

ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ № 1

“АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ”

ЛЕКТОР – Д. МЕД. Н., ПРОФ. ГРОМОВА АНТОНІНА
МАКАРІВНА

План лекції

1. Епідеміологія та фактори розвитку виникнення акушерських кровотеч

2. Класифікація акушерських кровотеч
3. Алгоритм дії лікаря при кровотечі у першій половині вагітності
4. Передлежання плаценти. Клініка, діагностика, лікування.
5. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Клініка, діагностика, лікування.
6. Кровотечі III періоду пологів та післяпологового періоду. Клініка, діагностика, лікування.
7. Хірургічні методи лікування масивних акушерських кровотеч.
8. Вторинні після пологові кровотечі.

1. Епідеміологія та фактори ризику виникнення акушерських кровотеч.

- за даними ВООЗ
від АК в рік гине
125-150 тис. жінок
- серед причин
материнської летальності
АК складають 20-25%
- по відношенню
до загального числа родів
АК складають від 3 до 8%



Відомо, що організм людини зможе вижити у разі втрати:

- 85% функції нирок
- 75% функції печінки
- До 75 % еритроцитів
- Але ніколи не переживе некомпенсованої втрати крові більше 30%

Фактори ризику виникнення акушерських кровотеч:

- УАГА (кровотечі, аборти, самовільні викидні);
- гестоз;
- великий плід;
- багатоводдя;
- багатоплідна вагітність;
- лейоміома матки;
- рубець на матці;
- хронічний ДВЗ-синдром;
- тромбоцитопатії;
- антенатальна загибель плоду.

2.Класифікація акушерських кровотеч.

Причини виникнення маткових кровотеч в акушерстві є:

В I половині вагітності

- Мимовільний викидень;
- Позаматкова вагітність (у тому числі шийкова вагітність);
- Трофобластична хвороба.

В 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:

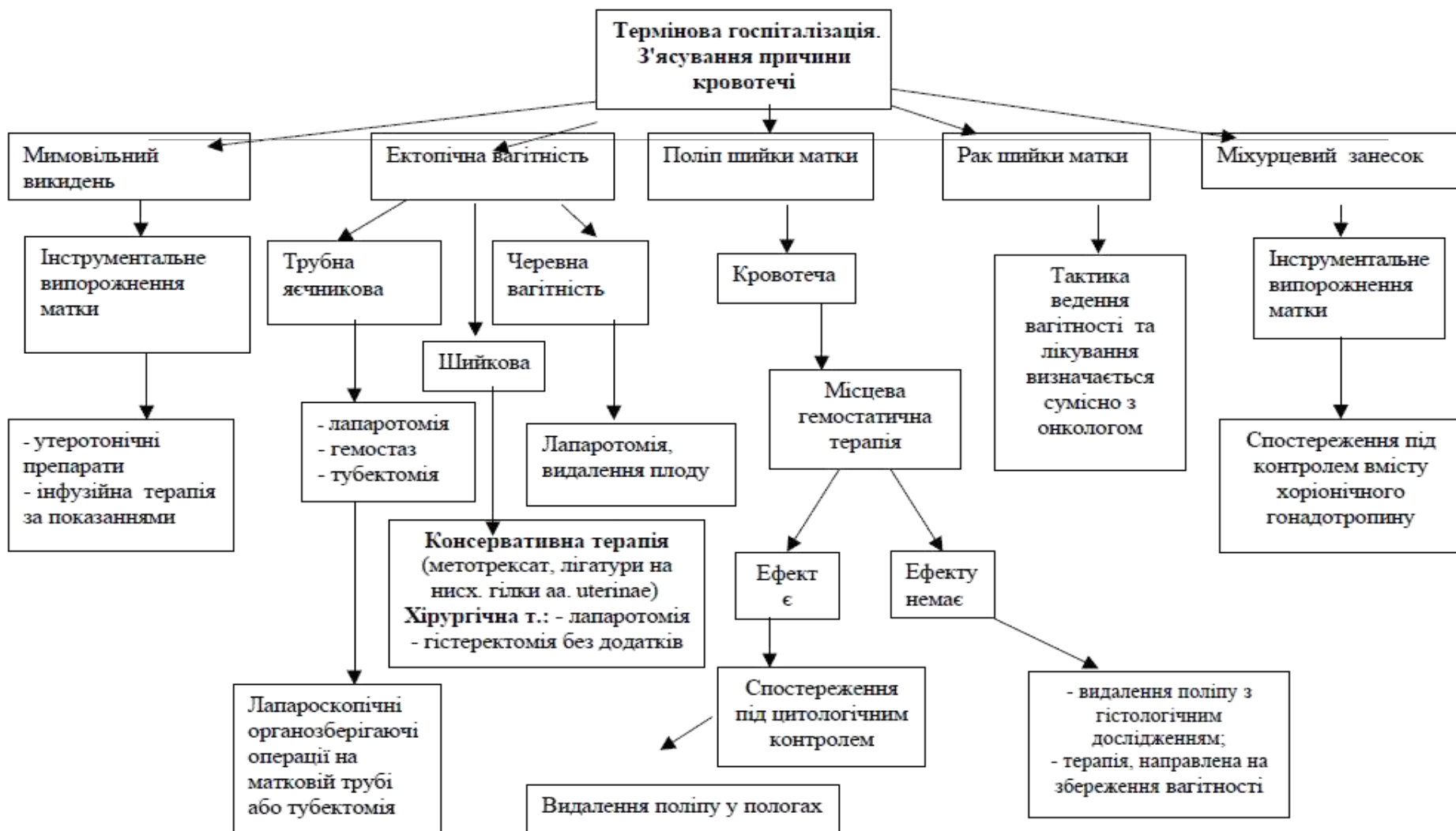
- патологія прикріплення плаценти;
- затримка, защемлення плаценти;
- розрив м'яких тканин пологових шляхів.

Післяпологова кровотеча:

- атонічна кровотеча;
- затримка частин посліду / згортків крові;
- травма (розрив м'яких тканин пологових шляхів; розрив матки; виворіт матки);
- коагулопатична кровотеча (включаючи, в разі емболії амніотичною рідиною).

3. Алгоритм дії лікаря при кровотечі у першій половині вагітності

Алгоритм дії лікаря при кровотечі у першій половині вагітності



4. Передлежання плаценти. Клініка, діагностика, лікування.

Передлежання плаценти

0,3-0,8% загальної кількості пологів



Повне



Неповне



Крайове



**Низьке
прикріплення
плаценти**

Фактори, що сприяють розвитку передлежання плаценти:

А. Незрілість елементів трофобласту бластоцисти.

В. Запально-дегенеративні зміни ендометрію та нервово-м'язевого апарату матки внаслідок:

- хронічних ендометритів з наступними рубцевими дистрофічними змінами ендометрію;
- абортів, ускладнених запальними процесами;
- геніального інфантилізму, ендокринопатій;
- доброякісних пухлин матки, зокрема субмукозних міоматозних вузлів,
- рубців на матці;
- дії на ендометрій хімічних препаратів.

