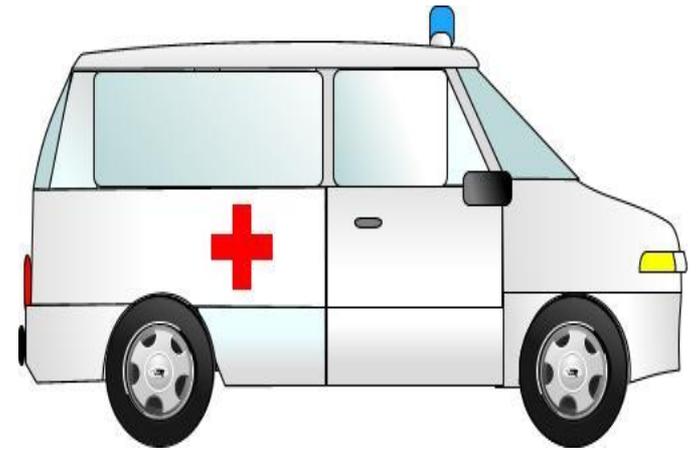
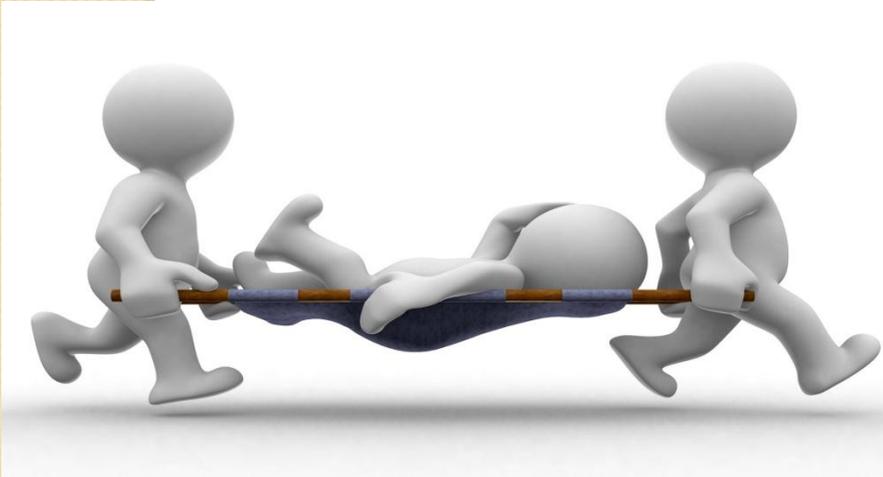
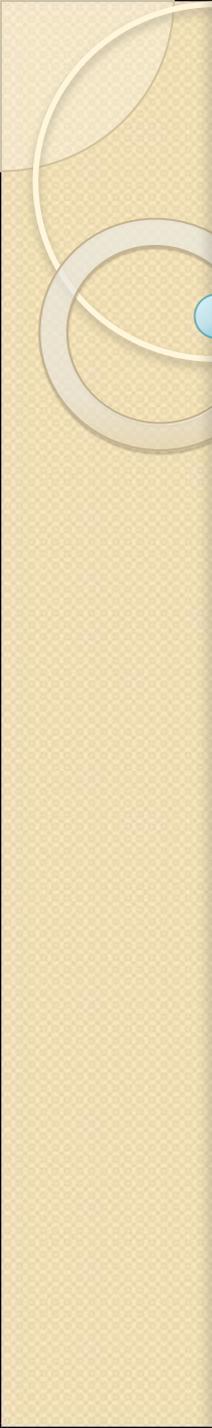


Тема: "Неотложная помощь при кровотечениях в акушерстве".



Доцент Попова Л.С.



“Мероприятия в борьбе с послеродовыми кровотечениями должны применяться в определенной последовательности начиная с наиболее простых и кончая более сложными, подчас, героическими”.

Н.Н.Феноменов

- **70%** кровотечений в акушерстве относится к послеродовым гипотоническим кровотечениям
- **20%** обусловлены отслойкой плаценты, разрывом матки, повреждением родовых путей
- **10%** приходится на долю вращения плаценты и нарушениями её отделения
- **1%**-на коагулопатию.

Акушерские мероприятия:

1.Кровотечение вследствие нарушения отделения плаценты и выделения последа

- Определить признаки отделения плаценты(Шредера, Альфреда и др.).
- При положительных признаках отделения плаценты выделить послед по Креде-Лазаревичу.
- При отсутствии признаков отделения последа следует применить приём Креде-Лазаревичу, т.к. возможно ущемление последа в одном из маточных углов или в области нижнего сегмента.
- При отсутствии эффекта от наружных методов выделения последа выполнить операцию ручного отделения плаценты и выделения последа и наружно-внутренний массаж матки на кулаке(в полости или заднем своде влагалища).

