

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ
ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Кровотечі в III та ранньому післяпологовому періодах (код курсу 6.1.2.)
Курс	Передатестаційний цикл
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

ПОЛТАВА

I. Мета заняття

Маткові кровотечі займають одне з провідних місць серед причин материнської смертності. Щорічно в усьому світі післяпологова кровотеча (ПК) розвивається у 14 мільйонів жінок. Щорічно від ПК вмирає 125 000 пацієнток.

II. Об'єм повторної інформації

1. Фізіологія вагітності та пологів.
2. Васкуляризація матки.
3. Фізіологія кровообігу.
4. Основні фази зсідання крові.
5. Визначення групової та індивідуальної сумісності крові.
6. Клініка та ведення пологів (особливості III та раннього післяпологового періодів).
7. Показники гомеостазу.
8. Механізм регуляції гемодинаміки.
9. Основні правила трансфузіології при масивних кровотечах.

III. Об'єм нової інформації

- 1) Причини кровотеч;
- 2) Класифікація, клініка, діагностика акушерських кровотеч в III та післяпологовому періодах;
- 3) Методи зупинки кровотеч;
- 4) Основні принципи лікування акушерських кровотеч.
- 5) Оцінка об'єму крововтрати;
- 6) Методи зупинки гіпотонічної кровотечі;
- 7) План відновлення ОЦК.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування курсантів згідно теми по учбовим питанням.	45
3.	Опанування практичних навичок.	90
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
5.	Оцінка знань і навичок курсантів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.
3. Відділення анестезіології та інтенсивної терапії
4. Акушерський блок

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від 24.03.14 № 205 «Акушерські кровотечі»

3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.

VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Виявити причину розвитку кровотечі (за даними історії пологів).		+	
2.	Опанувати методи зупинки кровотечі		+	
3.	Оцінити об'єм крововтрати (за даними історії пологів).		+	
4.	Визначити принципи лікування акушерських кровотеч (за даними історії пологів).		+	
5.	Скласти план відновлення ОЦК (за даними історії пологів)		+	
6.	Оцінити коагулограму		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Які механізми відділення і виділення плаценти у III періоді пологів та фактори, які сприяють гемостазу?
2. Назвіть причини, які викликають відділення плаценти від стінок матки та виникнення кровотечі в III періоді пологів.
3. Опишіть клінічну картину порушення процесу відокремлення плаценти.
4. Яка тактика лікаря в III періоді пологів при наявності ознак відділення плаценти та крововтраті до 0,5% від маси тіла та більше.
5. Яка тактика лікаря при крововтраті до 0,5% від маси тіла та більше у III періоді за відсутності ознак відділення плаценти?
6. Яка техніка ручного відділення плаценти?
7. Назвіть причини, які призводять до гіпотонії матки та маткових кровотеч.
8. Назвіть лікувальні заходи щодо боротьби з гіпотонічною матковою кровотечею.
9. Опишіть патогенез гіпотонічних маткових кровотеч.
10. Визначіть обсяг та послідовність терапевтичних заходів при гіпотонічних маткових кровотечах.
11. Перелічіть лікарські засоби, які застосовуються для зупинки маткових кровотеч в післяпологовому періоді, випишіть рецепти на них.
12. Визначте показання до хірургічного лікування та обсяг оперативного втручання при гіпотонічній кровотечі в післяпологовому періоді.
13. Перелічіть основні заходи профілактики виникнення післяпологових кровотеч.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Оцінювати фактори ризику передчасного переривання вагітності при збиранні анамнезу у вагітних.
2. Скласти й обґрунтувати план індивідуального ведення вагітності для кожної вагітної з факторами ризику передчасного переривання.
3. Діагностувати стадії мимовільного абортів (при відсутності тематичних вагітних за даними історії хвороби).
4. Призначити лікування при загрозливому аборті.
5. Призначити лікування при різних клінічних формах абортів (за даними історії хвороби).
6. Призначити клініко-лабораторне та додаткове обстеження при звичному невиношуванні вагітності.
7. Оцінити результати клініко-лабораторного та додаткового обстеження при звичному невиношуванні вагітності.
8. Скласти план надання необхідної невідкладної допомоги при матковій кровотечі у вагітної з самовільним абортів (за даними історії хвороби).
9. Виписати рецепти на ліки, що застосовують при лікуванні різних клінічних форм абортів. Зібрати анамнез у вагітної, роділлі, оцінити фактори ризику післяпологових кровотеч.
10. Поставити діагноз при кровотечі в III і післяпологовому періодах (на підставі даних історії пологів).
11. Оцінити об'єм крововтрати (при демонстрації пологів або на підставі даних історії пологів).
12. Показати на фантомі методи зупинки кровотечі в III періоді пологів.
13. Показати на фантомі методи зупинки гіпотонічної кровотечі.
14. Скласти план відновлення ОЦК (на підставі даних історії пологів).
15. Виписати рецепти на лікарські препарати, що застосовують при акушерських кровотечах.

