

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ № 2

Кровотечі під час пологів, в ранньому та пізньому післяпологовому періоді

Ленція для лікарів-інтернів спеціальності
«Акушерство та гінекологія» 1-го року навчання

Доцент кафедри акушерства і гінекології №2,
кандидат медичних наук
Макаров Олег Геннадійович

План лекції:

- Епідеміологія акушерських кровотеч
- Етіологія акушерських кровотеч
- Кровотечі під час пологів
- Кровотечі в ранньому та пізньому післяпологовому періоді
- Тактика лікування акушерських кровотеч
- Профілактика акушерських кровотеч

Причини материнської смертності від акушерських кровотеч

- неможливість швидкого перевезу / доставки до ЛПЗ більш високого рівня
- недоступність / недостатність утеротонічних препаратів
- недостатня кількість препаратів крові і кровозамінників
- недотримання сучасних протоколів: недостатній рівень підготовки та чіткої роботи персоналу

Причини летальності

- ❑ неадекватний гемостаз
- ❑ невірна інфузійно-трансфузійна тактика
- ❑ порушення етапності і послідовності акушерської допомоги

Оцінка ризику розвитку акушерської кровотечі, профілактичні заходи

□ під час госпіталізації в акушерський стаціонар кожна пацієнтка має бути оцінена прогностично з приводу ризику розвитку АК та зроблені всі заходи для її профілактики і своєчасного лікування

Кровотечі під час пологів:

I період:

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

II період:

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- розрив матки.

III період:

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

Етіологічні фактори розвитку післяпологової кровотечі – «4 Т»

- Т - тонус
- Т - травма
- Т - тканина
- Т - тромбін

У разі виявлення надмірної крововтрати

- Одночасне проведення наступних заходів:
- о Негайне залучення до надання допомоги команди медичних працівників (акушери-гінекологи, анестезіолог, акушерка, анестезистка, лікар відділення переливання крові, лікар-лаборант)
- о Оцінка стану пацієнтки
- о АВС реанімація
- о Заовлення препаратів крові
- о Своєчасна та адекватна ІТТ щодо відновлення ОЦК
- о Визначення причини кровотечі та поетапне використання методів зупинення кровотечі, у разі хірургічного втручання надавати перевагу органозберігаючим методам гемостазу
- о Трансфузія компонентів крові (за потреби)
- о Безперервний моніторинг стану пацієнтки
- о Документування події впродовж надання допомоги (визначення відповідального за документування)

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 (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).

Профілактика ППК

- *В пологах:*
- Передбачити перелік заходів щодо профілактики та лікування можливої патологічної крововтрати, забезпечити наявність необхідних медикаментів, інфузійних препаратів, банку крові.
- Раціональне ведення пологів: відмова від необгрунтованого родозбудження, партнерські пологи, ведення пологів за партограмою, відмова від необгрунтованого призначення окситоцину, своєчасна та адекватна терапія аномалій пологової діяльності, знеболювання за показаннями, заборона застосування методу Кристелера в II періоді пологів.
- В разі наявності факторів ризику ППК - ведення II та III періодів пологів «з катетером у вені» (G16-18). Активне ведення III періоду пологів (АВТІІІ), (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:
- 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.

Організаційні заходи

- **Приліжковий тест:** 2 мл крові з ліктьової вени беруть в невелику, суху скляну пробірку (приблизно 10 мм x 75 мм). Пробірку утримують в зжатому кулаці для підтримання температури тіла (+ 37°C). Через 4 хвилини пробірку обережно нахиляють, щоб з'ясувати, чи утворився згортки крові. Потім повторюють це кожну хвилину до моменту формування згортку, коли пробірку можна повністю перевернути дном догори. Реєструють час початку та повного утворювання згортку.
- Після цього пробірку розташовують у штативі і перегортають кожні 30 хвилин. Лізис згортку раніше 2 годин вказує на активацію фібринолізу. Відсутність формування згортку через 7 хвилин або наявність м'якого згортку, що руйнується, вказує на можливу недостатню кількість факторів згортання крові.

КРОВОВТРАТА ДО 250 МЛ

КРОВОВТРАТА > 250 МЛ
НЕЗАЛЕЖНО ВІД ТЕРМІНУ ВАГ.

КОНСЕРВАТИВНА ТЕРАПІЯ, ПІДГОТОВКА
ЛЕГЕНІВ ПЛОДА ДО 34 ТИЖ. ВАГ.

