

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Тема: Акушерские кровотечения

Доц. Эльтазарова Г. Ш.

САМАРКАНД-2016

Тема: Акушерские кровотечения.

План лекции:

Кровотечения в первом триместре беременности

Основные причины кровотечений в первом триместре беременности

- Самопроизвольные выкидыши
- Пузырный занос
- Шеечная беременность
- Полипы цервикального канала
- Рак шейки матки

Кровотечения во второй половине беременности

Основные причины кровотечений

- Предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Дифференциальная диагностика кровотечений при ПП, ПОНРП и разрыве матки
- Тактика врача при кровотечении при предлежании плаценты
- Разрыв матки

Кровотечения в родах

Кровотечения в первом периоде родов

- Разрыв шейки матки
- ПОНРП
- Разрыв матки

Кровотечения во втором периоде родов

- ПОНРП
- Разрыв матки

Кровотечения в третьем периоде родов

- Плотное прикрепление
- Приращение
- И др.

Кровотечения в раннем послеродовом периоде

- Основные причины кровотечений в раннем послеродовом периоде
- Варианты гипотонических кровотечений
- Задачи операции РОПМ
- Последовательность операции ручного обследования полости матки
- Последовательность остановки гипотонического кровотечения

Акушерские кровотечения всегда были основной причиной материнской летальности, поэтому знание этого осложнения беременности является обязательным для любого человека, имеющего лечебный диплом.

Кровотечения в первом триместре беременности.

Основные причины кровотечений в первом триместре беременности:

1. Самопроизвольные выкидыши
2. Кровотечения, связанные с пузырным заносом
3. Шеечная беременность
4. Патология шейки матки – полипы цервикального канала, децидуальные полипы, рак шейки матки – встречаются реже, чем первые 3 группы.

Самопроизвольные выкидыши.

Диагностика основана на:

- определении сомнительных, вероятных признаков беременности: задержка менструаций, появление прихотей, нагруба7ние молочных желез, появление молозива. Данные влагалищного исследования: увеличение размеров матки, размягчение в области перешейка, что делает матку более подвижной в области перешейка, ассиметричность матки (выбухание одного из углов матки).
- При непроизвольном прерывании беременности двумя ведущими симптомами является: болевой синдром и симптомы кровопотери. Самопроизвольные выкидыши характеризуются своим поэтап-

ным течением: угрожающий выкидыш, начавшийся выкидыш, аборт в ходу, неполный и полный самопроизвольный выкидыш. Дифференциальная диагностика между этими состояниями основывается на выраженности симптомов кровотечения и структурных изменениях шейки матки.

- Угрожающий выкидыш: кровянистые выделения могут быть очень скудными, боли или отсутствуют или носят ноющий, тупой характер внизу живота. При влагалищном исследовании мы находим неизмененную шейку матки.
- Начавшийся выкидыш: кровотечение может быть медленным, боли носят схваткообразный характер, шейка матки может слегка укорочена, наружный зев может быть приоткрыт. Угрожающий и начавшийся выкидыш протекают на фоне удовлетворительного состояния женщины. Неотложных мероприятий по остановке кровотечения не требуется. На госпитальном этапе женщине необходимо создать покой, применить седативные препараты, внутримышечно можно ввести спазмолитики (ганглерон, но-шпа, баралгин, серонкислая магnezия 10 мл 25% раствора, прогестерон). В стационаре решается вопрос о сохранении беременности, если женщина не заинтересована (необходимо произвести выскабливание полости матки).
- Аборт в ходу: кровотечение обильное, боли носят схваткообразный характер; общее состояние меняется, и зависит от величины кровопотери. P.V. или в зеркалах: шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для одного загнутого пальца. Необходима неотложная помощь в виде срочной госпитализации, в стационаре выполняется выскабливание полости матки, с возмещением кровопотери, в зависимости от ее объема и состояния женщины.
- При неполном самопроизвольном аборте кровянистые выделения носят темно-красного цвета, со сгустками, могут быть значительны. Все это сопровождается схваткообразными болями внизу живота. P.V. или в зеркалах: в цервикальном канале определяется плацентарная ткань, части плодного яйца, шейка матки значительно укорочена, цервикальный канал свободно пропускает 1.5 – 2 пальца. Неотложная помощь заключается в выскабливании полости матки, удалении остатков плодного яйца; возмещение кровопотери в зависимости от ее объема и состояния женщины.
- При полном самопроизвольном выкидыше кровотечения нет, плодное яйцо полностью выделилось из матки. Неотложной помощи не требуется. Необходимо проверить полость матки путем выскабливания, для того чтобы удостовериться нет ли там остатков плодного яйца.