Тактика ведення жінок з ПП

- Своєчасна діагностика і госпіталізація до акушерського стаціонару до початку кровотечі.
- У випадку підтвердження діагнозу вагітна залишається у стаціонарі до розродження
- Комплексне обстеження у стаціонарі
- Додаткові лабораторні методи обстеження за показаннями і при відсутності показань до термінового розродження.

Для встановлення діагнозу слід провести:

- Опитування вагітної
- Обережне зовнішнє акушерське обстеження
- Огляд шийки матки і піхви в дзеркалах
- УЗД
- Піхвове дослідження **в умовах розгорнутої операційної:**
- При закритому шийковому каналі —→ через склепіння пальпується м'яка маса плаценти
- При прохідності каналу шийки матки виявляють:



Тактика ведення жінок з ПП у разі кровотечі

- Оцінка анамнезу (в разі стабільного стану матері проводиться детальне вивчення анамнезу, в разі непритомного стану жінки - опитування родичів).
- Оцінка об'єму та характеру виділень (свіжа або застаріла кров).
- Термінова оцінка ступеня тяжкості кровотечі та лікування
- Лабораторні дослідження (ЗАК, група крові, резус- фактор, жінкам з RH- призначають антирезусний імуноглобулін)

В оцінці величини крововтрати в разі ДК важливу роль **відіграють клінічні ознаки ГШ шоку**. Стан плода - є важливим індикатором ступеню тяжкості ДК та гіповолемії.

ВЕЛИЧИНА КРОВОТРАТИ (КЛАСИФІКАЦІЯ)

Кровомазання - плями крові на білизні та гігієнічних прокладках;

Мала кровотеча - крововтрата, 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 застосовують, якщо епізод ДК відбувся більше ніж один раз.

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ЖІНОК З ПП У РАЗІ КРОВОТЕЧІ

КРОВОМАЗАННЯ,
МАЛА КРОВОТЕЧА



Госпіталізація у ЗОЗ до припинення
кровотечі



- КТГ, тест рухів плоду (24 години)
- Антенатальні стероїди (до 34 тижнів)
- Перейми ➔ токолітики до 34 тижнів
- Антианемічна терапія (гемоглобін < 110 г/л)



Кровотеча
припинилась



Госпіталізація до
строку пологів



Планове розродження у
38-39 тижнів

ВЕЛИКА КРОВОТЕЧА (250 -1000 мл)



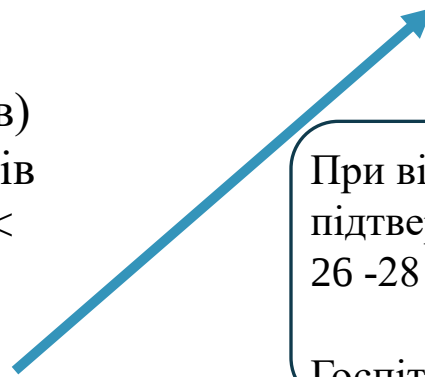
Госпіталізація у ЗОЗ



УРГЕНТНИЙ
КЕСАРІВ РОЗТИН



Рецидив
кровотечі



При відсутності кровотечі у разі
підтвердження ПП у терміні вагітності
26 -28 тижнів (УЗД)



Госпіталізація до строку розродження

Після 35-36 тижнів ➔ край плаценти
знаходиться більше ніж на 20 мм від
внутрішнього вічка ➔ вагінальні
пологи.

Будь-яке перекриття внутрішнього
вічка плацентою після 35-36 тижнів
вагітності (> 0-20 мм) є показанням до
КР.

5. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Клініка, діагностика, лікування.

ПЕРЕДЧАСНЕ ВІДШАРУВАННЯ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ

Класифікація ПВНРП:

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



Фактори ризику ПВНРП

- ПВНРП в попередній вагітності.
- Прееклампія.
- ПолігіDRAMніон.
- Багатонароджуючі.
- Багатопліддя.
- Вік матері більше 40 років.
- Травма живота (падіння, ДТП, домашнє насильство).
- Куріння матері.
- Хімічна залежність (застосування наркотиків).
- Тривалий передчасний розрив плодових оболонок (внутрішньоматкова інфекція).
- Вади розвитку матки.
- Коротка пуповина.
- Швидка зміна маточного об'єму (передчасне відходження навколоплodних вод, народження першої дитини з двійні).
- Материнська тромбофілія.

Ведучими клінічними симптомами при ПВНRP є:

1. Больовий синдром: гострий біль в проекції локалізації плаценти, що потім поширюється на всю матку, попереk, 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.
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.

Диференційна діагностика передлежання плаценти та ПВНРП

ПВНРП	Передлежання плаценти
Може бути пов'язана з гіпертензивними станами, переростяжінням матки, травмою живота	Наявна причина відсутня
Біль в животі та/або попереку, часто інтенсивна	Біль відсутній (за виключенням ситуації, коли жінка знаходиться у пологах)
Матка болісна, чутлива при пальпації	Матка безболісна при пальпації
Тонус матки підвищений (гіпертонус)	Матка в нормотонусі
Як правило, поздовжнє положення плоду	Часто неправильне положення плоду та/або високе розташування передлеглої частини
Серцебиття плоду може порушуватись або бути відсутнім	Серцебиття плоду, як правило, не порушене
Шок та анемія непропорційні об'єму зовнішньої крововтрати. Можлива коагулопатія	Шок та анемія пропорційні об'єму зовнішньої крововтрати. Початкова коагулопатія нетипова
УЗД не є методом діагностики відшарування плаценти	Трансвагінальне УЗД є точним методом діагностики передлежання плаценти

Діагностика

- Анамнез (загальний, акушерсько-гінекологічний, наявність екстрагенітальної патології).
- Зовнішнє акушерське дослідження
 - гіпертонус матки;
 - матка збільшена в розмірах, може бути деформована, з локальним вип'ячуванням;
 - болючість при пальпації;
 - ускладнення або неможливість пальпації та аускультації серцебиття плода;
 - дистрес плода або його загибель.
- Внутрішнє акушерське дослідження – при розгорнутій операційній
 - напруженість плідного міхура;
 - забарвлення навколоплідних вод кров'ю;
 - кровотеча різної інтенсивності з матки.
- УЗ – діагностика з вимірюванням площі відшарування (Не дозволяє виключити ПВНРП).
- Діагностика стану плоду (аускультація, кардіографія, ЕКГ, ФКГ).
- Лабораторні дослідження (еритроцити, тромбоцити, Hb, Ht, коагулограма, час згортання за Лі-Уайтом).

