

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:

на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Завідувач кафедри

д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ
ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Акушерські кровотечі (код курсу 6.1.)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години.

I. Науково-методичне обґрунтування теми

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. Навчальні цілі лекції

Донести до курсантів наступні знання:

1. Сучасні погляди на етіологію та патогенез кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
2. Класифікацію кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
3. Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
4. Діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при кровотечах.
5. Провести диференціальну діагностику передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти.
6. Надати невідкладну допомогу вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонарі.
7. Скласти план лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.
8. Визначення поняття «акушерські кровотечі».
9. Фактори ризику кровотечі в пологах і післяпологовому періоді.
10. Причини кровотеч в III періоді пологів.
11. Форми патологічного прикріплення плаценти.
12. Причини патологічного прикріплення плаценти.
13. Клініку патологічного прикріплення плаценти.
14. Причини, клініка затримки в матці частин плаценти.
15. Причини, клініка защемлення плаценти.
16. Лікувальні заходи щодо боротьби з кровотечею в III періоді пологів.
17. Сучасні погляди на етіологію та патогенез кровотеч, які виникають у ранньому післяпологовому періоді.
18. Класифікацію кровотеч, які виникають у ранньому післяпологовому періоді .

19. Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах, які виникають у ранньому післяпологовому періоді.
20. Діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при кровотечах.
21. Диференційну діагностику кровотеч, які виникають у ранньому і пізньому післяпологовому періодах.
22. Методи зупинки кровотеч, які виникають у ранньому і пізньому післяпологовому періодах.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження вагітних та виконанні лікарських маніпуляцій.

Розродження вагітних з кровотечею потребує адекватної психологічної підготовки пацієнтки, що вимагає високої кваліфікації лікаря. При обстеженні вагітної дотримуватися принципів медичної етики та деонтології.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
I. Попередні дисципліни		
Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів,	
Топографічна анатомія	Пошарова будова передньої черевної стінки	Виконати лапаротомію на трупі
II. Наступні дисципліни		
Педіатрія	Будову та розміри доношеного плода.	Уміти визначити зрілість новонародженого
Сімейна медицина	Надання допомоги жінкам з кровотечею на до госпітальному	Визначити показання і скерувати вагітну на відповідний рівень надання медичної допомоги.
III. Внутрішньопредметна інтеграція		
Вузкий таз, крупний плід	Вибір методу розродження при даній патології.	Визначити біофізичний профіль плоду за даними УЗД, розшифрувати кардіотокограму
Перебіг і ведення III періоду пологів в нормі	Ознаки відокремлення плаценти, методи віділення відокремленої плаценти, активне ведення III періоду пологів.	Продемонструвати на фантомі активне ведення III періоду пологів, ознаки відокремлення плаценти, підрахувати величину крововтрати
Перебіг і ведення післяпологового періоду в нормі	Визначити величину крововтрати, заходи направлені на попередження розвитку кровотечі	Оцінити інволюцію матки, оцінити гемостазіограму.

V. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	<p><i>Підготовчий етап</i></p> <p>Визначення актуальності теми</p> <p>Визначення навчальних цілей лекції</p> <p>Забезпечення позитивної мотивації</p>	<p>Навчально-методичне обґрунтування теми.</p> <p>Навчальні цілі лекції.</p> <p>Навчально-методичне обґрунтування теми.</p>	5 хв.
	<i>Основний етап</i>		75 хв.

<p>2.</p>	<p>Викладення лекційного матеріалу за планом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Сучасні погляди на етіологію та патогенез кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів. 2.Класифікація кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів. 3.Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах, які виникають у II половині вагітності та під час пологів. 4.Діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при кровотечах. 5.Провести диференціальну діагностику передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти. 6.Надати невідкладну допомогу вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонар. 7.Сучасні погляди на етіологію та патогенез кровотеч, які виникають у III періоді пологів та післяпологовому періоді.. 8.Класифікація кровотеч. 9.Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при щільному прикріпленні та істинному прирощенні плаценти. 10. Затримка дольки плаценти: клініка, Діагностика, лікування. 11.Причини кровотеч в ранньому і пізньому післяпологовому періодах. 12.Гіпотонічна кровотеча: консервативні і хірургічні методи зупинки. 13.Причини кровотеч у пізньому післяпологовому періоді:клініка, діагностика, лікування. 14.Профілактика акушерської кровотечі. 	<p>Тематична клінічна лекція з елементами проблемності. Мультимедійний супровід.</p>
-----------	--	--

	Заклучний етап		10 хв.
1.	Резюме лекції, загальні висновки	Перелік навчальної літератури	
2.	Відповіді на можливі запитання	ЗАПИТАННЯ	
3.	Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції.		

