

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра «Перинатологии акушерства и
гинекологии лечебного факультета»
Зав. кафедрой: д.м.н. проф. Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ:

**Кровотечения в последовом и раннем послеродовом
периоде**

Выполнил: ординатор 1го года
Каплунов В.А.
Проверил: асс. Коновалов В.Н.



Красноярск 2017

Рецензия на реферат выполненный по теме: «Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде »

Ординатор 1го года обучения

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБУ ВО КрасГМУ им. Профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого.

ФИО: Каплунов Василий Александрович

Реферат выполнен на 10 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

В реферате полностью раскрыто содержание материала. Материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности. Продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала. Точно используется терминология.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

При написании реферата использовались современные источники литературы не старше 5 лет.

Реферат принят и оценен на (4) хорошо.

Руководитель клинической ординатуры: Коновалов В.Н



Содержание

1. Патогенез
2. Группы риска по развитию кровотечения
3. Причины кровотечения в последовом периоде
4. Тактика ведения последового периода
5. Профилактика кровотечений
6. Используемая литература

Нормальный последовый период продолжается 2 часа (в течение 2-х часов послед должен отделяться от стенок матки). Плацента в норме располагается по задней стенке матки с переходом на боковую (или дно). Отделение последа происходит в первые 2-3 схватки после рождения плода, хотя он может отделиться от стенок и во время рождения плода.

Чтобы отделилась плацента сократительная способность матки должна быть высока (то есть равна таковой в 1 периоде).

Плацента отделяется в связи с тем, что имеется несоответствие объема полости матки и плацентарной площадки. Отделение чаще всего происходит в первые 10-15 минут после рождения плода (в классическом акушерстве плацента может отделяться в течение 2 часов после родов).

Патогенез

1. Ретракция миометрия - самый главный фактор это сократительная способность матки.

2. Гемокоагуляционный фактор - процессы тромбообразования сосудов плацентарной площадки (они не касаются других систем органов). Обеспечивают процессы тромбообразования:

- плазменные факторы
- форменные элементы крови
- биологически активные вещества

Роды всегда сопровождаются кровопотерей так как имеется гематохориальный тип строения плаценты.

3. Тканевые факторы

4. Сосудистые факторы.

Проф. Сустапак считает что часть плаценты, околоплодные воды и др. элементы плодного яйца также участвуют в процессе тромбообразования.

Эти предположения верны , потому что нарушения при:

- антенатальной гибели плода (рождение мертвого плода) если плод рождается более чем через 10 дней после смерти то может развиваться ДВС. Поэтому при антенатальной гибели роды стремятся закончить как можно быстро.

- Эмболия околоплодными водами (летальность 80%) также приводит к ДВС.

Нарушения в любом звене гемостаза может привести к кровотечению в последовом и раннем послеродовом периоде.

Нормальная кровопотеря составляет не более 400 мл, все что выше это патология (не более 0.5% от массы тела).

Отделение плаценты происходит с центра (образование ретроплацентарной гематомы) или с края, отсюда и клиническое различие в течение периода:

- если плацента отделяется с центра, кровь будет в оболочках и кровянистых выделениях до рождения последа не будет.

- Если отделяется с краю то при появлении признаков отделения плаценты появляется кровяные выделения.

Группы риска по развитию кровотечения

I. Если исходить из того что мышечная ретракция -основной механизм гемостаза то можно выделить 3 группы риска:

1. нарушение сократительной способности матки до начала родов:

- аномалии развития матки
- опухоли матки (фибромиома)
- если были воспалительные заболевания матки (эндометрит, метроэндометрит).

• Дистрофические нарушения.

2. Женщины у которых имеет место перерастяжение миометрия:

- крупный плод
- многоводие
- многоплодие

3. Женщины которые имеют соматическую и эндокринную патологию.

II группа риска.

Женщины у которых сократительная способность матки нарушения в процессе родов.

1. Роды, осложненные аномалиями родовой деятельности (чрезмерная родовая деятельность, слабость родовой деятельности).

2. При чрезмерном применении спазмолитических препаратов.

3. Женщины с травматическими повреждениями (матки, шейки, влагалища).

III группа риска. Это женщины у которых нарушены процессы прикрепления и отделения плаценты и аномалии расположения плаценты:

1. предлежание плаценты полное и неполное
2. ПОНРП развивается в родах
3. плотное прикрепление плаценты и истинное приращение плаценты
4. задержка частей последа в полости матки
5. спазм внутреннего зева при отделившейся плаценте.

То есть группами риска являются женщины с экстрагенитальной патологией, с осложнением течения беременности, с осложнением течения родов.

Причины кровотечения в последовом периоде.

Обусловлено нарушением процессов отделения плаценты и выделения последа.

