

МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ ГИПО- И АТОНИЧЕСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Выполнила: ординатор 1 года
Солдатова Е.Е.

Проверила: профессор
Егорова А.Т.

АКТУАЛЬНОСТЬ

- Послеродовое кровотечение является основной причиной материнской заболеваемости и смертности во всем мире и затрагивает до 10% всех родов.
- Основными осложнениями массивной кровопотери являются респираторный дистресс-синдром (РДС) взрослых, шок, ДВС-синдром, острое повреждение почек, потеря фертильности и некроз гипофиза (синдром Шихана).

- Повседневный опыт учит, что последовый период чаще, чем первые два периода родов, нарушается в своем физиологическом течении, и что наиболее ярким, наиболее опасным внешним проявлением осложнения является кровотечение, которое может достигнуть огромной силы.
- Кровопотери в , 1000 см³ следует считать большими, но для жизни женщины неопасными.
- Кровопотеря в 1500 см³ и больше угрожает жизни женщины.
- Я видел выздоровление женщины после кровопотери в 2400—2600 см³.
- Известны случаи кровопотери до 3600 см³ без смертельного исхода.

- Всякое кровотечение до отделения плаценты должно рассматриваться как кровотечение «от разрыва», или как кровотечение «не от разрыва».
- Эти последние кровотечения принято называть атоническими.
- Сюда входят все кровотечения, по силе своей превышающие физиологическую кровопотерю и не зависящие от какого-либо повреждения мягких родовых путей.
- В таких случаях наблюдается недостаточное сокращение матки — атония или вернее гипотония ее : или матка не может освободиться от своего содержимого, потому что тонус ее понижен (гипотония), или же она временно гипотонична, потому что она не освободилась от своего содержимого.
- Тонус матки бывает чрезвычайно различен. Схватка, пауза, недостаточная родовая деятельность, атония, столбняк матки, длительная ретракция — все это эмпирически найденные названия для разных состояний тонуса матки (Штеккель).

- Причиной гипотонических кровотечений могут быть самые разнообразные моменты.
- В основе гипотонии может лежать пониженная возбудимость нервных аппаратов матки, патологическая или рефлекторная, вследствие переполнения мочевого пузыря или **rectum**;
- гипотония матки может быть результатом утомления матки, следствием огромной работы, сделанной в первых двух периодах родов. Поэтому неудивительно, что вторичная слабость родовых болей, имевшая место в периоде изгнания, выявляется в последовом периоде в гипотоническом состоянии матки.
- Перерастянутая во время беременности и в родах матка при многоплодии или многоводии, в последовом периоде не может достаточно быстро и в должной мере ретрагироваться и остается в состоянии гипотонии.
- Также внезапно опорожненная матка при стремительных родах пребывает в последовом периоде в состоянии «реактивной расслабленности». Подобное же состояние временной расслабленности наблюдается и после извлечения плода оперативным путем, особенно после операции наложения щипцов.

ТКАНЬ

ЗАДЕРЖКА ЧАСТЕЙ
ПОСЛЕДА

ТОНУС

АТОНИЯ И
ГИПОТОНИЯ
МАТКИ

4 Т

ТРАВМА

ТРАВМЫ МЯГКИХ
РОДОВЫХ ПУТЕЙ

ТРОМБИН

КОАГУЛОПАТИЯ

СЛУЧАЙ 10-Й

- М. Г., 39 лет (№ приемного журнала 5512) поступила в Обуховскую больницу 9 апреля 1911 г. в 7 час. 10 мин, За 2 часа до поступления была сильная рвота, после чего начались неопределенные боли в животе.,
- Беременность одиннадцатая. Все 10 родов протекли нормально. После родов никогда не болела. Последние роды 4 года тому назад. Последние регулы в августе 1910 г. Во время беременности бывали отеки на ногах.

- При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Больная несколько бледна. T° —35,8. Пульс—60 ударов в минуту, напряженный. Живот увеличен соответственно 18 -месячной беременности. Матка овоидной формы, длительно сокращена, напряжена. Схваток нет. Положение плода определить не удастся из-за напряжения матки. Сердечные тоны плода не выслушиваются. В области голеностопных суставов небольшой отек. Сделано внутреннее исследование: выделений нет, вход во влагалище синюшный, широко зияющий. Шейка длинная, цилиндрической формы. Наружный зев приоткрыт. Канал шейки проходим для пальца до внутреннего зева. Больная оставлена под наблюдением.
- В 10 часов началось сильное кровотечение. Больная бледна, беспокоится, мечется,, жалуется на головокружение, временами впадает в обморочное состояние. Пульс 88 ударов в минуту, слабый, легко сжимаемый. Матка в состоянии постоянного напряжения, консистенция ее стала тверже, она стала более шарообразной. Плод не прощупывается. Кровотечение значительнее. Шейка существует, проходима для 1 пальца. Над внутренним зевом определяется напряженный плодный пузырь. Плацентарной ткани нет.

- Что случилось и что предпринять?
- 1. Диагноз преждевременного отделения последа несомненен. Налицо картина внутреннего кровотечения, теперь присоединилось наружное кровотечение. Надо немедленно кончить роды.
- 2. Надо путем метрейриза добиться открытия, достаточного для введения в матку двух пальцев, после чего показан поворот по Braxton-Hicks'у.
- 3. Клиническая картина настолько грозная, что не допускает ни малейшего промедления. Показано классическое кесарское сечение может быть с удалением матки.
- 4. Терапия может быть только чисто хирургическая, но травма будет меньше при влагалищном кесарском сечении.

- Повторнобеременная около 8 месяцев заболевает внезапно, женщина, казавшаяся вполне здоровой, без видимой причины заболевает тяжело при явлениях острой боли в животе, рвоты. Уже внешний вид больной, ее бледность указывают на внутреннее кровотечение.
- Состояние матки; она тонически сокращена, длительно напряжена, консистенция ее чрезвычайно характерна. Кроме того она болезненна.
- Плод не прощупывается, это весьма характерно, сердечных тонов не слышно — по видимому плод уже погиб, ведь вы знаете, как плод чувствителен к отслойке плаценты. Пульс слабого наполнения, весьма легко сжимаемый, это тоже указывает на обескровливание.
- По видимому с момента заболевания до 10 часов внутреннее кровотечение продолжалось постепенно, ретроплацентарная гематома нарастала, она все более и более приближалась к периферии плаценты, пока наконец на каком-либо участке периферии плаценты не нарушилась связь края плаценты с маткой, гематома прорвалась за пределы детского места; кровь под большим давлением стала изливаться между стенкой матки и оболочками плодного яйца, отслаивая их на своем пути. В силу тяжести кровь стала стекать вниз к внутреннему зеву и, достигнув его, начала обильной струей изливаться наружу (10 час). Наружное кровотечение, появилось вторично, оно облегчило и подтвердило наш диагноз. Но положения дела оно не изменило; правда, внутриматочное давление понизилось, чрезмерное напряжение матки уменьшилось, но кровотечение из плацентарных сосудов будет продолжаться оно даже усилится, именно вследствие понижения внутриматочного давления.

