



# Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова.

Кафедра акушерства и гинекологии  
имени С.Н. Давыдова, г. Санкт-Петербург



## Акушерские кровотечения

доктор медицинских наук, профессор  
Рищук Сергей Владимирович

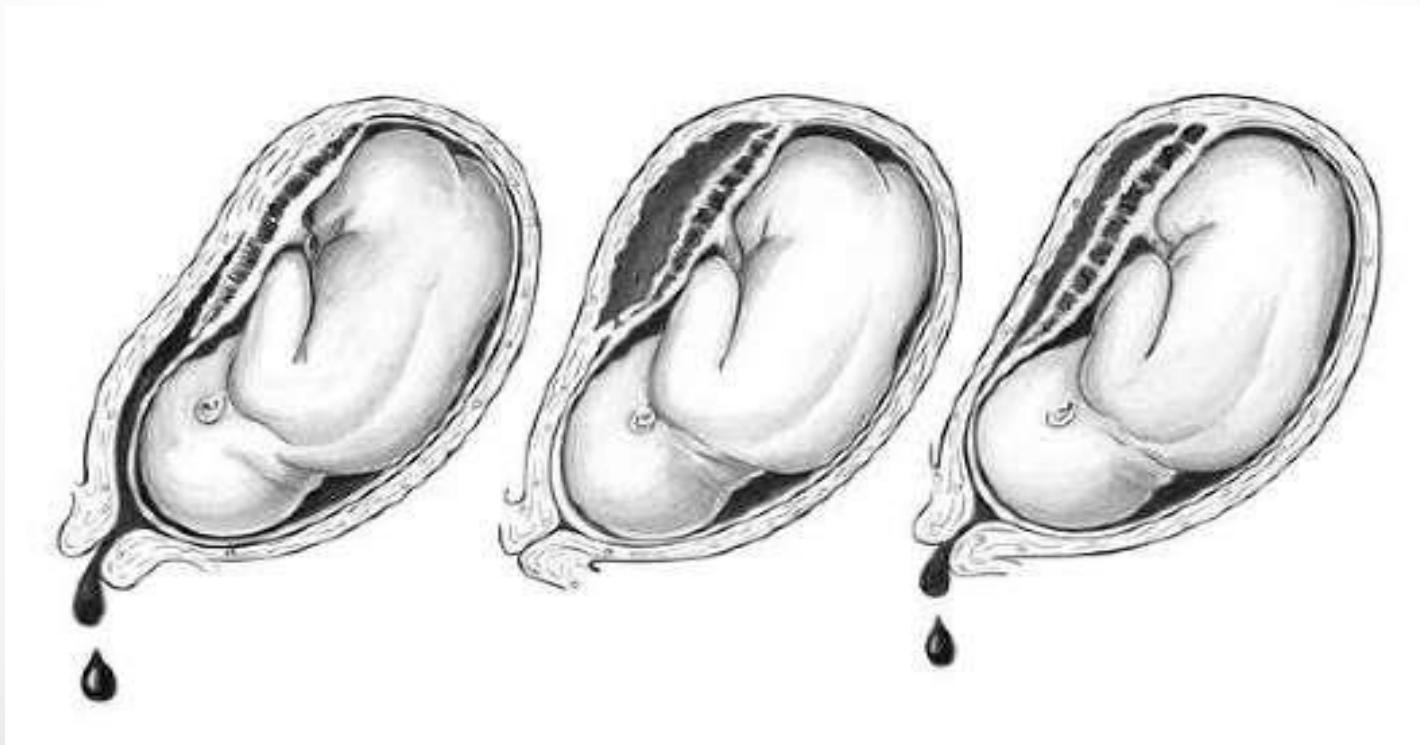
<http://rishchuk.ru>



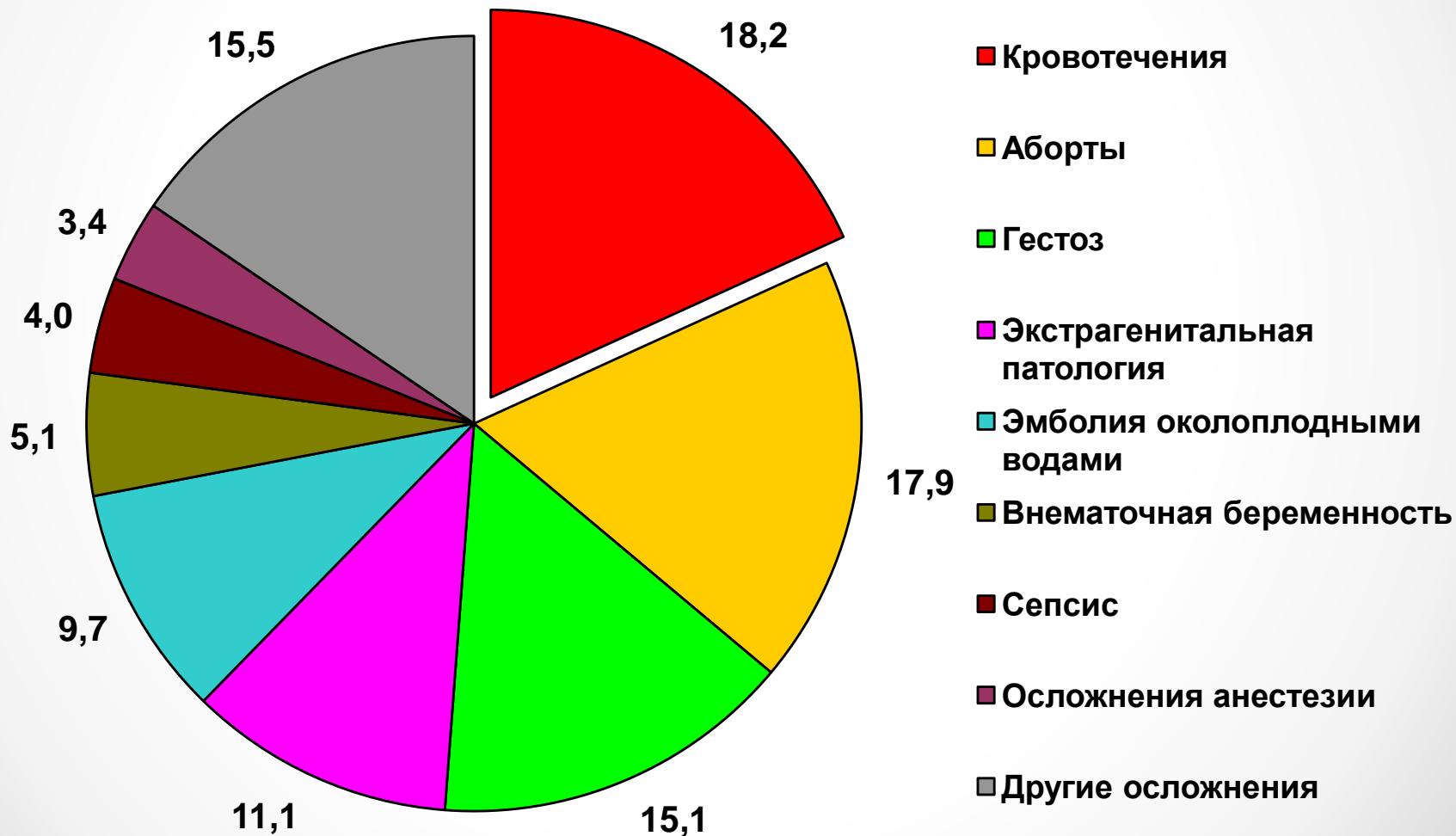


# Акушерские кровотечения

**Это кровотечения, возникающие во  
время беременности, в родах, в  
последовом и раннем послеродовом  
периоде**



# СТРУКТУРА ПРИЧИН МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ



# **Группы высокого риска по кровотечению в акушерстве**

- врожденные и приобретенные дефекты системы гемостаза**
- гестоз**
- предлежание плаценты**
- автоиммунные нарушения**
- миома**
- аномалии развития матки**
- антенатальная гибель плода**
- варикозное расширение вен**
- гемангиомы внутренних половых органов**
- многоплодие**
- многоводие**

# Особенности акушерских кровотечений

- ❖ **массивность и внезапность их появления**
- ❖ **как правило страдает плод, что диктует необходимость срочного родоразрешения**
- ❖ **сочетание кровопотери с резко выраженным болевым синдромом**
- ❖ **быстрое истощение компенсаторно-защитных механизмов (при осложненном течении родов, гестозе)**
- ❖ **острый дефицит объема циркулирующей крови (ОЦК), нарушение сердечной деятельности, анемическая и циркуляторная формы гипоксии**
- ❖ **опасность развития ДВС-синдрома и массивного кровотечения**

# **Классификация акушерских кровотечений**

## **(по периоду возникновения)**

- Кровотечения во время беременности:**
  - ❖ **кровотечения в I половине беременности**  
(до 20 недель)
  - ❖ **кровотечения во II половине беременности** (после 20 недель)
- Кровотечения в родах:**
  - ❖ **в I периоде** (период раскрытия шейки матки)
  - ❖ **во II периоде** (период изгнания – от полного раскрытия до изгнания плода)
  - ❖ **в III периоде** (последовый – от рождения плода до рождения последа)
- Кровотечения в послеродовом периоде:**
  - ❖ **раннем** (в течение 2 часов после родов)
  - ❖ **позднем** (позже 2 часов после родов)

# **Клиническая классификация акушерских кровотечений**

**во 2-й половине (после 20 недели)**



## **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.

# **Кровотечения в I половине беременности**

**Не связанные с  
патологией плодного  
яйца**

**псевдоэрозия шейки матки**

**полип и рак шейки матки**

**травмы влагалища**

**варикозное расширение вен  
наружных половых органов и  
влагалища**

**Связанные с патологией  
плодного яйца**

**самопроизвольный выкидыш  
при маточной беременности**

**прервавшаяся внематочная  
беременность**

**пузырный занос**

**шеечно-перешеечная  
беременность**

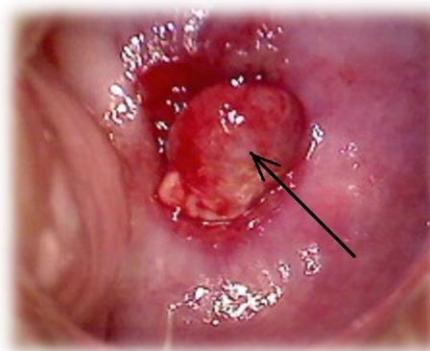
# Кровотечения в первой и второй половине беременности (не связанные с патологией плода)



эрозия шейки матки



рак шейки матки

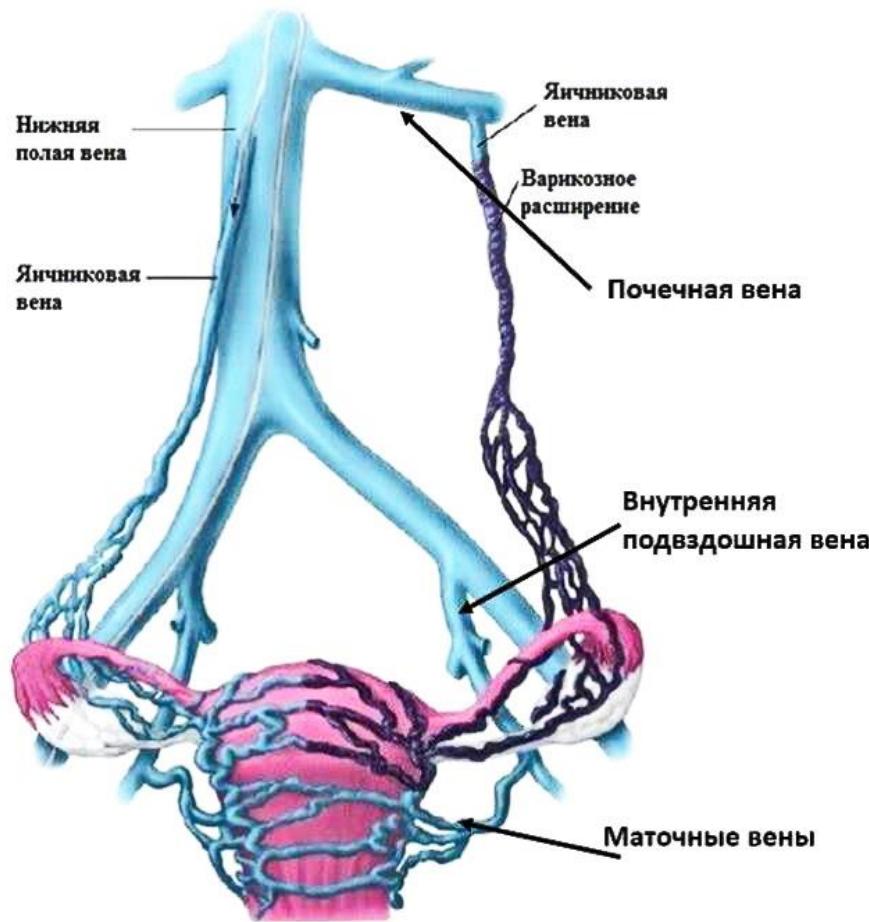


полип шейки матки

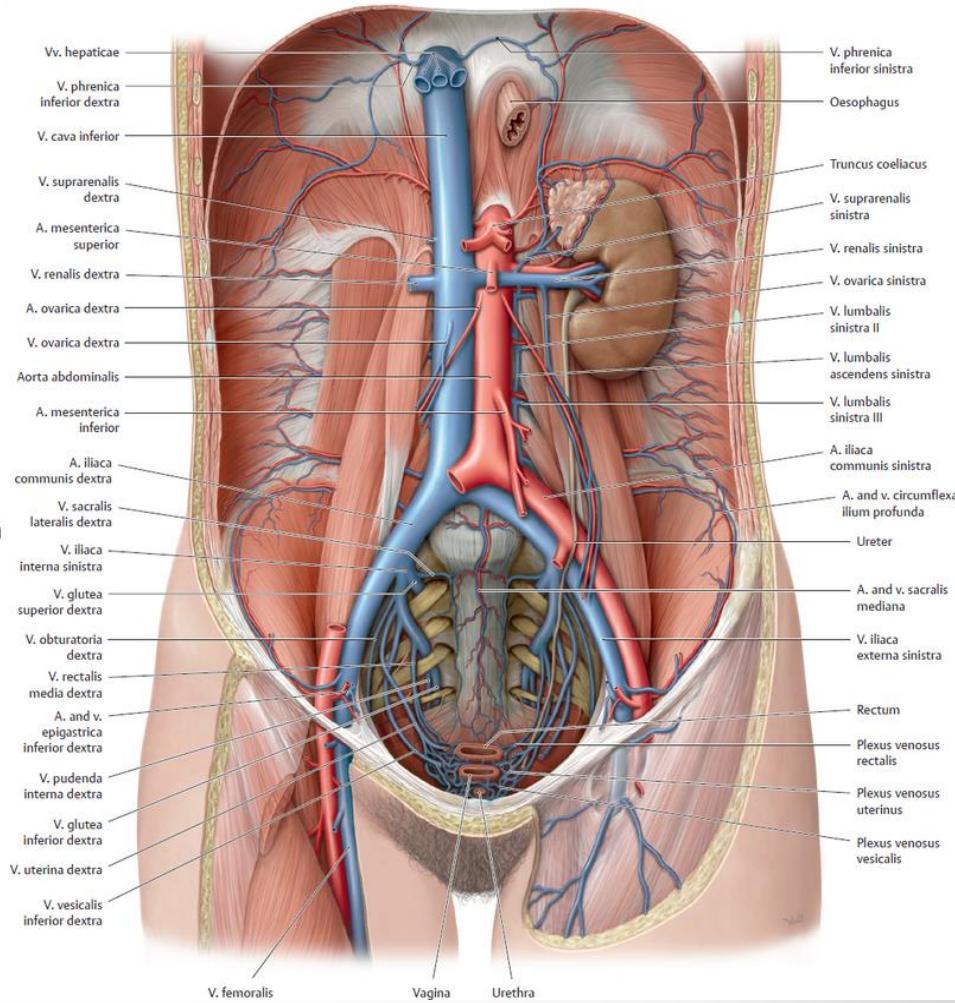


варикоз половых губ

# Кровотечения в первой и второй половине беременности (не связанные с патологией плода)



варикозное расширение  
вен влагалища и  
наружных половых органов



Aorta abdominalis → a.mesenterica superior

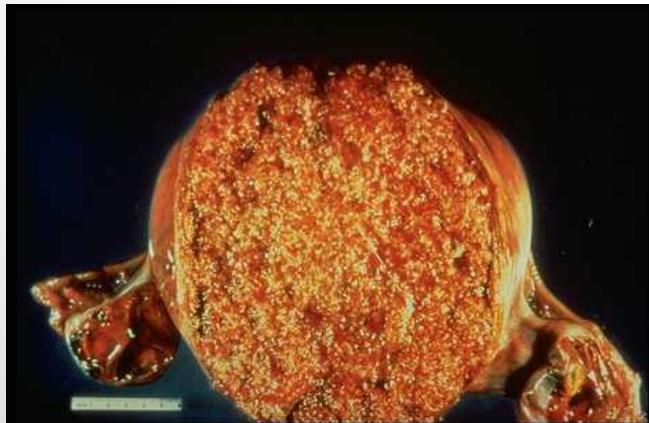
# Кровотечения в первой половине беременности (связанные с патологией плодного яйца)



