



Кафедра: Акушерство и гинекология

# Оказание экстренной и скорой неотложной помощи на догоспитальном этапе при острой кровопотери в акушерстве и гинекологии

Выполнила: Сәтенова З

Проверила: Имангалиева Н.М

Группа: ВОП 706-2

Алматы, 2017 год

## **АКУШЕРСКАЯ ПАТОЛОГИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

Акушерские кровотечения - кровотечения, возникающие во время беременности, в родах, в последовом и раннем послеродовом периоде

<b>Срок беременности</b>	<b>Акушерская патология</b>
Первая половина беременности ( до 20 нед )	Аборт, внематочная беременность (трубная, яичниковая, в рудиментарном роге, брюшная), трофобластическая болезнь
Вторая половина беременности ( от 20 нед до 40 нед )	Предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
Последовый период	Разрывы мягких тканей родовых путей, плотное прикрепление или истинное приращение плаценты, ущемление последа
Ранний послеродовый период	Задержка частей последа в матке, гипотония или атония матки, коагулопатия потребления, разрыв матки

# ***ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ.***

Особенностями акушерских кровотечений являются:

1. Массивность и внезапность появления
2. Гипоксия плода, требующая срочного родоразрешения, не дожидаясь стабилизации гемодинамических показателей и проведения полного объема инфузионно-трансфузионной терапии
3. Кровопотеря нередко сочетается с интенсивной болью
4. Патофизиологические особенности организма беременных приводят к быстрому истощению компенсаторных механизмов, особенно при осложненном течении родов, гестозе
5. Возникает острый дефицит ОЦК, нарушения сердечной деятельности, анемическая и циркуляторная формы гипоксии
6. Опасность развернутой картины ДВС-синдрома и массивного коагулопатического кровотечения.

***Лечебные мероприятия при самопроизвольном аборте на догоспитальном этапе:***

1. Определяют общее состояние больной, выраженность анемизации и величину кровопотери, степень геморрагического шока.
2. Выясняют срок беременности и акушерскую ситуацию.
3. Беременную с самопроизвольным абортом экстренно доставляют в гинекологическое отделение стационара. Транспортировка в положении лежа.
4. Неотложная помощь беременным с выкидышем и значительной кровопотерей на догоспитальном этапе сводится к лечению геморрагического шока
5. Инфузионную терапию проводят до поступления в стационар. При полном аборте вводят средства, сокращающие матку : 1 мл окситоцина ( или 1 мл метилэргометрина ) внутривенно струйно с 10 мл физиологического раствора .

***ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ.***

Женщина со всеми формами прерывания беременности должна быть доставлена в акушерско-гинекологический стационар.

# ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГШ.

Лечение должно быть ранним и комплексным, остановка кровотечения - надежной и немедленной.

Фактор времени при лечении геморрагического шока часто оказывается решающим. Чем раньше начинается лечение, тем меньше усилий и средств требуется для выведения больной из шока, тем лучше ближайший и отдаленный прогноз.

## Помощь на ДГЭ.

### 1. Временная остановка кровотечения:

- При гинекологических кровотечениях:

- а. Из матки (Выкидыш, дисфункциональное кровотечение) – не требуется,

- б. При патологии шейки и влагалища – Тугая тампонада влагалища.

- При кровотечениях во время беременности из матки – методов нет.

- При кровотечениях во время родов из матки – срочное родоразрешение (лучше срочная госпитализация).

- В раннем послеродовом периоде:

- Ручное отделение и выделение последа (врач),

- Ручное обследование полости матки (врач).

- После рождения последа:

- Препараты сокращающие матку:

- а. Метилэргометрин 1,0 в/в,

- б. окситоцин 1,0 в/в капельно (в разведении Натрия хлорид 0,9 %-500 мл)

- Холод на низ живота;

- Бережный дозированный наружный массаж матки.

## 2. Восстановление ОЦК (Инфузионная терапия)

- Катетеризация локтевой вены
- Инфузионная терапия - В/венно капельно (струйно)

Но не более 1600 мл (Низкомолекулярные – нельзя! Нельзя вводить метазон, норадренолин и т. д.!)