Тестові завдання

1. У пологове відділення поступила роділля, 28 років, з приводу кровотечі зі статевих шляхів, яке виникло з початком пологової діяльності 2 години тому. До моменту поступлення крововтрата склала 100 мл. Вагітність доношена. АТ -120/80 мм рт.ст. Вагінальне дослідження: шийка матки згладжена, відкриття -6см. Спереду і зліва визначається м'яка губчаста тканина, плодовий міхур цілий. Передлежить голівка, рухома над входом в малий таз. Після дослідження кровотеча посилилась. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти В. Неповне передлежання плаценти*
- С. Розрив краєвого синусу.
- Д. Розрив варикозно-розширеного вузла піхви.
- Е. Повне передлежання плаценти.

2. У породіллі через 1 годину після пологів крупним плодом з'явилися рясні кров'яні виділення з піхви із згортками крові. Шкіра та видимі слизові бліді. Пульс 100 уд/хв., ритмічний, АТ

90/60 мм рт. ст. Дно матки на середині відстані між пупком і мечовидним відростком. Матка м'яка. При зовнішньому масажі - з матки виділилась кров із згортками. Крововтрата склала 700 мл.

Який діагноз?

- А. Ранній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча*
- В. Пізній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча
- С. Гіпотонія матки. ДВЗ-синдром.
- Д. Глибокі розриви піхви, кровотеча
- Е. Неповний розрив матки, кровотеча

Ситуаційні задачі :

1. Вагітна 26 років. Вагітність I, 12 тижнів. Скарги на тягнучий біль в нижніх відділах живота. При вагінальному обстеженні: зовнішнє вічко шийки матки закрито, тіло матки збільшене до 12 тижнів, тонус матки підвищений, виділення слизові.

Який ймовірний діагноз? Яка тактика ведення?

Загрозливий аборт в термін 12 тижнів вагітності. Показані заходи на збереження і підтримку розвитку вагітності.

2. В акушерський стаціонар надійшла жінка 24 років в терміні вагітності 18 тижнів з переймоподібними болями внизу живота, кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів. При обстеженні: шийка матки вкорочена, пропускає 3 пальці, плідний міхур відсутній, палькується голівка плода, кров'яні виділення помірні.

Який ймовірний діагноз? Яка тактика ведення?

Пізній мимовільний аборт в ході в термін 18 тижнів вагітності. Після спонтанного вигнання плоду і плаценти показані кюретаж стінок порожнини матки та заходи для стабілізації гемодинаміки.

3. У роділлі К. I пологи. В анамнезі перенесений метроендометрит після штучного аборту. Після народження дитини ознак відділення плаценти не було протягом 30 хвилин. Зроблено спробу ручного відділення плаценти: відшарувати її не вдалося. Після маніпуляції розпочалася кровотеча із статевих шляхів (400 мл). Стан жінки задовільний, Рз 96 уд./хв., задовільного наповнення, АТ 100/60 мм рт ст.

Який ймовірний діагноз? Яка найбільш правильна тактика лікаря?

Природження плаценти (повне?). Лапаротомія, надпідхвова ампутація матки.

4. У роділлі К. I пологи. В анамнезі перенесений метроендометрит після штучного аборту. Після народження дитини ознак відділення плаценти не було протягом 30 хвилин. Зроблено спробу ручного відділення плаценти: відшарувати її не вдалося. Після маніпуляції розпочалася кровотеча із статевих шляхів (400 мл). Стан жінки задовільний, Рз 96 уд./хв., задовільного наповнення, АТ 100/60 мм рт ст.

Який ймовірний діагноз? Яка найбільш правильна тактика лікаря?

