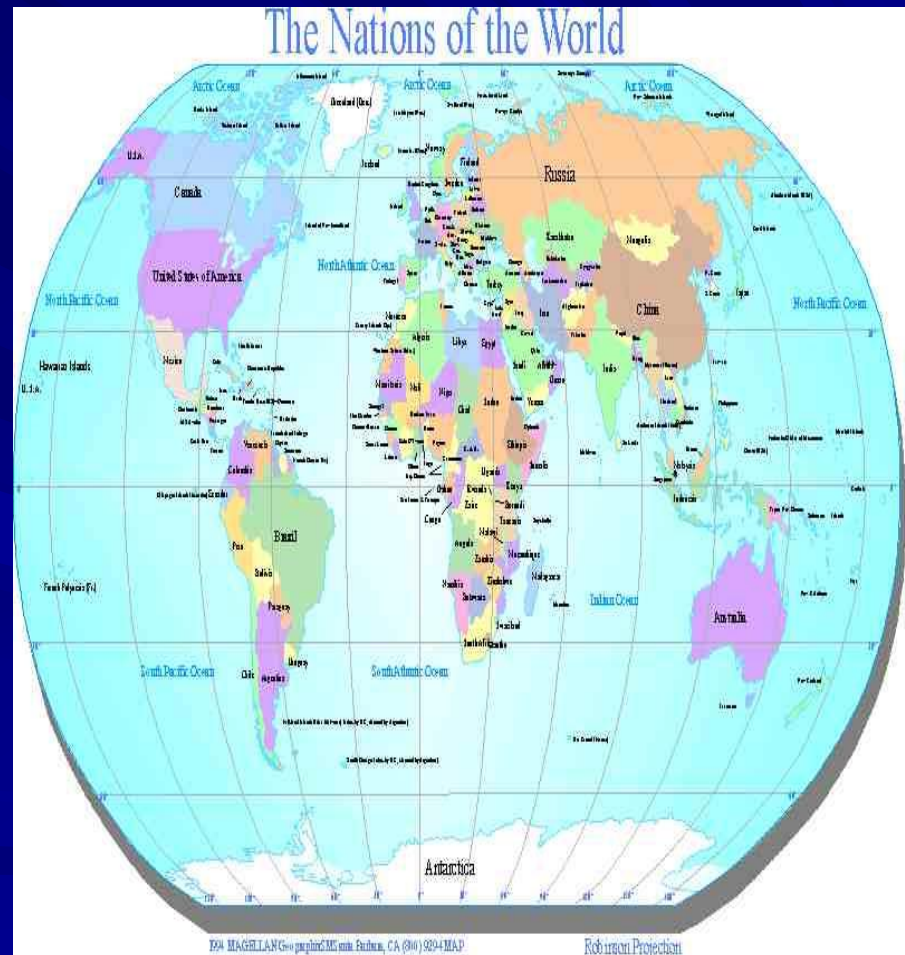


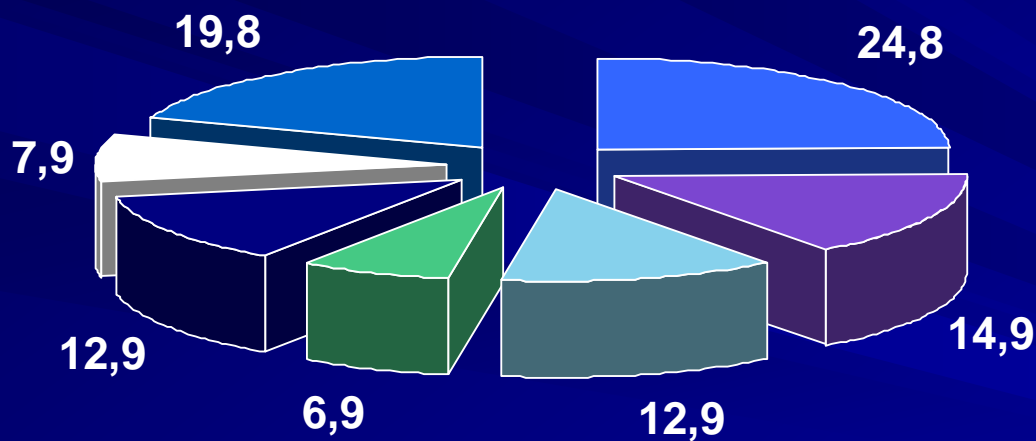
Акушерские
кровотечения как
причина материнской
смертности