ПРИПИНЕННЯ КТ

ВІДНОВЛЕННЯ КТ

РОЗРОДЖЕННЯ ПРИ ДОЗРІВАННІ ЛЕГЕНЬ ПЛОДА

НИЗЬКА ПЛАЦЕНТАЦІЯ,
НЕПОВНЕ П-ННЯ

ПОВНЕ
ПЕРЕДЛЕЖАННЯ

КЕСАРІВ РОЗТИН

ЗРІЛІ ПОЛОГОВІ ШЛЯХИ

НЕЗРІЛІ ПОЛОГОВІ ШЛЯХИ

АМНІОТОМІЯ

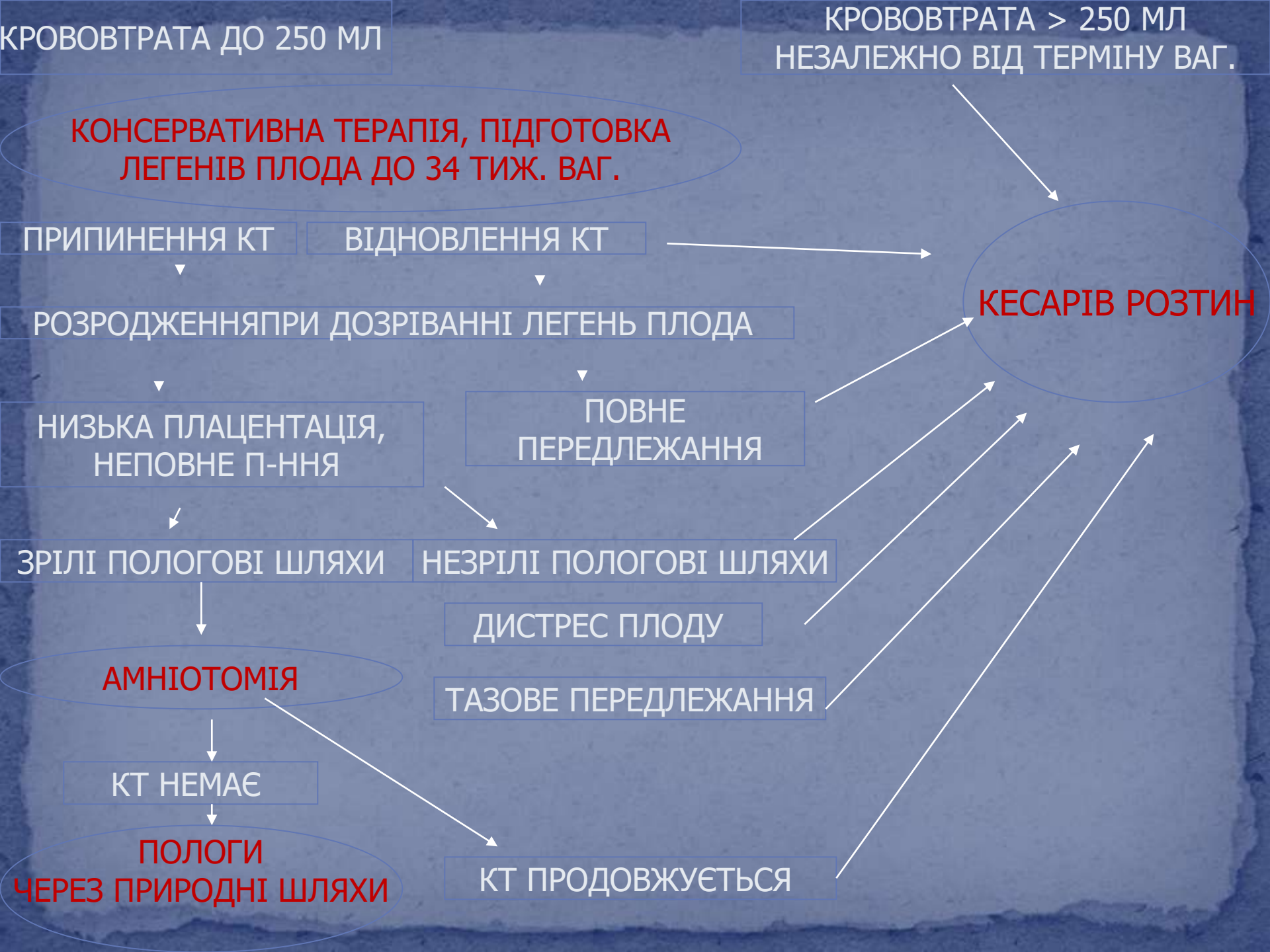
ДИСТРЕС ПЛОДУ

ТАЗОВЕ ПЕРЕДЛЕЖАННЯ

КТ НЕМАЄ

КТ ПРОДОВЖУЄТЬСЯ

ПОЛОГИ
ЧЕРЕЗ ПРИРОДНІ ШЛЯХИ



Фактори ризику ПВНРП

- - ПВНРП в попередній вагітності.
- - Материнська тромбофілія
- - 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).
- .

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

- Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – це раптова допологова кровотеча внаслідок відшарування нормально розташованої плаценти під час вагітності або у I – II періодах пологів (тобто до народження дитини).
- Кровотеча може бути зовнішньою (вагінальна кровотеча) та
- внутрішньою (формування ретро-плацентарної гематоми). Частота 1-2% від всіх вагітностей.
- **Класифікація**
- (в залежності від ступеня відшарування плаценти):
- - Повне відшарування (відшарування всієї плаценти).
- - Часткове відшарування
- (в залежності від локалізації відшарування).
- - Крайове.
- - Центральне.

АКУШЕРСЬКА ТАКТИКА

- Під час кесарева розтину в зв'язку з ПВНРП обов'язкова ревізія стінок матки (особливо зовнішньої поверхні) з метою виключення матково-плацентарної апоплексії. В разі наявних ознак матки Кувелера з атонією матки під час кесарського розтину – 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; при необхідності зберегти дітородну функцію (перші пологи, мертвий плід),
- **консиліум чергових лікарів вирішує питання про збереження матки (повідомлення адміністрації родопомічного закладу).**

АКУШЕРСЬКА ТАКТИКА

- Органозберігаючі операції в разі часткової матково-плацентарної апоплексії можуть бути проведені у ЗОЗ з рівня акредитації або 2 рівня - при заохоченні до допомоги бригади термінального центру.
- Доцільним в даному випадку є застосування Карбетоцину (100 мкг в/вструминно) для профілактики атонії матки.
- Пацієнтка залишається під наглядом чергової бригади (бригади термінального центру) в операційній протягом наступних 6 годин.
- У ранньому післяопераційному періоді – ретельне спостереження за станом породіллі.

Допомога при відшаруванні плаценти у II періоді пологів - водночас з проведенням реанімаційних заходів:

- - негайна амніотомія, якщо навколоплодовий міхур цілий;
- - при головному передлежанні плоду – завершення пологів шляхом накладання вакуум-екстрактора або акушерських щипців;
- - при тазовому передлежанні – терміновий кесарів розтин;
- - при поперечному положенні другого з двійні плода виконують акушерський поворот з екстракцією плоду;
- - ручне відділення плаценти та видалення посліду;
- - ручна ревізія порожнини матки, вилучення згортків крові;
- - утеротонічні засоби (окситоцин 20 ОД (на 1000 мл фізіологічного розчину) в/в крапельно, 60 крапель/хв, ергометрин 0,5 мг, мізопростолу (800 мкг ректально), в разі наявності - карбетоцин 100 мкг в/в струминно;
- - ретельне динамічне спостереження за станом матки у післяпологовому періоді.

**Прогресуюче відшарування, ГШ,
дистрес плода, ДВЗ**

**Непрогресуюче відшарування,
Плід не страждає**



Післяпологова кровотеча



Первинна

(в перші 24 год. після пологів)

Вторинна

(пізніше 24 годин після пологів)

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%

Післяпологова кровотеча(ППК)

- кровотеча що перевищує 500 мл або будь-яка кровотеча, що супроводжується порушенням гемодінамичного стану породіллі на протязі 6 тижнів після народження плода.
- Розповсюдженість ППК - близько 5% усіх пологів. Незважаючи на удосконалення методів лікування, післяпологові кровотечі залишаються провідним фактором материнської смертності (15-25%) й тяжкої захворюваності.