Природження плаценти (повне?). Лапаротомія, надпідхвова ампутація матки.

5. Вагітна В., 18 років поступила у пологовий будинок зі скаргами на слабкість та значні кров'яні виділення зі статевих шляхів, постійні болі внизу живота.

Вагітність I, 38 тижнів; лікувалась у відділенні патології вагітних з приводу прееклампсії середнього ступеня важкості. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, кінцівки холодні, акроціаноз. Тахікардія до 120 уд./хв. пульс ниткоподібний, задишка, АТ - 80/40 мм. рт. ст. Шоковий індекс - 1,5. Живіт овальної форми, болючий при пальпації у ділянці дна матки ліворуч, де визначаються невеликі випинання. Плід у поздовжньому положенні, голівка притиснута до входу в малий таз, серцебиття плода - 120-110/хв. У піхві згортки крові, шийка матки скорочена, пропускає 1 палець, плодовий міхур цілий. Приблизна крововтрата - близько 1000 мл.

Діагноз? Тактика лікаря.

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

Патологічною кровотечею може вважатися втрата крові більше 0,5 % від маси тіла чи більше 500 мл. Обсяг кровотечі оцінюється не тільки на основі кількості втраченої крові, але й з урахуванням індивідуальних фізіологічних реакцій жінки (неадекватне збільшення об'єму крові при прееклампсії, важкість компенсації крововтрати при тяжкій анемії тощо).

Фактори ризику виникнення післяпологових кровотеч:

- обтяжений акушерський анамнез (кровотечі при попередніх пологах, аборти, самовільні викидні);
- гіпертензивні розлади та прееклампсія;
- великий плід;
- багатоводдя;
- багатоплідна вагітність;
- лейоміома матки;
- рубець на матці;
- хронічний ДВЗ-синдром;
- тромбоцитопатії;
- антенатальна загибель плода.

КРОВОТЕЧІ У ПОСЛІДОВОМУ ПЕРІОДІ ПОЛОГІВ.

Класифікація 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 adhaerens*) - виникає внаслідок атрофії губчатого шару децидуальної оболонки, і зустрічається в середньому в 0,9% випадків.

– *прирощення плаценти (placenta accrete)* - 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 increta* – ворсини врастають у м'язовий шар матки;

– *placenta percreta* – 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 площиною.

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.); ручне відокремлення плаценти та виділення 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).

КРОВОТЕЧІ В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ.

За класичним визначенням ранньою (первинною) післяпологовою кровотечею є крововтрата в перші 24 год. після пологів. Кровотеча, що виникає після 24 год. та до 6 тижнів є пізньою (вторинною). Пізня післяпологова кровотеча найчастіше виникає на 7-12 дні після пологів.

РАННІ ПІСЛЯПОЛОГОВІ КРОВОТЕЧІ

Класифікація ранніх післяпологових кровотеч:

- гіпотонія та атонія (у 90% випадків) матки;
- затримка частин плаценти або оболонок;
- травми пологових шляхів (див. материнський травматизм);
- коагулопатична кровотеча (див. ДВЗ-синдром);
- розриви матки;
- емболія навколоплідними водами.

Гіпотонічні та атонічні кровотечі

Маткові кровотечі в перші години післяпологового періоду (ранні післяпологові кровотечі) найбільш часто пов'язані з порушенням скоротливої діяльності матки (гіпо- і атонічний стан).

Частота гіпотонічних кровотеч становить 3-4% від загальної кількості пологів, а в структурі усіх кровотеч в післяпологовому періоді – 90%.

Терміном «атонія» визначають стан матки, при якому міометрій повністю втрачає властивість скорочуватися. Гіпотонія матки характеризується зниженням тонусу і недостатньою здатністю матки до скорочення.

Причини гіпотонії і атонії матки.

- анатомічна та функціональна недостатність міометрію (пізній гестоз, ендокринопатії, соматичні захворювання, вади розвитку, пухлини матки, рубець на матці, крупний плід, багатоводдя, багатопліддя);
- перезбудження з наступним виснаженням функції міометрію (тривалі затяжні пологи, оперативне закінчення пологів, застосування ліків, що знижують тонус міометрію (спазмолітики, токолітики), гіпоксія під час пологів тощо);
- порушення скоротливої функції міометрію внаслідок порушення біохімічних процесів, кореляції нейрогуморальних факторів (естрогени, ацетилхолін, окситоцин, холінестераза, прогестерон, простагландини);
- порушення процесу прикріплення, відділення та виділення плаценти і посліду;
- ідіопатичні (не встановлені), ятрогенні.

