

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

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

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ЦИКЛУ СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ ЗА ФАХОМ
«ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Кровотечі в пологах, ранньому та пізньому післяпологовому періоді (діагностика, невідкладна допомога) (код курсу 4.2.6.2.)
Курс	Піврічна спеціалізація
Спеціальність	Загальна практика – сімейна медицина

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Мета заняття

Акушерські кровотечі все ще залишаються однією з головних причин материнської захворюваності та смертності в усьому світі. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) в рамках завдання знизити материнську смертність на три чверті до 2015 року, вважає профілактику акушерських кровотеч та боротьбу з ними пріоритетним напрямком діяльності.

Щорічно за даними ВООЗ (2008 р.) акушерські кровотечі (АК) виникають у 14 млн. жінок, з них 128 тис. вмирають від цього ускладнення в перші 4 години після пологів, що становить 1,7 на 1000 пологів.

У структурі причин материнської смертності акушерські кровотечі займають одне з перших місць, а їх частота коливається від 2,5 до 8% по відношенню до загальної кількості пологів, при цьому 2-4%, пов'язані з атонією матки в послідовому та ранньому післяпологовому періодах, а до 1% - з передчасним відшаруванням плаценти та передлежанням плаценти.

В Україні за останні 20 років частота масивних акушерських кровотеч (МАК) залишається високою. Впродовж останніх 5 років вони стійко займають друге місце в структурі причин материнської смертності. Причиною смерті вагітних, роділь та породіль є не будь-яка кровотеча, а масивна крововтрата, що супроводжується тяжким геморагічним шоком. Разом з тим, смерть від масивної акушерської кровотечі є результатом несвоєчасної та неадекватної медичної допомоги або взагалі її відсутності. Якісна організація медичної допомоги, підготовка медичних працівників, впровадження новітніх технологій, прогнозування, профілактики та лікування акушерських кровотеч, що ґрунтуються на даних доказової медицини та відмова від застарілих та неефективних практик дають можливість попередити масивну крововтрату і зберегти життя та репродуктивне здоров'я жінки.

II. Об'єм повторної інформації

1. Фізіологія кровообігу.
2. Типи плацентації.
3. Особливості матково-плацентарного кровообігу
4. Васкуляризація матки

III. Об'єм нової інформації

1. Визначення поняття «акушерські кровотечі».
2. Визначення поняття патологічної кровотечі.
3. Фактори ризику післяпологової кровотечі.
4. Причини кровотеч в пологах
5. Передчасне відшарування плаценти.
6. Форми, причини патологічного прикріплення плаценти.
7. Клініку патологічного прикріплення плаценти.
8. Причини, клініка затримки в матці частин плаценти.
9. Причини, клініка защемлення плаценти.
10. Лікувальні заходи щодо боротьби з кровотечею в III періоді пологів.
11. Класифікацію кровотеч, які виникають у ранньому післяпологовому періоді .
12. Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах, які виникають у ранньому післяпологовому періоді.
13. Діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при кровотечах.
14. Диференційну діагностику кровотеч, які виникають у ранньому післяпологовому періоді.
15. Методи зупинки кровотеч, які виникають у ранньому післяпологовому періодах.

IV. ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість,
-------	---------------	-------------

		ХВИЛИН
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування інтернів згідно теми по учбовим питанням.	25
3.	Опанування практичних навичок.	30
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	10
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Пологова зала.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України №205 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (Ведення вагітності у жінок з кровотечею).
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів .

VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Поставити правильно діагноз при кровотечі в пологах і післяпологовому періодах.		+	
2.	Оцінити об'єм крововтрати		+	
3.	Показати на фантомі методи зупинки кровотечі в пологах		+	
4.	Показати на фантомі техніку ручного видалення плаценти і обстеження порожнини матки.		+	
5.	Показати на фантомі методи зупинки кровотечі в післяпологовому періоді		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

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

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Визначення поняття «акушерські кровотечі».
2. Визначення поняття патологічної кровотечі.
3. Фактори ризику післяпологової кровотечі.
4. Причини кровотеч в III періоді пологів.
5. Форми патологічного прикріплення плаценти.
6. Причини патологічного прикріплення плаценти.
7. Клініку патологічного прикріплення плаценти.
8. Причини, клініка затримки в матці частин плаценти.
9. Причини, клініка защемлення плаценти.
10. Лікувальні заходи щодо боротьби з кровотечею в III періоді пологів.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Встановити попередній діагноз при кровотечах у III та ранньому післяпологовому періодах.
2. Скласти план обстеження при кровотечах у III та ранньому післяпологовому періодах.
3. Провести клініко-лабораторну діагностику при кровотечах у III та ранньому післяпологовому періодах.
4. Скласти план лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах у III та ранньому післяпологовому періодах.
5. Оцінювати фактори ризику акушерських кровотеч.
6. Проводити діагностику акушерських кровотеч.
7. Визначати обсяг крововтрати.
8. Розробляти оптимальний план динамічного спостереження вагітних із групи ризику по акушерським кровотечам.