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ЖІНОК З ПВНРП

КРОВОМАЗАННЯ,
МАЛА КРОВОТЕЧА



Госпіталізація у ЗОЗ до припинення
кровотечі



- КТГ, тест рухів плоду (24 години)
- Антенатальні стероїди (до 34 тижнів)
- Антианемічна терапія (гемоглобін < 110 г/л)



Кровотеча
припинилась



Припинення кровотечі - при відсутності болювого синдрому та підвищенні тонуусу матки - спостереження, оцінка стану плода. Розродження в строк пологів.

ВЕЛИКА КРОВОТЕЧА (250 -1000 мл)



Госпіталізація у ЗОЗ
УРГЕНТНИЙ КЕСАРІВ РОЗТИН

ПВНРП у II періоді пологів

- Реанімаційні заходи
- Амніотомія (цілий плідний міхур)
- Головне передлежання → вакуум-екстрактор / акушерські щипці
- Тазове передлежання → терміновий КР
- Поперечне положення другого з двійні плода → акушерський поворот з екстракцією плоду
- Ручне відділення плаценти та видалення посліду
- Ручна ревізія порожнини матки, вилучення згортків крові
- Утеротонічні засоби
- Динамічне спостереження у п/п

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ЖІНОК З ПВНРП (ПРОДОВЖЕННЯ)

Травма живота після 20 тижнів вагітності → спостереження протягом 4 годин → кровотеча, скорочення (1 скорочення за 10 хв.) → продовження спостереження

КР обов'язкова ревізія стінок матки (особливо зовнішньої поверхні) з метою виключення матково-плацентарної апоплексії.

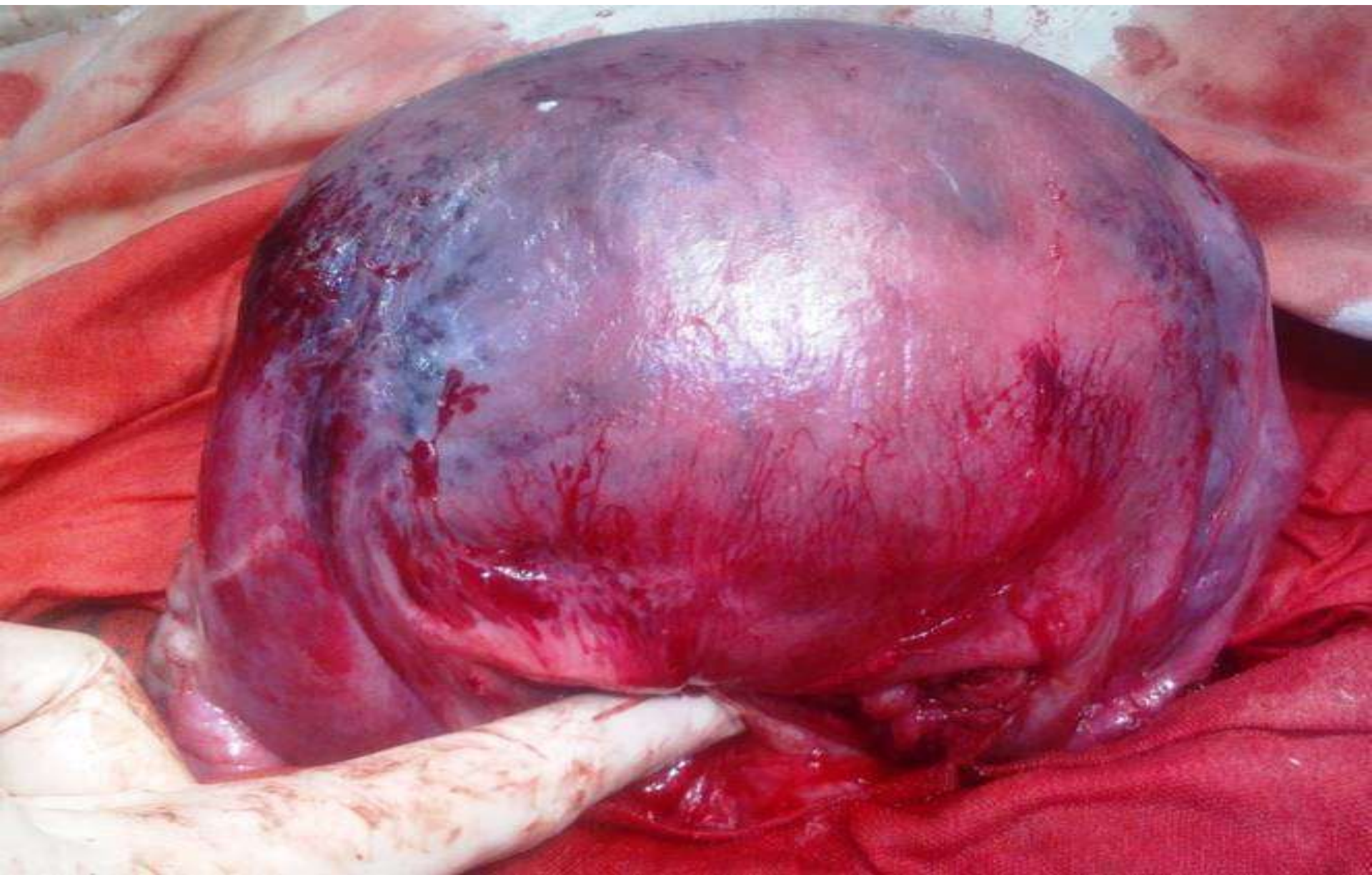
Матка Кувелера з атонією матки під час КР → екстирпація матки без додатків з матковими трубами. У разі невеликої площі апоплексії - 2 - 3 вогнища малого діаметру (1 - 2 см або одне - до 3 см), здатності матки до скорочення, відсутності кровотечі та ознак ДВЗ-синдрому;

- Органозберігаючі операції в разі часткової матково-плацентарної апоплексії.
- Доцільним в даному випадку є застосування Карбетоцину (100 мкг в/в струминно) для профілактики атонії матки.
- Пацієнтка залишається під наглядом в операційній протягом наступних 6 годин.
- У ранньому післяопераційному періоді - ретельне спостереження за станом породіллі.

Допомога після розродження

- Спостереження та лікування в відділенні інтенсивної терапії.
- Лікування синдрому поліорганної недостатності (за потреби).

Матка Кювелера





6. Кровотечі III періоду
пологів та
післяпологового періоду.
Клініка, діагностика,
лікування.

Післяпологова кровотеча

Первинна

Вторинна

(в перші 24 год. після пологів) (пізніше 24 год. після пологів) і
до 6 тиж. п/п

Визначення акушерської кровотечі (ВООЗ)

- більше 500 мл після пологів, більше 0,5% від маси тіла
- більше 1000 мл після КР
 - величину крововтрати важко оцінити одразу, вона часто визначається ретроспективно
 - при візуальному методі визначення крововтрати, який найчастіше використовують клініцисти, навіть у досвідчених фахівців похибка складає до 30%

Причини акушерських кровотеч в III та післяпологовому періоді

- порушення відшарування та виділення плаценти
 - порушення моторної функції матки;
 - порушення системи згортання крові;
 - травми пологових шляхів.
- Т - тонус
Т - травма
Т - тканина
Т - тромбін

Т- тканина

Прирощення плаценти:

placenta adharens

placenta accrete

placenta percreta



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 прирощення плаценти:

- після запальних процесів;
- у наслідок післяопераційних рубців на матці;
- аборти в анамнезі;
- лейоміома матки;
- вади розвитку матки;
- підвищена протеолітична активність хоріона.