Клінічна картина гіпотонічних та атонічних кровотеч.

Може спостерігатися 2 клінічні варіанти кровотеч.

Перший варіант: відразу після народження посліду матка втрачає здатність скорочуватися; вона атонічна, не реагує на механічні, температурні і медикаментозні подразники, кровотеча з перших хвилин носить характер профузного, швидко приводить породіллю у шоківий стан.

Другий варіант: матка періодично розслабляється; під дією засобів, що стимулюють мускулатуру, тонус і скорочувальна здатність її тимчасово відновлюються; потім матка знову стає дряблою; кровотеча хвилеподібна; періоди підсилення чергують з майже повною зупинкою; кров втрачається порціями по 100-200 мл. Організм породіллі компенсує таку крововтрату, якщо акушерська допомога надається вчасно і в достатньому обсязі. Якщо акушерська допомога запізнюється або проводиться безсистемно, відбувається виснаження компенсаторних можливостей організму. Матка перестає реагувати на збудники, приєднуються порушення гемостазу, кровотеча стає масивною, розвивається геморагічний шок. Другий варіант гіпотонічної кровотечі зустрічається значно частіше.

Лікування.

Надання допомоги при гіпотонічних кровотечах заключається в комплексі заходів, які проводять швидко, чітко, не витрачаючи часу на повторне застосування неефективних засобів та маніпуляцій. Доцільно проводити надання допомоги за наступною схемою:

1. Оцінка загального стану породіллі та величини крововтрати.
2. Термінове обстеження (рівень гемоглобіну, гематокрит, коагулограма, група та резус фактор, біохімічний аналіз крові).
3. Катетеризація периферичних (або і центральних) вен в залежності від стану жінки.
4. Випорожнення сечового міхура.
5. Введення утеротонічних засобів: в/в крапельно *окситоцин* 10-20 ОД на 400 мл фізіологічного розчину,
6. Ручне обстеження матки під внутрішньовенним наркозом (оцінка цілісності матки, особливо лівої стінки, видалення згортків крові, залишків плаценти та оболонок).
7. Огляд пологових шляхів та зашивання розривів.
8. З метою зменшення крововтрати рекомендована тимчасова бімануальна зовнішня або внутрішня компресія матки.
9. Зовнішній масаж матки (20-30 с через 1 хв.).

10. У разі продовження кровотечі – *мізопростол* 800 мкг ректально.
11. Відновлення ОЦК та крововтрати%.
12. При крововтраті 1,5% від маси тіла і тривалій кровотечі слід застосувати хірургічне втручання в обсязі екстирпації матки без придатків, а при необхідності - перев'язування внутрішніх клубових артерій.
13. При продовженні кровотечі після екстирпації матки – туга тампонада черевної порожнини та піхви (до зупинки кровотечі черевну порожнину не зашивати).

Кроковий підхід до лікування післяпологових кровотеч

Крок 1

Первинна оцінка та терапія

Реанімація	Оцінка причини	Лабораторні тести
<ul style="list-style-type: none"> • катетеризація вени • киснева маска • моніторинг АТ, Рs, ЧД, діурезу • сечовий катетер • насичення крові киснем 	<ul style="list-style-type: none"> • обстеження матки (тонус) • обстеження пологових шляхів (травма) • перегляд анамнезу (тромбін) • обстеження кров'яних згустків 	<ul style="list-style-type: none"> • група крові та резус фактор • коагулограма • загальний аналіз крові

Крок 2

Цілеспрямована терапія

<p>"Тонус"</p> <ul style="list-style-type: none"> • зовнішній масаж • скорочуючі препарати 	<p>"Тканина"</p> <ul style="list-style-type: none"> • ручне обстеження порожнини матки • кюретаж 	<p>"Травма"</p> <ul style="list-style-type: none"> • діагностика травматичних пошкоджень та їх відновлення 	<p>"Тромбін"</p> <ul style="list-style-type: none"> • відновлення ОЦК • антикоагуляція • відновлення факторів згортання крові
---	---	--	---