Пузырный занос.

Основная характеристика этой патологии заключается в том, что ворсины хориона превращаются в груздевидные образования. И все ворсины могут превратиться в пузырьки, содержащие большое количество эстрогенов, а может быть частичное превращение. Группой риска по развитию пузырного заноса являются женщины: перенесшие пузырный занос, женщины с воспалительными заболеваниями гениталий, с нарушениями гормональной функции яичников.

Диагностика основана на:

- определении беременности по вероятным, сомнительным и др. признакам беременности. В отличие от нормально протекающей беременности симптомы раннего токсикоза выражены значительно сильнее, чаще всего это рвота средней или тяжелой степени.
- При пузырном заносе очень рано появляются симптомы позднего токсикоза: отеки, протеинурия. Гипертензия также появляется, но только позже.

Диагноз пузырного заноса ставится на основании несоответствия размеров матки сроку задержки менструации, что можно определить по данным влагалищного исследования и УЗИ. Важнейшим критерием диагностики пузырного заноса является титр хорионического гонадотропина, который по сравнению с нормально протекающей беременностью, увеличивается более чем в тысячу раз.

Кровотечение может остановлено только одним путем – выскабливание полости матки. Характерной особенностью этого выскабливания является то, что оно должно проводиться обязательно под внутривенным введением утеротоников и необходимо удалить как можно больше измененной ткани абортцангом. Утеротоники вводятся для того чтобы вызвать сокращение матки, чтобы хирург был более ориентирован с полости матки. Необходимо быть осторожным так как пузырный занос может быть деструктивным, то есть проникающим в мышечную стенку матки, вплоть до серозной оболочки. При перфорации матки при выскабливании необходимо выполнить ампутацию матки.

Шеечная беременность.

Практически никогда не бывает доношенной. Беременность прерывается чаще всего до 12 недель. В группу риска по развитию шеечной беременности являются женщины с отягощенным акушерским анамнезом, перенесшие воспалительные заболевания, заболевания шейки матки, нарушение менструального цикла по типу гипоменструального синдрома. Имеет значение высокая подвижность оплодотворенного яйца не в теле матки, а в нижнем сегменте или в шеечном канале.

Диагноз может быть поставлен при специальном гинекологическом или акушерском исследовании: при осмотре шейки в зеркалах шейка матки выглядит бочкообразной, со смещенным наружным зевом, с выраженным цианозом, легко кровоточит при исследовании. Тело матки более плотной конси-

стенции, размеры меньше предполагаемого срока беременности.. Кровотечения при шейечной беременности всегда очень обильно, потому что нарушается структура сосудистых сплетений матки – сюда подходит нижняя ветвь маточной артерии, пудендальная артерия. Толщина шейки матки значительно меньше толщины матки в области тела, то нарушаются сосуды и кровотечение не удается остановить без оперативного вмешательства. Ошибочно можно начать оказание помощи с выскабливания полости матки, а так как выраженность бочкообразных, цианотичных изменений шейки матки, зависит от срока беременности, то кровотечение усиливается. Как только установлен диагноз шейечной беременности, который может быть подтвержден данными УЗИ – нельзя проводить выскабливание полости матки, а должно быть остановлено это кровотечение путем экстирпации матки без придатков. Другого варианта остановки кровотечения при шейечной беременности не бывает и быть не должно, так как кровотечение идет из нижних ветвей маточной артерии.

Полипы цервикального канала.

Редко дают значительные кровотечения, чаще это незначительные кровотечения. Децидуальный полип – разрастание децидуальной ткани, и ее избыток спускается в цервикальный канал. Такой полип чаще всего отпадает сам, или его можно удалить осторожно откручивая. Кровоточащий полип должен быть удален, но без выскабливания полости матки, с проведением гемостатической терапии, и сохраняющей беременность терапии.

Рак шейки матки.

