

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»
І РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Кровотечі під час пологів, у ранньому та пізньому післяпологовому періодах (код курсу 9.2- 9.3)
Курс	I
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин – 2 години.

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Акушерські кровотечі все ще залишаються однією з головних причин материнської захворюваності та смертності в усьому світі. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) в рамках завдання знизити материнську смертність на три чверті до 2015 року, вважає профілактику акушерських кровотеч та боротьбу з ними пріоритетним напрямком діяльності.

Щорічно за даними ВООЗ (2008 р.) акушерські кровотечі (АК) виникають у 14 млн. жінок, з них 128 тис. вмирають від цього ускладнення в перші 4 години після пологів, що становить 1,7 на 1000 пологів.

У структурі причин материнської смертності акушерські кровотечі займають одне з перших місць, а їх частота коливається від 2,5 до 8% по відношенню до загальної кількості пологів, при цьому 2-4%, пов'язані з атонією матки в послідовому та ранньому післяпологовому періодах, а до 1% - з передчасним відшаруванням плаценти та передлежанням плаценти.

В Україні за останні 20 років частота масивних акушерських кровотеч (МАК) залишається високою. Впродовж останніх 5 років вони стійко займають друге місце в структурі причин материнської смертності. Причиною смерті вагітних, роділь та породіль є не будь-яка кровотеча, а масивна крововтрата, що супроводжується тяжким геморагічним шоком. Разом з тим, смерть від масивної акушерської кровотечі є результатом несвоєчасної та неадекватної медичної допомоги або взагалі її відсутності. Якісна організація медичної допомоги, підготовка медичних працівників, впровадження новітніх технологій, прогнозування, профілактики та лікування акушерських кровотеч, що ґрунтуються на даних доказової медицини та відмова від застарілих та неефективних практик дають можливість попередити масивну крововтрату і зберегти життя та репродуктивне здоров'я жінки.

II. Навчальні цілі лекції

Донести до інтернів наступні знання:

1. Визначення поняття «акушерські кровотечі».
2. Фактори ризику кровотечі в пологах і післяпологовому періоді.
3. Причини кровотеч в III періоді пологів.
4. Форми патологічного прикріплення плаценти.
5. Причини патологічного прикріплення плаценти.
6. Клініку патологічного прикріплення плаценти.
7. Причини, клініка затримки в матці частин плаценти.
8. Причини, клініка защемлення плаценти.
9. Лікувальні заходи щодо боротьби з кровотечею в III періоді пологів.
10. Сучасні погляди на етіологію та патогенез кровотеч, які виникають у ранньому післяпологовому періоді.
11. Класифікацію кровотеч, які виникають у ранньому післяпологовому періоді .
12. Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах, які виникають у ранньому післяпологовому періоді.
13. Діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при кровотечах.
14. Диференційну діагностику кровотеч, які виникають у ранньому і пізньому післяпологовому періодах.

15. Методи зупинки кровотеч, які виникають у ранньому і пізньому післяпологовому періодах.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження вагітних та виконанні лікарських маніпуляцій.

Розродження вагітних з кровотечею потребує адекватної психологічної підготовки пацієнтки, що вимагає високої кваліфікації лікаря. При обстеженні вагітної дотримуватися принципів медичної етики та деонтології.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
I. Попередні дисципліни		
Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів,	
Топографічна анатомія	Пошарова будова передньої черевної стінки	Виконати лапаротомію на трупі
II. Наступні дисципліни		
Педіатрія	Будову та розміри доношеного плода.	Уміти визначити зрілість новонародженого
Сімейна медицина	Надання допомоги жінкам з кровотечею на догоспітальному етапі	Визначити показання і скерувати вагітну на відповідний рівень надання медичної допомоги.
III. Внутрішньопредметна інтеграція		
Перебіг і ведення III періоду пологів в нормі	Ознаки відокремлення плаценти, методи віділення відокремленої плаценти, активне ведення III періоду пологів.	Продемонструвати на фантомі активне ведення III періоду пологів, ознаки відокремлення плаценти, підрахувати величину крововтрати
Перебіг і ведення післяпологового періоду в нормі	Визначити величину крововтрати, заходи направлені на попередження розвитку кровотечі	Оцінити інволюцію матки, оцінити гемостазіограму.

V. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	<p>Підготовчий етап</p> <p>Визначення актуальності теми</p> <p>Визначення навчальних цілей лекції</p> <p>Забезпечення позитивної мотивації</p>	<p>Навчально-методичне обґрунтування теми.</p> <p>Навчальні цілі лекції.</p> <p>Навчально-методичне обґрунтування теми.</p>	5 хв.
2.	<p>Основний етап</p> <p>Викладення лекційного матеріалу за планом:</p> <p>1.Сучасні погляди на етіологію та патогенез кровотеч, які виникають у III періоді пологів та післяпологовому періоді..</p> <p>2.Класифікація кровотеч.</p> <p>3.Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при щільному прикріпленні та істинному прирощенні плаценти.</p> <p>4. Затримка дольки плаценти: клініка, Діагностика, лікування.</p> <p>5.Причини кровотеч в ранньому і пізньому післяпологовому періодах.</p> <p>6.Гіпотонічна кровотеча: консервативні і хірургічні методи зупинки.</p> <p>5.Причини кровотеч у пізньому післяпологовому періоді:клініка, діагностика, лікування.</p> <p>6.Профілактика акушерської кровотечі.</p>	<p>Тематична клінічна лекція з елементами проблемності.</p> <p>Мультимедійний супровід.</p>	75 хв.
1. 2. 3.	<p>Заключний етап</p> <p>1. Резюме лекції, загальні висновки</p> <p>2. Відповіді на можливі запитання</p> <p>3. Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції.</p>	<p>Перелік навчальної літератури</p> <p>ЗАПИТАННЯ</p>	10 хв.

VII. Зміст лекційного матеріалу.

КРОВОТЕЧІ У ПОСЛІДОВОМУ ПЕРІОДІ ПОЛОГІВ

Класифікація причин кровотеч у III періоді пологів

- патологія прикріплення плаценти;
- затримка частин плаценти або оболонок;
- защемлення плаценти.

