

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Медицинский факультет
кафедра акушерства и гинекологии

ПОСЛЕРОДОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Зав. каф., к.м.н., доц. Сарымсакова Т. А.

г. Бишкек 2014г.

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Значимость проблемы

- Тяжелые кровотечения являются причиной материнской смертности (МС) в мире
- Ежегодно во всем мире регистрируется около 14 миллионов случаев акушерских кровотечений, большинство из которых возникают в послеродовом периоде
- В результате, около 128 000 женщин умирают
- Риск смерти от ПРК: 1 : 100 000 родов в Великобритании, США; 1 : 1000 родов в некоторых развивающихся странах (в 100 раз выше)
- Большинство выживших женщин имеют отдаленные последствия: анемия, посттрансфузионные осложнения, ВИЧ и другие.

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Ошибки лечения

Основными причинами смерти от ПРК являются:

- Недооценка кровопотери
- Недостаточное восполнение кровопотери
- Задержка оперативного вмешательства

Часто эти причины обусловлены:

- Недостатком взаимодействия служб(служба переливания крови, хирургическая служба и т.п.)
- Недостаточной организацией перевода в лечебное учреждение более высокого уровня

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Определение

Послеродовое кровотечение (ПРК) определяется, как кровопотеря после рождения ребенка, при которой женщина теряет больше 500 мл крови при вагинальных родах и больше 1000 мл крови при кесаревом сечении.

- Раннее ПРК происходит в первые 24 часа после родов
- Позднее ПРК развивается в период от 24 часов до 6 недель послеродового периода.

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Профилактика ПРК: активное ведение третьего периода родов:

1. Введение окситоцина в течение минуты после рождения ребенка
2. Рождение плаценты путем контролируемой тракции за пуповину
3. Массаж матки через переднюю брюшную стенку до ее сокращения

ПРК

Шаги активного ведения третьего периода родов

1. Введение окситоцина:

В течение одной минуты после рождения ребенка введите 10 единиц окситоцина внутримышечно

2. Рождение плаценты с помощью контролируемых тракций за пуповину:

- После прекращения пульсации пуповины, но не раньше чем через 1 минуту после рождения ребенка, наложите зажим на пуповину ближе к промежности;

ПРК

- ❑ Держите пережатую пуповину в слегка натянутом состоянии одной рукой;
- ❑ Положите другую руку над лобком женщины и, стабилизируйте матку, отводя ее от лона во время контролируемого потягивания за пуповину. Это поможет избежать выворота матки;
- ❑ Не дожидаясь признаков отделения плаценты, во время сокращения матки осторожно потяните на себя вниз пуповину (тракция) для рождения плаценты. Одновременно продолжайте отводить матку другой рукой (контртракция) в направлении, противоположном потягиванию за пуповину

ПРК

- Если плацента не опускается в течение 30-40 секунд во время контролируемой тракции, прекратите тянуть за пуповину, ждите следующего сокращения матки;
- **Никогда не проводите тракцию за пуповину (потягивание) без применения контртракции (отведения) хорошо сократившейся матки;**
- Осмотрите плаценту, чтобы убедиться в ее целостности;
- При подозрении на наличие в полости матки оставшихся фрагментов плаценты следует предпринять надлежащие меры.

ПРК

3. Массаж матки:

- Сразу после рождения последа проведите массаж матки через переднюю брюшную стенку пока матка не сократится;
- Повторите массаж каждые 15 минут в течение первых двух часов послеродового периода;
- Проверьте, чтобы матка не расслаблялась после окончания массажа;
- Осмотр родовых путей (при наличии показаний – кровотечение).

ПРК

Факторы риска:

- Предлежание плаценты
- Задержка плаценты и ее частей в полости матки
- Преэклампсия
- Срединолатеральная эпизиотомия
- ПРК в анамнезе
- Многоплодие
- Слабость родовой деятельности
- Травма мягких родовых путей
- Крупный плод
- Затяжные роды
- Оперативное вагинальное родоразрешение
- Срединная эпизиотомия
- Перворожающая женщина

ПРК

Способы определения объема кровопотери

- Визуальный метод (ошибка 30%);
- По ОЦК (более 10% ОЦК). Нормальный уровень ОЦК определяется по формуле: $\text{ОЦК (мл)} = \text{масса тела (кг)} \times 70$. Например: масса тела 80 кг $\text{ОЦК} = 80 \times 70 = 5600$ мл;
- Гравиметрический метод – взвешивание операционного материала (ошибка 15%);
- Измерение мерной емкостью (емкость с нанесенной градуировкой);
- По шоковому индексу Альговера (отношение ЧСС к систолическому АД (не информативен при гипертензии)
- На основании клинических симптомов и признаков .

