

ФГБОУ ВО "КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО"
МИНИСТЕРСТВА ЗДОВООХРАНЕНИЯ РФ

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Заведующий кафедрой:
ДМН, доцент,
Базина Марина Ивановна

Реферат на тему:
«Акушерские кровотечения»

Выполнила:
Ординатор 1 года обучения
кафедры акушерства и гинекологии ИПО,
Поздеева Кристина Вадимовна

Проверила:
КМН, доцент,
Шапошникова Екатерина Викторовна

Красноярск, 2019

Оглавление

1. Введение.....	3
2. Актуальность.....	3
3. Этиология и патогенез.....	4
4. Эпидемиология.....	5
5. Классификация.....	6
6. Диагностика.....	6
7. Лечение.....	7
8. Профилактика.....	12
9. Заключение.....	14
10.Список использованной литературы.....	15

Введение

Одним из наиболее частых и серьезных осложнений беременности и родов является кровотечение. Послеродовое кровотечение – кровопотеря более 500 мл после родов через естественные родовые пути и более 1000 мл при операции кесарево сечение; любой объем кровопотери, приводящий к гемодинамической нестабильности.

Несмотря на то, что этой патологии уделяется большое внимание, предложено много методов профилактики, диагностики и лечения, в структуре материнской смертности кровотечениям по-прежнему принадлежит одно из первых мест.

Изменение условий жизни, влияние неблагоприятных факторов внешней среды, увеличение числа женщин с экстрагенитальной патологией приводят к нарушению гармоничного развития беременности и в связи с этим к различным формам акушерской патологии, в том числе, и к маточным кровотечениям во время беременности и в родах.

Актуальность

В акушерской практике кровотечения продолжают оставаться наиболее серьезной проблемой, так как среди причин материнской смертности они составляют 20-25 %. Кровотечения при беременности и во время родов занимают одно из ведущих мест в акушерской патологии, способствуя развитию различных заболеваний у женщин. Часто они являются причиной последующей стойкой инвалидизации женщин, развития у них астеновегетативных, нейроэндокринных синдромов, миокардического кардиосклероза и других заболеваний. В структуре материнской смертности за последние 20 лет кровотечения вышли на первое место. Это может быть связано с изменением условий жизни, влиянием неблагоприятных факторов внешней среды, увеличением числа женщин с экстрагенитальной патологией, что приводит к нарушению гармоничного развития беременности и в связи с этим - к различным формам акушерской патологии, в том числе и к маточным кровотечениям во время беременности и родов.

В последние годы частота и структура акушерских кровотечений существенно изменились. Число акушерских кровотечений в последовом и раннем послеродовом периоде несколько уменьшилось, и стали чаще наблюдаться кровотечения, обусловленные отслойкой нормально расположенной плаценты и ее предлежанием, кровотечения на фоне нарушений гемостаза.

Особенностью акушерских кровотечений является их внезапность и массивность. Для акушерских кровотечений характерны острый дефицит ОЦК, нарушение сердечной деятельности, анемическая и циркуляторные

формы гипоксии. Основные причины нарушений гемодинамики - дефицит ОЦК и несоответствие между ним и емкостью сосудистого русла. Возникающая на этом фоне тканевая гипоксия сопровождается нарушением окислительно-восстановительных процессов с преимущественным поражением центральной нервной системы, почек, печени, происходит нарушение водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного равновесия, гормональных соотношений, ферментативных процессов. При массивных кровотечениях быстро развивается порочный круг, который может привести к терминальному исходу.

Проблема акушерских кровотечений остается актуальной так как анализ случаев материнской смертности от маточных кровотечений показывает, что в 90 % случаев можно было избежать не только смерти матери, но и патологической кровопотери. Не все лечебные учреждения своевременно и в полном объеме проводят профилактические и лечебные мероприятия. Однотипные ошибки повторяются из года в год, поэтому акушерские кровотечения можно назвать организационно-профессиональной проблемой, поскольку благоприятное окончание родов для матери и новорожденного при маточных кровотечениях, сохранение в последующем репродуктивного здоровья женщины обусловлено прежде всего четкой организацией неотложной помощи и профессионализмом медицинского персонала. Кроме чисто медицинских аспектов проблема маточных кровотечений имеет также большое экономическое значение, так как их лечение связано со значительными материальными затратами.

