

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Я.А. Егорова

- *Кровотечения в (половине беременности:*
- самопроизвольный выкидыш;
- пузырьный занос;
- внематоческая беременность (в том числе шейная беременность).

- *Кровотечения во II половине беременности:*
- предлежание плаценты;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- разрыв матки.

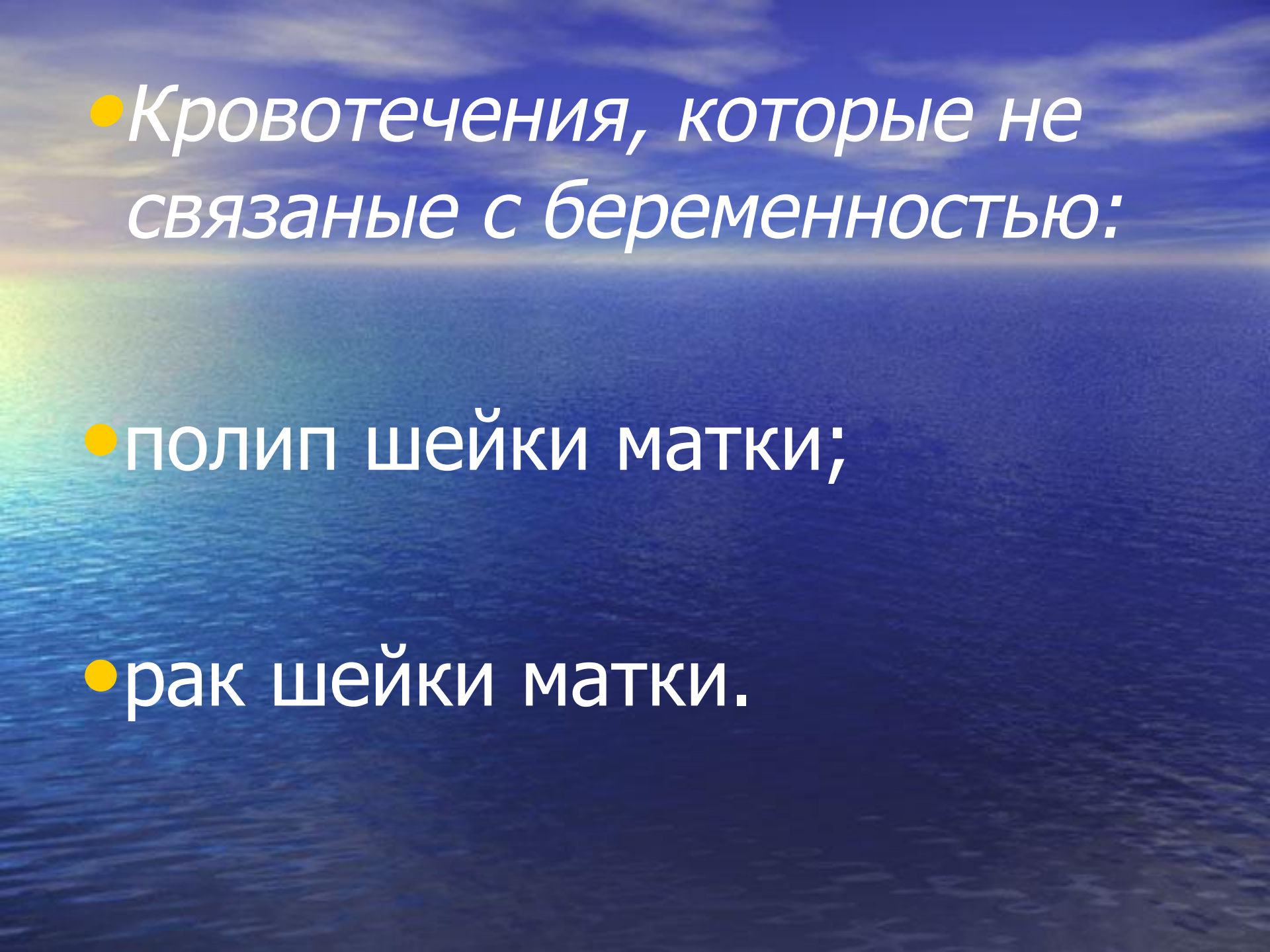
Кровотечения во время родов: I период:

- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
предлежание плаценты;
- разрыв матки;
- разрыв шейки матки.