Рак шейки матки у беременной женщины встречается крайне редко, так как чаще всего эта патология развивается у женщин старше 40 лет, у женщин с большим количеством родов и аборт в анамнезе, у женщин, часто меняющих половых партнеров. Рак шейки матки как правило диагностируется при обязательном осмотре шейки матки в течение беременности 2 раза – при поступлении беременной на учет, при выдаче декретного отпуска. Рак шейки матки выглядит в виде экзофитных (вид цветной капусты) и эндофитных разрастаний (бочкообразная шейка матки). Чаще всего эта женщина имела фоновые заболевания шейки матки. При раке шейки матки в зависимости от срока беременности проводится оперативное родоразрешение с последующей экстирпацией матки – при больших сроках, удаление матки при небольших сроках беременности с согласия женщины. Никаких консервативных методов остановки кровотечения при раке шейки матки не используется!

К акушерским кровотечениям относятся кровотечения, связанные с внематочной беременностью. Если раньше женщина погибала от кровотечения при внематочной беременности, то ее смерть рассматривалась как гинекологическая патология, то теперь она рассматривается как акушерская патология. В результате локализации беременности в истмическом трубном углу матки, в интерстициальном отделе может быть разрыв матки, и давать клинику внематочной беременности.

Кровотечения во второй половине беременности.

Основные причины акушерских кровотечений во второй половине беременности:

1. Предлежание плаценты
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)
3. Разрыв матки.

В настоящее время, после появления УЗИ, и стали ставить диагноз предлежания плаценты до появления кровотечения, то основную группу материнской летальность, составляют женщины с ПОНРП.

Предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Предлежание плаценты составляет 0.4-0.6% от общего числа родов. Различают полное и неполное предлежание плаценты. Группой риска по развитию предлежания плаценты являются женщины с перенесшими воспалительными, дистрофическими заболеваниями, гипоплазией гениталий, с пороками развития матки, при истмоцервикальной недостаточности.

В норме плацента должна располагаться в области дна или тела матки, по задней стенке, с переходом на боковые стенки. По передней стенке плацента располагается значительно реже, и это охраняется природой, потому что передняя стенка матки подвергается значительно большим изменениям

чем задняя. Кроме того, расположение плаценты по задней стенке предохраняет ее от случайных травм.

Дифференциальная диагностика между предлежанием плаценты, ПОНРП и разрывом матки.

Симптомы	Предлежание плаценты	ПОНРП	Разрыв матки
Сущность	Предлежание плаценты – расположение ворсин хориона в нижнем сегменте матки. Полное предлежание – полное прикрывание внутреннего зева, неполное предлежание – неполное прикрывание внутреннего зева (при влагалищном исследовании можно достичь оболочек плодного яйца).		
Группа риска	Женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (воспалительные заболевания, выскабливания и т.д.).	Женщины с чистым гестозом (возник на соматически здоровом фоне) и сочетанным гестозом (на фоне гипертонической болезни, сахарного диабета и др.). В основе гестоза лежит сосудистая патология. Так как гестоз идет на фоне полиорганной недостаточности, то симптом кровотечения протекает более тяжело	Женщины с наличием отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза, с рубцами на матке – после оперативных вмешательств на матке, при перерастянутой матке, многоводие, многоплодие

Симптом кровотечения	<ul style="list-style-type: none"> • При полном предлежании плаценты всегда наружное, не сопровождается болевым синдромом, алой кровью, степень анемизации соответствует наружной кровопотере; это повторяющееся кровотечение, начинается во второй половине беременности. • 	Начинается всегда с внутреннего кровотечения, реже сочетается с наружным. В 25% случаев наружного кровотечения вообще нет. Кровотечение темной кровью, со сгустками. Развивается на фоне полиорганной недостаточности. Степень анемизации не соответствует величине наружной кровопотери. Состояние женщины не адекватно объему наружного кровотечения. Кровотечение развивается на фоне хронической стадии синдрома ДВС. При отслойке начинается острая форма ДВС синдрома.	Кровотечение сочетанное – наружное и внутреннее, алой кровью, сопровождающееся развитием геморрагического и травматического шока.
Другие симптомы	Прирост ОЦК чаще небольшой, женщины имеют малый вес, страдают гипотонией. Если развивается гестоз, то как правило с протеинурией, а не с гипертензией. На фоне предлежания плаценты, при повторяющихся кровотечениях снижается свертывающий потенциал крови.		