Материнская Смертность : Глобальная Трагедия

**Ежегодно 600.000
женщин умирают от
осложнений
беременности
99% в
развивающихся
странах и 1% в
развитых странах**

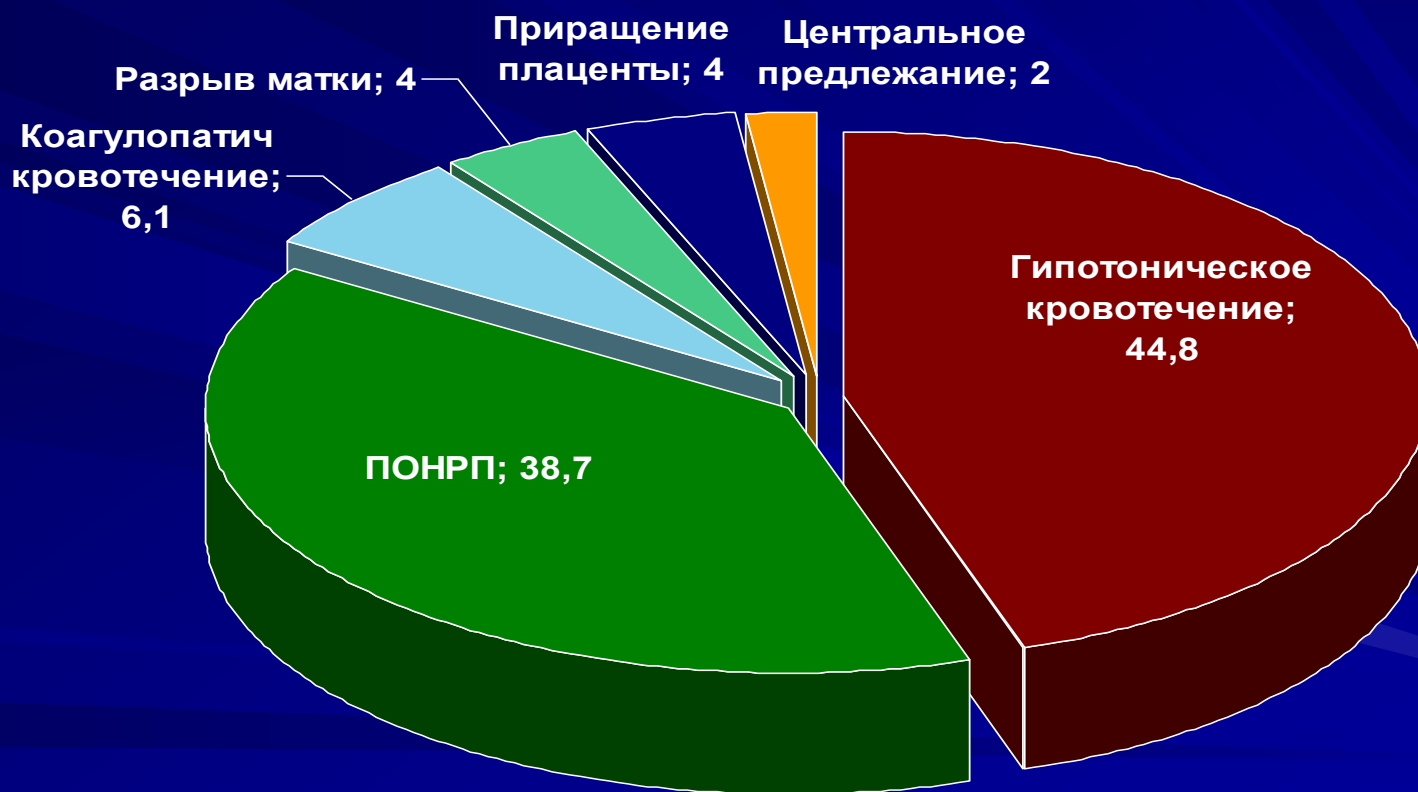


ГЛОБАЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ



- Кровотечение 24,8%
- Инфекция 14,9%
- Эклампсия 12,9%
- Затяжные роды 6,9%
- Криминальный аборт 12,9%
- Другие прямые причины 7,9%
- Косвенные причины 19,8%

Структура кровотечений и МС в Узбекистане (%)



Значимость проблемы

- Ежегодно во всем мире послеродовое кровотечение (ПК) развивается у 14 миллионов женщин
- Ежегодно от ПК умирает 125000 пациенток
- Риск смерти от ПК:
 - 1: 100 000 родов в Великобритании и США
 - 1:1000- в некоторых развивающихся странах

Причины МС Республике Узб.

- Кровотечения
- Преэклампсия, эклампсия
- ЭГЗ
- Септические осложнения
- Другие

Показатель МС

КООФИЦИЕНТ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ =

МС бер. + МС рожениц + МС родильниц(42 дня) x 100 тыс.

Число живорожденных

Показатель ПС

КООФИЦИЕНТ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТ. =

Аnten.СМ + Интранат.СМ +Ранняя.неонат.СМ x1000

Число детей, родившийся живыми и мёртвыми.

Определение

- Дородовое кровотечение это кровотечение из половых путей от 20 недель беременности до конца беременности

Частота

- Дородовые кровотечения происходят от 2-5% всех беременностей

Причины кровотечений во второй половине беременности

1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
2. Предлежание плаценты (*placenta previa*)
3. Патология шейки матки: эрозия, полип, рак, варикоз.
4. Разрыв матки во время беременности (рубец на матке)

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

- ПОНРП это отслойка плаценты до рождения плода (во время беременности, в I и II периодах рода)

Классификация

В зависимости от площади отслоения различают:

- Частичную — отслойка плаценты с краю
→ отслойка плаценты в центре (ретроплацентарная гематома)
- Частичная отслойка может быть:
 - прогрессирующей
 - не прогрессирующей
- Полную

Этиология

- Окончательное этиология не определена.
- ПОНРП является проявлением системной, иногда скрытой протекающей патологии у беременных.

Предрасполагающие факторы отслойки:

I. Во время беременности:

- Сосудистая ЭГЗ патология (АГ, гломерулонефриты)
- Преэклампсия
- Аллергические реакции
- Инфекционно-аллергических васкулиты
- Эндокринопатия (СД)
- Дефекты гемостаза, ведущие к тромбозам
- Аномалии развития и опухоли матки

II. Во время родов

- **Излитие ОВ при многоводии**
- **Гиперстимуляция матки окситоцином, простагландинами**
- **После рождения первого плода при многоплодии**
- **Короткая пуповина**
- **Запоздалый разрыв плодового пузыря**

III. Возможна насильственная ПОНРП (травмы, наружный акуш. поворот, амниоцентез)

Клиника

- Кровотечение (наружное, внутреннее, смешанное)
- Боль в животе
- Гипертонус матки
- Острая гипоксия плода
- Симптомы геморрагического шока

При краевое отслойке появляется наружное кровотечение.

При центральной отслойке образуется ретроплацентарная гематома, которая пропитывает стенку матки – матка Кувеллера при которой наружного кровотечения не бывает

По клиническому течению различается:

- Лёгкая форма
- Средняя степень тяжести отслойка на 1/3-1/4 поверхности
- Тяжёлая форма – отслойка более 1/2 площади поверхности плаценты. Симптомы шока, развитие ДВС синдрома. Возможна гибель плода.

Диагностика ПОНРП основана:

- На клинической картине
- Данных УЗИ
- Изменения состояния плода (гипоксия, асфикция, в/у гибель плода)
- Изменения гемостаза

Тактика ведения зависит:

- От величины кровопотери
- Состояния беременной и плода
- Срока гестации
- Состояние гемостаза

При небольшой отслойке возможны роды через естественные родовые пути с производством амниотомии

при прогрессирующей отслойке в зависимости от состояния родовых путей возможно КС или быстрое родоразрешение при полном открытии шейки матки.

При полной отслойке даже если плод погиб – кесарево сечение и возможна ампутация матки

Грозные осложнения ПОНРП

- Массивная кровопотеря
- Гиповолемический шок
- Нарушения гемостаза (матка Кювеллера)
- Полиорганная недостаточность
(нарушение функции мозга, сердца, почек, легких, печени)
- Гибель женщины

- Врач общего профиля (ВОП) работающий в СВП при обращении беременной во второй половине её с жалобами на кровянистые выделения из половых путей обязан – не должен производить вагинальный осмотр, а срочно отправить в стационар, где могут оказать срочную хирургическую помощь ! Вагинальный осмотр может усилить кровотечение.