- *II период:*
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- разрыв матки.
- *III период:*
- патология прикрепления плаценты;
- задержка, ущемление плаценты;
- разрыв мягких тканей родовых путей.

Послеродовое кровотечение:

- гипотоническое кровотечение;
- задержка частей последа;
- разрыв мягких тканей родовых путей;
- разрыв матки;
- эмболия околоплодными водами;
- коагулопатическое кровотечение.



● *Кровотечения, которые не
связанные с беременностью:*

● полип шейки матки;

● рак шейки матки.

САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ ВЫКИДЫШ

- Погибшее плодное яйцо и непустырный занос
- Выкидыш, который не состоялся.
- Ранняя гибель плода с задержкой мертвого плода в матке
- Неполный аборт, осложненный продолжительным или чрезмерным кровотечением .

Полный или не уточненный аборт,
осложненный продолжительным или
чрезмерным кровотечением

- *Классификация :*
- угроза прерывания беременности (угроза выкидыша);
- выкидыш, который начался;
- выкидыш в ходу;
- неполный самопроизвольный выкидыш;
- полный самопроизвольный выкидыш;
- не состоявшийся выкидыш.

Клинико-диагностические критерии:

- **Симптомы прерывания беременности:**
- болевой синдром: боль, связанная с сокращением матки;
- повышенный тонус матки;
- кровотечение разной степени интенсивности;
- структурные изменения шейки матки.

Диагностика:

- оценка общего состояния беременной;
- осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное исследование;
- оценка величины кровопотери.

Лечение:

- инструментальное выскабливание матки под внутривенным наркозом
- (обязательное гистологическое исследование полученного материала);
- -препараты, которые сокращают матку (10 ЕД окситоцина внутривенно
- капельно или 0,5мкг метилергобrevина внутривенно или внутримышечно);
- при продолжении кровотечения 800мкг мезопростола ректально;
- восстановление величины кровопотери по показаниям:
- антибактериальная терапия по показаниям.

Предлежание плаценты

- Предлежание плаценты без кровотечения
- Предлежание плаценты с кровотечением

- **Предлежание плаценты** - осложнение беременности, при котором плацента располагается в нижнем сегменте матки ниже предлежащей части плода, перекрывая полностью или частично внутренний зев шейки матки. При физиологической беременности нижний край плаценты не достигает 7см до внутреннего зева.

Классификация предлежапия плаценты

- Полное предлежание - плацента полностью перекрывает внутренний зев
- Неполное предлежание - плацента частично перекрывает внутренний зев:
 - а) боковое предлежание - внутренний зев перекрыт на $\frac{2}{3}$ его площади;
 - б) краевое предлежание - к внутреннему зеву подходит край плаценты.
- Низкое прикрепление плаценты - расположение плаценты в нижнем сегменте ниже 7см от внутреннего зева без его перекрытия.

ГРУППА РИСКА :

- эндометриты со следующими рубцовыми дистрофическими изменениями эндометрия;
- аборты, особенно осложненные воспалительными процессами;
- доброкачественные опухоли матки, в частности субмукозные миоматозные узлы;
- действие на эндометрий химическими препаратами;
- женщины с гипопластической маткой

Клинические симптомы

- Патогномонический симптом - обязательное кровотечение, которое может периодически повторяться в течении срока беременности с 12 до 40 недель, возникает спонтанно или после физической нагрузки, приобретает угрожающий характер:
- с началом сокращений матки в любом сроки беременности;
- не сопровождается болью;
- не сопровождается повышенным тонусом матки

- Тяжесть состояния обусловлена объемом кровопотери:
- при полном предлежании - массивная;
- при неполном - может варьировать от небольшой до массивной.
Анемизация, как результат повторяющихся кровотечений.
- Частым бывают неправильные положения плода: косое, поперечное, тазовое предлежание, неправильное вставление головки.
Возможные преждевременные роды.