Акушерська тактика при патології прикріплення та відокремлення плаценти:

дбайлива активно-очікувальна тактика (10 -30 хв.). Перевіряти зовнішні ознаки відокремлення посліду (вистачає 2-3 ознак).

ОЗНАКИ +



КОНТРОЛЬОВАНА ТРАКЦІЯ ДЛЯ НАРОДЖЕННЯ ПЛАЦЕНТИ



НЕВДАЧА (ЗАЩЕМЛЕННЯ ПЛАЦЕНТИ /ВІДРИВ ПУПОВИНИ)



РУЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ ПЛАЦЕНТИ ТА ВИДІЛЕННЯ ПОСЛІДУ ПІД В/В ЗНЕБОЛЕННЯМ



НЕВДАЧА (КРОВОТЕЧА -) ➡ ІСТИННЕ ПРИРОЩЕННЯ ПЛАЦЕНТИ

За умови неможливості відокремлення плаценти звичайними прийомами під час ручного обстеження порожнини матки та діагностування істинного прирощення або пророщення плаценти (pl. accreta/increta/percreta) повного або часткового - негайна лапаротомія з проведенням гістеректомії.

Т - Тонус

ГІПОТОНІЯ (АТОНІЯ) МАТКИ

Частота – від 2 % до 2,5 % загальної кількості пологів.

- у 50 % - 90% являється причиною післяродових кровотеч
- 30% - 50% материнської летальності від кровотеч, зумовлених атонією матки, можна попередити

Патогенетичні порушення	Етіологічні фактори	Клінічні фактори ризику
Порушення скоротливої функції матки ("Т" - тонус) до 70%	Надмірне розтягнення матки	- багатоводдя - багатопліддя - великий плід
	"Виснаження" скоротливої здібності міометрію	- швидкі пологи - затяжні 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)	Магnezій сульфат Галогенові анестетики Нітрогліцерин
	Перерозтягнутий сечовий міхур може порушити скорочення матки	

Ступені крововтрати

ОЦК вагітної становить 8,64% ваги

- **До 0,5% (5 мл/кг) – фізіологічна**
- **0,6 %-1% - патологічна компенсована**
- **Більше 1% – патологічна декомпенсована**

МЕТОДИ ОЦІНКИ ВЕЛИЧИНИ КРОВОВТРАТИ

1. Гематокритний метод

$$\text{КВ} = \text{ОЦК н} (\text{Г Тн} - \text{Г Тф}) / \text{Г Тн}$$

КВ- крововтрата,
ОЦК н – нормальний ОЦК,
ГТн – нормальний гематокрит,
ГТф – фактичний гематокрит

ВИЗНАЧЕННЯ КРОВОВТРАТИ ЗА ЩІЛЬНІСТЮ КРОВІ ТА ГЕМАТОКРИТУ

Щільність крові, кг/мл	Гематокрит, %	Об'єм крововтрати, мл
1057 – 1054	44 – 40	До 500
1053 – 1050	38 – 32	1000
1049 – 1044	30 – 22	1500
менше 1044	менше 22	більше 1500

ШОКОВИЙ ІНДЕКС АЛЬГОВЕРА

$$= \text{ЧСС} / \text{ATc}$$

- В нормі індекс Альговера менше 1.
- За величиною індексу можна робити висновки про обсяг крововтрати:

Індекс Альговера	Об'єм крововтрати (% від ОЦК)
0,8 та менше	10%
0,9 – 1,2	20%
1,3 – 1,4	30%
1,5 та більше	40%

Профілактика ПП кровотечі

- Раціональне ведення пологів
- Використання утеротоніків за показаннями
- Дотримання правил виконання акушерських операцій
- Активна тактика ведення III періоду пологів

Надання допомоги при гіпотонічних кровотечах

- оцінка загального стану породіллі та величини крововтрати;
- термінове обстеження (ЗАК, коагулограма, група та Rh, біохімічний аналіз крові);
- катетеризація периферичних (або і центральних) вен в залежності від стану жінки;
- катетеризація сечового міхура;
- терапевтичне введення утеротоніків (Окситоцин 10 ОД/500 мл фіз. розчину з швидкістю 60 крапель/хвилину).
- провести зовнішній масаж матки, в разі продовження кровотечі -
- ручне обстеження порожнини матки під в/в знеболенням, в разі продовження кровотечі -

Надання допомоги при гіпотонічних кровотечах (продовження)

- утеротоніки 2-ої - 3-ої лінії (ергометрин, простагландини, карбетоцин), в разі продовження кровотечі –
- бімануальна компресія матки/компресія аорти, в разі продовження кровотечі –
- в умовах операційної застосування балонної тампонади та призначення транексамової кислоти якщо кровотеча продовжується –
- при величині крововтрати 1,5% і більше від маси тіла - лапаротомія (застосування органозберігаючих технологій - перев'язування 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), гістерктомія без додатків матки.

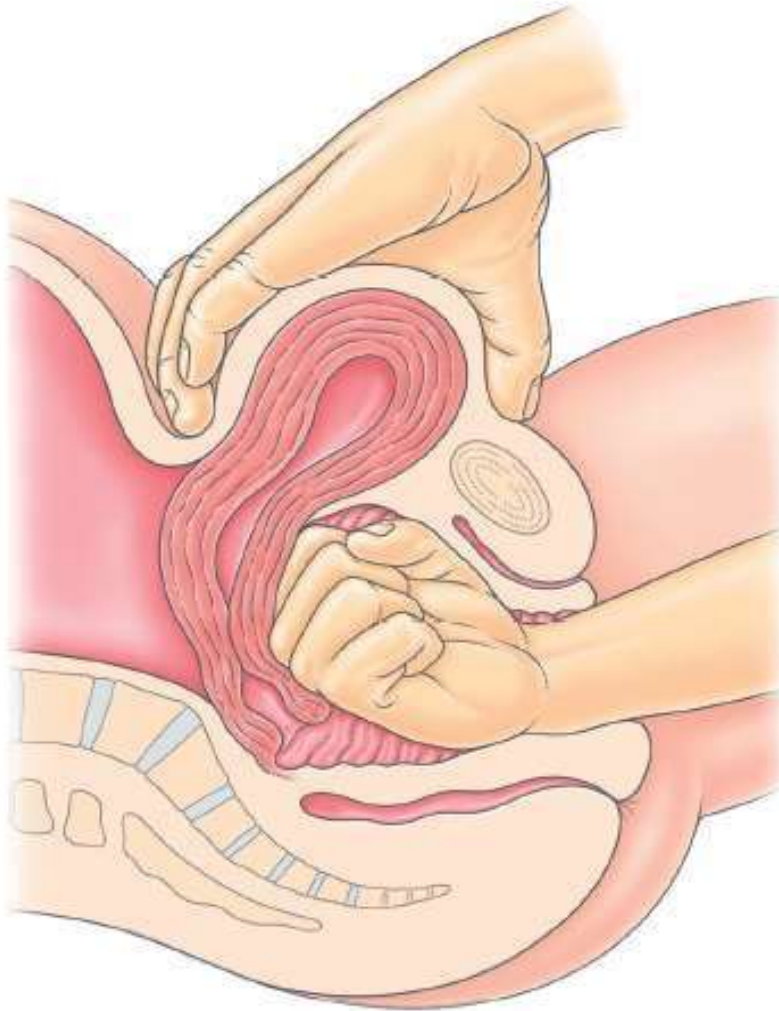
7. Хірургічні методи лікування масивних акушерських кровотеч.

