

*КРОВОТЕЧА В РАННЬОМУ ТА ПІЗНЬОМУ  
ПІСЛЯПОЛОТОВОМУ ПЕРІОДАХ*





## *Причини післяпологових кровотеч*

- гіпотонічна кровотеча;
- затримка частин посліду;
- розрив м'яких тканин пологових шляхів;
- розрив матки;
- емболія навколоплідними водами;
- коагулопатична кровотеча.

**Наказ МОЗ України**  
**від 24.03.14**  
**№ 205**  
**КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ**  
**"Акушерські кровотечі"**

80 стр.



# Післяпологова кровотеча(ППК)

- кровотеча що перевищує 500 мл або будь-яка кровотеча, що супроводжується порушенням гемодинамічного стану породіллі на протязі 6 тижнів після народження плода.

**ТАБЛИЦЯ. ЕТІОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ КРОВОТЕЧІ – «4 Т»**

Патогенетичні порушення «4 Т»	Етіологічні фактори	Клінічні фактори ризику
Порушення скоротливої функції матки («Т» – тонус) до 70%	Надмірне розтягнення матки	<ul style="list-style-type: none"> <li>багатоводдя</li> <li>багатопліддя</li> <li>великий плід</li> </ul>
	«Виснаження» скоротливої здібності міометрію	<ul style="list-style-type: none"> <li>швидкі пологи</li> <li>затяжні пологи</li> <li>високий паритет (&gt;3 пологів)</li> <li>застосування окситоцину</li> </ul>
	Інфекційний процес	<ul style="list-style-type: none"> <li>тривалий безводний проміжок</li> <li>лихоманка в пологах (хоріоамніоніт)</li> </ul>
	Функціональні/анатомічні особливості матки	<ul style="list-style-type: none"> <li>міома матки,</li> <li>сідлоподібна матка, дворога матка</li> <li>передлежання плаценти</li> </ul>
	Застосування ліків, що знижують тонус матки (токолітики, спазмолітики)	Магnezії сульфат Галогенові анестетики Нітрогліцерин
	Перерозтягнутий сечовий міхур може порушити скорочення матки	
Затримка тканин в порожнині матки («Т» – тканина) до 10%	Затримка частин посліду	<ul style="list-style-type: none"> <li>дефект посліду</li> <li>оперована матка</li> <li>3 та більше пологів</li> <li>патологія плацентації виявлена УЗД аномалії прикріплення плаценти, виявлені під час пологів (щільне прикріплення, прирощення, вращення)</li> </ul>
	Затримка згортків крові у порожнині матки	<ul style="list-style-type: none"> <li>атонія матки</li> </ul>

Травми пологових шляхів («Т» – травма) до 20%	<b>Розриви шийки матки, піхви, промежини</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• швидкі пологи</li> <li>• оперативні вагінальні пологи</li> </ul>
	<b>Травматичний розрив матки під час кесарського розтину</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• неправильні положення плода</li> <li>• низьке розташування передлеглої частини плода</li> </ul>
	<b>Розрив матки</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• оперована матка</li> </ul>
	<b>Виворіт матки</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• більше 3-х пологів</li> <li>• розташування плаценти у дні матки</li> <li>• надмірна тракція за пуповину</li> </ul>
	<b>Розрив варикозних вен в області вульви</b>	Несвоєчасне або некоректне проведення епізіотомії
Порушення коагуляції («Т» – тромбін) до 1%	<b>Вроджені захворювання (гемофілія А, хвороба Віллебрандта) ППК в анамнезі</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• спадкові коагулопатії</li> <li>• захворювання печінки</li> </ul>
	Патологія асоційована з вагітністю: ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура; тромбоцитопенія з тяжкою преєклампсією; синдром ДВЗ: - преєклампсія, - антенатальна загибель плода, - тяжка інфекція, - відшарування плаценти, - емболія амніотичною рідиною.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- синці</li> <li>- преєклампсія, еклампсія</li> <li>HELLP-синдром</li> <li>підвищення АТ</li> <li>мертвий плід</li> <li>• лихоманка, лейкоцитоз</li> <li>- допологова кровотеча</li> <li>- колапс</li> </ul>
	<b>Лікування антикоагулянтами</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• тромботичні ускладнення в анамнезі</li> </ul>

# Види післяпологових кровотеч:

- **Первинні (ранні) післяпологові**, які виникають в ранньому післяпологовому періоді або протягом 24 годин після пологів.