Диагностика

- Анамнез
- Клинические проявления -
появление кровотечения, которые
повторяются, и
не сопровождаются болью и
повышенным тонусом матки.

- Акушерское исследование:
- а) наружное обследование:
 - высокое стояние предлежащей части;
 - косое, поперечное положение плода;
 - тонус матки не повышен.
- б) внутреннее обследование (выполняется только в условиях развернутой операционной):
 - тестоватость тканей свода, пастозность, пульсация сосудов;
 - невозможность через свод пропальпировать предлежащую часть.

Алгоритм обследования при поступлении беременной с кровотечением в стационар:

- уточнение анамнеза;
- оценка общего состояния, объема кровопотери;
- -общеклиническое обследование (группа крови, резус-фактор, общий анализ крови, коагулограмма);
- Наружное акушерское обследование;

Алгоритм обследования при поступлении беременной с кровотечением в стационар:

- обследование шейки матки и влагалища при развернутой операционной с помощью влагалищных зеркал для исключения таких причин кровотечения, как полип шейки матки, рак шейки, разрыв варикозного узла, оценки выделений;
- - дополнительные методы обследования (УЗИ) по показаниям , при условии отсутствия необходимости срочного родоразрешения.

Лечение

- Тактика лечения зависит от объема кровопотери, состояния пациентки и плода, характера предлежания, срока беременности, зрелости легких плода. *Принципы ведения пациенток с предлежанием плаценты:*
- 1. В случае небольшой кровопотери (до 250 мл), отсутствия симптомов геморрагического шока, дистресса плода, отсутствия родовой деятельности, незрелости легких плода при беременности до 37 недель - выжидательная тактика.

Лечение

- При прекращении кровотечения - УЗ исследование, подготовка легких плода. Цель выжидательной тактики -пролонгация беременности к сроку жизнеспособности плода.
- В случае прогрессирующего кровотечения, которое становится неконтролируемым (больше 250мл), сопровождается симптомами геморрагического шока, дистрессом плода, независимо от срока беременности, состояния плода (живой, дистресс, мертвый) срочное родоразрешение.

Клинические варианты:

- *1. Кровопотеря (до 250мл), отсутствуют симптомы геморрагического шока, дистресса плода, срок беременности до 37 недель:*
- госпитализация;
- токолитическая терапия по показаниям;

Клинические варианты:

- -ускорение созревания легких плода до 34 недель беременности (дексаметазон 6 мг через 12 часов на протяжении 2 суток);
- -мониторинговое наблюдение за состоянием беременной и плода;
- При прогрессировании кровотечения больше 250мл - родоразрешение путем кесарево сечения.
- 2. *Кровопотеря значительная (больше 250мл) при недоношенной беременности - независимо от степени предлежания - срочное кесарево сечение.*

Клинические варианты:

- 3. Кровопотеря (до 250 мл) при доношенной беременности:
- При условии развернутой операционной уточняется степень предлежания.
- -в случае частичного предлежания плаценты, возможности достижения амниотических оболочек и головном предлежании плода, активных сокращениях матки, выполняется амниотомия. При прекращении кровотечения роды ведутся через естественные родовые пути. После рождения плода - в/м введение 10 ЕД окситоцина, тщательное наблюдение за сокращением матки и характером выделений из влагалища.

Клинические варианты:

- При восстановлении кровотечения
- - кесарево сечение.
- - при полном или неполном предлежании плаценты, неправильном положении плода (тазовое, косое или поперечное) выполняется кесарево сечение;
- при неполном предлежании, мертвом плоде возможная амниотомия, при прекращении кровотечения - родоразрешение через естественные родовые пути.

