

**Вагинальные кровотечения в третьем периоде родов и раннем послеродовом периоде. ( аномалии прикрепления плаценты, гипотония и атония матки, задержка частей последа, разрывы шейки матки и промежности) причины, диагностика, тактика, меры профилактики.**

### **1. Место проведения занятия, оснащение**

- кафедра акушерства и гинекологии, аудитория;
- муляж органов малого таза, женский таз, послед;
- классические модели родов;
- муляж «ЗОЕ»;
- беременные с группы риска на кровотечение;
- истории родов женщин с патологическим течением родов.

### **2. Продолжительность изучения темы**

Количество часов – 6 ч

### **3. Хронология**

<b>№</b>	<b>Этапы занятия</b>	<b>Формы занятия</b>	<b>Продолжительность в (мин)</b>
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды, видеофильмы и др.)	Опрос, объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия. Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация больных.		30
5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры клинические ситуационные задачи	45
6	Анализ результатов лабораторных, инструментальных исследований тематического больного, дифференциальная диагностика, составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторным и инструментам	30

		и	
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на основе теоретических знаний и по результатам практической работы студента, с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

#### 4. Задачи

##### Студент должен знать:

- причины, клинику, диагностику и лечение кровотечений, связанных с нарушением процесса отделения последа, сократительной способности матки, травматических повреждений мягких родовых путей;
- дифференциальную диагностику с другими патологическими состояниями;
- последовательность мероприятий при лечении кровотечений;
- технику операции ручного отделения плаценты и выделения последа и ручного обследования стенок полости матки;
- профилактику кровотечений.
- методы определения объема утерянной крови;
- последовательность оказываемых мероприятий при лечении кровотечений.

##### Студент должен уметь:

Оценить степень кровопотери, определить группу крови, оказать неотложную помощь при кровотечении, определить время свертывания крови по Ли-Уайту.

**5. Интеграция:** реанимация – анестезиология, хирургия, функциональная диагностика, анатомия, физиология, неонатология.

#### Введение

Вагинальные кровотечения после родоразрешения на сегодняшний день продолжают оставаться весьма актуальной проблемой. Актуальность трактуется массой грозных осложнений, таких как ДВС, развития шока занимающих одно из первых мест в структуре материнской и перинатальной смертности. Своевременная диагностика и коррекция является

первостепенным этапом лечебной помощи, которая возлагается на врача общего профиля. Специализированная поэтапная помощь оказывается совместно с врачами смежных специальностей: реаниматологами, гематрансфузиологами, сосудистыми хирургами и др. Учитывая актуальность проблемы, возникает необходимость обучения студентов этиопатогенетическим основам данной патологии, классификации, методам ранней диагностики и профилактики, навыкам оказания первой медицинской помощи при тяжелых формах кровотечений, основным принципам интенсивной терапии и реабилитации.

Кровотечение в последовом периоде иногда обусловлено более интимным, чем в норме, прикреплением плаценты к стенке матки, при этом различают две формы патологического прикрепления плаценты - плотное прикрепление (*placenta adhaerens*) и приращение ее (*placenta accreta*). Плотное прикрепление происходит вследствие атрофии губчатого слоя отпадающей оболочки, расположенное между мышечной стенкой матки и плацентой. Оно очень редко бывает тотальным, чаще - частичным, когда отдельные дольки плаценты или значительная часть их имеют патологическое прикрепление. Ворсины хориона при этом не выходят за пределы компактного слоя эндометрия, который может быть также значительно атрофирован, плотное прикрепление плаценты встречается в среднем в 0,69% случаев

Приращение плаценты представляет собой такое прикрепление ее к стенке матки, когда между мышечным слоем и ворсинами хориона отсутствует губчатый слой децидуальной оболочки и ворсины достигают мышечного слоя матки и даже проникают в него. Приращение плаценты может быть полным и частичным. Полное приращение плаценты встречается крайне редко: примерно один раз на 24506 родов (Персианинов Л. С., Расстриги Н.И. , 1983). Приращение плаценты наблюдается почти исключительно у повторнородящих. Плотное прикрепление и приращение плаценты обусловлены одними и теми же факторами, которые можно разделить на три группы:

- 1) факторы, зависящие от состояния организма беременной и структурно-морфологических изменений в эндометрии и миометрии,
- 2) фактор, связанный с ферментативной активностью гиалуронидазы ворсин хориона и защитной ролью децидуальной оболочки матки;
- 3) фактор, обусловленный весьма нередким сочетанием первых двух факторов.

К 1-й группе факторов можно отнести глубокие структурно-анатомические изменения отпадающей оболочки, преимущественно дегенеративного и атрофического характера, который развивается вследствие перенесенного ранее эндометрита, у беременных с тяжелым течением преэклампсии, также с хроническими заболеваниями почек и у женщин с патологическим течением предыдущих родов.

2-я группа причин связана с тем, что между ворсинами хориона и децидуальной оболочкой нарушается физиологическое ферментативное равновесие в системе гиалуроновая кислота-гиалуронидаза. При нормально развивающейся беременности децидуальная ткань противостоит инвазии хориона в мышцу матки, при аномалии прикрепления плаценты активность хориона резко возрастает.

Ведущим симптомом аномалии прикрепления плаценты является кровотечение, обычно возникающее в III периоде родов, но оно может отсутствовать, если плацента еще не начала отслаиваться и полностью прикреплена к своему ложу. В редких случаях, когда при приращении плаценты ворсины хориона проникают в мышечный и серозный слои матки, наблюдается кровотечение в брюшную полость, которое может начаться задолго до наступления родов.

В случаях отсутствия кровотечения и признаков отделения плаценты в течение 30 мин., безуспешного применения сокращающих средств (внутривенное введение 1 мл окситоцина в растворе глюкозы) через 10 мин приступают к операции ручного отделения плаценты и выделения последа.

К этой же операции прибегают немедленно в тех случаях, когда кровопотеря превышает 250-300 мл и отсутствуют признаки отделения плаценты. Распознавание этих двух форм патологического прикрепления плаценты возможно лишь во время операции отделения плаценты от стенки матки. При плотном прикреплении плаценты с некоторым затруднением удается отделить ее целиком. В случаях приращений плаценты ручное отделение ее является лишь диагностическим методом, диктующим необходимость незамедлительного удаления матки. При неполном приращении плаценты, вследствие частичного ее отделения, всегда отмечается кровотечение, в то время как при полном - кровотечения не наблюдается, если не предпринимаются попытки насильственного отделения ее и не нарушается целостность межворсинчатых пространств. Попытка отделения плаценты, как при частичном, так и при полном ее приращении приводит лишь к разрывам плацентарной ткани и травматизации стенки матки, что в еще большей степени усиливает кровотечение.

**Кровотечение, возникшее после рождения последа от 0 – 24 часов является:** – первичное послеродовое кровотечение.

**Факторами риска развития послеродового кровотечения являются:** преэклампсия, многоводие, послеродовые кровотечения в анамнезе, кесарево сечение в анамнезе, продолжительный 3 период родов (более 30 минут), травмы, акушерские щипцы, вакуум-экстракция, стимуляция родов.