Тестові завдання

1. Протягом 30 хвилин після народження плоду стан роділлі добрий: матка щільна, куляста, дно її на рівні пупка, кровотечі немає. Затискач, накладений на відтинок пуповини, знаходиться на попередньому рівні, при глибокому вдиху та при натискуванні ребром долоні над симфізом пуповина втягується в піхву. Кров'янистих виділень зі статевих шляхів немає. Якою буде подальша тактика лікаря?
 - A. Внутрішньовенно ввести окситоцин
 - B. Застосувати спосіб Абуладзе
 - C. Застосувати спосіб Креде-Лазаревича
 - D. Провести кюретаж порожнини матки
 - E. **Провести ручне відокремлення плаценти.**
2. При огляді плаценти, яка щойно народилася, встановлено наявність дефекту розміром 2х3 см. Кровотечі немає. Яка тактика найбільш виправдана?
 - A. **Ручна ревізія порожнини матки**
 - B. Призначення утеротонічних препаратів
 - C. Зовнішній масаж матки
 - D. Нагляд за породіллею
 - E. Інструментальна ревізія порожнини матки.
3. Роділля Н., з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом народила доношену дівчинку, масою 3100 гр. Ознаки відшарування посліду і кров'янисті виділення із статевих шляхів відсутні. Матка помірної щільності. Пройшло 30 хв. Про яку патологію можна думати?
 - A. **Справжнє прирощення плаценти.**
 - B. Передлежання плаценти.
 - C. Защемлення плаценти.
 - D. Гіпотонія матки.
 - E. Розрив матки.
4. Роділля Н., загальний стан задовільний. Народила доношену дівчинку, масою 3100гр. Ознаки відокремлення плаценти відсутні, кров'янисті виділення із статевих шляхів 150 мл. Матка помірної щільності. Яка патологія прикріплення плаценти імовірна?
 - A. **Часткове щільне прикріплення плаценти.**
 - B. Повне щільне прикріплення плаценти.
 - C. Гіпертонус матки.
 - D. Передлежання плаценти.
 - E. Розрив матки.
5. У роділлі віком 25 років у III періоді пологів самостійно відокремився та виділився

послід із ділянкою дефекту плацентарної тканини. Гемодинаміка породіллі стабільна. З пологових шляхів помірна кровотеча. При огляді пологових шляхів ушкоджень не виявлено. Тактика лікаря?

- A. Ручна ревізія матки з наступним введенням утеротоніків.
- B. Внутрішньовенне введення утеротоніків.
- C. Введення в задне склепіння піхви тампона з ефіром.
- D. Накладення клем на параметрій.
- E. Гемотранфузія.

Ситуаційні задачі.

Задача 1.

Роділля Д., пологи другі термінові. Загальний стан задовільний. Народився хлопчик без асфіксії, масою 3200 гр. Ознаки відшарування плаценти відсутні, кровотеча досягла 300 мл. Діагноз? Які дії лікаря?

Задача 2.

Повторновагітна 25 років. У третьому періоді родів з'явилася кровотеча без ознак відділення плаценти. При ручному відділенні плаценти встановлено наявність плаценти, що вросла в міометрій. Діагноз? Тактика лікаря?

Правильні відповіді:

1. Вагітність друга, пологи другі. Вчасні. III період пологів. Часткове щільне прикріплення чи прирощення плаценти. Кровотеча.

Тактика: Ручне відокремлення плаценти і обстеження порожнини матки.

2. Вагітність II, 40 тижнів. Пологи II, вчасні. Третій період пологів. Справжнє прирощення плаценти. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Першороділля старшого віку.

Тактика: Лапаротомія, надпихвова ампутація матки.

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

ПЕРЕДЧАСНЕ ВІДШАРУВАННЯ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ

В нормі плацента відшаровується від стінок матки після народження плода. Якщо її відділення відбувається раніше (під час вагітності або у I та II періодах пологів), така патологія називається передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти (ПВНРП)

Частота ПВНРП коливається від 0,05 до 0,5 %. Ця патологія відноситься до тяжких форм ускладнень вагітності та пологів, супроводжується високою материнською та перинатальною смертністю.

Класифікація ПВНРП:

1. Повне відшарування (усієї плаценти);
2. Часткове відшарування:
 - крайове
 - центральне.

Причини відшарування плаценти.

A. Під час вагітності:

1. Мембранна патологія та патологічні процеси в спіральних артеріях, які викликають втрату їх еластичності (пreeклампсія, гломерулонефрит, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, інфузійно-алергічний васкуліт)
2. Механічні фактори (травма живота).
3. Імунно-конфліктна вагітність.
4. Дистрофічні зміни ендометрію
5. Аномалії розвитку та пухлини матки.

B. Під час пологів:

1. Запізнілий розрив плодових оболонок.
2. Коротка пуповина.
3. Швидке спорожнення матки (багатоводдя, багатопліддя).
4. Патологія скоротливої діяльності матки
5. Фізична або психічна травма.

Механізм відшарування заключається в утворенні базальних гематом в результаті патологічних змін судин децидуальної оболонки. Відмежовані гематоми, досягаючи великих розмірів, порушують базальну пластинку і прориваються в міжворсинкове кров'яне русло. Виникає відшарування плаценти здавлювання плацентарної тканини утвореною гематомою. Макроскопічно при частковому відшаруванні на материнській поверхні плаценти відмічаються фасетки («старе» відшарування) або згортки крові («гостре» відшарування).

