

Акушерские кровотечения.

ПМ.02 Лечебная деятельность.
Тема 1.1 «Оказание акушерской помощи»
Специальность
060101 «Лечебное дело»

Вопросы лекции

1. Кровотечения в 1-й половине беременности:
самопроизвольный выкидыш, внематочная беременность, эрозия ш\м, шейчатая беременность, пузырный занос, полип цервикального канала;
2. Предлежание плаценты;
3. ПОНРП;
4. Профилактика кровотечений во время беременности;
5. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах;
6. Неотложная помощь, принципы лечения.
7. Геморрагический шок, причины, диагностика, лечение.

Акушерские кровотечения

характеризуются:

- Внезапностью возникновения,
- Массивностью кровопотери,
- Частым сочетанием с выраженным болевым синдромом,
- Быстрым истощением компенсаторных механизмов, связанных с особенностями гемодинамики и коагуляционных с-в крови беременных, рожениц и родильниц.

-
- Приводят к гибели матери и плода,
 - В структуре материнской смертности ак. Кровотечения 20-25% основная причина,
 - Велика и перинатальная потеря плодов и новорожденных,
 - Приводят к ГШ и сопровождаются нарушениями в свертывающей системе крови.

Массивные кровотечения связаны

- Предлежанием плаценты,
- ПОНРП,
- Патологией отделения плаценты в III периоде родов,
- Гипо- и атоническим состоянием миометрия в раннем послеродовом периоде.

Предлежание плаценты -

III

- прикрепление ее какой-либо части или полностью в области нижнего сегмента матки,
- Возникает чаще у повторнородящих – 75%,
- Кровотечения во время беременности у 34%, во время родов – у 66% женщин;
- Материнская смертность при интенсивных кровотечениях – 3%;

КЛИНИКА

- Кровотечение - основной с - м. Вследствие формирования и растяжения нижнего сегмента плацента к растяжению не способна, поэтому она отслаивается от стенки матки, и возникает кровотечение.
- Чаще в сроке 28 – 32 нед, всегда наружное, появляется внезапно без видимой причины, не сопровождается болью,
- Часто начинается в покое, ночью, так же внезапно может прекратиться,
- Обязательно повторяется, характер кровотечения нельзя предусмотреть

Предлежание плаценты

- Беременные относятся к группе высокого риска,
- Госпитализация в стационар с момента установления диагноза (центральное предлежание плаценты),
- До 34 нед. желательная госпитализация в учреждение 3-го уровня сложности,
- При госпитализации до 34 нед. гестации и возможности родоразрешения требуется курс глюкокортикоидов для профилактики РДС

- При отсутствии возможности *экстренной* транспортировки в стационар 3-го уровня сложности бер-я м.б. госпитализирована раньше,
- При отказе от госпитализации амбулаторное наблюдение возможно только в условиях города,
- Режим госпитализации при отсутствии кровянистых выделений свободный,
- При появлении кровянистых выделений – ограниченный, возможно постельный.

Неотложная помощь на догоспитальном этапе

- Определить общее состояние больной,
- Определить степень кровопотери,
- Выяснить акушерскую ситуацию- срок беременности, наличие или отсутствие схваток, форму матки, хар-р предлежащей части, состояние плода, характер кровотечения.
- в\в 400мл физ р-р или 400мл волекам (р-р оксиэтилкрахмала) или 400 мл полиглюкина,

- 5мл 5% аскорбиновой к-ты, 5мл луцетама в\в,
децинон,
- При повышенном тонусе матки токолитики,
особенно при недоношенной бер-ти,
- при кровотечении транспортировка на
носилках, с опущенным ГОЛОВНЫМ КОНЦОМ

Лечение

- Консервативное - при незначительной кровопотере, не вызывающей анемизации,
- Контроль за состоянием бер-й: пульс, А/Д, выделения из половых путей, КТГ плода,
- Назначение токолитиков, уменьшающих сократительную активность матки (сульфат магния 25%-10мл в\в кап. медленно, папаверин 2%-2мл 2-3р\д,)