Дородовое определение групп риска развития массивной кровопотери в акушерстве, это чрезвычайно важно, поскольку именно у этой категории пациенток требуется комплексная профилактика кровопотери. Для решения этой задачи предлагается несколько вариантов для выявления группы риска по развитию послеродового кровотечения.

---

## Мнемотическое обозначение причин послеродовых кровотечений - « 4 Т »

«Тонус» — снижение тонуса матки;

«Ткань» — наличие остатков плаценты в матке;

«Травма» — разрывы мягких родовых путей и матки;

«Тромбы» — нарушение гемостаза.

### Факторы риска послеродового кровотечения

	Этиологический фактор	Клинические проявления
Тонус - нарушение сократительной способности матки	Перерастяжение матки	Многоводие Многоплодие Крупный плод
	Истощение миометрия	Быстрые роды Длительные роды Многорожавшие
	Функциональная или анатомическая деформация матки	Миома матки Предлежание плаценты Аномалии матки
Ткань сохранение продуктов плацентации в матке	Сохранение частей плаценты Аномалии плаценты Сохранение добавочной доли	Нарушение целостности плаценты после родов Последствия операций на матке Многорожавшие Аномалии плаценты по данным УЗИ
	Оставшийся сгусток крови	Гипотония/атония матки
Травма — травма родовых путей	Разрывы шейки матки, влагалища и промежности	Стремительные роды Оперативные роды
	Растяжение, размозжение при кесаревом сечении	Неправильное положение Глубокое вставление
	Разрыв матки	Предыдущие операции на матке
	Выворот матки	Многорожавшие
Тромбин нарушения коагуляции	Существовавшие ранее заболевания: Гемофилия ингибиторная Болезнь Виллебранда	Врожденные коагулопатии Патология печени

Приобретенные коагулопатии: Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура Гестационная тромбоцитопения Тромбоцитопения при преэклампсии ДВС-синдром: преэклампсия, мертвый плод, тяжелые инфекции, отслойка плаценты, эмболия амниотической жидкостью, HELLP-синдром	Подкожные гематомы Польем ЛД Задержка развития плода Лихорадка, лейкоцитоз Дородовое кровотечение Шок
Применение антикоагулянтов	Отсутствие образования сгустка

### Факторы риска послеродового кровотечения

#### Высокий риск:

- Отслойка плаценты
- Предлежание плаценты
- Многоплодная беременность
- Преэклампсия/артериальная гипертензия во время беременности

#### Умеренный риск:

- Послеродовое кровотечение в анамнезе
- Принадлежность к азиатской расе
- Ожирение (ИМТ более 35)
- Анемия (гемоглобин менее 90 г/л)

#### Факторы риска, возникающие во время родоразрешения:

- Экстренная операция кесарева сечения –
- Плановая операция кесарева сечения
- Индуцированные роды
- Оставшиеся части плаценты
- Эпизиотомия
- Длительные роды более 12 ч
- Оперативное влагалищное родоразрешение
- Крупный плод более 4 кг
- Гипертермия в родах
- Возраст первородящей более 40 лет

## **Оценка объема кровопотери**

При оценке величины кровопотери чрезвычайно важно ориентироваться на клинико - лабораторные признаки, а не только на визуальную оценку, которая, как правило, весьма субъективна. К патологической кровопотере следует относить:

- При родах - более 500 мл.
- При операции кесарева сечения - более 1000 мл. Некоторые критерии массивной, критической кровопотери:
  - Более 150 мл/мин
  - Более 50% ОЦК в течение 3 ч
  - Более 1500-2000 мл
  - Потребность более чем в 10 дозах эритроцитарной массы в течение 24 ч.
  - Уменьшение гематокрита на 10% в сочетании с гемодинамическими нарушениями (артериальная гипотония).

## **Необходимые лабораторные исследования у пациенток с кровопотерей**

1. Уровень гемоглобина, гематокрита, эритроциты.
2. Количество тромбоцитов, концентрация фибриногена, протромбиновое время (ПТИ, МНО), активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ), продукты деградации фибрина/фибриногена (ПДФ), тромбоэластограмма (электрокоагулограмма), время свертывания цельной крови по Ли-Уайт.
3. Для оценки тяжести шока и тканевой гипоксии - кислотно-основное состояние, газы крови и уровень лактата в плазме.
4. Биохимические параметры крови: общий белок и альбумин, мочевины, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ.
5. Электролиты плазмы: натрий, калий, хлор, кальций
6. Анализ мочи.
7. При известной врожденной патологии системы гемостаза - определить уровень дефицита соответствующего фактора свертывания (например, фактора Виллебранда).

## **Кровотечения в родах, превышающие физиологическую кровопотерю, но не более 1500 мл**

Первые 30 мин

Общие мероприятия

Определить источник и оценить объем кровопотери. Оценка степени тяжести кровопотери проводится в соответствии с шкалой American College of Surgeons Advanced Trauma Life Support (табл.1).

- Измерить АД и ЧСС :  
Критерии артериальной гипотонии - АД систолическое менее 90 мм рт.ст. или на 40 мм рт.ст. ниже рабочего у пациенток с артериальной гипотонией. Критическая гипотония - систолическое АД - менее 70 мм рт.ст. (нарушается кровообращение во всех органах).
- Обеспечить венозный доступ (периферическая и/или центральная вена):  
взять пробы крови для лабораторного исследования.
- Провести катетеризацию мочевого пузыря.
- Обеспечить почасовую оценку темпа диуреза.
- Организовать согревание пациентки.
- Установить ингаляцию увлажненного кислорода.
- Произвести лабораторное исследование: гемоглобин, тромбоциты, фибриноген, АПТВ, МНО, уровень лактата.
- Проведение пробы Бакстера.
- Определить (подтвердить) группу крови и резус-фактор.
- Начать внутривенную инфузию (кристаллоиды: Рингер, Стерофундин и синтетические коллоиды: ГЭК, желатин, тетраспан) в максимальном темпе - струйно (Табл.2, рис. 1).
- Заказать при необходимости компоненты крови (СЗП, эритроцитарная масса).

**Таблица №1. Оценка степени тяжести кровопотери**

Показатель	Степень I	Степень II	Степень III	Степень IV
Потеря крови, мл	<750	750-1500	1500-2000	>2000
Пульс, уд в мин	<100	>100	>120	>140
Артериальное давление	норма	норма	снижено	Снижено
Пульсовое давление, мм Hg	норма	снижено	снижено	Снижено
Частота дыханий, в мин	14-20	20-30	30-40	>40
Диурез, мл/ч	>30	20-30	5-15	Анурия
Сознание	Легкое беспокойство	Умеренное беспокойство	Беспокойство спутанность	Сонливость

**ТКАНЬ.** Под этим названием объединены причины послеродовых кровотечений, обусловленных задержкой частей последа, ущемлением плаценты, видами приращения плаценты. Причинами задержки отделившейся плаценты часто является переполненный вследствие паралитического состояния мочевого пузыря, также слабое развитие мускулатуры брюшного пресса и перерастяжение матки (крупный плод, многоплодие, многоводие). Кроме того могут быть причинами

преждевременные роды, первичная, вторичная слабость родовой деятельности и переутомление роженицы.