*Объем, скорость и качественный состав инфузионной терапии* зависит от величины кровопотери -

- при кровопотере менее 1,5 литров - коллоиды:кристаллоиды=2:1
- при кровопотере более 1,5 литров – коллоиды:кристаллоиды=1:1 (2 вены!)

Темп вливания в тяжелых случаях:

- при неопределяемом АД скорость введения >200 мл/мин, чтобы к 10 мин давление можно было определить;
- в последующие 15 мин АД довести до 80-90 мм рт ст, чтобы можно было транспортировать

При САД менее 80 мм рт. ст.

- Натрия хлорид 0,9 %-500 мл в/вено капельно, затем
- ГЭК 6% - 500 мл или Декстран (Полиглюкин – 400мл) в/вено капельно;

При САД менее 60 мм рт. ст. - Установка второго в/венного катетора

- Гипер ХАЕС 250 мл в/вено струйно,  
одновременно
- Натрия хлорид 0,9 %- 500 - 1000 мл в/вено струйно,
- ГЭК 10 % - 500 – 1000 мл или Декстран (Полиглюкин 800 мл) в/вено капельно

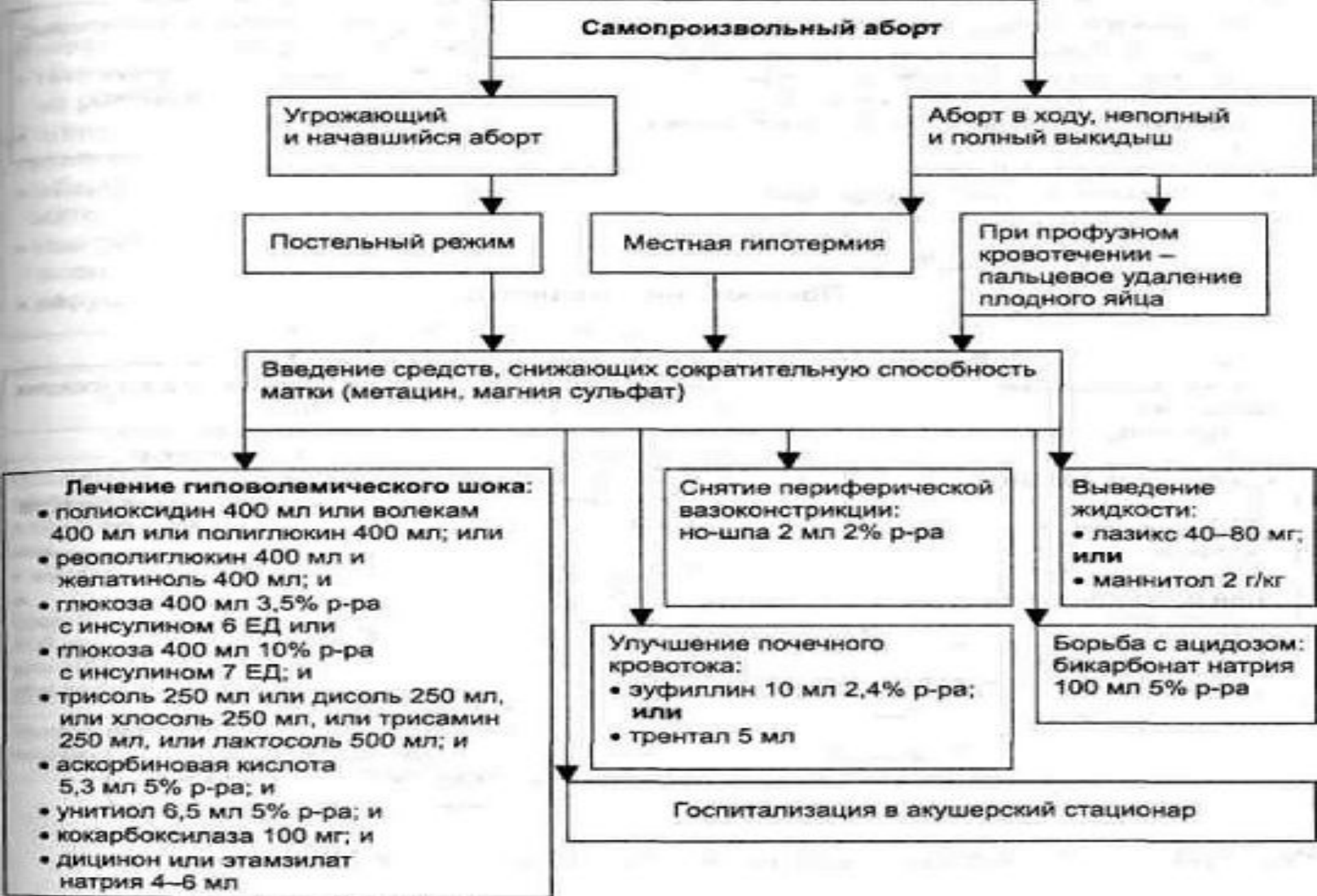
3. При необходимости - Асептическая повязка на рану.