Велика матково-плацентарна гематома, не знайшовши виходу в піхву, розтягує плацентарну площадку, і виникає матково-плацентарна апоплексія, описана А. Кувелером.

Клінічна картина

Ведучими клінічними симптомами при ПВНRP є:

1. Больовий синдром: гострий біль в проекції локалізації плаценти, що потім поширюється на всю матку, поперек, спину і стає дифузним. Біль найбільш виражений при центральному відшаруванні і може бути не вираженим при крайовому відшаруванні. При відшаруванні плаценти, що розташована на задній стінці, біль може імітувати ниркову коліку.

2. Гіпертонус матки аж до тетанії, який не знімається спазмолітиками та токолітиками.

3. Дистрес плода та його загибель.

4. Кровотеча з піхви може варіювати залежно від характеру відшарування (крайове або центральне) від незначної до масивної. Вона може бути в декількох варіантах: внутрішня, зовнішня, комбінована.

Якщо формується ретроплацентарна гематома, зовнішня кровотеча може бути відсутня. Загальний стан погіршується, прискорюється пульс, дихання, зменшується АТ, бліді шкірні покриви, може виникнути непритомність.

Якщо відшарування відбувається по периферії, кров навіть при незначній гематомі може швидко відшарувати плодові оболонки, і кровотеча виявляється зовнішньою. Колір крові, що витікає через піхву, при гострому відшаруванні є яскраво-червоним, при відшаруванні значної давнини – коричневий, серозно-кров'янистий, з темними згортками.

Стан хворої при цьому, як правило, відповідає видимій крововтраті.

Діагностика

1. Анамнез (загальний, акушерсько-гінекологічний, наявність екстрагенітальної патології).

2. Оцінка стану вагітної, що залежить від величини відшарування, об'єму крововтрати, появи симптомів геморагічного шоку або ДВЗ-синдрому.

3. Зовнішнє акушерське дослідження:

- гіпертонус матки;
- матка збільшена в розмірах, може бути деформована, з локальним вип'ячуванням;
- болючість при пальпації;
- ускладнення або неможливість пальпації та аускультатії серцебиття плода;
- дистрес плода або його загибель.

4. Внутрішнє акушерське дослідження:

- напруженість плідного міхура;
- забарвлення навколоплідних вод кров'ю;
- кровотеча різної інтенсивності з матки.

5. УЗ – діагностика з вимірюванням площі відшарування.

6. Діагностика стану плода (аускультатія, УЗДГ, ФКГ).

7. Лабораторні дослідження (еритроцити, тромбоцити, Нв, Нт, коагулограма, час згортання за Лі-Уайтом).

У разі відсутності зовнішньої кровотечі діагноз ПВНРП базується на підвищеному тонусі матки, локальній болючості, погіршенні стану плода.

Тактика при відшаруванні плаценти під час вагітності та на початку I періоду пологів

1. У разі прогресуючого передчасного відшарування плаценти під час вагітності, або у першому періоді пологів, при появі симптомів геморагічного шоку, ДВЗ-синдрому, ознак дистресу плода, незалежно від терміну вагітності - термінове розродження шляхом кесаревого розтину. При наявності ознак матки Кувелера - екстирпація матки без придатків. Необґрунтовано запізніле розродження призводить до загибелі плода, розвитку матки Кувелера, масивної крововтрати, геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому, втрати репродуктивної функції жінки.

2. Відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому.

3. У разі непрогресуючого відшарування плаценти можливе динамічне спостереження при недоношеній вагітності до 34 тижнів (проведення терапії для дозрівання легенів плода), у закладах, де є цілодобове чергування кваліфікованих лікарів акушер-гінекологів, анестезіологів, неонатологів. Проводиться моніторне спостереження за станом вагітної та плода, КТГ, УЗД в динаміці.

Особливості кесаревого розтину:

- передує операції амніотомія (якщо є умови);
- обов'язкова ревізія стінок матки (особливо зовнішньої поверхні) з метою виключення матково-плацентарної апоплексії;
- у разі діагностування матки Кувелера - екстирпація матки без придатків; при необхідності – перев'язка клубових артерій;
- при невеликій площі апоплексії (2-3 вогнища малого діаметру 1-2см, або одне - до 3 см) та здатності матки до скорочення, відсутності кровотечі та ознак ДВЗ-синдрому, при необхідності зберегти дітородну функцію (перші пологи, мертвий плід), консиліумом вирішується питання про збереження матки. Хірурги спостерігають деякий час (10-20 хв.) при відкритій черевній порожнині за станом матки та при відсутності кровотечі дренують черевну порожнину для контролю гемостазу. Така тактика, у виняткових випадках, допускається лише у закладах, в яких наявне цілодобове чергування лікарів акушер-гінеколога, анестезіолога.
- у ранньому післяопераційному періоді - ретельне спостереження за станом породіллі.