*70% ранніх пов'язані з атонією матки – це неспроможність матки адекватно скоротитися після народження дитини.*

- **Вторинні (пізні) післяпологові кровотечі**, які виникають після 24 годин та до 6 тижнів після пологів.

*Більшість пізніх кровотеч пов'язані із затримкою частин плаценти, інфекцією або наявністю обох станів.*

# Покрокова допомога в разі ПШК



1. В разі візуально оціненої крововтрати більше 500 мл доцільним є множення отриманого показника на 2-3 для адекватного планування допомоги.
2. Найбільш доцільним є оцінка крововтрати за допомогою зважування.
2. Покликати на допомогу (заручитися підтримкою персоналу).
3. В разі збереження свідомості жінки - надання психологічної підтримки, пояснення стану та маніпуляцій, що проводяться.
4. Серцево- легенево-церебральна реанімація



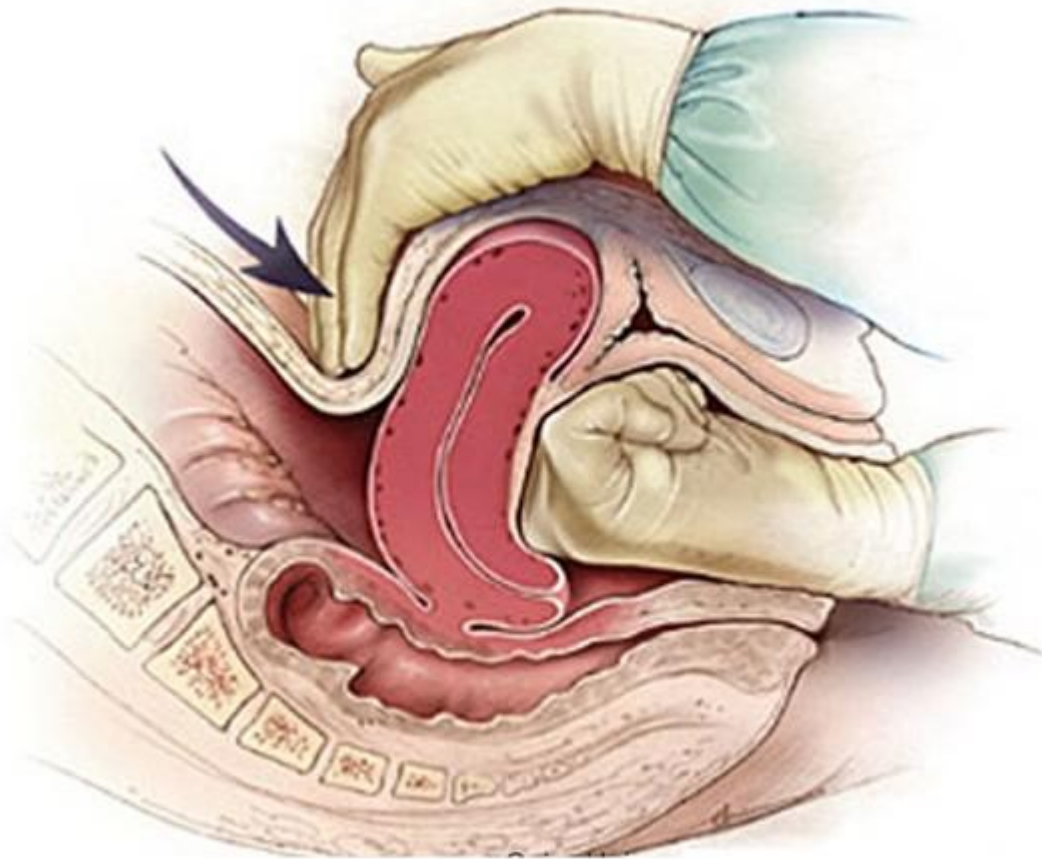


5. Правило 3-ох катетерів:

- I. • забезпечення киснем (10-15 л/хв)
  - II. • катетеризація 2-ох периферичних вен катетерами достатнього діаметру (G16-18), а в разі необхідності венесекція або катетеризації центральної вени
  - III. • катетеризація сечового міхура;
6. Положення – на спині з піднятими нижніми кінцівками. - Забезпечення зігрівання жінки.
7. Терміново розпочати інфузійну терапію,
8. Тимчасова зупинка крововтрати: абдомінальна компресія аорти, не пневматичні противошочкові штанці.
9. Клініко-лабораторне обстеження: група крові і Rh-фактор, аналіз крові загальний, час згортання крові, коагулограма, приліжковий тест, забір крові на сумісність.
10. Замоклення препаратів крові.