Крок 3

Масивна післяпологова кровотеча або некерована

<p>Надання допомоги: відділення інтенсивної терапії та реанімації</p>	<p>Місцеві заходи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ручна компресія • підготовка до оперативного лікування 	<ul style="list-style-type: none"> • АТ та згортання крові • відновлення ОЦК
---	--	--

Крок 4

Хірургічне лікування

Екстирпація матки

Крок 5

Кровотеча після екстирпації матки

Відновлення травматичних пошкоджень	Тампонада черевної порожнини	Перев'язка внутрішніх клубових артерій
-------------------------------------	------------------------------	--

Бімануальне здавлювання матки

1. Вести одну руку в піхву і зжати її в кулак.
2. розмістити його в передньому склепінні і притиснути на передню стінку матки
3. іншою рукою сильно притиснути живіт за маткою, здавлюючи задню стінку матки.
4. придавлювати до зупинки кровотечі

Здавлювання

Переваги

Матка порожня

Здавлювання місця кровотечі тіло

Ризику інфекції немає

Відсутність тромбопластинів

Без анестезії З анестезією

Недоліки

Неможна перевірити наявність залишків та розриву матки

Внутрішній масаж

Недоліки

Матка не порожня

Стимуляція скорочень матки, в якій знаходиться чужерідне

Ризик інфекції

Вивільнення тромбопластинів

Переваги

Можна перевірити наявність залишків та розриву матки

Здавлювання аорти

- точка здавлювання – відразу над пупком дещо ліворуч
- відразу після пологів добре відчувається пульсація аорти через передню черевну стінку
- вільною рукою пальпувати пульсацію стегнової артерії (перевірка адекватності здавлювання)
- придавлювати до зупинки кровотечі

Попередня деваскуляризація матки

1. Перев'язка маткової артерії

- відтягнути матку для одержання доступу до нижньої частини широкої зв'язки
- знайти пульсацію маткової артерії в області перешийка
- хромованим кетгуттом №0 і великою голкою пропустити нитку навколо артерій, захоплюючи 2-3 см міометрію на рівні, де передбачається розтин нижнього сегменту; туго затягнути
- шов розміщувати якнайближче до тіла матки (сечоводи лише на 1 см латеральніше від маткової артерії)

2. Перев'язка яєчникової гілки маткової артерії – дещо нижче місця прикріплення до матки підвішуючої зв'язки яєчника

3. Провести спостереження за кровотечею чи утворенням гематоми

Хірургічні компресійні шви. Шов Б-Лінча (1997)

Показання - гіпотонічна кровотеча при кесаревому розтині.

- в разі, коли при бімануальному здавлюванні є ефект

Умови накладення шва – низька поперечна гістеротомія

Техніка:

- змістивши сечовий міхур наперед, зробити перший стіжок на 3 см нижче нижнього краю розрізу і провести нитку через порожнину матки, отступивши близько 4 см від бокового краю матки. Вкол зробити на 3 см вище верхнього краю розрізу.
- Нитку провести по передній стінці матки на задню
- Слідуючий стіжок провести по задній стінці матки над матково-крижовими зв'язками в поперечному напрямку, прокалюючи усі шари.
- Нитку провести по задній стінці матки на передню
- Здійснити прокол верхнього краю розрізу і виколотися в нижньому краї
- Затягнути шов при здавлюванні матки асистентом.
- Ушити розріз на матці

ПІЗНЯ ПІСЛЯПОЛОГОВА КРОВОТЕЧА

Пізньою (вторинною) післяпологовою кровотечею називається кровотеча, що після 24 год. та до 6 тижнів після пологів .

Основні причини пізньої післяпологової кровотечі:

- затримка частин посліду в матці;
- відходження некротизованих після пологів;
- розходження швів на матці після розтину.

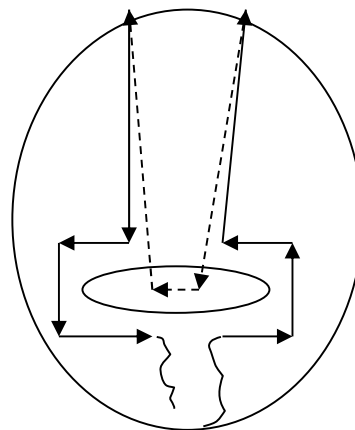
В перші дні і навіть тижні після пологів можуть бути обумовлені затримкою плаценти або оболонок в матці, яка не вчасно діагностована. Часточки посліду, затрималися в матці, перешкоджають нормальній інволюції матки, сприяють розвитку метроендометриту і інших форм післяпологової інфекційної патології.