Тактика при відшаруванні плаценти наприкінці I або у II періоді пологів

- негайна амніотомія, якщо навколоплідний міхур цілий;
- при головному передлежанні плода - накладання акушерських щипців;
- при тазовому передлежанні - екстракція плода за тазовий кінець;
- при поперечному положенні другого з двійні плода та за наявності умов виконується акушерський поворот з екстракцією плода за ніжку. У деяких випадках більш надійним буде кесарів розтин;
- ручне відділення плаценти та видалення посліду;
- скорочуючі засоби - в/в 10 ОД окситоцину, при відсутності ефекту 800 мкг мізопростолу (ректально);
- ретельне динамічне спостереження у післяпологовому періоді;
- відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому.

КРОВОТЕЧІ в III ПЕРІОДІ ПОЛОГІВ

Класифікація причин кровотеч у III періоді пологів

- патологія прикріплення плаценти;

- затримка частин плаценти або оболонок;
- защемлення плаценти.

Слід відмітити, що частою причиною кровотечі в послідовому періоді є затримка в матці плаценти, її частини, додаткової частки, 2/3 оболонок. В свою чергу причиною затримки в матці посліду та його частини можуть бути фактори, що знижують тонус матки та її скоротливу здатність.

Патологія прикріплення плаценти

Розрізняють дві **форми патологічного прикріплення** плаценти:

- *щільне прикріплення (placenta adgerens)* - виникає внаслідок атрофії губчатого шару децидуальної оболонки, і зустрічається в середньому в 0,9% випадків.
- *прирощення плаценти (placenta accretae, incretatae, percretae)* - таке прикріплення, при якому між м'язовим шаром та ворсинками хоріона відсутній губчатий шар децидуальної оболонки, і ворсини хоріону досягають м'язового шару і навіть проникають у нього; зустрічається вкрай рідко (1 випадок на 24000 пологів) і майже виключно у повторнороділь.

Деякі акушери виділяють ще 2 варіанти прирощення плаценти:

- *placenta incretatae* - ворсини врастають у м'язовий шар матки;
- *placenta percretae* - ворсини проростають і м'язовий, і серозний шари матки.

Щільне прикріплення або прирощення плаценти може бути

- *повним* - якщо плацента на всій поверхні прикріплена до свого ложа;
- *частковим* - якщо плацента тільки на деяких ділянках має тісний зв'язок з

плацентарною площиною.

Причини патології прикріплення плаценти обумовлені факторами, які можна розділити на наступні групи:

- 1) структурно-морфологічні зміни в ендометрії і міометрії після операцій чи запальних процесів;
- 2) пов'язані з порушенням ферментативної рівноваги в системі гіалуронова кислота - гіалуронідаза між ворсинками хоріона та децидуальною оболонкою;
- 3) обумовлені патологією розміщення плаценти.

Клінічні прояви. Патологія прикріплення плаценти проявляється або кровотечею в послідовому періоді (часткове щільне прикріплення або прирощення плаценти), або відсутністю ознак самостійного відділення плаценти при наявності перейм (повне щільне прикріплення або прирощення плаценти).

Кровотечі в III періоді пологів, пов'язані з аномалією прикріплення плаценти, слід диференціювати від кровотеч, обумовлених затримкою частин плаценти або защемленням плаценти, що відділилася.

Затримка в матці частин плаценти та оболонок

Причиною затримки в матці частин плаценти та оболонок є недостатня скоротлива активність матки і м'язів черевної стінки. Цьому сприяє переповнення сечового міхура, перерозтягнення матки в разі багатоводдя чи багатоплідної вагітності, передчасні або запізнілі пологи, первинна або вторинна слабкість пологової діяльності, стомлення жінки.

Клінічні ознаки затримки в матці частин плаценти та оболонок.

У разі затримки частин плаценти та оболонок в порожнині матки, кровотеча розпочинається відразу після народження посліду. При огляді посліду на материнській її стороні можуть виявлятися дефекти плацентарної тканини. Якщо мала місце додаткова частка плаценти, то на плодовій поверхні можна помітити «розірвані судини».

Защемлення плаценти, що відділилася

Причини защемлення плаценти. Защемлення плаценти, що відділилася, може відбуватися за рахунок спазму ділянки трубного кута або вічка шийки матки. Причиною такого стану є нерівномірне скорочення матки внаслідок її грубого масажу, намагання

вижимання посліду. Це призводить до судомного скорочення окремих м'язів, нерівномірного відділення плаценти, кровотечі.

Клінічна картина защемлення плаценти. Про защемлення плаценти в шийці матки слід думати у разі, коли кровотеча розпочинається після народження дитини при позитивних ознаках відокремлення плаценти, але без її виділення. При огляді живота в разі защемлення плаценти в трубному куті, визначається вип'ячування, відділене перетяжкою від іншої частини тіла матки. В разі защемлення плаценти, в результаті спазму циркуляторної мускулатури внутрішнього вічка, матка набуває форми пісочного годинника. Якщо відбулося відділення плаценти і її затримка в порожнині матки без защемлення, то матка має усі ознаки відділення плаценти.