внематочная беременность



пузырный занос неполный



пузырный занос полный



самопроизвольный аборт  
(выкидыш)

# **Кровотечения во II половине беременности**

- предлежание плаценты**
- преждевременная отслойка  
нормально расположенной пла-  
центы (ПОНРП)**
- разрыв матки**
- разрыв пуповинных сосудов при  
оболочечном их прикреплении**

# **Кровотечения в родах**

## **Кровотечения в I периоде родов:**

- ❖ разрыв шейки матки
- ❖ преждевременная отслойка normally расположенной плаценты (ПОНРП)
- ❖ разрыв матки

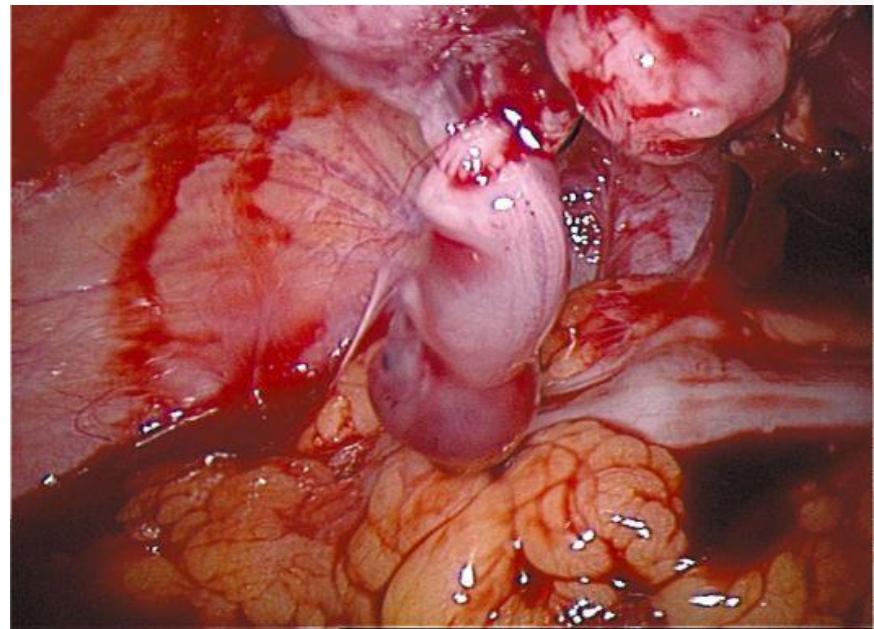
## **Кровотечения в II периоде родов:**

- ❖ разрыв матки
- ❖ преждевременная отслойка normally расположенной плаценты (ПОНРП)

## **Кровотечения в III периоде родов** (связаны с нарушением отделения и выделения последа):

- ❖ плотное прикрепление
- ❖ истинное приращение (только при частичном истинном приращении или частичном плотном прикреплении возможно кровотечение)
- ❖ ущемление последа в области внутреннего зева (спазм зева)
- ❖ остатки плацентарной ткани в матки

# Кровотечения в первой половине беременности

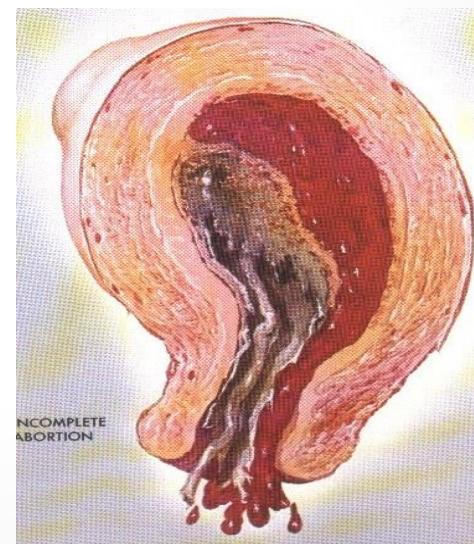
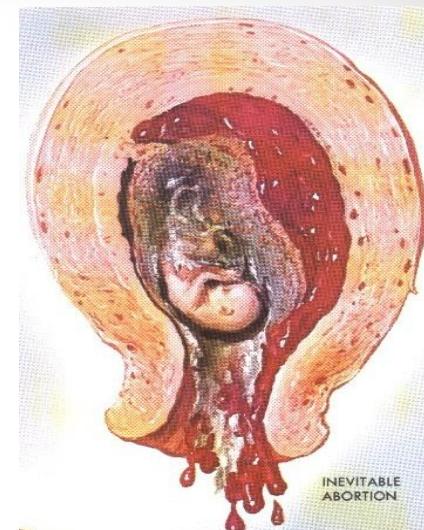
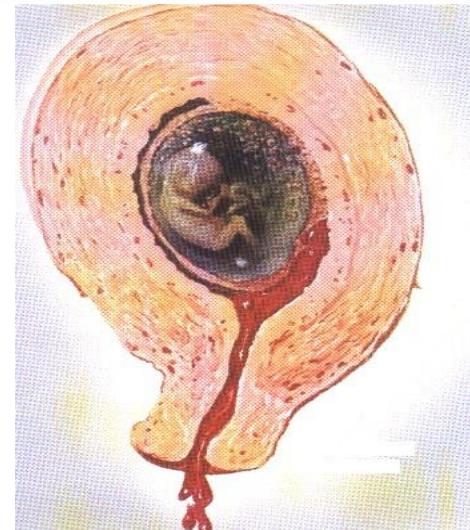


# Самопроизвольный выкидыш при маточной беременности

**Прерывание  
беременности в  
первые 22 недели.**

**Стадии:**

- ❖ **начавшийся  
аборт**
- ❖ **аборт в ходу**
- ❖ **неполный  
аборт**
- ❖ **полный abortion**



# **Особенности клинических проявлений самопроизвольного аборта при маточной беременности:**

- боли в нижних отделах живота**
- кровянистые выделения, которые могут принимать характер кровотечения**
- повышение тонуса матки**
- наличие структурных изменений в шейке матки, в результате чего происходит раскрытие маточного зева и изгнание плодного яйца (целиком или частично)**

# Основные направления терапии зависят от стадии самопроизвольного аборта

- Экстренная госпитализация.
- В случае **угрожающего и начавшегося (при незначительном кровотечении) аборта:**
  - ❖ постельный режим
  - ❖ средства, способствующие снижению сократительной активности матки (метацин, партусистен, гинипрал, фенотерол, магния сульфат - кормагнезин, магния сульфат)
  - ❖ гормональная терапия по показаниям (дюфастон или утробестан, дексаметазон или метипред)
  - ❖ лечение проводится под динамическим контролем УЗИ.
- При **аборте в ходу и неполном аборте:**
  - ❖ выскабливание матки
  - ❖ при массивном кровотечении - гемотрансфузия.

# Кровотечение при нарушенной внематочной (эктопической) беременности

- **Внематочная (эктопическая) беременность** - беременность, при которой оплодотворенная яйцеклетка развивается вне полости матки.
- **По локализации** - внематочная беременность может быть в маточной трубе, яичнике, шейке матки, в рудиментарном роге при однорогой матке, в брюшной полости.
- **По клиническому течению** - **прогрессирующая и нарушенная** в случае разрыва плодовместилища наружного (разрыв трубы, яичника) или внутреннего (трубный аборт).
- **Факторами риска** развития эктопической беременности являются:
  - ❖ перенесенные ранее аднексит, эндомиометрит, аборты;
  - ❖ нарушение гормональной функции яичников;
  - ❖ генитальный инфантилизм;
  - ❖ эндометриоз;
  - ❖ перенесенные операции на внутренних половых органах.

# Кровотечение при нарушенной внематочной (эктопической) беременности

## □ Ведущие симптомы:

- ✓ мажущие кровянистые выделения из половых путей на фоне задержки менструации
- ✓ боли внизу живота или признаки острого живота.

## □ Дифференциальная диагностика при эктопической беременности:

- ✓ полипы
- ✓ новообразования
- ✓ воспалительные процессы в шейке матки (причину выявляют при гинекологическом исследовании - осмотр при помощи зеркал)
- ✓ трофобластическая болезнь - диагноз уточняют при УЗИ (в полости матки разрастания, напоминающие гроздья винограда)
- ✓ дисменорея.

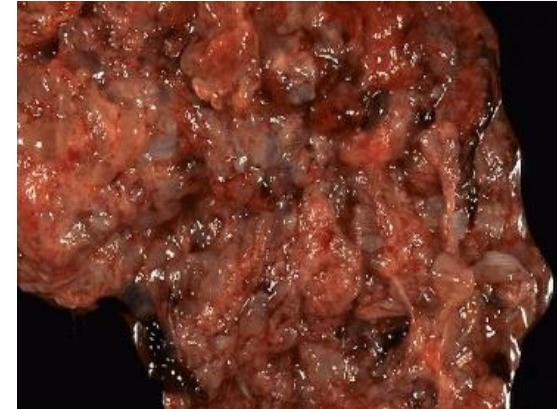
# Пузырный занос

□ Превращение ворсин хориона в грозевидные образования (пузырьки), содержащие большое количество эстрогенов:

- ❖ полный
- ❖ неполный (частичный)

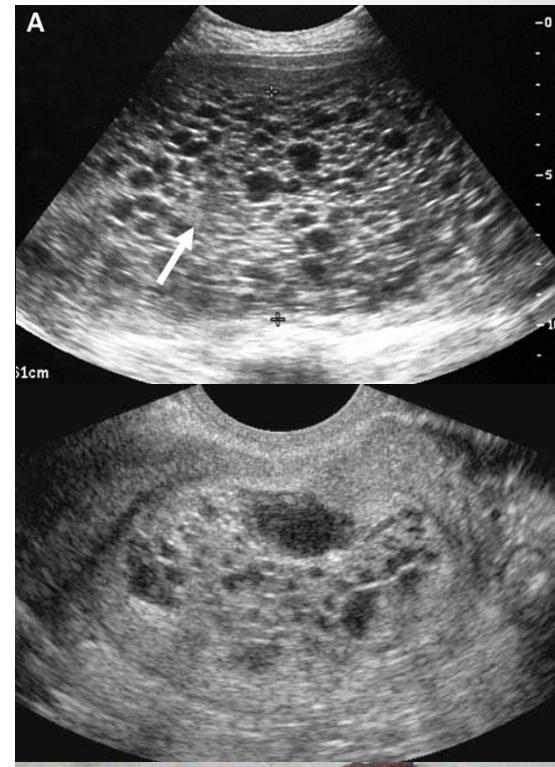
□ Женщины в группе риска по развитию пузырного заноса:

- ✓ перенесшие пузырный занос
- ✓ женщины с воспалительными заболеваниями гениталий
- ✓ с нарушениями гормональной функции яичников



# Диагностика пузырного заноса

- ❖ По УЗИ множество эхо-сигналов в полости матки и отсутствие эмбриона или несоответствие его размера сроку гестации.
- ❖ Раннее появление симптомов гестоза: отечный синдром, протеинурия, гипертензия.
- ❖ Несоответствие размеров матки сроку задержки менструации (по данным влагалищного исследования)
- ❖ Определение титра хорионического гонадотропина (уровень многократно превышает аналогичный при нормально протекающей беременности).



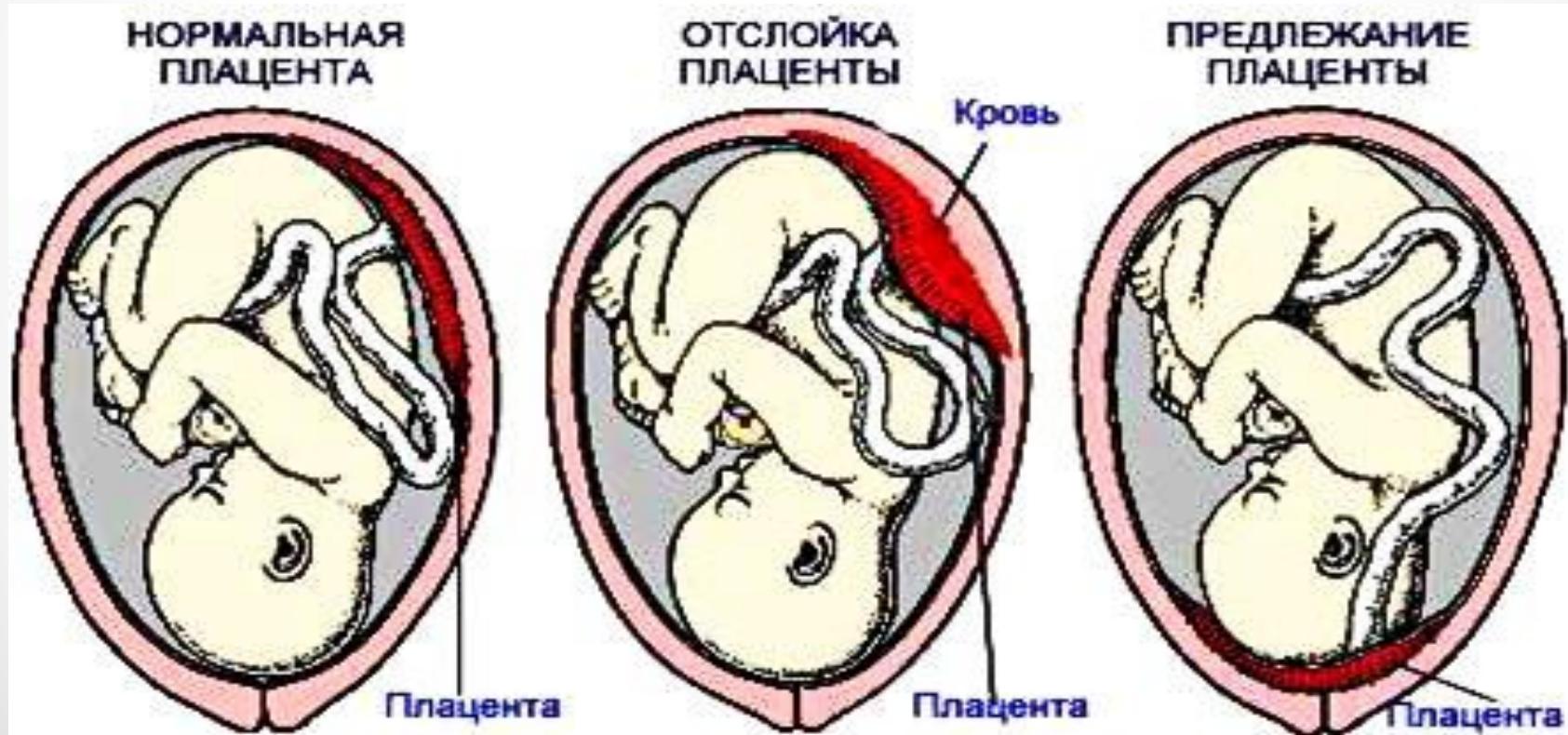
# Лечебные мероприятия при пузырном заносе и кровотечении

**Кровотечение может остановлено только одним путем – выскабливанием полости матки.**

## Особенности выскабливания:

- Должно проводится под обязательным внутривенным введением утеротоников (для улучшения контурирования полости матки) и удаление максимального количества патологической ткани абортоцангом.
- Большая вероятность перфорации стенки матки (при инвазивном пузырном заносе).
- При перфорации - обязательная ампутация матки.

# КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ



# **Предлежание плаценты (placenta praevia)**

## **□ Нормальное расположение плаценты**

подразумевает ее локализацию по передней или задней стенке матки с переходом на боковую стенку, в дне. Однако иногда в силу некоторых факторов плацента располагается в области внутреннего зева, даже перекрывая его.

## **□ Предлежанием плаценты (placenta praevia)**

называют прикрепление ее какой-либо частью или полностью в области нижнего сегмента матки.

В России частота предлежаний плаценты составляет 0,5-0,8% от общего числа родов.

# **Эпидемиология и клинические проявления предлежания плаценты (placenta praevia)**

## **Эпидемиология:**

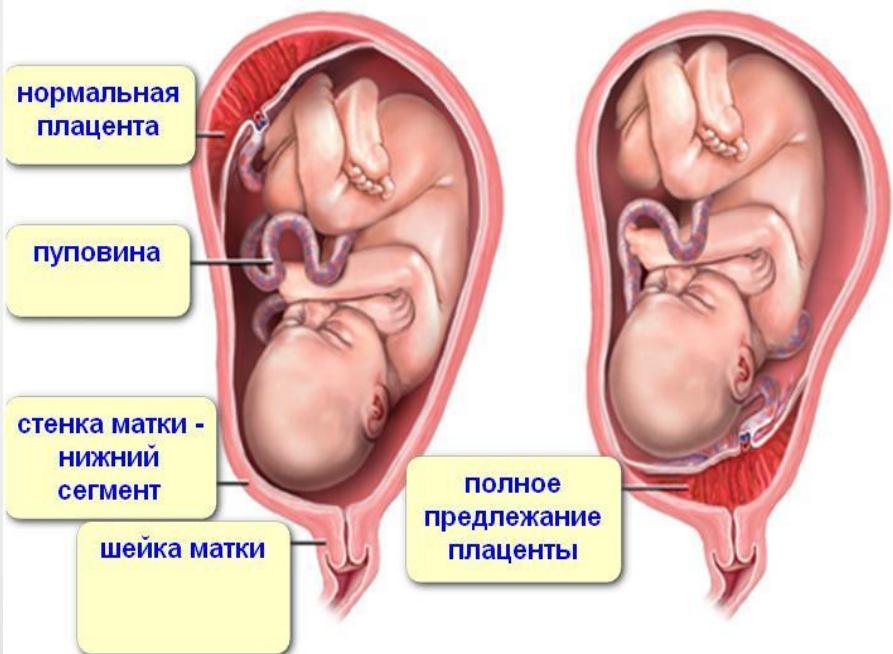
- ❖ Повышение частоты предлежания плаценты в последние десятилетия объясняют **увеличением числа абортов и внутриматочных вмешательств**.
- ❖ Предлежание плаценты **у повторнородящих** возникает чаще (75%), чем у первородящих.

## **Кровотечение – как одно из клинических проявлений:**

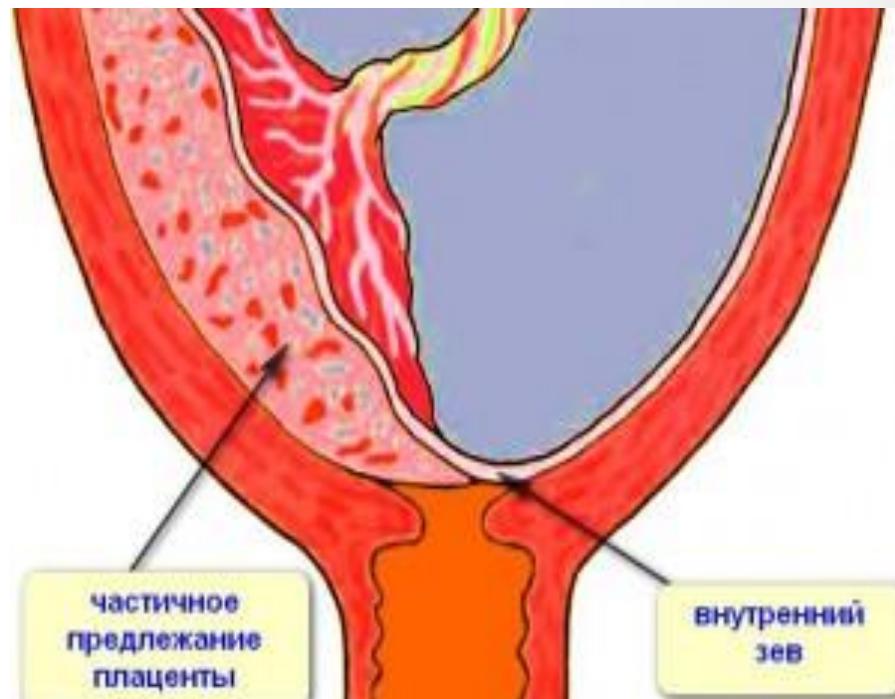
- ❖ Кровотечение при предлежании плаценты может возникнуть **в начале второй половины беременности**, когда перешеек матки несколько растягивается в стороны и происходит формирование нижнего сегмента матки.
- ❖ Чаще кровотечение наблюдают **в последние недели беременности**, когда начинают появляться сокращения матки (у 34%).
- ❖ Наиболее часто кровотечение возникает **во время родов** (у 66%).

# Разновидности предлежаний

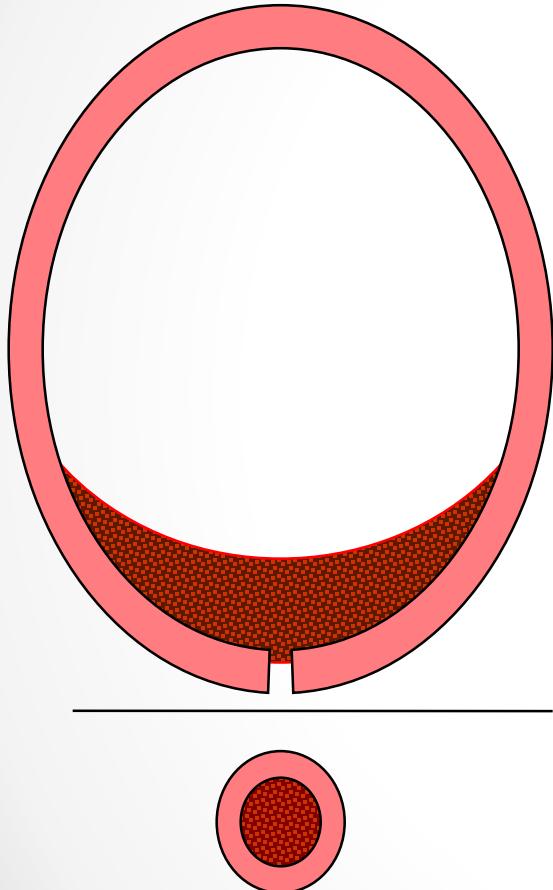
## Нормальное и полное



## Частичное

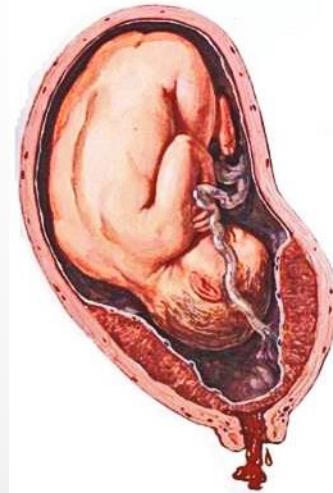


# ПОЛНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ



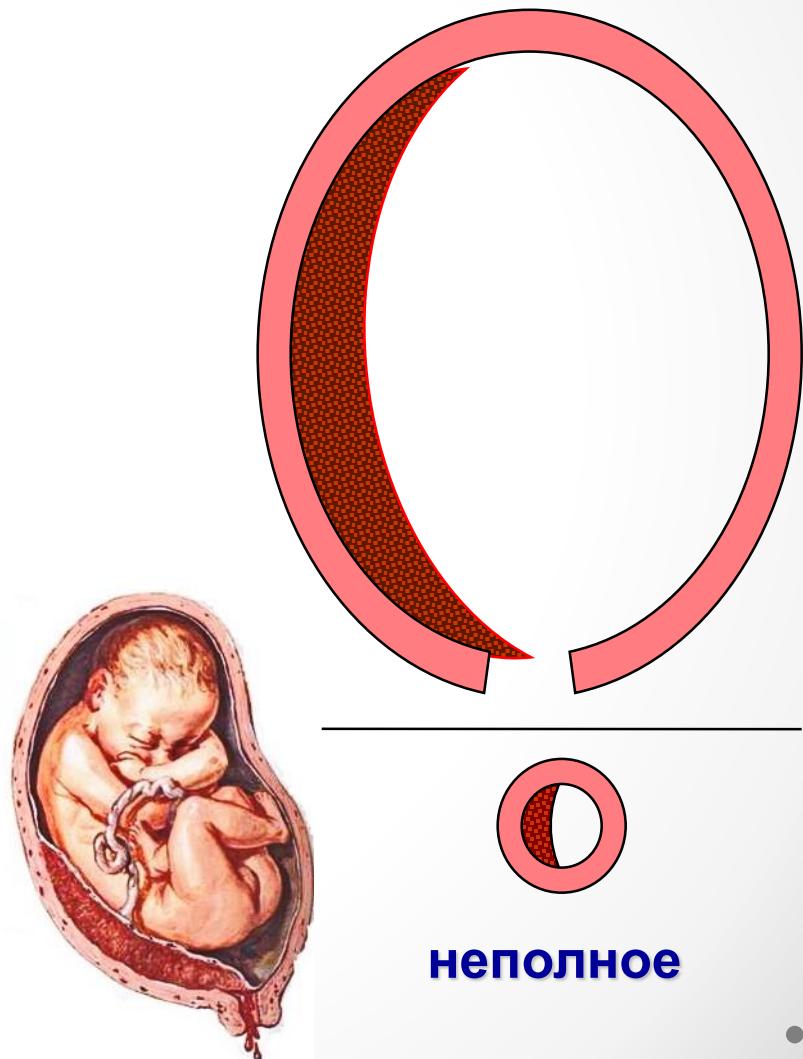
**полное**

- ❖ внутренний зев полностью перекрыт плацентой
- ❖ при влагалищном исследовании всюду определяют плацентарную ткань
- ❖ плодные оболочки не пальпируют



# НЕПОЛНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

- ❖ внутренний зев не полностью перекрыт плацентой
- ❖ при влагалищном исследовании за внутренним зевом определяют плацентарную ткань и околоплодные оболочки.
- ✓ При клиническом обследовании оба варианта предлежания плаценты можно определить только при раскрытии маточного зева не менее, чем на 4 см.

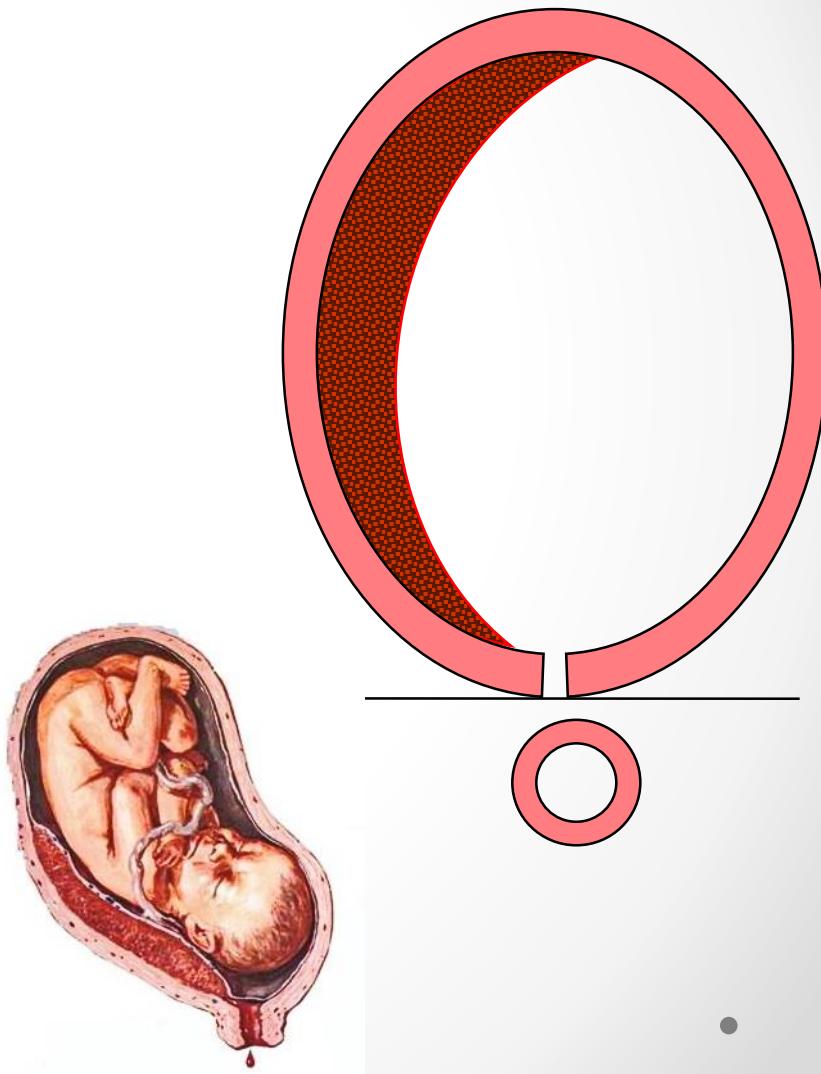


# НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

❖ Нижний край плаценты располагается на расстоянии менее 7 см от внутреннего зева (область внутреннего зева не захватывает и при влагалищном исследовании пальпации не доступен)

- ✓ иногда можно пальпировать шероховатую поверхность плодных оболочек, что позволяет подозревать близкое расположение плаценты;
- ✓ 7 см – это условная граница нижнего (пассивного) сегмента матки

низкое  
прикрепление



# **Клинические признаки предлежания 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.**

# **Осложнения беременности при предлежании плаценты**

- угроза прерывания**
- железодефицитная анемия**
- неправильное положение и тазовое предлежание плода в силу наличия препятствия вставлению головки в малый таз**
- хроническая гипоксия и задержка развития плода (ЗРП) за счет плацентации в нижнем сегменте и относительно низкого кровотока в этом отделе матки.**

# Диагностика предлежания плаценты



## □ Физикальное исследование:

- ❖ кровяные выделения яркого цвета из половых путей при безболезненной матке;
- ❖ высокое стояние предлежащей части плода;
- ❖ неправильное положение или тазовое предлежание плода.