Кровотечение на почве задержки частей последа, устанавливают путем тщательного осмотра его после рождения с материнской стороны. Поверхность плаценты должна быть гладкая, цвет ее серовато-синий, она покрыта тонким слоем децидуальной оболочки. При наличии дефекта плацентарной ткани этот участок плаценты отличается темно-красной окраской с неровными краями. Осматривая плодовую сторону плаценты, обращают внимание на кровеносные сосуды, которые обычно не заходят за край /плаценты. Если сосуды переходят за край плаценты, а оболочки в этом месте оторваны, можно считать, что имелась добавочная долька, которая задержалась в матке. В случаях задержки частей плаценты и большей части оболочек, а также при подозрении на их задержку немедленно производят обследование полости матки и удаление задержавшихся в ней элементов последа и кровяных сгустков.

Операция ручного обследования полости матки при своевременном ее выполнении дает надежный гемостатический эффект и предупреждает большие кровопотери. Отсутствие эффекта при ручном обследовании полости матки в большинстве случаев свидетельствует о том, что операция выполнена с опозданием.



**ТОНУС.** Кровотечения, возникшие в первые часы послеродового периода, наиболее часто обусловлено нарушением сократительной деятельности матки – **гипо - или атоническим состоянием ее.**

Все причины, вызывающие нарушение сократительной деятельности матки, можно разделить на две основные группы.

1. Состояния или заболевания матери, обуславливающие гипотонию или атонию матки (преэклампсия, заболевание сердечно-сосудистой системы, печени, почек, дыхательных путей, ЦНС, органов кровообращения, нейроэндокринные расстройства, острые и хронические инфекции и др.).

2. Причины способствующие анатомической и функциональной неполноценности матки, аномалии прикрепления плаценты, задержка в полости матки частей последа или ущемление его, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, пороки развития матки, приращение и плотное прикрепление плаценты, воспалительные заболевания матки (метроэндометрит), миома матки, многоплодие, крупный плод, изменения деструктивного характера в плаценте. Кроме того к развитию гипотонии и атонии матки, могут предрасполагать и такие дополнительные факторы- как аномалии родовой деятельности, приводящие к длительному или быстрому и стремительному течению родов; несвоевременное излитие околоплодных вод; несвоевременные вмешательства в родах, быстрое извлечение плода при акушерских операциях, необоснованное, чрезмерно активное ведение последового периода, назначение в больших дозах препаратов тономоторного действия; частое использование приемов для определения признаков отделения плаценты; несвоевременное и необоснованное применение (при неотделившейся плаценте) таких приемов, как метод Абуладзе, Гентера, Лазаревича - Креде; наружный массаж матки; потягивание за пуповину и др.

Переход гипотонии матки в атонию происходит обычно вследствие действия причин, вызвавших гипотонию. Различие в генезе этих двух состояний матки заключается лишь в силе и длительности раздражителя, который вызывает при атонии не торможение, а полное прекращение проводимости раздражения в нервных проводниках и узлах матки обеспечивающих ее сокращение. Кровотечение на почве гипотонии матки



чаще всего наблюдается при задержке в матке последа или его частей, а атония наступает и развивается уже после полного опорожнения матки.

Гипотоническое кровотечение имеет волнообразный характер. Матка при этом дряблая. После наружного массажа и выдавливания сгустков крови матка сравнительно быстро восстанавливает свой тонус. Следует иметь в

виду, что при гипотонии матки сгустки крови, находящиеся в ее полости, могут не выделяться, что может создать ложное впечатление об отсутствии кровотечения. Матка в таких случаях увеличивается в размерах, стенки ее напряжены. Атония матки клинически проявляется непрерывным и перфузным кровотечением, причем матка постоянно остается дряблой и не реагирует даже на мощные раздражители.

В комплексе проводимых мероприятий для остановки гипотонического кровотечения, как правило, используют медикаментозные средства. С этой целью 2 мл (10 ЕД) окситоцина в 200 мл 5% раствора глюкозы медленно вводят внутривенно, капельно. Из других препаратов спорыньи применяется 0,02 % метилэргометрин 1мл в/м. Необходимо помнить, что применение препаратов спорыньи при передозировке может оказать угнетающее действие на сократительную деятельность матки. Уместно, также отметить индивидуальную чувствительность к различным медикаментозным средствам. В настоящее время при гипотоническом кровотечении очень эффективно использование простагландинов (мизопростол) per rectum в дозировке 400- 800мкг.

При отсутствии эффекта от своевременно проведенного лечения (наружный массаж матки, введение утеротонических средств, ручное обследование полости матки с бережным наружно-внутренним массажем, бимануальное сдавление матки, прижатие брюшной аорты) и продолжающемся кровотечении (кровопотеря свыше 600-800 мл) необходимо немедленно приступить к чревосечению. При массивном послеродовом кровотечении операция должна быть предпринята не позже чем через 30 мин после начала гемодинамических нарушений. Предпринятая после этого срока операция, как правило, не гарантирует благоприятного исхода.

#### **Хирургические методы остановки кровотечения основаны**

- энзапрот (5-10 мг мышцу матки)
- перевязка трех парных сосудов
- наложение швов на матке по Линчу
- перевязка магистральных сосудов
- удаление матки – экстирпация.

Исход борьбы с кровотечением во многом зависит от последовательности мероприятий и четкой организации оказываемой помощи. У персонала родильного отделения должна быть выработана постоянная готовность к оказанию срочной помощи таким роженицам. В действиях персонала не должно быть чувства растерянности. Чрезвычайно важным в организации оказания быстрой и эффективной помощи при кровотечениях является четкие распределения обязанностей и взаимозаменяемости членов дежурной бригады. В родильном отделении следует обязательно проводить и систематически осуществлять тщательный контроль за запасом компонентов крови, кровезаменителей. Все необходимые медикаменты и инструменты надо хранить в специально отведенном месте. В каждой дежурной бригаде

необходимо иметь данные о резервных донорах, для забора у них свежей крови.

При вагинальном кровотечении в послеродовом периоде следует придерживаться следующего порядка, наиболее надежных потому обязательных мероприятий, состоящих из трех этапов оказания помощи:

#### **I ЭТАП:**

- выпустить мочу катетером;
- произвести наружный массаж матки;
- ввести утеротонические средства
- осмотр мягких родовых путей на предмет травмы;
- осмотр плаценты на предмет задержки её частей;

#### **II ЭТАП:**

- катетеризация вен для восполнения кровопотери;
- произвести под общим наркозом ручное обследование полости матки и ее массаж;
- бимануальное сдавление матки;
- прижатие брюшной аорты

#### **III ЭТАП:**

- энза прот (5-10 мг мышцу матки)
- перевязка трех пар сосудов
- наложение швов по Линчу;
- перевязка магистральных сосудов
- ампутация или экстирпация матки

При проведении этапов остановки кровотечения **НЕЛЬЗЯ!** ориентироваться на состояние женщины, на временной фактор.

**НЕОБХОДИМО ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ ТОЛЬКО НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВОДИМЫХ МЕРОПРИЯТИЙ!**

**ТРАВМА.** Причинами кровотечений в послеродовом периоде могут быть разрывы матки, шейки матки, промежности, влагалища, гематомы наружных половых органов и т.д.

#### **РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ**

Разрывы шейки матки происходят по данным разных авторов у 3-60% родивших, причем при первых родах в 4 раза чаще, чем при повторных родах. Причины разрывов шейки матки разные, в большинстве случаев имеет место сочетание нескольких причин.