Кровотеча, пов'язана з патологією прикріплення або виділення плаценти

Алгоритм надання медичної допомоги:

1. Перевірка ознак відшарування плаценти.
2. При наявності ознак відшарування плаценти – застосування контрольованої тракції для народження плаценти.
3. В разі невдачі народження плаценти, шляхом контрольованої тракції внаслідок защемлення плаценти або відриву пуповини - ручне відділення плаценти та виділення посліду під внутрішньовенним знеболенням;
4. За відсутності кровотечі в разі порушення механізму відокремлення плаценти – невдала спроба ручного відокремлення плаценти під внутрішньовенним наркозом та встановлення діагнозу істинного прирощення плаценти. Не намагайтесь відривати частини плаценти – це може призвести до масивної неконтрольованої кровотечі за рахунок травми матки!
5. За умови неможливості відокремлення плаценти звичайними прийомами під час ручного обстеження порожнини матки та діагностування істинного прирощення або пророщення плаценти (pl. accreta/incrcta/percreta) повного або часткового – негайна лапаротомія з проведенням гістеректомії.

Післяпологова кровотеча (ППК) - кровотеча що перевищує 500 мл або будь-яка кровотеча, що супроводжується порушенням гемодинамічного стану породіллі на протязі 6 тижнів після народження плода.

Види післяпологових кровотеч:

Первинні (ранні) післяпологові, які виникають в ранньому післяпологовому періоді або протягом 24 годин після пологів. Приблизно 70% ранніх ПК пов'язані з атонією матки. Атонія матки - це неспроможність матки адекватно скоротитися після народження дитини.

Вторинні (пізні) післяпологові кровотечі, які виникають після 24 годин та до 6 тижнів після пологів. Більшість пізніх кровотеч пов'язані із затримкою частин плаценти, інфекцією або наявністю обох станів.

Ризик виникнення АК оцінюють:

В амбулаторних умовах (жіноча консультація)

при постановці на облік по вагітності;

при оформленні відпустки по вагітності та пологах;

за 2-3 тижні до передбачуваного терміну пологів.

Під час госпіталізації в акушерський стаціонар.

У разі виникнення ускладнень в допологовому періоді або під час пологів.

Фактори ризику виникнення після пологових кровотеч: «4 Т»

Патогенетичні порушення «4 Т»	Етіологічні фактори	Клінічні фактори ризику
Порушення скоротливої функції матки («Т» - тонус) до 70 %	Надмірне розтягнення матки	<ul style="list-style-type: none">• багатоводдя• багатопліддя• великий плід

	«Виснаження» скоротливої здібності міометрію	<ul style="list-style-type: none"> • швидкі пологи • зтяжні пологи • високий паритет (>3 пологів) • застосування
	Інфекційний процес	<ul style="list-style-type: none"> • тривалий безводний проміжок • лихоманка в пологах (хоріоамніоніт)
	Функціональні/анатомічні особливості матки	<ul style="list-style-type: none"> • міома матки • сідлоподібна матка • дворога матка • інші аномалії розвитку матки • передлежання плаценти
	Застосування ліків, що знижують тонус матки (токолітики, спазмолітики)	Магnezії сульфат Галогенові анестетики Нітрогліцерин
	Перерозтягнутий сечовий міхур може порушити скорочення матки	
Затримка тканин в порожнині матки («Т» - тканина) до 10%	Затримка частин посліду	<ul style="list-style-type: none"> • дефект посліду • оперована матка • 3 та більше пологів • патологія плацентації виявлена УЗД • аномалії прикріплення плаценти, виявлені під час пологів (щільне прикріплення, прирощення, вращення)
	Затримка згортків крові у порожнині матки	<ul style="list-style-type: none"> • атонія матки
Травми пологових шляхів («Т» - травма) до 20%	Розриви шийки матки, піхви, промежини	<ul style="list-style-type: none"> • швидкі пологи • оперативні вагінальні пологи
	Травматичний розрив матки під час кесарського розтину	<ul style="list-style-type: none"> • неправильні положення плода • низьке розташування передлеглої частини плода
	Розрив матки	<ul style="list-style-type: none"> • оперована матка
	Виворіт матки	<ul style="list-style-type: none"> • більше 3-х пологів • розташування плаценти у дні матки • надмірна тракція за пуповину
	Розрив варикозних вен області вульви	Несвоєчасне або некоректне проведення епізіотомії
Порушення коагуляції («Т» - тромбін) до 1%	Вроджені захворювання (гемофілія А, хвороба Віллебрандта) ШІК в анамнезі	<ul style="list-style-type: none"> • спадкові коагулопатії • захворювання печінки

<p>Патологія асоційована з вагітністю: ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура; тромбоцитопенія з тяжкою прееклампсією;</p> <p>синдром ДВЗ: <ul style="list-style-type: none"> • прееклампсія, • антенатальна загибель плода, • тяжка інфекція, • відшарування плаценти, • емболія амніотичною рідиною </p>	<ul style="list-style-type: none"> • синці • прееклампсія, еклампсія НБКЪР-синдром • підвищення АТ • мертвий плід • лихоманка, лейкоцитоз • допологова кровотеча • колапс
Лікування антикоагулянтами	

Рекомендації:
наступні фактори супроводжуються значним підвищенням ризику ППК.
За наявності цих факторів скеровують вагітну на III рівень надання допомоги

«4 Т»	Відношення шансів розвитку ППК (кратність збільшення ризику)	99% ДІ
Тромбін	13	(7.61 - 12.9)
Тканина	12	(7.17 - 23)
Тонус	5	ω 0 - 9. 9
Тромбін	4	

Рекомендації:
Наступні фактори виявляються суттєвим підвищенням частоти ППК:

Тонус	3	
Тонус	2	(1.24 - 2.17)
-	2	(1.63 - 3.15)
Травма	4	(3,28 - 3,95)

Травма	2	(2.18 - 2.80)
Тканина	5	(3.36 - 7.87)
Травма	5	
Тонус	2	
Тонус / Травма	2	(1.38 - 2.60)

Профілактика ППК

• В антенатальному періоді:

підтвердження групи крові та резус-фактору у всіх жінок при постановці на облік; своєчасне виявлення та лікування анемії під час вагітності.