Слід відмітити, що частою причиною кровотечі в послідовому періоді є затримка в матці плаценти, її частини, додаткової частки, 2/3 оболонок. В свою чергу причиною затримки в матці посліду та його частини можуть бути фактори, що знижують тонус матки та її скоротливу здатність.

Патологія прикріплення плаценти

Розрізняють дві *форми патологічного прикріплення* плаценти:

- *щільне прикріплення (placenta adgerens)* - виникає внаслідок атрофії губчатого шару децидуальної оболонки, і зустрічається в середньому в 0,9% випадків.
- *прирощення плаценти (placenta accretae, incretata, percretae)* - таке прикріплення, при якому між м'язовим шаром та ворсинками хоріона відсутній губчатий шар децидуальної оболонки, і ворсини хоріону досягають м'язового шару і навіть проникають у нього; зустрічається вкрай рідко (1 випадок на 24000 пологів) і майже виключно у повторнороділь.

Деякі акушери виділяють ще 2 варіанти прирощення плаценти:

- *placenta incretata* - ворсини врастають у м'язовий шар матки;
- *placenta percretae* - ворсини проростають і м'язовий, і серозний шари матки.

Щільне прикріплення або прирощення плаценти може бути

- *повним* - якщо плацента на всій поверхні прикріплена до свого ложа;
- *частковим* - якщо плацента тільки на деяких ділянках має тісний зв'язок з плацентарною площадкою.

Причини патології прикріплення плаценти обумовлені факторами, які можна розділити на наступні групи:

- 1) структурно-морфологічні зміни в ендометрії і міометрії після операцій чи запальних процесів;
- 2) пов'язані з порушенням ферментативної рівноваги в системі гіалуронова кислота - гіалуронідаза між ворсинками хоріона та децидуальною оболонкою;
- 3) обумовлені патологією розміщення плаценти.

Клінічні прояви. Патологія прикріплення плаценти проявляється або кровотечею в послідовому періоді (часткове щільне прикріплення або прирощення плаценти), або відсутністю ознак самостійного відділення плаценти при наявності перейм (повне щільне прикріплення або прирощення плаценти).

Кровотечі в III періоді пологів, пов'язані з аномалією прикріплення плаценти, слід диференціювати від кровотеч, обумовлених затримкою частин плаценти або защемленням плаценти, що відділилася.

Затримка в матці частин плаценти та оболонок

Причиною затримки в матці частин плаценти та оболонок є недостатня скоротлива активність матки і м'язів черевної стінки. Цьому сприяє переповнення сечового міхура, перерозтягнення матки в разі багатоводдя чи багатоплідної вагітності, передчасні або запізнілі пологи, первинна або вторинна слабкість пологової діяльності, стомлення жінки.

Клінічні ознаки затримки в матці частин плаценти та оболонок.

У разі затримки частин плаценти та оболонок в порожнині матки, кровотеча розпочинається відразу після народження посліду. При огляді посліду на материнській її стороні можуть виявлятися дефекти плацентарної тканини. Якщо мала місце додаткова частка плаценти, то на плодовій поверхні можна помітити «розірвані судини».

Защемлення плаценти, що відділилася

Причини защемлення плаценти. Защемлення плаценти, що відділилася, може відбуватися за рахунок спазму ділянки трубного кута або вічка шийки матки. Причиною такого стану є нерівномірне скорочення матки внаслідок її грубого масажу, намагання вижимання посліду. Це призводить до судомного скорочення окремих м'язів, нерівномірного відділення плаценти, кровотечі.

Клінічна картина защемлення плаценти. Про защемлення плаценти в шийці матки слід думати у разі, коли кровотеча розпочинається після народження дитини при позитивних ознаках відокремлення плаценти, але без її виділення. При огляді живота в разі защемлення плаценти в трубному куті, визначається вип'ячування, відділене

перетяжкою від іншої частини тіла матки. В разі защемлення плаценти, в результаті спазму циркуляторної мускулатури внутрішнього вічка, матка набуває форми пісочного годинника. Якщо відбулося відділення плаценти і її затримка в порожнині матки без защемлення, то матка має усі ознаки відділення плаценти.

Акушерська тактика при патології прикріплення, відокремлення або виділення плаценти.

1. Катетеризація периферичної або центральної вени роділлі для інфузії залежно від величини крововтрати та стану жінки.
2. Випорожнення сечового міхура.
3. Перевірка ознак відділення плаценти та виділення посліду ручними прийомами.
4. У разі защемлення посліду зовнішній масаж матки, зовнішні прийоми видалення посліду.
5. У разі затримки частин плаценти або оболонок - ручне обстеження порожнини матки під внутрішньовенним наркозом.
6. У разі порушення механізму відокремлення плаценти та відсутності кровотечі - очікування протягом 30 хв., (у вагітних із групи ризику - 15 хв.) з подальшим ручним відокремлення плаценти та виділенням посліду.
7. При появі кровотечі - термінове ручне відокремлення плаценти та виділення посліду під в/в наркозом.
8. Введення утеротонічних засобів - 10 -20 ОД окситоцину в/в на 400мл фізіологічного розчину в/в крапельно.
9. За умови істинного прирощення або пророщення плаценти - лапаротомія, екстирпація матки без додатків.
10. Оцінка величини крововтрати та відновлення величини ОЦК (див. лікування геморагічного шоку).

Післяпологова кровотеча (ПК) - кровотеча що перевищує 500 мл або будь-яка кровотеча, що супроводжується порушенням гемодинамічного стану породіллі на протязі 6 тижнів після народження плода.

Види післяпологових кровотеч:

Первинні (ранні) післяпологові, які виникають в ранньому післяпологовому періоді або протягом 24 годин після пологів. Приблизно 70% ранніх ПК пов'язані з атонією матки. Атонія матки - це неспроможність матки адекватно скоротитися після народження дитини.

Вторинні (пізні) післяпологові кровотечі, які виникають після 24 годин та до 6 тижнів після пологів. Більшість пізніх кровотеч пов'язані із затримкою частин плаценти, інфекцією або наявністю обох станів.