VII. Зміст лекційного матеріалу.

АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ

Під акушерською кровотечею розуміють будь-яку крововтрату з статевих органів жінки під час вагітності та патологічну крововтрату в пологах і післяродовому періоді. Маткові кровотечі в пологах та ранньому післяродовому періодах у фізіологічних межах (до 0,3% маси тіла, що становить приблизно 250мл) обумовлені гемохоріальним типом зв'язку між плацентою та маткою, не позначаються на загальному стані породіллі і не потребують включення компенсаторних механізмів організму. Допустима крововтрата складає 250-400мл, що в перерахунку до маси тіла становить 0,3-0,5% і, як правило, переноситься без ускладнень. Крововтрата більше 0,5% маси тіла вважається патологічною. Враховуючи, що у вагітних, роділь і породіль знижена толерантність до крововтрати і симптоми шоку можуть розвиватись при її об'ємі 800-1000мл, крововтрата до 1-1,5% маси тіла розцінюється як помірна, а більше 1% маси тіла як масивна.

Частота розвитку акушерської кровотечі все ще залишається високою і складає від 2,5 до 4,7%. Маткові кровотечі залишаються основною причиною ургентних станів і займають одне з перших місць у структурі материнської смертності. Ця патологія у випадку єдиної основної причини смерті становить 20-45%, а також ускладнює стан жінки при іншій ведучій патології.

Кровотечі під час вагітності і пологів частіше бувають обумовлені передлежанням плаценти, передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, розривами матки, розривами варикозно розширених вен піхви, патологічними процесами в ділянці матки. Кровотечі в послідовому та ранньому післяродовому періодах виникають внаслідок порушення процесів відшарування плаценти та виділення посліду; гіпо- і атонії матки, травматичних ушкоджень родових шляхів; вроджених та придбаних порушень системи гемостазу.

Кровотечі у I половині вагітності:

- мимовільний викидень;
- пухирний занос;
- позаматкова вагітність (у тому числі шийкова вагітність).

Кровотечі у II половині вагітності:

- передлежання плаценти;

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- розрив матки.

Кровотечі під час пологів:

I період:

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- передлежання плаценти;
- розрив матки;
- розрив шийки матки.

II період:

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- розрив матки.

III період:

- патологія прикріплення плаценти;
- затримка, защемлення плаценти;
- розрив м'яких тканин пологових шляхів.

Післяпологова кровотеча:

- гіпотонічна кровотеча;
- затримка частин посліду;
- розрив м'яких тканин пологових шляхів;
- розрив матки;
- емболія навколоплодовими водами;
- коагулопатична кровотеча.

Кровотечі, що не пов'язані з вагітністю:

- поліп шийки матки;
- рак шийки матки.

Допологова кровотеча (ДК) – це кровотеча, що виникає з 22 тиж., протягом вагітності й до народження дитини. ДК становить 2-5% від загальної кількості вагітностей і займає одне з перших місць серед причин МС і ПС в усьому світі. Народження більше 1/5 глибоко недоношених дітей пов'язано з ДК. Асоціація ДК з церебральним паралічем може бути пояснена передчасним народженням.

Причини ДК включають:

- передлежання плаценти (ПП) (20%, 1 на 200 вагітностей),
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНРП) (40%, 1 на 100 вагітностей),
- кровотечі з вульви, піхви, або шийки матки) (до 5%).

В разі, коли джерело кровотечі встановити неможливо, стан визначається як «неуточнена ДК» (35%). Причиною допологової кровотечі може бути розрив матки!

Враховуючи світовий досвід, величина кровотрати в разі ДК визначається як:

Кровомазання – плями крові на білизні та гігієнічних прокладках

Мала кровотеча – кровотрата оцінена до 250 мл, яка зупинилась

Велика кровотеча – крововтрата оцінена від 250 до 1000 мл, яка зупинилась, при відсутності ознак геморагічного шоку

Масивна кровотеча – крововтрата більше ніж 1000 мл та/ або ознаки геморагічного шоку

Повторна ДК або рецидив кровотечі – термін застосовується, якщо епізод ДК відбувся більше ніж один раз.

Ризик виникнення АК оцінюють:

1. 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.
2. Під час госпіталізації в акушерський стаціонар.

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

В антенатальному періоді:

- підтвердження групи крові та резус-фактору у всіх жінок при постановці на облік,
- своєчасне виявлення та лікування анемії під час вагітності (якщо рівень гемоглобіну нижче 110 г/л, препарати заліза призначаються в дозі 200 мг/добу до досягнення рівня 110 г/л, після цього – 3 місяці – 100 мг/добу),
- оцінка виявлених факторів ризику та прийняття рішення відносно місця та часу розродження.

● **В терміні вагітності 37-38 тижнів: уточнення наявних факторів ризику,**

визначення ступеню ризику, за показаннями – дообстеження; визначення місця розродження та плану розродження (сумісно зі спеціалістами акушерського стаціонару).

В пологах:

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

Рациональне 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.

В разі наявності факторів ризику ППК - ведення II та III періодів пологів «з катетером у вені» (G16-18). 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.