Кровотеча у послідовому (третьому) періоді пологів

- **Причини:**

- - патологія прикріплення плаценти (pl.accreta, increta, percreta);

- - патологія виділення плаценти - защемлення плаценти.

- Величина крововтрати залежить від виду порушення прикріплення плаценти: повного чи часткового; істинного або хибного прирощення або пророщення плаценти або від затримки плаценти, що відокремилась у порожнині матки.

Кровотеча, пов'язана з патологією прикріплення або виділення плаценти

- **Алгоритм надання медичної допомоги:**

- 1. Перевірка ознак відшарування плаценти.
- 2. При наявності ознак відшарування плаценти – застосування контрольованої тракції для народження плаценти.
- 3. В разі невдачі народження плаценти, шляхом контрольованої тракції внаслідок защемлення плаценти або відриву пуповини – ручне відділення плаценти та виділення посліду під внутрішньовенним знеболенням;
- 4. В разі невдалої спроби відокремлення плаценти встановлення діагнозу істинного прирощення плаценти (повного або часткового) – негайна лапаротомія з проведенням гістеректомії.

Прирощення плаценти:



Причини природження плаценти:

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

Ступені крововтрати

ОЦК вагітної становить 8,64% ваги

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

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

$$\text{АЛЬГОВЕРА} = \text{ЧСС} / \text{АТс}$$

- 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%

Доказові методи профілактики ППК

- АВТПП – зменшує об'єм крововтрати та ризик виникнення ППК (А)
- Профілактичне рутинне введення утеротонічних препаратів в ІІІ періоді пологів у всіх роділь зменшує ризик розвитку ППК на 60% (А).
- Роділлям, які народили через природні родові шляхи, без факторів ризику ППК, окситоцин (10 МО внутрішньом'язево) є утеротонічним препаратом вибору для профілактики ППК в ІІІ періоді пологів (А).
- Карбетоцин на даний час не рекомендується для рутинного призначення в зв'язку з високою ціною.

Тактика надання допомоги

Традиційно залишаються два стратегічні напрями:

- 1) зупинка кровотечі,
- 2) боротьба з крововтратою.

Методи, що використовуються з метою гемостазу, ніколи не повинні повторюватися

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 кровотрати 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.
- 2. **Покликати на допомогу (заручитися підримкою персоналу).** В кожному ЗОЗ має бути локальний протокол, який визначає дії кожного члена команди в разі ургентного стану «Післяпологова кровотеча».
- 3. В разі збереження свідомості жінки - надання психологічної підтримки, пояснення стану та маніпуляцій, що проводяться.

Покрокова допомога в разі ППК

- 4. АВС дагностика
- - Оцінка стану дихальних шляхів (А) та дихання (В) (в разі відсутності дихання розпочинайте респіраторну реанімацію)
- В разі надання допомоги при кровотечі, завжди починайте з А та В, а потім - С
- А – безпека дихальних шляхів
- В – дихання
- С – циркуляція: налагодження в/в лінії + зупинка кровотечі
- - Оцінка циркуляції (С)- АТ, пульс (в разі відсутності пульсу, починайте кардіо-респіраторну реанімацію).

Покрокова допомога в разі ППК

- - 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 катетеризації центральної вени
- • катетеризація сечового міхура;
- - Положення – на спині з піднятими нижніми кінцівками;
- Забезпечення зігрівання жінки.

Покрокова допомога в разі ППК

- - Терміново розпочати інфузійну терапії (згідно таблиці 3. із клінічного протоколу «Геморагічний шок» застосовувати зігрівач розчинів!).
- - 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.

Покрокова допомога в разі ППК

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

Якщо має місце порушення тону́су матки:

- - враховуючи, що в 70% випадків причиною ранньої ППК є атонія матки – розпочати терапевтичне введення утеротоніків (Окситоцин 10 ОД / л фізіологічного розчину з швидкістю 60 крапель / хвилину).
- - провести зовнішній масаж матки, якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась –
- - ручне обстеження порожнини матки під внутрішньовенним знеболенням, якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась –
- застосування утеротоніків 2-ої – 3-ої лінії (ергометрин, простагландини, карбетоцин), в разі продовження кровотечі -
- - бімануальна компресія матки або компресія аорти, якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась -

Якщо має місце порушення тонусу матки:

- в умовах операційної застосування балонної тампонади та призначення транексамової кислоти (1 г, повторити через 30 хвилин при необхідності), якщо кровотеча продовжується -
- - при величині крововтрати 1,5 % 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 етодкою маніпуляції, або з заохоченням судинних хірургів) в разі продовження кровотечі -
- - гістеректомія без додатків.

Якщо матка не визначається, або має неправильну форму, або спострігається за межами піхви

- - діагностуйте виворіт матки. В разі вивороту матки – поверніть матку в нормальне положення. Не застосовуйте утеротоніки та не намагайтесь видалити плаценту до відновлення положення матки.
- Застосовуйте внутрішньовенне знеболення (при можливості) або наркотичні анальгетики (продлонгація з репозицією неприпустима!).
- - В разі вдачі – ручне відділення та виділення плаценти, призначення утеротоніків, профілактична антибіотикотерапія.
- - В разі невдачі - гістеректомія.

Якщо матка щільна - *виключити травму:*

- - ручне обстеження порожнини матки з метою виключення розриву матки(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).
- *В разі відсутності травми думайте про порушення згортання крові*

В разі виключення травм (включаючи розрив матки)

- оцінка згортання крові за допомогою приліжкового тесту, час згортання крові, коагулограма (за можливості). В 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.**

. 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 – в/в інфузія проводиться збалансованими сольовими розчинами в залежності від наявності ускладнень вагітності, 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.