Классификация предлежаний плаценты

- Полное, центральное предлежание (*placenta praevia centralis*) – полностью перекрывает внутренней зев.
- Неполное, боковое, частичное (*placenta praevia lateralis*) – зев перекрывает частично - 2/3 внутреннего зева.
- Край плаценты расположена у края внутреннего зева предлежание (*placenta praevia marginalis*)
- Низкое прикрепление плаценты (расположена на 7см и менее от внутреннего зева)

Причины предлежаний плаценты

Различают среди причин два фактора:

- 1. Маточный фактор – связан с дистрофическими изменениями слизистой оболочки матки (хронический эндометрит, аборт и значительное количество родов анамнезе, эндометриты после родовые, после абортные, наличие рубца на матке после К.С, миомэктомии).**
- 2. Плодовый фактор – снижение протеолитических свойств плодного яйца, когда nidация в верхнем отделе матки невозможно**

Клиника:

- **Кровотечение из половых путей** – возникающее внезапно среди полного здоровья, без боли, чаще в конце II-III триместра или с появлением первых схваток. Чем больше степень предлежания плаценты, тем раньше происходит кровотечение. Кровотечение нередко рецидивирует приводя к анемии. Кровотечения возникают в результате сокращения нижнего сегмента, что ведёт к отслоению предлежащей плаценты. Состояние беременной зависит от величины кровопотери. Матка вне тонуса.
- **Гипоксия плода** – вследствие кровопотери
- **Неправильное положение плода**, высокое стояние предлежащей части, поперечное, косое положение плода
- **Анемия**
- **Хроническая гипоксия плода и ЗВУР плода**

Диагностика

- Клинические проявления предлежания
- Трансвагинальная ультрасонография является предпочтительным методом исследования (если край плаценты на уровне зева или перекрывает его до 20 нед. беременности)
- Повторить ультразвук на 28-32 неделе

Ведение беременности и родов

- Тактика зависит от наличия или отсутствия кровотечения, его интенсивности, срока гестации.
- При кровотечении во время беременности в небольшом количестве рекомендован постельный режим, кровоостанавливающая терапия, бер-ть можно пролонгировать до 37-38 нед.
- При предлежании плаценты влагалищное исследование проводить нежелательно так как это приводит к усилению кровотечения. При обильном кровотечении показано срочное родоразрешение (КС) независимо от срока гестации.
- Центральное предлежание является абсолютным показанием к операции КС
- При боковом предлежании так же показано КС

Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде (70%)

Причины кровотечения в III периоде родов:

- Нарушение отделения плаценты и выделения плаценты (частичное, плотное прикрепление или приращение плаценты, ущемление последа)
- Травма родовых путей
- Наследственные и приобретенные дефекты гемостаза

Патология прикрепления плаценты

- Плотное прикрепления (placenta adhaerens) (ручное обследование полости матки)
- Истинное приращение, (врастание) (placenta accreta, increta, percreta) (гистерэктомия)
- Приращение плаценты может быть полным (на всем протяжении плацентарной площадки) или частичным, оно встречается чаще всего