Підготовчий етап до проведення хірургічного гемостазу

Для тимчасової зупинки кровотечі та розгортання операційної, підготовки проведення адекватної ІТТ використовували наступні методи:

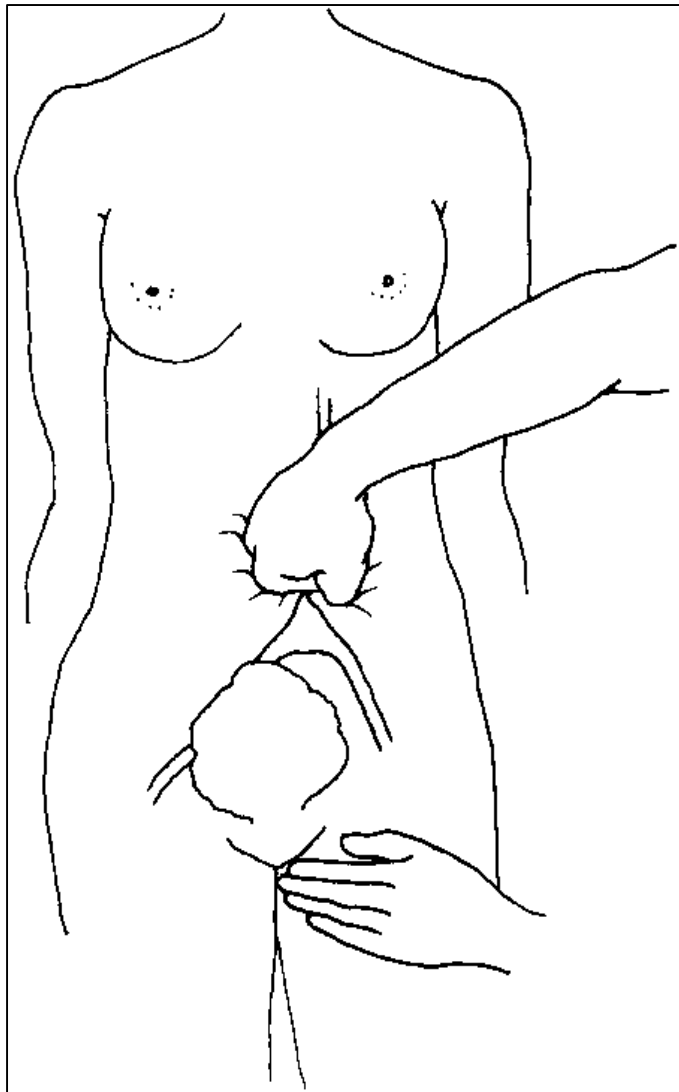
- **Дворучна компресія матки**
 - **Компресія черевної аорти**
 - **Балонна тампонада матки**

Бімануальна компресія матки



- 1. Одягти стерильні рукавички, ввести одну руку в піхву і стиснути її в кулак.
- 2. Розташувати кулак на передньому склепінні і натиснути на передню стінку матки.
- 3. Другою рукою сильно натиснути на живіт за маткою, здавлюючи задню стінку матки.
- 4. Здавлювати до зупинки кровотечі і скорочення матки.

ЗДАВЛЮВАННЯ АОРТИ



Натиснути на черевну аорту
безпосередньо через черевну стінку:
Точкою здавлення є місце відразу над
пупком і дещо зліва

Відразу після пологів добре відчувається
пульсація аорти через передню черевну
стінку

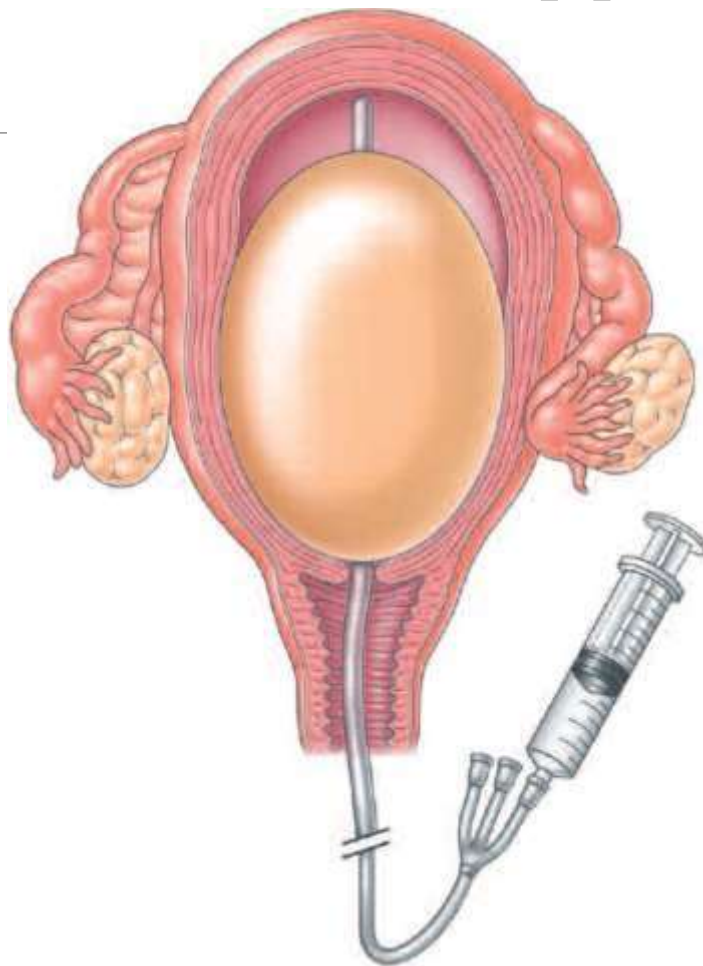
Другою рукою пальпувати пульсацію
стегнової артерії для перевірки
адекватності здавлення аорти