- Изменения шейки матки воспалительного характера, рубцовые изменения.
- Ригидность шейки матки у пожилых первородящих.
- Чрезмерное растяжение шейки матки при крупном плоде, разгибательные предлежания головки плода.
- Быстрые и стремительные роды.
- Длительные роды при преждевременном излитии околоплодных вод
- Длительное ущемление шейки матки между головкой плода и костями таза.

- Оперативные роды - щипцы, вакуум-экстракция плода, извлечение плода за тазовый конец, ручное отделение и выделение последа.
- Плдоразрушающие операции.
- Нерациональное ведение II периода родов - ранняя потужная деятельность.

Разрывы шейки матки могут быть самопроизвольными и насильственными. Самопроизвольные разрывы шейки матки возникают без оперативных вмешательств, насильственные - при операциях вследствие осложненного течения родов.

Разрывы шейки матки в зависимости от глубины делят на *три степени*:

**I степень** - разрывы шейки матки с одной или с обеих сторон не более 2 см.

**II степень** - разрывы длиной более 2 см, но не достигающие до сводов влагалища.

**III степень** - разрывы, достигающие до сводов влагалища и переходящие на них.

### **РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ**

Разрывы промежности являются одним из самых частых осложнений родов, происходят у 7-15% родивших, причем у первородящих в 2-3 раза чаще, чем у повторнородящих.

### **КЛИНИКА**

По клинической картине разрывы промежности можно разделить на самопроизвольные и насильственные, которые возникают вследствие технических погрешностей при оказании акушерского пособия и родоразрешающих операций.

По глубине повреждения травмы промежности делят на *три степени*:

**I степени** - это нарушение целостности кожи и подкожной жировой клетчатки задней спайки.

**II степени** - нарушены кожа промежности, подкожная жировая клетчатка, мышцы тазового дна, в том числе m.levator ani, задняя или боковые стенки влагалища.

**III степени** - кроме вышеперечисленных образований происходит разрыв наружного сфинктера прямой кишки, а иногда и передней стенки прямой кишки.

Редко происходит *центральный разрыв промежности*, в результате чего плод рождается через образовавшееся отверстие, а не через половую щель.

Основным симптомом разрыва промежности является *кровотечение*. Диагностируют разрывы при осмотре промежности и влагалища сразу после рождения последа.

### **ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение разрывов промежности - это восстановление ее целостности путем наложения швов. Зашивание разрывов производят сразу после осмотра шейки матки и стенок влагалища при помощи зеркал в малой операционной. Разрывы I степени можно зашивать под местной пудентальной анестезией, при II - III степени показано общее обезболивание - внутривенный наркоз.

### **РАЗРЫВЫ ВЛАГАЛИЩА**

Разрывы влагалища часто бывают продолжением разрывов промежности, но могут возникать самостоятельно. Разрывы влагалища могут быть самопроизвольными и насильственными. Первые возникают у женщин с недоразвитым коротким или узким влагалищем при быстрых родах или при клинически узком тазе и, обычно, являются продолжением разрывов других отделов родового канала. Большинство тяжелых повреждений влагалища являются насильственными. Насильственные повреждения влагалища возникают вследствие акушерских операций (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода).

**ТРОМБИН** – под данным термином подразумевают коагулопатическое кровотечение после родов, обычно оно развивается вследствие острой и массивной кровопотери.

**Лабораторная диагностика:** (ВСК по Ли – Уайту или Сухареву, под счёт число тромбоцитов, фибриногена, анти тромбина – III, тромботест)

**Основным принципом лечения является:** медикаментозная коррекция системы гемостаза (СЗП, ингибиторы протеаз, гемостатики)

### Схема лечения беременных с коагулопатическим кровотечением и ДВС-синдромом при самопроизвольных родах

	Ревизия родовых путей, ручное обследование стенок матки, клеммы по Бакшееву, зашивание разрывов.
Мониторинг гемодинамики АД, ЧСС. Диурез Клинический анализ крови Hb, Ht, эритроциты, лейкоциты Тромбоциты Гемостазиограмма	При кровопотере 10-15% ОЦК Утеротонические препараты в/в или в шейку матки, в/в болюсное введение ингибиторов фибринолиза: транексам 10мг/кг, гордокс 500000 КИЕ ИТТ: ГЭК/кристаллоиды = 1:1 или только кристаллоиды. Соотношение V ИТТ/ V кровопотери = 2:1. ГЭК 20 мл/кг м.т./сутки
Мониторинг гемодинамики АД, ЧСС. Диурез Гемостазиограмма	Кровотечение продолжается При кровопотере 15-20% ОЦК: катетеризация 2 периферических вен, ингаляция O <sub>2</sub> , трансфузия СЗП в объеме 10-15 мл/кг со скоростью 20 мл/мин, утеротоническая терапия, болюсное введение ингибиторов фибринолиза: транексам 10мг/кг, гордокс 500000 КИЕ. ГЭК 20 мл/кг/сутки. Соотношение V ИТТ / V кровопотери =2,5:1.

<p>Мониторинг гемодинамики АД, ЧСС, ЦВД. Сатурация O<sub>2</sub> Диурез Клинический анализ крови Hb, Ht, эритроциты, лейкоциты тромбоциты. КОС</p>	<p>Кровотечение продолжается При кровопотере 20-30% ОЦК: катетеризация центральной вены, ингаляция O<sub>2</sub>, трансфузия СЗП в объеме 20 мл/кг со скоростью 20 мл/мин, утеротоническая терапия, болюсное введение ингибиторов фибринолиза: транексам 10мг/кг, гордокс 500000 КИЕ Коррекция глобулярного объема эр.массой при Hb&lt;70г/л, Ht&lt;25 ГЭК 20 мл/кг/сутки. Скорость и V ИТТ под контролем ЦВД</p>
<p>Мониторинг гемодинамики АД, ЧСС, ЦВД. Сатурация O<sub>2</sub>. Диурез Клинический анализ крови Hb, Ht, эритроциты, лейкоциты тромбоциты. КОС</p>	<p>Кровотечение продолжается Повторная ревизия родовых путей При кровопотере 30-40% ОЦК: ИВЛ, трансфузия СЗП в объеме 15-20 мл/кг м.т. со скоростью 25 мл/ мин, утеротоническая терапия, болюсное введение ингибиторов фибринолиза: транексам 10мг/кг гордокс 500000 КИЕ. Коррекция глобулярного объема эр.массой при Hb&lt;70г/л, Ht&lt;25.ГЭК 20 мл/кг/сутки. Скорость и V ИТТ - контроль ЦВД</p>

<p>Мониторинг гемодинамики АД, ЧСС, ЦВД. Сатурация O<sub>2</sub> Диурез Клинический анализ крови Биохимический анализ крови КОС. Гемостазиограмма</p>	<p>Кровотечение продолжается При кровопотере 40-50% ОЦК: продленная ИВЛ, трансфузия СЗП в объеме 25-30 мл/кг м.т. со скоростью 20 мл/мин, утеротоническая терапия, болюсное введение ингибиторов фибринолиза: транексам 10мг/ кг, гордокс 500000 КИЕ. Коррекция глобулярного объема эр.массой при Hb&lt;70г/л, Ht&lt;25. ГЭК 20 мл/кг м.т./сутки. Скорость и V ИТТ - контроль ЦВД</p>
<p>Кровотечение продолжается: перевязка маточных артерий, перевязка внутренних подвздошных артерий, компрессионные швы на матку. Хирургический гемостаз в объеме экстирпации матки. Контрольный дренаж.</p>	