- Рвота - симптом уже совершившегося отделения последа — это рефлекторная рвота, появившаяся в результате перерастяжения матки, точнее ее серозного покрова.
- Родовой деятельности нет и не было. Катастрофа случилась во время беременности. Значит почва для заболевания была уже подготовлена, значит были какие-то изменения в органах, которые и привели к катастрофе.
- Но мы видим отеки на ногах и предполагаем заболевание почек (нефрит или нефропатию) и имевши полное основание связать эти два момента: нефрит и преждевременное отделение последа. Сложнее вопрос о терапии.
- Вы предлагаете закончить роды. Это неправильно! Наша больная не в родах. Мы должны не закончить роды, а опорожнить беременную матку. Ясно, что только вслед за опорожнением матки кровотечение может остановиться. Лишь пустая матка может окончательно сократиться, ретракция мускулатуры матки, смещение мышечных волокон поведет к сжатию маточно-плацентарных сосудов.

- Родовые пути не подготовлены, открытия нет. Если шейка проходима для пальца, то это не указывает на имевшую место родовую деятельность. Не забудьте: наша больная многорожавшая, а у повторно-беременных канал шейки в конце беременности всегда приоткрыт. Вы предлагаете метрейриз? Вы себе мыслите вмешательство так: мы обнажим шейку пластинчатыми зеркалами, низведем ее пулевыми; разорвав плодный пузырь, введем сигарообразно сложенный баллон Braun'a выше внутреннего зева и наполним его физиологическим раствором. Баллон, лежа в нижнем сегменте матки, вызовет родовые боли; вклиниваясь в шейку, он поведет к быстрому сглаживанию ее и раскрытию зева. Баллон родится, тогда можно будет сделать поворот на ножку. Помощью потягивания за ножку мы завершим открытие зева и извлечем плод, за ним выйдет, послед, и роды закончатся.
- С таким предложением согласиться нельзя.
- ера. Состояние больной требует немедленного опорожнения матки, а таковое может быть достигнуто исключительно хирургическим путем. Показано немедленное кесарское сечение, брюшностеночное или влагалищное. Учитывая с одной стороны, тяжелое состояние больной, с другой, — широту мягких родовых путей многорожавшей, мы предпочли влагалищный путь.

- В 10 час. 30 мин., под общим наркозом, приступлено к операции *hysterotomia vaginalis modo Dührssen Bumm*. Больная в спинно-ягодичном положении, выбрита, наружные части смазаны иодом, ноги и живот покрыты стерильными полотенцами. Вход во влагалище широко зияет, влагалище широкое, передняя стенка его нависает в виде значительного **cystocele**. Введены широкие пластинчатые зеркала, двумя парами крепких **Muzeux**'евских щипцов захвачена шейка по обе стороны средней линии и низведена. Введен сложенный метрейринтер, наполнен 350 см³ физиологического раствора. Срединный разрез передней стенки влагалища, начиная несколько отступя от наружного отверстия уретры до наружного зева (через стенку влагалища и **septum vesicovaginale**). Тупо (пальцем, обернутым марлей) отсепарирован пузырь в обе стороны и вверх до переходной складки брюшины. Отслоенный пузырь взят на подъемник, прямыми ножницами рассечена передняя стенка матки по средней линии, начиная от наружного зева вверх до переходной складки (не вскрывая ее). Потягиванием за кишку балона извлечен метрейринтер; **Muzeux** сняты, зеркала извлечены. Рукой войдено во влагалище и в матку. Рука оператора вошла в матку вне оболочек и нашла чрезвычайно интересную картину: в матке огромное количество сгустков и среди них свободно лежащий подвижный послед. Разорваны оболочки, легко найдена ножка плода, сделан поворот. Плод легко извлечен, вслед за плодом из родовых путей под давлением „вылетел" послед с целым потоком кровяных сгустков. Опять введены зеркала, низведена шейка, узловыми кетгутовыми швами зашит разрез матки, такими же швами зашит разрез влагалища. В пузырно-влагалищное пространство введена полоска марли. Операция была закончена, но далеко не оконченными оказались страдания больной.

- Началось кровотечение! Опять введены зеркала, опять низведена шейка: с помощью тампонатора матка туго затампонирована стерильной марлей, тугая тампонация влагалища; под кожу влито 700 см³ физиологического раствора, под кожу 2 шприца эрготина, 5 см³ 20% камфорного масла. На живот положен пузырь со льдом. Матка сокращалась очень плохо, — непрерывный массаж матки. Общее состояние рожильницы тяжелое, бледность крайняя, пульс 100—112, ничтожного наполнения.



Рис. 15. Разрез передней стенки влагалища при hysterotomia vaginalis.

- Что произошло? Что делать, если кровотечение возобновится?
- 1. Кровотечение атоническое. Если сейчас кровотечение остановилось, то это еще не значит, что оно не возобновится. Нужно принять все меры к сокращению матки.
- 2. Кровотечение может зависеть от атонии вследствие задержки кусков плаценты или оболочек. Если кровотечение возобновится, придется войти в матку и удалить куски.
- 3. Кровотечение из разрезов; по видимому остался незащитым сосуд, рассеченный при операции. Тугая тампонация матки и влагалища вполне надежно прекратят кровотечение.
- Может ли кровотечение зависеть от ранения сосудов? Конечно может.
- В нашем случае мы имеем все основания исключить подобную этиологию кровотечения. Операцию делала опытная рука, во время зашивания разрез матки был тщательно осмотрен, нигде не было разрывов, нигде не было кровоточащих сосудов.
- Вряд ли мы можем в нашем случае заподозрить задержку частей плаценты. Опытная рука оператора была в матке, определила плацентарное место, вполне свободное от задержавшихся частей. К тому же посмотрите послед! Он безусловно весь: типичное для преждевременного отделения уплощенное, как бы сжатое детское место, с ровной, гладкой маточной поверхностью. Нигде нет дефектов, нигде нет недостачи. Осмотрите оболочки: они все; на них нет и разветвляющихся сосудов, могущих дать указание на добавочную дольку плаценты.
- Приходится остановиться на диагнозе чистой атонии; атонии, стоящей в связи с основным заболеванием организма. Известно, что именно при преждевременном отделении, зависящем от токсикоза, у женщин, страдающих нефритом или нефропатией, послеродовая атония есть явление нередкое.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В КОНЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ. ГЕНТЕР 1931

- 1. Введение эрготина под кожу или межмышечно открывает собой борьбу с гипотонией. Одновременно впрыскивают питуитрин (или питугландоль).
- 2. Массаж дна матки служит механическим раздражителем ее и побуждает ее к сокращению. Массирование делается не поспешно и беспорядочно, а медленно, путем ритмических круговых растираний дна матки. Массаж производят вначале длительно, по прекращении кровотечения продолжают его с перерывами.
- 3. Наложенный на живот мешок со льдом поддерживает сокращение матки, являясь энергичным термическим раздражителем.