Якщо під час здавлення пульс
пальпується, то натискання кулаком є
недостатнім

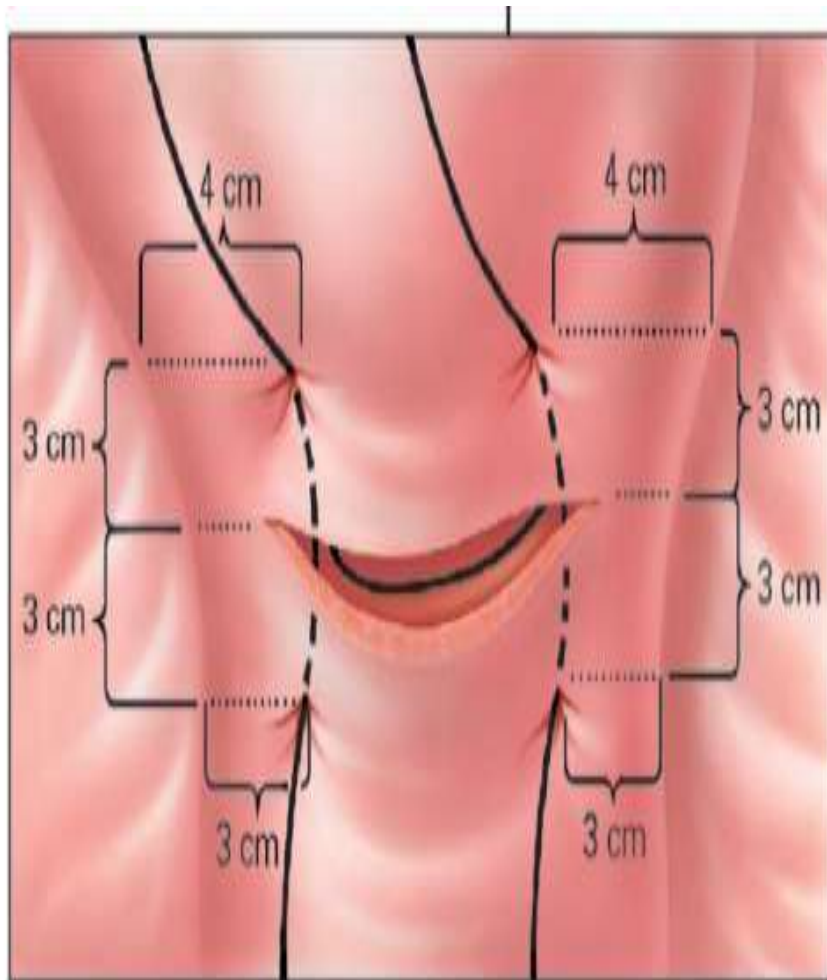
Якщо пульсація стегнової артерії не
пальпується, то здавлення, що
надається, є адекватним