По определению, кровотечением второй половины беременности называется вагинальное кровотечение, возникшее с 22-й недели гестации до срока родов.

Частота кровотечений второй половины беременности составляет 2-5 % всех беременностей

Предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты составляют больше половины среди причин кровотечений второй половины беременности и являются двумя ведущими причинами перинатальной заболеваемости и смертности в третьем триместре беременности.

Этиология и патогенез

Причины (четыре “Т”):

1. Тонус: гипо-, атония матки (70%);
2. Травма: разрывы родовых путей (20%);
3. Ткань: нарушение отделения /остатки плаценты (10%);
4. Тромбин: коагулопатии (<1%).

Факторы риска:

Тонус – многоплодная беременность, многорожавшие (3 родов и более), крупный плод, многоводие, стремительные или затяжные роды, слабость родовой деятельности, родовозбуждение и родостимуляция, миома и аномалии развития матки, предлежание плаценты, применение некоторых лекарственных препаратов (седативных, анальгетиков, токолитиков, блокаторов кальциевых каналов, ганглиоблокаторов, нитроглицерина, серноокислой магнезии и др.), хориоамнионит.

Травма – стремительные роды, оперативные роды, перинеотомия, неправильное положение или вставление головки плода, многорожавшие, операции на матке в анамнезе, миомэктомия во время кесарева сечения.

Ткань – задержка частей последа, операции на матке в анамнезе, многорожавшие, вращение плаценты, гипотония матки.

Тромбин – послеродовое кровотечение в анамнезе, дородовое кровотечение, антенатальная смерть плода, заболевания и осложнения беременности с артериальной гипертензией, преждевременная отслойка плаценты, эмболия околоплодными водами, первичные коагулопатии (болезнь Виллебранда, тромбоцитопения, тромбоцитопатия, хронический ДВС синдром, лейкозы и др), инфекции, применение некоторых лекарственных препаратов (гепарин, сулодексид, седативные, анальгетики, токолитики, блокаторы кальциевых каналов, ганглиоблокаторы, нитроглицерин, серноокислая магнезия, нестероидные противовоспалительные препараты и др.).

Необходимо помнить, что в 40% случаях кровотечения возникают у женщин группы низкого риска.

Эпидемиология

Частота акушерских кровотечений колеблется от 2,7 до 8% по отношению к общему числу родов. При этом 2-4% кровотечений связаны с гипотонией матки в последовом и в послеродовом периодах,

Ежегодно в мире около 140 000 женщин умирает от послеродовых кровотечений. В Российской Федерации кровотечения во время беременности, родов и послеродового периода занимают одно из первых мест в структуре причин материнской смертности (около 17%).

В III триместре частота предлежания плаценты составляет 0,2-0,3%.

Частота преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты составляет 0,4-1,4% наблюдений.

Классификация

Клиническая классификация акушерских кровотечений:

1. Кровотечение во время беременности и в родах:
 - 1.1 Предлежание плаценты;
 - 1.2 Преждевременная отслойка плаценты.
2. Кровотечения в послеродовом периоде:
 - 2.1 Гипо- атония матки;
 - 2.2 Задержка в полости матки части последа;
 - 2.3 Разрывы мягких тканей родовых путей;
 - 2.4 Врожденные и приобретенные нарушения системы гемостаза.

Классификация послеродового кровотечения по времени возникновения:

Раннее послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее в течение 2 часов после родов;

Позднее послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее позже 2 часов после родов.

Диагностика

Клинические признаки кровотечения при предлежании плаценты:

- Возможны эпизоды кровотечений без болевого синдрома и повышенного тонуса матки;
- Наружное кровотечение алой кровью, визуальный объем кровопотери соответствует состоянию больной;
- Высокое расположение предлежащей части плода или неправильное его положение;
- Развитие признаков страдания плода, степень дистресса плода соответствует объему наружной кровопотери.

Клинические признаки преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП):

- Абдоминальный болевой синдром (от нерезко выраженных болей в животе до резких, сочетающихся с гипертонусом матки)
- Гипертонус матки вне и во время схватки, болезненность матки при пальпации (локальная или тотальная); при выраженной отслойке плаценты, локализованной по передней стенке матки, характерно локальное выпячивание, асимметрия матки;
- Кровотечение возникает чаще в третьем триместре беременности, в первом или во втором периоде родов; кровотечение чаще

внутренне, реже наружное или смешанное (объем наружной кровопотери не соответствует тяжести состояния пациентки);

- Признаки страдания плода;
- При выраженной отслойке клинические проявления шока.