Алгоритм попередження та надання допомоги в разі післяпологової кровотечі

Попередження:

Активне ведення третього періоду пологів

Окситоцин: 10 ОД в/м, або 5 ОД в/в болюсно, або 20 ОД на 1 л розчину – 60 крапель / хвилину – 3 хвилини

Контрольована тракція за пуповину

Зовнішній масаж матки

Групи високого ризику: катетеризація вени (2-3 період)

Післяпологова кровотеча

Вагінальні пологи – крововтрата >500 мл
Кесарів розтин – крововтрата >1000 мл
а крововтрата в разі гемодинамічної нестабільності

Стан матері може швидко погіршитися

Важливе постійне спостереження
В разі виникнення важкої кровотечі жінка має отримувати допомогу в центрі, де є можливість переливання крові

Оцінка крововтрати/

Покликати на допомогу/тримка / інформування жінки
Оцінка – дихальні шляхи, дихання, циркуляція жінки (свідомість, ЧД, АТ, пульс, кольор)
З/В доступ, інфузія – р-н Рінгера до 2 л
АТ >100/50 / Катетеризація сечового / Підняти ноги / Зігрівання / Аналізи / Протишокові штанді (за наявності) / препаратів крові / **Гемотрансфузія**

Обстеження з метою **встановлення причини** крововтрати (може бути декілька причин – 4Т: тонус, тканини, травма, тромбоепатія)
Оцінка стану матки
Зовнішній масаж матки
Бімануальний масаж матки
Ручне обслідування порожнини матки

Тонус матки

Утеротоніки

Окситоцин: 20 ОД/л рідини в/в (60 крапель/хвилину)

а ручного обстеження

Окситоцин: 0.2 мг в/в або в/м

Окситоцин, (max 5 доз – 1

Окситоцин: 800 мкг ректально /

Окситоцин: 0.25мг в/м або

Окситоцин: 100 мкг в/в за 1 хвил

у невдачі – в умовах операційної застосовуйте послідовно:
Іматочну балонну тампонаду
Замову кислоту (1 г) повторити
через 30 хв (за потреби)
мію (компресійні шви, перев'язка
ових та яєчникових судин,
омія, перев'язка а.hypogastrica)

Затримка плаценти / частин

Ручне видаління плаценти / частин

В разі невдачі – думайте про патологію прикріплення плаценти (перевод в операційну)
В разі успіху – введення утеротоніків

Коагулопатія

Приліжковий тест
Лікування причини
Підтримка перфузії органів, включаючи гемотрансфузію
Заміщення прокоагулянтів

Виворіт матки

Разриви

Діагностика / ушивання

-Розрив матки – негайна операція!
-Шийка, піхва та промежина – ретельне обстеження в разі затяжних та оперативних пологів.
В разі неможливості ушивання – тимчасова тампонада
-Транексамова кислота (1 г) повторити через 30 хв (за потреби)

Відновить положення матки

Не вводите утеротоніки та не спробуйте видалити плаценту до повернення матки в нормальне положення
Застосовуйте знеболення (при можливості)
В разі невдачі – операція

Жінки мають ризик анемії

Важливо призначити препарати заліза як мінімум на 3 місяця

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/500 мл фізіологічного розчину). Запобігайте використанню інструментальної ревізії порожнини матки. Антибіотикотерапія.

Алгоритм надання медичної допомоги:

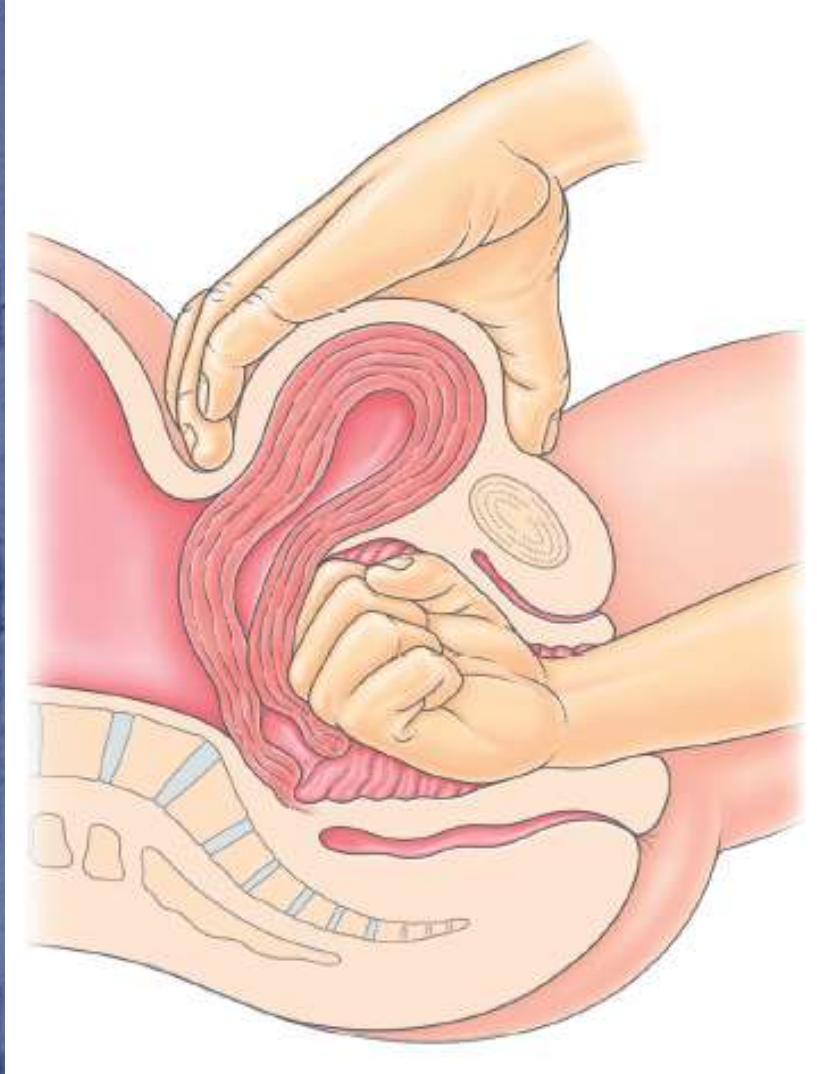
- 7. В разі кровотечі на тлі післяпологового ендометриту – негайно розпочати антибактеріальну терапію препаратами 1-ї лінії (Ампіцилін + Гентаміцин + Метронідазол, або цефалоспорини 1-2 покоління) після швидкого введення розчину Рінгера. Ревізія порожнини матки – МВА має проводитись тільки за життєвими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

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

Бимануальне здавлювання



- 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.