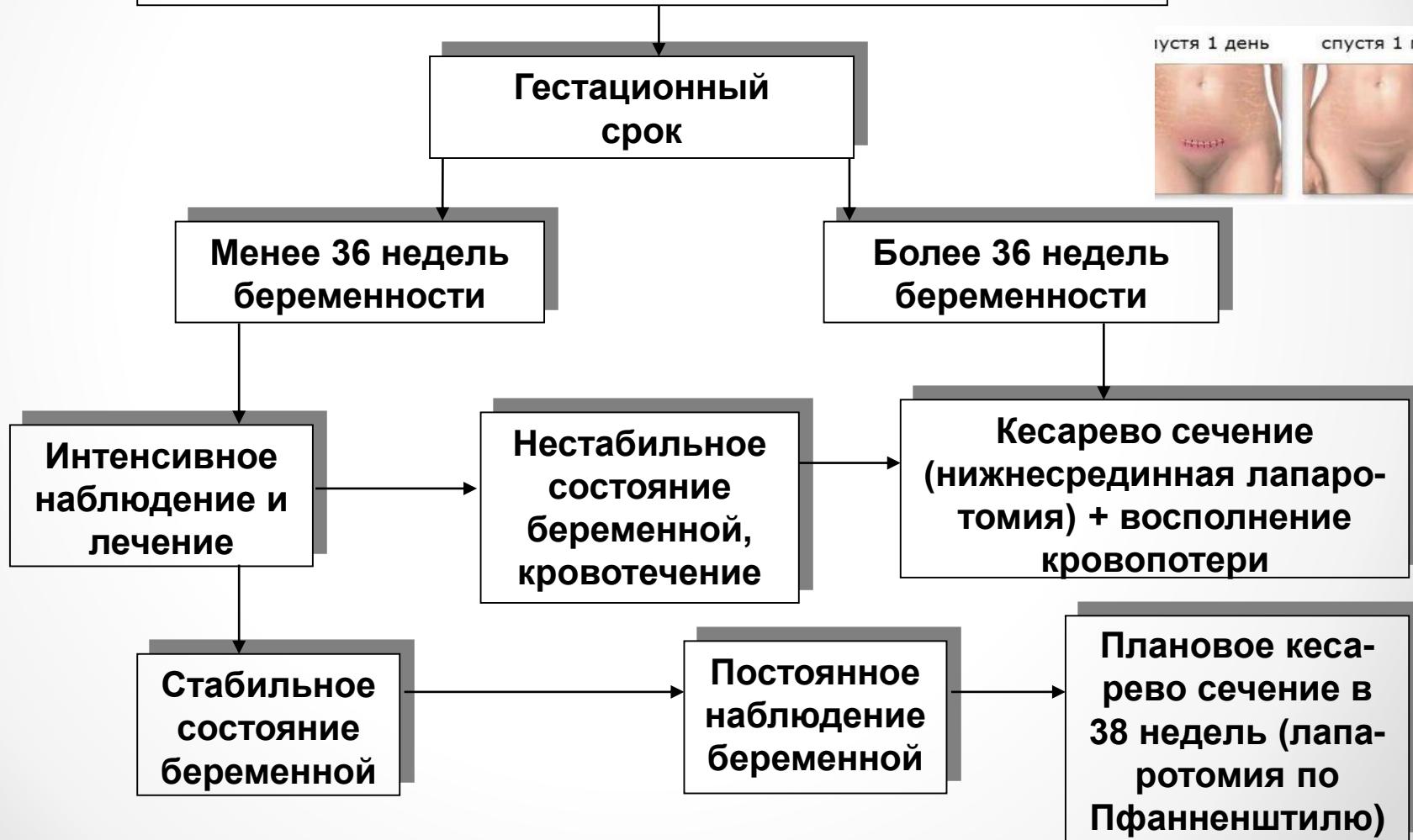
## □ Инструментальные исследования:

- ❖ Трансвагинальное УЗИ безопасно при определении предлежания плаценты и более точно, чем трансабдоминальное, определяет ее расположение

- ✓ При предполагаемом диагнозе «предлежание плаценты» **влагалищное исследование в амбулаторных условиях** проводить противопоказано, так как может произойти отслойка, усиливающая кровотечение.
- ✓ **Влагалищное исследование** проводят в стационаре при развернутой операционной, позволяющей экстренно провести КС в случае возникновения обильных кровяных выделений. При исследовании пальпируют губчатую ткань между предлежащей частью и пальцами акушера.

# Ведение беременных с предлежанием плаценты в условиях стационара

## Умеренные или незначительные кровянистые выделения



# Ведение беременных при предлежании плаценты в условиях стационара

**Выраженное  
кровотечение,  
угрожающее жизни  
женщины**

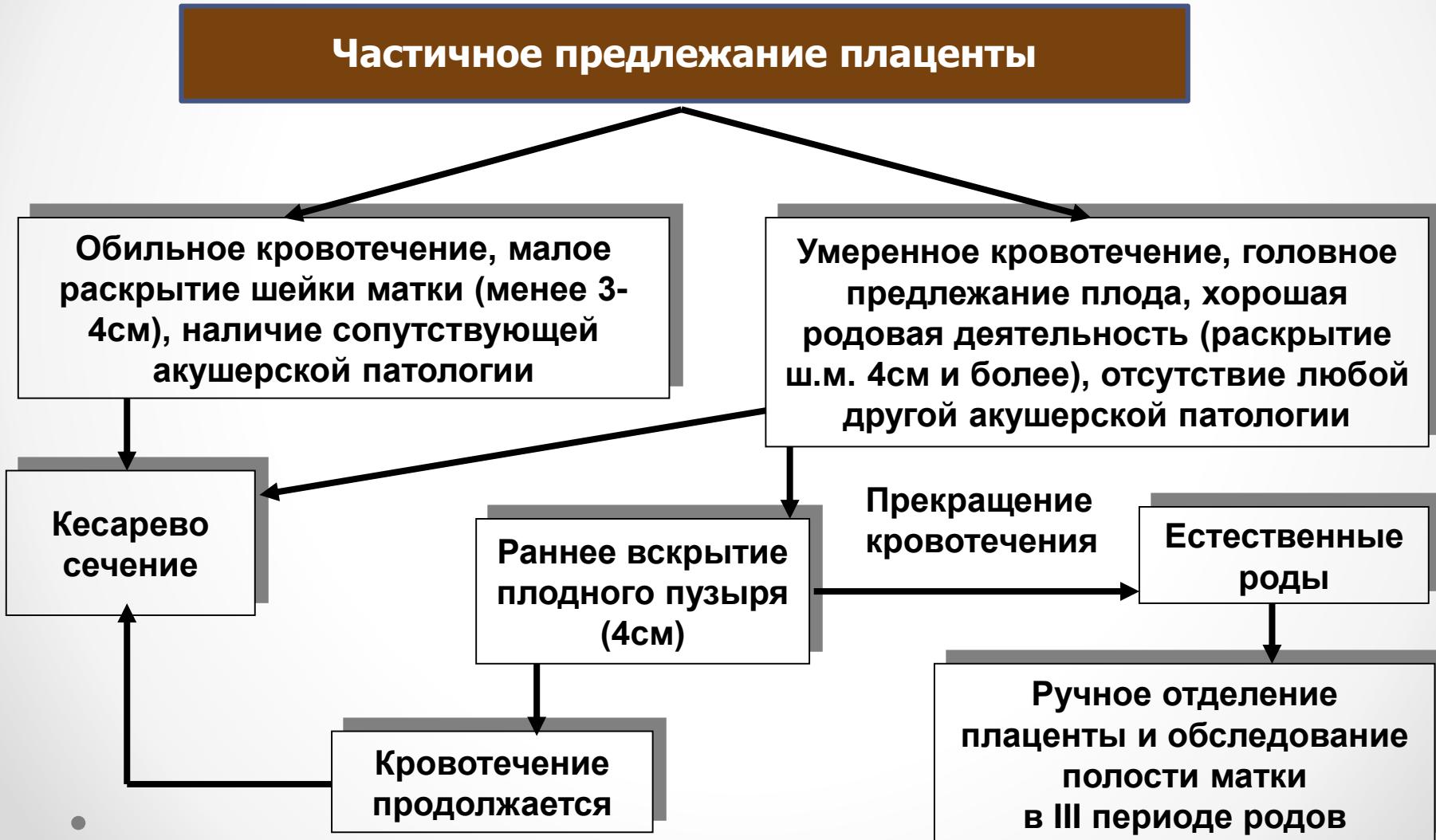


**Экстренное родоразрешение  
путем операции кесарево  
сечение (нижнесрединная  
лапаротомия)  
независимо от состояния плода  
(нежизнеспособный  
или мертвый)**



# Тактика при ПП во время родов

**Полное предлежание плаценты – абсолютное показание к абдоминальному родоразрешению.**

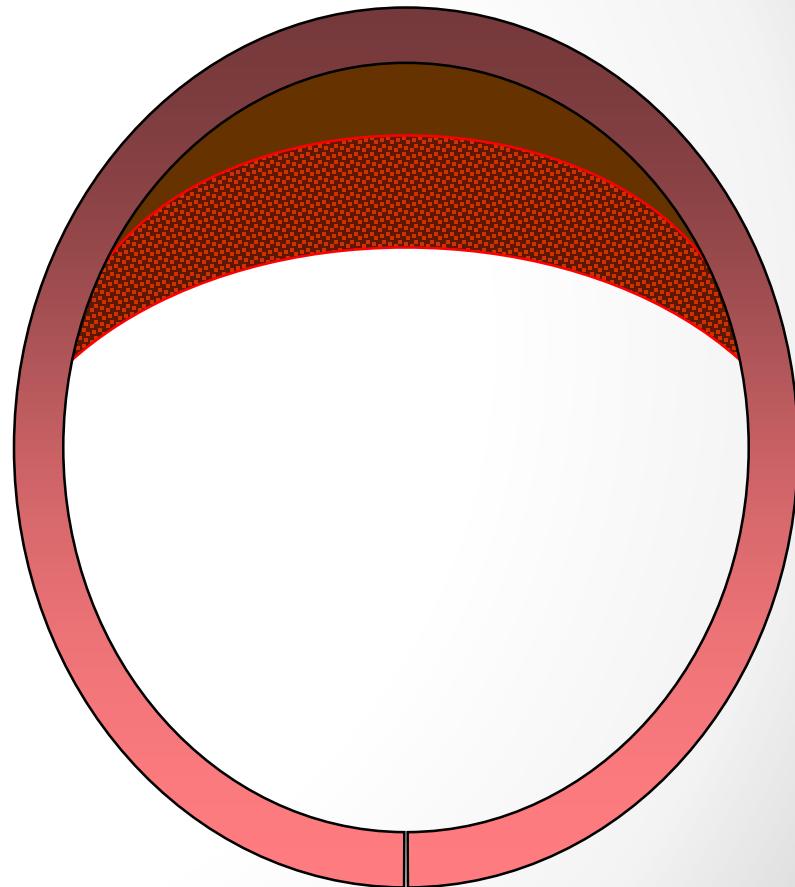


# Прогноз при предлежании плаценты

**ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ НЕ  
ПРЕВЫШАЕТ  
10%  
(основная причина гибели –  
недоношенность)**

# Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

- Это отделение нормально имплантированной плаценты от места своего прикрепления до рождения плода.
- ПОНРП может произойти во время беременности либо в первом или втором периоде родов, что приводит к осложнениям, опасным для жизни матери и плода.
- ПОНРП – это тяжелая акушерская патология, наблюдающаяся в 0,1-0,3% случаев.
- У многорожавших женщин эта патология возникает в два раза чаще, чем у первородящих.



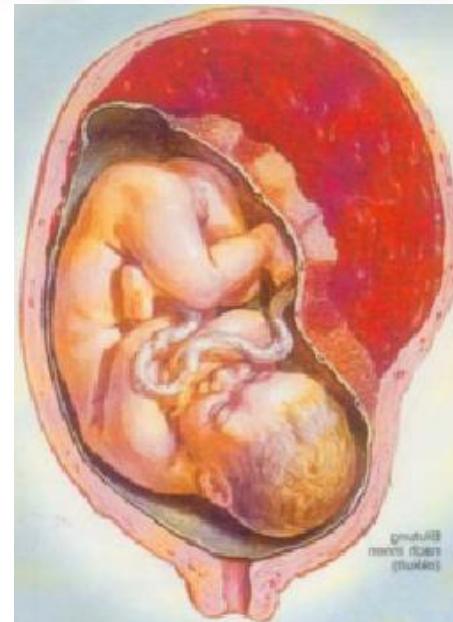
# Классификации ПОНРП по локализации и клиническому течению

## По локализации:

- ❖ центральная
- ❖ краевая

## По выраженности отслойки:

- ❖ частичная:
  - ✓ прогрессирующая
  - ✓ не прогрессирующая
- ❖ полная



# По клиническому течению и состоянию беременной при отслойке плаценты

## □ Легкая форма:

- ❖ отслойка **небольшого участка плаценты**
- ❖ незначительные выделения из половых путей
- ❖ общее состояние не нарушено
- ❖ при УЗИ можно определить ретроплацентарную гематому. Если же кровь выделяется из наружных половых органов, то при УЗИ ее не определяют
- ❖ после родов обнаруживают организовавшийся сгусток на плаценте.

## □ Средняя степень тяжести:

- ❖ отслойка **плаценты на 1/3-1/4 поверхности**
- ❖ при большой ретроплацентарной гематоме матка может стать асимметричной, резкоболезненной при пальпации
- ❖ без своевременного родоразрешения плод погибает
- ❖ одновременно развиваются симптомы шока (геморрагического и болевого).

# **По клиническому течению и состоянию беременной при отслойке плаценты**

## **□ Тяжелая форма:**

- ❖ отслойка **более 1/2 площади** поверхности плаценты
- ❖ внезапно возникают **боль в животе**
- ❖ кровотечение (первоначально внутреннее, а затем и наружное)
- ❖ быстро появляются **симптомы шока**
- ❖ при осмотре и пальпации матка напряжена, асимметрична, в области ретроплацентарной гематомы можно обнаружить выбухание
- ❖ **симптомы острой гипоксии или гибели плода.**

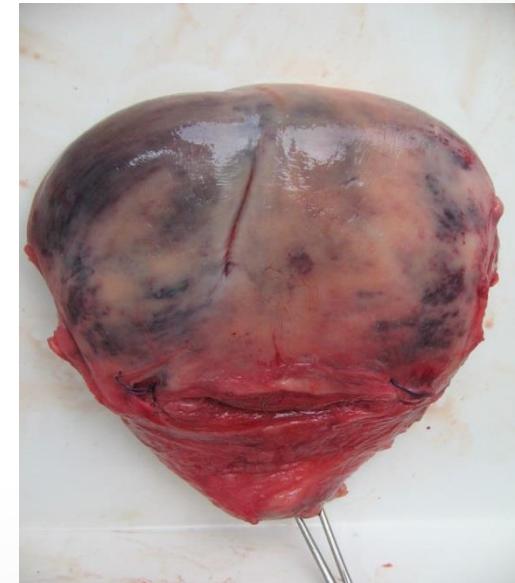
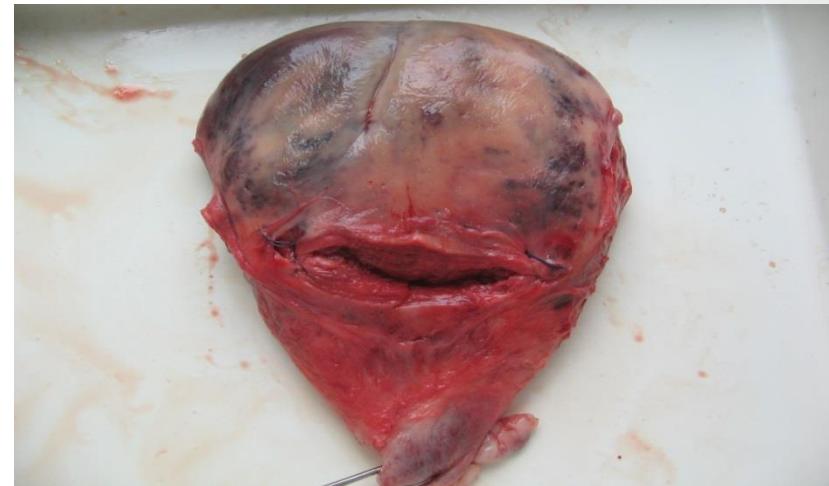
# Клинические признаки ПОНРП:

- ❖ Абдоминальный **болевой синдром**
- ❖ **Гипертонус матки**, 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 3 триместре беременности**, в первом или во втором периоде родов
- ❖ Кровотечение чаще внутреннее, реже наружное или смешанное
- ❖ **Признаки страдания плода** (выраженность или ослабление двигательной активности, острые гипоксия, иногда гибель)
- ❖ При выраженной отслойке - клинические проявления сочетанного шока, ДВС-синдрома (маточно-плацентарная апоплексия или «матка КЮВЕЛЕРА» - в 8%), ишемические некрозы внутренних органов (при гиповолемии).