- бімануальна компресія матки



*Введіть одну руку у піхву і притисніть її до тіла матки. Іншу руку внутрішньою стороною долоні покладіть на живіт на дно матки і притисніть матку до лона як це показано на малюнку.*

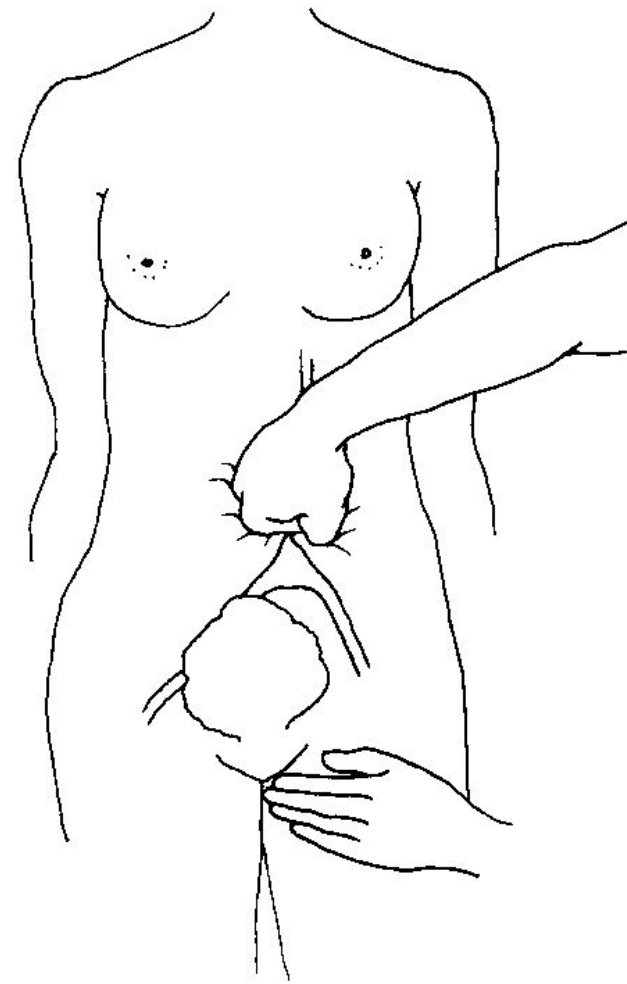
# Компресія черевної аорти



# Компресія черевної аорти



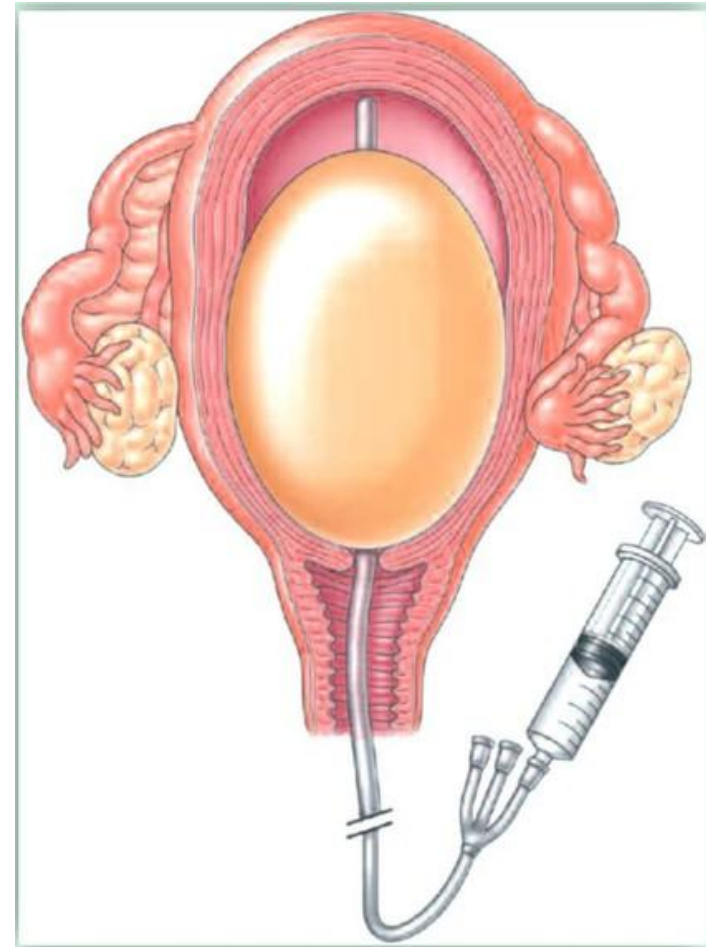
- 1) • застосуйте нисхідний тиск кулаком черевної аорти прямо через черевну стінку;
- 2) • точка надавлювання знаходиться прямо над пупком і трохи лівіше;
- 3) • в ранньому післяпологовому періоді пульсація аорти може бути легко визначена через передню черевну стінку;
- 4) • другою рукою пальпують пульс на стегновій артерії для оцінки ефективності компресії;
- 5) • якщо пульс визначається, то тиск кулаком оцінюють як недостатній і навпаки.