Болевой синдром	Отсутствует	Всегда выражен, боли локализуются в области живота (плацента располагается по передней стенке), в поясничной области (если плацента по задней стенке). Болевой синдром больше выражен при отсутствии наружного кровотечения, и меньше при наружном кровотечении. Это объясняется тем, что ретроплацентарная гематома, не находящая выхода наружу дает больший болевой синдром. Болевой синдром больше выражен при расположении гематомы в дне или теле матки, и значительно меньше, если идет отслойка низкорасположенной плаценты, с более легким доступом крови из гематомы.	Может быть выражен незначительно, например, в родах, если начинается разрыв матки по рубцу, то есть при гистопатических состояниях миометрия.
Тонус матки	Тонус матки не изменен	Всегда повышен, матка болезненна при пальпации, можно пропальпировать выбухание на передней стенке матки (плацента расположена по передней стенке).	Матка плотная, хорошо сократившаяся, в брюшной полости можно пропальпировать части плода.
Состояние плода	Страдает вторично при ухудшении состояния матери, в соответствии с кровопотерей.	Страдает вплоть до гибели при отслойке более чем 1/3 плаценты. Может быть антенатальная гибель плода.	Плод погибает.

Тактика ведения беременных и рожениц с предлежанием плаценты.

кровотечение	срок беременности	тактика врача
обильное при полном предлежании плаценты	независимо от срока беременности	кесарево сечение, восполнение кровопотери
небольшое при полном предлежании плаценты	менее 36 недель	наблюдение, токолитики, кортикостероиды. <ul style="list-style-type: none"> • Магnezия, но-шпа, ганглерон, дибазол, папаверин, бета-адреномиметики - нельзя, так как они, обладают периферическим ва-

		<p>зодилатирующим действием, усилят кровотечение.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Борьба с анемией, при гемоглобине 80 г/л и ниже - гемотрансфузия. • Профилактика дистресс-синдрома плода (при кесаревом сечении ребенок умрет не от анемии которой не должно быть, а от болезни гиалиновых мембран). Применяют глюкокортикостероиды - преднизолон, дексаметазон (2-3 мг в сутки, поддерживающая доза 1 мг/сут).
Кровотечение при неполном предлежании плаценты	независимо от срока	вскрытие плодного пузыря. Если кровотечение остановилось, то ведут роды через естественные родовые пути; если кровотечение продолжается то, выполняют кесарево сечение.

Разрыв матки.

Во второй половине беременности к причинам акушерских кровотечений кроме вышеперечисленных причин, может относиться разрыв матки в результате наличия рубца на матке после консервативной миомэктомии, кесарева сечения, или в результате деструктирующего пузырного заноса и хориоэпителиомы. Симптоматика: наличие внутреннего или наружного кровотечения. Если разрыв матки происходит во вторую половину беременности, то очень часто эта ситуация заканчивается летально, так как никто не ждет этого состояния. Симптоматика: боли постоянные или схваткообразные, яркие кровавые выделения, на фоне которых изменяется общее состояние с характерной клиникой [геморрагического шока](#). Необходима неотложная помощь – лапаротомия, ампутирование матки или ушивание разрыва матки при позволяющей сделать это локализации, восполнение кровопотери.

При ПОНРП остановка кровотечения производится только путем операции кесарева сечения, независимо от состояния плода, + ретроплацентарная гематома не менее 500 мл. легкая степень отслойки практически может не проявлять себя.

При разрыве матки – лапаротомия, с индивидуальным подходом выбора – ушивание или удаление матки.

Неотложная помощь при кровотечении включает:

1. Остановка кровотечения
2. Своевременное восполнение кровопотери

Лечение осложняется тем, что при ПОНРП на фоне гестоза имеется хронический ДВС синдром, при предлежании плаценты может быть приращение плаценты, учитывая небольшую толщину мышечного слоя в нижнем сегменте и дистрофические изменения, которые там развиваются.

Кровотечения в родах.

Причинами кровотечения в 1 периоде родов:

1. Разрыв шейки матки
2. ПОНРП
3. Разрыв матки

Разрыв шейки матки.

Из разрыва шейки матки редко бывают обильные кровотечения, но бывают обильные, если разрыв доходит до свода влагалища или переходит на нижний сегмент матки.