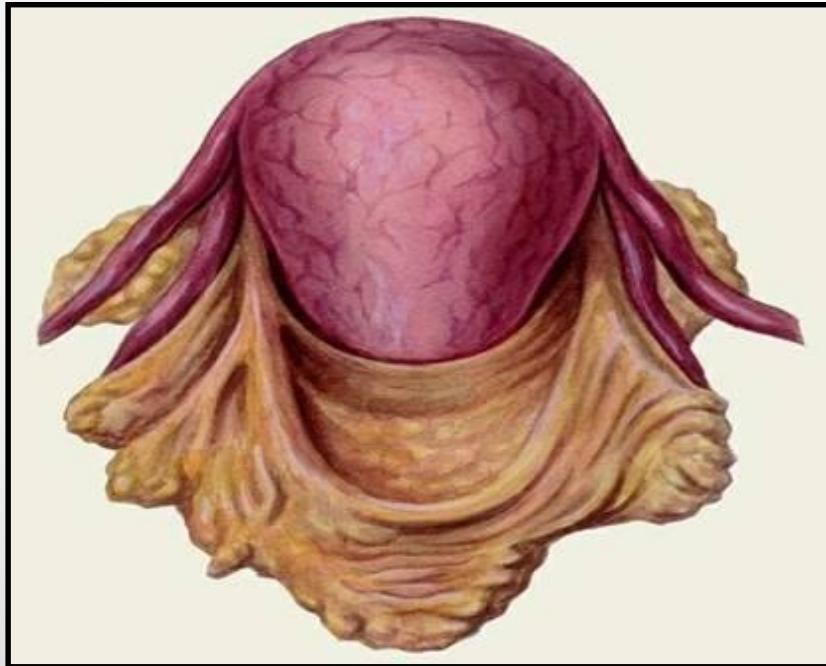
# МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНАЯ АПОПЛЕКСИЯ «МАТКА КУВЕЛЕРА» (Couvelaire)

- ❖ Кровь проникает как в плаценту, так и в толщу миометрия, что ведет к перерастяжению и пропитыванию стенок матки, раздражению рецепторов миометрия.
- ❖ Растворение может быть настолько значительным, что в стенке матки образуются трещины, распространяющиеся до серозной оболочки и даже на нее.
- ❖ При этом вся стенка матки пропитывается кровью, которая может проникать в окломаточную клетчатку, а в ряде случаев — через трещины серозной оболочки и в брюшную полость.
- ❖ Серозный покров матки при этом имеет синюшный цвет с петехиями (или петехиальными кровоизлияниями).

Такое патологическое состояние называют маточно-плацентарной апоплексией. Впервые патологию описал А. Кувелер в 1911 г., и она получила название «матка Кувелера»

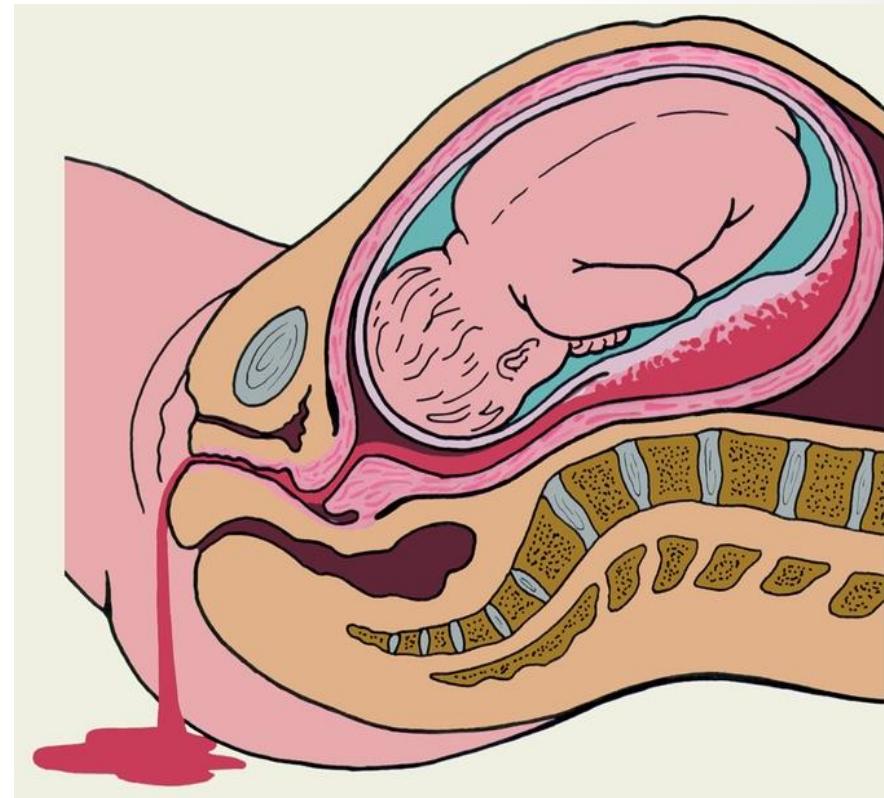


# МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНАЯ АПОПЛЕКСИЯ «МАТКА КУВЕЛЕРА» (Couvelaire)



# Диагностика ПОНРП основана:

- на клинической картине заболевания
- данных УЗИ
- изменениях гемостаза (признаки ДВС-синдрома)



# **Лечение**

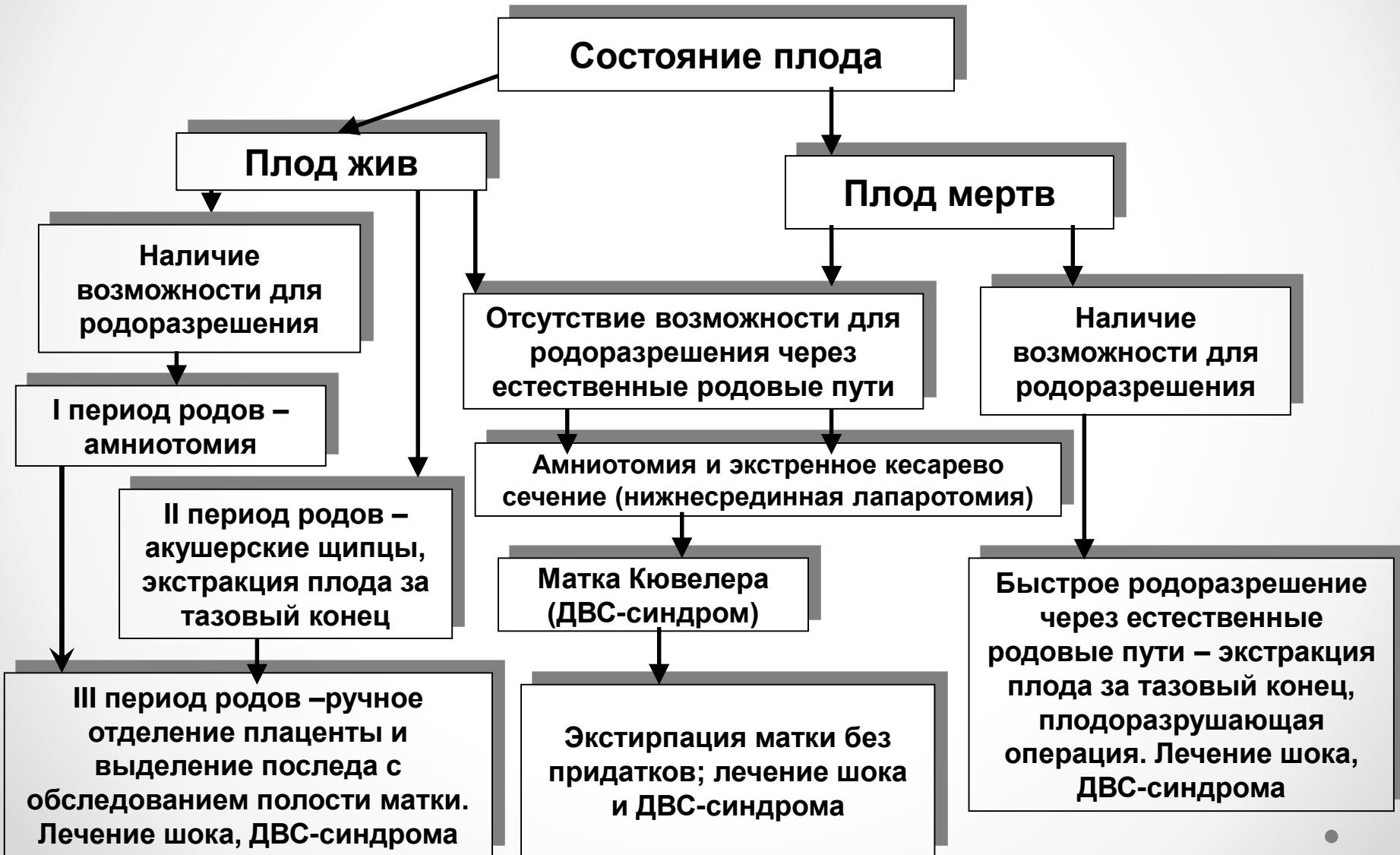
**□ Тактика ведения беременности при ПОНРП зависит от следующих показателей:**

- ❖ величины кровопотери
- ❖ состояния гемостаза
- ❖ срока гестации
- ❖ состояния беременной
- ❖ состояния плода.

# Лечение

- Во время беременности и в родах при наличии клинической картины (средняя и тяжелая степень) ПОНРП показано **экстренное родоразрешение путем КС независимо от срока гестации и состояния плода.**
- Во время операции необходим осмотр матки для обнаружения кровоизлияния в мышечную стенку и под серозную оболочку (матка Кувелера).
  - ❖ При диагностике матки Кувелера на **первом этапе после родоразрешения** проводят **перевязку внутренних подвздошных артерий (a. iliaca interna)**.
  - ❖ При отсутствии кровотечения объем операции чаще этим ограничивается, и матку сохраняют.
- При **продолжающемся кровотечении** следует провести **экстирпацию матки.**

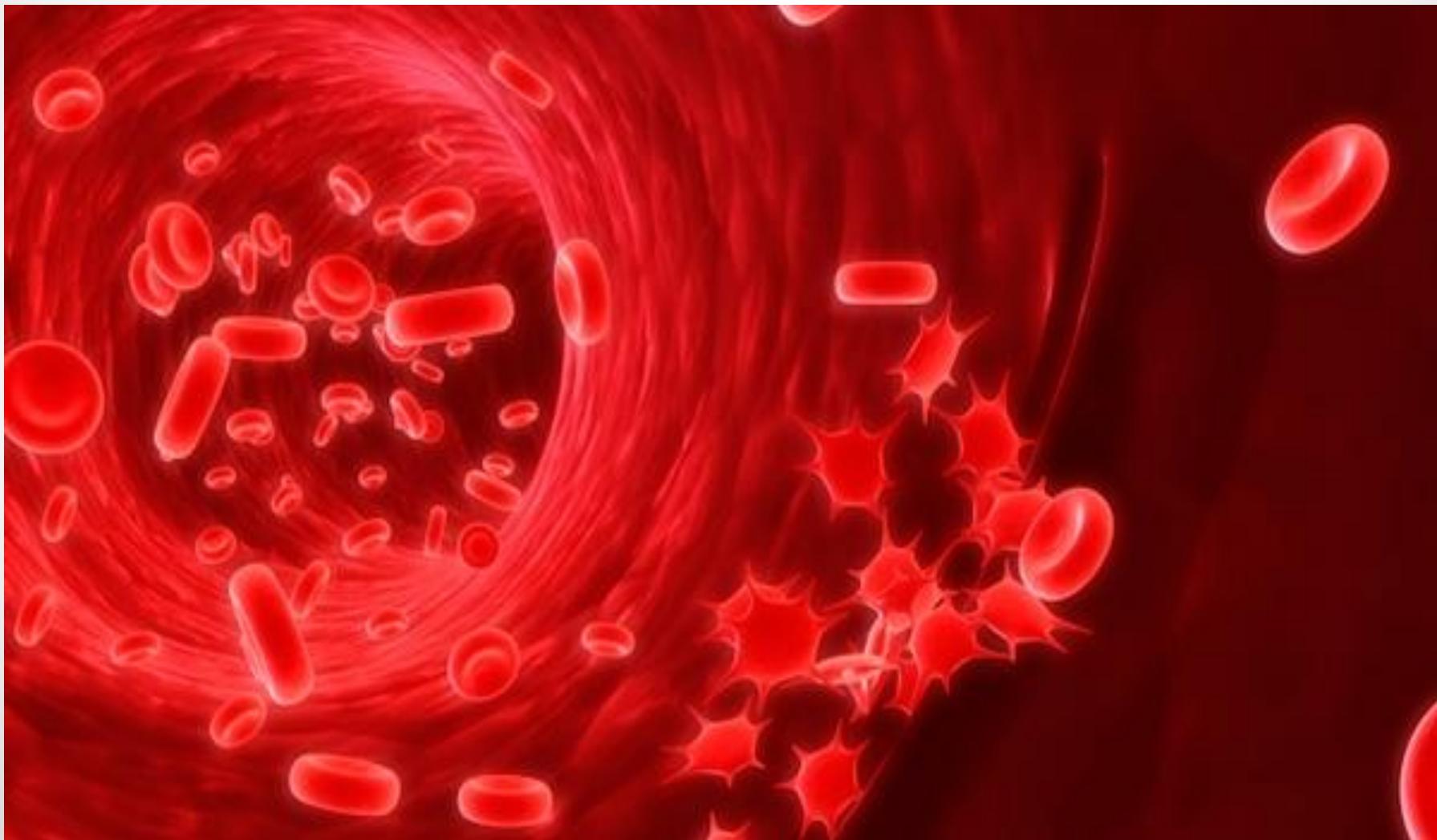
# Ведение беременных с преждевременной отслойкой normally расположенной плаценты



Прогноз при  
ПОНРП:

**ПЕРИНАТАЛЬНАЯ  
СМЕРТНОСТЬ  
30%**

# Послеродовые кровотечения



# **Кровотечения в послеродовом периоде**

- Гипо-атония матки.**
- Задержка в полости матки части последа.**
- Разрывы мягких тканей родовых путей.**
- Врожденные и приобретенные нарушения системы гемостаза.**

# Классификации

## По времени возникновения:

- раннее послеродовое кровотечение-кровотечение, возникшее в течение 2 часов после родов**
- позднее послеродовое кровотечение - кровотечение, возникшее позже 2 часов после родов**

## По объему кровопотери:

- физиологическая кровопотеря - до 10% ОЦК или до 500 мл во время родов и до 1000 мл во время кесарева сечения;**
- патологическая кровопотеря - от 10 до 30% ОЦК более 500 мл во время родов и более 1000 мл во время кесарева сечения;**
- массивная кровопотеря - превышающая 30% ОЦК.**

# Классификация по степени тяжести кровопотери

	Компенсация	Легкая	Умеренная	Тяжелая
Степень тяжести	I	II	III	IV
Кровопотеря	500-1000 ml (10-15%)	1000-1500 ml (15-25%)	1500-2000 ml (25-35%)	2000-3000 ml (35-45%)
Изменение АД (системы)	нет	умеренное снижение (80-100 мм.рт.ст)	значимое снижение (70-80 мм.рт.ст)	выраженное снижение (50-70 мм.рт.ст)
Симптомы	Учащенное сердцебиение, головокружение, тахикардия	Слабость, тахикардия, потоотделение	Беспокойство, спутанность, бледность, олигурия	Коллапс, анурия, сонливость, нарушение дыхания

# **Факторы риска**

- ❖ отягощенный геморрагический анамнез
- ❖ антенатальное или послеродовое кровотечение
- ❖ исходные нарушения в системе гемостаза (болезнь Виллебранда, тромбоцитопении, тромбоцитопатии, хронический ДВС-синдром, лейкозы и т.д.)
- ❖ предлежание плаценты, вращение плаценты
- ❖ длительные роды (особенно с родовозбуждением)
- ❖ миома матки или миомэктомия во время кесарева сечения
- ❖ многоплодная беременность
- ❖ крупный плод или многоводие
- ❖ повторнородящая (многорожавшая - более 3-х родов)
- ❖ ожирение (2-3 степени)
- ❖ возраст матери старше 40 лет

# Этиология

## **Раннее послеродовое кровотечение – до 2 часов (4 - Т):**

- ❖ Т (tone) - нарушение сокращения матки: гипо- или атония
- ❖ Т (tissue) - задержка частей плаценты или сгустков крови в полости матки
- ❖ Т (trauma) - травма родовых путей, разрыв матки
- ❖ Т (trombin) - нарушения свертывающей системы крови

## **Позднее послеродовое кровотечение – после 2 часов:**

- ❖ остатки плацентарной ткани
- ❖ субинволюция матки
- ❖ послеродовая инфекция
- ❖ наследственные дефекты гемостаза