Клинические варианты:

- *Кровопотеря (больше 250мл) при доношенной беременности независимо от степени предлежания - срочное кесарево сечение.*
- *Полное предлежание, диагностированное с помощью УЗИ, без кровотечения - госпитализация к сроку родоразрешения, кесарево сечение на сроке 37-38 недель.*

В раннем послеродовом периоде

- тщательное наблюдение за состоянием роженицы. При восстановлении кровотечения после операции кесарево сечения и достижения величины кровопотери больше 1% от массы тела - срочная релапаротомия, экстирпация матки без приложений, при необходимости - перевязка внутренних подвздошных артерий специалистом, который имеет навыки этой операции.
- Восстановление величины кровопотери, лечение геморрагического шока и ДВС-синдрома проводится по показаниям

Другое преждевременная
отслойка плаценты (O 45.8)
Преждевременная отслойка
плаценты неуточненное (O 45.9)
Обособление плаценты БДВ
Преждевременная отслойка
нормально расположенной
плаценты - это отслойка
плаценты расположенной выше
нижнего сегмента матки во время
беременности или во II периоде
родов

**Преждевременное отслойка
нормально расположенной
плаценты-** это отслойка плаценты
● расположенной выше нижнего
сегмента матки во время
беременности или во II периоде
родов.

Классификация:

- Полное отслойка (отслойка всей плаценты).
- Частичное отслойка:
 - краевое
 - центральное

Преждевременное отслойка нормально расположенной плаценты может быть у беременных в случае следующей патологии

- гестозы;
- заболевание почек;
- изоиммунный конфликт **между** матерью и плодом;
- перерастяжение матки (многоводие, многоплодие, большой плод);
- заболевание сосудистой системы;
- сахарный диабет;
- заболевание соединительной ткани;
- воспалительные процессы матки, плаценты;
- аномалии развития или опухоли матки (подслизистые, интрамуральные миомы).

Непосредственной причиной может быть:

- физическая травма;
- психическая травма;
- внезапное уменьшение объема околоплодных вод;
- абсолютно или относительно короткая пуповина;
- патология сокращающей деятельности матки.

Клинические симптомы:

- 1. Болевой синдром: острая боль в проекции локализации плаценты, которая потом распространяется на всю матку, поясницу, спину и становится диффузной. Боль наиболее выраженная при центральной отслойке и может быть не выраженной при краевой отслойке. При отслойке плаценты, которая расположена на задней стенке, боль может имитировать почечные колики.
- Гипертонус матки вплоть до тетании, который не снимается спазмолитиками, токолитиками.
- Кровотечение из влагалища может варьироваться в зависимости от степени тяжести и характера (краевая или центральная отслойка) от незначительной до массивной. Если формируется ретроплацентарная гематома, наружное кровотечение может отсутствовать.

Диагностика:

- 1. Оценка состояния беременной, которое будет зависеть от величины отслойки, объема кровопотери, появления симптомов геморрагического шока или ДВС-синдрома.
- 2. Наружное акушерское обследование:
 - -гипертонус матки;
 - -матка увеличена в размерах, может быть деформированная с локальным выпячиванием, если плацента расположена по передней стенке;
 - болезненность при пальпации;
 - осложнение или невозможность пальпации и аускультации сердцебиения плода;
 - появление симптомов дистресса плода или его гибель.

Диагностика:

- 3. Внутреннее акушерское исследование:
- напряженность плодного пузыря;
- при излитии околоплодных вод - возможно окраска их кровью;
- кровотечение разной интенсивности из матки.
- 4. УЗ-исследование (эхо-отрицательный очаг между маткой и плацентой), но этот метод не может быть абсолютным диагностическим критерием так, как гипозэхогенная зона может визуализироваться у пациенток и без отслойки.