2.1 Физикальное обследование

Рекомендуется проведение пальпации матки для определения повышенного тонуса матки при преждевременной отслойке плаценты или сниженного при гипотонии матки в послеродовом периоде.

Рекомендуется проведение осмотра последа и оболочек для обнаружения участка преждевременной отслойки плаценты или дефекта плаценты.

Рекомендуется проведение осмотра шейки матки, родовых путей и наружных половых органов для диагностики травм мягких тканей родового канала.

2.2 Лабораторная диагностика

Рекомендуется оценка свертывания крови (метод Lee White, тромбоэластограмма (ТЭГ), количества тромбоцитов, фибриногена, протромбиновый индекс (ПТИ), активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), продуктов деградации фибрина/фибриногена (ПДФ/Ф), D-димер.

Объем лабораторной диагностики определяется с учетом клинической ситуации и возможностей лечебного учреждения.

2.3 Инструментальная диагностика

Рекомендуется проведение ультразвукового исследования (УЗИ).

При отсутствии признаков кровотечения в момент исследования и необходимости уточнения диагноза, удовлетворительном состоянии матери и плода и возможности выполнения в течение не более 10 минут от появления клинических признаков или госпитализации.

Не рекомендуется при выявлении кровотечения алой кровью из наружных половых путей во время беременности проведение УЗИ при продолжающемся кровотечении, неудовлетворительном состоянии матери или плода, невозможности обеспечить исследование в течение 10 мин.

Лечение

1. Консервативное лечение
2. Кровотечения во время беременности

Рекомендуется при выявлении кровотечения алой кровью из наружных половых путей:

- незамедлительно переложить беременную на каталку;
- прослушать сердцебиение плода;
- поставить в известность ответственного дежурного врача;
- развернуть операционную;
- вызвать анестезиолога.

Рекомендуется при выявлении кровотечения алой кровью из наружных половых путей провести оценку объема кровопотери (визуальную, гравиметрическую, с помощью лабораторной диагностики).

3.1.2 Послеродовое кровотечение, первый этап

Рекомендуется установить причину кровотечения.

Рекомендуется диагностику, остановку кровотечения и инфузионную терапию выполнять одновременно с организацией контроля за состоянием пациентки.

Рекомендуется незамедлительно осуществить следующие меры по оповещению:

- вызвать вторую акушерку, второго врача акушера-гинеколога;
- вызвать анестезиолога-реаниматолога, трансфузиолога (который должен обеспечить запас свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы), лаборанта;
- вызвать дежурную медсестру для доставки анализов и компонентов крови;
- назначить одного члена дежурной бригады для записи событий, инфузионной терапии, лекарственных препаратов и показателей жизненно важных функций;
- при массивном кровотечении проинформировать дежурного администратора, консультанта-гематолога и вызвать хирурга, развернуть операционную.

Состав бригады, оказывающей помощь, варьирует в соответствии с возможностями учреждения.

Рекомендуется катетеризация двух периферических вен, катетеризация мочевого пузыря, кислородная маска и мониторинг жизненно важных функций (АД, пульс, дыхание, сатурации кислорода, диурез).

Рекомендуется внутривенное введение кристаллоидных растворов.

Рекомендуется ручное исследование послеродовой матки удаление остатков плацентарной ткани и сгустков (однократно), наружно-внутренний массаж, зашивание разрывов мягких родовых путей.

Рекомендуются назначение лекарственных средств для лечения атонии и коррекция нарушений параметров гемостаза.

Объем мероприятий по остановке кровотечения определяется клинической ситуацией и сочетается с одновременным проведением инфузионно-трансфузионной терапии и коррекцией нарушений свертывания крови.