# Балонна тампонада матки



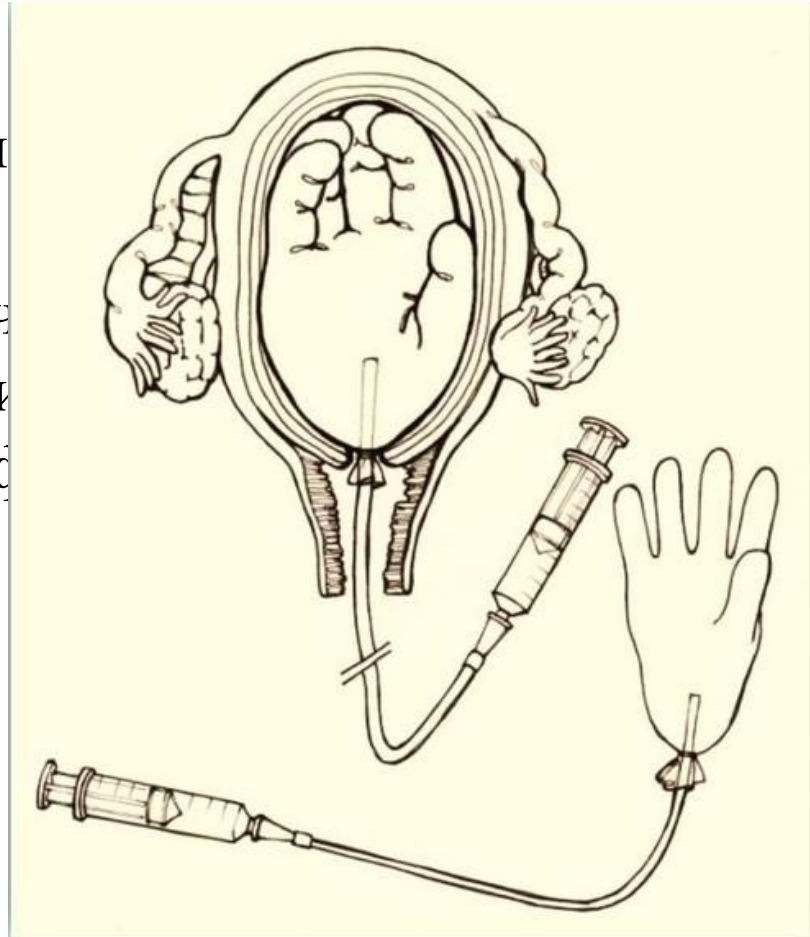
- 1) Спеціальний балон або гумова перчатка прикріплена до урологічного катетеру вводяться в порожнину матки за допомогою вікончатого затискача (за межі внутрішнього вічка).
- 2) За допомогою шприца балон (перчатка) заповнюється стерильним фізіологічним розчином в кількості 300-500 мл для забезпечення контр- тиску з метою припинення кровотечі.
- 3) Інфузія окситоцину продовжується 24 години. В разі продовження кровотечі – додатково вводиться розчин в балон. В разі, якщо кровотеча зупинилась и жінка скаржить на біль – виводять 50-100 мл розчину. Призначають антибіотик.



# Балонна тампонада матки



- 4) Балон залишають на 24 години.
- 5) Потім поступово виводять розчин  
чого видаляють балон.
- 6) В разі відновлення кровотечі під час  
знову наповнюють розчином та залишають на  
години. Повний балон забезпечує е





**Рис. Протишоковий костюм працює шляхом застосування протитиску на нижню частину тіла, що зменшує прояви шоку та спрямовує кров до життєво важливих органів. Костюм починають вдягати від найнижчої ділянки кінцівок (щиколоток) і продовжують поступово вверх**

Клінічна настанова Профілактика та лікування післяпологової кровотечі в умовах обмеженого ресурсного забезпечення  
[http://motherandchild.org.ua/files/attachments/PPH\\_Guidelines\\_FIGO\\_Ukr.pdf](http://motherandchild.org.ua/files/attachments/PPH_Guidelines_FIGO_Ukr.pdf)