- 4. Если обычный массаж матки не приводит к цели, рекомендую применять так называемый наружный двойной прием, предложенный Пискачеком и, независимо от него, Лайос - Готом (1907).
- Техника его такова: стоя слева от родильницы, сильно разведенной левой рукой вдавливают брюшные стенки тотчас над лоном глубоко в таз сильно сжимают нижний отдел матки между большим и указательным пальцами и приподнимают ее кверху. Пальцы приходятся на нижний сегмент матки, т. е. именно на тот участок, где пролегают большие сосуды матки. Затем правой рукой обхватывают тело и дно матки и круговыми движениями растирают дно до полного сокращения. Подобную манипуляцию следует по мере надобности повторять до остановки кровотечения.



Рис. 16. Двойной прием Piskasek-
Lajos Goth.

- Как Пискачек , так и Лайос - Гот главное значение придают сжиманию нижнего сегмента и растиранию дна, я же полагаю, что большое значение присуще смещению матки кверху, артериальной ишемии ее, ведущей к сокращению мускулатуры.
- 5. Если кровотечение продолжается, мы переходим к мерам более активным. Горячий влагалищный душ, т. е. длительное спринцевание горячей водой (температуры 45—50°, с прибавлением иода) считается весьма энергичной мерой против атонии. Еще лучше действует душ маточный.
- Под руководством двух пальцев левой руки в матку вводится большой катетер Боземан-Фритча с обратным током или длинный стеклянный катетер, снабженный жолобом для обратного тока. Катетер соединен резиновой кишкой со стеклянной кружкой Эсмарха. Надо следить за асептикой всего прибора, за стерильностью воды. Вводить наконечник следует после того, как струей воды изгнан воздух из катетера, осторожно, чтобы не травмировать стенок родового канала ; если стекающая обратно жидкость обжигает наружные части и область заднего прохода, последние можно смазать стерильным вазелином. В случае успеха в смысле остановки кровотечения вытекающая вода будет все менее и менее окрашиваться кровью. Прекращается душ, когда промывная вода истекает не окрашенной больше кровью. Если приходится добавлять в кружку воды, нужно на время зажать кишку ирригатора, во избежание попадания в нее пузырьков воздуха (опасность воздушной эмболии).



Рис. 17. Катетер Bozeman-Fritsch'a.

- В прежнее время в ряду мер борьбы с атонией матки стояла тампонация матки, предложенная Дюрсеном.
- Тампонация матки— манипуляция опасная в смысле инфекции. Зев обнажается зеркалами, края зева низводятся пулевыми щипцами, стерильный марлевый бинт длиной в 3—4 м медленно вводится тампонатором до дна полости матки. Постепенно вся полость матки туго заполняется марлей; затем полость шейки и, наконец, влагалище. Не следует тампонировать сухой марлей, она послужит больше дренажем, чем тампоном. Штеккель применяет марлю, смоченную в 1/2% растворе лизоля и отжатую руками. Гузиков предлагает смачивать марлю серным эфиром, что небезопасно в смысле газовой эмболии от испарения эфира.
- После введения тампона в родовые пути рекомендуют наклонить матку через брюшные стенки кпереди и выше матки туго забинтовать живот. Не следует оставлять тампона дольше 4—6 часов. Если кровотечение продолжается сквозь тампон, можно тампон извлечь и матку перетампонировать, хотя в настоящее время повторная тампонада не пользуется признанием. Так, по мнению Штеккеля, при повторной тампонаде женщина теряет не только кровь, находящуюся в тампоне, но и кровь, вытекающую в новый тампон. Выше мной уже указано, что тампонация матки, прежде столь широко применявшаяся, в настоящее время большинством авторов оставлена. Она стала ненужной с тех пор, как в нашем распоряжении имеется могучий способ остановки послеродовых кровотечений — я говорю о прижатии аорты.