**Схема лечения беременных с коагулопатическим кровотечением |и ДВС-синдромом при абдоминальном родоразрешении**

Диффузная кровоточивость есть	Диффузной кровоточивости
-------------------------------	--------------------------

		нет
Мониторинг гемодинамики АД, ЧСС. Диурез	При кровопотере 10-15% ОЦК Утеротонические препараты, в/в болюсное введение ингибиторов фибринолиза: транексам 250-500 мг. ГЭК 20 мл/кг/сут ИТТ: ГЭК/кристаллоиды =1:1 или только кристаллоиды. Соотношение V ИТТ/ V кровопотери = 2:1.	Стандартный объем возмещения
Мониторинг гемодинамики АД, ЧСС. Диурез Клинический анализ крови Hb, Ht, эритроциты, лейкоциты Тромбоциты Гемостазиограмма	Кровотечение продолжается При кровопотере 15- 20% ОЦК: катетеризация 2 периферических вен, ингаляция O <sub>2</sub> , трансфузия СЗП в объеме 10-15 мл/кг со скоростью 20 мл/ мин, утеротоническая терапия, болюсное введение ингибиторов фибринолиза: транексам 10мг/кг, гордокс 500000 КИЕ, ГЭК 20 мл/кг/сутки. Соотношение V ИТТ / V кровопотери =2,5:1.	
Ревизия матки, брюшной полости и малого таза		
Мониторинг гемодинамики АД, ЧСС, ЦВД. Сатурация O <sub>2</sub> Диурез Клинический анализ крови Hb, Ht, эритроциты, лейкоциты тромбоциты. КОС	Кровотечение продолжается При кровопотере 20- 30% ОЦК: катетеризация центральной вены, ингаляция O <sub>2</sub> , трансфузия СЗП в объеме 20мл/кг со скоростью 20 мл/мин, утеротоническая терапия, болюсное введение ингибиторов фибринолиза: транексам 10мг/кг, гордокс 500000 КИЕ. ГЭК 20 мл/кг/сутки. Скорость и V ИТТ под контролем ПВЛ	
Перевязка внутренних подвздошных артерий. Дренирование брюшной полости		
Мониторинг гемодинамики АД, ЧСС, ЦВД Сатурация O <sub>2</sub> Диурез Клинический анализ крови Hb, Ht, эритроциты, лейкоциты тромбоциты. КОС	Кровотечение продолжается При кровопотере 30- 40% ОЦК: ИВЛ, трансфузия СЗП в объеме 25 мл/кг со скоростью 20 мл/мин, утеротоническая терапия, болюсное введение ингибиторов фибринолиза: транексам 10мг/кг, гордокс 500000 КИЕ. Коррекция глобулярного объема отмытыми эритроцитами при Hb<60г/л, Ш<25.ГЭК 20 мл/кг/сутки. Скорость и V ИТТ - контроль ЦВД	

Мониторинг гемодинамики АД, ЧСС, ЦВД Сатурация O <sub>2</sub> Диурез Лаб. исследования: Клинический анализ крови Биохимический анализ крови КОС. Гемостазиограмма	Кровотечение продолжается При кровопотере 40-50% ОЦК: продленная ИВЛ, трансфузия СЗП в объеме 25-30 мл/кг со скоростью 20 мл/мин, утеротоническая терапия, болюсное введение ингибиторов фибринолиза: транексам 10мг/кг, гордокс 500000 КИЕ. Коррекция глобулярного объема отмытыми эритроцитами при НЬ<60г/л, Нt<25. ГЭК20 мл/кг/сутки. Скорость и V ИТТ - контроль ЦВД
Кровотечение продолжается: хирургический гемостаз: перевязка маточных артерий, перевязка подвздошных артерий, компрессионные швы на матку, экстирпация матки. Контрольный дренаж.	

15

### **Профилактика послеродового кровотечения включает:**

- Активное ведение третьего периода родов.
- Опорожнение мочевого пузыря
- После выделения последа - бимануальный массаж матки
- Применение утеротоников:
- Окситоцин 5-10 ЕД в/в медленно (+ 10 ЕД в/м). Последующая инфузия окситоцина 20-30 ЕД на 500 мл натрия хлорида 0,9% со скоростью 150-200 мл/ч.
- Метилэргометрин по 0,25 мг в/м, 0,125 мг в/в. К побочным эффектам относятся периферический сосудистый спазм, артериальная гипертензия, тошнота и рвота, в связи с чем препарат противопоказан при преэклампсии и эклампсии, артериальной гипертензии. Может вводиться до 5 доз.
- Динопростон, энзапрост (15-methyl PGF<sub>2</sub> alpha) в матку и /или в/м 0,25 мг. Повторяется через 15 мин до 8 доз. Побочные эффекты, гиперемия, диарея, тошнота и рвота, бронхоспазм, снижение сатурации кислорода. Противопоказан при бронхиальной астме, артериальной гипертензии, суб- и декомпенсированных заболеваниях сердца, легких, печени и почек.
- Мизопростол 800-1000 мг per rectum. Побочные эффекты и противопоказания аналогичны PGF<sub>2</sub> alpha.

При наличии факторов риска послеродового кровотечения в комплекс профилактических мероприятий необходимо включить:

- При родоразрешении через естественные родовые пути произвести введение антифибринолитиков (транексамовая кислота - транексам 15 мг/кг м.т.) внутривенно со скоростью 1,0 мл/мин в первом периоде родов.

- При абдоминальном родоразрешении произвести введение антифибринолитиков транексамовая кислота - транексам 15 мг/кг м.т. внутривенно со скоростью 1,0 мл/мин сразу после поступления беременной в операционную или до транспортировки.
- После отделения последа повторное введение транексамовой кислоты в дозе 10 мг/кг массы внутривенно со скоростью 1,0 мл/мин
- своевременное оздоровление женщин
- планирование семьи
- предгравидарная подготовка до беременности
- профилактическое лечение ЭГП
- соблюдение интергравидарного интервала
- ведение родов по принципам безопасного материнства
- своевременная контрацепция

### **1. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Назовите причины кровотечений, связанных с нарушением процесса отделения последа?
2. Какова симптоматика нарушения сократительной способности матки?
3. Какова диагностика травматических повреждений мягких родовых путей?
4. Показания к ручному отделению и выделению последа?
5. Техника и этапность операции ручного обследования стенок полости матки?
6. Укажите последовательность мероприятий при лечении кровотечений раннего послеродового периода?

### **2. ЗАДАЧИ**

1. Роженица 28 лет, Из анамнеза данная беременность шестая, роды. Первые роды протекали без осложнений, массой плода 4500,0. Последующие беременности закончились (аборты, осложненные воспалением матки). При данных родов послед отделился и выделился самостоятельно через 7 мин после рождения плода, целый. Кровопотеря 350 мл. Через 5 мин кровяные выделения усилились, при наружном массаже матка мягкая, сокращается и вновь расслабляется, кровотечение продолжается.