ПРК

Этиология:

Причины ПРК – «4Т»:

- **Тонус** (нарушение сократительной функции матки) – 70%
- **Ткань** (задержка в матке фрагментов плаценты) - 10%
- **Травма** (травмы родовых путей) – 20%
- **Тромбин** (нарушения коагуляции)

Наиболее частыми причинами ПРК являются атония матки, разрывы шейки и влагалища

Наиболее тяжелые ПРК связаны с патологией плаценты (плотное прикрепление или приращение), разрывом и выворотом матки

Причина кровотечения	Этиологический процесс	лечение
«Т» - Тонус. Атония матки - (70% случаев), матка дряблая, мягкая	Перерастяжение матки, истощение СДМ, инфекционный процесс, анатомические особенности матки	• Массаж матки • Утеротоники • Бимануальная компрессия
«Т» – Ткань. Задержка тканей в полости матки, дефект плаценты, оболочек	Задержка частей последа, сгустков в полости матки	• Ручное обследование • МВА или в крайнем случае кюретаж
«Т» - Травма	Разрывы матки, шейки матки, влагалища, промежности, выворот	• Ушивание разрывов • Лапаротомия при разрыве матки • Коррекция выворота
«Т» - тромбин, нарушения коагуляции	Врожденные (гемофилия, б-нь Виллебрандта), приобретенные при бер-ти, ДВС и др.	• переливание факторов свертывания (СЗП, криопреципитата, тромбомассы)

ПРК

Мониторинг при кровопотери:

- Контроль общего состояния (сознание, цвет кожных покровов);
- Объем кровопотери (ОК) постоянно;
- Артериальное давление (АД) каждые 5 минут;
- Термометрия почасовая (Т°);
- Темп диуреза почасовой (ДС);
- Частота дыхания (ЧД) каждые 15 минут;
- Эритроциты, гемоглобин, Ht;
- Время свертывания крови по Ли-Уайту, гемостезиограмма;
- Пульсоксиметрия (ПС);
- ЦВД(при кровопотере > 800 мл.

ПРК

Принципы ведения ПРК

- Раннее распознавание
- Первоначальная оценка и лечение
- Поиск причины и адекватное лечение
- Восполнение кровопотери

ПМК

Раннее распознавание

Рутинный мониторинг за женщиной после родов:

- Контроль тонуса матки
- Оценка кровопотери (постоянно)

ПРК

Первоначальная оценка и лечение

- **Оценка и мониторинг (см мониторинг)**
- **Первичная реанимация:**
 - (катетеризация 2 вен катетером большого диаметра (14-16 калибр))
 - Начать болюсное введение (1 литр за 15 минут) кристаллоидов: 3 мл/1 мл кровопотери (3:1)
 - При наличии признаков шока, дополнительно:
 - опустить вниз голову
 - освободить дыхательные пути
 - обеспечить подачу кислорода через маску (6-8 л/мин)

ПРК

Поиск причины и адекватное лечение

- Обеспечить капельное (до 35 – 40 кап/мин) внутривенное введение 20-30 ЕД окситоцина в 500 мл 0,9% изотонического раствора натрия хлорида (тонус)
- Катетеризация мочевого пузыря
- Ручное исследование матки (ткань) для определения ее целостности с обязательным обезболиванием
- Осмотр родовых путей, зашивание разрывов
- Профилактика аспирации
- Мизопростол 800-1000 мкг в прямую кишку ИЛИ ПГ F2a (энзапрост) 0,25 мг в/м или в мышцу матки каждые 15 мин, 8 доз (2 мг) (тонус)

ПРК

Рефрактерные кровотечения

- Мобилизация персонала (опытный акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, лаборант)
- При продолжающемся кровотечении. Превышающем 800 мл, заказать 500 мл одноклеточной эритроцитарной массы и СЗП, предупредить о возможной большой потребности в препаратах крови
- Продолжать инфузионную терапию, препараты ГЭК (6%, 10%), растворы должны быть подогреты, женщина укрыта и согрета.

ПРК

Механические методы остановки ПРК

Бимануальная компрессия матки

- Наденьте стерильные или чистые перчатки
- Введите правую руку во влагалище, сожмите в кулак, расположите в переднем своде так, чтобы тыльная поверхность руки была обращена кзади, а фаланги пальцев в переднем своде
- Левую руку расположите на животе за маткой, произведите сдавливание матки между двумя руками
- Сдавливайте матку до полной остановки кровотечения

ПРК

Прижатие брюшной аорты

Надавите кулаком на брюшную аорту через переднюю брюшную стенку:

- Точка надавливания находится под пупком и немного левее
- В раннем послеродовом периоде пульсация аорты легко определяется через переднюю брюшную стенку
- Другой рукой пальпируется пульс на бедренной артерии для оценки полноты сдавления
- Если пульс не прощупывается, давление достаточное
- Сдавливать аорту необходимо до прекращения кровотечения

ПРК

Хирургическое лечение

Если консервативные мероприятия не позволяют остановить кровотечение, кровопотере более 20% ОЦК (более 1000 мл) показано оперативное лечение.