# Допомога в разі порушення тону́су матки після пологів



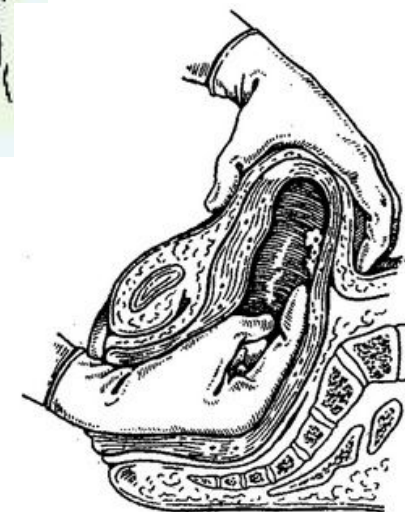
1. розпочати терапевтичне введення утеротоніків (Окситоцин 10 ОД /500 мл фізіологічного розчину з швидкістю 60 крапель / хвилину).



2. провести зовнішній масаж матки



3. якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась - ручне обстеження порожнини матки





# Допомога в разі порушення тонусу матки після пологів



4. застосування утеротоніків 2-ої – 3-ої лінії (ергометрин, простагландини, карбетоцин)



5. в разі продовження кровотечі – бімануальний компресія матки або компресія аорти, балонна тампонада

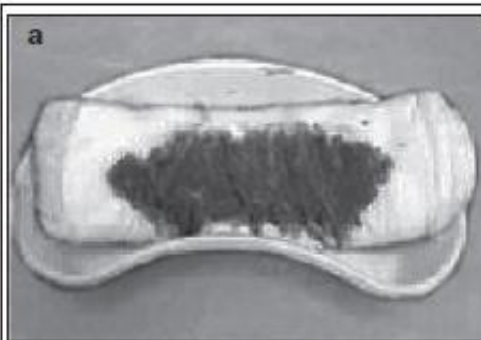
6. призначення транексамової кислоти  
(1 г, повторити через 30 хвилин  
за необхідності)



# Допомога в разі порушення тону́су матки після пологів



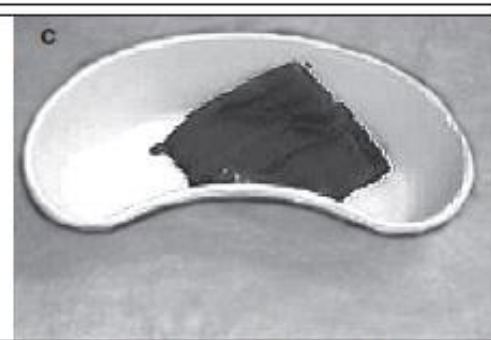
**7. Якщо кровотеча продовжується - при  
величині крововтрати **1,5%** і більше  
від маси тіла – лапаротомія**



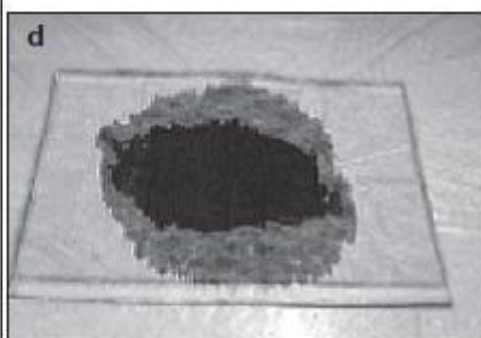
Следы на прокладке  
30 мл



Пропитанная прокладка  
100 мл



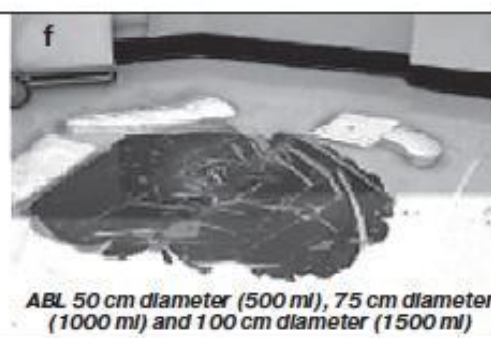
Пропитанная салфетка 10 x 10 см  
60 мл



Подкладная пеленка  
250 мл



Большая пропитанная салфетка  
350 мл



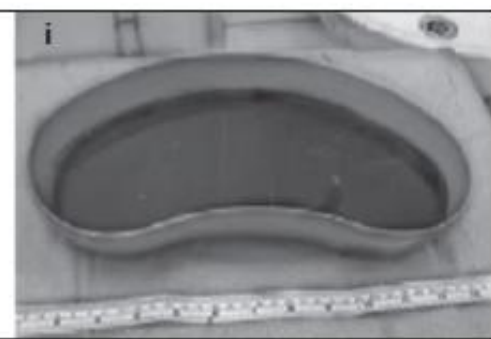
Пятно на полу диаметром 100 см  
1500 мл