Бімануальне здавлення в порівнянні з масажем - теоретичні основи

• **ЗДАВЛЕННЯ**

Переваги:

- Матка порожня
 - Стиснення місця кровотечі
 - Відсутність ризику інфекції
 - Відсутність тромбопластину
- Можна проводити без анестезії

Недолік

- Не можна перевірити наявності тканини, що залишилася, або розриву матки

• **МАСАЖ**

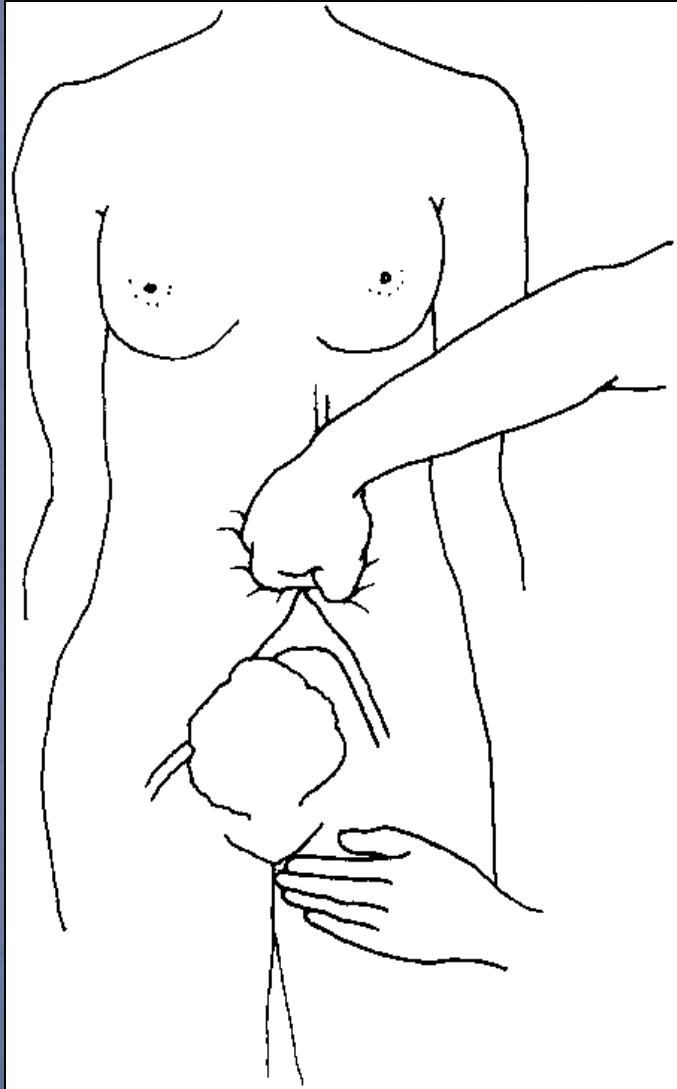
Переваги:

- Можливість перевірки наявності тканини, що залишилася, або розриву матки

Недолік

- Матка не порожня
 - Стимуляція скорочення матки, в якій чужорідне тіло
 - Ризик інфекції
 - Вивільнення тромбопластину
- Необхідна анестезія

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

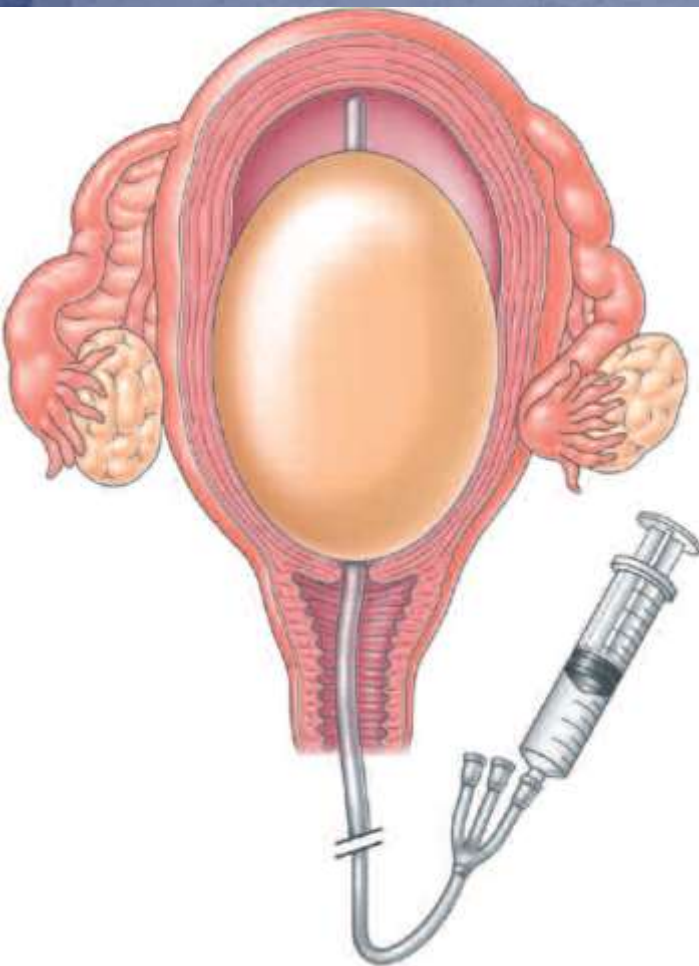
Другою рукою пальпувати пульсацію
стегнової артерії для перевірки
адекватності здавлення аорти

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

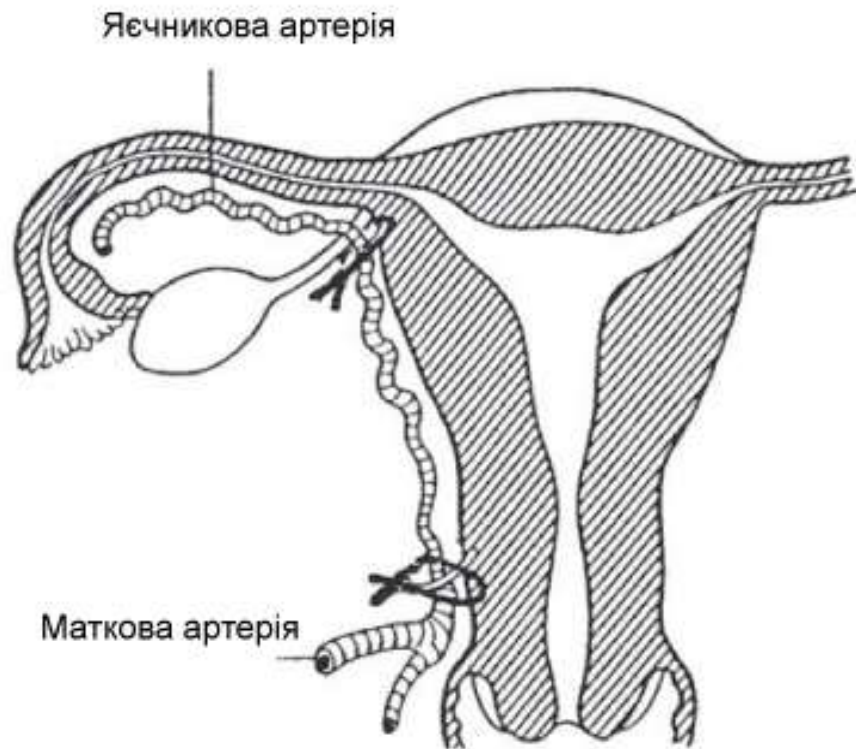


Методи хірургічного гемостазу

На сьогодні виділяють декілька методів хірургічного гемостазу щодо спинення масивної акушерської кровотечі 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).