оцінка виявлених факторів ризику та прийняття рішення відносно місця та часу розродження.

В терміні вагітності 37-38 тижнів: уточнення наявних факторів ризику, визначення ступеня ризику АК, за показаннями - дообстеження; визначення місця розродження та плану розродження (сумісно з профільними фахівцями у разі наявності екстрагенітальної патології та лікарями акушерського стаціонару).

• В пологах:

Передбачити перелік заходів щодо профілактики та лікування можливої патологічної крововтрати, забезпечити наявність необхідних медикаментів, інфузійних препаратів, препаратів крові.

Раціональне ведення пологів: відмова від необгрунтованого родозбудження, партнерські пологи, ведення пологів за партограмою, відмова від необгрунтованого призначення окситоцину, своєчасна та адекватна терапія аномалій пологової діяльності, знеболювання за показаннями, заборона застосування методу Кристелера в II періоді пологів.

- У разі наявних факторів ризику ППК - ведення II та III періодів пологів «з катетером у вені» ^16-18). Активне ведення III періоду пологів (АВТПП), (згідно протоколу: наказ МОЗ України від 03.11.2008 № 624 «Нормальні пологи»

- Дотримання техніки надання ручної допомоги під час пологів, техніки проведення акушерських операцій. Використання сучасного шовного матеріалу.

Бережне відношення до тканин.

Правові та етичні засади надання допомоги при акушерських кровотечах

Прийняття свідомого та інформованого рішення: Пацієнтка має бути поінформованою про причини патологічної кровотечі, що може виникнути під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді, можливі несприятливі наслідки для її здоров'я та необхідні консервативні заходи, спрямовані на зупинення кровотечі, чи оперативні втручання, включаючи ризики та можливі ускладнення. Необхідно усвідомлювати, що за розвитку АК пацієнтки не завжди розуміють надану їм інформацію у повній мірі, а також не можуть адекватно оцінити свій стан та прийняти самостійне рішення щодо необхідних втручань. Тому в екстрених випадках, при масивних акушерських кровотечах та геморагічному шоці, неефективності консервативного лікування та органозберігаючих методів хірургічного гемостазу - рішення щодо видалення репродуктивного органу (гістеректомія) приймає чергова бригада спеціалістів - не менше 3-ох (акушери-гінекологи, анестезіолог) за узгодженням питання з відповідальним черговим адміністратором родопомічного закладу (по телефону), які керуються положеннями даного протоколу.

Медичні працівники зобов'язані забезпечити збереження інформації щодо проведених оперативних втручань, їх обсягу, прогнозу відносно подальшої репродуктивної функції та не допускати її розголосу іншим особам (родичам, чоловіку)

без згоди пацієнтки. Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків (ст. 40 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я". Не підлягають розголошенню відомості, що стосуються лікарської таємниці, крім випадків, передбачених Законом (ст. 46 Закону України "Про інформацію").

Консультації після проведення заходів щодо зупинення кровотечі та відновлення ОЦК. Відношення до пацієнтки має бути доброзичливим, уважним, підтримуючим. Інформування жінки щодо ускладнень вагітності та пологів, що спричинили патологічну кровотечу, здійснених заходів по її зупиненню та відновленню ОЦК, проведених оперативних втручань слід проводити тоді, коли жінка може адекватно сприймати інформацію. Час, коли жінка переживає сильний стрес і занепокоєння, коли проводиться медичне втручання або вона відчуває біль, не є ідеальним моментом для обговорення вищевказаного. Головними моментами консультації - є забезпечення психологічної підтримки жінки, уміння консультанта заспокоїти пацієнтку, вселити оптимізм відносно подальшого особистого, інтимного життя, репродуктивного здоров'я

Покрокова допомога в разі ПШК

1. Визначення об'єму крововтрати (об'єм крововтрати завжди недооцінюється особливо у випадку хвилеподібної кровотечі невеликими порціями та в разі крововтрати за рахунок розривів пологових шляхів). В разі візуально оціненої крововтрати більше 500 мл доцільним є множення отриманого показника на 2-3 для адекватного планування допомоги. Найбільш доцільним є оцінка крововтрати за допомогою зважування.

Методи визначення величини крововтрати:

1. Метод Лібова

Об'єм крововтрати визначається після зважування серветок, які просочені кров'ю де В – вага серветок, 15% і 30% - величина помилки на навколоплодові води, дезрозчини.