Ризик виникнення АК оцінюють:

В амбулаторних умовах (жіноча консультація)
при постановці на облік по вагітності;
при оформленні відпустки по вагітності та пологах;
за 2-3 тижні до передбачуваного терміну пологів.

Під час госпіталізації в акушерський стаціонар.

У разі виникнення ускладнень в допологовому періоді або під час пологів.

Фактори ризику виникнення після пологових кровотеч: «4 Т»

Патогенетичні порушення «4 Т»	Етіологічні фактори	Клінічні фактори ризику
Порушення скоротливої функції матки («Т» - тонус) до 70 %	Надмірне розтягнення матки	<ul style="list-style-type: none"> • багатоводдя • багатопліддя • великий плід
	«Виснаження» скоротливої здібності міометрію	<ul style="list-style-type: none"> • швидкі пологи • зтяжні пологи • високий паритет (>3 пологів) • застосування окситоцину
	Інфекційний процес	•тривалий безводний проміжок • лихоманка в пологах (хоріоамніоніт)
	Функціональні/анатомічні особливості матки	• міома матки • сідлоподібна матка • дворога матка • інші аномалії розвитку матки • передлежання плаценти
	Застосування ліків, що знижують тонус матки (токолітики, спазмолітики)	Магnezії сульфат Галогенові анестетики Нітрогліцерин
	Перерозтягнутий сечовий міхур може порушити скорочення матки	

Затримка тканин в порожнині матки («Т» - тканина) до 10%	Затримка частин посліду	<ul style="list-style-type: none"> • дефект посліду • оперована матка • 3 та більше пологів • патологія плацентації виявлена УЗД • аномалії прикріплення плаценти, виявлені під час пологів (щільне прикріплення, прирощення, вращення)
	Затримка згортків крові у порожнині матки	• атонія матки
Травми пологових шляхів («Т» - травма) до 20%	Розриви шийки матки, піхви, промежини	• швидкі пологи • оперативні вагінальні пологи
	Травматичний розрив матки під час кесарського розтину	• неправильні положення плода • низьке розташування передлеглої частини плода
	Розрив матки	• оперована матка
	Виворіт матки	• більше 3-х пологів • розташування плаценти у дні матки • надмірна тракція за пуповину

	Розрив варикозних вен області вульви	Несвоєчасне або некоректне проведення епізіотомії
Порушення коагуляції («Т» - тромбін) до 1%	Вроджені захворювання (гемофілія А, хвороба Віллебрандта) ШПК в анамнезі	<ul style="list-style-type: none"> • спадкові коагулопатії • захворювання печінки
	Патологія асоційована з вагітністю: ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура; тромбоцитопенія з тяжкою прееклампсією;	<ul style="list-style-type: none"> • синці • прееклампсія, еклампсія НБКБР-синдром • підвищення АТ • мертвий плід
	синдром ДВЗ: <ul style="list-style-type: none"> • прееклампсія, • антенатальна загибель плода, • тяжка інфекція, • відшарування плаценти, • емболія амніотичною рідиною 	<ul style="list-style-type: none"> • лихоманка, лейкоцитоз • допологова кровотеча • колапс
	Лікування антикоагулянтами	

Рекомендації:
наступні фактори супроводжуються значним підвищенням ризику ППК.
За наявності цих факторів скеровують вагітну на III рівень надання допомоги

«4 T»	Відношення шансів розвитку ППК (кратність збільшення ризику)	99% ДІ
Тромбін	13	(7.61 - 12.9)
Тканина	12	(7.17 - 23)
Тонус	5	ω > - . . ω
Тромбін	4	

Рекомендації:
Наступні фактори виявляються суттєвим підвищенням частоти ППК:

Тонус	3	
Тонус	2	(1.24 - 2.17)
-	2	(1.63 - 3.15)
Травма	4	(3,28 - 3,95)
Травма	2	(2.18 - 2.80)
Тканина	5	(3.36 - 7.87)
Травма	5	
Тонус	2	
Тонус / Травма	2	(1.38 - 2.60)

Профілактика ППК

- **В антенатальному періоді:**

підтвердження групи крові та резус-фактору у всіх жінок при постановці на облік; своєчасне виявлення та лікування анемії під час вагітності.

оцінка виявлених факторів ризику та прийняття рішення відносно місця та часу розродження.

В терміні вагітності 37-38 тижнів: уточнення наявних факторів ризику, визначення ступеня ризику АК, за показаннями - дообстеження; визначення місця розродження та плану розродження (сумісно з профільними фахівцями у разі наявності екстрагенітальної патології та лікарями акушерського стаціонару).

- **В пологах:**

Передбачити перелік заходів щодо профілактики та лікування можливої патологічної крововтрати, забезпечити наявність необхідних медикаментів, інфузійних препаратів, препаратів крові.

Рациональне ведення пологів: відмова від необгрунтованого родозбудження, партнерські пологи, ведення пологів за партограмою, відмова від необгрунтованого призначення окситоцину, своєчасна та адекватна терапія аномалій пологової діяльності, знеболювання за показаннями, заборона застосування методу Кристелера в II періоді пологів.

- У разі наявних факторів ризику ППК - ведення II та III періодів пологів «з катетером у вені» ^16-18). Активне ведення III періоду пологів (АВТПП), (згідно протоколу: наказ МОЗ України від 03.11.2008 № 624 «Нормальні пологи»

- Дотримання техніки надання ручної допомоги під час пологів, техніки проведення акушерських операцій. Використання сучасного шовного матеріалу. Бережне відношення до тканин.

-

Правові та етичні засади надання допомоги при акушерських кровотечах

Прийняття свідомого та інформованого рішення: Пацієнтка має бути поінформованою про причини патологічної кровотечі, що може виникнути під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді, можливі несприятливі наслідки для її здоров'я та необхідні консервативні заходи, спрямовані на зупинення кровотечі, чи оперативні втручання, включаючи ризики та можливі ускладнення. Необхідно усвідомлювати, що за розвитку АК пацієнтки не завжди розуміють надану їм інформацію у повній мірі, а також не

можуть адекватно оцінити свій стан та прийняти самостійне рішення щодо необхідних втручань. Тому в екстрених випадках, при масивних акушерських кровотечах та геморагічному шоці, неефективності консервативного лікування та органозберігаючих методів хірургічного гемостазу - рішення щодо видалення репродуктивного органу (гістеректомія) приймає чергова бригада спеціалістів - не менше 3-ох (акушер-гінекологи, анестезіолог) за узгодженням питання з відповідальним черговим адміністратором родопомічного закладу (по телефону), які керуються положеннями даного протоколу.