Кесарево сечение

- Полное предлежание плаценты,
- Частичное предлежание плаценты с со значительным кровотечением,
- При осложнении беременности (АУТ, поперечное, косое положение плода, рубец на матке, тазовое предлежание и др.),
- ОАГА (бесплодие, невынашивание, мертворождение и т.п.),

Ведение родов

- Роды с иглой в вене!
- Ранняя или дородовая амниотомия,
- при мертвом плоде и умеренном кровотечении – кожно - головные щипцы или извлечение плода за ножку.
- В 3-м периоде родов ручное отделение и выделение плаценты,
- Профилактика и лечение гипотонии матки – окситоцин 5ед в\м и 5ед в\в кап. на 400мл физ. р-ра,

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

- Это отделение плаценты до рождения плода (во время беременности или в родах).
- Встречается от 0,4 до 1,4% случаев, увеличивается по мере приближения срока родов.
- У многорожавших встречается в 2 раза чаще, чем у первородящих.

Основные ПОНРП

СИМПТОМЫ

- Кровотечение,
- Болевой синдром,
- Гипоксия или гибель плода,
- Изменение тонуса и сократительной деятельности маточной мускулатуры.

лечение

- Определить степень тяжести бер-й: пульс, дыхание, А/Д, шоковый индекс Алговера,
- Выяснить акушерскую ситуацию- срок бер-ти, наличие или отсутствие регулярной род. деят-ти, характер появления болей в матке, их локализацию,
- Выявить изменение формы матки, определить ее тонус, пальпаторно определить наличие локальной болезненности,

-
- Наличие с-ов раздражения брюшины, степень и характер кровотечения из половых путей,
 - Определить состояние плода (наличие или отсутствие с\б плода, шевеление),
 - Неотложная терапия д.б. направлена на предупреждение развития ГШ и ДВС с-ма.

- Необходимо провести инфузионную терапию, направленную на поддержание функции жизненно важных органов и ЦНС,
- Ингаляция кислорода,
- в\в реополиглюкин 400мл или физ р-р 400мл, общий объем инфузии зависит от степени кровопотери;
- 3мл 5% аскорб. к-ты, 5мл луцетама в\в,
- Дицинон 2-4мл в\в
- При выраженном болевом с-ме 2мл трамала в\м или в\в,

-
- Промедол, морфий, фентанил не рекомендуется,
 - Транспортировка больной в горизонтальном положении с приподнятым головным концом,
 - Госпитализация в стационар 3-го уровня сложности, т.к. требуется комплексное обследование и экстренное родоразрешение.

Родоразрешение

- ПОНРП в 1-м периоде родов или во время бер-ти – КС,
- При развитии ДВС-синдрома или «матки Кувелера» - показана экстерпация матки,
- ПОНРП во 2-м периоде родов (короткая пуповина, быстрое излитие вод и др.) – роды ч\з естественные родовые пути,
- Выходные акуш. щипцы, вакуум-экстрактор, извлечение за ножку или плодоразрушающие операции.

- После извлечения плода ч\з естественные родовые пути показано ручное отделение плаценты и выделение последа рукой,
- При самостоятельном рождении последа (часто бывает сразу после рождение плода) – ручное обследование полости матки.
- Необходимо исключить повреждение стенок матки, удалить сгустки крови, своевременная диагностика и лечение гипотонии матки

Профилактика ПП и ПОНРП

- Главное- профилактика абортов и их осложнений, лечение половых инфекций,
- Профилактика невынашивание, и послеродовых осложнений,
- ПОНРП – лечение бер-х с гестозами, ЭГП, многоводием.

Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах

- Травмы мягких тканей родовых путей,
- Нарушение механизма отслойки плаценты,
- Патологическое прикрепление плаценты (истинное или ложное, полное или частичное),
- Ущемление последа – спазм нижнего сегмента матки,
- Гипотония матки.

Травмы мягких тканей род. путей

- Кровотечение начинается вслед за рождением ребенка,
- М.б. незначительным или сильным (сильное при разрыве ш\м 3-й ст, повреждениях области клитора),
- Кровотечение струйное, пульсирующее,
- Начинается сразу после рождения ребенка.
- Остановка- лигирование, тампонада.

