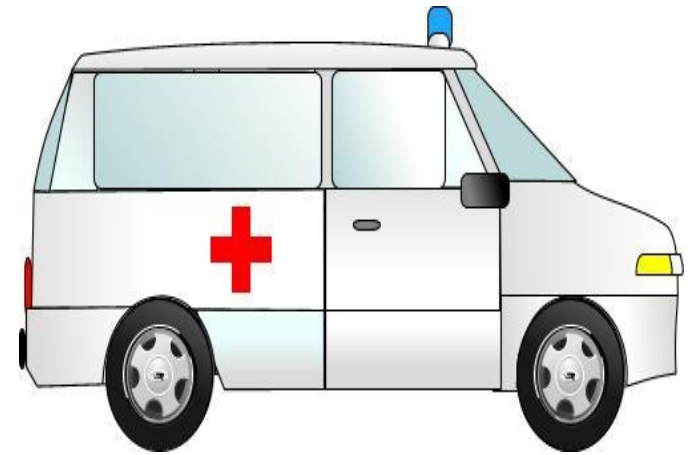
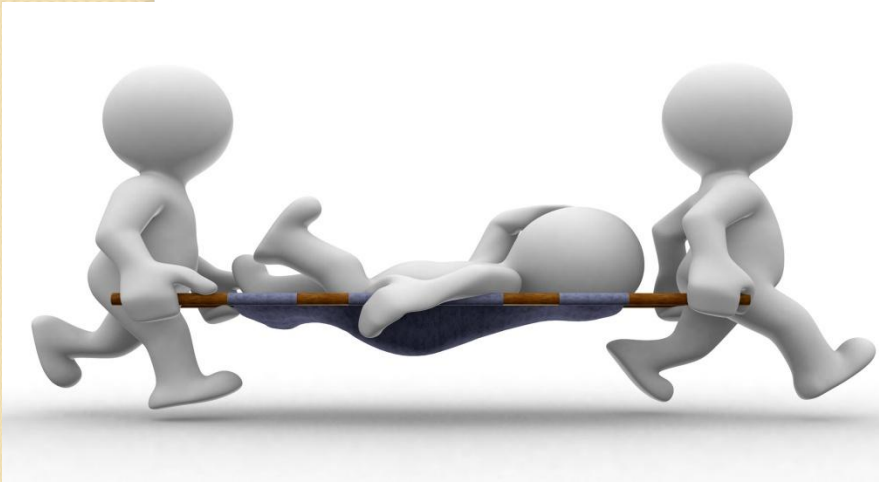



# Тема: "Неотложная помощь при кровотечениях в акушерстве".



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).

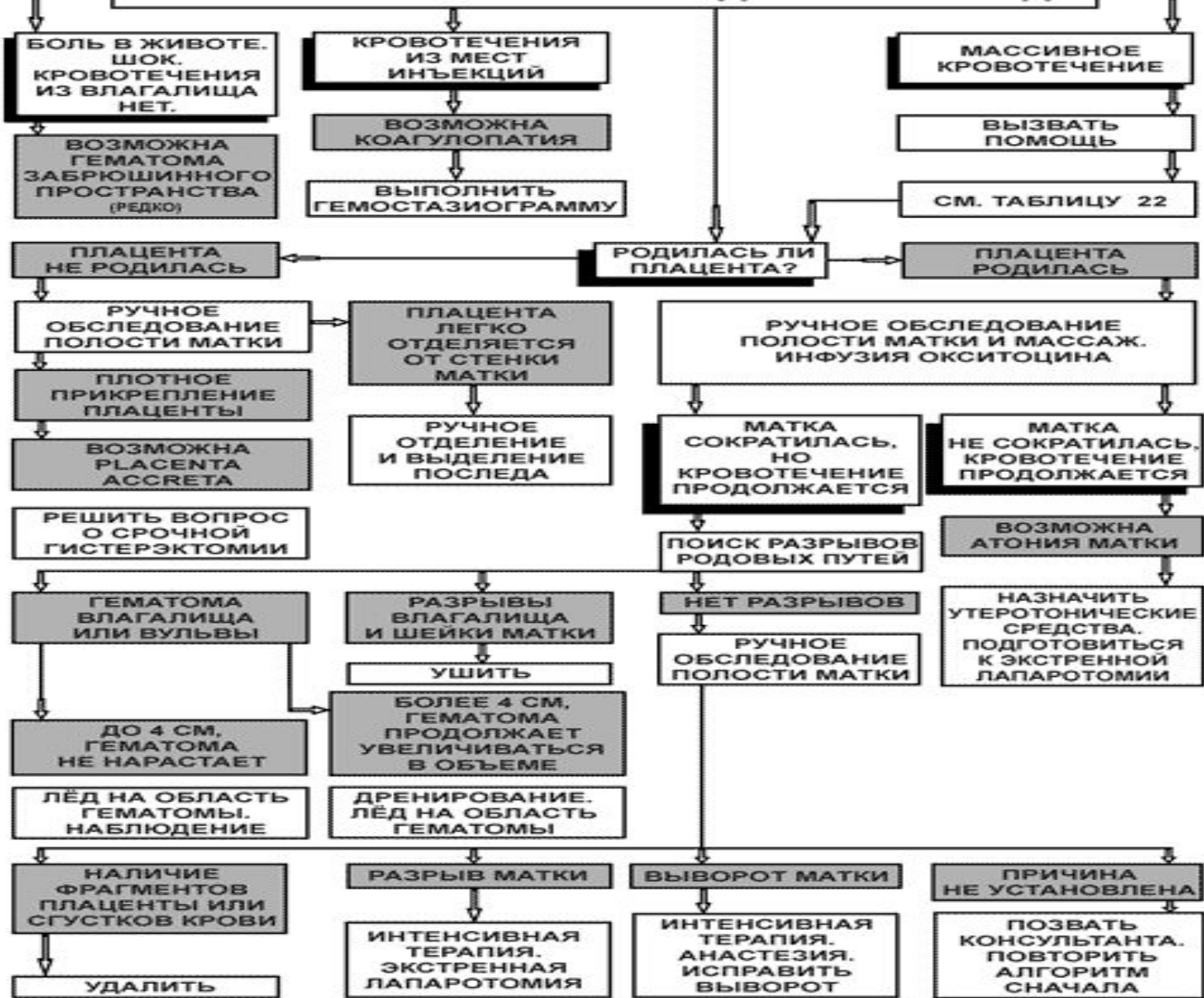
- 
- В послеоперационном периоде необходимо повторно ввести утеротонические препараты и производить наружный массаж матки.
  - При неэффективности попыток ручного отделения плаценты (подозрение на истинное приращение плаценты) мануальное вмешательство.
  - Перейти к хирургическому этапу: надвлагалищной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







# 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, мочеви́на, 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):

- + криоцецитат-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!***