Перев'язування маткових та яєчникових судин



- Використовується зігнута голка з нитками №0/1 або 2.
- Включає зовнішній шар міометрію

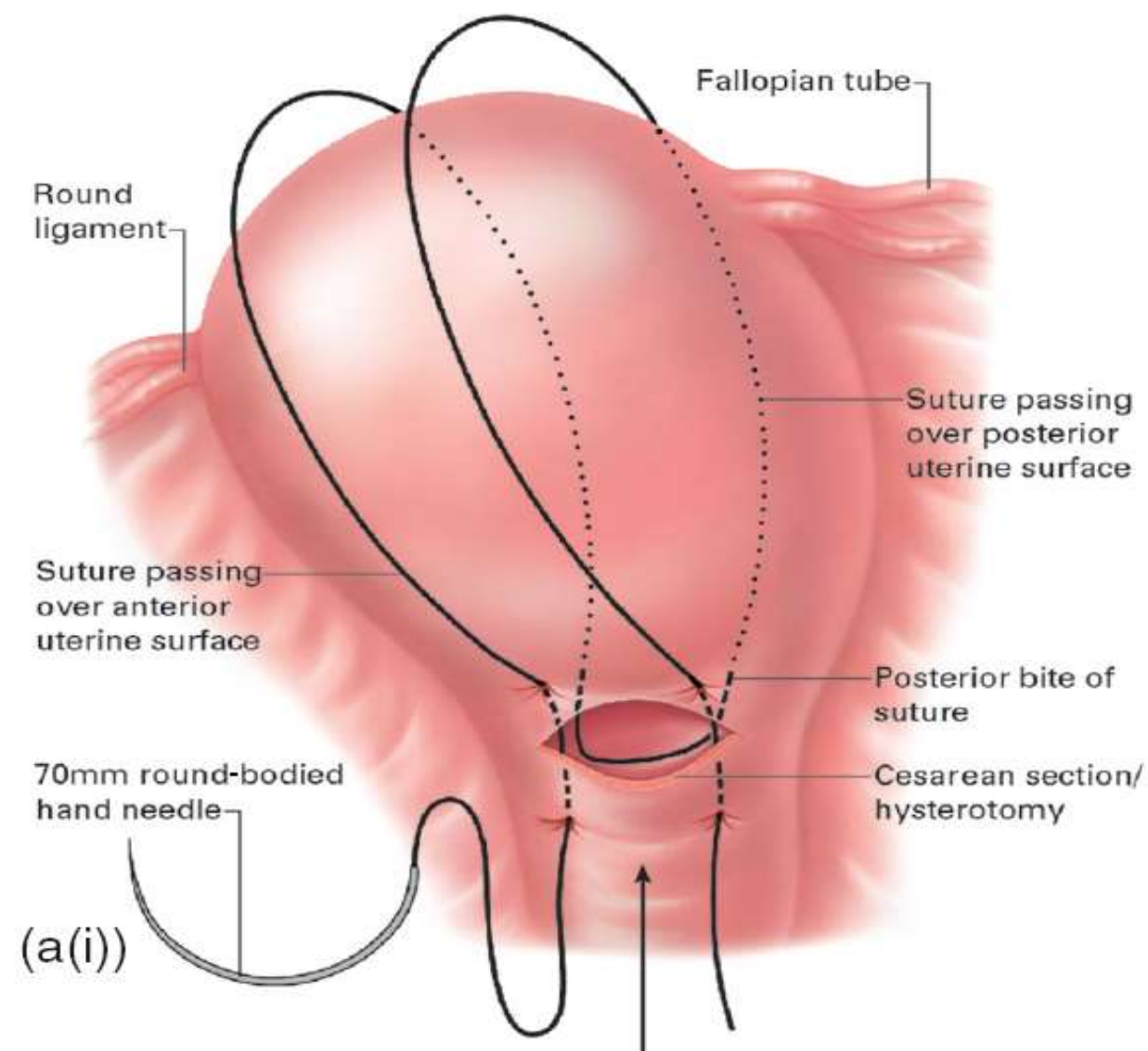
Пропустити нитку навколо артерії, захоплюючи 2-3см міометрію на рівні нижнього сегменту матки.

Туго затягнути лігатуру.

Шов розташовувати якомога ближче до тіла матки.