Различают 2 фазы в течение периода:

1. отделение плаценты
2. выделение последа

Нарушение процесса отделения плаценты:

1. у женщин со слабостью родовой деятельности

2. при плотном прикреплении и истинном приращении

Плотное приращение плаценты это когда ворсины хориона не выходят за пределы компактного слоя децидуальной оболочки. Бывает полное или неполное в зависимости от протяженности.

Истинное приращение - ворсины проникают в мышечную оболочку матки вплоть до серозы и иногда являются причиной разрыва матки. Встречается 1/10000 родов. Бывает полное и неполное в зависимости от протяженности.

Если имеется полное истинное приращение и полное плотное приращение то кровотечения никогда не будет то есть когда вся плацентарная площадка примыкает или врастает в мышечную стенку.

При истинном частичном приращении часть плаценты отделяется и возникает кровотечение в последовом периоде.

Кровотечение в последовом периоде может развиваться при задержке частей последа, когда часть плаценты отделяется и выделяется, а остается несколько долек или кусочек оболочки остается и мешает сокращению матки.

Нарушение выделения последа.

Нарушение при:

- гипотонусе матки
- спазм внутреннего зева

Спазм может возникнуть при неправильном применении сократительных средств в последовом периоде.

Тактика ведения последового периода

Принцип: руки прочь от матки!

Прежде чем проверять контактные признаки надо проверить бесконтактные: смотрят на пуповинный остаток, которые удлиняется (положительный признак Альфельда). Матка отклоняется вправо, вверх и уплощается (признак Шредера), втягивание пуповины при глубоком вдохе (признак Довженко).

Приступать к отделению последа нужно сразу как только появились признаки его отделения.

- Или физиологическим путем (потужится)
- наружными приемами (Абуладзе, Гентер, Креде-Лазаревича) - этими приемами можно отделять только отделившийся послед.

Если возникает кровотечение в последовом периоде, то первая задача акушера - определить есть ли признаки отделения плаценты.

Есть признаки отделения плаценты.

- Немедленно выделить послед наружными приемами
- оценить кровопотерю
- ввести или продолжить введение

Нет признаков отделения плаценты.

- оценить общее состояние роженицы и объем кровопотери
- дать внутривенный наркоз и начать или продолжить введение

утеротоников

- положить лед и тяжесть на живот
- уточнить состояние роженицы и объем кровопотери
- осмотреть послед и целостность его тканей

Если кровопотеря в норме то надо:

- следить за состоянием женщины
- вводить утеротоники еще 30-40 минут.

Если кровопотеря патологическая то надо сделать:

1. Уточнить состояние женщины
 2. Провести возмещение кровопотери:
- Если кровопотеря больше 500 мл то возникают гемодинамические нарушения, надо переливать кровь.

Операция ручного отделения плаценты и выделения последа.

1. Рука вводится в полость матки.
2. Рука должна попасть между стенкой матки и плодными оболочками, чтобы затем пилящими движениями доходят до плацентарной площадки отделяют ее от стенки и выделяют послед.
3. Осмотреть мягкие родовые пути и ушить повреждения.
4. Повторно оценить кровопотерю. Если кровопотеря до операции 300-400, то во время операции она увеличивается за счет травматических повреждений.
5. Возместить кровопотерю.
6. Продолжить внутривенно введение утеротоников.

При полном истинном приращении и полном плотном прикреплении кровотечения нет (по классическим законами ждут 2 часа). В современных условиях правило: отделять плаценту через 30 минут после рождения плода если нет признаков отделения плаценты при отсутствии кровотечения. Проводится: операция ручного отделения плаценты и выделения последа.

Дальнейшая тактика зависит от результата операции:

1. если кровотечение остановилось в результате операции то надо:
 - оценить кровопотерю
 - возместить кровопотерю и далее действовать как при нормальных родах
2. Если кровотечение продолжается вследствие приращения, прикрепления плаценты и т.п. то это кровотечение переходит в ранний послеродовый период.

утеротоников проводя перед этим наружный массаж матки

- приступить к операции ручного отделения плаценты и выделения последа.

До операции ручного отделения плаценты ни по каким данным нельзя поставить дифференциальный диагноз плотное прикрепление или истинное приращение плаценты. Дифференциальный диагноз только при операции.

1. При плотном прикреплении рука может отделить децидуа от подлежащей мышечной ткани

2. при истинном приращении это невозможно. Нельзя усердствовать так как может развиться очень сильное кровотечение.

При истинном приращении надо удалять матку - ампутация, экстирпация в зависимости от расположения плаценты акушерского анамнеза и т.д. это единственный способ остановить кровотечение.

Кровотечение в раннем послеродовом периоде.