**Ваш диагноз?**

**Тактика ведения.**

**Ответ:** Гипотония матки, этапное оказание помощи, первоочередное, подключение системы утеротониками.

2. Роженица И. 30 лет поступила в роддом в конце II периода родов. В анамнезе 1 роды и 4 искусственные аборты, последний из которых осложнился повторным выскабливанием стенок полости матки по поводу остатков плодного яйца. Данная беременность – шестая. Через час родилась живая доношенная девочка массой 3500, длиной 50см, оценкой по Апгар 8/9 баллов. В III периоде родов, в связи с начавшимся кровотечением при отсутствии признаков отделения плаценты произвели ручное обследование стенок полости матки, при котором обнаружили частичное истинное приращение плаценты

**Диагноз?**

**Тактика ведения?**

**Ответ:** Приращение плаценты, ампутация матки.

3. Роженица 33 лет поступила в родильное отделение с родовой деятельностью. Через 6 часов произошли роды. Родился живой доношенный мальчик весом 5000 г. Через 15 минут самостоятельно отделился и выделился послед. В послеродовом периоде из половых путей кровянистые выделения продолжают. Матка плотная.

**Диагноз?**

**Тактика ведения?**

**Ответ:** Разрыв родовых путей, осмотр родовых путей в зеркалах, ушивание разрыва шейки матки.

4. Роженица находится в третьем периоде родов, роды произошли 10 минут назад, родился мальчик массой 3700 г. признак Чукалова - Кюстнера положительный. Из влагалища темные кровянистые выделения в небольшом количестве.

**Что делать?**

**Тактика ведения?**

**Ответ?** Выделить послед наружными приемами.

### 3. ТЕСТЫ

**1. Что является причиной кровотечения в 3 периоде родов?**

- А. патология плаценты
- В. гипотония матки \$
- С. атония матки \$
- Д. разрыв матки \$
- Е. предлежание плаценты

**2. Какие факторы приводят к плотному прикреплению последа?**

- А. воспалительное заболевание слизистой оболочки матки и частые аборты \$
- В. миома матки
- С. хорионамниониты
- Д. уродства плода
- Е. повышенная протеолитическая активность трофобласта

**3. Какие факторы способствует истинному приращению плаценты?**

- A. патоморфологическая неполноценность слизистой оболочки матки
- B. воспалительные заболевания эндометрия \$
- C. рубцовые изменения в матке
- D. изменение со стороны плода
- E. повышенная протеолитическая активность трофобластов \$

**4. Признаков отделения последа нет кровотечения нет 3 период родов продолжается 35 мин. Диагноз?**

- A. истинное полное приращение плаценты \$
- B. ущемление последа
- C. задержка 2/3 оболочек
- D. гипотония матки
- E. все выше перечисленные

**5. Признаков отделения последа нет 3 период продолжается 30 мин. имеются кровотечения. Диагноз?**

- A. частичное плотное прикрепление плаценты \$
- B. ущемление последа
- C. остатки частей плаценты
- D. атония матки
- E. все выше перечисленные

**6. Что не относится к причинам кровотечения в раннем послеродовом периоде?**

- A. частичное плотное прикрепление плаценты \$
- B. гипо и атония матки
- C. задержка частей последа
- D. разрыв шейки матки влагалища промежности
- E. нарушение свертывающей системы крови

**7. Тактика ВОП при кровотечениях в 3 периоде родов вследствие частичного плотного прикрепления плаценты?**

- A. ручное отделение и выделение последа и госпитализация в род.дом
- B. срочная госпитализация в род.дом
- C. холод на низ живота
- D. введение в/в утеротоников
- E. все выше перечисленные \$

**8. Какой объем операции при истинном приращении плаценты?**

- A. надвлагалищная ампутация матки без придатков \$
- B. экстирпация матки с придатками
- C. удаление придатков
- D. ручное отделение и выделение последа
- E. инструментальное выскабливание полости матки

**9. Что должен делать ВОП в условиях ж/к для профилактики осложнений в 3 периоде родов?**

- A. все выше перечисленные \$
- B. определить групп повышенного риска по кровотечениям во время бер-ти
- C. проводить лечение воспалительного забеливания вне бер-ти

Д. дородовая госпитализация

Е. лечение анемии

**10. С целью профилактики кровотечения ВОП должен у беременных группы повышенного риска проводить?**

А. в 37-38 нед.сроке госпитализировать в ОДП \$

В. проводить осмотр в неделю 1 раз в условиях ж/к

С. назначать лечение в условиях дневного стационара наблюдать

**11. Что такое ложное приращение плаценты?**

А. врастание ворсин хориона в базальный слой эндометрия \$

В. врастание ворсин хориона во внутренний слой миометрия

С. врастание ворсин хориона в миометрий

Д. врастание ворсин хориона в средний слой миометрия

Е. врастание ворсин хориона в поверхностный слой миометрия

**12. Что такое истинное приращение плаценты?**

А. врастание ворсин хориона в миометрий \$

В. врастание ворсин хориона во внутренний слой миометрия

С. врастание ворсин хориона в базальный слой эндометрия

Д. врастание ворсин хориона в средний слой миометрия

Е. врастание ворсин хориона в поверхностный слой миометрия

**13. Мероприятия при дефекте последа?**

А. ручное обследование полости матки, в/в введение сокращающих матку средств \$

В. наложение клемм по Бакшееву лапаротомия перевязка маточных сосудов удаление матки

С. катетеризация мочевого пузыря холод на низ живота массаж матки кесарево сечение прямая гемотрансфузия

Д. экстирпация матки

**14. 3 период родов, началось кровотечение, имеются признаки отделения последа. Ваш диагноз?**

А. ущемление плаценты \$

В. гипотония матки

С. плотное прикрепление плаценты

Д. гипотония матки плотное прикрепление плаценты

Е. задержка 2/3 оболочек в полости матки

**15. Сколько времени необходимо наблюдать за признаками отделения плаценты?**

А. 30 мин.\$

В. ждать не надо

С. 2 часа

Д. 5-10 мин.

Е. 1 час

**16. Сколько времени необходимо наблюдать за признаками отделения плаценты при появившемся обильном кровотечении?**

А. не ждать сразу произвести ручное обследование полости матки \$

В. 30 мин.

С. 10 мин.

Д. 15 мин.

Е. 5 мин.

**17. Как и когда подтверждается диагноз плотного прикрепления и приращения плаценты?**

А. при ручном обследовании полости матки \$

В. нужно ждать 1 час

С. после введения сокращающих матку средств

Д. при выскабливании полости матки

Е. при наружном массаже матки

**18. При ручном отделении послед от стенок матки не отделяется, при данной ситуации какова тактика?**

А. приращение плаценты ампутация матки \$

В. плотное прикрепление плаценты ручное отделение его

С. гипотония матки в/в введение утеротоников

Д. разрыв матки лапаротомия

Е. атоническое кровотечение лапаротомия

**19. Чему больше всего уделяет внимание врач в 3 периоде родов?**

А. за признаками отделения плаценты \$

В. наблюдение за продвижением головки плода

С. наблюдение за сердцебиением плода

Д. наблюдение за выделениями из половых путей

Е. наблюдение за развитием родовой деятельности

**20. Причины кровотечения в раннем послеродовом периоде?**

А. травма родовых путей \$

В. поперечное положение плода;

С. заболевание сердца;

Д. отёк легких;

**21. Какова тактика акушера при отделившемся, но не выделившемся последе и возникновении кровотечения?**

А. ручное выделение последа \$

В. операции кесарево сечение;

С. ампутация матки;

Д. выскабливание полости матки;

Е. ИВЛ.