# Диагностика

- пальпация матки**
- осмотр последа и оболочек**
- осмотр шейки матки, родовых путей и наружных половых органов**
- показатели гемостазиограммы:**
  - ✓ прикроватный тест
  - ✓ тромбоэластограмма (ТЭГ)
  - ✓ количество тромбоцитов
  - ✓ фибриноген
  - ✓ протромбиновый индекс (ПТИ)
  - ✓ активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)
  - ✓ продукты деградации фибрина/фибриногена (ПДФ/Ф)
  - ✓ D-димер
- УЗИ - диагностика**

# Профилактика послеродового кровотечения

- активное ведение III периода родов
- установка в/в капельной системы и в/в катетера большого диаметра (18G) в конце I периода родов у женщин из группы высокого риска по развитию кровотечения
- введение **транексамовой кислоты 15 мг/кг** у женщин с исходными нарушениями гемостаза
- **автоплазмотрансфузия** является эффективным методом профилактики и лечения акушерских кровотечений, особенно у беременных из группы риска по кровотечению, у которых планируется абдоминальное родоразрешение
- **интраоперационная реинфузия аутоэритроцитов** является эффективным способом восстановления глобулярного объема при операции кесарева сечения

# **Алгоритм действий при послеродовом кровотечении:**

## **Первый этап:**

### **□ Цель:**

- ❖ установить причину кровотечения
- ❖ предпринять необходимые меры по остановке кровотечения
- ❖ назначить необходимые обследования

**Диагностика, остановка кровотечения и инфузионная терапия выполняются одновременно с организацией контроля за состоянием пациентки! .**

# Варианты остановки кровотечения

- ❖ ручное исследование послеродовой матки, удаление остатков плацентарной ткани и сгустков (однократно)
- ❖ наружно-внутренний массаж
- ❖ ушивание разрывов мягких родовых путей
- ❖ назначение лекарственных средств для лечения атонии
- ❖ коррекция нарушений параметров гемостаза

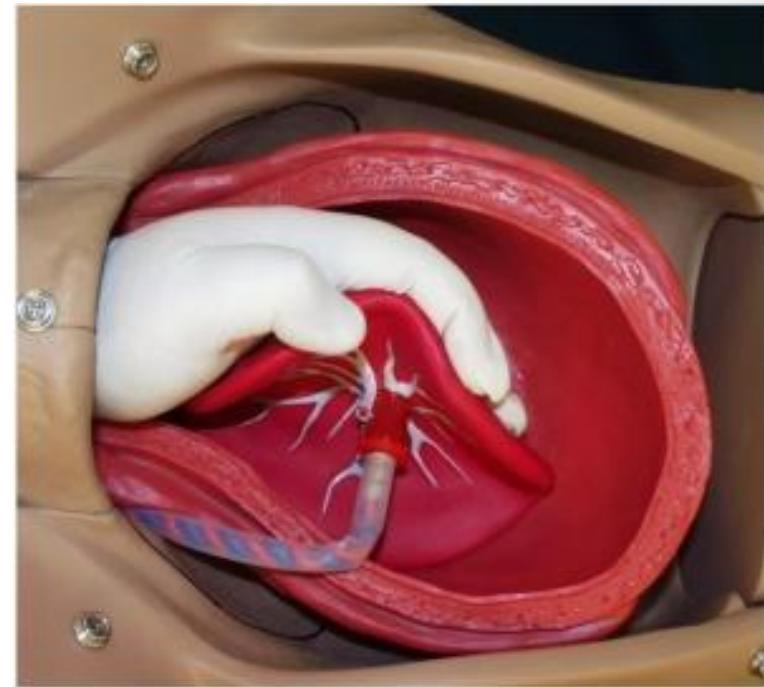
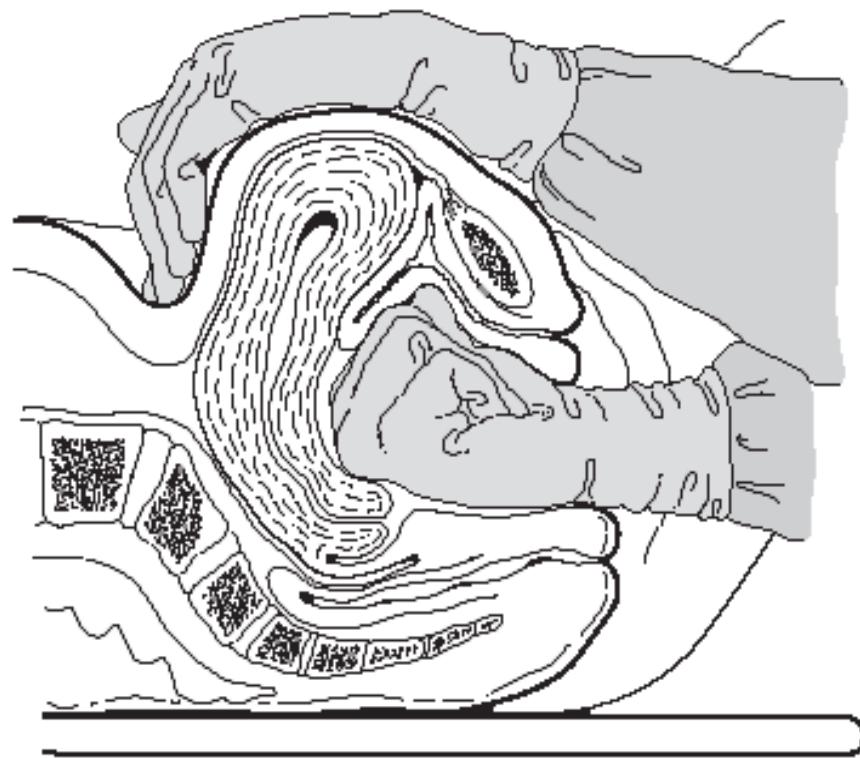
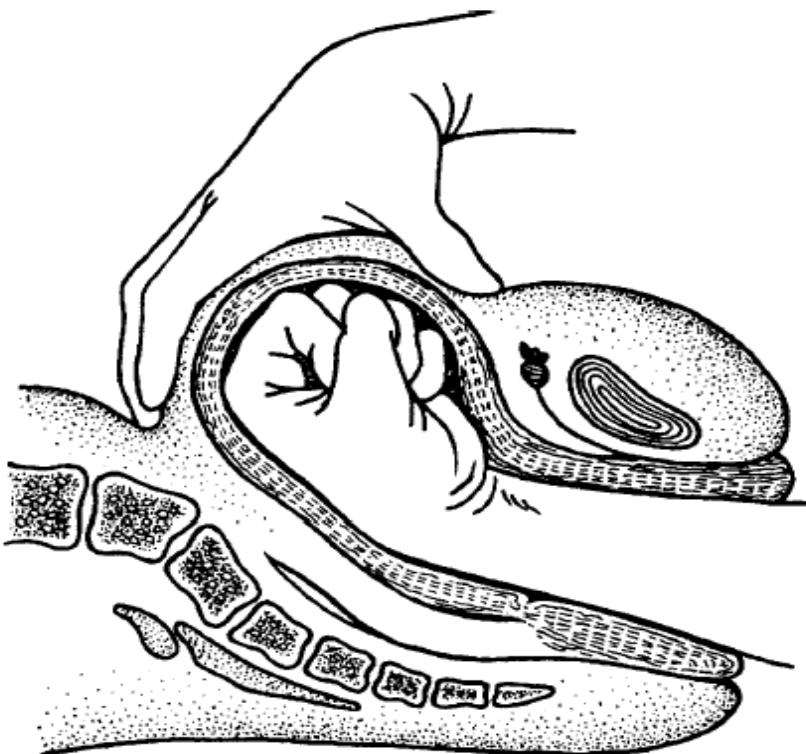


Схема ручного отделения плаценты

# Варианты остановки кровотечения

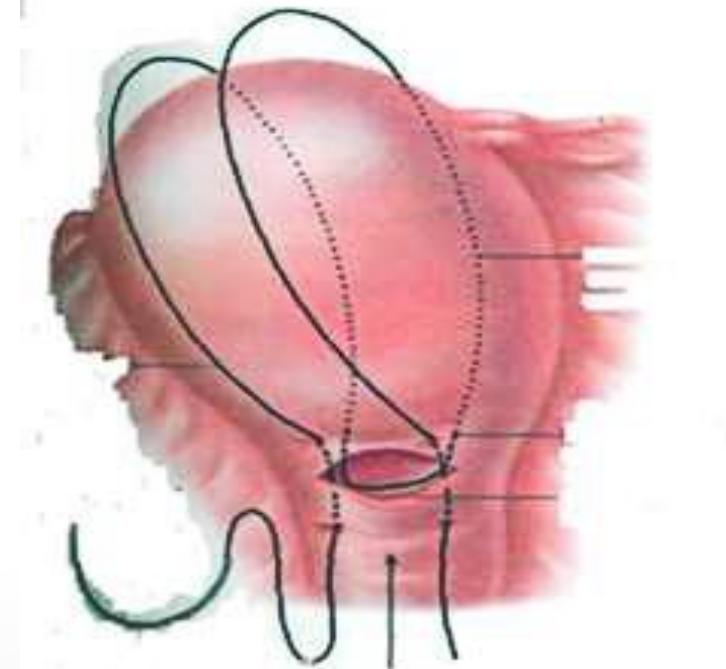
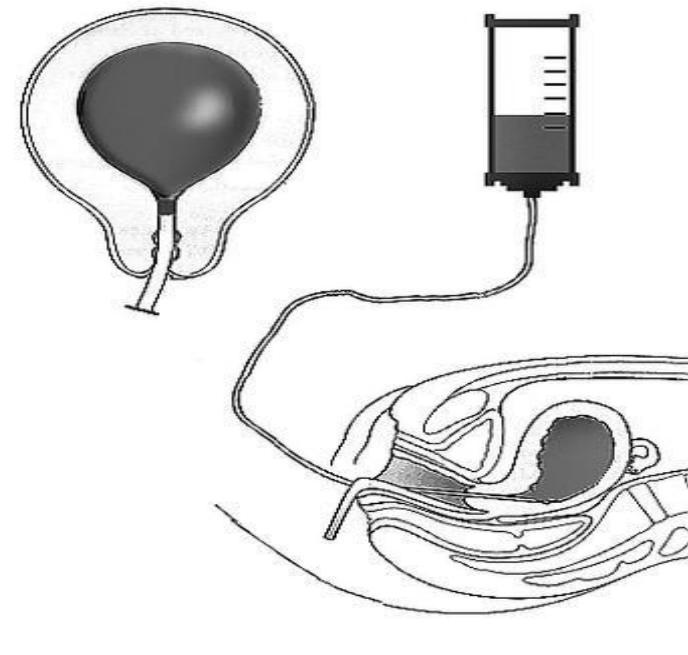
## Наружно-внутренний массаж



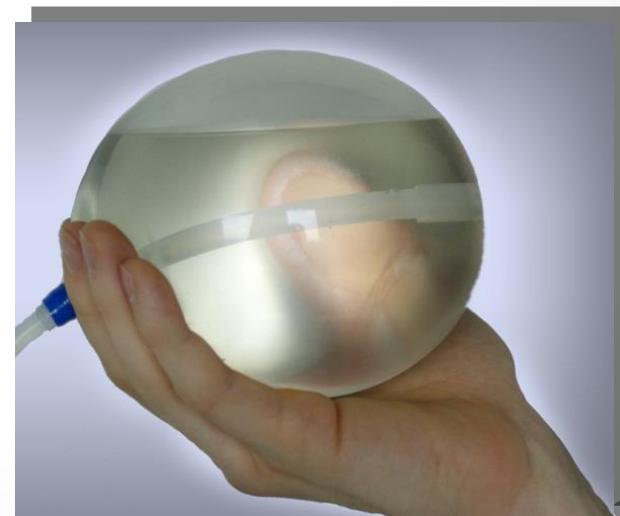
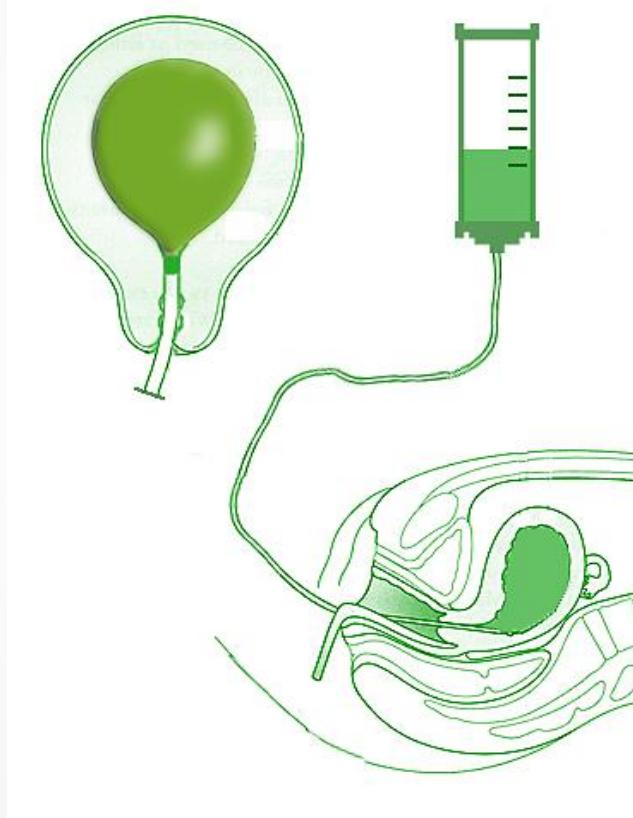
## **Второй этап: при продолжающемся кровотечении**

### **Манипуляции:**

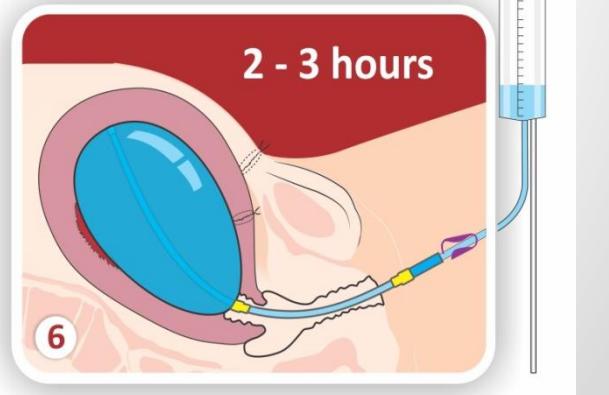
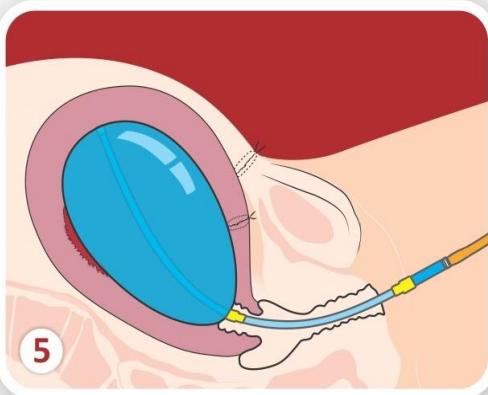
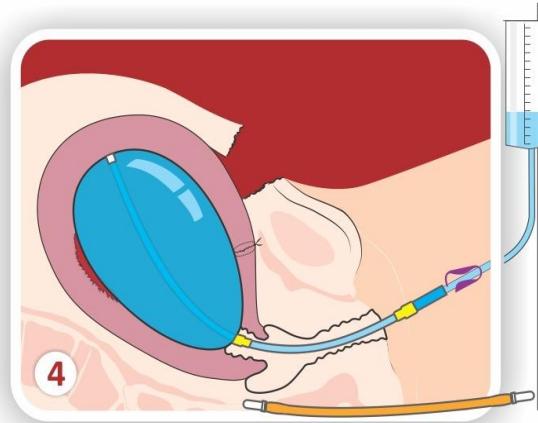
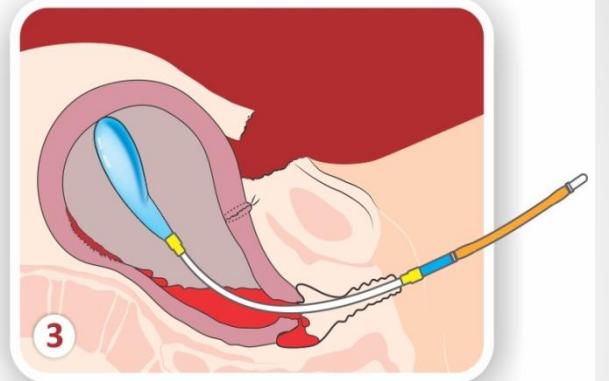
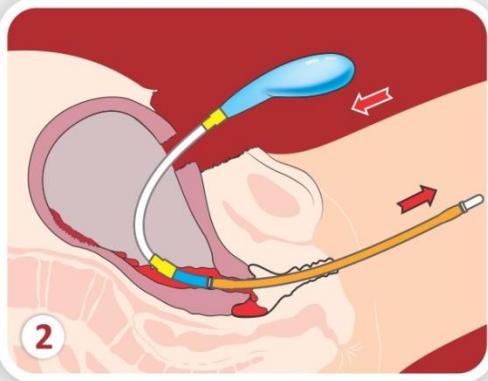
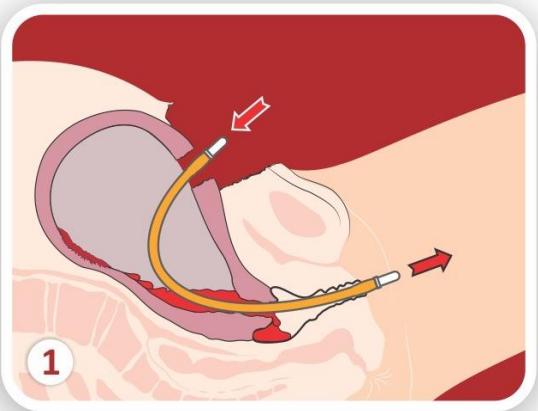
- +/- управляемая баллонная тампонада матки
- +/- компрессионные швы по В-Lynch
- продолжение инфузционно-трансфузионной терапии проводится в зависимости от величины кровопотери, массы тела пациентки