Медичні працівники зобов'язані забезпечити збереження інформації щодо проведених оперативних втручань, їх обсягу, прогнозу відносно подальшої репродуктивної функції та не допускати її розголосу іншим особам (родичам, чоловіку) без згоди пацієнтки. Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків (ст. 40 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я . Не підлягають розголошенню відомості, що стосуються лікарської таємниці, крім випадків, передбачених Законом (ст. 46 Закону України "Про інформацію").

Консультування після проведення заходів щодо зупинення кровотечі та відновлення ОЦК. Відношення до пацієнтки має бути доброзичливим, уважним, підтримуючим. Інформування жінки щодо ускладнень вагітності та пологів, що спричинили патологічну кровотечу, здійснених заходів по її зупиненню та відновленню ОЦК, проведених оперативних втручань слід проводити тоді, коли жінка може адекватно сприймати інформацію. Час, коли жінка переживає сильний стрес і занепокоєння, коли проводиться медичне втручання або вона відчуває біль, не є ідеальним моментом для обговорення вищевказаного. Головними моментами консультування - є забезпечення психологічної підтримки жінки, уміння консультанта заспокоїти пацієнтку, вселити оптимізм відносно подальшого особистого, інтимного життя, репродуктивного здоров'я

Покрокова допомога в разі ППК

1. Визначення об'єму крововтрати (об'єм крововтрати завжди недооцінюється особливо у випадку хвилеподібної кровотечі невеликими порціями та в разі крововтрати за рахунок розривів пологових шляхів). В разі візуально оціненої крововтрати більше 500 мл доцільним є множення отриманого показника на 2-3 для адекватного планування допомоги. Найбільш доцільним є оцінка крововтрати за допомогою зважування.

Методи визначення величини крововтрати:

1. Метод Лібова

Об'єм крововтрати визначається після зважування серветок, які просочені кров'ю де В – вага серветок, 15% і 30% - величина помилки на навколоплодові води, дезрозчини.

Метод зважування:

Найбільш точним методом оцінки крововтрати є вимірювання величини крововтрати шляхом важення. Для оцінки величини крововтрати в разі післяпологової кровотечі доцільним є заміна пелюшок та лотка для контролю крововтрати відразу після народження дитини та перетинання пуповини. Різниця між вимірюванням ваги пелюшок та кульок до та після початку кровотечі відповідає вазі втраченої крові. Враховуючи щільність крові, яка дорівнює 1, та беручи до уваги відсутність будь-якої рідини в суміші, 1 г крові дорівнює 1 мл. Тобто, вага крововтрати дорівнює її об'єму.

2. Покликати на допомогу (заручитися підтримкою персоналу).

Мобілізація вільного персоналу

Бригада по наданню медичної допомоги в разі післяпологової кровотечі:

1. Відповідальний лікар акушер-гінеколог – черговий акушер-гінеколог з відповідною кваліфікаційною категорією та достатнім стажем роботи за спеціальністю.

2. Черговий акушер-гінеколог.
3. Чергові лікарі- анестезіологи (2).
4. Черговий лікар-лаборант.
5. Чергові акушерки (2)
6. Анестезістка.
7. Санітарка

3. В разі збереження свідомості жінки - надання психологічної підтримки, пояснення стану та маніпуляцій, що проводяться.

4. ABC –реанімація- Оцінка стану дихальних шляхів (A) та дихання (B) (в разі відсутності дихання розпочинайте респіраторну реанімацію)

У разі відсутності дихання, пульсу на центральних артеріях починати серцево-легеневу-церебральну реанімацію за сучасним алгоритмом САВ, де

С-штучна підтримка кровообігу:

-непрямий масаж серця: частота компресії: 100 в 1 хв, відношення непрямий масаж серця- ШВЛ: = 30:2

A.Відновлення прохідності дихальних шляхів:

- очищення порожнини рота від патологічного вмісту, видалення з'ємних зубів;
- закидання голови, висування нижньої щелепи, відкривання рота;
- повітровод, ларингомаска, інтубація трахеї;
- трахеостомія, крикоконікотомія.

B. Штучна вентиляція легень - методом: «рот до рота», мішком Амбу, респіратором:

- екстрена оксигенація 100% киснем;
- оцінка циркуляції (C)- АТ, пульс (в разі відсутності пульсу, починайте кардіо-респіраторну реанімацію);

Правило 3-ох катетерів:

- забезпечення киснем (10-15 л/хв);
- катетеризація 2-ох периферичних вен катетерами достатнього діаметру (G16-18), а в разі необхідності венесекція або катетеризація центральної вени;
- катетеризація сечового міхура;
- Положення – на спині з піднятими нижніми кінцівками;
- забезпечення зігрівання жінки;
- терміново розпочати інфузійну терапію, яку проводити згідно таблиці 3 із клінічного протоколу «Геморагічний шок в акушерстві»
- тимчасова зупинка крововтрати: абдомінальна компресія аорти.
- клініко-лабораторне обстеження: група крові і Rh-фактор, аналіз крові загальний, час згортання крові, коагулограма, приліжковий тест, забір крові на сумісність.
- Замовлення препаратів крові.

5. Встановлення причини кровотечі (застосовуйте підхід 4 T для визначення механізму розвитку кровотечі. Більш ніж один патогенетичний механізм може обумовлювати розвиток ППК!).