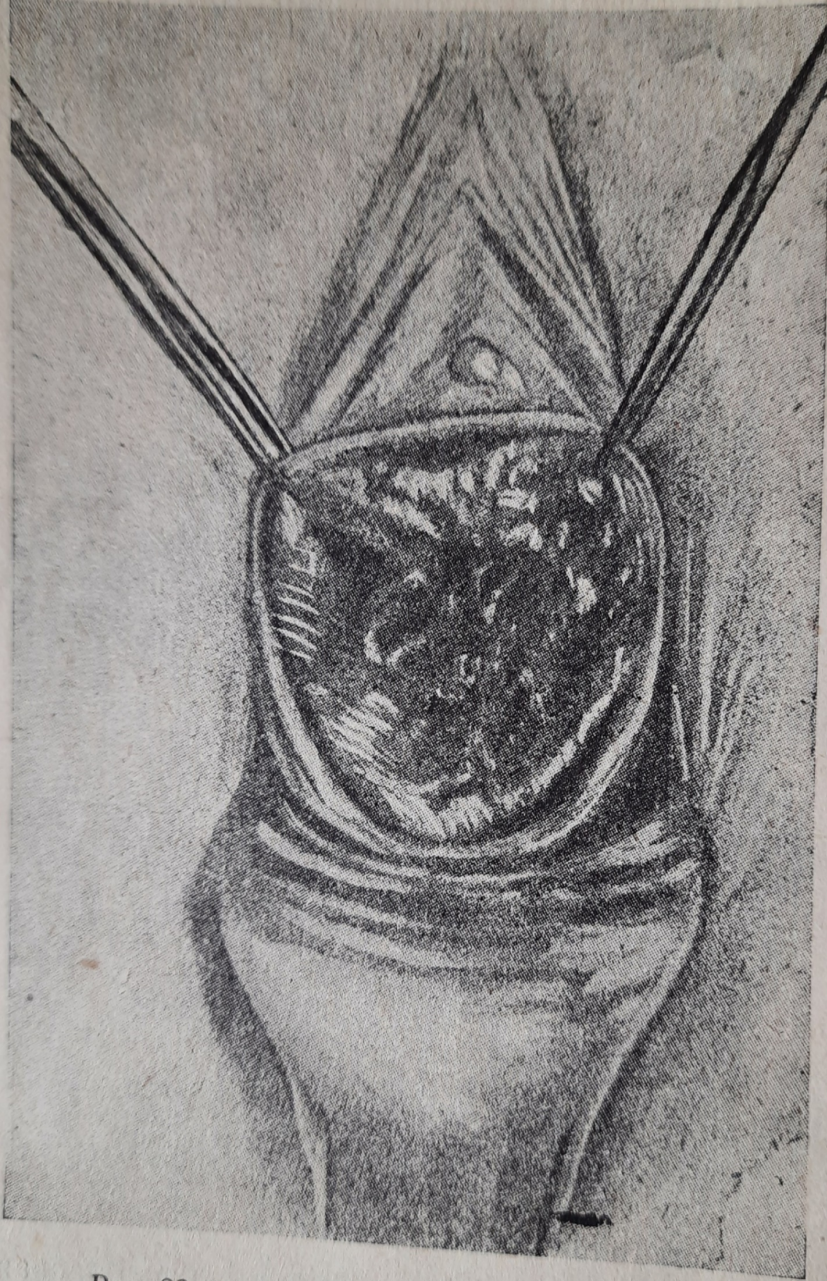


Рис. 23. Шейка, обнаженная для тампонации.

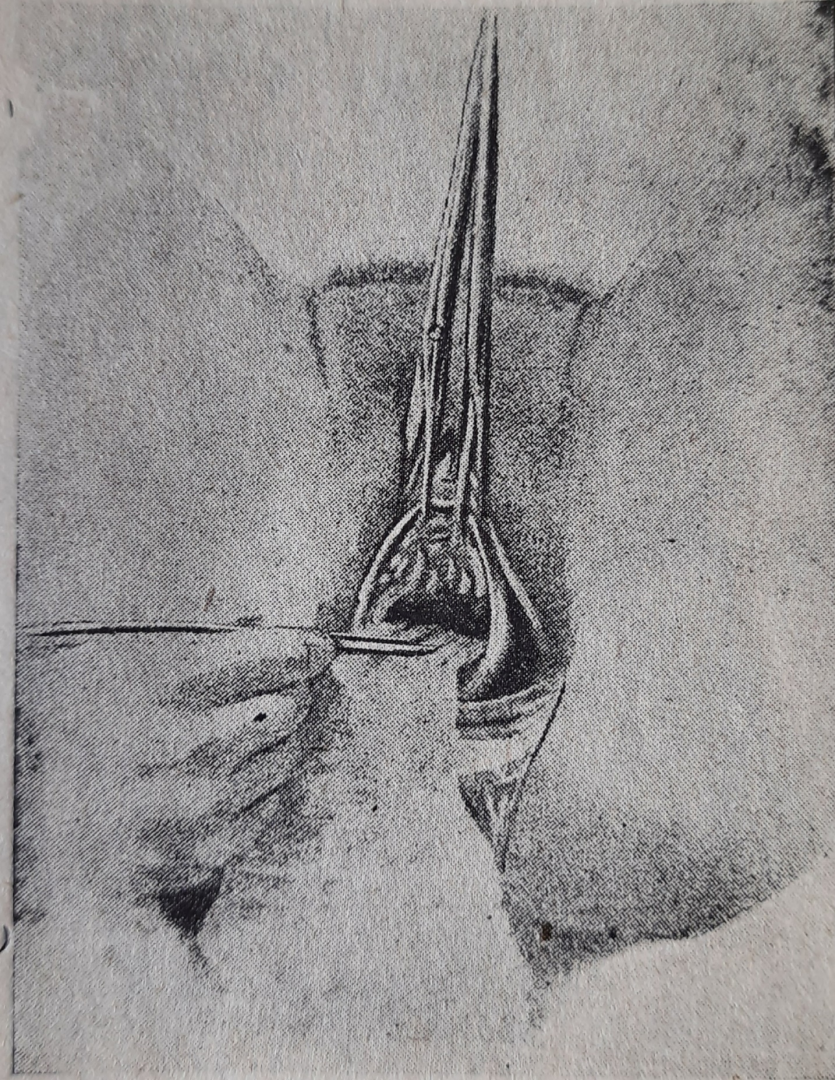


Рис. 24. Введение марли в полость матки.