Группа риска:

- женщины, вступающие в роды с незрелыми родовыми путями (ригидная шейка матки),
- женщины с дискоординированной родовой деятельностью,
- женщины с крупным плодом
- при чрезмерном использовании утеротоников, при недостаточном введении спазмолитиков

Разрыв шейки матки проявляется клинически яркими алыми кровянистыми выделениями, различной интенсивности. Разрыв чаще начинается после раскрытия маточного зева на 5-6 см, то есть когда начинается продвижение головки по родовому каналу. Разрыв шейки матки бывает у женщин с быстрыми родами. Разрыв шейки матки может быть и не диагностирован, то есть быть бессимптомным, из тампонирующего действия продвигающейся головки. Как правило, разрыва шейки матки не бывает при тазовом предлежании и при слабости родовой деятельности. Окончательный диагноз устанавливается при осмотре мягких родовых путей в послеродовом периоде. Особенностью ушивания разрыва матки 3 степени является контроль пальцем наложения шва на верхний угол раны, с тем, чтобы убедиться, что разрыв шейки матки не перешел на область нижнего сегмента.

Профилактика разрыва шейки матки: подготовка шейки матки во время беременности, введение спазмолитиков в первом периоде роде (внутримышечно, внутривенно, самый лучший эффект оказывает длительная перидуральная анестезия.

ПОНРП.

ПОНРП в первом периоде родов проявляется появлением болей в области матки, не совпадающих со схваткой, напряжение матки между схватками, то есть матка не расслабляется или плохо расслабляется, появление кровянистых сгустков. В родах ПОНРП может развиваться в результате чрезмерной родостимуляции, когда не регулируется введение утеротоников, и особенно у рожениц с наличием гестоза, дискоординированной родовой деятельности, гипертонической болезни, то есть когда имеется какая-то предрасположенность к патологии сосудов. Как только поставлен диагноз в первый период родов – остановка кровотечения путем операции кесарева сечения. Очень редко лечение проводится консервативно, лишь в том случае если нет симптомов нарастания гипоксии плода, у повторнородящих женщин при полном раскрытии маточного зева – у таких рожениц возможно быстрое родоразрешение.

Разрыв матки.

Характеризуется неадекватным поведением женщины на фоне схваток. Врач оценивает схватки как недостаточные по силе, а женщину беспокоят сильные схватки и непроходящая боль. Появляются кровянистые выделения из влагалища. Возможно развитие симптомов внутриутробной гипоксии плода. При появлении симптомов несостоятельности рубца на матке, роды должны быть закончены операцией кесарева сечения.

Кровотечение во втором периоде родов.

Основные причины кровотечения во втором периоде родов:

1. Разрыв матки
2. ПОНРП

Если имеет место разрыв матки, то развивается очень быстро тяжелое состояние женщины, связанное с травматическим и геморрагическим шоком, наступает интранатальная гибель плода, и тогда диагноз ясен. Но может стертая симптоматика.

Диагноз ПОНРП поставить очень сложно, потому что к схваткам присоединяются потуги, тонус матки значительно повышен, и чаще всего диагноз ставится после рождения плода, на основании выделения вслед за плодом темнокровянистых сгустков. Если имеет место разрыв матки во втором периоде и головка находится на тазовом дне, то необходимо наложение акушерских щипцов или извлечение плода за тазовый конец. При ПОНРП - укорочение периода изгнания перинеотомией или наложением акушерских щипцов.

Кровотечение в третьем периоде родов.

Причины кровотечений в третьем периоде родов.

Связаны с нарушением отделения и выделения последа.

1. Плотное прикрепление
2. Истинное приращение (только при частичном истинном приращении или частичном плотном приращении возможно кровотечение).
3. Ущемление последа в области внутреннего зева (спазм зева).
4. Остатки плацентарной ткани в матки

Кровотечение может быть очень обильным.

Неотложная помощь при кровотечении в послеродовом периоде заключается в немедленной операции ручного отделения плаценты и выделения последа на фоне внутривенного наркоза и обязательного введения утеротоников, с обязательной оценкой общего состояния роженицы и величины кровопотери с обязательным ее возмещением. Приступить к этой операции необходимо при кровопотере в объеме 250 мл и продолжающемся кровотечении, никогда нельзя ждать объема кровопотери в патологическом количестве (более 400 мл). каждое ручное вхождение в полость матки равняется само по себе потере ОЦК в 1 л.

Кровотечения в раннем послеродовом периоде.