**22. Каково % физиологической кровопотери по отношению к весу тела?**

А. 1,0 %;

В. 5 %;

С. 0,5 % \$

Д. 2,5 %;

Е. 0,8 %.

**23. Что является пусковым моментом для образования тромба?**

А. образование тромбина;

В. образование тканевого тромбопластина \$

С. образование фибрина;

- Д. повышение фибринолиза;
- Е. появление продуктов деградации фибрина.

**24. Параметры диагностики ДВС – синдрома в фазе гемокоагуляции?**

- А. увеличение фибриногена;
- В. увеличение ВСК;
- С. повышение тромбина;
- Д. повышение Hb, Ht, эр-т;
- Е. положительная этаноловая проба \$

**25. Укажите причину предлежания плаценты**

- А. хронический метроэндометрит \$
- В. многоводие
- С. поперечное положение плода
- Д. экстрагенитальные заболевания

**26. Характерные особенности кровотечения при предлежании плаценты**

- А. боль в животе, кровотечение внутреннее
- В. кровотечение без болей всегда наружное \$
- С. быстро ухудшается С/Б плода
- Д. кровотечение с признаками гемоперитонита
- Е. высокий базальный тонус матки, кровотечения наружное

**27. Группа риска на кровотечения**

- А. первородящая 22 лет
- В. анемия тяжелой степени \$
- С. ранние токсикозы беременных
- Д. в анамнезе мертвый плод
- Е. тазовое предлежание плода

**28. Что лежит в основе развития ДВС синдрома**

- А. уменьшение ОЦК
- В. потребление факторов свертывания \$
- С. появление в крови ПДФ
- Д. увеличение количество тромбоцитов
- Е. увеличение количество фибриногена

**29. Хирургическая тактика при матке Кувеллера**

- А. кесаровосечения
- В. экстирпация матки \$
- С. ампутация матки
- Д. акушерские щипцы
- Е. ручное обследование полости матки

**30. Какие препараты крови содержат все факторы свертывания крови**

- А. тромбоцитарная масса \$
- В. теплая свежая кровь
- С. свежзамороженная плазма
- Д. сухая плазма
- Е. криопреципитат

**31. Причина, приводящая к гипотонии матки**

- А. упорная слабость родовых сил \$

- В. поперечного положение плода
- С. разгибательные вставление головки
- Д. узкие тазы
- Е. тазовое предлежание плода

#### 4. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «КРУГЛЫЙ СТОЛ»

##### Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

#### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ЧЕРНЫЙ ЯЩИК»

##### Шаги:

Метод предусматривает совместную деятельность и активное участие в занятиях каждого студента, преподаватель работает со всей группой.

Каждый студент достает из «черного ящика» неизвестный препарат, краткая аннотация которого написана на карточках. (Варианты аннотаций прилагаются). Студенты должны определить этот препарат, подробно обосновав свой ответ.

На обдумывание студенту дается 3 минуты. Затем ответы обсуждаются, дается дополнение по фармакокинетике препарата.

Данная методика способствует развитие речи студента, формирования основ критического мышления, т.к. в этом случае студент учиться отстаивать свое мнение, анализировать ответы сокурсников – участников этого конкурса.

#### 5. Практические навыки

##### Прижатие брюшной аорты.

**Цель:** Остановка кровотечения.

**Выполняемые этапы(ступени):**

№	Мероприятия	Не выполнил (0 баллов)	Полностью Правильно Выполнил (20 баллов)

1.	Показание: гипотоническое послеродовое кровотечение	0	20
2.	Положим сжатый кулак чуть влево и вверх пупка	0	20
3.	Непосредственно через брюшную стенку надавливаем на брюшную аорту	0	20
4.	Другой рукой прощупываем пульс а. femoralis (бедренная артерия) для определения степени прижатия	0	20
5.	Продолжаем прижатие до остановки кровотечения, выслеживая за вагинальным кровотечением и сокращением матки	0	20
Всего		0	100

### 6. Критерии оценки текущего контроля

№	Успеваемость в %	Оценка	Уровень знаний студента
1	96-100%	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по этиологии, патогенезу, классификации, клиники, диагностики, лечения и профилактики данного заболевания. Подводит итоги и принимает решения, творчески мыслит, самостоятельно анализирует, Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает обоснованные решения и подводит итоги, анализирует. Историю болезни, партограмму заполняет правильно.
2	91-95%	Отлично «5»	Полный правильный ответ на вопросы по этиологии, патогенезу, классификации, клиники, диагностики, лечения и профилактики данного заболевания. Творчески мыслит, самостоятельно анализирует, Ситуационные задачи решает правильно, с творческим подходом, с полным обоснованием ответа. Активно, творчески участвует в интерактивных играх, правильно принимает решения. Историю родов, партограмму заполняет с 1 грамматической ошибкой.

3	86-90%	Отлично «5»	Поставленные вопросы по этиологии, патогенезу, классификации, клиники, диагностики, лечения и профилактики данного заболевания освещены полностью, но есть 1-2 неточности в ответе. Самостоятельно анализирует, Неточности в решении ситуационных задач, но при правильном подходе. Активно участвует в интерактивных играх, принимает правильные решения. История болезни, партограмму заполняет с 2-3 грамматическими ошибками.
4	81-85%	Хорошо «4»	Поставленные вопросы по этиологии, патогенезу, классификации, клиники, диагностики, лечения и профилактики данного заболевания освещены полностью, но есть 2-3 неточности, ошибки. Применяет на практике, понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. Ситуационные задачи решены правильно, но обоснование ответа недостаточно полно. Активно участвует в интерактивных играх, правильно принимает решение. История болезни, партограмму заполняет с 2-3 грамматической ошибкой, неточности в описании.
5	76-80%	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Студент знает этиологию, патогенез, классификацию, клинику данного заболевания, но не полностью разбирается в диагностике, лечении и профилактики данного заболевания. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно. Имеет точные представления. Активно участвует в интерактивных играх. На ситуационные задачи дает неполные решения. История болезни, партограмму заполняет с 3-4 грамматическими ошибками, неточности в описании.
6	71-75%	Хорошо «4»	Правильное, но неполное освещение вопроса. Студент знает этиологию, патогенез данного заболевания, но не полностью разбирается в диагностике, лечении и профилактики данного заболевания. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления. На ситуационные задачи дает неполные решения. История болезни, партограмму заполняет с 3-4 грамматическими ошибками, 3-4 ошибки в описании.