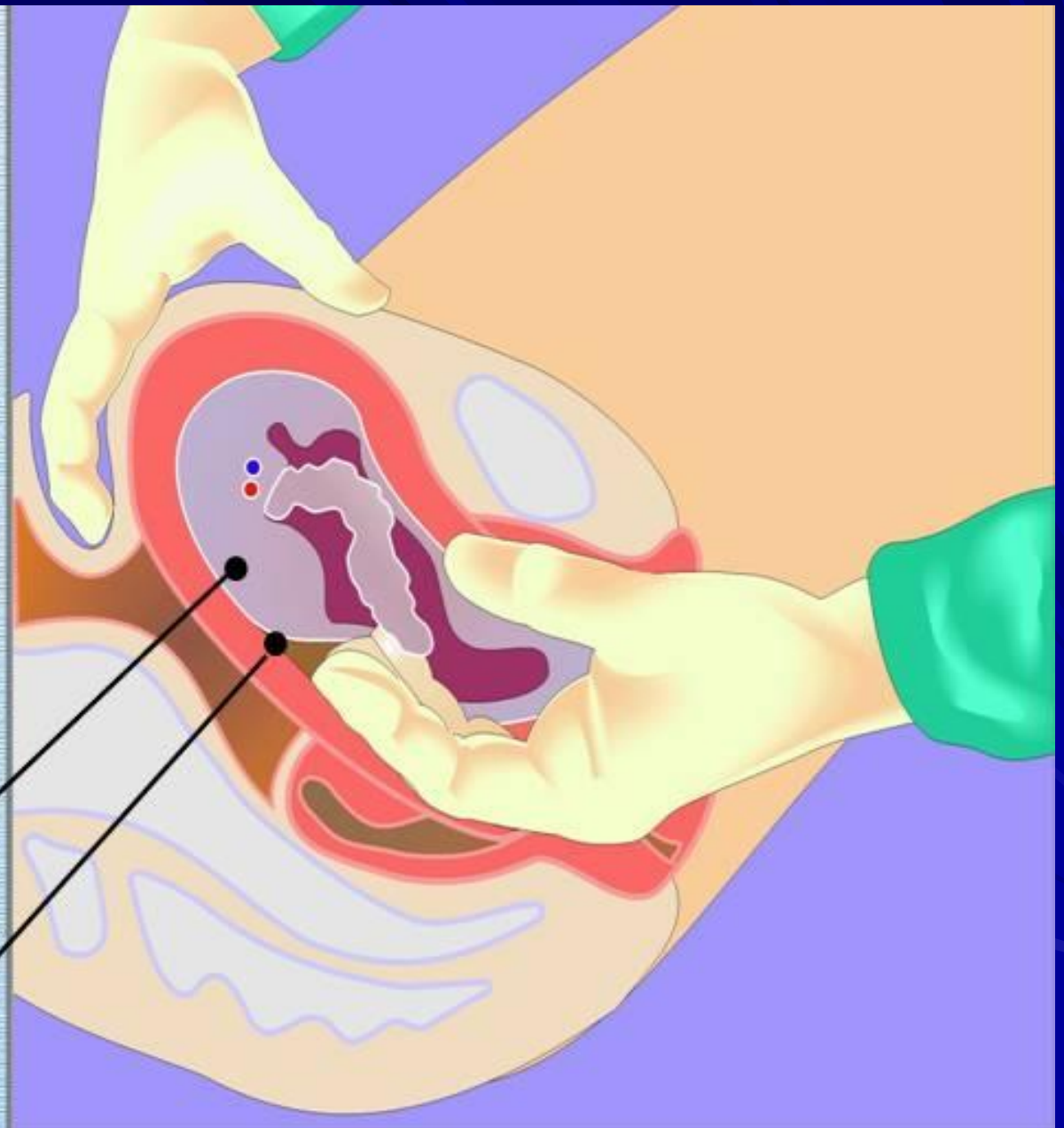
Ручное выделение последа

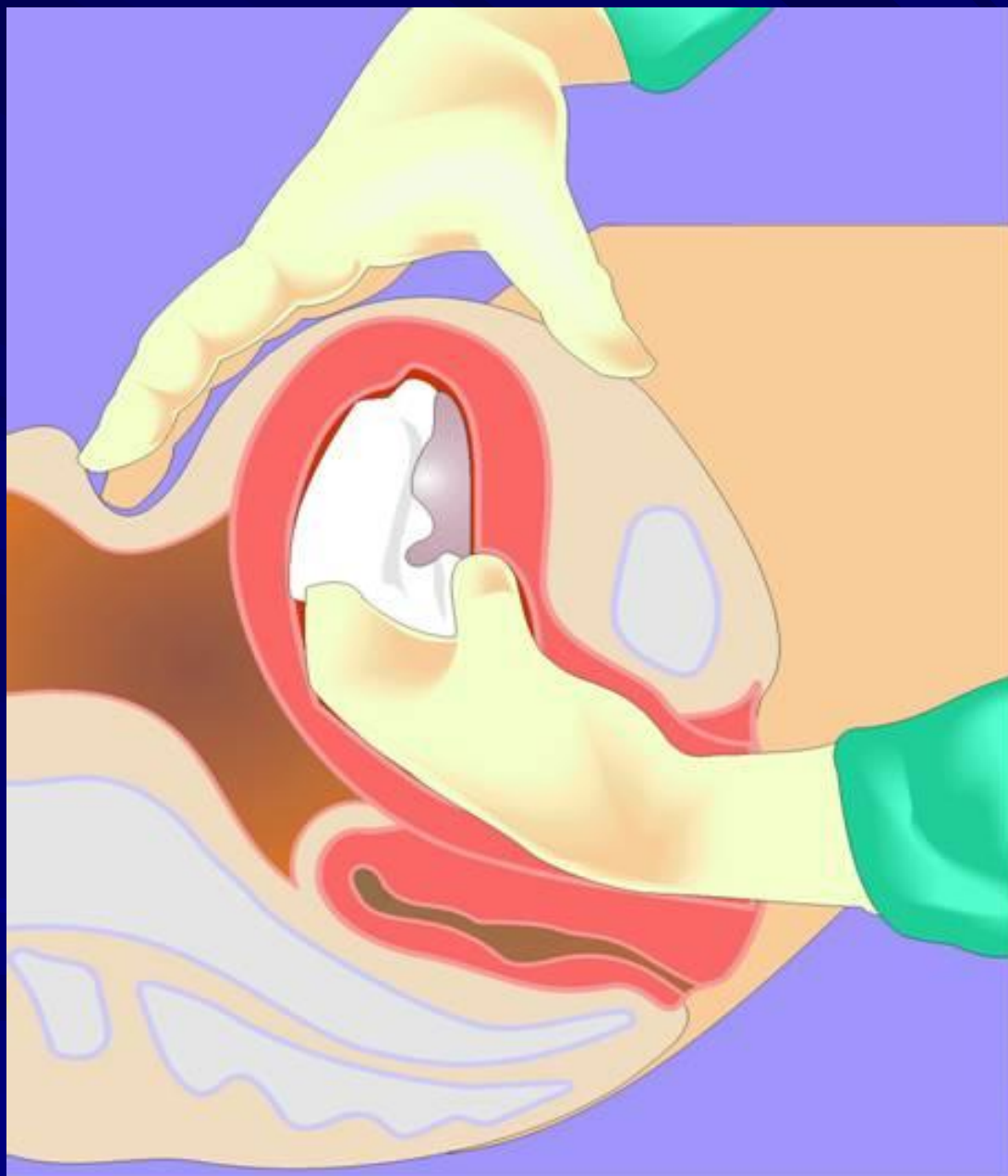
Использовать
токолитики или
анестезию

Быть готовым к
приращению
плаценты

Плацента

Сегменты
плаценты





Ручное
выделение
последа

Пальцевое
исследование
матки

Удаление
оставшихся
оболочек и
фрагментов
плаценты

Кровотечение в послеродовом периоде – это потеря крови в объеме 500 мл или более

- Первичное послеродовое кровотечение – до 24 часов после родов
- Вторичное послеродовое кровотечение – от 24 часов после родов до 6 недель после родов
- Кровотечение может быть: компенсированным и декомпенсированным (массивным свыше 1 литра и более)

Причины кровотечений в раннем послеродовом периоде(3 ТТТ)

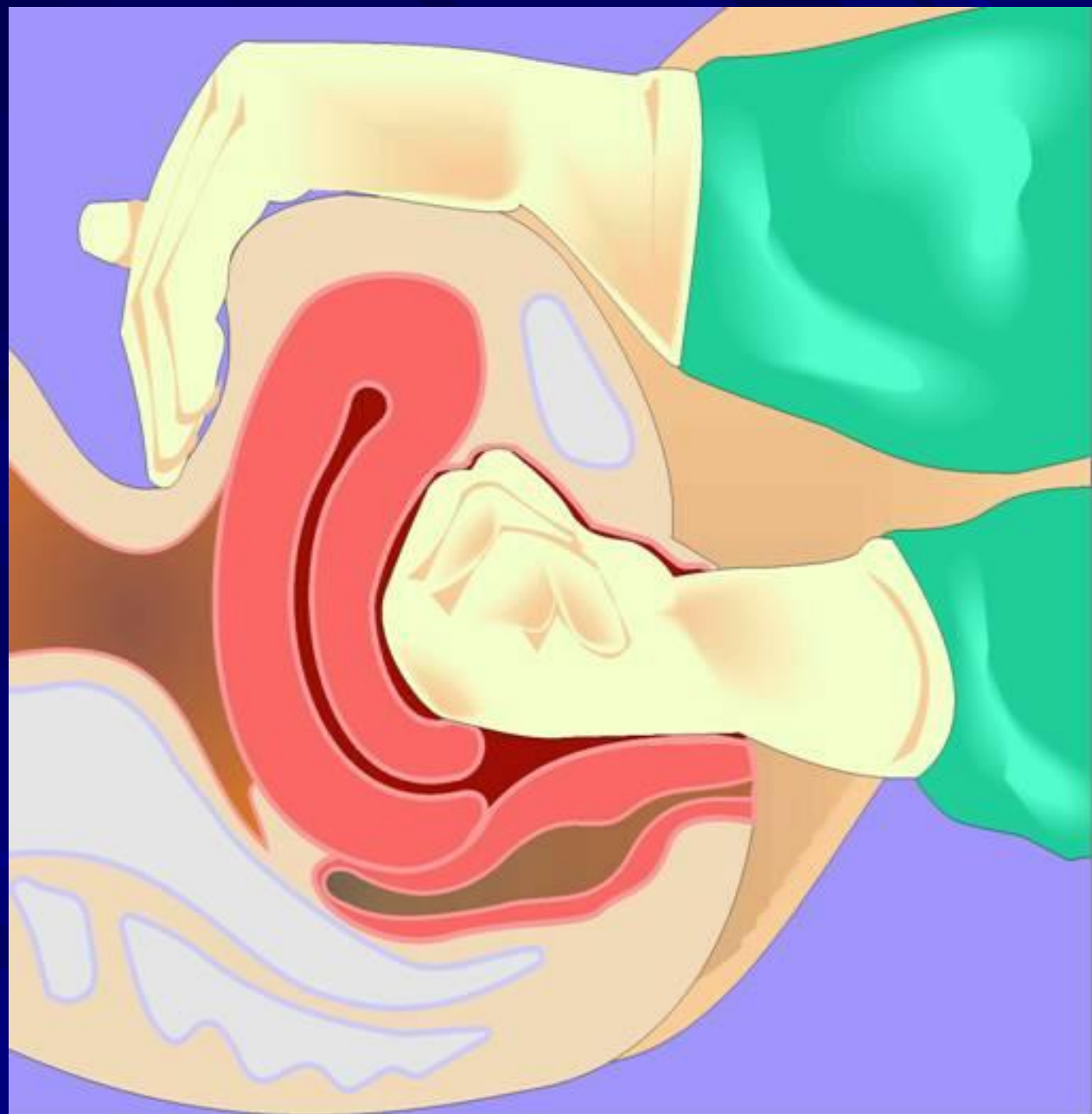
- Задержкой части последа в полости матки (ткань)
- Гипотонией и атонией матки(тонус)
- Разрыв матки и мягких тканей(травма)
- Наследственным или приобретенными дефектами гемостаза