Кровопотеря (мл)	До 1000	1 000-1500	15 00-2100	2100 и более
Кровопотеря ОЦК %	До 15	1 5-25	25 -35	35 и более
Кровопотеря массы тела %	До 1,5	1, 5-2,5	2, 5-3,5	3,5 и более
Кристаллоиды (мл)	200% V кровопотери	2 000	20 00	2000
Коллоиды (мл)		5 00-1000	10 00-1500	1500мл за 24 часа
Свежезамороженная плазма (мл/кг)	15-30			
	МНО и АЧТВ увеличены в 1,5 и более раз, фибриноген < 1г/л, продолжающееся кровотечение			
Эритроциты (мл)			при Hb < 70 г/л при угрожающих жизни кровотечениях*	
Тромбоциты	1 доза тромбомассы на 10 кг м.т. или 1-2 дозы тромбоконцентрата			
	Если уровень тромбоцитов < 50x10 ⁹ /л и клинические признаки кровотечения			

Криопреципитат	1 доза на 10 кг м.т.
	Если фибриноген < 1г/л
Транексамовая кислота	15мг/кг каждые 8 ч или инфузия 1-5 мг/кг/ч
Активированный VII фактор свертывания**	90 мкг/кг
	Условия для эффективности: тромбоциты>50x10 ⁹ /л, фибриноген>0,5 г/л, рН>7,2
Протромплекс 600 (Протромбиновый комплекс - ПТК)	При остром кровотечении 50 МЕ/кг
	Только при дефиците факторов ПТК

Таблица 1. Инфузионно-трансфузионная терапия при акушерском кровотечении

Рекомендуется в типичной ситуации для профилактики и лечения послеродового кровотечения использовать утеротоники.

Препарат	Окситоцин **	Карбетоцин **	Метилэргометрин **
Доза и путь введения	10 Ед. на 500мл физиологического раствора (или раствора Рингера), 60 капель в минуту	0,1 мг внутримышечно	0,2 мг внутримышечно или внутривенно медленно
Поддерживающая доза	10 Ед. на 500мл физиологического раствора (или раствора	---	Повторно 0,2мг внутримышечно через 15 минут Если

	Рингера), 40 капель в минуту		требуется повторно 0,2 мг внутримышечно или внутривенно медленно каждые 4 часа
Максимальная доза	Не более 3 л раствора, содержащего окситоцин (60 Ед) в сутки	---	Суточная доза 1,0 мг (5 по 0,2 мг)
Противопоказания	С осторожностью при заболеваниях сердца и сосудов, артериальной гипертензии, хронической почечной недостаточности. Не показано быстрое болюсное введение препарата.	Гиперчувствительность, нарушения функции печени и почек, серьезные нарушения ритма и проводимости сердца, эпилепсия	Гипертензия, заболевания сердца, преэклампсия, эклампсия.

Таблица 2. Утеротоники, используемые для профилактики и лечения послеродового кровотечения в типичной ситуации

Послеродовое кровотечение

Рекомендуется при продолжающемся, несмотря на терапию, кровотечении управляемая баллонная тампонада матки.

Рекомендуется продолжение инфузионно-трансфузионной терапии в зависимости от величины кровопотери, массы тела пациентки.

3.2 Хирургическое лечение

3.2.1 Послеродовое кровотечение, третий этап

Рекомендуется накладывать компрессионные швы по В-Lynch (во время кесарева сечения) или в другой модификации (Рембеза, вертикальные компрессионные швы, квадратные компрессионные швы).

Рекомендуется перевязка (лигирование) маточных сосудов, перевязка маточной артерии отдельная или совместно с веной.

Рекомендуется при недостаточной эффективности перевязки маточных сосудов и маточной артерии наложение второй лигатуры ниже – для перевязки ветвей маточной артерии, кровоснабжающих нижний маточный сегмент и шейку матки.

Рекомендуется при неэффективности предшествующих методов перевязки осуществить одно- или двустороннюю перевязку яичниковых сосудов.

Перевязка внутренних подвздошных артерий, требует специальной подготовки хирурга.

Рекомендуется в качестве альтернативы лигированию маточных или внутренних подвздошных сосудов проводить ангиографическую эмболизацию.

По сравнению с другими методами ангиографическая эмболизация требует большего времени, участия специалиста-рентгенхирурга и специального оборудования.

Рекомендуется проводить гистерэктомию на последнем этапе, если все предыдущие хирургические мероприятия не дали должного эффекта.

Преимуществами гистерэктомии при массивном кровотечении являются быстрое устранение источника кровотечения и то, что этой техникой владеет большинство акушеров-гинекологов. К недостаткам операции относятся потеря матки в случае, если женщина хочет продолжить репродуктивную функцию, большая кровопотеря и длительное время операции.