В случае наличия резких гемодинамических сдвигов (падение АД) назначить внутривенное капельное введение допамина из расчета 10 мкг/кг/мин на фоне восполненного ОЦК

ПРК

Последовательность хирургического гемостаза:

- Наложение швов на маточные и яичниковые сосуды;
- Гемостатические швы по Линчу;
- Наложение швов на внутренние подвздошные сосуды;
- Гистерэктомия без придатков.

ПРК

Показания для тотальной гистерэктомии

- Переход разрыва при КС на ребро матки;
- Разрыв шейки матки III степени;
- Гематома широкой связки после наложения акушерских щипцов;
- Хориоамнионит;
- ДВС-синдром;
- Предлежание или приращение плаценты;
- Отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии.

ПРК

Восполнение кровопотери

- Наилучшим средством является физиологический раствор (в соотношении 3 : 1)
- Коллоиды не имеют преимуществ над кристаллоидами
- Существуют строгие показания к применению эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы.

ПРК

Кристаллоидные замещающие растворы:

- Содержат натрий в такой же концентрации, как и в плазме;
- Не могут попадать в клетки, поскольку клеточная мембрана является непроницаемой для натрия;
- Попадают из сосудистого русла во внеклеточное пространство (обычно в сосудистом русле остается четвертая часть введенного объема)

ПРК

Коллоидные растворы:

Коллоидные растворы состоят из суспензии частиц, имеющих большие размеры по сравнению с кристаллоидами. Коллоидные растворы остаются в крови, где они имитируют белки плазмы, чтобы сохранить или поднять коллоидное осмотическое давление крови.

Коллоидные растворы обычно вводят в объеме, равном объему кровопотери (1:1).

ПРК

Недостатки коллоидных растворов:

- Вызывают анафилактическую реакцию
- Приводят к увеличению частичного тромбопластинового времени (гидроксиэтиловый крахмал, декстран)
- Влияют на перекрестную совместимость крови (декстран)
- Снижают уровень кальция
- Менее доступны и намного дороже

ПРК

Показания к переливанию эритроцитарной массы:

- Только снижение способности крови транспортировать кислород, например в случае клиники гипоксии
- Трансфузионный порог должен определяться индивидуально для каждой пациентки: уровни гематокрита и гемоглобина (критический уровень 70 г/л)

Однако

Важно учитывать клинические признаки анемии и гипоксии

- Если кровопотеря составляет 1000 мл и продолжается, необходимо подготовить эритроцитарную массу для трансфузии

ПРК

Свежезамороженная плазма

- Единственным однозначным показанием является замещение коагуляционных факторов при нарушении свертывания крови
- Нужно использовать в случае, если ПВ (протромбиновое время) и АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время) превышает в 1,5 раза контрольный уровень во время продолжающегося кровотечения
- Требуемая доза - 12 – 15 мл/кг для взрослого человека
- Требуется 20 минут, чтобы разморозить СЗП и поэтому желательно заранее подумать об этом

ПРК

Риск переливания плазмы:

- В плазме может содержаться большинство инфекционных агентов, присутствующих в цельной крови
- Плазма может также вызывать трансфузионные реакции

Риски переливания цельной крови или эритроцитарной массы:

- Развитие реакции несовместимости
- Передача инфекционных агентов, включая ВИЧ, гепатит С, гепатит В, сифилис, малярия и болезнь Шагаса
- При неправильном приготовлении и хранении могут попасть бактерии и сделать препарат опасным

ПРК

Выводы:

- Каждое медицинское учреждение должно иметь внутренние протоколы по профилактике и лечению ПРК
- Рутинное активное ведение третьего периода родов уменьшает риск ПРК на 60%
- Обеспечение наличия необходимого оборудования, лекарственных препаратов, растворов и подготовленного медицинского персонала на случай ПРК
- Раннее распознавание и своевременное начало мероприятий по остановке кровотечения – жизненно важны в лечении ПРК

ПРК

Выводы (продолжение):

- Окситоцин в дозах 40 ЕД и простагландины являются эффективными средствами во многих рефрактерных случаях атонии матки
- Бимануальная компрессия матки и сдавливание брюшной аорты – рекомендуемые методы для временной остановки кровотечения
- Нельзя медлить с проведением хирургического лечения
- Гистерэктомия не является единственным методом остановки кровотечения
- Гистерэктомия не всегда должна быть тотальной

ПРК

Выводы (продолжение):

- Первоочередным средством для восполнения объема крови являются кристаллоиды
- Коллоиды не имеют преимуществ по сравнению с кристаллоидами, но имеют много побочных эффектов
- В большинстве серьезных случаев ПРК необходимым является переливание препаратов крови
- Показания для переливания препаратов крови должны быть очень строгими.



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!