Чаще всего является продолжением осложнений во всех периодах родов.

Основная причина - гипотоническое состояние матки.

Группа риска.

1. Женщины со слабостью родовой деятельности.

2. Роды крупным плодом.

3. Многоводие.

4. Многоплодие.

Патогенез. Нарушение тромбообразования вследствие выключения мышечного фактора из механизмов гемостаза.

Также причинами кровотечения в раннем послеродовом периоде могут быть:

1. травмы матки, шейки, влагалища

2. заболевания крови

Варианты гипотонических кровотечений.

1. Кровотечение сразу, обильное. За несколько минут можно потерять 1 л крови.

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

Основная операция которая проводится при кровотечении в раннем послеродовом периоде называется **ручное обследование полости матки.**

Задачи операции РОПМ:

1. установить не осталось ли в полости матки задержавшихся частей последа, удалить их.

2. Определить сократительный потенциал матки.

3. Определить целостность стенок матки - нет ли разрыва матки (клинически трудно иногда поставить).

4. Установить нет ли порока развития матки или опухоли матки (фиброматозный узел часто является причиной кровотечения).

Последовательность выполнения операции ручного обследования полости матки.

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

Последовательность действий при остановке гипотонического кровотечения.

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

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

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

1. наложить шов на заднюю губу шейки матки толстой кетгутовой лигатурой - по Лосицкой. Механизм гемостаза: рефлекторное сокращение матки так как огромное количество интерорецепторов находится в этой губе.

2. Этот же механизм при введении тампона с эфиром.

3. Наложение зажимов на шейку матки. Два окончатых зажима вводится во влагалище, одна раскрытая бранша находится в полости матки, а другая в

боковом своде влагалища. Маточная артерия отходит от подвздошной в области внутреннего зева, делится на нисходящую и восходящую части. Эти зажимы пережимают маточную артерию.

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

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

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

1. перевязка сосудов по Цицишвили. Лигируют сосуды проходящие в круглых связках, собственной связке яичника и в маточном отделе трубы, и на маточные артерии. Маточная артерия проходит по ребру матки. Если не помогает то эти зажимы и сосуды будут подготовительными в удалении.

2. Электростимуляция матки (сейчас от нее отходят). Накладываются электроды на брюшную стенку или прямо на матку и подают разряд.

3. Иглорефлексотерапия

Наряду с остановкой кровотечения ведут возмещение кровопотери.

Профилактика кровотечений

Прогнозировать кровотечение можно и надо по группами риска:

- экстрагенитальная патология
- осложнения беременности
- гестоз (хроническая стадия ДВС)
- многорожавшие
- крупный плод, многоводие, многоплодие
- слабость родовой деятельности в процессе родов

Для этого требуется обследование женщины во время беременности:

- анализ крови на тромбоциты
- коагуляционный потенциал крови
- квалифицированное ведение родов

Профилактика кровотечений в последовом и раннем послеродовом периоде:

Введение утеротоников в зависимости от группы риска.

• Минимальная группа риска: женщины неотягощенные соматическим анамнезом. Кровотечение может быть так как роды - стрессовая ситуация, а реакция у организма может быть разная. Введение утеротоников внутримышечно после рождения последа: окситоцин, питуитрин, гифотоцин 3-5 ЕД (1 ЕД = 0.2 мл)

• группа более повышенного риска. Внутривенно капельно окситоцин который начинают во втором периоде родов и заканчивают в течение 30-40 минут после родов. Или по схеме: метилэргометрин 1 мг в 20 мл физиологического

раствора (5% раствор глюкозы) внутривенно струйно в момент прорезывания головки.

- В группе большого риска сочетание внутривенного капельного введения окситоцина + одномоментное введение метилэргометрина.

Нарушение гемостаза в родах выявляют следующим образом:

1. проба по Ли-Уайту (из вены в пробирку берут кровь и смотрят когда свернется кровь).

2. Можно определить свертывающий потенциал на предметной стекле по методу Фолиа: 2-3 капли из пальца и определяется через сколько минут свернется кровь.

НОРМЫ.

Первый период родов 3-5 минут.

Второй период родов 1-3 минут.

Третий период 1-3 минут.

НОРМА ПО ЛИ-УАЙТУ.

Первый период 6-7 минут.

Третий период 5 минут.

Ранний послеродовой период 4 минуты.

Женщина входящая в группу риска должна быть до вступления в роды быть обеспечена кровезамещающими препаратами и кровью.

Используемая литература

1. Клинический протокол Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях 2014 год
2. Акушерство. Национальное руководство под ред. Айламазян Геотар-Медиа 2015 год
3. Акушерство. Под ред. Савельевой Геотар-Медиа 2015 год