Факторы риска гипотонии матки следующие:

- Юные первородящие (18 и менее лет)
- Преэклампсия
- Затяжные роды
- Рубцы на матке
- Опухоли матки
- Перерастяжение матки
- Слабость родовой деятельности
- Бурная родовая деятельность
- ЭГЗ
- Пороки развития

Методы остановки гипотонического кровотечения (консервативные)

- Наружный массаж матки
- Применение утеротоников (окситоцин, метилэргометрин)
- Двуручная компрессия матки:
(наружная-двуручная, и наружно-внутренняя)
- При неэффективности – срочно хирургический метод остановки кровотечения



Бимануальное
Маточное
Сдавление и
Массаж

Последствия большой кровопотери

- Женщина может потерять до 500 мл крови за одну минуту. Последствия большой кровопотери крови:
- Обескровливание организма в течение нескольких минут (в системе кровообращения в среднем у женщины – пять литров)
- Нарушение функции жизненно важных органов:
 - Почек; почечная недостаточность
 - Легких: дыхательная недостаточность
 - Мозга: потеря сознания, тошнота, поражение мозжечка
 - Сердечная недостаточность

Признаки гиповолемического шока

Ранний гиповолемический шок	Поздний гиповолемический шок
Настороженность, сознательное беспокойство	Спутанное или бессознательное состояние
Слабый и частый пульс (110 в минуту или больше)	Очень частый и слабый пульс
Несколько учащенное дыхание (30 вдохов в минуту или больше)	Чрезвычайно частое и поверхностное дыхание
Бледность	Бледность и чувство холода
Относительно низкое кровяное давление (систолическое ниже 90 мм. рт ст)	Очень низкое кровяное давление (систолическое ниже 60 мм. рт.ст)
Уменьшенное выделение мочи, но > 30 мл/час	Выделение мочи < 30 мл/час

Принципы лечения

- Первоначальная оценка состояния
- Поиск причины- остановка кровотечения
- Раннее распознавание и начало действий- обращение за помощью.
- Восполнение кровопотери (проведение реанимации)

Известно, что организм человека
может выжить при потере:

- 85% функции почек
- 75% функции печени
- до 75% красных кровяных телец
- но никогда не переживет некомпенсированной потери плазмы более 30%

Восполнение кровопотери

- Установить 1 или 2 внутривенных катетера большого диаметра (катетер № 16 или больше)
- Начать струйную инфузию (1л за 15 мин) кристаллоидного раствора (физ.раствора)
- При наличии признаков шока, дополнительно: опустить голову вниз,
- освободить дыхательные пути
- подать через маску кислород 6-8л. в минуту

Лечение при атонии матки, не реагирующей на окситоцин (40 ед)

- 0,2 метилэргометрина, в.м каждые 15 мин, или в.в каждые 5 мин, до 5 доз
(противопоказан при эклампсии и сердечно-сосудистых заболеваниях)
- Применение простогландинов
(противопоказанно при бронх. астме)

Остановка кровотечения (1)

- Если консервативные меры не позволяют остановить кровотечение, то необходимо провести хирургический гемостаз