4. Оксигенотерапия - Для поддержки дыхания.

5. Обезболивание - при необходимости и поставленном диагнозе (выбор препарата зависит от характера и локализации кровотечения): Трамадол (Трамал 2 мл) в/венно

6. Транспортировка: На носилках горизонтальное положение с приподнятым ножным концом. Согревание: укрывание теплым одеялом, грелки с теплой водой на крупные сосуды (подмышечная область).

7. Госпитализация Срочная госпитализация по жизненным показаниям в ближайший роддом с уведомлением либо в ургентное гинекологическое отделение больницы



**Алгоритм неотложной помощи при самопроизвольном аборте**

## СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

ЛС, применяемые при акушерских кровотечениях приведены ниже.

! Восполнение ОЦК и стабилизация состояния женщины.

? Препараты гидроксиэтилкрахмала: например, инфукол ГЭК" 6% или 10% р-р по 500-1000 мл или ХАЭС-стерил' 6% или 10% р-р по 500-100 мл в/в капельно (или струйно).

? Растворы декстрана с молекулярной массой 30 000—40 000 в дозе 400 мл или р-р желатина в дозе 400 мл в/в капельно (или струйно).

! При выраженном болевом синдроме показан 5% р-р трамадола в дозе 2 мл.

! С целью уменьшения сократительной активности показаны магния сульфат в дозе 10 мл 25% р-ра в/м, папаверин по 2 мл 2% р-ра в/м.

! Для профилактики гипоксии плода назначают 2-3 мл 5% р-ра аскорбиновой кислоты и 5 мл 2% р-ра пентоксифиллина в/в.



## Нарушенная внематочная беременность

Определить общее состояние больной и степень кровопотери

- Стадия перитонеального шока (разрыв трубы):
- внезапные интенсивные боли в нижней части живота;
  - иррадиация болей в эпигастральную область (жёлчный пузырь, желудок);
  - чувство давления на прямую кишку;
  - тошнота, рвота;
  - френикус-симптом;
  - частый слабый пульс, падение АД;
  - перитонеальные симптомы в нижней части живота

Уточнить гинекологический и акушерский анамнез

- Факторы риска:
- перенесённые ранее аднексит, эндомиометрит, аборт;
  - нарушение гормональной функции яичников;
  - генитальный инфантилизм;
  - эндометриоз;
  - перенесённые операции на внутренних половых органах

Провести дифференциальную диагностику

- Острое воспаление придатков матки;
- Нарушение питания миоматозного узла;
- Перекрут ножки опухоли яичника;
- Острый аппендицит;
- Острый холецистит;
- Почечная колика;
- Другие острые хирургические заболевания

Срочная госпитализация

- Инфузионная терапия:
- 400 мл полиоксидина или 400 мл полиглюкина в/в;
  - 400 мл реополиглюкина в/в;
  - 500 мл 5% р-ра глюкозы и 3 мл 5% р-ра аскорбиновой кислоты в/в