Діагностика.

При кровотечі, що розпочалася діагноз ставлять на основі даних, отриманих при піхвовому дослідженні. Визначають прохідний для 1-2 пальців цервікальний канал, велику м'яку матку, розміри якої не відповідають дню післяпологового періоду. Іноді за внутрішнім вічком пальпується щільна бугриста тканина.

Акушерська тактика при пізніх післяпологових кровотечах.

- а) оцінка величини крововтрати та загального стану породіллі;
- б) катетеризація периферичних (або і центральних) вен;
- в) інструментальна ревізія порожнини матки під в/в наркозом (тканину, яку вилучають в обов'язковому порядку направляють на гістологічне дослідження);
- г) введення утеротонічних засобів –в/в крапельно *окситоцин* 10-20 ОД на 400 мл фізіологічного розчину;
- д) у разі продовження кровотечі – *мізопростол* 800 мкг ректально;
- е) інфузійна та антибактеріальна терапія.
- ж) при крововтраті вище 1,5% від маси тіла – лапаротомія і екстирпація матки, а при необхідності - перев'язування внутрішніх клубових артерій.



виникає

тканин

кесаревого

кровотечі

частин

була

що

Інфузійно-трансфузійна терапія акушерської крововтрати

Об'єм крововтрати			Загальний об'єм інфузії (у % до дефіциту ОЦК)	Інфузійно-трансфузійні засоби					
Дефіцит ОЦК у %	% маси тіла	Крововтрага в мл		Кристаліоди (фіз. розчин, роз. Рінгера, інші)	колоїди			Еритроцитарна маса	Тромбоконцентрат
					Рефортан, гелофузин, та ін.	натуральні			
						Свіжозаморожена плазма	Альбумін 10-20%		
10-20	1-1,5	500-1000	200-300 (до 2,5л)	10-15 мл/кг					
20-30	1,5-2	1000-1500	200 (до 3 л)	10 мл/кг	10 мл/кг	5-10 мл/кг		5мл/кг	
30-40	2-2,5	1500-2000	180 (до 4л)	7мл/кг	7мл/кг	10-15 мл/кг	200мл	10-20 мл/кг	
40-70	2,5-3,6	2500-3000	170 (до 5л)	7мл/кг	10-15 мл/кг	15-20 мл/кг	200мл	30 мл/кг	
понад 70	Понад 3,6	понад 3000	150 (понад 6л)	до 10мл/кг	до 20 мл/кг	понад 20 мл/кг	понад 200 мл	понад 30 мл/кг	4-10 од

Методи визначення величини крововтрати

1. Метод Лібова

Об'єм крововтрати визначається після зважування серветок, які просочені кров'ю

Об'єм крововтрати = $V/2 \times 15\%$ (при крововтраті менше 1000 мл)

або

Об'єм крововтрати = $V/2 \times 30\%$ (при крововтраті більше 1000 мл)

де V - вага серветок, 15% і 30% - величина помилки на навколоплідні води, дезрозчини.

2. Формула Нельсона

Процентне співвідношення загального об'єму крововтрати розраховується наступним чином:

$$0,036 \times \text{вихідний об'єм крові} / \text{маса тіла} \times \text{гематокрит}$$

$$\text{Вихідний об'єм крові (мл/кг)} = 24/0,86 \times \text{вихідний гематокрит} \times 100$$

3. Визначення крововтрати за щільністю крові і гематокриту:

Щільність крові, кг/мл	Гематокрит	Об'єм крововтрати, мл
1057-1054	44-40	До 500
1053-1050	38-32	1000
1049-1044	30-22	1500
Менше 1044	Менше 22	Більше 1500

4. Шоковий індекс Альговера

$$\text{Шоковий індекс} = \text{ЧСС} / \text{АТс}$$

де ЧСС- частота серцевих скорочень; АТс - систолічний артеріальний тиск

У нормі індекс Альговера =1.

За значеннями індексу можна зробити висновки про величину крововтрати

Індекс Альговера	Об'єм крововтрати (у % від ОЦК)
0,8 та менше	10%
0,9-1,2	20%
1,3-1,4	30%
1,5 та більше	40%

Примітка: індекс Альговера не інформативний у хворих з гіперіонічною хворобою.