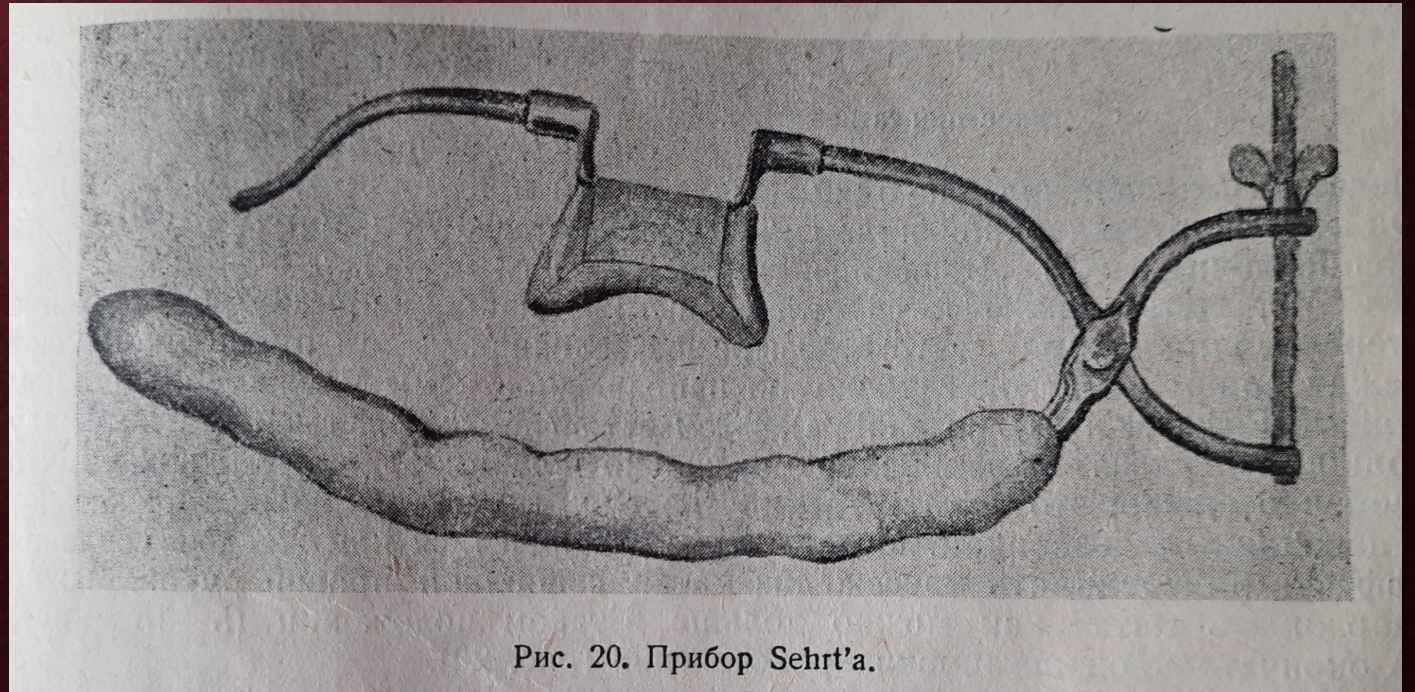
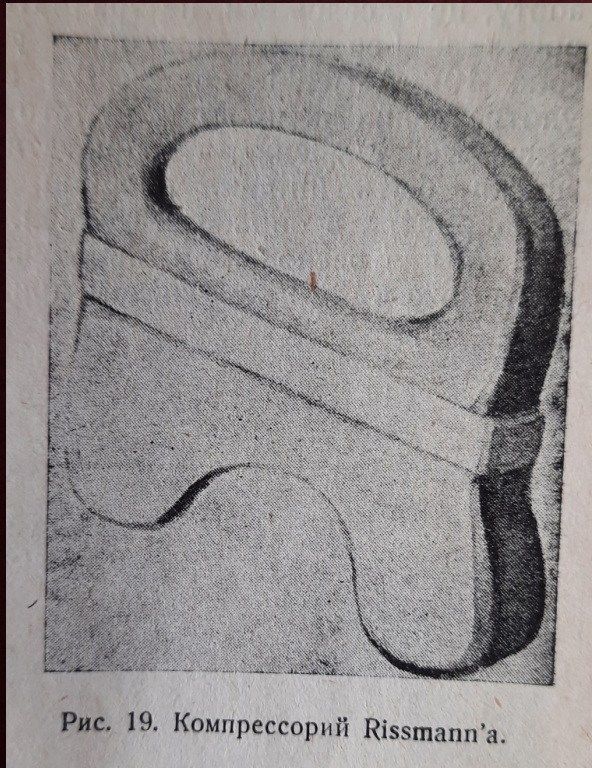
Рис. 25. Правильная тампонация матки и влагалища.

- Прижатие аорты имеет целью прекратить прилив крови к матке совершенно. Ясно, что раз к органам таза прекращен доступ крови, кровотечения быть не может. Важно, что наступающая под влиянием прижатия аорты ишемия матки действует на нее как сильный раздражитель: обескровленная матка начинает энергично сокращаться.
- Первым методом прижатия аорты было наложение жгута Момбурга. Толстый резиновый жгут, наложенный выше талии и затянутый до исчезновения пульсации бедренной артерии, сдавливал не только аорту, но и яичниковые артерии, отходящие от аорты (или почечных артерий) выше уровня наложения жгута. Метод весьма активный, действенный, но и в достаточной степени жестокий.
- Скоро выяснились его крупные недостатки: сдавливаются вены, мочеточники, травмируется кишечник. Наблюдались также тяжелые сердечные явления как при наложении, так особенно при распускании жгута, альбуминурия, тромбозы.
- Жгут Момбурга в акушерстве всеми оставлен, но идея прижатия аорты дала благие плоды.



Рис. 18. Мотбург'овское обескровли-
вание.

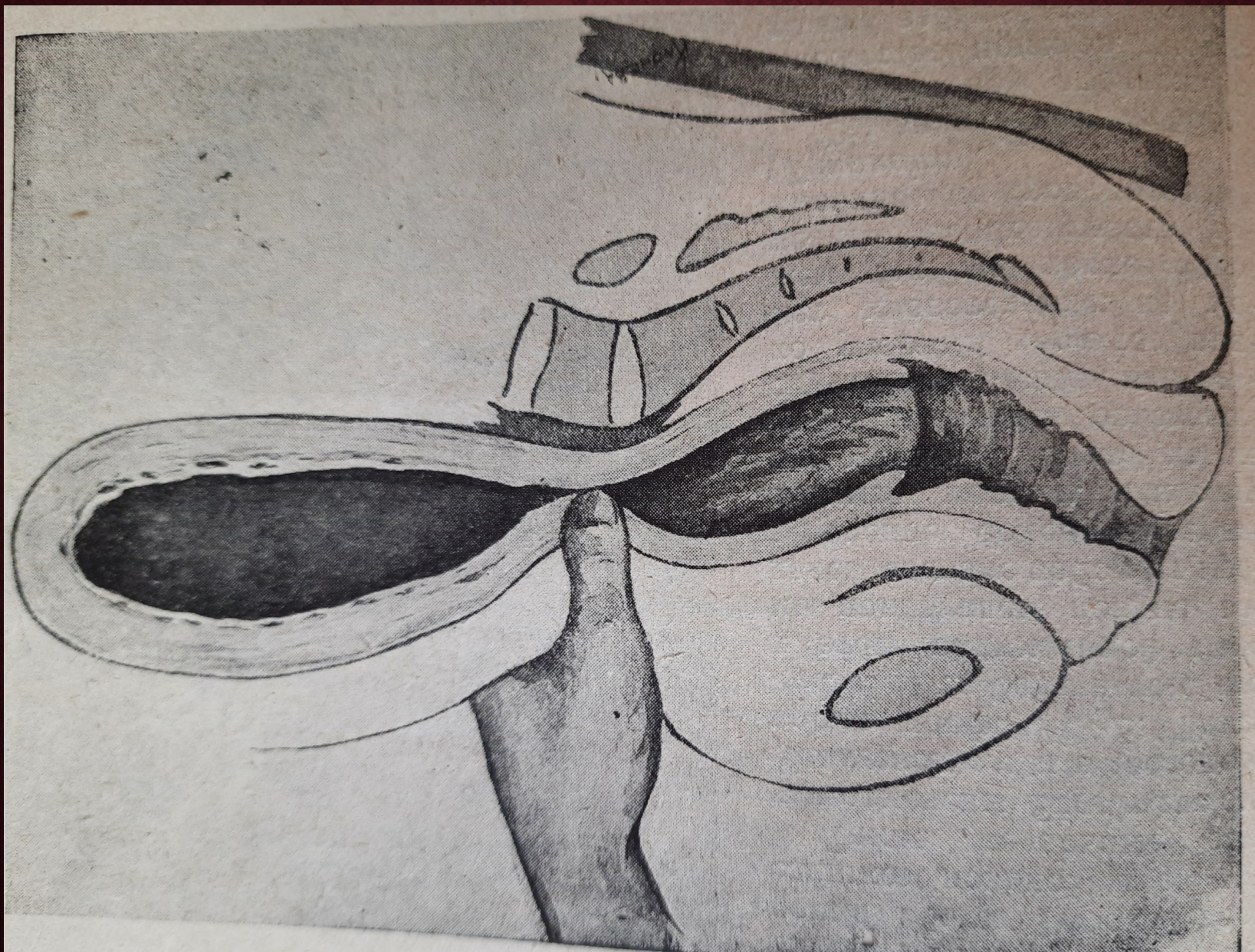
- Существует ряд приборов, предложенных для прижатия аорты.
- Все они имеют ту особенность, что сжимают только аорту, не касаясь вен, т. е. они, преграждая прилив артериальной крови к тазу, вместе с тем не препятствуют оттоку из него венозной крови ; они не травмируют соседних внутренних органов. В настоящее время в Германии употребительны компрессорий Рисмана, Зерта с модификациями. Способ их употребления прост и достаточно ясен из прилагаемых рисунков.