Терапия глюкокортикоидами по показаниям

Ингаляция кислорода и воздуха через аппарат КИ-3М или пневмокамп

**Алгоритм неотложной помощи при кровотечении при  
внематочной беременности**

## *Алгоритм неотложной помощи при предлежании плаценты 0*

1. Оценить общее состояние беременной.
2. Определить степень кровопотери.
3. Выяснить акушерскую ситуацию: срок беременности, наличие схваток, форму матки, предлежащую часть, состояние плода.
4. Неотложная помощь на догоспитальном этапе заключается в следующем:
5. Если кровотечение продолжается, вливание больших объемов кровозаменяющих растворов на основе декстранов у женщины может усугубить нарушение свертывающей системы крови.
6. Транспортируют больную лежа в горизонтальном положении, при доношенной беременности - с приподнятым головным концом. Перед транспортировкой для уменьшения сократительной активности матки вводят 20 мл 25% раствора магния сульфата и 2 мл 2% раствора папаверина в / м.
7. Беременная (роженица) с предлежанием плаценты должна быть доставлена в акушерский стационар, который заблаговременно извещают о поступлении тяжелой больной.
8. В акушерском стационаре оценивают общее состояние, гемодинамику и объема кровопотери, выясняют вид предлежания плаценты ( УЗИ, влагалищное исследование при развернутой операционной ) и состояние плода.
9. При сильном кровотечении в сроки беременности свыше 36 нед или нестабильном состоянии беременной - кесарево сечение, лечение геморрагического шока. При умеренных или незначительных кровотечениях, стабильном состоянии беременной, гестационном возрасте менее 36 нед показано постельный режим, интенсивное наблюдение, введение бета - адреномиметиков и спазмолитиков.

Внезапное появление симптомов:

- спонтанное кровотечение из половых путей без боли, преимущественно во II половине беременности или в I периоде родов;
- усиление кровотечения при усилении родовой деятельности;
- слабость, недомогание;
- снижение или исчезновение движений плода

Предрасполагающие факторы:

- рубцы на матке;
- осложнённый акушерско-гинекологический анамнез;
- миома матки

### Предлежание плаценты

Плазмозамещающие растворы:

- полиглюкин 400 мл;
- или
- желатиноль 400 мл;
- и
- предпочтительно инфукол 500 мл, или HAES, или рефортан 500 мл

Ингаляция воздушно-кислородной смеси 40–60%

Уменьшение сократительной активности матки:

- магнезия сульфат 10 мл 25% р-ра в/м;
- или кормагnezин 20% 10 мл
- папаверин 2 мл 2% р-ра

Профилактика гипоксии плода:

- глюкоза 20 мл 40% р-ра в/в;
- и
- аскорбиновая кислота 2–3 мл 5% р-ра

Дицинон 2–4 мл в/в

Госпитализация в акушерский стационар, транспортировка в горизонтальном положении с приподнятой головной частью туловища

*Алгоритм неотложной помощи при предлежании плаценты*

## ***Алгоритм неотложной помощи при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты***

1. Оценка степени тяжести общего состояния женщины ( ЧСС, ЧД, АД ). АД на фоне гестоза может быть снижено до нормальных цифр, что маскирует истинную величину кровопотери.
2. Выясняют акушерскую ситуацию - срок беременности, наличие или отсутствие регулярной родовой деятельности, характер появления болей в матке, их локализацию.
3. Определяют форму и тонус матки, наличие локальной болезненности, симптомов раздражения брюшины, степень кровотечения из родовых путей.
4. Уточняют состояние плода (сердцебиение, шевеление).
5. На догоспитальном этапе беременной (роженице) с ПОНРП проводят инфузионную терапию, направленную на поддержание функции жизненно важных органов: ингаляция кислорода; вводят 400 мл полиоксидина или 400 мл реополиглюкина , 4000 мл желатиноля внутривенно; 400 мл мафусола или 500 мл физиологического раствора внутривенно; контрикал , токолитики и дицинон внутривенно. Общий объем инфузии зависит от степени кровопотери.
6. При сильных болях больной дают масочный наркоз закисью азота с кислородом в соотношении 1:2 и вводят 2 мл трамала в / м. Промедол, морфий, фентанил применять не рекомендуется.
7. Транспортируют больную в стационар в горизонтальном положении лежа с приподнятым головным концом.