Прийняття свідомого та інформованого рішення:

Необхідно усвідомлювати, що 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) приймається черговою бригадою 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» (2801-12)). Не підлягають розголошенню відомості, що стосуються лікарської таємниці, крім випадків, передбачених Законом (ст. 46 Закону України "Про інформацію" (2657-12)). 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 консультування – є забезпечення психологічної підтримки жінки, уміння консультанта заспокоїти пацієнтку, вселити оптимізм відносно подальшого особистого, інтимного життя, репродуктивного здоров'я. Після проведеного консультування у жінки не повинно залишитись будь-яких сумнівів або запитань щодо отриманої інформації.

■ **Передлежання плаценти** – ускладнення вагітності, при якому плацента розташовується у нижньому сегменті матки нижче передлеглої частини плоду, перекиваючи повністю або частково внутрішнє вічко шийки матки. Передлежання плаценти зустрічається у 0,5-0,8% випадків від загальної кількості вагітностей. В ранні терміни вагітності низьке розташування плаценти може спостерігатися у 30% випадків, але до строку пологів воно залишається приблизно в 0,3% випадків. Ризик розвитку даної патології: Передлежання плаценти при попередній вагітності (ВШ 9,7); **Попередні кесареві розтини (ВР 2,6)** Один попередній КР (ВШ 2,2), Два попередніх КР (ВШ 4,1), Три попередні КР (ВШ 22,4);- Попереднє переривання вагітності - Багатонароджуючі (5+)- Вік матері >40

років- Багатоплідна вагітність- Куріння- **Недостатність ендометрію внаслідок:**• Рубця на матці• Ендометриту• Ручного видалення плаценти• Кюретажу• Субмукозної фіброміоми матки• Допоміжні репродуктивні технології.

Діагностика: у разі, коли край плаценти досягає або перекриває внутрішнє вічко в 18-20 тижні вагітності (частота 2-4%) призначається трансвагінальне УЗД в 28-32 тижні вагітності, яке є безпечним та точним методом встановлення діагнозу. У разі, якщо край плаценти знаходиться менш ніж на 20 мм від внутрішнього вічка або перекриває його на 20 мм після 26 тижнів вагітності – це може свідчити про можливість клінічних проявів, пов'язаних з передлежанням плаценти.

В разі відсутності клінічних проявів, пов'язаних з передлежанням плаценти показано повторне трансвагінальне УЗД дослідження (враховуючи міграцію плаценти) в 36 тижнів.

Перекриття внутрішнього вічка на 20 або більше мм в третьому триместрі вагітності з високою вірогідністю буде потребувати КР.

В випадку, коли після 35 тижнів вагітності край плаценти знаходиться більше ніж на 20 мм від внутрішнього вічка – з високою вірогідністю можна прогнозувати успішні вагінальні пологи.

Розташування краю плаценти в проміжку 0-20 мм від внутрішнього вічка асоціюється з високою частотою КР, хоча вагінальні пологи залишаються можливими (в разі самостійного розв'язання пологової діяльності та відсутності кровотечі).

Будь-яке перекриття внутрішнього вічка плацентою після 35 тижнів вагітності (>0 мм) є показанням до КР. Регіональна анестезія може застосовуватися в разі КР при наявності передлежання плаценти без ознак кровотечі.

Жінки з передлежанням плаценти та КР в анамнезі мають високий ризик виникнення патології прикріплення плаценти.

Ультразвукові ознаки істинного прирощення плаценти (сіра шкала):

- Втрата анехогенної ретроплацентарної зони
- Наявність непостійної анехогенної ретроплацентарної зони
- Утончення або відсутність гіперехогенної межі між маткою та сечовим міхуром
- Наявність локальних екзофітних мас що проникають у сечовий міхур
- Патологічні плацентарні лакуни

Допплерографічні ознаки істинного прирощення плаценти (кольоровий доплер):

- Дифузний або локальний лакунарний кровообіг.
- Васкулярні озера з турбулентним кровообігом (пікова систолічна **ш**видкість вище 15 см/сек).
- Підвищена васкуляризація межі між маткою та сечовим міхуром.
- Значне розширення судин надпериферійної субплацентарної зони.

Трьохмірний енергетичний Доплер

- Численні когерентні судини через товщу межі між маткою та сечовим міхуром (базальна площина)
- Підвищена васкуляризація (бокова площина)
- Нерозподілені котелідони та інтравільозний кровообіг, хаотичні гілки, обвідні судини (бокова площина).
- Плановий КР в разі передлежання плаценти та відсутності симптомів кровотечі рекомендують проводити у 38-39 тижнів, а в разі очікування патологічного прикріплення плаценти в 36-37 тижнів вагітності.

У разі встановленого діагнозу передлежання плаценти, накладання шву на шийку матки не попереджує кровотечу та не дозволяє пролонгувати вагітність. Недоцільним є профілактичне призначення токолітиків у разі передлежання плаценти для запобігання кровотечі.