- 
- В послеоперационном периоде необходимо повторно ввести утеротонические препараты и производить наружный массаж матки.
 - При неэффективности попыток ручного отделения плаценты (подозрение на истинное приращение плаценты) мануальное вмешательство.
 - Перейти к хирургическому этапу: надвлагалищной ампутации матки или экстирпации без придатков.

2.Кровотечение вследствие разрывов мягких тканей родовых путей

- Наложение швов на раны в области клитора сразу после рождения ребёнка.
- Наложение швов на раны шейки матки, влагалища и промежности после выделения последа.
- Для временной остановки кровотечения из разрывов или разрезов промежности применить наложение зажимов.
Восстановление целостности промежности после выделения последа.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

БОЛЬ В ЖИВОТЕ. ШОК. КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА НЕТ.

ВОЗМОЖНА ГЕМАТОМА ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА (РЕДКО)

ПЛАЦЕНТА НЕ РОДИЛАСЬ

РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ

ПЛОТНОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

ВОЗМОЖНА ПЛАСЕНТА АССРЕТА

РЕШИТЬ ВОПРОС О СРОЧНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

ГЕМАТОМА ВЛАГАЛИЩА ИЛИ ВУЛЬВЫ

ДО 4 СМ, ГЕМАТОМА НЕ НАРАСТАЕТ

ЛЁД НА ОБЛАСТЬ ГЕМАТОМЫ. НАБЛЮДЕНИЕ

НАЛИЧИЕ ФРАГМЕНТОВ ПЛАЦЕНТЫ ИЛИ СГУСТКОВ КРОВИ

УДАЛИТЬ

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ МЕСТ ИНЪЕКЦИЙ

ВОЗМОЖНА КОАГУЛОПАТИЯ

ВЫПОЛНИТЬ ГЕМОСТАЗИОГРАММУ

ПЛАЦЕНТА ЛЕГКО ОТДЕЛЯЕТСЯ ОТ СТЕНКИ МАТКИ

РУЧНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ И ВЫДЕЛЕНИЕ ПОСЛЕДА

РАЗРЫВЫ ВЛАГАЛИЩА И ШЕЙКИ МАТКИ

УШИТЬ

БОЛЕЕ 4 СМ, ГЕМАТОМА ПРОДОЛЖАЕТ УВЕЛИЧИВАТЬСЯ В ОБЪЕМЕ

ДРЕНИРОВАНИЕ. ЛЁД НА ОБЛАСТЬ ГЕМАТОМЫ

РАЗРЫВ МАТКИ

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ. ЭКСТРЕННАЯ ЛАПАРОТОМИЯ

РОДИЛАСЬ ЛИ ПЛАЦЕНТА?

РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ И МАССАЖ. ИНФУЗИЯ ОКСИТОЦИНА

МАТКА СОКРАТИЛАСЬ, НО КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

ПОИСК РАЗРЫВОВ РОДОВЫХ ПУТЕЙ

НЕТ РАЗРЫВОВ

РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ

ВЫВОРОТ МАТКИ

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ. АНАСТЕЗИЯ. ИСПРАВИТЬ ВЫВОРОТ

МАССИВНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

ВЫЗВАТЬ ПОМОЩЬ

СМ. ТАБЛИЦУ 22

ПЛАЦЕНТА РОДИЛАСЬ

МАТКА НЕ СОКРАТИЛАСЬ, КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

ВОЗМОЖНА АТОНИЯ МАТКИ

НАЗНАЧИТЬ УТЕРОТОНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА. ПОДГОТОВИТЬСЯ К ЭКСТРЕННОЙ ЛАПАРОТОМИИ

ПРИЧИНА НЕ УСТАНОВЛЕНА

ПОЗВАТЬ КОНСУЛЬТАНТА. ПОВТОРИТЬ АЛГОРИТМ СНАЧАЛА



Общие принципы ИТТ при акушерских кровотечениях

ИТТ акушерских кровотечений должна учитывать:

- 1. состояние пациентки до возникновения кровотечения (нормальное течение беременности или на фоне патологии)
- 2. волевические, реологические и гемостатические свойства крови и кислотно-основное состояние.
- 3. степень участия компенсаторно-приспособительных реакций на кровопотерю.
- 4. влияние инфузионно-трансфузионных сред на волевические, реологические и гемостатические свойства крови и кислотно-основное состояние, что зависит от состояния раствора.