Лечение:

- **Необоснованно запоздалое родоразрешение приводит к гибели плода, развитию матки Кувелера, массивной кровопотере, геморрагическому шоку и ДВС-синдрому, потери репродуктивной функции женщины.**

- 1. В случае прогрессирующей преждевременной отслойки плаценты во время беременности, или в первом периоде родов, при появлении симптомов геморрагического шока. ДВС синдрома, признаков дистресса плода, независимо от срока беременности - срочное родоразрешение путем кесаревого сечения. При наличии признаков матки Кувелера - экстирпация матки без придатков.
- Восстановление величины кровопотери, лечение геморрагического шока и ДВС- синдрома

- В случае непрогрессирующей отслойки плаценты возможно динамическое наблюдение при недоношенной беременности до 34 недель (проведение терапии для созревания легких плода), в учреждениях 4-го уровня . Проводится мониторинговое наблюдение за состоянием беременной и плода, КТГ, УЗИ в динамике

Особенности кесарево сечения:

- предшествующая операции амниотомия (если есть условия);
- обязательная ревизия стенок матки (особенно внешняя поверхность) с целью исключения маточно-плацентарной апоплексии;
- в случае диагностирования матки Кувелера- экстирпация матки без придатков;

- при небольшой площади апоплексии - 2-3 очага малого диаметра 1-2см, или один - до 3см), и способности матки к сокращению, отсутствию кровотечения и признаков ДВС-синдрома, при необходимости сохранить детородную функцию (первые роды, мертвый плод), консилиумом решается вопрос о сохранении матки. Хирурги наблюдают некоторое время (10-20 мин.) при открытой брюшной полости за состоянием матки и при отсутствии кровотечения дренируют брюшную полость для контроля гемостаза. Такая тактика допускается лишь в учреждениях 4 уровня

Тактика при отслойке плаценты в конце I или во II периодах

- немедленная амниотомия, если плодный пузырь целый;
- при головном предлежании плода - наложение акушерских щипцов;
- при тазовом предлежании - экстракция плода за тазовый конец;
- при поперечном положении второго из двойни плода выполняется акушерский поворот с экстракцией плода за ножку.
- ручное отделение плаценты и удаление последа;
- сокращающие средства - в/в 10 ЕД окситоцина, при отсутствии эффекта 800мкг мезопростола (ректально);
- тщательное динамическое наблюдение в послеродовом периоде;
- -восстановление величины кровопотери, лечение геморрагического шока и ДВС-синдрома

- 
- **В некоторых случаях
более надежным будет
кесарево сечение**

Эмболия амниотической жидкостью

- критическое состояние, которое возникает в случае проникновения элементов околоплодных вод в кровотоки матери и сопровождается развитием острой сердечно-лёгочной недостаточности или остановки кровообращения.
- Такое осложнение возможно при повышении давления в амнионе выше, чем в кровеносных сосудах матки или зиянии венозных сосудов матки.

I. Причины, которые повышают внутрематочное давление:

- чрезмерная родовая деятельность;
- быстрые роды;
- применение больших доз окситоцина;
- многоводие;
- крупный плод;
- многоплодная беременность;
- тазовое предлежание;
- дистоция шейки матки;
- переношенная беременность;
- поздний разрыв плодного пузыря;
- грубые манипуляции во время родоразрешения (прием Кристеллера и др.)

II. Причины, которые вызывают зияние маточных сосудов:

- - гиповолемиа любого происхождения;
- преждевременная отслойка плаценты;
- предлежание плаценты;
- ручное отделение и удаления последа из полости матки;
- кесарево сечение;
- гипотония матки.

Клинические признаки:

- чувство страха;
- беспокойство, возбуждение;
- озноб и гипертермия; кашель;
- внезапная бледность или цианоз;
- резкая боль в груди;
- одышка, шумное дыхание;
- снижение АД;
- тахикардия;
- коагулопатическое кровотечение из родовых путей или других травмированных мест;
- кома;
- судороги;
- смерть вследствие фибрилляции желудочков в течение нескольких минут.

Лабораторные признаки - признаки **гипокоагуляции и повышение СОЭ**

- ЭКГ - синусовая тахикардии, гипоксия миокарда, острое легочное сердце
- *рентгенологические изменения* оказываются сразу или через несколько часов после эмболии и характеризуются картиной интерстициального сливного пневмонита («бабочка» с уплотнением по всей прикорневой зоне и просветлением картины легочной ткани по периферии).