Лікування та акушерська тактика при передлежанні плаценти.

Кровотеча в II половині вагітності є терміновим показанням для госпіталізації. Лікування та обстеження вагітних з кровотечею у II половині вагітності повинно проводитися тільки в стаціонарі. Тактика лікаря залежить від:

1. об'єму крововтрати та інтенсивності кровотечі;
2. стану жінки та плода;

3. виду передлежання плаценти;
4. терміну вагітності;
5. ступеня зрілості легенів плода.

Акушерська тактика при недоношеній вагітності

При появі кров'янистих виділень в другій половині вагітності, в першу чергу, слід запідозрити передлежання плаценти і терміново госпіталізувати вагітну.

1. У разі невеликої крововтрати (до 250 мл), відсутності симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, відсутності пологової діяльності, незрілості легенів плода при вагітності до 37 тижнів - вичікувальна тактика. Метою такої тактики є пролонгація вагітності для дозрівання легенів плода. Проводиться:

- госпіталізація;
- токолітична терапія за показаннями;
- прискорення дозрівання легень плода до 34 тижнів вагітності (дексаметазон 6 мг через 12 годин протягом 2 діб);
- моніторне спостереження за станом вагітної та плода.

2. У разі прогресування кровотечі (більше 250 мл), появі симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, незалежно від стану плоду та терміну вагітності - термінове розродження шляхом кесаревого розтину.

Акушерська тактика при доношеній вагітності.

1. При крововтраті до 250 мл. За умови розгорнутої операційної уточнюється ступінь передлежання:

- у разі часткового передлежання плаценти, можливості досягнення амніотичних оболонок та головного передлежання плода, активних скороченнях матки, виконується амніотомія. При відновленні кровотечі - кесарів розтин. При припиненні кровотечі пологи ведуться через природні пологові шляхи. Після народження плода - в/м введення 10 ОД окситоцину, ретельне спостереження за скороченням матки та характером виділень із піхви.
- при повному або неповному передлежанні плаценти, неправильному положенні плода (косе або поперечне) чи тазовому передлежанні виконується кесарів розтин;
- при неповному передлежанні плаценти, мертвому плоді можлива амніотомія, при припиненні кровотечі - розродження через природні пологові шляхи.

2. При крововтраті більше 250мл - незалежно від ступеню передлежання - терміновий кесарів розтин.

3. При повному передлежанні діагностованому за допомогою УЗД, без кровотечі - госпіталізація до строку розродження, кесарів розтин у терміні 37-38 тижнів.

У ранньому післяпологовому періоді, - ретельне спостереження за станом породіллі. При відновленні кровотечі після операції кесаревого розтину та досягненні загальної крововтрати більше 1% від маси тіла - термінова релапаротомія, екстирпація атки без додатків, за необхідності - перев'язка внутрішніх клубових артерій спеціалістом, який володіє цією операцією.

Відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку і ДВЗ-синдрому проводиться за показаннями (див. відповідну тему заняття).

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – це відшарування плаценти розташованої поза нижнім сегментом матки під час вагітності або у I – II періодах пологів.

Класифікація:

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

Клініко-діагностичні критерії передчасного відшарування нормально розташованої плаценти:

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти може бути у вагітних у разі наступної патології:

- гестози;
- захворювання нирок;
- ізоімунний конфлікт між матір'ю та плодом;
- перерозтягнення матки (багатоводдя, багатоплідність, великий плід);
- захворювання судинної системи;
- цукровий діабет;
- захворювання сполучної тканини;
- запальні процеси матки, плаценти;
- аномалії розвитку або пухлини матки (підслизові, інтрамуральні міоми).

Безпосередньою причиною може бути:

фізична травма;

- психічна травма;
- раптове зменшення об'єму навколоплодових вод;
- абсолютно чи відносно коротка пуповина;
- патологія скоротливої діяльності матки.

Діагностика:

1. *Оцінка стану вагітної, який буде залежати від величини відшарування, об'єму крововтрати, появи симптомів геморагічного шоку або ДВЗ-синдрому.*

2. *Зовнішнє акушерського обстеження:*

- гіпертонус матки;
- матка збільшена у розмірах, може бути деформована з локальним випячуванням, якщо плацента розташована по передній стінці;
- болючість при пальпації;
- утруднення або неможливість пальпації та аускультативні серцебиття плода;
- поява симптомів дистресу плода або його загибель.

3. *Внутрішнє акушерське дослідження:*

- напруженість плодного міхура;
- при вилитті навколоплодових вод – можливе їх забарвлення кров'ю;
- кровотеча різної інтенсивності із матки.

4. *УЗ-дослідження (ехо-негативне вогнище між маткою та плацентою), але цей метод не може бути абсолютним діагностичним критерієм так, як гіпоехогенна зона може візуалізуватись у пацієток і без відшарування.*

У разі відсутності зовнішньої кровотечі діагноз передчасного відшарування плаценти базується на підвищеному тонусі матки, локальній болючості, погіршенні стану плода. Кров із ретроплацентарної гематоми просочує стінку матки і формує матку Кувелера (матково-плацентарна апоплексія), яка втрачає здатність скорочуватись, що веде до розвитку кровотеч з масивною крововтратою за рахунок коагулопатії та гіпотонії.