Основные причины кровотечения в раннем послеродовом периоде:

Группа риска:

1. Женщины с отягощенном акушерско-гинекологическим анамнезом
2. Беременность, осложненная гестозом
3. Роды крупным плодом
4. Многоводие
5. Многоплодие

Варианты гипотонических кровотечений.

1. Кровотечение сразу, обильное. За несколько минут можно потерять 1 л крови.
2. После проведения мероприятий по повышению сократительной способности матки: матка сокращается, кровотечение прекращается через несколько минут - небольшая порция крови - матка сокращается и т.д. и так постепенно, небольшими порциями увеличивается кровопотеря и возникает геморрагический шок. При этом варианте снижается бдительность персонала и именно они приводят чаще к летальному исходу так как нет своевременного возмещения кровопотери.

Основная операция которая проводится при кровотечении в раннем послеродовом периоде называется РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ.

Задачи операции РОПМ:

1. установить не осталось ли в полости матки задержавшихся частей последа, удалить их.
2. Определить сократительный потенциал матки.
3. Определить целостность стенок матки - нет ли разрыва матки (клинически трудно иногда поставить).
4. Установить нет ли порока развития матки или опухоли матки (фиброматозный узел часто является причиной кровотечения).

Последовательность выполнения операции ручного обследования полости матки.

1. Определить объем кровопотери и общее состояние женщины.
2. Обработать руки и наружные гениталии.
3. Дать внутривенно наркоз и начать (продолжить) введение утеротоников.
4. Ввести руку во влагалище и далее в полость матки.
5. Опорожнить полость матки от сгустков крови и задержавшихся частей последа (если есть).
6. Определить тонус матки и целостность стенок матки.
7. Осмотреть мягкие родовые пути и ушивании повреждении если таковые есть.
8. Повторно оценить состояние женщины кровопотерю, возместить кровопотерю.

Последовательность действий при остановке гипотонического кровотечения.

1. Оценить общее состояние и объем кровопотери.
2. Внутривенный наркоз , начать (продолжить) введение утеротоников.
3. Приступить к операции ручного обследования полости матки.
4. Удалить сгустки и задержавшиеся части плаценты.
5. Определить целость матки и ее тонус.
6. Осмотреть мягкие родовые пути и ушить повреждения.
7. На фоне продолжающегося внутривенного введения окситоцина одномоментно ввести внутривенно струйно 1 мл метилэргометрина и можно ввести 1 мл окситоцина в шейку матки.
8. Введение тампонов с эфиром в задний свод.
9. Повторная оценка кровопотери, общего состояния.
10. Возмещение кровопотери.

Атонические кровотечения.

Акушеры выделяют еще атонические кровотечения (кровотечение при полном отсутствии сократительной способности - матка Кувелера). Они отличаются от гипотонических кровотечений, тем что матка находится совершенно в отсутствующем тонусе, и не реагирует на введение утеротоников.

Если гипотоническое кровотечение не останавливается при РОПМ то дальнейшая тактика такая:

1. наложить шов на заднюю губу шейки матки толстой кетгутовой лигатурой - по Лосицкой. Механизм гемостаза: рефлекторное сокращение матки так как огромное количество интерорецепторов находится в этой губе.
2. Этот же механизм при введении тампона с эфиром.
3. Наложение зажимов на шейку матки. Два окончатых зажима вводится во влагалище, одна раскрытая бранша находится в полости матки, а другая в боковом своде влагалища. Маточная артерия отходит от подвздошной в области внутреннего зева, делится на нисходящую и восходящую части. Эти зажимы пережимают маточную артерию.

Эти методы иногда позволяют остановить кровотечение, а иногда являются этапами подготовки к операции (так как они уменьшают кровотечение).

Массивной кровопотерей считается кровопотеря в родах 1200 - 1500 мл. Такая кровопотеря диктует необходимость оперативного лечения - удаление матки.

Приступая к операции удаления матки можно попробовать еще один рефлекторный метод остановки кровотечения:

1. перевязка сосудов по Цицишвили. Лигируют сосуды проходящие в круглых связках , собственной связке яичника и в маточном отделе трубы , и на маточные артерии. Маточная артерия проходит по ребру матки. Если не помогает то эти зажимы и сосуды будут подготовительными в удалении.
2. Электростимуляция матки (сейчас от нее отходят). Накладываются электроды на брюшную стенку или прямо на матку и подают разряд.
3. Иглорефлексотерапия

Наряду с остановкой кровотечения ведут возмещение кровопотери.