- Внезапное появление симптомов:**
- тёмные кровянистые выделения из родовых путей;
  - плотная напряжённая матка, между схватками не расслабляется;
  - общая или локальная болезненность матки;
  - невозможность прощупать части плода;
  - нарушение сердечной деятельности

- Предрасполагающие факторы:**
- поздний гестоз;
  - гипертоническая болезнь;
  - заболевания почек;
  - осложнённый акушерско-гинекологический анамнез;
  - миома матки;
  - травмы живота;
  - быстрое опорожнение матки при многоводии, многоплодии, крупном плоде

**Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты**

- Плазмозамещающие растворы:**
- полиглюкин 400 мл;
  - или
  - желатиноль 400 мл;
  - и
  - предпочтительно инфукол 500 мл,
  - или HAES 500 мл
  - или рефортан 500 мл

- Уменьшение сократительной активности матки:**
- магния сульфат 10 мл 25% р-ра в/м;
  - или кормагнезин 20% 10 мл
  - папаверин 2 мл 2% р-ра

- Профилактика гипоксии плода:**
- глюкоза 20 мл 40% р-ра в/в;
  - и
  - аскорбиновая кислота 2–3 мл 5% р-ра

Ингаляция воздушно-кислородной смеси 40–60%

Дицинон 2–4 мл в/в

При выраженном болевом синдроме трамал

Госпитализация в акушерский стационар, транспортировка в горизонтальном положении с приподнятой головной частью туловища

*Алгоритм неотложной помощи при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты*

# *Кровотечения в послеродовом периоде*

Лечение (скорая помощь)

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Диагностические мероприятия:

Физикальное обследование:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни (раннее выявление признаков кровотечения в послеродовом периоде);
- оценка состояния родильницы, АД, пульс, ЧДД;
- определение объема кровопотери;
- определение тонуса матки;

Медикаментозное лечение:

- катетеризация периферической вены и инфузия кристаллоидов в соотношении 3:1 к объему кровопотери со скоростью 1000,0 мл за 15-20 минут;
- согревание женщины;
- ингаляция увлажненного кислорода
- информирование родильного дома

# *Дисфункциональные маточные кровотечения*

Дисфункциональное маточное кровотечение - Кровопотеря более 80 мл или длительностью более 7 дней (менометроррагия), которая проявляется через неравные и более короткие промежутки

# *Перечень основных диагностических мероприятий:*

1. Лабораторные исследования:

- реакция Вассермана;
- определение группы крови и резус фактора;
- общий анализ крови (гемоглобин, эритроциты, гематокрит, тромбоциты, лейкоциты, цветовой показатель);
- общий анализ мочи;
- коагулограмма (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, ачтв, фибринолитическая активность плазмы);
- исследование мазков на гонорею, трихомониаз и степень чистоты влагалища.

2. УЗИ женских половых органов.

3. Раздельное диагностическое выскабливание с гистологическим исследованием.

4. Гистероскопия.

Дополнительные диагностические исследования:

- определение глюкозы;
- УЗИ щитовидной железы для исключения патологии щитовидной железы;
- ИФА на ИППП;
- определение гормонов щитовидной железы;
- определение гормонов репродуктивной системы.



## *Диагностические критерии*

Жалобы и анамнез:

- длительные и обильные кровянистые выделения во время менструации (чаще более 7 дней). Кровянистые выделения нерегулярные;
- слабость, головокружение, снижение работоспособности.

Физикальное исследование:

- осмотр в зеркалах;
- определение размеров матки и придатков при бимануальном исследовании.

Лабораторные исследования: общий анализ крови – снижение уровня гемоглобина (п 110 г/л), эритроцитов (п  $3,9 \cdot 10^{12}$ /л), гематокрита (п 0,36 л/л).