Лікування:

Необгрунтовано запізниле розродження призводить до загибелі плода, розвитку матки Кувелера, масивної крововтрати, геморагічного шоку та ДВЗ- синдрому, втрати репродуктивної функції жінки.

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.

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 легень 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:

- передуюча операції амніотомія (якщо є умови);
- обов'язкова ревізія стінок матки (особливо зовнішня поверхня) з метою виключення матково-плацентарної апоплексії;
- у разі діагностування матки Кувелера - екстирпація матки без придатків;
- при невеликій площі апоплексії - 2-3 вогнища малого діаметру 1-2 см, або одне – до 3 см), та здатності матки до скорочення, відсутності кровотечі та ознак ДВЗ-синдрому, при необхідності зберегти дітородну функцію

(перші пологи, мертвий плод), **консіліумом 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 періодах

- негайна амніотомія, якщо навколоплодовий міхур цілий;
 - при головному передлежанні плода - накладання акушерських щипців;
 - при тазовому передлежанні - екстракція плода за тазовий кінець;
 - при поперечному положенні другого з двійні плода виконується акушерський поворот з екстракцією плода за ніжку. У деяких випадках більш надійним буде кесарський розтин;
 - ручне відділення плаценти та видалення посліду;
 - скорочуючі засоби - в/в 10 ОД окситоцину, при відсутності ефекту 800 мкг мізопростолю (ректально);
 - ретельне динамічне спостереження у післяпологовому періоді;
 - відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому.
- Пацієнтка залишається під наглядом чергової бригади (бригади термінального центру) в операційній протягом наступних 6 годин. • У ранньому післяопераційному періоді – ретельне спостереження за станом породіллі.

КРОВОТЕЧІ У ПОСЛІДОВОМУ ПЕРІОДІ ПОЛОГІВ

Класифікація причин кровотеч у III періоді пологів

- патологія прикріплення плаценти;
- затримка частин плаценти або оболонки;
- защемлення плаценти.

Слід відмітити, що частою причиною кровотечі в послідовому періоді є затримка в матці плаценти, її частини, додаткової частки, 2/3 оболонки. 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, incretata, 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 incretata*** - ворсини вросли в 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 площадкою.

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 перепоповнення 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.

Акушерська тактика при патології прикріплення, відокремлення або виділення плаценти.

1. Катетеризація периферичної або центральної вени роділлі для інфузії залежно від величини крововтрати та стану жінки.
2. Випорожнення сечового міхура.
3. Перевірка ознак відділення плаценти та виділення посліду ручними прийомами.
4. У разі защемлення посліду зовнішній масаж матки, зовнішні прийоми видалення посліду.
5. У разі затримки частин плаценти або оболонок - ручне обстеження порожнини матки під внутрішньовенним наркозом.
6. У разі порушення механізму відокремлення плаценти та відсутності кровотечі - очікування протягом 30 хв., (у вагітних із групи ризику - 15 хв.) з подальшим ручним відокремлення плаценти та виділенням посліду.
7. При появі кровотечі - термінове ручне відокремлення плаценти та виділення посліду під в/в наркозом.
8. Введення утеротонічних засобів - 10 -20 ОД окситоцину в/в на 400мл фізіологічного розчину в/в крапельно.
9. За умови істинного прирощення або пророщення плаценти - лапаротомія, екстирпація матки без додатків.
10. Оцінка величини крововтрати та відновлення величини ОЦК (див. лікування геморагічного шоку).

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 окситоцину
	Інфекційний процес	•тривалий безводний проміжок • лихоманка в пологах (хоріоамніоніт)
	Функціональні/анатомічні особливості матки	• 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, вроснення)
	Затримка згортків крові у порожнині матки	• атонія матки

Травми пологових шляхів («Т» - травма) до 20%	Розриви шийки матки, піхви, промежини	• швидкі пологи • оперативні вагінальні пологи
	Травматичний розрив матки під час кесарського розтину	• неправильні положення плода • низьке розташування передлеглої частини плода
	Розрив матки	• оперована матка
	Виворіт матки	• 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) ШПК в анамнезі	• спадкові коагулопатії • захворювання печінки
	<p>Патологія асоційована з вагітністю: ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура; тромбоцитопенія з тяжкою прееклампсією;</p> <p>синдром ДВЗ: • прееклампсія, • антенатальна загибель плода, • тяжка інфекція, • відшарування плаценти, • емболія амніотичною рідиною</p>	<p>• синці</p> <p>• прееклампсія, еклампсія НБКЬР-синдром</p> <p>• підвищення АТ • мертвий плід</p> <p>• лихоманка, лейкоцитоз • допологова кровотеча • колапс</p>
	Лікування антикоагулянтами	
<p><i>Рекомендації:</i> наступні фактори супроводжуються значним підвищенням ризику ППК. За наявності цих факторів скеровують вагітну на III рівень надання допомоги</p>		
«4 Т»	Відношення шансів розвитку ППК (кратність збільшення ризику)	99% ДІ

Тромбін	13	(7.61 - 12.9)
Тканина	12	(7.17 - 23)
Тонус	5	2.5 - 2.2
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.