Профилактика и диспансерное наблюдение

Рекомендуется введение утеротоника с целью профилактики послеродового кровотечения при влагалищных родах:

- 2 мл окситоцина (10МЕ) внутримышечно в боковую поверхность бедра в момент рождения переднего плечика плода;

- или 1 мл карбетоцина внутримышечно сразу после рождения последа;
- или раствор окситоцина (1 мл (5 ЕД) на 50 мл физиологического раствора) внутривенно при помощи инфузомата в конце II периода родов, начиная со скоростью 1,8 мл/час, с увеличением скорости инфузии до 15,2 мл/час после рождения переднего плечика плода. Возможно введение с помощью капельницы (1мл (5МЕ) на 500 мл физиологического раствора), с 6-7 кап/мин. в конце второго периода родов с увеличением до 40 кап/мин. после рождения переднего плечика плода). Введение окситоцина продолжается в раннем послеродовом периоде.

Рекомендуется введение утеротоника с целью профилактики послеродового кровотечения при кесаревом сечении:

- 1 мл окситоцина (5МЕ) внутривенно медленно (в течение 1-2 минут) сразу после рождения плода;
- или 1 мл карбетоцина (100мкг) внутривенно сразу после рождения плода;
- или раствор окситоцина (1 мл (5 ЕД) на 50 мл физиологического раствора) внутривенно при помощи инфузомата со скоростью 15,2 мл/час после рождения плода. Возможно введение окситоцина с помощью капельницы со скоростью 40 кап/мин.

Не рекомендуется болюсное введение окситоцина** при заболеваниях сердца и сосудов, артериальной гипертензии, хронической почечной недостаточности. У этой категории женщин предпочтительна медленная внутривенная инфузия 5МЕ окситоцина.

Рекомендуется опорожнение мочевого пузыря роженицы с помощью катетера после рождения ребенка.

Рекомендуется предупреждение задержки последа в матке.

При наличии признаков отделения – выделение последа с помощью наружных приемов с последующим бережным массажем матки.

Возможно использование тактики активных тракций за пуповину.

Если плацента не отделяется в течение 20 минут после рождения ребенка – приступить к ручному отделению и выделению последа.

Рекомендуется определение тонуса и бережный массаж матки после рождения последа.

Рекомендуется осмотр родовых путей в зеркалах после рождения последа.

Рекомендуется с целью профилактики патологической кровопотери и постгеморрагической анемии проводить аутоплазмотрансфузию, особенно у

беременных из группы риска по кровотечению, у которых планируется абдоминальное родоразрешение;

Рекомендуется с целью профилактики патологической кровопотери и постгеморрагической анемии проводить интраоперационную реинфузию аутоэритроцитов для восстановления глобулярного объема при операции кесарева сечения.

Заключение

Кровотечения во время беременности и родов - это самые опасные осложнения, угрожающие жизни беременной, роженицы и ее младенца. Когда говорят о скорой помощи в акушерстве, всегда имеют в виду в первую очередь случаи маточных кровотечений.

Кровотечения во время беременности является важным диагностическим признаком осложненной беременности, особенно во втором и третьем триместре, и требует немедленного обращения за медицинской помощью, самолечение и выжидательная тактика здесь недопустимы. Отсутствие своевременной квалифицированной медпомощи во многих случаях обрекает женщину на гибель.

Список литературы

1. Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях: клинические рекомендации (протокол) (утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации, 29.05.2014);
2. Акушерство: учебник для вузов / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М. 2009. - 656 с;
3. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского.- 2-е издание, перераб. и доп.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015;
4. Баев О.Р., Вихарева О.Н., Шмаков Р.Г., Кан Н.Е., Клименченко Н.И., Пырегов А.В., Тетруашвили Н.К., Тютюнник В.Л., Федорова Т.А. Послеродовое кровотечение Краткий протокол. Акушерство и гинекология, 2015, 4, приложение, с.5-11;
5. Кровесберегающие технологии в акушерской практике Клинические рекомендации (протокол лечения). Г.Т. Сухих, В.Н. Серов В.Н., Л.В. Адамян, Т.А. Федорова и др. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 27 мая 2014 г. N 15-4/10/2-3798.