Дифференциальная диагностика

- **инфаркт миокарда:** боль, которая иррадирует в левую руку, нарушение ритма, изменения на ЭКГ, которые не всегда фиксируются при свежем инфаркте;
- **тромбоэмболия легочной артерии:** внезапность, разный цианоз лица, одышка, головная боль, боль за грудиной. Нередко бывает при скомпрометированных венах (варикоз, тромбофлебит, флебит) правограмма, на ЭКГ;

- **воздушная эмболия** (при грубом нарушении техники внутривенных инфузий);
- **синдром Мендельсона** (бронхоспазм в ответ на попадание кислого содержимого желудка в верхние дыхательные пути) - кислотно-аспирационный гиперергический пневмонит. Случается, как правило, на вводимом наркозе при полном желудке, когда рвотные массы попадают в дыхательные пути; аноксия на протяжении 5 минут - гибель коры головного мозга.

Лечебная тактика:

- Во время беременности или родов срочное родоразрешения.
- Лечение кардио-пульмонального шока или проведения сердечно-легочной реанимации.
- Коррекция коагулопатии.
- Своевременное и в полном объеме хирургическое вмешательство при кровотечении.
- Профилактика и лечения полиорганной недостаточности.

Первоочередные мероприятия:

- 1. При остановке кровообращения - проведение сердечно-легочной реанимации.
- 2. При нарастании признаков дыхательной недостаточности - интубация трахеи и ИВ Л 100% кислородом с положительным давлением в конце выдоха + 5 см вод ст.
- 3. Пункция и катетеризация подключичной или внутренней яремной вены с обязательным контролем ЦВД. Набрать 5 мл крови для исследования коагулограммы и наличия элементов околоплодных вод.
- 4. Катетеризация мочевого пузыря постоянным катетером. *Мониторинг жизненно-важных функций* должен включать:
 - -измерение АД каждые 15 мин.;
 - -ЦВД;
 - -ЧСС;
 - -ЧД;
 - -Пульсоксиметрия;
 - -ЭКГ;
 - -почасовой диурез и общий анализ мочи;

- -термометрия;
- рентгенография органов грудной полости;
- общий анализ крови, НЬ; тромбоциты;
- коагулограмма;
- кислотно-основное состояние и газы крови;
- -биохимическое исследование крови и содержимое электролитов.

Дальнейшая лечебная тактика:

- Если ЦВД < 8 см вод. ст. - коррекция гиповолемии путем введения коллоидов и кристаллоидов в соотношении 2:1 со скоростью 5-20мл/мин. в зависимости от уровня АД. В случае возникновения кровотечения в составе инфузионной терапии включают свежезамороженную
- При ЦВД > 8 см вод. ст. проводится инотропная поддержка: дофамин (5 - 10 мкг/кг/мин.) или сутутамин (5-25мкг/кг/мин.). Начинают изотропную терапию с минимальных доз, а при отсутствии эффекта - постепенно их увеличивают. Желательно использовать совместное введение дофамина (2-5мкг/кг/мин) и сутутамин (5-25мкг/кг/мин.)
- Одновременно с симпатомиметической терапией применяют глюкокортикоиды: преднизолон до 300 - 400мг или гидрокортизон -1000 - 1500 мг.
- Борьба с коагулопатией .
- Предотвращение развития инфекционных осложнений.

- *Критерии эффективности интенсивной терапии:*
- повышение сердечного выброса;
- ликвидация артериальной гипотензии;
- устранение признаков периферической вазоконстрикции;
- нормализация диуреза $> 30\text{мл/ч.}$;
- нормализация показателей гемостаза;
- уменьшение признаков дыхательной недостаточности.

- *Критерии прекращения ИВЛ:*
- стабилизация клинического состояния больной:
- частота дыхания меньше 30 за минуту;
- инспираторное усилие меньше - 15см вод. ст.;
- $P_{aO_2}/P_{iO_2} > 80\text{мм рт.ст.}/0,4$ при ПТКВ 7см вод. ст.;
- возможность пациентки самостоятельно удвоить объем выдыхаемого воздуха за минуту.

Кровотечение в последовом и послеродовом периодах.