- Если в нашем распоряжении нет современных приборов, то при нас всегда наиболее совершенный прибор для прижатия аорты — собственный кулак.
- Шмид предложил ручное прижатие аорты кулаком: врач стоит сбоку от родильницы, сжимает правую кисть в кулак, ставит его вертикально на живот больной выше пупка и прижимает тыльной поверхностью основных фаланг аорту к позвоночнику. Аорта сжимается до исчезновения пульса в бедренной артерии. Если рука устанет, полезно захватить область лучезапястного сустава левой рукой, это дает возможность продлить прижатие аорты до 15 —20 минут.
- Ручное прижатие аорты по Шмиду является могучим средством против гипотонических кровотечений. Оно должно войти в повседневный обиход врача-акушера и войти важнейшим звеном в цепь мероприятий против послеродовых кровотечений непосредственно после массажа матки.



- В 1924 г. мной предложен еще один механический прием для борьбы с атонией. Он комбинирует двойной прием Пискачека с прижатием аорты в положении Тренделенбурга.
- Мой метод заключается в следующем: родильнице придается положение Тренделенбурга ; при пустом пузыре разведенной левой рукой проникают между лоном и маткой глубоко по направлению к мысу (как при двойном приеме Пискачека—Лайос-Гота), затем, зажав нижний сегмент матки между большим и указательным пальцами, сильно поднимают матку кверху и, что особенно важно, этот сжатый между пальцами участок матки прижимают к поясничным позвонкам. Можно этим ограничиться или же для усиления эффекта присоединить массаж дна матки свободной правой рукой. Важно удерживать матку как можно дольше в таком положении (5 — 15 минут) до окончательной остановки кровотечения.
- В этом способе получается совокупность нескольких моментов: тренделенбурговское положение способствует смещению матки кверху, вследствие чего рука легче проникает между маткой и лоном вглубь. Сжатие нижнего сегмента ведет к закрытию вытянутых в длину маточных сосудов. Прижатие этой области к позвоночнику еще более усиливает эффект обескровливания, тем более что здесь прижимается и аорта на уровне последних поясничных позвонков. Правда, яичниковые артерии продолжают непрерывно доставлять матке кровь, но по-видимому слишком недостаточно, чтобы не допустить обескровливания. Опыт учит, что при длительном применении этого приема матка делается твердой и кровотечение останавливается окончательно.



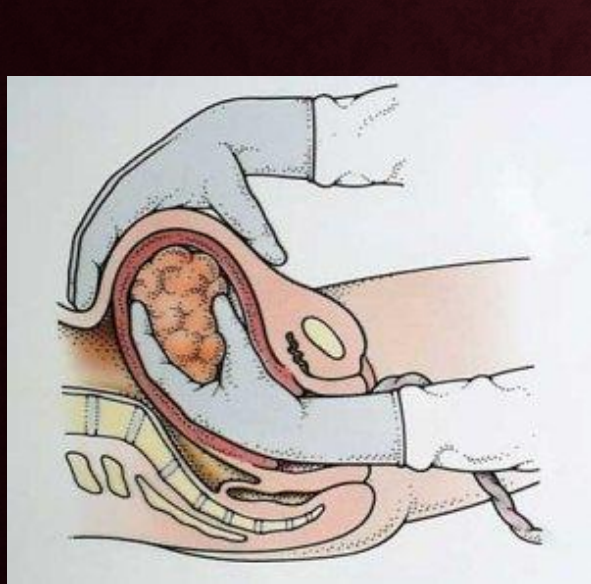
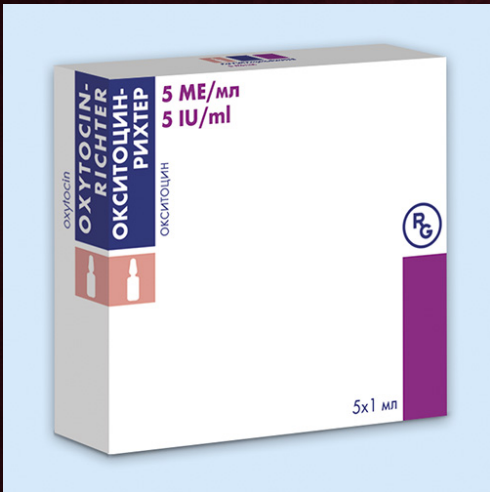


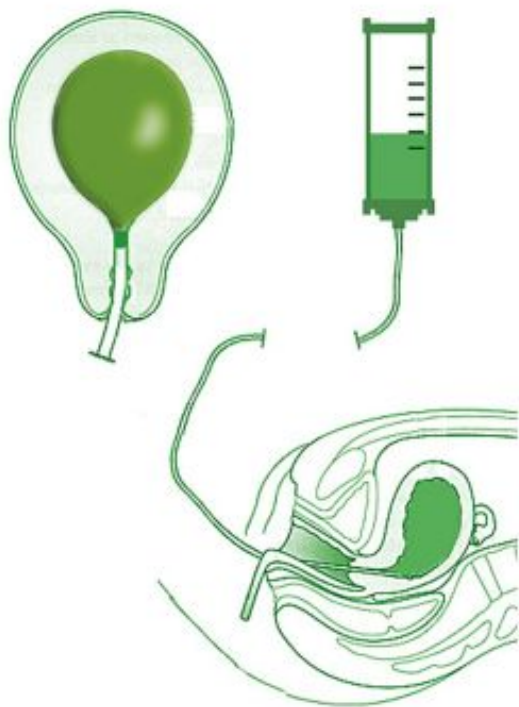
Таблица 6

Оценка степени тяжести кровопотери [21]