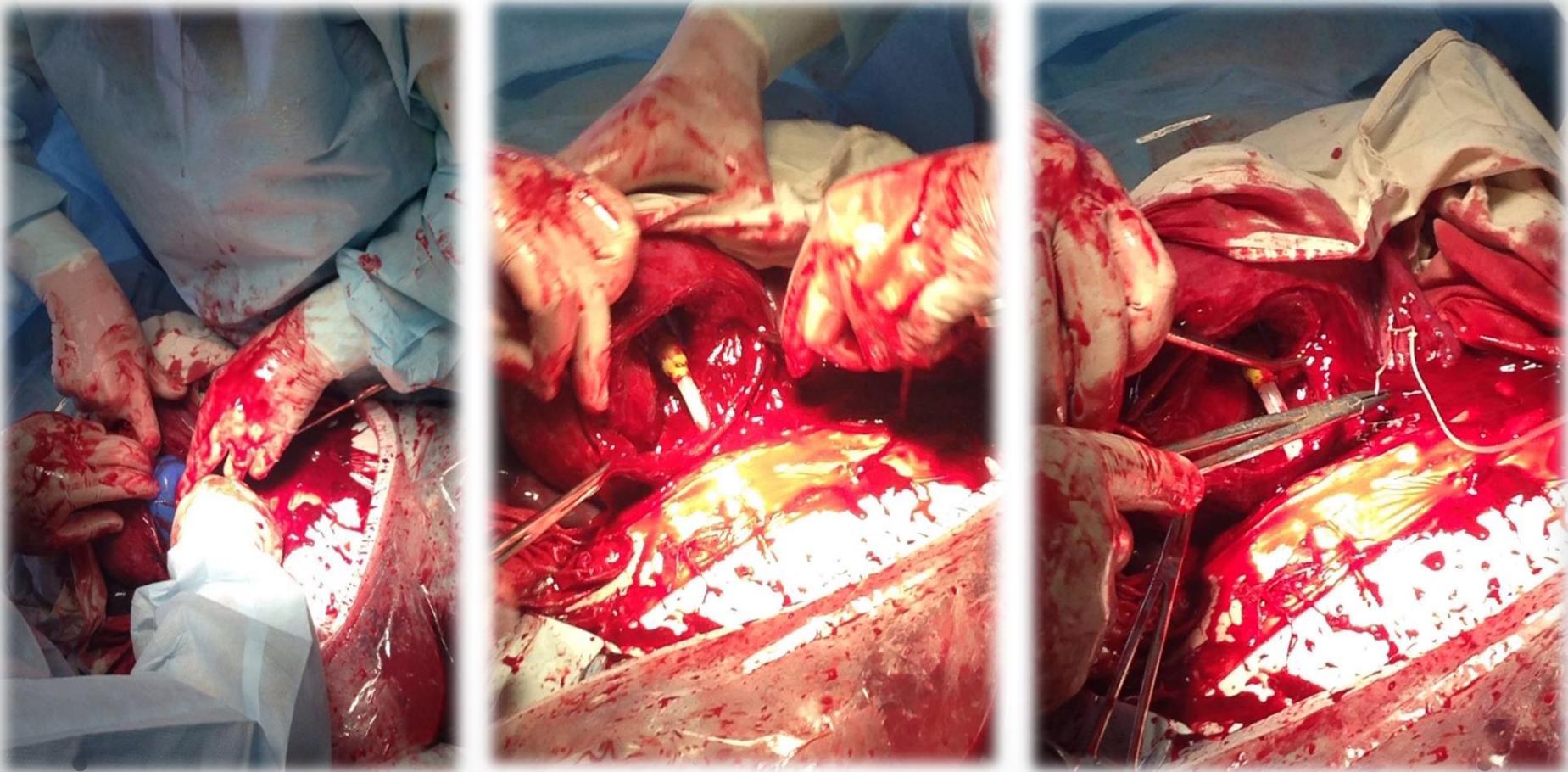
# ВНУТРИМАТОЧНЫЙ ГЕМОСТАТИЧЕСКИЙ БАЛЛОН



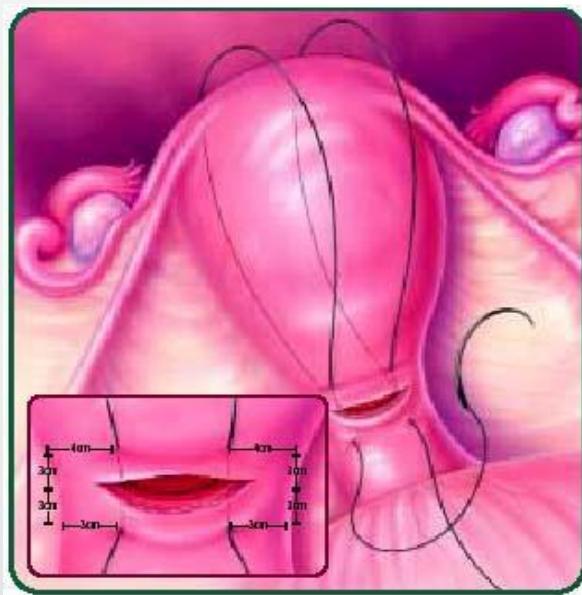
# ВНУТРИМАТОЧНЫЙ ГЕМОСТАТИЧЕСКИЙ БАЛЛОН



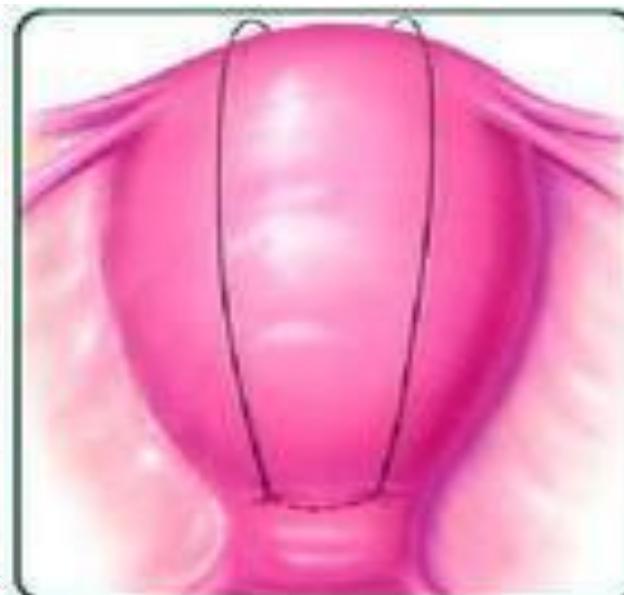
# **Баллонный конец катетера до четкого контакта с дном матки. Зашивание матки.**



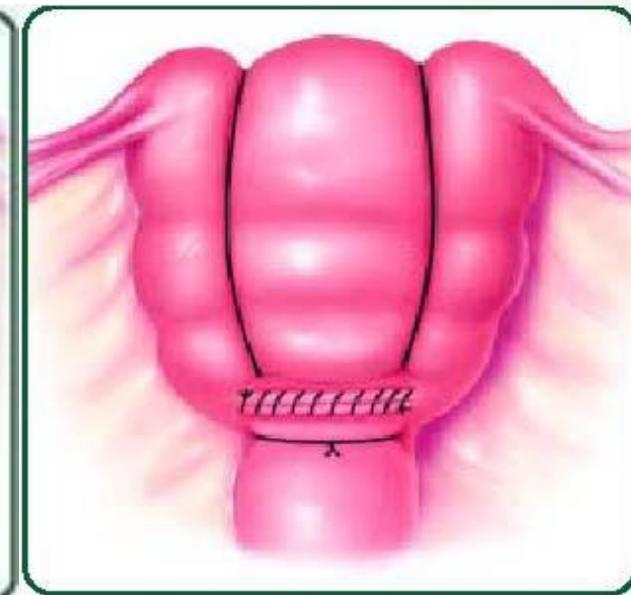
# ГЕМОСТАТИЧЕСКИЕ КОМПРЕССИОННЫЕ ШВЫ Б-ЛИНЧА (B-Lynch)



вид спереди

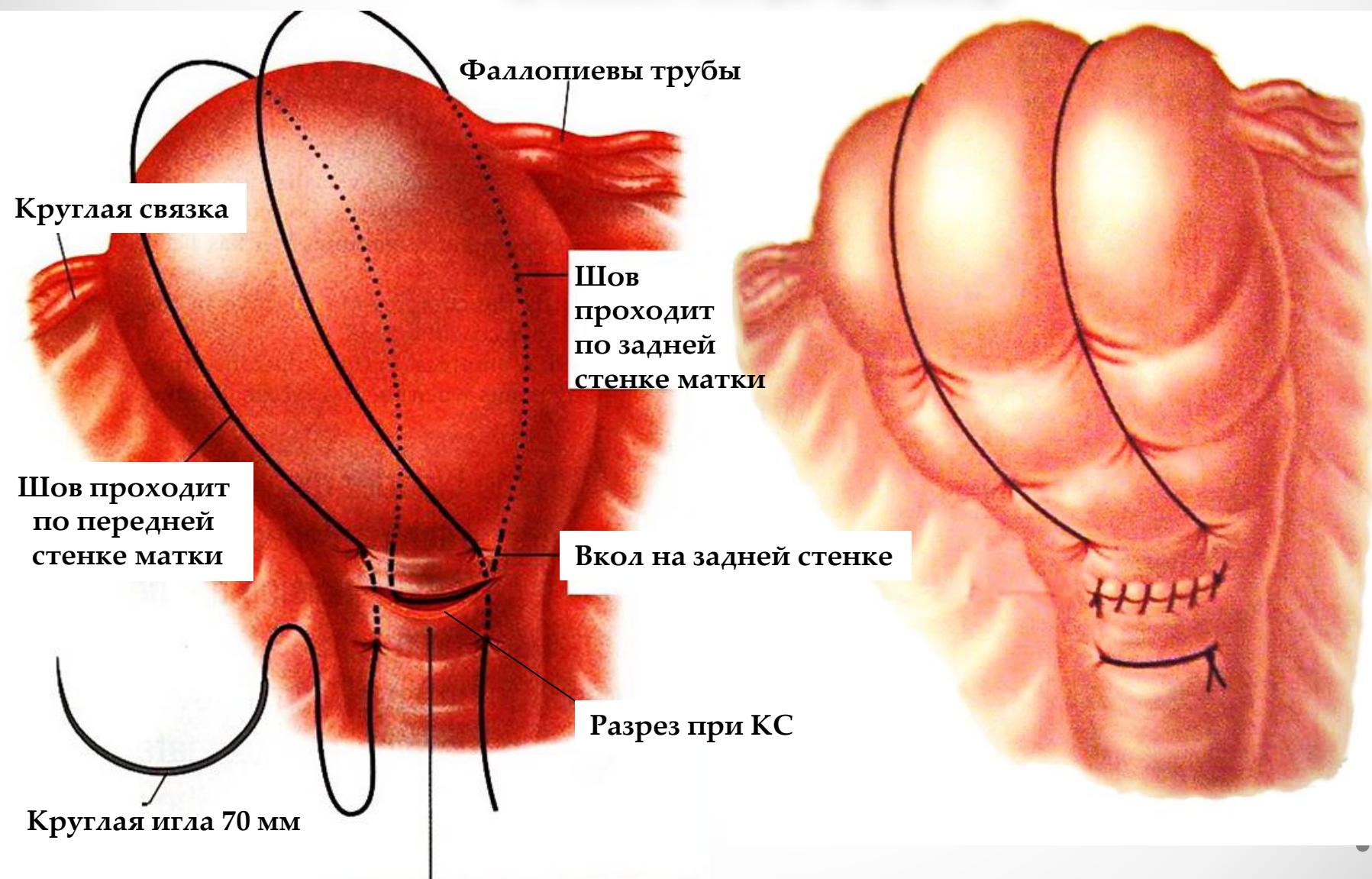


вид сзади

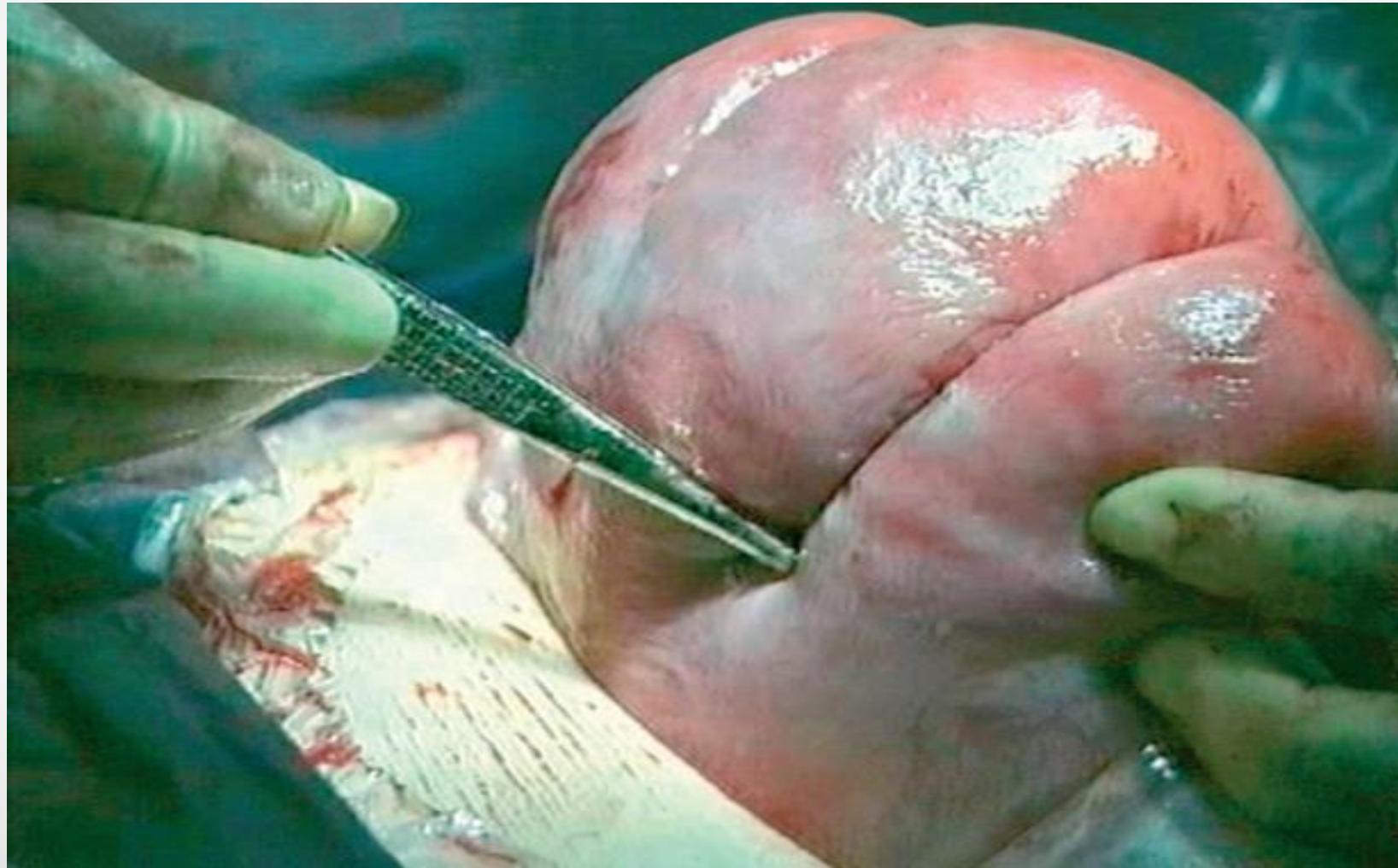


вид спереди

# ГЕМОСТАТИЧЕСКИЕ КОМПРЕССИОННЫЕ ШВЫ Б-ЛИНЧА (B-Lynch)



# ГЕМОСТАТИЧЕСКИЕ КОМПРЕССИОННЫЕ ШВЫ Б-ЛИНЧА (B-Lynch)



**Третий этап:  
в случае если предшествующие меры  
оказались не эффективными, кровотечение  
может принять характер угрожающего  
жизни и требующего  
хирургического лечения.**

- Необходимо убедиться в наличии банка крови, дополнительного квалифицированного специалиста акушера или хирурга.
- При необходимости следует продолжить **внутривенное введение** большого количества **кристаллоидных растворов** и компонентов крови для поддержания нормальных артериального давления, диуреза и свертывания крови.