- **Послеродовое кровотечение** - это потеря крови 0,5% или больше от массы тела после рождения плода.
- *Классификация*
- Кровотечение в третьем периоде родов
- Другое кровотечение в раннем послеродовом периоде
- Позднее или вторичное послеродовое кровотечение
- Послеродовое нарушение свертывания крови

Типы послеродовых кровотечений:

- Кровотечения в третьем периоде родов.
- Первичные (ранние) послеродовые, которые возникают в раннем послеродовом периоде или на протяжении 24 часов после родов.
- Вторичные (поздние) послеродовые кровотечения, которые возникают после 24 часов **и до** 6 недель после родов

Факторы риска возникновения послеродовых кровотечений:

- отягощенный акушерский анамнез (кровотечения в предыдущих родах, аборты, самопроизвольные выкидыши);
- гестоз;
- большой плод;
- многоводие;
- многоплодная беременность;
- миома матки;
- рубец на матке.
- хронический ДВС-синдром;
- тромбоцитопатии;
- антенатальная гибель плода.

Кровотечение в последовом (третьем) периоде родов *Причины:*

- задержка частей плаценты или оболочек;
- патология прикрепления плаценты;
- ущемление плаценты.
- Величина кровопотери зависит от вида нарушения прикрепления плаценты: полного, частичного приращения или прорастивание плаценты.
- *Клинические проявления:*
- Отсутствуют признаки обособления плаценты на протяжении 30 минут без значительной кровопотери -патология прикрепления или прорастивание плаценты.
- Кровотечение начинается сразу после рождения последа - задержка частей плаценты или оболочек
- Кровотечение начинается после рождения ребенка без отделения плаценты - ущемление плаценты, неполное приращение плаценты.

Алгоритм предоставления медпомощи:

- Катетеризация периферической или центральной вены в зависимости от величины кровопотери и состояния женщины.
- Испражнение мочевого пузыря.
- Проверка признаков отделения плаценты и удаление последа ручными приемами;
- В случае ущемления последа наружный массаж матки, внешние приемы удаления последа.
- В случае задержки частей плаценты или оболочек - ручное обследование полостей матки под внутривенным наркозом;

- В случае нарушения механизма отторжения плаценты и отсутствия кровотечения - ожидание на протяжении 30 мин., (у беременных из группы риска - 15 мин.); ручное отделение плаценты и удаление последа.
- При появлении кровотечения - срочное ручное отделение плаценты и удаление последа под в/в наркозом.
- Введение утеротонических средств - 10-20 ЕД окситоцина в/в на 400мл физиологического раствора в/в капельно.
- При условии истинного приращения или прикрепления плаценты - лапаротомия, экстирпация матки без придатков;

Причины раннего послеродового кровотечения:

- гипотония или атония матки (в 90% случаев);
- задержка частей плаценты или оболочек;
- травматические повреждения родовых путей;
- нарушение свертывания крови (афибриногенемия, фибринолиз);
- первичные заболевания крови

ПРИЧИНЫ ГИПОТОНИИ ИЛИ АТОНИИ МАТКИ.

- нарушение функциональной способности миометрия (поздний гестоз, эндокринопатии, соматические заболевания, опухоли матки, рубец на матке, большой плод, многоводие, многоплодие и прочие);
- перевозбуждение со следующим истощением функции миометрия (продолжительные или затяжные роды, оперативное окончание родов, применение лекарства, которое снижало тонус миометрия (спазмолитики, токолитики, гипоксия во время родов, и т.п.);
- нарушение сократительной функции миометрия вследствие нарушения биохимических процессов, корреляции нейрогуморальных факторов (эстрогены, ацетилхолин, окситоцин, холинэстераза, прогестерон, простагландины).
- нарушение процесса прикрепления, отделение и выделение плаценты и последа;
- -идиопатичные (не установленные)

Кровотечение может быть 2-х видов.