Показатель	Степень I	Степень II	Степень III	Степень IV
Потеря крови, мл	<750	750–1500	1500–2000	>2000
Пульс, уд. в мин.	<100	100-120	120-140	>140
Артериальное давление систолическое	норма	норма	снижено	снижено
Пульсовое давление, мм рт. ст.	норма или повышено	снижено	снижено	снижено
Частота дыханий, в мин	14–20	20–30	30–40	>40
Диурез, мл/ч	>30	20–30	5–15	Анурия
Сознание	Легкое беспокойство	Умеренное беспокойство	Беспокойство спутанность	Сонливость

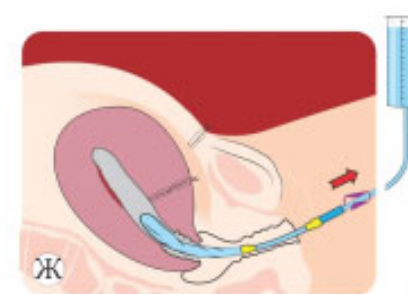
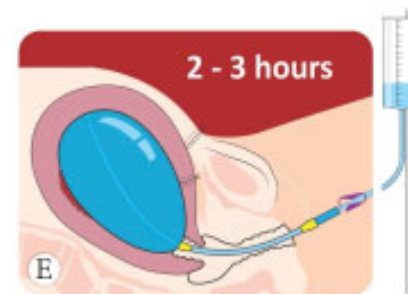
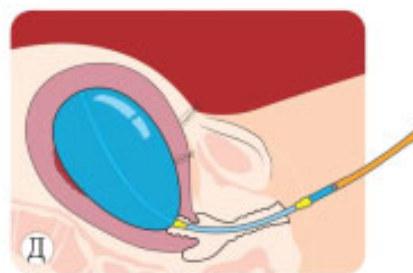
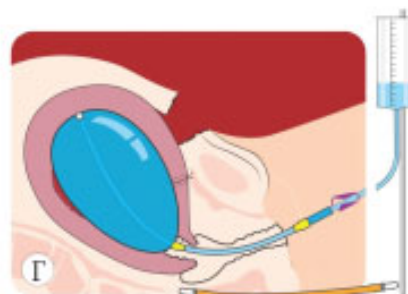
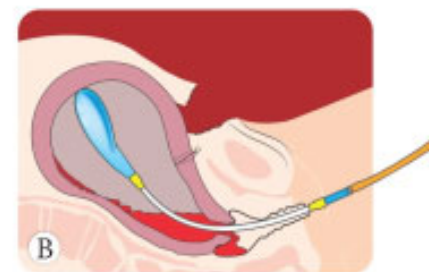
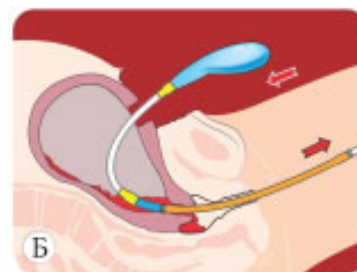
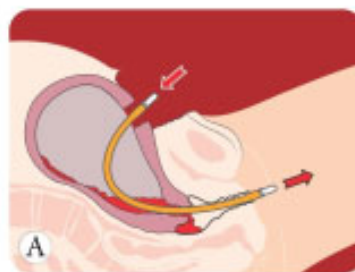
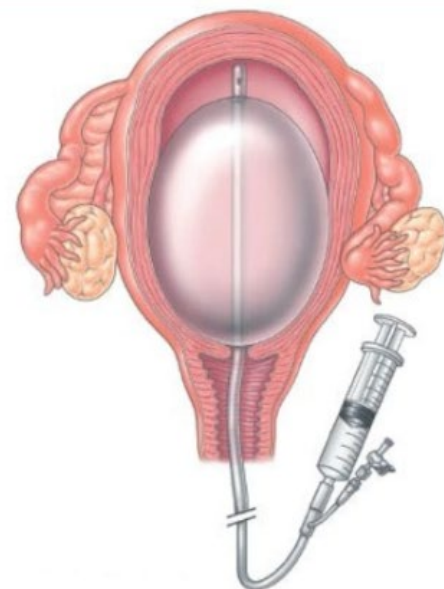
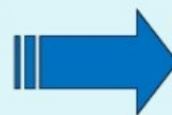


Собранная система



Сх.

