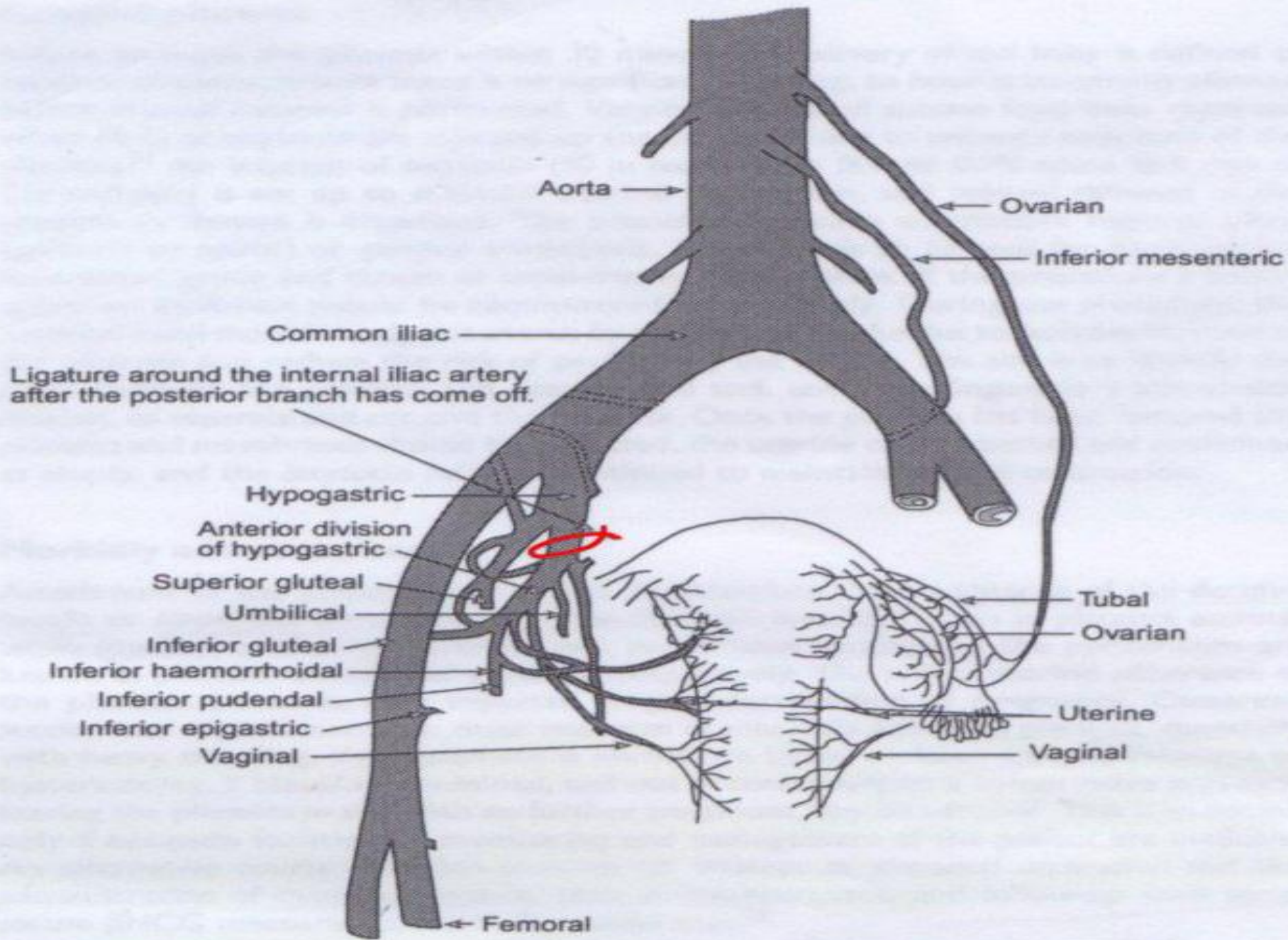


Figure 6. Internal iliac vessel ligation.

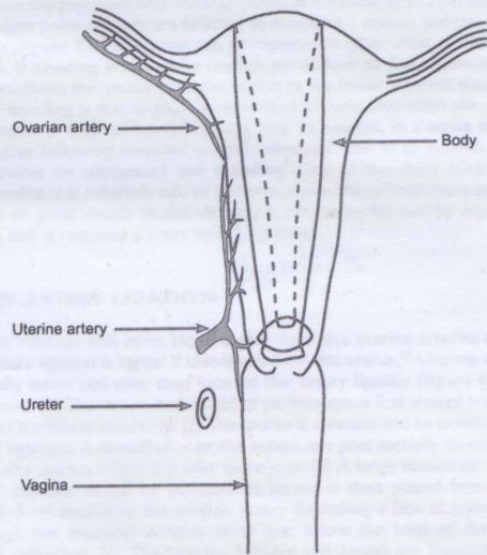


Figure 1. The B-Lynch brace suture. — = suture anterior to uterus; --- = suture posterior to uterus.