- -кровотечение начинается сразу после рождения ребенка, массивное (за несколько минут $> 1000\text{мл}$); матка остается гипотонической не сокращается, быстро развивается гиповолемия, геморагический шок;
- -кровотечение начинается после сокращения матки, кровь выделяется небольшими порциями, кровопотеря увеличивается постепенно. Характерно чередование гипотонии матки с восстановлением тонуса, остановками и продолжением кровотечения

Алгоритм предоставления медпомощи:

- 1. Общий осмотр роженицы:
- оценка величины кровопотери доступными методами
- -оценка состояния роженицы: жалобы, АД, частота пульса, цвет кожи и слизистых оболочек, количество мочи, наличие и стадия геморрагического шока.
- 2. Срочное лабораторное обследование:
- определение уровня гемоглобина, гематокрит;
- коагулограмма (количество тромбоцитов, протромбиновый индекс, уровень фибриногена, время свертывания крови);

- группа крови и резус фактор;
- биохимические обследования по показаниям.
- 3.Катетеризация периферической или центральной вены в зависимости от величины кровопотери и состояния женщины.
- 4.Испражнение мочевого пузыря
- 5.Начало или продолжения введения утеротоников: 10-20 ЕД окситоцина в/в на 400мл физиологического раствора

- 6.Проведение ручного обследования полости матки под внутривенным наркозом (оценка целостности стенок матки, особенно левой стенки матки, удаление сгустков крови или остатков плаценты или оболочек).
- 7.Осмотр родовых путей и восстановление их целостности.
- 8.Наружный массаж матки.
- В случае восстановления кровотечения дополнительно вводят 800мкг мизопростола ректально
- Восстановление ОЦК и кровопотери

- В случае продолжения кровотечения и величины кровопотери 1,5% и больше от массы тела - оперативное лечение : экстирпация матки без придатков, при условии продолжения кровотечения - перевязка внутренних подвздошных артерий специалистом, который владеет этим методом.

- При подготовке к оперативному лечению с целью уменьшения кровопотери временная бимануальная внешняя или внутренняя компрессия матки.
- 13. При продолжении кровотечения после экстирпации матки - тугая тампонада брюшной полости и влагалища (до остановки кровотечения брюшную полость не зашивать).

Послеродовое вторичное (позднее) кровотечение

- *Основные причины поздних послеродовых кровотечений:*
- задержка частей плаценты или последа;
- отторжение некротических тканей после родов;
- расхождение швов и раны матки (после кесаревого сечения или разрыва матки).
- Чаще всего позднее послеродовое кровотечение возникает на 7-12 день после родов

Алгоритм предоставления медпомощи :

- Оценка величины кровопотери Катетеризация периферической или центральной вены.
- Инструментальная ревизия полости матки под в/в наркозом.
- Внутривенное введение утеротоников (окситоцина 10-20 ЕД на физиологическом растворе 400,0 или 0,5 мкг метилергометрина).
- В случае продолжения кровотечения - мизопростол 800мкг ректально
- Восстановление объема ОЦК
- При кровопотере $>1,5\%$ массы тела - лапаротомия, экстирпация матки, при продолжении кровотечения - перевязка внутренних подвздошных артерий специалистом, владеющим этим методом.
- восстановление объема ОЦК;

Профилактика послеродовых кровотечений:

- *1. Во время беременности:*
- -оценка факторов риска возникновения кровотечений;
- диагностика и лечение анемии;
- -госпитализация в родильный дом с готовностью предоставления помощи беременным из группы высокого риска по возникновению кровотечений, которые имели: дородовое кровотечение, кровотечения в предыдущих родах, имеют многоводие, многоплодную беременность, крупный плод.

Во время родов:

- обезболивание родов;
- избежание продолжительных родов;
- активное ведение третьего периода родов;
- использование утеротонических препаратов матку в третьем периоде родов.
- рутинный осмотр и оценка целостности плаценты и оболочек;
- профилактика травматизма во время родов

После родов:

- обследование и осмотр родовых путей;
- внимательное наблюдение на протяжении 2 часов после родов;
- у беременных группы риска в/в капельное введение 20 ЕД окситошша на протяжении 2 часов после родов.



● *Благодарю за
внимание*