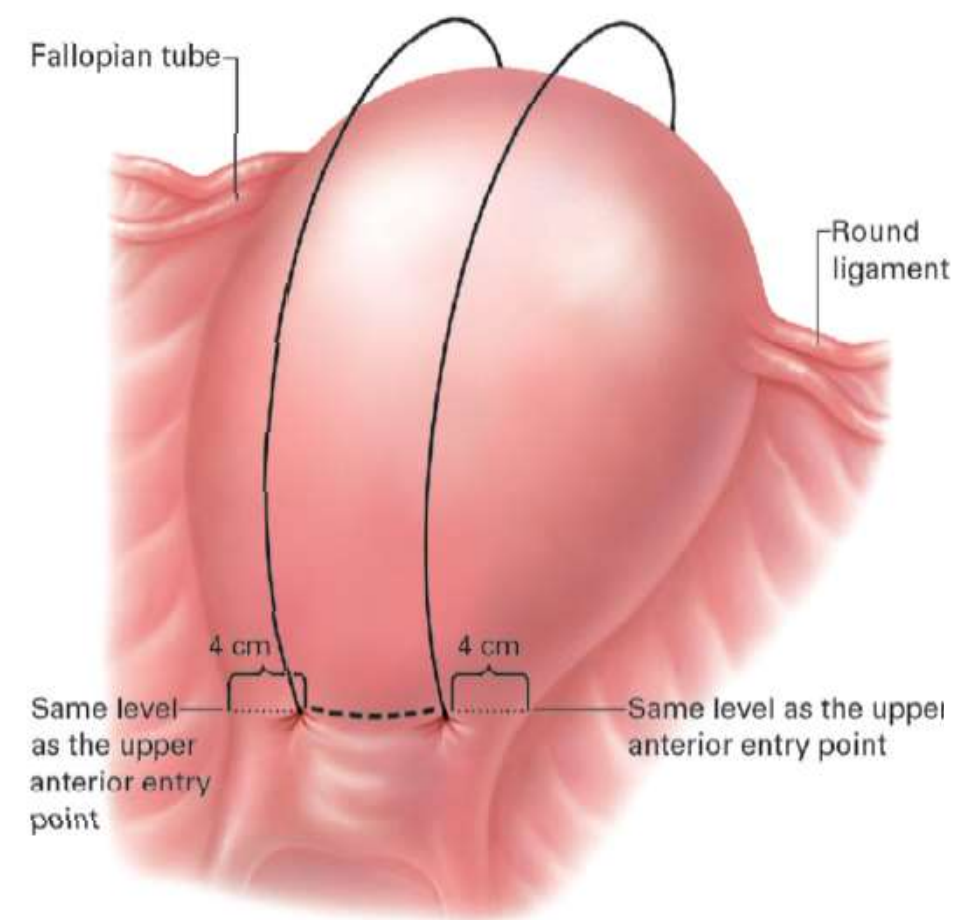
Пров'язати яєчникову гілку маткової артерії трохи нижче за місце приєднання до матки підтримуючої зв'язки яєчника. Повторити з іншого боку.

Перев'язування маткової та яєчникової артерії

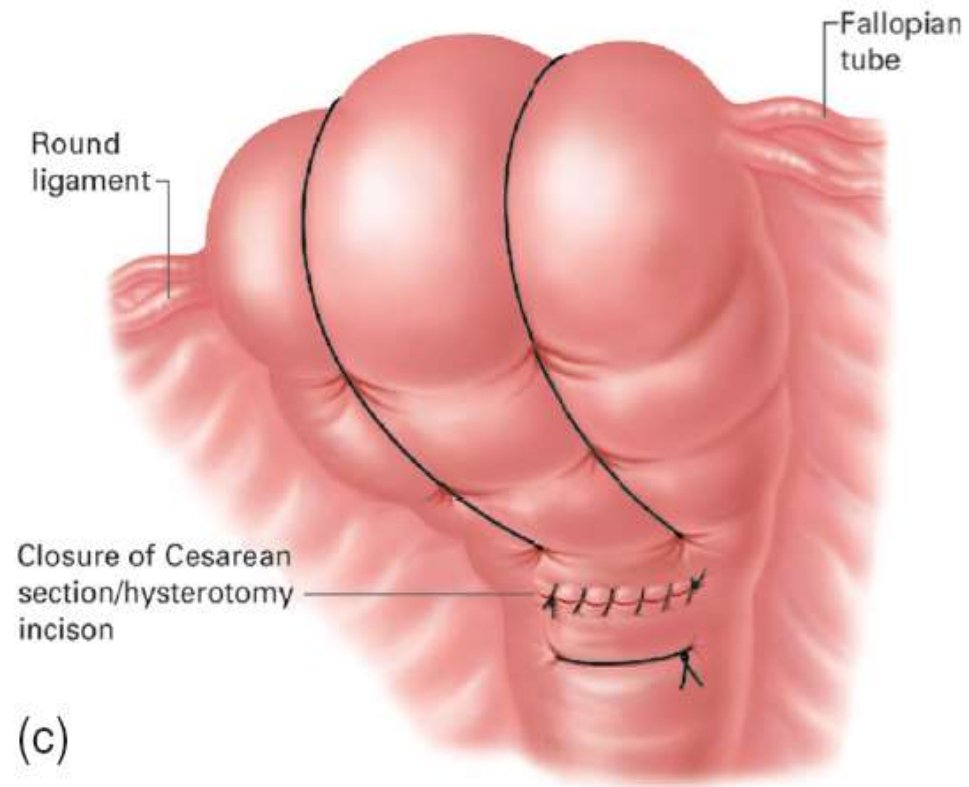


- Нитку провести по задній зовнішній стінці матки на передню і зробити прокол верхнього краю надрізу в порожнину матки і викол на нижньому краю.

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

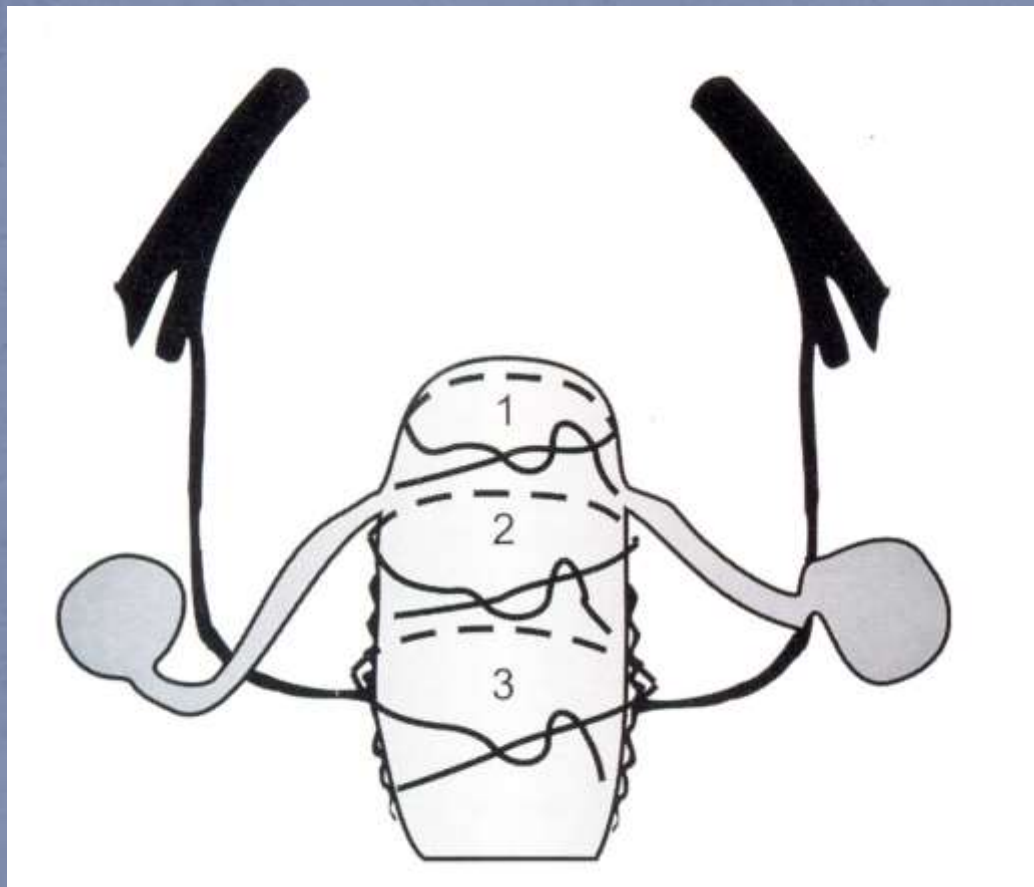


Ушити розріз на матці.