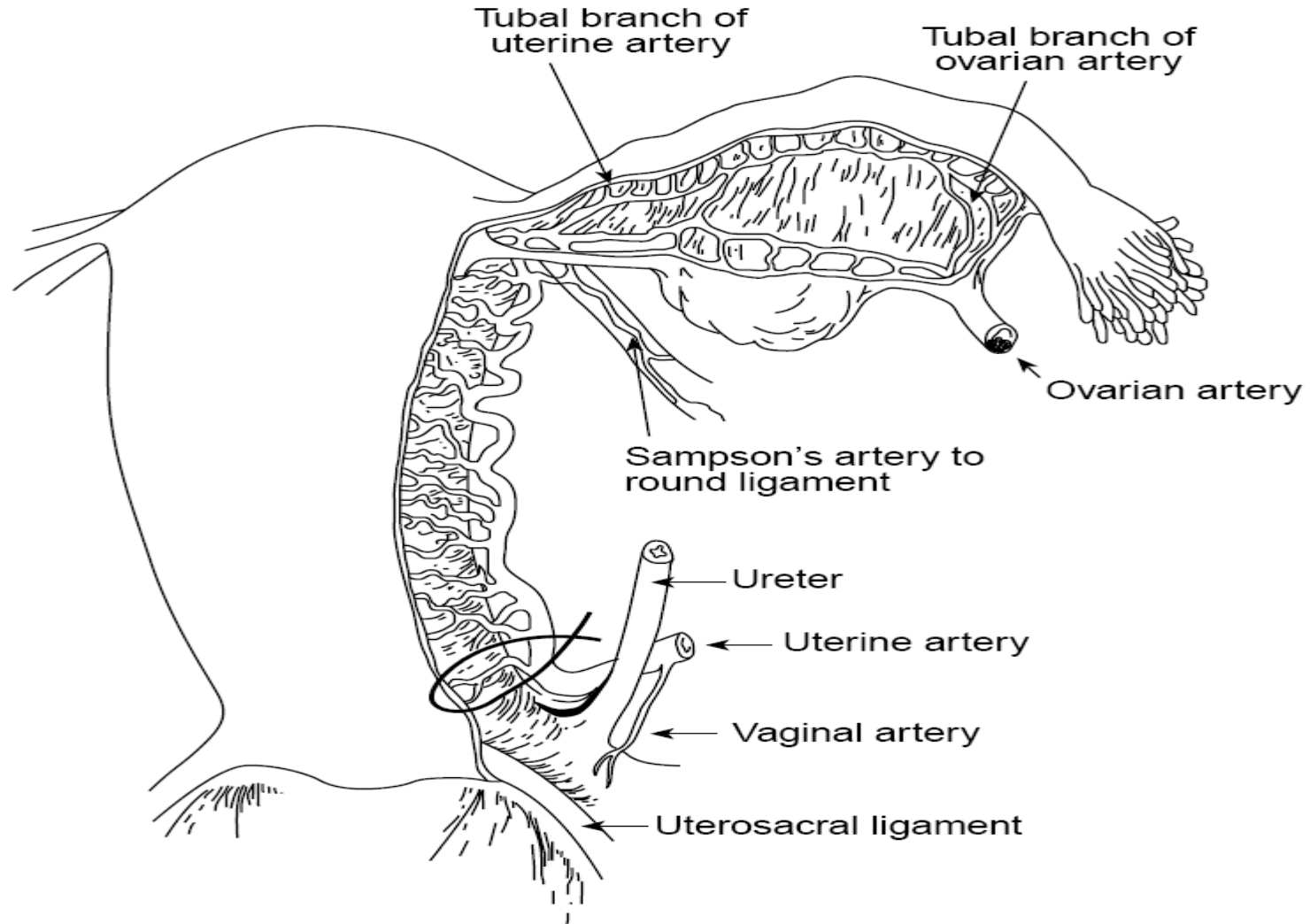
ЛУЧШЕ РАНЬШЕ ЧЕМ ПОЗЖЕ

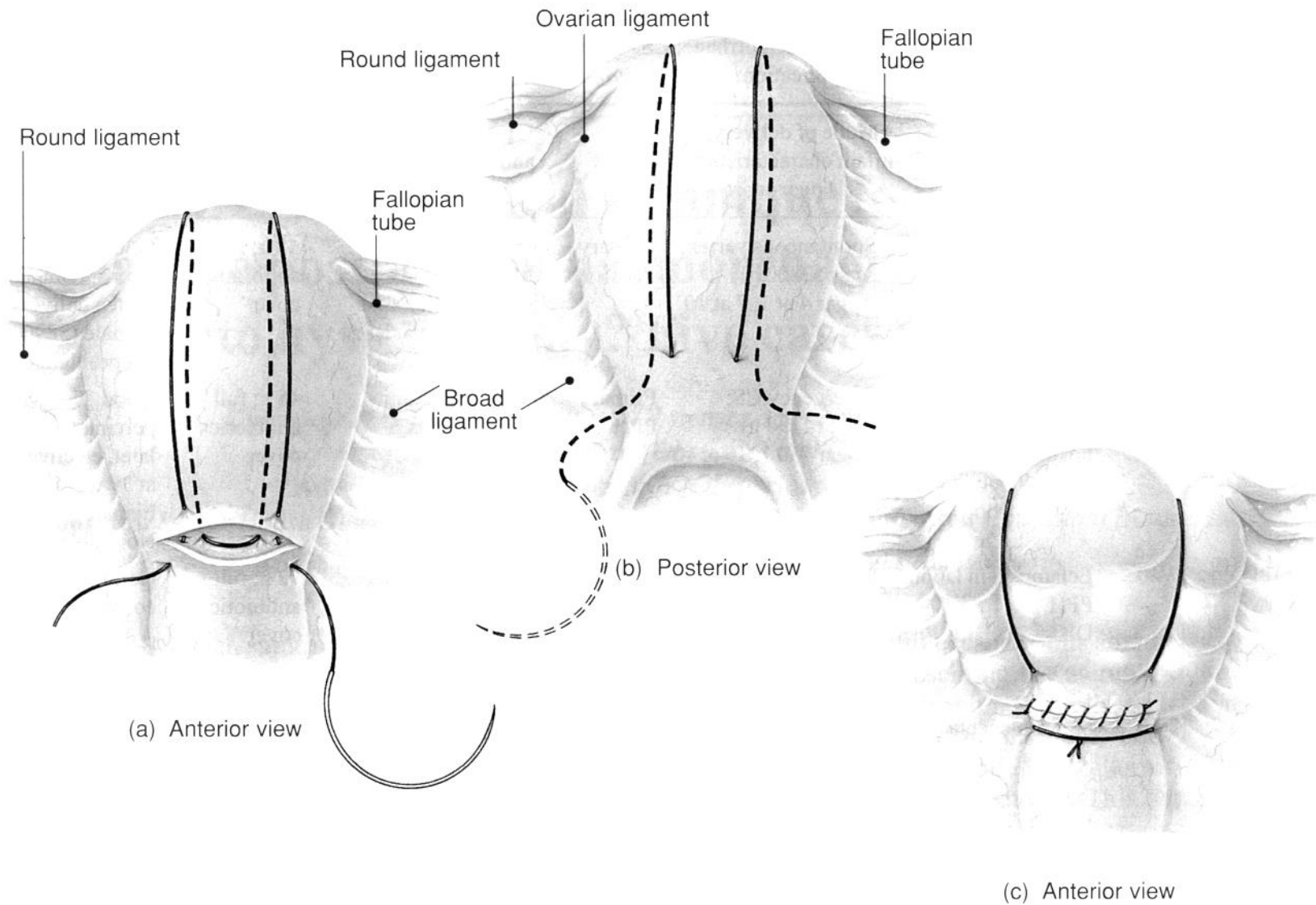
- При акушерских кровотечениях одной из основных причин получения плохих результатов является слишком позднее проведение хирургического гемостаза

Остановка кровотечения (2)

- Эффективные вмешательства, которые следует предпринимать по очереди, до остановки кровотечения:
- инъекция карбопроста (0,5 мг) непосредственно в миометрий
- Билатеральная перевязка артерий матки
- Билатеральная перевязка внутренних подвздошных артерий
- Гемостатическое ушивание матки (напр, шов Б-Линча)
- Гистеректомия

Последовательная деваскуляризация матки





Недостатки в лечении

- Основными причинами смерти от ПК являются:
- Недооценка кровопотери
- Неадекватное восполнение объема
- Задержка оперативного вмешательства
- Часто эти причины обусловлены:
- Отсутствием сопутствующих служб (служба переливания крови, хирургическая служба и.т д.)
- Отсутствия на местах систем для направления пациенток к специалистами

Хирургические компрессионные швы: шов Б-Линча

- Наиболее распространенным является шов Б-Линча, впервые описанный в 1997 году
- Описано более 1300 случаев, в большинстве которых удалось избежать гистеректомии
- Не описано ни одно серьезное осложнение
- В последствии многие женщины имели неосложненную беременность и нормальные роды

Хирургическое лечение: методы

- Лапаротомия не всегда означает гистеректомию (возможна ампутация матки)
- Гистеректомия не всегда является тотальной (придатки матки оставляют)
- Проведение хирургического лечения нельзя откладывать
ЛУЧШЕ РАНЬШЕ, ЧЕМ ПОЖЖЕ!