Оцінка тону мати

Якщо має місце порушення тону мати:

- враховуючи, що в 70% випадків причиною ранньої ППК є атонія мати – розпочати терапевтичне введення теротоніків (Окситоцин 10 ОД /500 мл фізіологічного розчину з швидкістю 60 крапель / хвилину.
- провести зовнішній масаж мати, якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась -
- ручне обстеження порожнини мати під внутрішньовенним знеболенням,

- якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась -
- застосування утеротоніків 2-ої – 3-ої лінії (карбетоцин), в разі продовження кровотечі –

- бімануальна компресія матки або компресія аорти, якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась -

- в умовах операційної призначення транексамової кислоти (1 г, повторити через 30 хвилин за необхідності), якщо кровотеча продовжується - при величині крововтрати 1,5% і більше від маси тіла – лапаротомія:

(застосування органозберігаючих технологій – перевязування магістральних судин (покровова часткова деваскуляризація матки), компресійні шви на матку, білатеральне перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій (за наявності спеціаліста, який володіє методикою маніпуляції, або з заохоченням судинних хірургів), гістеректомія без додатків матки.

Якщо матка щільна - виключити травму:

- ручне обстеження порожнини матки з метою виключення розриву (особливо в разі відсутності реакції на струминне в/в введення розчинів). В разі розриву матки – негайна лапаротомія.

- ретельне обстеження з метою виключення травм (промежина, піхва, шийка матки). Ушивання розривів за умови якісного освітлення та допомоги асистента. Наявність травм є показанням і до призначення транексамової кислоти (1 г, повторити через 30 хвилин при необхідності).

У разі відсутності травми можливе порушення згортання крові

У разі виключення травм (включаючи розрив матки) – оцінка згортання крові за допомогою приліжкового тесту, час згортання крові, коагулограма (за можливості). У разі коагулопатії – алгоритм дій при синдромі ДВЗ (усунення фактору, що призвів до ДВЗ, підтримка адекватної перфузії органів та запобігання гіпоксії (трансфузія еритроцитарної маси), замісна терапія прокоагулянтами, в критичному стані – переливання свіжої донорської крові за рішенням консилиуму лікарів та повідомленням адміністрації ЗОЗ).

6. Постійний контроль стану породіллі, показників гемодинаміки та згортання крові. Документування події.

7. Призначення профілактичної антибіотикотерапії препаратами широкого спектру дії, в разі необхідності – терапія антибіотиками.

8. Спостереження у відділенні інтенсивної терапії впродовж 24 годин після стабілізації стану жінки (АТ не менше 100 мм рт ст, пульс – до 90/хвилину).

- контроль стану матки (в разі збереження);

- оцінка крововтрати;

- оцінка вітальних ознак: температура, пульс, дихання, АТ, загальний стан (колір шкірних покривів, рівень свідомості);

- забезпечення адекватного споживання рідини: після стабілізації стану-рекомендовано проводити в/вінфузію збалансованими сольовими розчинами.

Об'єм та темп інфузії корегувати в залежності від наявності ускладнень вагітності (пreeклампсія), супутньої патології, рівня ЦВТ та погодинного діурезу;

- контроль виділення сечі;

- контроль ускладнень гемотрансфузії

- документування стану жінки та терапії, що проводиться;

- контроль рівня гемоглобіну та призначення препаратів заліза в разі необхідності.

Післяпологова вторинна (пізня) кровотеча

Основні причини пізніх післяпологових кровотеч:

- затримка частин посліду;

- гнійно-септичні ускладнення післяпологового періоду;

- не діагностовані своєчасно гематоми піхви;
- розходження швів та рани матки (після кесаревого розтину або розриву матки);
- причини, не пов'язані з вагітністю та пологам (розрив варикозних вузлів вен піхви, рак шийки матки та ін.).

Алгоритм надання медичної допомоги:

1. Визначення об'єму крововтрати;
2. Покликати на допомогу (заручитися підтримкою персоналу);
3. В разі збереження свідомості жінки - надання психологічної підтримки, пояснення стану та маніпуляцій, що проводяться;
4. АВС реанімація (дивись вище) незалежно від причини кровотечі!
5. З метою встановлення діагнозу – огляд пологових шляхів;
6. В разі кровотечі внаслідок затримки частин посліду – мануальна (електрична) вакуум-аспірація під місцевою анестезією та в/в введенням розчину окситоцину (10 ОД/500мл. фізіологічного розчину). *Запобігайте використанню інструментальної ревізії порожнини матки.* Антибіотикотерапія.
7. В разі кровотечі на тлі післяпологового ендометриту – негайно розпочати антибактеріальну терапію препаратами 1-ї лінії (Ампіцилін + Гентаміцин + Метронідазол, або цефалоспорини 1-2 покоління) після швидкого введення розчину Рінгера. Ревізія порожнини матки – МВА має проводитися тільки за життєвими показаннями та тільки після введення антибіотиків.
8. В разі стабільного стану жінки, наявності невеликої кровотечі на фоні післяпологового ендометриту та затримки частин посліду (за даними УЗД) – антибіотикотерапія. При відсутності загрожуючої життю кровотечі, бажано проводити ревізію порожнини матки не раніше, ніж після введення другої дози антибактеріальних препаратів.
9. Кровотеча з гематоми піхви може потребувати на негайне оперативне втручання, включаючи білатеральне перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій (залучення судинного хірурга).
10. Кровотеча внаслідок розходження швів та рани матки потребує негайної лапаротомії.

Компресія черевної аорти

- застосуйте нисхідний тиск кулаком черевної аорти прямо через черевну стінку;
- точка надавлювання знаходиться прямо над пупком і трохи лівіше;
- в ранньому післяпологовому періоді пульсація аорти може бути легко визначена через передню черевну стінку;
- другою рукою пальпують пульс на стегновій артерії для оцінки ефективності компресії;
- якщо пульс визначається, то тиск кулаком оцінюють як недостатній і навпаки.

Бімануальна компресія матки. Введіть одну руку у піхву і притисніть її до тіла матки. Іншу руку внутрішньою стороною долоні покладіть на живіт на дно матки і притисніть матку до лона. Така бімануальна компресія запобігає продовженню післяпологової кровотечі за рахунок підвищення тонуусу матки і дає можливість значно зменшити крововтрату. Окрім того, вона дозволяє видалити сгортки крові з порожнини матки та встановити наявність ознак вивороту матки, прийняти рішення щодо необхідності ручної ревізії порожнини матки.