Рациональне 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 сторону 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").

Консультація 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 ППК

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. ABC –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 тону мати

Якщо має місце порушення тону мати:

- враховуючи, що в 70% випадків причиною ранньої ППК є атонія мати – розпочати терапевтичне введеннятеротоніків (Окситоцин 10 ОД /500 мл фізіологічного розчину з швидкістю 60 крапель / хвилину.
- провести зовнішній масаж мати, якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась -
- ручне обстеження порожнини мати під внутрішньовенним знеболенням,
- якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась -
- застосування утеротоніків 2-ої – 3-ої лінії (карбетоцин), в разі продовження кровотечі –
- бімануальна компресія мати 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 мати), 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/вінфузію збалансованими сольовими розчинами.

Об'єм та темп інфузії корегувати в залежності від наявності ускладнень вагітності (пreekлампсія), 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.З 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 тону мати і дає можливість значно зменшити кровотрату. Окрім того, вона дозволяє видалити стортки крові з порожнини матки та встановити наявність ознак вивороту матки, прийняти рішення щодо необхідності ручної ревізії порожнини матки.

Хірургічний гемостаз

Згідно сучасної концепції боротьби з післяпологовими кровотечами та рекомендацій ВООЗ, впровадження іновативних технологій комплексного підходу до терапії післяпологових/інтраопераційних кровотеч пріоритетним має бути виконання органозберігаючих методів хірургічного гемостазу, особливо в разі виникнення атонічної кровотечі.

Методи хірургічного гемостазу

На сьогодні виділяють декілька методів хірургічного гемостазу щодо спинення масивної акушерської кровотечі (МАК) з виконанням поетапної часткової деваскуляризації матки, що мають чіткі показання. Необхідно відмітити, що видалення матки з метою зупинення кровотечі виконують тільки в разі неефективності застосування попередніх органозберігаючих методів та продовження кровотечі або в разі діагностування істинного прирощення плаценти. В цілому розрізняють наступні методи хірургічного гемостазу МАК:

- I. Двостороннє перев'язування маткових судин.
- II. Двостороннє перев'язування яєчникових судин.
- III. Накладання компресійних швів на матку.
- IV. Білатеральне перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій.
- V. Радикальні операції (субтотальна або тотальна гістеректомія).

Показання до проведення гістеректомії

За даними ВООЗ показник гістеректомії при післяпологових кровотечах в середньому становить 1 випадок на 1000 пологів.

1. Патологія плацентації (, increta, percreta). Ця патологія зустрічається у жінок після попереднього розродження шляхом кесарева розтину, абортів, запальних процесів ендометрію. На сьогодні, цеосновне показання для радикальної операції.

2. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти з міжм'язовими крововиливами і просякненням кров'ю міометрію та розвитком матки Кувелера (Couvelaire).

3. Атонія матки не чутлива до утеротонічних препаратів, компресійних швів, перев'язуваннямагістральних судин матки (маткових, яєчникових).

4. Розрив матки з відривом судин матки та масивною кровотечею.

Надпихову ампутацію матки (субтотальну гістеректомію) виконують тільки в разі істинного прирощення плаценти без значної кровотрати та ДВЗ-синдрому. (Виключення становить передлежання плаценти: можливе прирощення плаценти до шийки матки з розвитком у післяопераційному періоді значної кровотечі з культі шийки матки).

В усіх інших випадках розвитку МАК стійких до консервативних та хірургічних органозберігаючих методів спинення кровотечі необхідно виконувати екстирпацію матки (тотальну гістеректомію) без додатків. В разі неможливості негайно виконати гістеректомію (нестабільний стан пацієнтки, недостатня кваліфікація персоналу), після виконання лапаротомії для тимчасової зупинки кровотечі може застосовуватись тимчасове накладання катетера на матку.

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.

Перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій (ПВКА)

Показання:

- Після гістеректомії – коли кровотрата продовжується.

- В комплексній терапії коагулопатичної кровотечі.
- Кровотеча з під листків широкої зв'язки матки, стінки тазу, параметральної клітковини.
- Дифузна кровотеча з ділянки без чіткого визначення джерела кровотечі та ложа судини.
- Розрив матки з відривом маткової артерії.
- Глибокі розриви ш. матки та склепінь піхви з технічними труднощами їх ушивання.