Кровь в пределах матраса  
1000 мл

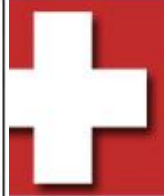


Кровь, стекающая на пол  
2000 мл



Полный почкообразный лоток  
500 мл

**Рисунок 1. Визуальная оценка объема кровопотери при кровотечении в акушерстве [75]**

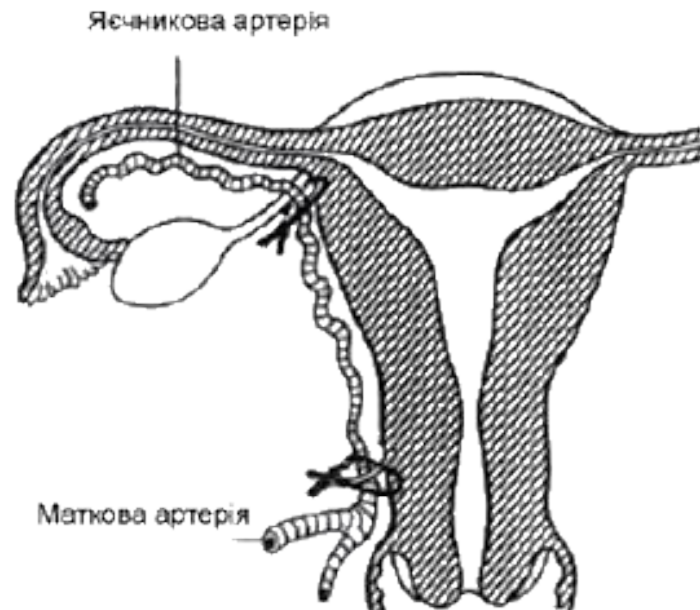


# Методи хірургічного гемостазу



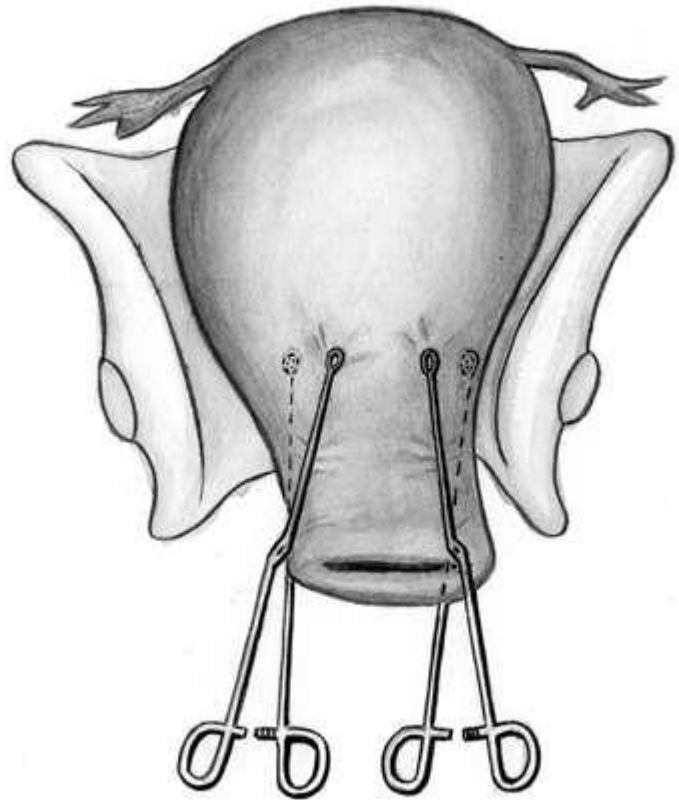
I. Двостороннє перев'язування маткових судин.