Инфузионная терапия: основные принципы

- Наилучшим является физиологический раствор (в соотношении 3:1)
- Коллоидные растворы не имеют преимуществ по сравнению с кристаллоидами
- Существуют очень строгие показания к применению эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы для переливания

Свежезамороженная плазма

- Показания к переливанию СЗП являются немногочисленными, обычно при кровопотере более 1500
- нарушение коагуляции доказанные при лабораторных анализах или клинически (ПТИ менее 75% и продолжающемся кровотечении прикроватный тест)
- Случаи массивного кровотечения и использования более 5-6 упаковок эр-массы следует использовать не менее 1 л, сразу же после правильного размораживания и быстро

Показание к применению эритроцитарной массы

- Только снижение способности крови переносить кислород
- Трансфузионный порог должен устанавливаться индивидуально для каждой пациентке
- Следует руководствоваться не только величиной гематокрита и концентрацией гемоглобина (критический уровень 70г/л)
- Важно также учитывать клинические признаки анемии и гипоксии
- Если кровопотеря составляет 1000 мл и кровотечение продолжается то переливание эр-массы обязательно!

Заключение 1

- Жизненно важным при послеродовом кровотечении является его ранее выявление и начало проведения реанимационных мероприятий, направленных на остановку кровотечения
- Во многих рефрактерных случаях атонии матки эффективное действие оказывают окситоцин в дозах до 40 МЕ и простагландины
- Для временной остановки кровотечения при атонии рекомендуется провести наружное и внутреннее компрессионное бимануальное сдавливание матки и сдавливание аорты. Другие методы представляются неэффективными, приводят к потере времени и поэтому их не следует использовать

Заключение 2

- В большинстве случаев послеродового кровотечения эффективными являются первоначальные простые мероприятия, которые может провести акушерка
- В каждом медицинском учреждении должны иметься протоколы для профилактики и лечения послеродового кровотечения

Заключение 3

- Нельзя медлить с проведением хирургического лечения
- Гистерэктомия не является единственным способом окончательной остановки кровотечения
- Атония матки редко является показанием к гистерэктомии
- Гистерэктомия не всегда должна быть тотальной

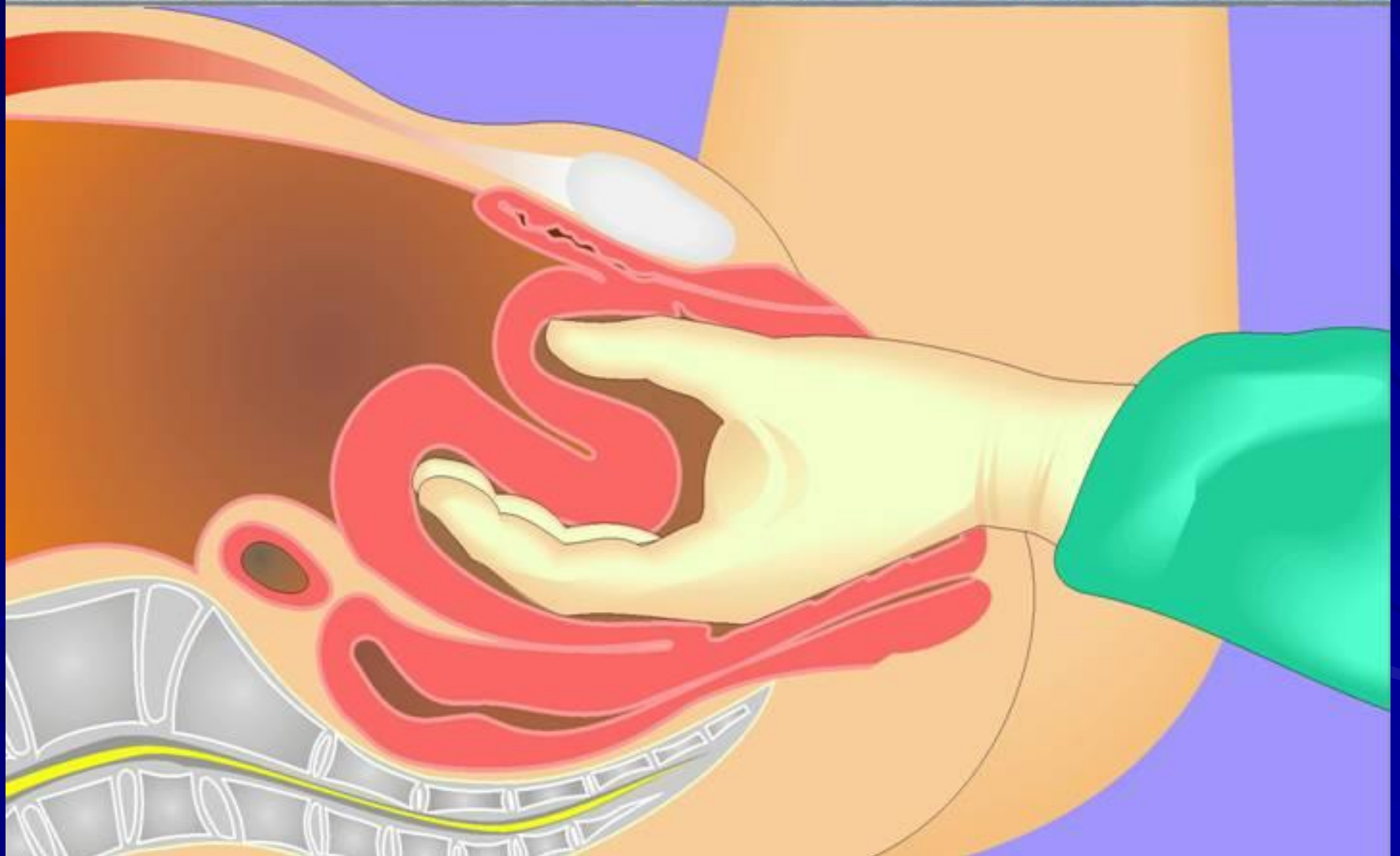
Заключение 4

- Первоочередным средством для восполнения объема крови являются кристаллоидные растворы
- Коллоидные растворы имеют много побочных эффектов и не имеют преимуществ
- Альбумин опасен в случае гиповолемии