Хірургічний гемостаз

Згідно сучасної концепції боротьби з післяпологовими кровотечами та рекомендацій ВООЗ, впровадження іноваційних технологій комплексного підходу до терапії післяпологових/інтраопераційних кровотеч пріоритетним має бути виконання

органозберігаючих методів хірургічного гемостазу, особливо в разі виникнення атонічної кровотечі.

Методи хірургічного гемостазу

На сьогодні виділяють декілька методів хірургічного гемостазу щодо спинення масивної акушерської кровотечі (МАК) з виконанням поетапної часткової деваскуляризації матки, що мають чіткі показання. Необхідно відмітити, що видалення матки з метою зупинення кровотечі виконують тільки в разі неефективності застосування попередніх органозберігаючих методів та продовження кровотечі або в разі діагностування істинного прирощення плаценти. В цілому розрізняють наступні методи хірургічного гемостазу МАК:

- I. Двостороннє перев'язування маткових судин.
- II. Двостороннє перев'язування яєчникових судин.
- III. Накладання компресійних швів на матку.
- IV. Білатеральне перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій.
- V. Радикальні операції (субтотальна або тотальна гістеректомія).

Показання до проведення гістеректомії

За даними ВООЗ показник гістеректомії при післяпологових кровотечах в середньому становить 1 випадок на 1000 пологів.

1. Патологія плацентації (, increta, percreta). Ця патологія зустрічається у жінок після попереднього розродження шляхом кесарева розтину, абортів, запальних процесів ендометрію. На сьогодні, це основне показання для радикальної операції.

2. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти з міжм'язовими крововиливами і просякненням кров'ю міометрію та розвитком матки Кувелера (Couvelaire).

3. Атонія матки не чутлива до утеротонічних препаратів, компресійних швів, перев'язування магістральних судин матки (маткових, яєчникових).

4. Розрив матки з відривом судин матки та масивною кровотечею.

Надпихову ампутацію матки (субтотальну гістеректомію) виконують тільки в разі істинного прирощення плаценти без значної крововтрати та ДВЗ-синдрому. (Виключення становить передлежання плаценти: можливе прирощення плаценти до шийки матки з розвитком у післяопераційному періоді значної кровотечі з культі шийки матки).

В усіх інших випадках розвитку МАК стійких до консервативних та хірургічних органозберігаючих методів спинення кровотечі необхідно виконувати екстирпацію матки (тотальну гістеректомію) без додатків. В разі неможливості негайно виконати гістеректомію (нестабільний стан пацієнтки, недостатня кваліфікація персоналу), після виконання лапаротомії для тимчасової зупинки кровотечі може застосовуватись тимчасове накладання катетера на матку.

В екстрених випадках, при масивних акушерських кровотечах та геморагічному шоці, неефективності консервативного лікування та органозберігаючих методів хірургічного гемостазу - рішення щодо видалення репродуктивного органу (гістеректомія) приймає чергова бригада спеціалістів – не менше 3-ох (акушери-гінекологи, анестезіолог) за узгодженням питання з відповідальним черговим адміністратором родопомічного закладу (по телефону), які керуються положеннями даного протоколу.

Перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій (ПВКА)

Показання:

- Після гістеректомії – коли крововтрата продовжується.
- В комплексній терапії коагулопатичної кровотечі.

- Кровотеча з під листків широкої зв'язки матки, стінки тазу, параметральної клітковини.
- Дифузна кровотеча з ділянки без чіткого визначення джерела кровотечі та ложа судини.
- Розрив матки з відривом маткової артерії.
- Глибокі розриви ш. матки та склепінь піхви з технічними труднощами їх ушивання.

Кровотеча після екстирпації матки

Найбільш частою причиною кровотечі після проведеної гістеректомії є коагулопатичні порушення або недостатній гемостаз після попередньої операції. Це може бути під час проведення екстирпації матки або в ранньому післяопераційному періоді, що призводить до необхідності виконання релапаротомії. В багатьох випадках необхідність релапаротомії викликана певними ятрогенними причинами, які пов'язані з неповним об'ємом хірургічного гемостазу, технічними недоліками виконання операції. Під час релапаротомії потрібно забезпечити місцевий гемостаз, виконати тугу тампонаду малого тазу та піхви з подальшою корекцією коагулопатичних порушень шляхом проведення ПТТ та введенням відповідних препаратів. За показаннями, в разі можливості, виконується перев'язування внутрішніх клубових артерій.

VII. Матеріали активізації студентів під час викладання лекції

Питання

1. Дайте визначення поняття патологічної кровотечі.
2. Які фактори ризику післяпологової кровотечі?
3. Які причини кровотеч в III періоді пологів?
4. Які причини, види патологічного прикріплення плаценти?
5. Яка клініка патологічного прикріплення плаценти?
6. Які причини, клініка затримки в матці частин плаценти?
7. Які причини, клініка защемлення плаценти?
8. Які лікувальні заходи щодо боротьби з кровотечею в III періоді пологів?
9. Яке визначення поняття "рання і пізня післяпологова кровотеча"?
10. Яка класифікація ранніх післяпологових кровотеч?
11. Які причини і патогенез гіпотонічних маткових кровотеч?
12. Яка клініка гіпотонічних і атонічних маткових кровотеч?
13. Які методи визначення величини крововтрати?
14. Який обсяг та послідовність терапевтичних заходів при гіпотонічних маткових кровотечах?
15. В чому полягає кроковий підхід до зупинки гіпотонічної маткової кровотечі?
16. Які лікарські засоби застосовуються для зупинки маткових кровотеч в післяпологовому періоді,?
17. Які показання до хірургічного лікування та обсяг оперативного втручання при гіпотонічній кровотечі в післяпологовому періоді.?
18. Які причини, діагностика, лікування пізніх післяпологових кровотеч?
19. Які основні заходи профілактики виникнення післяпологових кровотеч?

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

1. Поставити правильно діагноз при кровотечі в III і післяпологовому періодах.
2. Оцінити об'єм крововтрати.
3. Показати на фантомі методи зупинки кровотечі в III періоді пологів.