Кровотеча після екстирпації матки

Найбільш частою причиною кровотечі після проведеної гістеректомії є коагулопатичні порушення або недостатній гемостаз після попередньої операції. Це може бути під час проведення екстирпації матки або в ранньому післяопераційному періоді, що призводить до необхідності виконання релапаротомії. В багатьох випадках необхідність релапаротомії викликана певними ятрогенними причинами, які пов'язані з неповним об'ємом хірургічного гемостазу, технічними недоліками виконання операції. Під час релапаротомії потрібно забезпечити місцевий гемостаз, виконати тугу тампонаду малого тазу та піхви з подальшою корекцією коагулопатичних порушень шляхом проведення ІТТ та введенням відповідних препаратів. За показаннями, в разі можливості, виконується перев'язування внутрішніх клубових артерій.

VII. Матеріали активізації студентів під час викладання лекції

Питання

1. Визначення поняття «акушерські кровотечі».
2. Класифікація кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
3. Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах.
4. Передчасне відшарування плаценти: етіологія, клініка, діагностика, лікування.
5. Передлежання плаценти: етіологія, клініка, діагностика, лікування.
6. Диференціальна діагностика передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти.
7. Невідкладна допомога вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонар.
8. Лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.
9. Дайте визначення поняття патологічної кровотечі.
10. Які фактори ризику післяпологової кровотечі?
11. Які причини кровотеч в III періоді пологів?
12. Які причини, види патологічного прикріплення плаценти?
13. Яка клініка патологічного прикріплення плаценти?
14. Які причини, клініка затримки в матці частин плаценти?
15. Які причини, клініка защемлення плаценти?

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

1. Знати класифікацію кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
2. Оцінити особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
3. Визначити діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при кровотечах.
4. Провести диференціальну діагностику передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти.
5. Надати невідкладну допомогу вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонар.
6. Скласти план лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.
7. Поставити правильно діагноз при кровотечі в III і післяпологовому періодах.
8. Оцінити об'єм крововтрати.
9. Показати на фантомі методи зупинки кровотечі в III періоді пологів.
10. Показати на фантомі техніку ручного видалення плаценти і обстеження порожнини матки.
11. Встановити попередній діагноз при кровотечах у ранньому післяпологовому періоді. Скласти план обстеження при кровотечах у ранньому післяпологовому періодах.
12. Провести клініко-лабораторну діагностику при кровотечах у ранньому післяпологовому періоді.

Тестові завдання

1. Передлежання плаценти - це коли плацента:

A. Частково або повністю перекриває внутрішнє вічко шийки матки.

B. Прикріплена біля дна матки.

C. Проростає слизову оболонку матки.

D. Розташована на бокових стінках матки.

E. Розташована на передній або задній стінці матки.

2. При якому виді передлежання плаценти розродження проводиться тільки шляхом кесарського розтину:

A. Центральному

B. Крайовому

C. Боковому

D. Низькому розташування

E. В жодному з перерахованих.

3. Де потрібно проводити піхвове дослідження у вагітної з підозрою на передлежання плаценти:

A. У пологовій залі

B. У розгорнутій операційній

C. В приймальному відділенні пологового будинку

D. В передпологовій палаті

E. В оглядовій кімнаті.

4. Роділля 29 років доставлена до пологового будинку з вагітністю 39-40 тижнів з приводу кровотечі з піхви та гострого болю у животі, які з'явилися годину тому. АТ - 180/100 мм рт.ст. Серцебиття плода не прослуховується. При піхвовому обстеженні: кров'янисті виділення зі згортками крові. Шийка згладжена, розкриття повне. Плідний міхур цілий, постійно напружений, передлежить голівка – великим сегментом до входу у малий таз; плацентарна тканина не визначається. Яке ускладнення виникло в пологах?

A. Повне передлежання плаценти

B. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

C. Розрив шийки матки

D. Розрив варикозного вузла у піхві

E. Розрив тіла матки.

5. До пологового відділення надійшла повторно вагітна з приводу значних кров'янистих виділень з піхви. Під час огляду в дзеркалах: стінки піхви та шийка матки без патологічних змін. Під час піхвового обстеження: шийка вкорочена, маткове вічко відкрите до 3 см, вище внутрішнього вічка пальпується губчаста тканина, поряд з нею визначаються оболонки. Про яку патологію ідеться?

A. Часткове передлежання плаценти

B. Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти

C. Повне передлежання плаценти

D. Розрив крайового синуса

E. Емболія навколоплідними водами

6. Повторновагітна. Кров'янисті виділення почалися відразу після появи перейм. Серцебиття плода 100-110/хв., глухе. Вагінальне дослідження: шийка матки скорочена, відкрита до 4 см. На усьому протязі визначається плацентарна тканина. Діагноз?

A. Центральне передлежання плаценти.

B. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

C. Загрожуючий розрив матки.

D. Бокове передлежання плаценти.

E. Крайове передлежання плаценти.

7. 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.1

8 При огляді плаценти, яка щойно народилася, встановлено наявність дефекту розміром 2х3 см. Кровотечі немає. Яка тактика найбільш виправдана?