Задержка в матке плаценты или ее частей

- Послед в матке более 30 мин.
- Причины – плотное прикрепление плаценты. Различают ложное и истинное приращение плаценты.
- Ложное приращение - ворсины хориона проникают в глубокий базальный слой децидуальной оболочки, показано ручное отделение последа,
- Истинное вращение плаценты – врастание ворсин хориона в миометрий – помощь – только ампутация матки.

- Полное или частичное приращение плаценты.
- Кровотечение отсутствует при полном приращении и появляется когда отслаивается часть плаценты.
- Признаки отделения последа отрицательные,
- Тонус матки сохранен

Лечение

○ Ручное отделение и выделение последа.

Показания:

1. Нахождение последа в матке 30 мин. и более без наружного кровотечения, признаков отделения последа нет,
2. Признаки отделения послед (-), наружное кровотечение более ДПК.

Ущемление последа

- Вначале признаки отделения последа (+), а далее послед не рождается,
- Кровь скапливается в полости матки, которая увеличивается в объеме, приобретает шаровидную форму, становится напряженной.
- У роженицы отмечаются признаки острой анемии.

ПОМОЩЬ

- Вначале в\в спазмолитики – но-шпа 2мл,
- Послед рождается без затруднений,
- Осмотр последа, при его целостности ручное обследование полости матки не обосновано,
- в\в окситоцин 5Ед, после выделения и оценки последа,
- Борьба с острой кровопотерей.

Дефект последа

- Выявляется при осмотре последа.

Показания для ручного обследования полости матки в послеродовом периоде

1. Дефект последа,
2. Гипотоническое кровотечение, кровопотеря свыше ДПК

Кровотечения в раннем послеродовом периоде

Гипотония матки.

- Гипотоническим кровотечением называют кровотечение, вызванное снижением тонуса матки в последовом и раннем послеродовом периодах.
- Гипотония – это чередующееся снижение и восстановление тонуса матки,

КЛИНИКА

- Гипотоническое кровотечение хар-ся волнообразностью,
- Обычно кровотечение начинается в последовом или первые минуты послеродового периода,
- Кровотечение с самого начала может принимать массивный характер,
- Матка остается дряблой, атоничной, слабо реагирует на раздражители,
- Быстро прогрессирует гиповолемиа, ГШ, ДВС синдром.

В ряде случаев

- Начальная кровопотеря небольшая, матка периодически расслабляется,
- Кровопотеря увеличивается постепенно,
- Кровь теряется порциями по 150-300мл, кровотечение рецидивирующее, чередуется с временным восстановлением тонуса матки,
- Возникает временная адаптация у роженицы к развивающейся гиповолемии.

- А/Д остается в пределах нормы,
- Отмечается бледность кожных покровов,
нарастающая тахикардия,
- При недостаточном лечении - тяжесть нарушений постепенно прогрессирует,
- На определенном этапе наступает усиление кровотечения и быстрое ухудшение состояния роженицы
- Нарастают с-мы ГШ, развивается синдром ДВС.

Помощь при гипотоническом кровотечении

- Опорожнить мочевой пузырь,
- Наружный массаж матки, после выделения последа,
- Утеротоники – 1-2 мл окситоцина в\м, или 1 - 2мл в\в на 20мл физ. р-ра медленно,
- Побочный эффект- тошнота, рвота, болезненные сокращения матки,

- При неэффективности тономоторных средств показана операция – ручное обследование полости матки, удаление остатков плацентарной ткани и сгустков (однократно),
- Сдавление брюшной аорты кулаком ч\з переднюю брюшную стенку, на уровне пупка и немного левее, (контроль пульса на бедренной артерии),
- Коррекция кровопотери – инфузионно-транфузионная терапия, синтетические коллоиды и кристаллоиды в соотношении 1:2

Квалифицированная ПОМОЩЬ.

- Внутриматочная тампонада – введение в полость матки баллоного катетера, который заполняется 189-360 мл физ. р-ра.
- Если кровотечение остановилось, катетер м.б. оставлен в полости матки на 12-24 часа.
- Лапаротомия – поэтапный хир. гемостаз-перевязка маточных сосудов или внутренних подвздошных артерий, либо гистерэктомия.