Инструментальные исследования: УЗИ женских половых органов.

## ***Дифференциальная диагностика проводится со следующими заболеваниями:***

### 1. Осложнения беременности:

- Внематочная беременность
- Неполный аборт
- Выкидыш
- Угрожающий аборт

### 2. Нематочные кровотечения:

- Эктропион шейки / эрозии
- Неоплазии шейки матки / полипа
- Шейки матки или травмы влагалища
- Кондиломы
- Атрофический вагинит
- Инородные тела

### 3. Воспалительные заболевания тазовых органов:

- Эндометрит
- Туберкулез

### 4. Миома матки

## *Медикаментозное лечение*

Гормональный гемостаз при обильном и частом кровотечении проводится после исключения атипических процессов эндометрия:

- комбинированные оральные контрацептивы с содержанием этинилэстрадиола 20-30мкг. Препараты назначают в дозе от 4 таблеток в первые сутки в зависимости от интенсивности кровотечения, снижая дозу по 1–2 таблетки в три дня до прекращения кровянистых выделений, после чего продолжают приём КОК в течение 21 дня.
- левоноргестрел содержащая гормональная внутриматочная система.

Антианемическая терапия для коррекции уровня гемоглобина:

- фолиевая кислота, суточная доза – до 0,005 г (5 таблеток);
- препараты железа.

При нерегулярных менструациях:

- при регуляции цикла КОК
- при необходимости беременности гормонотерапия в I и/или II фазу со стимуляцией овуляции. ГТ в I фазу –эстриол 2мг, во II фазу микронизированный прогестерон 20 0мг. Для стимуляции - кломифен 50-150 мг с 5-9 день менструального цикла.

Другие виды лечения: акупунктура, физиотерапия.



**Дисфункциональное маточное  
кровотечение в ювенильном периоде**

Тест на беременность

Нет

Да

Угрожающий выкидыш,  
внематочная  
беременность

Клинический  
и гинекологический  
осмотр

Длительное и обильное кровотечение  
с гемодинамическими нарушениями  
(тахикардия, падение АД, головокружение,  
снижение гемоглобина ниже 70 г/л,  
гематокрит 20% и менее)

Предложить диагностическое выскабливание

Кюретаж

Отказ

Гемостатическая терапия:

- этамзилат натрия 2 мл  
2 раза в день в/м;
- викасол 1 мл 2% р-ра  
3 раза в день в/м;
- дицинон 1 табл.  
3 раза в день

Гормональный гемостаз, синтетические  
прогестины (жанин, марвелон, селест)  
до 4–6 табл. в день до остановки  
кровотечения. Затем дозу постепенно  
снизить до 1 табл. в день,  
длительность применения 21 день

## *Хирургическое лечение*

Под контролем гистероскопии производят раздельное выскабливание стенок полости матки с последующим гистологическим исследованием эндометрия.

Вопрос о хирургическом лечении в объеме гистерэктомия (лапароскопическая) должен рассматриваться в ситуациях, когда:

- при злокачественных процессах эндометрия
- при наличии миомы матки и аденомиоза (см. соответствующие протоколы).

## Профилактические мероприятия

Регуляция менструального цикла при планировании беременности приёмом КОК в течение 3-х циклов, в последующем 3 цикла прогестагенов во II фазе цикла (дидрогестерон 10 мг х 2 р/с или прогестерон по 100 мг х 2 р/с с 16 по 25 день менструального цикла) регуляция менструального цикла без планирования беременности – КОКи и левоноргестрел содержащая гормональная внутриматочная система.

# *Литературы*

1. ЭЛЕКТРОННОЕ СПРАВОЧНОЕ РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧА  
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 9. 3 Акушерские кровотечения

2.

<https://медпортал.com/terapiya-anesteziologiya-intensivnaya/akusherskie-krovotecheniya-49021.html>

3. Протокол ведения Геморрагический шок (лечение острой массивной кровопотери)

4. РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК)  
Версия: Клинические протоколы МЗ РК – 2016 «Послеродовое кровотечение»