*Для восполнения кровопотери
используются 3 группы
кровезаменителей
(инфузионных сред):*

- **1.Солевые;**
- **2.Кристаллоидные;**
- **3.Инфузионные антигипоксанты.**

Солевые (кристаллоидные) кровезаменители

- *По величине* осмолярности разделяются на гипотонические, изотонические и гипертонические, а также *по составу*-простые и сложные.
- *Необходимо помнить, что в случае акушерских кровотечений, особенно при наличии гестоза, из кристаллоидных растворов преимущества должны быть отданы, растворам, которые содержат магний.*

Производные гидроксипропилированного крахмала (ГЭК)

- **1. Высокомолекулярные (молекулярная масса 450 кДа)-стабизол, плазмастерил.**
- **2. Среднемолекулярные (молекулярная масса 200 кДа)-**
- **3. Инфукал, Хаес-стерил, рефортан (10% и 6% растворы).**
- **4. Низкомолекулярные (молекулярная масса 130 кДа)-Волювен.**
- **5. Комбинированные (6% Хаес-стерил на основе 7,2 % раствора хлорида натрия)-гиперХАЕС.**

Алгоритм ИТТ у рожениц с неосложненной беременностью (масса тела около 75 кг. ОЦК около 5 л.)

1. Мониторинг

- - **Физикальное наблюдение;**
- - **АД, ЧСС, ЧДД, ЦВД;**
- - **Общий анализ крови, гематокрит, гемоглобин, тромбоциты;**
- - **Свертываемость крови;**
- - **Биохимия крови: глюкоза, общий белок, альбумин, билирубин, мочевины, креатинин;**
- - **Анализ мочи;**
- - **Термометрия;**
- - **Почасовой диурез.**

2. Лечебная тактика

А) Объем кровопотери ≤ 750 мл (<15% ОЦК)

- **Кристаллоиды 1000-1500 мл:**
- **- ионостерил**
- **-раствор Рингера**
- **-раствор Рингер-лактат**
- **-плазма-Лит**
- **-мафусол**
- **-калий-магний аспарагинат**

**Б) Объем кровопотери 750-1500 мл
(15-30% ОЦК):**

-волювен-500 мл(струйно 5-10 мин)

-ионостерил-500 мл

-плазма-Лит-500 мл

**-раствор Рингера или ацесоль или
трисоль-400-800 мл**

**В) Объем кровопотери 1500-2000 мл
(30-40% ОЦК):**

- **-гиперХАЕС-250 мл струйно в течение 2-5 мин**
- **-ионостерил-500 мл**
- **-волювен-500 мл**
- **-плазма-Лит-500 мл**
- **-свежезамороженная плазма-400 мл**
- **-Раствор Рингера или ацесоль или трисоль-400 мл**
- **-плазбумин 20-100-200 л**
- **-эритроцитарная масса-по показаниям (при уровне гемоглобина ниже 70 г/л)**

- В случае наличия **ДВС-синдрома** 2-4 стадии: **-контрикал** 60-100 АТрЕ, или **тордокс** 600-1000 тыс.ЕД, или **тразилол** 100-300 тыс.КИЕ. При ДВС-синдроме 4 степени-**НовоСевн** 60-120 мкг/кг.

Г) Объем кровопотери **>2000** мл(>40% ОЦК):

- + криоцепитат-10-12 доз

Алгоритм ИТТ при кровотечениях у рожениц с тяжелым гестозом (масса тела около 75 кг, ОЦК около 5 л)

- **1. Объем кровопотери около 500 мл (10% ОЦК)**
 - -волювен-500 мл
 - -иностерил или плазма-Лит-500мл
- **2. Объем кровопотери 500-1000 мл (10-20%ОЦК)**
 - +Стабизол 6%-500мл
 - свежзамороженная плазма-200мл
 - Стимуляция диуреза! (эуфиллин, Но-шпа, лазикс)

● **3. Объем кровопотери 1000-2000 мл
(20-40% ОЦК)**

- +плазбумин 20-100мл
- -ацесоль или трисоль-400 мл
- -гиперХАЕС-250мл в течение 2-5 мин
- -эритроцитарная масса -400мл

● **4. Объем кровопотери более 2000мл
(более 40% ОЦК)**

- +плазбумин 20-200мл
- -трисоль или ацесоль -200мл
- -свежезамороженная масса-400мл

Интенсивная терапия.