II. Двостороннє перев'язування яєчникових судин.





Как промежуточный метод при подготовке к операции можно клемировать маточные артерии по Бакшееву



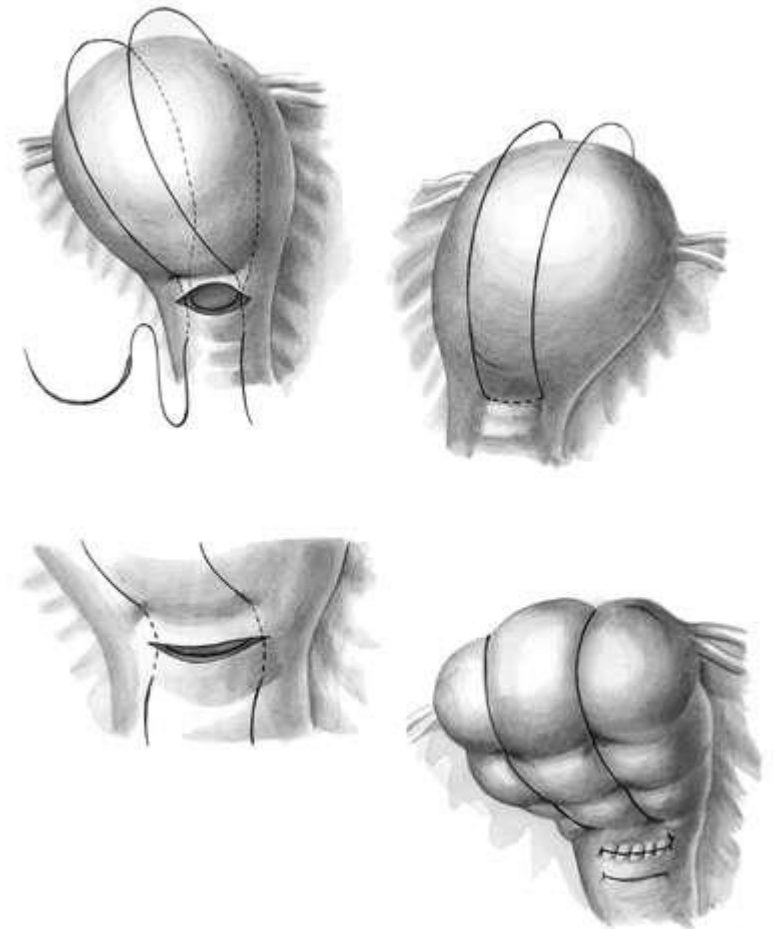
# Методи хірургічного гемостазу



III. Накладання компресійних швів на матку.

IV. Білатеральне перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій.

V. Радикальні операції (субтотальна або тотальна гістеректомія).



**Шов по В-Lynch при гипотоническом кровотечении**

# Гіпотонія. Атонія матки



Причини гіпотонії або атонії матки:

- - порушення функціональної здібності міометрію (пізній гестоз, ендокринопатії, соматичні захворювання, пухлини матки, рубець на матці, великий плід, багатоводдя, багатопліддя та інші);
- - перезбудження з наступним виснаженням функції міометрію (тривалі або затяжні пологи,
- оперативне закінчення пологів,
- застосування ліків, що знижують тонус міометрію (спазмолітики, токолітики, гіпоксія під час пологів, тощо);
- - порушення скоротливої функції міометрію внаслідок порушення біохімічних процесів, кореляції нейрогуморальних факторів (естрогени, ацетилхолін, окситоцин, холінестераза, прогестерон, простагландіни).
- - порушення процесу прикріплення, відділення та виділення плаценти та посліду;
- - ідіопатичні (не встановлені).