Метод зважування:

Найбільш точним методом оцінки крововтрати є вимірювання величини крововтрати шляхом важення. Для оцінки величини крововтрати в разі післяпологової кровотечі доцільним є заміна пелюшок та лотка для контролю крововтрати відразу після народження дитини та перетинання пуповини. Різниця між вимірюванням ваги пелюшок та кульок до та після початку кровотечі відповідає вазі втраченої крові. Враховуючи щільність крові, яка дорівнює 1, та беручи до уваги відсутність будь-якої рідини в суміші, 1 г крові дорівнює 1 мл. Тобто, вага крововтрати дорівнює її об'єму.

2. Покликати на допомогу (заручитися підтримкою персоналу).

Мобілізація вільного персоналу

Бригада по наданню медичної допомоги в разі післяпологової кровотечі:

1. Відповідальний лікар акушер-гінеколог – черговий акушер-гінеколог з відповідною кваліфікаційною категорією та достатнім стажем роботи за спеціальністю.
2. Черговий акушер-гінеколог.
3. Чергові лікарі- анестезіологи (2).
4. Черговий лікар-лаборант.
5. Чергові акушерки (2)
6. Анестезістка.
7. Санітарка

3. В разі збереження свідомості жінки - надання психологічної підтримки, пояснення стану та маніпуляцій, що проводяться.

4. АВС –реанімація- Оцінка стану дихальних шляхів (А) та дихання (В) (в разі відсутності дихання розпочинайте респіраторну реанімацію)

У разі відсутності дихання, пульсу на центральних артеріях починати серцево-легеневу-церебральну реанімацію за сучасним алгоритмом САВ, де

С-штучна підтримка кровообігу:

-непрямий масаж серця: частота компресії: 100 в 1 хв, відношення непрямий масаж серця- ШВЛ: = 30:2

А.Відновлення прохідності дихальних шляхів:

- очищення порожнини рота від патологічного вмісту, видалення з'ємних зубів;
- закидання голови, висування нижньої щелепи, відкривання рота;
- повітровод, ларингомаска, інтубація трахеї;
- трахеостомія, крикоконікотомія.

В. Штучна вентиляція легень - методом: «рот до рота», мішком Амбу, респіратором:

- екстрена оксигенація 100% киснем;
- оцінка циркуляції (С)- АТ, пульс (в разі відсутності пульсу, починайте кардіо-респіраторну реанімацію);

Правило 3-ох катетерів:

- забезпечення киснем (10-15 л/хв);
- катетеризація 2-ох периферичних вен катетерами достатнього діаметру (G16-18), а в разі необхідності венесекція або катетеризація центральної вени;
- катетеризація сечового міхура;
- Положення – на спині з піднятими нижніми кінцівками;
- забезпечення зігрівання жінки;
- терміново розпочати інфузійну терапію, яку проводити згідно таблиці 3 із клінічного протоколу «Геморагічний шок в акушерстві»
- тимчасова зупинка крововтрати: абдомінальна компресія аорти.
- клініко-лабораторне обстеження: група крові і Rh-фактор, аналіз крові загальний, час згортання крові, коагулограма, приліжковий тест, забір крові на сумісність.
- Замовлення препаратів крові.

5. Встановлення причини кровотечі (застосовуйте підхід 4 Т для визначення механізму розвитку кровотечі. Більш ніж один патогенетичний механізм може обумовлювати розвиток ППК!).

Оцінка тонусу матки

Якщо має місце порушення тонусу матки:

- враховуючи, що в 70% випадків причиною ранньої ППК є атонія матки – розпочати терапевтичне введення теротоніків (Окситоцин 10 ОД /500 мл фізіологічного розчину з швидкістю 60 крапель / хвилину.

- провести зовнішній масаж матки,
- якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась -
- ручне обстеження порожнини матки під внутрішньовенним знеболенням,
- якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась -
- застосування утеротоніків 2-ої – 3-ої лінії (карбетоцин), в разі продовження кровотечі –
- бімануальна компресія матки або компресія аорти,
- якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась -
- в умовах операційної призначення транексамової кислоти (1 г, повторити через 30 хвилин за необхідності), якщо кровотеча продовжується -при величині крововтрати 1,5% і більше від маси тіла – лапаротомія:

(застосування органозберігаючих технологій – перевязування магістральних судин (покрокова часткова деваскуляризація матки), компресійні шви на матку, білатеральне перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій (за наявності спеціаліста, який володіє методикою маніпуляції, або з заохоченням судинних хірургів), гістеректомія без додатків матки.

Якщо матка щільна - виключити травму:

- ручне обстеження порожнини матки з метою виключення розриву (особливо в разі відсутності реакції на струминне в/в введення розчинів). В разі розриву матки – негайна лапаротомія.

- ретельне обстеження з метою виключення травм (промежина, піхва, шийка матки). Ушивання розривів за умови якісного освітлення та допомоги асистента. Наявність травм є показанням і до призначення транексамової кислоти (1 г, повторити через 30 хвилин при необхідності).