Первоначальная инфузионно-трансфузионная и гемостатическая терапия при акушерском кровотечении(масса тела-60кг,ОЦК-4500мл):

Кровопотеря (мл)	До 1000	1000-1500	1500-2100	2100 и >
Кровопотеря% ОЦК	До 15	15-25	25-35	35 И более
Кровопотеря % массы тела	До 1,5	1,5-2,5	2,5-3,5	3,5 и более
Кристаллоиды (мл)	Хз к кровопотере	2000	2500	2500
Синтетич. коллоиды или комбинир. препараты (мл)		500-1000	500-1000	1500-2000
Транексамовая к-та	10-15мг/кг	10-15мг/кг	10-15 мг/кг	10-15 мг/кг

Свежезамороженная плазма(мл/кг)		12-15	20-30	20-30
криопреципитат		1 доза на 10кг массы тела	1 доза на 10кг массы тела	1 доза на 10кг массы тела
Тромбоцитарная масса при тромбоцитах < 50000 в мкл		1 доза на 10кг массы тела	1 доза на 10кг массы тела	1 доза на 10кг массы тела
Рекомбинантный фактор VIIa		При неэффективности гемостатической терапии и продолжающемся кровотечении		
Эритроцитарная масса (мл)		250-500 мл и > при снижении Hb < 70 г/л		
При исходном нарушении гемостаза-терапия, направленная на устранение причины.				

Эмболия амниотической жидкостью.

Предрасполагающие факторы:

- Беременность
- Многоводие
- Многоплодие
- Отслойка плаценты
- Бурная родовая деятельность
- Кесарево сечение
- Индуцированные роды

Клиническая картина:

- Развивается внезапно или в течение 30-40 мин после родов.
- Дыхательная недостаточность: одышка, цианоз, гипоксемия.
- Артериальная гипотония, шок, остановка сердечной деятельности.
- Острый явный ДВС-синдром с массивной кровопотерей.

Лечебная тактика:

1. общие мероприятия

- При постановке диагноза эмболии амниотической жидкостью необходимо немедленно перевести женщину в операционную и начать комплекс интенсивной терапии-обеспечить венозный доступ в подключичную вену.

2. Акушерские мероприятия

- Перевести в операционную.
- Родоразрешение путём операции кесарева сечения (доступ-нижнесрединная лапаротомия).
- Экстирпация матки без придатков, перевязка внутренних подвздошных артерий, дренирование брюшной полости.

3. Интенсивная терапия

- Перевод на ИВЛ.
- Вазопрессоры-допамин 10 мкг/кг мин и $>$.
- Глюкокортикоиды: преднизолон 30-60мг, гидрокортизон 300-500мг.
- Плазмозаменители.
- Транексамовая кислота 10-15мг/кг со скоростью 1,0мл/мин и дальнейшая инфузия 1-5мг/кг в час. Введение до полной остановки кровотечения.
- Реанимационные мероприятия (родоразрешение должно быть проведено в течение первых 5 мин после регистрации остановки сердечной деятельности).

Анестезиологическое пособие при массивной кровопотере.

- ❖ Метод выбора при массивной кровопотере и геморрагическом шоке: общая анестезия с ИВЛ.



После окончания операции продленная ИВЛ показана при:

- нестабильной гемодинамике с тенденцией к артериальной гипотонии (САД < мм рт.ст., необходимость введения вазопрессоров) - недостаточным восполнением ОЦК.
- Продолжающемся кровотечении.
- Уровне Нв < 70 г/л и необходимости продолжения гемотрансфузии.
- Сатурации смешанной венозной крови < 70%.
- Сохраняющейся коагулопатии и необходимости проведения заместительной терапии.

Продолжительность ИВЛ зависит от темпов достижения критериев положительного эффекта при массивной кровопотере и геморрагическом шоке:

- отсутствует геморрагический синдром любой локализации, характера, интенсивности
- САД > 90 мм рт.ст. без применения вазопрессоров
- уровень Hb > 70 г/л
- отсутствуют клинические и лаборатор. признаки коагулопатии
- темп диуреза более 0,5 мл/кг/час
- сатурация смешанной венозной крови > 70%
- восстановлено сознание и адекватное спонтанное дыхание.

Ведение

послеродового/послеоперационного периода(12-24 часа)

- Обезболивание(*наркотические анальгетики в первые 6-12ч, нестероидные противовоспалительные анальгетики в первые 1-2сут*).
- Продолжить инфузию уретоников-*окситоцин* (при сохраненной матке).
- Антибиотики:*цефалоспорины III-IVпок., карбапенемы.*
- Инфузионная терапия сокращается до 10-15 мл/кг в сут.- *кристаллоиды, коррекция гипокалиемии.*
- Начало энтерального питания *лечебными смесями* с первых 4-6 ч.
- Тромбопрофилактика:*низкомолекулярный гепарин* в профилактич. дозе п/к (*дальтепарин 5000ЕД\сутки, эноксапарин-40 мг\сут*) через 24ч после остановки кровотечения и профилактика продолжается до выписки.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!





Спасибо за внимание!

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