# **Хирургическое лечение**

## **Лапаротомия**

**+**

- Лигирование маточных сосудов**
- Лигирование внутренних подвздошных артерий**
- Ангиографическая эмболизация**
- Гистерэктомия**

# Лигирование маточных сосудов

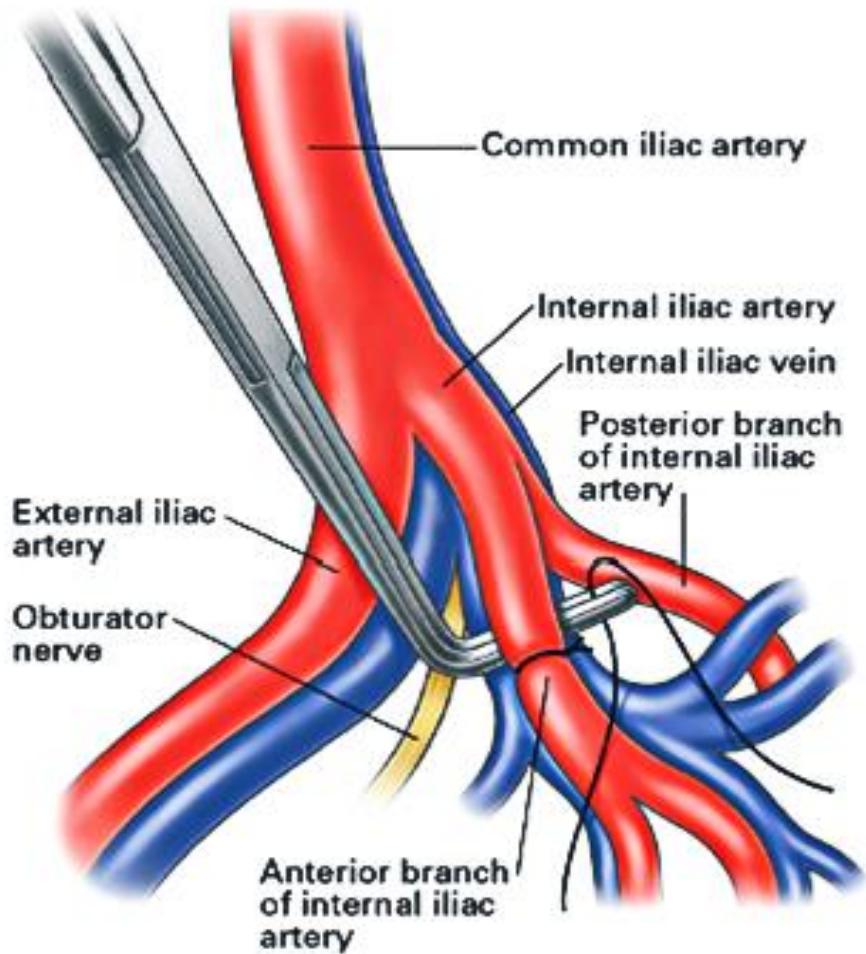
- ❖ Является 1-м этапом хирургического лечения
- ❖ Возможны отдельная или совместная перевязка маточной артерии и вены.
- ❖ В случае продолжающегося кровотечения и неэффективности первой лигатуры ниже возможно наложение второй лигатуры для перевязки ветвей маточной артерии, кровоснабжающих нижний маточный сегмент и шейку матки.
- ❖ При неэффективности предшествующих методов проводится одно- или двусторонняя перевязка яичниковых сосудов



# Лигирование внутренних подвздошных артерий

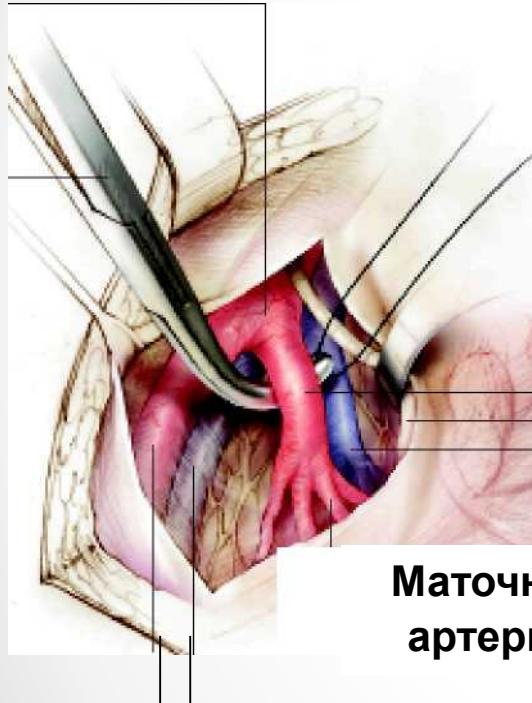
❖ Перевязка маточных артерий имеет преимущества перед лигированием внутренних подвздошных сосудов:

- ✓ более простая диссекция сосудов,
- ✓ меньшее количество осложнений,
- ✓ более дистальная окклюзия артерий с меньшим риском повторного кровотечения



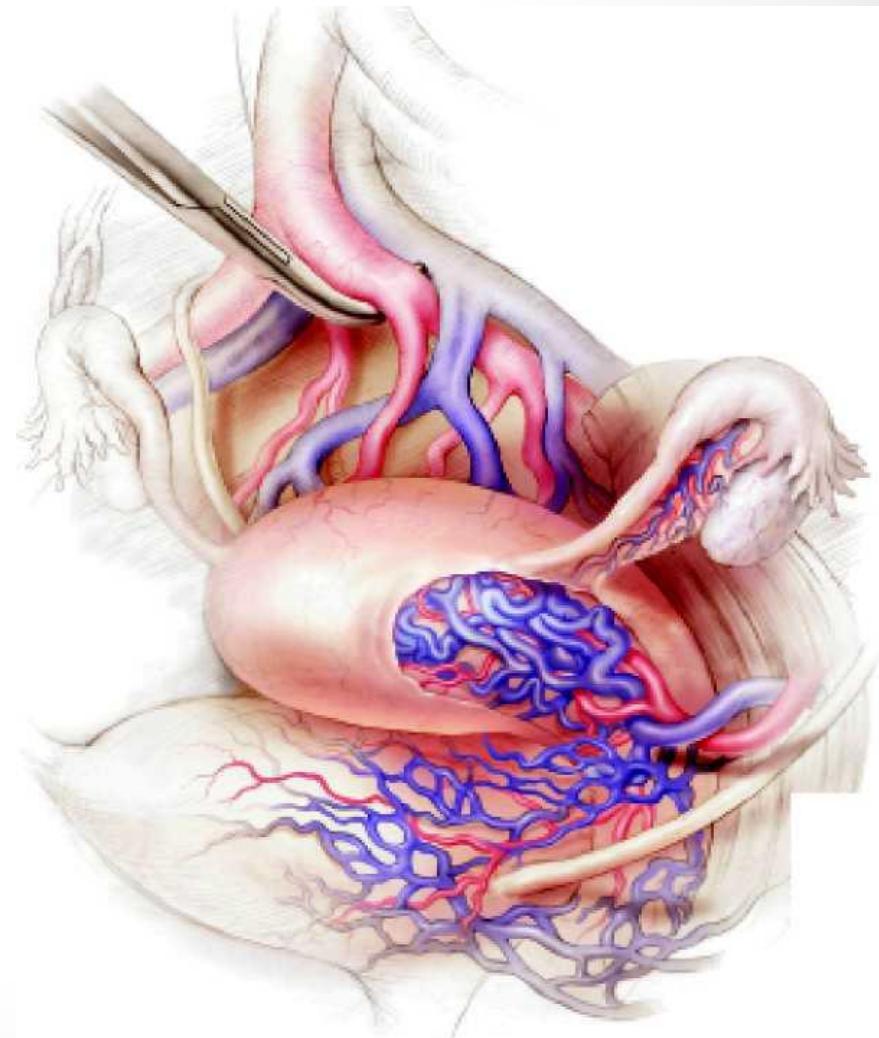
# Перевязка внутренних подвздошных артерий

Бифуркация общей  
Подвздошной а.



Внутренняя  
подвздошная а.  
Внутренняя  
Подвздошная в.  
Маточная  
артерия

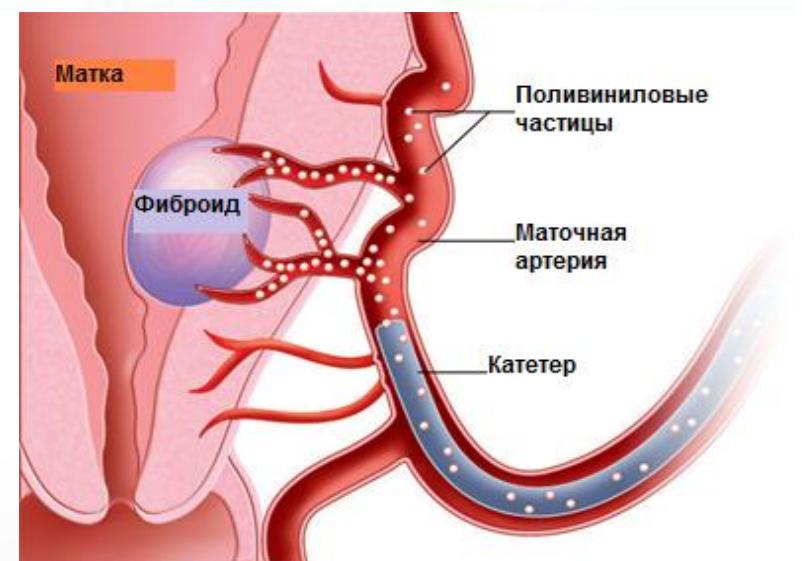
Наружная подвздошная  
артерия и вена



# Ангиографическая эмболизация

**Альтернатива лигированию  
маточных или внутренних  
подвздошных сосудов.**

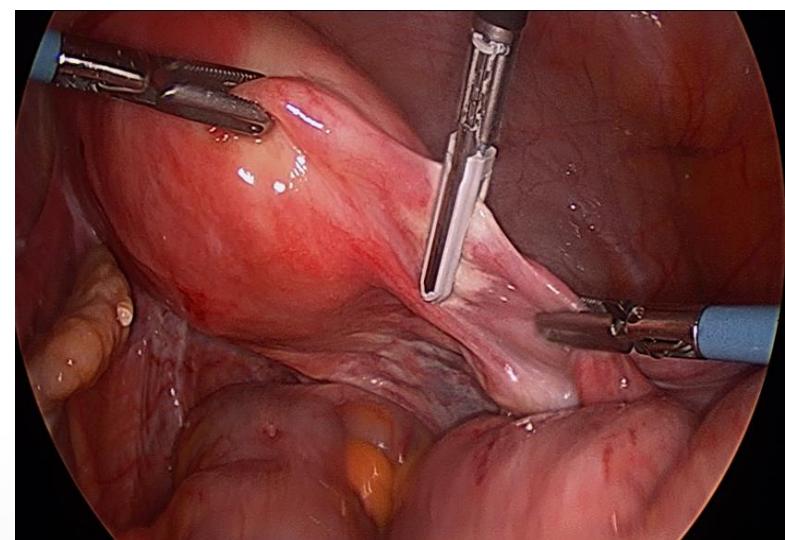
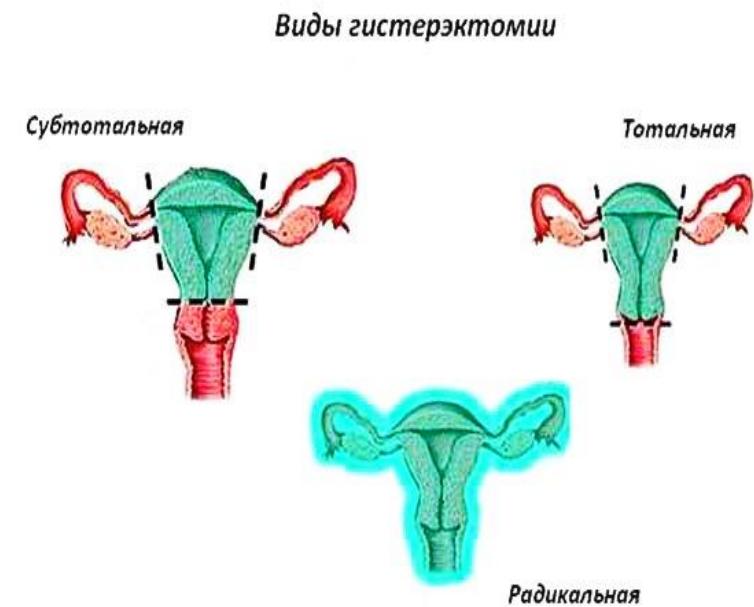
- ❖ Врач должен определить, позволяет ли состояние женщины, показатели гемодинамики и свертывания крови провести эту процедуру.
- ❖ Для проведения этой процедуры требуется 1-2 часа и специальное оборудование.
- ❖ В маточные артерии вводят триакрил-желатиновые микросфера для окклюзии сосудов.
- ❖ После введения развивается длительная ишемия матки, образуются тромбы в сосудах миометрия, а нем самом развивается гипоксия.
- ❖ Тромбы в матке растворяются после перфузии миометрия за счет коллатеральных артерий.



# Гистерэктомия

Наиболее часто применяется при массивном послеродовом кровотечении, в случае если необходимо хирургическое лечение и является последним этапом, если все предыдущие хирургические мероприятия не дали должного эффекта.

- **Преимущество** гистерэктомии при массивном кровотечении - быстрое устранение источника кровотечения
- **Недостатки** операции:
  - ❖ потеря матки в случае, если женщина хочет продолжить репродуктивную функцию
  - ❖ большая кровопотеря
  - ❖ длительное время операции



# **Четвертый этап**

**Проведение реабилитационных мероприятий  
(коррекция анемии и т.д.).**



# Пошаговый алгоритм ведения послеродового кровотечения

## Первый этап: Начальные действия и лечение

### Манипуляции:

- ❖ внутривенный катетер
- ❖ кислородная маска
- ❖ мониторирование 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
- ❖ прикроватный тест
- ❖ 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

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 диэнцефальное  
поражение

# Спасибо за внимание