4. Показати на фантомі техніку ручного видалення плаценти і обстеження порожнини матки.
5. Встановити попередній діагноз при кровотечах у ранньому післяпологовому періоді. Скласти план обстеження при кровотечах у ранньому післяпологовому періодах.
6. Провести клініко-лабораторну діагностику при кровотечах у ранньому післяпологовому періоді.
7. Аналізувати результати загально-клінічних, інструментальних та апаратних методів дослідження при даній патології.
8. Надати невідкладну допомогу вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонар.
9. Скласти план лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах у ранньому післяпологовому періоді.
10. Оцінювати фактори ризику акушерських кровотеч.
11. Проводити діагностику акушерських кровотеч.
12. Визначати обсяг крововтрати.
13. Розробляти оптимальний план динамічного спостереження вагітних із групи ризику по акушерським кровотечам.

Тестові завдання

1. Протягом 30 хвилин після народження плоду стан роділлі добрий: матка щільна, куляста, дно її на рівні пупка, кровотечі немає. Затискач, накладений на відтинок пуповини, знаходиться на попередньому рівні, при глибокому вдиху та при натискуванні ребром долоні над симфізом пуповина втягується в піхву. Кров'янистих виділень зі статевих шляхів немає. Якою буде подальша тактика лікаря?
 - A. Внутрішньовенно ввести окситоцин
 - B. Застосувати спосіб Абуладзе
 - C. Застосувати спосіб Креде-Лазаревича
 - D. Провести кюретаж порожнини матки
 - E. **Провести ручне відокремлення плаценти.**
2. При огляді плаценти, яка щойно народилася, встановлено наявність дефекту розміром 2х3 см. Кровотечі немає. Яка тактика найбільш виправдана?
 - A. **Ручна ревізія порожнини матки**
 - B. Призначення утеротонічних препаратів
 - C. Зовнішній масаж матки
 - D. Нагляд за породіллею
 - E. Інструментальна ревізія порожнини матки.
3. Роділля Н., з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом народила доношену дівчинку, масою 3100 гр. Ознаки відшарування посліду і кров'янисті виділення із статевих шляхів відсутні. Матка помірної щільності. Пройшло 30 хв. Про яку патологію можна думати?
 - A. **Справжнє прирощення плаценти.**
 - B. Передлежання плаценти.
 - C. Защемлення плаценти.
 - D. Гіпотонія матки.
 - E. Розрив матки.
4. Роділля Н., загальний стан задовільний. Народила доношену дівчинку, масою 3100гр. Ознаки відокремлення плаценти відсутні, кров'янисті виділення із статевих шляхів 150 мл. Матка помірної щільності. Яка патологія прикріплення плаценти імовірна?.

A. Часткове щільне прикріплення плаценти.

B. Повне щільне прикріплення плаценти.

C. Гіпертонус матки.

D. Передлежання плаценти.

E. Розрив матки.

5. У роділлі віком 25 років у III періоді пологів самостійно відокремився та виділився послід із ділянкою дефекту плацентарної тканини. Гемодинаміка породіллі стабільна. З пологових шляхів помірна кровотеча. При огляді пологових шляхів ушкоджень не виявлено. Тактика лікаря?

A. Ручна ревізія матки з наступним введенням утеротоніків.

B. Внутрішньовенне введення утеротоніків.

C. Введення в задній звід піхви тампона з ефіром.

D. Накладення клем на параметрій.

E. Гемотранфузія.

6. У породіллі 24 років, після народження посліду продовжується кровотеча з каналу шийки матки. При огляді родових шляхів травм шийки матки, слизової піхви не виявлено. При огляді плаценти на плодовій оболонці виявлена обірвана судина. Про яку патологію можна подумати?

A. Затримка в порожнині матки додаткової дольки плаценти.

B. Затримка плідних оболонок в порожнині матки.

C. Розрив судини пуповини.

D. Коагулопатична кровотеча.

E. Гіпотонічна кровотеча.

7. Після закінчення нормальних пологів породіллю залишають в пологовій залі на 2 години під активним наглядом медичного персоналу. З метою профілактики якого ускладнення проводять контроль за станом породіллі?

A. Кровотечі в післяпологовому періоді

B. Підвищення АТ

C. Гіпертермії

D. Нападу судом

E. Психоемоційного збудження.

8. Пологи завершилися народженням живого доношеного хлопчика масою 4500 г. Через 10 хвилин після народження дитини почалась маткова кровотеча. Плацента відокремлена і видалена рукою, проведений масаж матки, внутрішньовенно введено розчин окситоцину. Через 10 хвилин кровотеча відновилася. Консервативні методи підвищення скорочувальної діяльності матки не дали ефекту. Крововтрата за 40 хвилин боротьби з кровотечею склала понад 1200 мл. Яка подальша тактика?

A. Хірургічна зупинка кровотечі

B. Повторне введення розчину окситоцину

C. Вишкрібання матки

D. Зовнішній масаж матки

E. Накладання швів на шийку матки

9. У породіллі масивна кровотеча після народження двійні через природні пологові шляхи. Дитяче місце та пологові шляхи цілі. Дно матки вище пупка, матка при пальпації м'яка, не реагує на введення скоротливих матку засобів. Яка найбільш імовірна причина кровотечі?

A. Розрив матки

B. Пошкодження шийки матки

С. Атонія матки

- D. Затримка частки плаценти
- E. Гіпотонія матки

10. У породіллі 22 років вагою 80 кг через 10 хвилин після народження плода вагою 4100 г та довжиною 53 см самостійно виділився послід та 100 мл крові. Матка скоротилась, через 10 хвилин кровотеча з'явилася знову, крововтрата сягнула 300 мл. Яка крововтрата вважається припустимою у даної породіллі?

- A. 1000 мл
- B. 400 мл**
- C. 500 мл
- D. 650 мл
- E. 300 мл

11. У роділлі в ранньому післяпологовому періоді виникла кровотеча. Крововтрата 1500 мл (1,8 %). Стан важкий, свідомість сплутана, ступор, t тіла - 35,7°C, шкіра бліда, периферичний ціаноз. Ps 130–140/хв, АТ 70/40 мм рт.ст., ЦВТ 20 мм вод.ст., ЧД 40/хв, погодинний діурез 15–20 мл/год, Нt 0,25, шоківий індекс 1,4, Нв 70 г/л. Якою буде тактика лікаря?