Внутриматочный
гемостатический
баллон

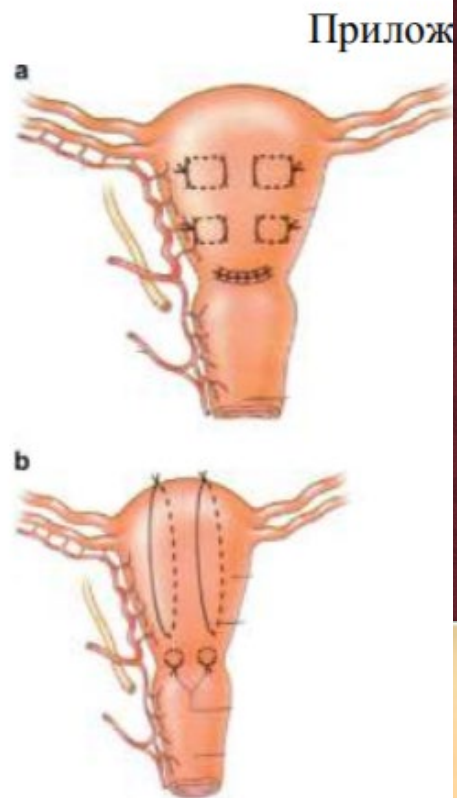


Прижатие аорты





Рис. 1. Техника наложение компрессионного шва по по B-Lynch



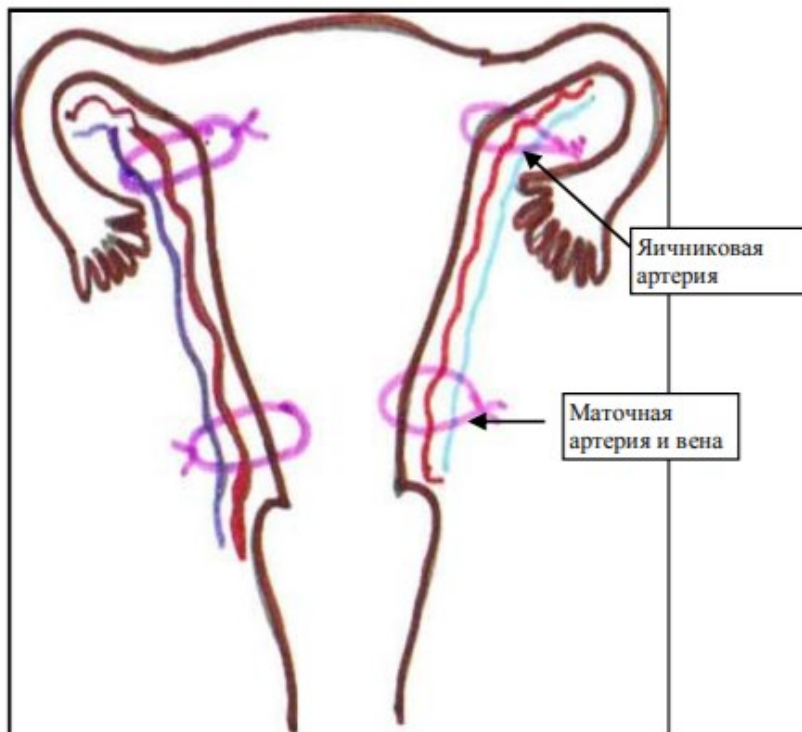


Рис. 3. Лигирование маточных сосудов.

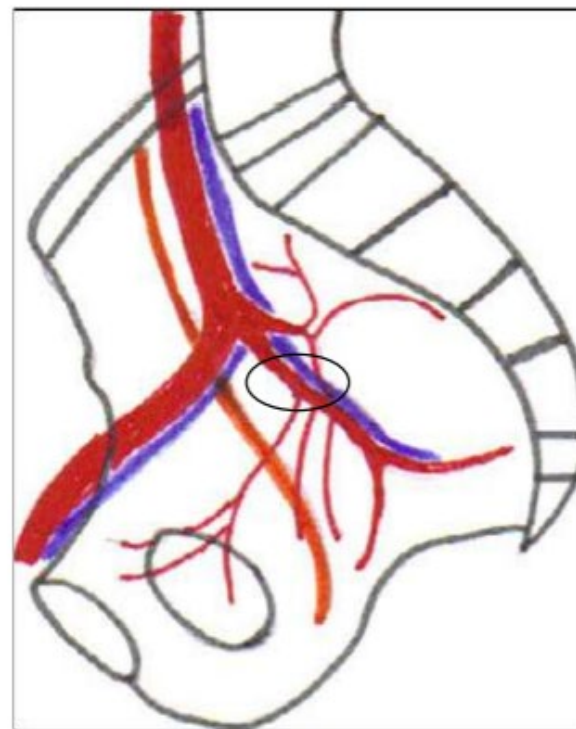
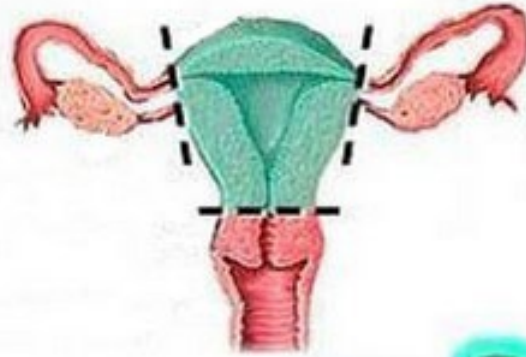


Рис. 4. Лигирование внутренних подвздошных артерий

Виды гистерэктомии

Субтотальная



Тотальная



Радикальная

В зависимости от объёма удаляемых тканей выделяют следующие виды гистерэктомии:

- субтотальная гистерэктомия, или ампутация матки— удаление матки с сохранением шейки матки;
- тотальная гистерэктомия, или экстирпация матки— удаление матки с шейкой;
- гистеросальпингоовариэктомия— удаление матки с придатками (маточными трубами и яичниками);
- радикальная гистерэктомия— удаление матки с шейкой, придатками, верхней третью влагалища, окружающей тазовой клетчаткой и лимфоузлами.

Пошаговый алгоритм ведения послеродового кровотечения

Первый этап
Начальные действия и лечение

Манипуляции:

- Внутривенный катетер,
- кислородная маска,
- мониторинг жизненно важных функций (АД, пульс, дыхание, диурез),
- катетеризация мочевого пузыря,
- монитор для определения сатурации кислорода

Установление причины:

- нарушения свертывающей системы крови
- нарушение сокращения матки – гипо- или атония
- задержка частей плаценты или сгустков в полости матки
- травма родовых путей, разрыв матки

Исследования:

- клинический анализ крови
- гемостазиограмма
- метод Lee White
- определение группы крови и индивидуальная совместимость

Вызвать: второго акушера/хирурга, анестезиолога, мед.сестру, дополнительного члена дежурной бригады, проинформировать сотрудника отделения переливания крови

Второй этап
Лечение

- наружновнутренний массаж и компрессия матки
- назначение лекарственных средств для лечения атонии
- удаление остатков плацентарной ткани и сгустков
- зашивание разрывов мягких родовых путей
- коррекция нарушений в системе гемостаза
- продолжить введение кристаллоидных растворов и компонентов крови для поддержания нормальных артериального давления, диуреза и свертывания крови

Третий этап
Продолжающееся кровотечение

Компрессия матки (шов по В-Линчу);
Тампонада матки;
+/- Вазопрессин;
+/- эмболизация.

Инфузионная терапия (начинать с кристаллоидов).

Четвертый этап
Хирургическое вмешательство

Лапаротомия с перевязкой маточных или внутренних подвздошных сосудов

Гистерэктомия

Пятый этап
Реабилитация

Лечение постгеморрагической анемии

Послеродовая недостаточность гипофиза или дисцефальное поражение



Технология использования метода:
Принцип процедуры заключается в
аспирации
из операционной раны излившейся крови,
обработке ее в аппарате и последующей
реинфузии полученной
аутоэритроцитарной взвеси (Ht 60%)
обратно в сосудистое русло
пациентки.

Аппарат для аутоотрансфузии крови **Cell Saver**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Залог успеха в борьбе с кровотечением:
- Подготовленная команда.
- Четкое распределение обязанностей и объема работ.
- Максимально короткое время на каждый этап.
- Информирование пациентки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- Гентер Г. Г. Акушерский семинарий. Т. 1 – Ленинград.: Медгиз, 1931. - 297 с.
- Гентер Г. Г. Акушерский семинарий. Т. 2 – Ленинград.: Практическая Медицина, 1929. - 311 с.
- Гентер Г. Г. Акушерский семинарий. Т. 3 – Ленинград.: Ленинградское медицинское издательство, 1933. - 239 с.
- Гентер Г. Г. Учебник акушерства: Для студентов медвузов – Ленинград.: Биомедгиз, 1937. - 915 с.
- Клинический протокол «Послеродовое кровотечение» 2021 год

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