Здавлювати аорту необхідно до
припинення кровотечі

Балонна тампонада матки



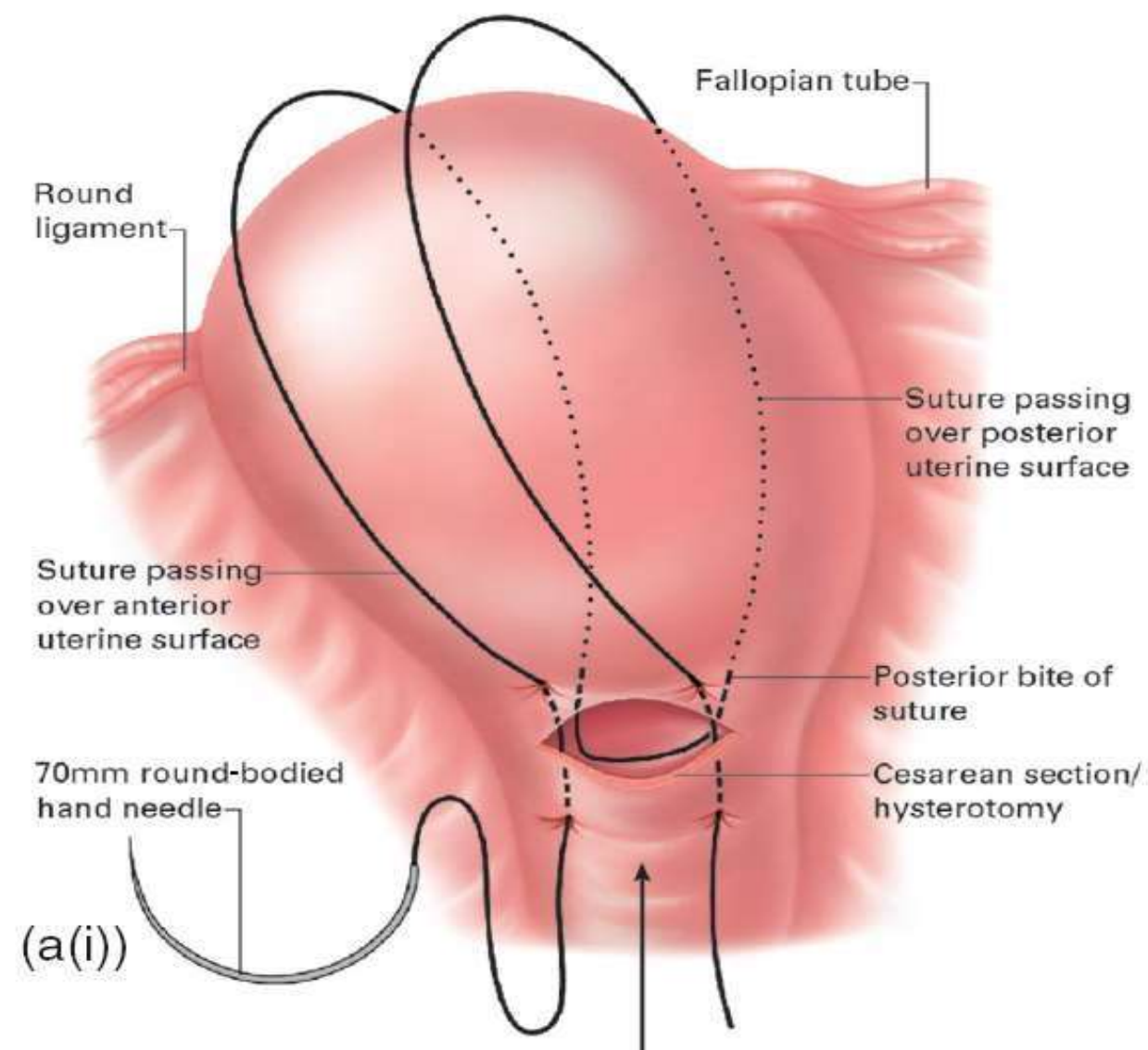
ХІРУРГІЧНИЙ КОМПРЕСІЙНИЙ ШОВ Б-ЛІНЧА



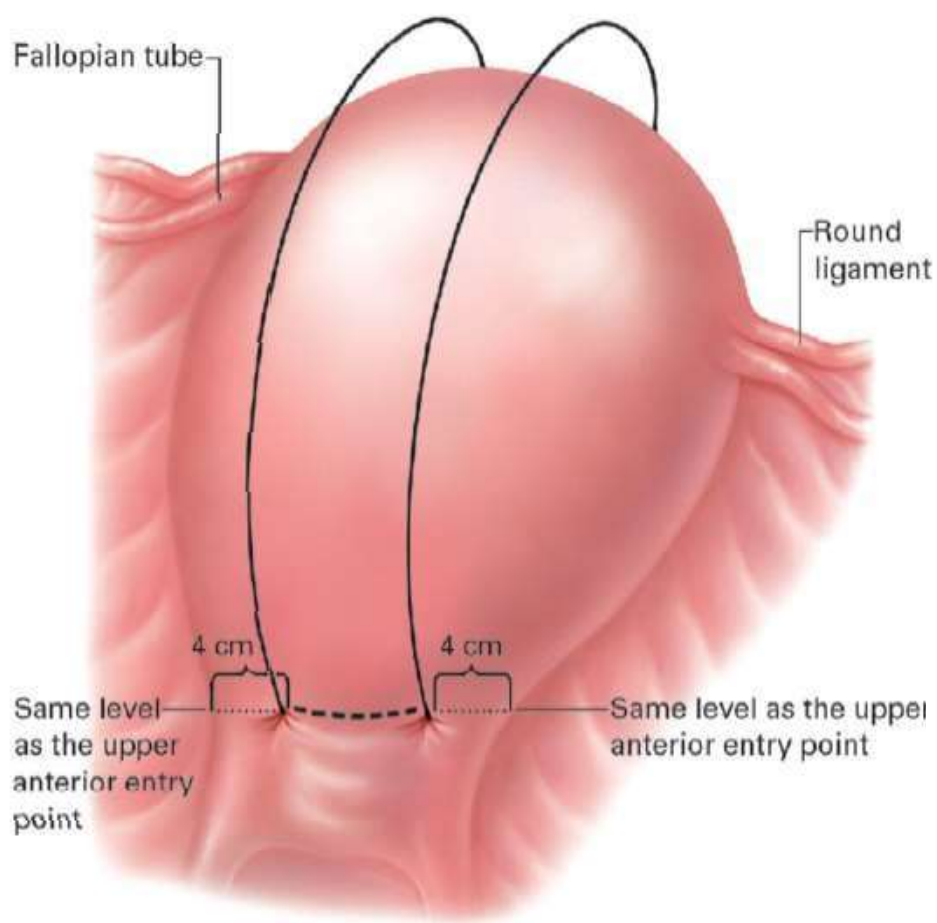
Використовується вікрілова нитка

Змістивши сечовий міхур наперед, зробити перший стібок на 3 см нижче за край надрізу при кесарському розтині зліва і провести нитку через порожнину матки, відступивши біля 4 см від бокового краю матки, викол зробити на 3 см вище за верхній край надрізу.

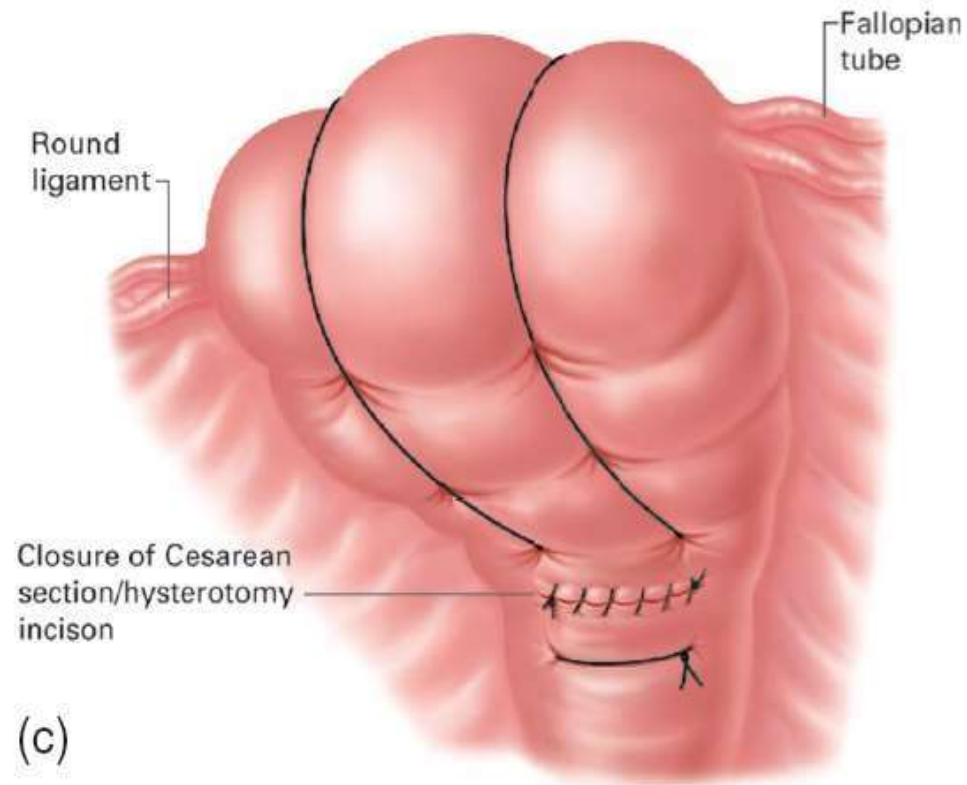
Нитку провести по передній зовнішній поверхні матки на задню.



- Нитку провести по задній зовнішній стінці матки на передню і зробити прокол верхнього краю надрізу в порожнину матки і викол на нижньому краю.



- Затягнути шов одночасно з щільним здавленням матки, що проводиться асистентом



Хірургічні методи лікування МАК

- лігування маткових артерій
- (+ яєчникових артерій) - 92-96-100% успішних випадків (В)
- лігування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій - 42-100 % успішних випадків (С)
- гістеректомія - 7-13 на 10.000 родів, показання у 50 % - вродження плаценти (1990)
(зменшення майже в 2 рази – порівняно до запровадження органозберігаючого підходу)

Доведено високу клінічну ефективність органозберігаючих методів ХЛ та їх переваги перед традиційною гістеректомією:

- Менша інтраопераційна крововтрата
- Скорочення тривалості операції
- Менша вірогідність ушкодження суміжних органів та збереження репродуктивного органу

Хірургічний гемостаз, виконаний за органозберігаючою методикою, не призводить до повного припинення кровоплину в матці

за рахунок виражених судинних анастомозів між системою зовнішньої, внутрішньої клубових артерій та черевної аорти.