# ***Алгоритм надання медичної допомоги:***

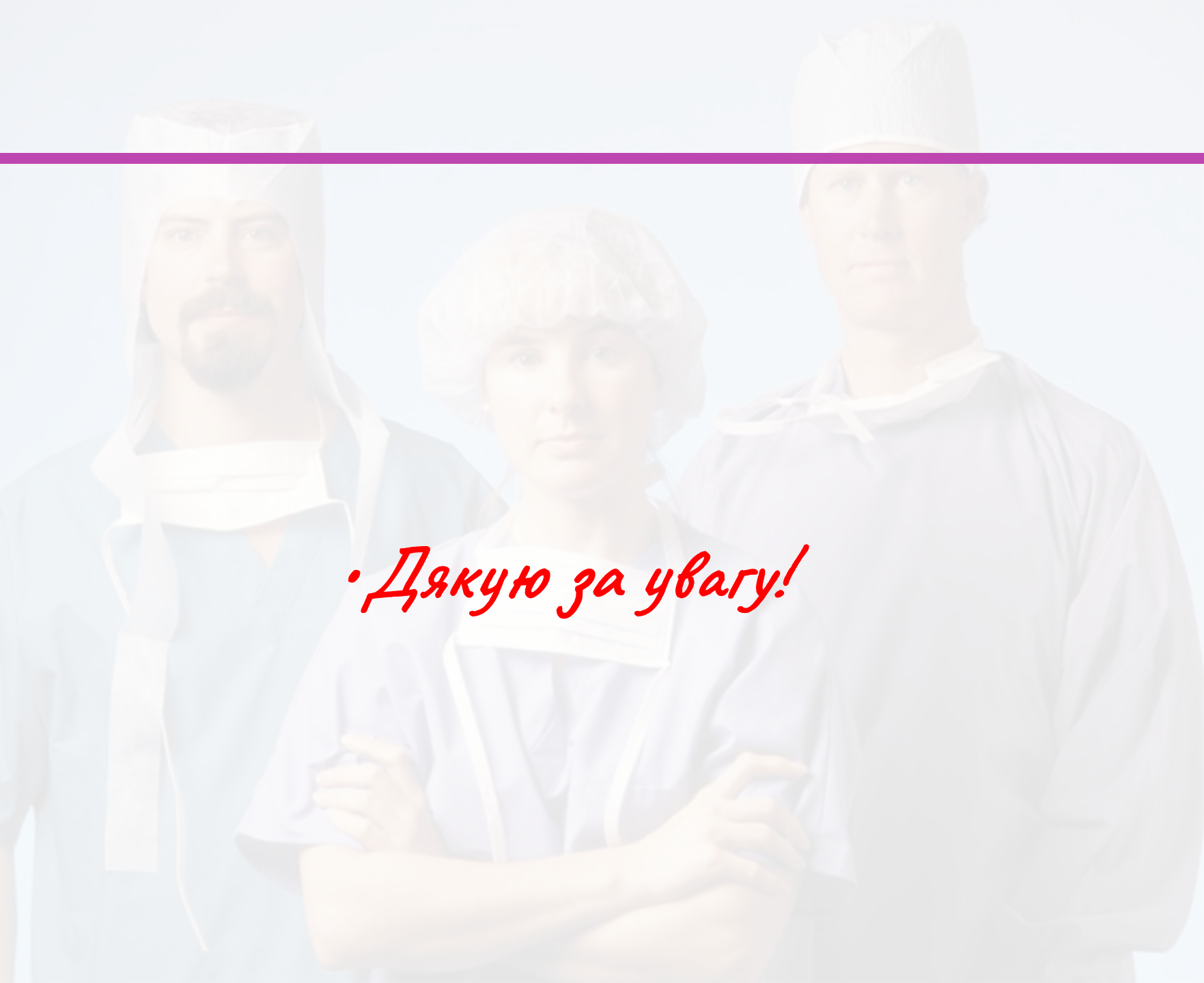
## **1. Загальний огляд породіллі:**

- - оцінка величини крововтрати доступними методами ;
- - оцінка стану породіллі: скарги, АТ, частота пульсу, колір шкіри та слизових оболонок, кількість сечі, наявність та стадія геморагічного шоку.
- **2. Термінове лабораторне обстеження:**
  - - визначення рівня гемоглобіну, гематокрит;
  - - коагулограма (кількість тромбоцитів, протромбіновий індекс, рівень фібриногену, час згортання крові);
  - - група крові та резус фактор;
  - - біохімічні обстеження за показаннями.
- **3. Катетеризація периферичної або центральної вени залежно від величини крововтрати та стану жінки.**
- **4. Випорожнення сечового міхура**
- **5. Початок або продовження введення утеротоніків: 10-20 ОД окситоцину в/в на 400 мл фізіологічного розчину.**
- **6. Проведення ручного обстеження порожнини матки під внутрішньовенним наркозом (оцінка цілісності стінок матки, особливо лівої стінки матки, видалення згустків крові або залишків плаценти чи оболонок).**



**7. Огляд пологових шляхів та відновлення їх цілісності.**

- **8. Зовнішній масаж матки.**
- **9. У разі продовження кровотечі додатково вводять 800 мкг мізопростолу ректально.**
- **10. Відновлення ОЦК та крововтрати.**
- **11. У разі відновленні кровотечі та величині крововтраті 1,5% і більше від маси тіла – оперативне лікування : екстирпація матки без придатків, за умови продовження кровотечі – перев'язка внутрішніх клубових артерій фахівцем, що володіє цією операцією.**
- **12. При підготовці до оперативного лікування з метою зменшення крововтрати тимчасова бімануальна зовнішня або внутрішня компресія матки.**
- **13. При продовженні кровотечі після екстирпації матки – туга тампонада черевної порожнини та піхви (до зупинки кровотечі черевну порожнину не зашивати).**



*• Дякую за увагу!*