У разі відсутності травми можливе порушення згортання крові

У разі виключення травм (включаючи розрив матки) – оцінка згортання крові за допомогою приліжкового тесту, час згортання крові, коагулограма (за можливості). У разі коагулопатії – алгоритм дій при синдромі ДВЗ (усунення фактору, що призвів до ДВЗ, підтримка адекватної перфузії органів та запобігання гіпоксії (трансфузія еритроцитарної маси), замісна терапія прокоагулянтами, в критичному стані – переливання свіжої донорської крові за рішенням консилиуму лікарів та повідомленням адміністрації ЗОЗ).

6. Постійний контроль стану породіллі, показників гемодинаміки та згортання крові. Документування події.

7. Призначення профілактичної антибіотикотерапії препаратами широкого спектру дії, в разі необхідності – терапія антибіотиками.

8. Спостереження у відділенні інтенсивної терапії впродовж 24 годин після стабілізації стану жінки (АТ не менше 100 мм рт ст, пульс – до 90/хвилину).

- контроль стану матки (в разі збереження);
- оцінка крововтрати;
- оцінка вітальних ознак: температура, пульс, дихання, АТ, загальний стан (колір шкірних покривів, рівень свідомості);
- забезпечення адекватного споживання рідини: після стабілізації стану-рекомендовано проводити в/в інфузію збалансованими сольовими розчинами.

Об'єм та темп інфузії корегувати в залежності від наявності ускладнень вагітності (пreeклампсія), супутньої патології, рівня ЦВТ та погодинного діурезу;

- контроль виділення сечі;
- контроль ускладнень гемотрансфузії
- документування стану жінки та терапії, що проводиться;
- контроль рівня гемоглобіну та призначення препаратів заліза в разі необхідності.

Післяпологова вторинна (пізня) кровотеча

Основні причини пізніх післяпологових кровотеч:

- затримка частин посліду;
- гнійно-септичні ускладнення післяпологового періоду;
- не діагностовані своєчасно гематоми піхви;
- розходження швів та рани матки (після кесаревого розтину або розриву матки);
- причини, не пов'язані з вагітністю та пологами (розрив варикозних вузлів вен піхви, рак шийки матки та ін.).

Алгоритм надання медичної допомоги:

1. Визначення об'єму крововтрати;
2. Покликати на допомогу (заручитися підтримкою персоналу);
3. В разі збереження свідомості жінки - надання психологічної підтримки, пояснення стану та маніпуляцій, що проводяться;

4. АВС реанімація (дивись вище) незалежно від причини кровотечі!

5.3 метою встановлення діагнозу – огляд пологових шляхів;

6. В разі кровотечі внаслідок затримки частин посліду – мануальна (електрична) вакуум-аспірація під місцевою анестезією та в/в введенням розчину окситоцину (10 ОД/500мл. фізіологічного розчину). *Запобігайте використанню інструментальної ревізії порожнини матки.* Антибіотикотерапія.

7. В разі кровотечі на тлі післяпологового ендометриту – негайно розпочати антибактеріальну терапію препаратами 1-ї лінії (Ампіцилін + Гентаміцин + Метронідазол, або цефалоспорини 1-2 покоління) після швидкого введення розчину Рінгера. Ревізія порожнини матки – МВА має проводитися тільки за життєвими показаннями та тільки після введення антибіотиків.

8. В разі стабільного стану жінки, наявності невеликої кровотечі на фоні післяпологового ендометриту та затримки частин посліду (за даними УЗД) – антибіотикотерапія. При відсутності загрожуючої життю кровотечі, бажано проводити ревізію порожнини матки не раніше, ніж після введення другої дози антибактеріальних препаратів.

9. Кровотеча з гематоми піхви може потребувати на негайне оперативне втручання, включаючи білатеральне перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій (залучення судинного хірурга).

10. Кровотеча внаслідок розходження швів та рани матки потребує негайної лапаротомії.

Компресія черевної аорти

- застосуйте нисхідний тиск кулаком черевної аорти прямо через черевну стінку;
- точка надавлювання знаходиться прямо над пупком і трохи лівіше;
- в ранньому післяпологовому періоді пульсація аорти може бути легко визначена через передню черевну стінку;
- другою рукою пальпують пульс на стегновій артерії для оцінки ефективності компресії;
- якщо пульс визначається, то тиск кулаком оцінюють як недостатній і навпаки.

Бімануальна компресія матки. Введіть одну руку у піхву і притисніть її до тіла матки. Іншу руку внутрішньою стороною долоні покладіть на живіт на дно матки і притисніть матку до лона. Така бімануальна компресія запобігає продовженню післяпологової кровотечі за рахунок підвищення тонуусу матки і дає можливість значно зменшити кровотрату. Окрім того, вона дозволяє видалити сгортки крові з порожнини матки та встановити наявність ознак вивороту матки, прийняти рішення щодо необхідності ручної ревізії порожнини матки.

VIII. Основна література для опрацювання

1. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
2. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. М.:МИА, 2007.
3. Практическое акушерство с неотложными состояниями.Руководство для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва,2010.
4. 9. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.-М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
5. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О. Масивні акушерські кровотечі / Під ред. В.В. Камінського. — Київ: Тріумф, 2010. —232 с.
6. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
7. Наказ МОЗ України про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги № 205 від 24.03. 2014 «Акушерські кровотечі».
8. Наказ МОЗ України від 03.11.02008 № 624 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»,наказу МОЗ від 31.12.2004 року, № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».