7	66-70%	Удовлетворительно «3»	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Студент знает этиологию заболевания, но не полностью перечисляет классификации, клинику данного заболевания, путается в лечении и профилактики. Понимает суть вопроса, рассказывает уверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Ситуационные задачи решает верно, но нет обоснования ответа. История болезни, партограмму заполняет с 3-4 грамматическими ошибками, 3-4 ошибки в описании.
8	61-65%	Удовлетворительно «3»	Правильный ответ на половину поставленных вопросов. Ошибки в этиологии, патогенезе, плохо разбирается и путается в лечении и профилактики данного заболевания. Рассказывает неуверенно, имеет точные представления только по отдельным вопросам темы. Допускает ошибки при решении ситуационных задач. История болезни и партограмму заполняет с ошибками.
9	55-60%	Удовлетворительно «3»	Ответ с ошибками на половину поставленных вопросов. Студент делает ошибки в этиологии данного заболевания, плохо разбирается и путается в других вопросах касающейся данной болезни. Рассказывает неуверенно, имеет частичное представление по теме. Ситуационные задачи решены неверно. История болезни и партограмму заполняет с ошибками.
10	50-54%	Неудовлетворительно «2»	Правильный ответ на 1/3 поставленных вопросов. Студент не знает этиологию данного заболевания, плохо разбирается и путается в других вопросах касающейся данной болезни. Ситуационные задачи решены неверно при правильном подходе. История болезни и партограмму заполняет с ошибками.
11	46-49%	Неудовлетворительно «2»	Правильный ответ на 1/4 поставленных вопросов. Студент не знает этиологию данного заболевания, плохо разбирается и путается в других вопросах касающейся данной болезни. Ситуационные задачи решены неверно при правильном подходе. История болезни и партограмму заполняет с ошибками.
12	41-	Неудовле	Освещение 1/5 поставленных вопросов с

	45%	творитель но «2»	ошибками. Студент не знает этиологию данного заболевания, практически не разбирается и в других вопросах касающейся данной болезни. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы по классификации, клиники данного заболевания. Ситуационные задачи решены неверно при правильном подходе. Более половина история болезни и партограмму заполняет с ошибками.
13	36- 40%	Неудовле творитель но «2»	Освещение 1/10 части вопросов при неверном подходе. Не знает этиологию данного заболевания, плохо разбирается и путается в других вопросах касающейся данной болезни. Дает неполные и частично неправильные ответы на вопросы по классификации, клиники данного заболевания. Ситуационные задачи решены неверно при правильном подходе. Более половины истории болезни и партограмму заполняет с грубыми ошибками.
14	31- 35%	Неудовле творитель но «2»	На вопросы не дает ответов. Не знает и не разбирается других вопросах касающейся данной болезни. Не умеет заполнять и описать историю болезни и партограмму.

### литература

1. Акушерство / Под общ. ред. Савельевой Г.М. — М., Медицина, 2000. — 416 с.
2. Габа Д.М., Фиш К.Д., Хауард С.К. Критические ситуации в анестезиологии: Пер. с англ. — М.: Медицина, 2000. — 440 с.
3. Интенсивная терапия / Под общ. ред. Малышева В.Д. — М.: Медицина, 2002. — 584 с.
4. Очерки по производственной и клинической трансфузиологии / Под общ. ред. А.И. Воробьева. — М.: Ньюдиамед, 2006. — 632 с.
5. Сидорова И. С, Макаров И. О. Кровотечения во время беременности и в родах. М., 2006.
6. Стрижаков А. Н., Баев О. Р., Старкова Т. Г., Рыбин М. В. Физиология и патологии послеродового периода. — М., 2004.
7. Чернуха Е.А. Нормальный и патологический послеродовый период. -М.,

2006.

- 8.ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 76, October 2006: postpartum hemorrhage.
- 9.American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin: Clinical  
Baptista Gonzalez HA, Vidal Gonzalez VM; Mexican College of Obstetrics and Gynecology  
Benedetti T.J. Obstetric Hemorrhage // S.G. Gabbe Obstetrics — normal and problem pregnancies, 4th ed. — Philadelphia: Churchill Livingstone, 2002.
- 10.B-Lynch C., Keith L.G., Lalonde A.B., Karoshi M. A textbook of postpartum hemorrhage. — Duncow: Sapiens Publishing, 2006. — P. 468.
- 11.Boldt J. The balanced concept of fluid resuscitation. Br J Anaesth. 2007 Sep;99(3):312-5
- 12.Bonnar J. Massive obstetric haemorrhage // Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.  
Braveman F.R. Obstetric and gynecologic anesthesia // The Requisites in Anesthesiology.  
Caesarean section. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists guideline, 2004
- 13.Chelmow D. Postpartum haemorrhage: prevention. Clin Evid (Online). 2008 Dec 15;2008. pii: 1410.
- 14.d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2004 Dec;33(8)
- Dildy GA. Postpartum hemorrhage: new management options. Clin Obstet Gynecol. 2002;45:330-344
- 15.Dreyfus M, Beucher G, Mignon A, Langer B Initial management of primary postpartumFeb; 14(1): 1-18.2007 Sep;34(3):443-58.
- 16.Fergusson DA, Hébert PC, Mazer CD, et al. A comparison of aprotinin and lysine analogues in Ferrer P, Roberts I, Sydenham E, Blackhall K, Shakur H. Anti-fibrinolytic agents in post partum
- 17.Fujitani S., Baldisseri M.R. Hemodynamic assessment in a pregnant and peripartum patient // Crit Care Med. — 2005. —N 33(Suppl.). — P. 354–361.
- 18.Fuller AJ, Bucklin B Blood component therapy in obstetrics. Obstet Gynecol Clin North Am.  
haematological management. Blood Rev. 2009 Jul;23(4): 167-76  
haemorrhage: a systematic review.BMC Pregnancy Childbirth. 2009 Jul 15;9:29.
- 19.hemorrhage Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français; Agence Nationale  
hemorrhage. Obstet Gynecol. 2006 Oct;108(4): 1039-47.

20. high-risk cardiac surgery. *N Engl J Med* 2008;358:2319-2331.
- Jones A.E., Kline J.A. Shock // J.A. Marx Rosen's *Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. — 6th ed. — Philadelphia, Mosby, 2006.
21. Management Guidelines for Obstetrician^ lynecologists Number 76, October 2006: postpartum
22. Martel M.J. et al. Hemorrhagic shock. *SOGC Clinical practice guidelines // J. Obstet. Gynaecol.* — 2002. — N 24(6). — P. 504–511.
23. Miller R.D. *Miller's Anesthesia*. — 6th ed. — Philadelphia: Churchill Livingstone, 2005.
- MOSBY. - 2006 -P. 164.obstetric haemorrhage], *Ginecol Obstet Mex.* 2009 Apr;77(4):S87-128
24. Roberts J.R., Hedges J.R., Chanmugam A.S., Chudnofsky C.R. et al. *Clinical procedures in emergency medicine*. — 4th ed. — Philadelphia: Saunders, 2004.
25. Specialists. [Clinical practice guidelines. Transfusional support and treatment in women with  
Suppl):4S57-4S64.
26. Suresh M.S. *Obstetric hemorrhage / D.J. Birnbach Ostheimer's manual of obstetric anesthesia*. — 3rd ed. — Philadelphia, Churchill Livingstone, 2000.
27. Thachil J, Toh CH. *Disseminated intravascular coagulation in obstetric disorders and its acute*
- Wali A., Suresh M.S., Gregg A.R. *Antepartum hemorrhage / S. Datta. Anesthetic and obstetric management of high-risk pregnancy*. — 3rd ed. — New York, Springer-Verlag, 2004.