A. Ручна ревзія порожнини матки

B. Призначення утеротонічних препаратів

- C. Зовнішній масаж матки
- D. Нагляд за породіллем
- E. Інструментальна ревізія порожнини матки.

Ситуаційні задачі :

Задача 1.

П'ята доношена вагітність, другі пологи. В анамнезі 3 аборти. Вагітність протікала без ускладнень. З початком родової діяльності з'явилась кровотеча. Матка з чіткими контурами, положення плода повздожне, голівка притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд/хв. При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 4 см. За вічком визначаються оболонки і м'яка тканина, що виступає за край вічка. Голівка плода відштовхується від входу в малий таз. Після дослідження кровотеча посилилась, загальна кровотрата складає 300мл. Діагноз? Що робити?

Задача 2.

Роділля 37 років, вагітність I, 40 тижнів доставлена в клініку зі скаргами на біль в животі, короточасну втрату свідомості. АТ – 80/60 мм рт.ст., пульс 126/хв, слабкого наповнення. Шкіра і слизові бліді. Матка напружена, відзначається випинання в правій її половині, ближче до дна матки. При пальпації болюча. Серцебиття плоду 160/хв, глухе. Із зовнішніх статевих органів виділяється кров в незначній кількості. Родова діяльність помірна, води не виливались. При піхвовому дослідженні розкриття шийки матки 5-6 см. Тканина плаценти не пальпується. Проведена амніотомія – виливиль навколоплідні води яскраво забарвлені кров'ю. Діагноз? Що робити?

Задача 3.

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 4.

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 п'ята, 40 тижнів. Пологи II. Положення плода продольне, передлежання головне. Перший період пологів. Передлежання плаценти. Кровотеча.

Тактика: корпоральний кесарів розтин.

2. Вагітність I, 40 тижнів. Пологи I, вчасні положення плода продольне, головне. Перший період пологів. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Першороділля старшого віку.

Тактика: Кесарів розтин у нижньому сегменті матки.

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

Тактика: Ручне відокремлення плаценти і обстеження порожнини матки.

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

Тактика: Лапаротомія, надпівхова ампутація матки.

VIII. Матеріали для самопідготовки

А. По темі викладеної лекції «Акушерські кровотечі»

1. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
2. Ліхачев 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. Ліхачов В.К.Оперативное акушерство с фантомним 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»,81 сторінка.
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».

Б. По темі наступної лекції «Гіпертензивні розлади під час вагітності»

Питання

1. Які захворювання вагітних зветься гестозами?
2. Які захворювання відносяться до ранніх токсикозів вагітних?
3. Які захворювання відносяться до пізніх гестозів?
4. Які захворювання об'єднуються у групу "рідкі форми гестозів"?
5. Поясніть механізм виникнення ранніх токсикозів.
6. Класифікація гіпертензивних розладів під час вагітності.
7. Пreeклампися: етіологія, патогенез.
8. Як підвищується вага вагітних при нормальному її перебігу?
9. На підставі чого виставляється діагноз пreeклампися вагітних?
10. Класифікація пreeкламписі залежно від тяжкості її перебігу.
11. Лікування вагітних з пreeкламписею.
12. Якими ознаками характеризується пreeклампися?
13. Який механізм виникнення симптомів пreeкламписі?
14. Невідкладна допомога при пreeкламписі.
15. Ознаки еклампсії.
16. Послідовність розвитку припадку еклампсії.
17. В якому разі виникають припадки еклампсії після пологів?
18. Сучасна методика лікування вагітних з еклампсією.
19. Невідкладна допомога при еклампсії.
20. Акушерська тактика при пізньому гестозі.
21. Принципи ведення пологів при пізньому гестозі.
22. Профілактика пізнього гестозу.

Рекомендована література по темі наступної лекції

1. Абрамченко В.В. Фармакотерапія гестоза.-СПб: СпецЛит, 2005.-477с.
2. Венцківський Б.М., Запорожан В.Н., Семчук А.Я. «Гестози вагітних».- К., 2002.-112с.
3. Лихачев В.К. Поздний гестоз. Диагностика нарушений, влияние на течение беременности, патогенетическое лечение. - Полтава: Соломия, 2000. - 104с.. Мерей Энкин, Марк Кейре с соавт. 4. Наказ МОЗ України №676 від 27.12.2006. Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги (Гіпертензивні розлади під час вагітності).
5. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
6. Абрамченко В.В. Фармакотерапія гестоза.-СПб: СпецЛит, 2005.-477с.
7. Венцківський Б.М., Запорожан В.Н., Семчук А.Я. «Гестози вагітних».- К., 2002.-112с.
8. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.

Методичну розробку практичного заняття підготував д.мед.н професор кафедри акушерства і гінекології № 2 Ліхачов В.К.

20.10.2016

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__р.