- A. Холод на низ живота
- B. Ручне обстеження порожнини матки і масаж на кулаці
- C. Накладання клем на параметрій, клемування шийки матки
- D. Введення тампона з ефіром в заднє склепіння
- E. Лапаротомія. Екстирпація матки без придатків. Інфузійна терапія**

12. У породіллі К., через 3 години після перших нормальних пологів з статевих шляхів відбулося виділення до 150 мл крові зі згустками. Матка тістуватої консистенції. Під час зовнішнього масажу матки відбулося виділення ще 200 мл крові. Ваш діагноз?

- A. Рання післяпологова кровотеча**
- B. Розрив шийки матки
- C. Дефект дольки плаценти
- D. Рання післяпологова кровотеча
- E. Нормальне скорочення матки

13. 25-ти річна першовагітна жінка в 42 тижні гестації народила 4-х кг. дитину після індукції пологів окситоцином. Перший і другий періоди пологів тривали 14 і 3 години (згідно партограми). Було зроблено перінеотомію, плацента при огляді – ціла. Через 10 хв. після пологів – розпочалась кровотеча зі статевих шляхів, дно матки – м'яке та податливе, протягом 5 хв - крововтрата 500 мл. Яка найбільш можлива причина кровотечі?

- A. Гіпотонія матки**
- B. Розрив шийки матки
- C. Виворіт матки
- D. Додаткова долька плаценти
- E. ДВЗ-синдром.

Ситуаційні задачі.

Задача 1.

Роділля Д., пологи другі термінові. Загальний стан задовільний. Народився хлопчик без асфіксії, масою 3200 гр. Ознаки відшарування плаценти відсутні, кровотеча досягла 300 мл. Діагноз? Які дії лікаря?

Задача 2.

Повторно вагітна 25 років. У третьому періоді родів з'явилася кровотеча без ознак відділення плаценти. При ручному відділенні плаценти встановлено наявність плаценти, що вросла в міометрій. Діагноз? Тактика лікаря?

Задача 3.

У вагітної 30 років, відбулися треті пологи в строк. Народився хлопчик вагою 4200 г. Після виділення посліду почалась кровотеча. Послід при огляді цілий. Розрив промежини 1 ст. – зашитий. Матка при пальпації м'яка, при зовнішньому масажі скоротилася, кровотеча зупинилася. Через 5 хвилин кровотеча поновилася. Яке ускладнення виникло після пологів?

Задача 4.

Пологи завершилися народженням дитини масою 4300 г, зростом 52 см. Активно видалений послід, цілий. Через 10 хвилин почалась маткова кровотеча. Проведений масаж матки внутрішньовенно введено розчин окситоцину. Через 10 хвилин кровотеча повторилася. Консервативні методи підвищення скоротливої діяльності матки не дали ефекту. Крововтрата за 40 хвилин боротьби з кровотечею склала 1200 мл. Діагноз? Що робити?

Правильні відповіді:

1. Вагітність друга, пологи другі. Вчасні. III період пологів. Часткове щільне прикріплення чи прирощення плаценти. Кровотеча.

Тактика: Ручне відокремлення плаценти і обстеження порожнини матки.

2. Вагітність II, 40 тижнів. Пологи II, вчасні. Третій період пологів. Справжнє прирощення плаценти. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Першороділля старшого віку.

Тактика: Лапаротомія, надпівхова ампутація матки.

3. Вагітність третя, пологи треті, вчасні. Великий плід. Ранній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча.

Тактика: Консервативні методи зупинки кровотечі.

4. Вагітність I, 40 тижнів. Пологи I, вчасні. Великий плід. Ранній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча.

Тактика: Лапаротомія. Хірургічні методи гемостазу.

VIII. Матеріали для самопідготовки

А. По темі викладеної лекції «Кровотечі під час пологів, у ранньому та пізньому післяпологовому періодах.»

1. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
2. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. М.:МИА, 2007.
3. Практическое акушерство с неотложными состояниями. Руководство для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва, 2010.
4. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
5. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О. Масивні акушерські кровотечі / Під ред. В.В. Камінського. — Київ: Тріумф, 2010. —232 с.
6. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
7. Наказ МОЗ України про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги № 205 від 24.03. 2014 «Акушерські кровотечі».

8. Наказ МОЗ України від 03.11.02008 № 624 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»,наказу МОЗ від 31.12.2004 року, № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

Б. По темі наступної лекції «Геморагічний шок в акушерстві і гінекології»

Питання

1. Яке визначення поняття «геморагічний шок»?
2. Які фактори ризику розвитку геморагічного шоку?
3. Який патогенез геморагічного шоку?
4. Яка класифікація геморагічного шоку?
5. Яка клініка геморагічного шоку?
6. Які методи діагностики геморагічного шоку?
7. Які критерії ступеня важкості геморагічного шоку?
8. Які основні принципи лікування геморагічного шоку?
9. Які першочергові дії при лікуванні геморагічного шоку?
10. Які подальші дії при лікуванні геморагічного шоку?
11. Які методи інфузійно-трансфузійної терапії геморагічного шоку при акушерських кровотечах

Рекомендована література по темі наступної лекції

1. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
2. Артамонов В.С. та співавт. Профілактика та інтенсивна терапія масивних маткових кровотеч в акушерстві / Методичні рекомендації. – К.: 2000. – 32 с.
3. Голяновский О. Органосохраняющие методики при массивных акушерских кровотечениях // З турботою про жінку. – 2008. – № 5. – С. 19-21.
4. . Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. М.:МИА, 2007.
5. Практическое акушерство с неотложными состояниями. Руководство для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва,2010.
6. 9. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.-М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
7. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О. Масивні акушерські кровотечі / Під ред. В.В. Камінського. — Київ: Тріумф, 2010. —232 с.
8. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
9. Наказ МОЗ України про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги № 205 від 24.03. 2014 «Акушерські кровотечі».

Методичну розробку лекції підготувала доцент кафедри акушерства і

гінекології № 2. Ляховська Т.Ю.

10.10.2014

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 4 від 05 листопада 2014 року

Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені
”_____” _____201__р.