Колатеральні судини тазу



Перев'язування магістральних судин матки

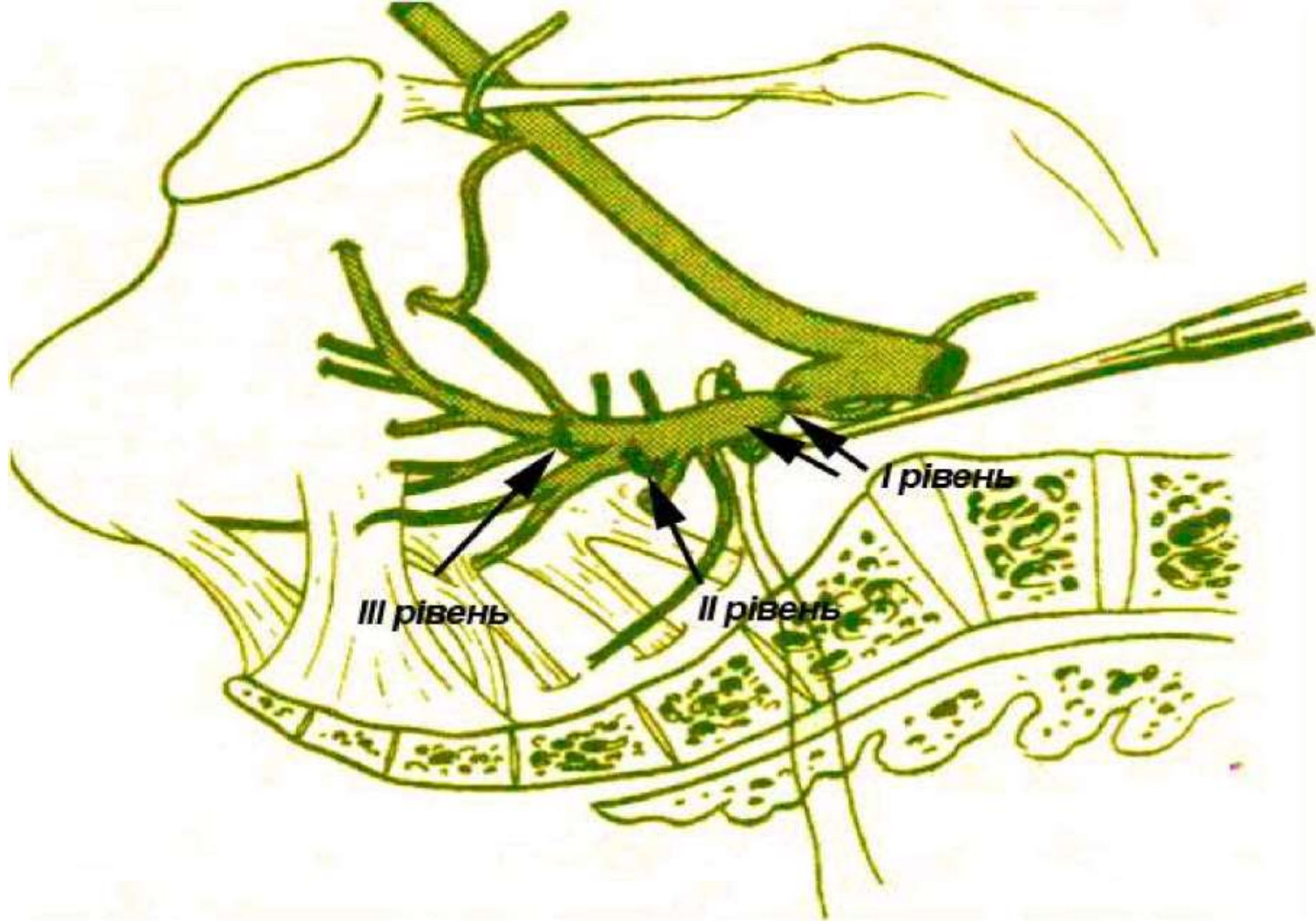
Перев'язування маткових та яєчникових судин



Перев'язування маткової та яєчникової артерії

Шов розташовувати якомога ближче до тіла матки.

Пров'язати яєчникову гілку маткової артерії трохи нижче за місце приєднання до матки підтримуючої зв'язки яєчника. Повторити з іншого боку.



Перев'язування внутрішньої клубової артерії. На схемі представлені варіанти зон для виконання цієї процедури.

Екстирпація матки.

При різкому зниженні гемодинаміки хірургічне лікування повинне проводитися в два етапи:

- лігування маткових судин, потім припинення операції,
- відновлення гемодинаміки і продовження операції.

У критичних ситуаціях при вираженій коагулопатії завершуючим етапом хірургічного гемостаза може бути тампонада малого тазу (модифікація тампонів Мікуліча).

Матка

Яичники

Шейка
матки

Влагалище

Частичная

Во время гистерэктомии
может быть удалена
матка, шейка матки,
и яичники



Радикальная
гистерэктомия

Простая гистерэктомия

Основні принципи відновного лікування акушерських кровотеч

- зупинка кровотечі;
- визначення стадії компенсованої крововтрати;
- відновлення ОЦК;
- нормалізація тону судинного русла;
- корекція реології крові, її структурного, біохімічного, електролітичного складу, КЛС, колоїдно-осмотичних властивостей;
- дезинтоксикація;
- десенсибілізація;
- корекція функції згортувальної, фібринолітичної та протеазної систем;
- регуляція діяльності життєво важливих органів;
- профілактика інфекційних ускладнень.

**Для відновлення тромбоутворення
обов'язкова інфузія препаратів, що
підсилюють тромбоутворення:**

- свіжозаморожена плазма (20 мл/кг) до 2-х літрів;
- Новосевен 100 міліграм/кг;
- еритроцитарна маса, а краще свіжовзята кров (при гемоглобіні нижче за 70 г/л);
- аутогемотрасфузія з використанням сел-сейверов.

8. Вторинні післяпологові кровотечі.

Причини вторинної післяпологової кровотечі:

- затримка частин посліду в матці;
- відходження некротизованих тканин після пологів;
- розходження швів на матці після кесаревого розтину.

Акушерська тактика при пізніх післяпологових кровотечах

- 1. Визначення об'єму крововтрати.**_____
- 2. Покликати на допомогу**
- 3. В разі збереження свідомості жінки - надання психологічної підтримки, пояснення стану та маніпуляцій, що проводяться.**
- 4. АВС реанімація 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/50 мл фізіологічного розчину). Запобігайте використанню інструментальної ревізії порожнини матки. Антибіотикотерапія.**

Акушерська тактика при пізніх післяпологових кровотечах (продовження)

7. В разі кровотечі на тлі післяпологового ендометриту - негайно розпочати антибактеріальну терапію препаратами 1-ї лінії (Ампіцилін + Гентаміцин + Метронідазол, або цефалоспорины 1 - 2 покоління) після швидкого введення розчину Рінгера. Ревізія порожнини матки - МВА має проводитись 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.

*У лікарів під час кровотечі
завжди є «Золота година» або хоча б
«Платинові 10 хвилин», для того щоб
застосувати адекватні заходи
заради спасіння життя*

МОЕТ

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!