5. Гематокритний метод Мооге

$$KB = \text{ОЦК (н)} \times (\text{ГТ (н)} - \text{ГТ (ф)}) / \text{ГТ (н)}$$

де KB- крововтрата; ОЦК (н) - нормальний ОЦК; ГТ (н) - гематокрит у нормі (у жінок -42); ГТ (ф) - гематокрит фактичний, визначений після зупинки кровотечі та стабілізації гемодинаміки.

6. Для орієнтовного визначення об'єму крововтрати у вагітних можливо використання модифікованої формули Мооге:

$$KB = (0,42 - \text{ГТ (ф)}) / M \times 75 \times 0,42$$

де: KB - крововтрата (мл); M - маса тіла вагітної (кг); ГТ (ф) - фактичний гематокрит хворої (л/л).

ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯПОЛОГОВИХ КРОВОТЕЧ

а) під час вагітності:

- оцінка факторів ризику виникнення кровотечі;

-

Фактори, які сприяють виникненню кровотеч у післяпологовому періоді

Попередні вагітності	Фактори, що виникають під час вагітності	Фактори, що з'являються під час пологів
Первороділлі	Повне передлежання плаценти	Родозбудження
Більше 5 пологів в анамнезі	Відшарування плаценти	Тривалі або утруднені пологи
Патологія відокремлення або виділення плаценти	Багатоводдя	Стрімкі пологи

Операції на матці в анамнезі, включаючи кесарів розтин	Багатоплідна вагітність	Ургентний кесарів розтин
Тривалі або утруднені пологи в анамнезі	Внутрішньоутробна загибель плода	Розродження за допомогою акушерських щипців
Фонові захворювання - серцево-судинні, цукровий діабет, порушення згортання крові	Важка прееклампсія, еклампсія	Хоріоаміоніт
Анемія	Гепатит	ДВЗ-синдром
Міома матки	Стани, що пов'язані з анемією	Загальна або епідуральна анестезія

- діагностика та лікування анемії;
- госпіталізація у пологовий будинок з готовністю надання допомоги вагітним з груп ризику по виникненню кровотечі, які мали: дородову кровотечу, кровотечі при попередніх пологах, мають багатоводдя, багатоплідну вагітність та крупний плід;

б) під час пологів:

- знеболення пологів;
- уникнення тривалих пологів;
- активне ведення III періоду пологів;
- використання утеротоніків у III періоді пологів;
- рутинний огляд та оцінка цілісності плаценти та оболонок;
- профілактика травматизму під час пологів;

в) після пологів:

- обстеження та огляд пологових шляхів;
- уважний нагляд протягом 2 год. після пологів;
- у вагітних груп ризику в/в крапельне введення 20 ОД окситоцину протягом 2 год. після пологів.

IX. Основна література для опрацювання

1. Активное ведение третьего периода родов / Краткое руководство, разработанное группой международных экспертов под эгидой USAID. – Киев, 2007. – 12 с.
2. Чернуха Е.А. Нормальный и патологический послеродовой период. – М.: Гэотар-Медиа, 2006. – 272 с.
3. Практическое акушерство с неотложными состояниями. Руководство для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва, 2010.
4. Голяновский О. Органосохраняющие методики при массивных акушерских кровотечениях // 3 турботою про жінку. – 2008. – № 5. – С. 19-21.
5. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О. Масивні акушерські кровотечі / Під ред. В.В. Камінського. – Київ: Тріумф, 2010. – 232 с.
6. Гайструк А.Н., Гайструк Н.А., Мороз О.В. Неотложные состояния в акушерстве / Под ред. А.Н. Гайструка. – Винница, 2006. – 528 с.
7. Чепкий Л.П. та ін. Анестезіологія та інтенсивна терапія. – К.: Вища школа, 2003. – 399 с.
8. Наказ МОЗ України про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги № 205 від 24.03. 2014 «Акушерські кровотечі», 81 сторінка.
9. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

10. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей. - М.: Медицинское информационное агентство, 2014. - 497 с.

Методичну розробку практичного заняття підготував д.мед.н професор кафедри акушерства і гінекології № 2 Лихачов В.К.

20.10.2016

Прорецензував професор В.К.Лихачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__ р.