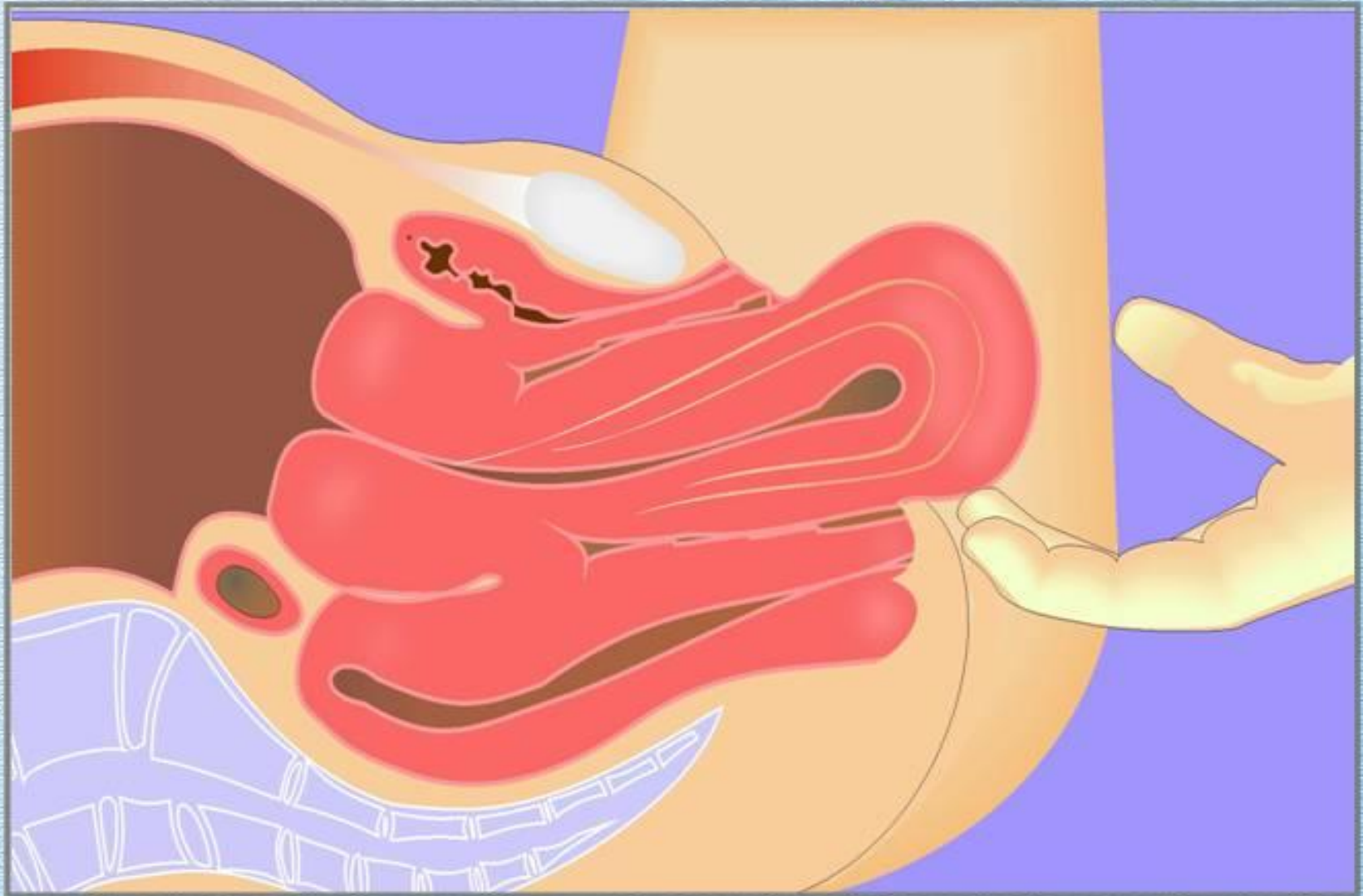
Заключение 5

- В большинстве серьезных случаев послеродового кровотечения жизненно необходимым является переливание препаратов крови. В то же время неадекватное или слишком частое их использование может привести ко многим осложнениям
- Для переливания эр-массы и СЗП должны иметься строгие показания

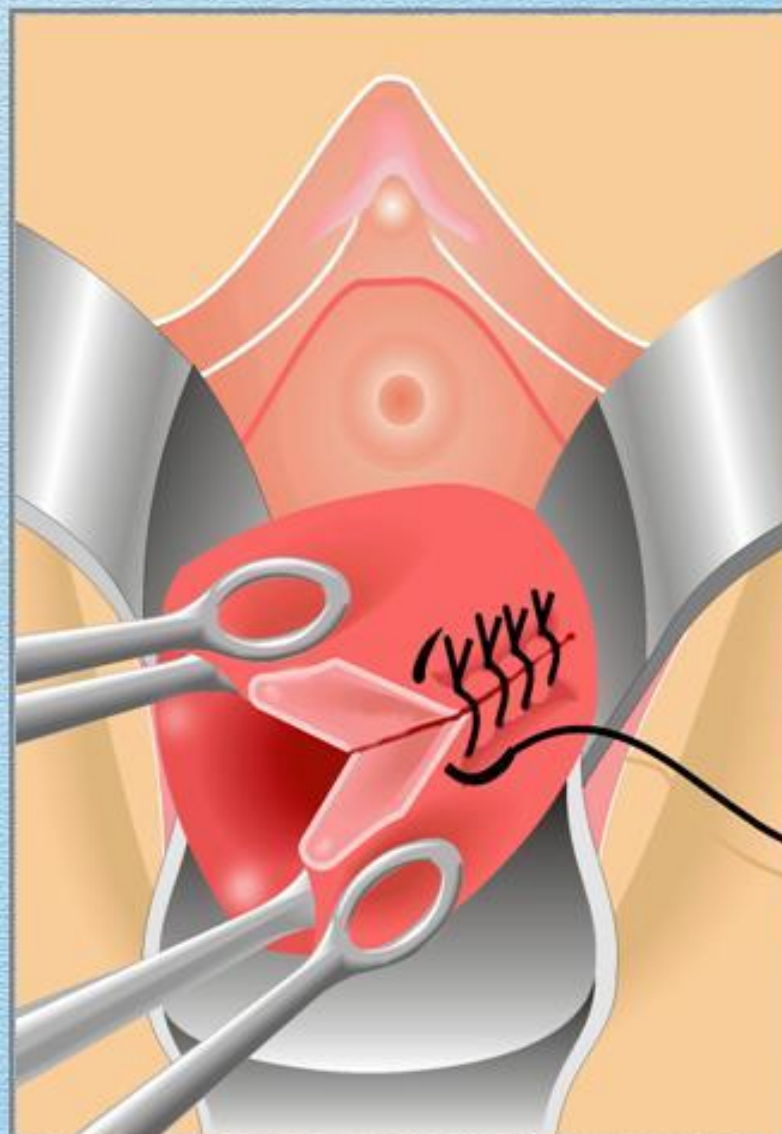
Выворот матки: Вправление через шейку



Распознавание выворота матки



Разрыв шейки матки



Гематома
вульвы