(c)

Накладання компресійного шва на матку по Перейра



Показання до проведення гістеректомії

- За даними ВООЗ показник гістеректомії при післяпологових кровотечах в середньому становить 1 випадок на 1000 пологів.
- **1. Патологія плацентації (placenta previa, placenta accreta, increta, percreta).** Ця патологія зустрічається у жінок після попереднього розродження шляхом кесарева розтину, абортів, запальних процесів ендометрію. На сьогодні, це основне показання для радикальної операції.
- **2. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти з міжм'язовими крововиливами і просякненням кров'ю міометрію та розвитком матки Кувелера (Couvelaire).**

Показання до проведення гістеректомії

- 3. Атонія матки не чутлива до утеротонічних препаратів та за відсутності ефекту від балонної тампонади, компресійних швів, перев'язування магістральних 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 крововтрати 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.



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

- **Показання:**
- Після гістеректомії – коли крововтрата 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.

Післяпологова кровотеча

Шість пріоритетів:

1. Виклик допомоги
2. Оцінка стану пацієнтки
3. Визначення причини кровотечі
4. Зупинка кровотечі
5. Стабілізація стану, реанімаційні заходи
6. Попередження подальшої кровотечі

Комплексний алгоритм дій у разі післяпологової кровотечі



Утеротонічні засоби

1.Окситоцин	10 од в/м 20 Ед на 1000 мл в/в кап. 60 кап. в 1 хв. Максимально 50 од.-3 л (в/в струминне введення)
2.Ергометрин	0.2 мг в/м, повт. ч/з 15 хв. Макс. загальна доза 1 мг 0,2 мг в/в повільно (гіпертензія, пре-еклампсія, хвороби серця)
3.Простагландини F2a	2,5 мг в/м, максимум – 3 дози (можлива гіпертензія, спазми, порушення дихання)

– *мізопростол* 800 мкг ректально;

ПАБАЛ®

1 мл (100мкг) в/в

- Карбетоцин - **агоністом окситоцину** тривалої дії.
- Подібно до окситоцину, карбетоцин селективно зв'язується з рецепторами окситоцину гладком'язових клітин міометрію, стимулює ритмічні скорочення матки, збільшує частоту скорочень, що вже почалися і підвищує тонус мускулатури матки.
- Пабал® перший стимулятор маткових скорочень тривалої дії, що використовується для попередження післяпологових кровотеч при кесаревому розтині.
 - **Довготривалий ефект** – у 8 разів триваліша дія порівняно з окситоцином;
 - **Швидкий ефект** – досягається протягом 2 хв;
 - **Тривалий період напіврозпаду** – щонайменше у 4 рази триваліший порівняно з окситоцином;
 - **Профіль безпечності** – аналогічний окситоцину;
 - **Просте і зручне застосування** - одна внутрішньовенна ін'єкція, яка усуває потребу застосування кількогадинних інфузій.

РЕМЕСТИП

terlipressin;

1 мл розчину містить терліпресину 0,1 мг;
0,2- 1-мг кожні 4-6 год

- **ПОКАЗАННЯ**

- **Кровотечі травного тракту та сечостатевих шляхів** – наприклад, кровотечі з варикозних вузлів стравоходу, виразки шлунка і 12-палої кишки;
- **маткова кровотеча**, зумовлена функціональними порушеннями або іншими причинами, пологами, абортom тощо;
- **кровотечі, пов'язані з хірургічними втручаннями**, зокрема на органах черевної порожнини й малого тазу.
- **місцево** – під час гінекологічних втручань на шийці матки. (0,4 мг розчинити фіз. и розчином до 9 мл)

РЕМЕСТИП ТЕРЛІПРЕСИН: фармакологічна дія

- Основним ефектом терліпресину є виражена вазоконстрикція та зупинка кровотечі.
- Найбільш помітним у цьому відношенні ефектом є зниження кровообігу в паренхімі внутрішніх органів, внаслідок чого знижується печінковий кровотік і тиск у системі ворітної вени.
- Фармакодинамічні дослідження показали, що терліпресин, подібно до аналогічних пептидів, спричиняє спазм артеріол і венул переважно в паренхімі внутрішніх органів, скорочення гладкої мускулатури стінки стравоходу, підвищення тону та перистальтики кишечника загалом.
- Крім впливу на гладкі м'язи судин, терліпресин стимулює гладку мускулатуру матки, у тому числі при відсутності вагітності.

Транексам

в/в 0,25-0,5 г (15 мг/кг) в ізотонічному розчині

- зниження частоти виникнення масивних післяпологових, інтра- та післяопераційних кровотеч на 35%
- зниження обсягу крововтрати на 40%
- запобігання переливання компонентів крові
- попередження розвитку ДВЗ-синдрому

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 гемостазу може бути тампонада малого тазу (модифікація тампонів Мікуліча).

ТОТАЛЬНА ЧИ СУБТОТАЛЬНА ГІСТЕРЕКТОМІЯ?

- Субтотальна гістеректомія - зменшує тривалість операції, крововтрату.
- Шийку матки можна залишити, якщо кровотеча контрольована.
- Шейку матки слід видаляти в тих випадках, коли місцем кровотечі є нижній сегмент матки або шийка (розриви, передлежання або прирощення плаценти)
- **ПРОТЕ:** Гістеректомію не слід відкладати на крайній випадок або до тих пір, поки не будуть випробувані менш радикальні методи, з якими хірург має найбільший досвід роботи

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВИСНОВКИ:

- Лапаротомія не завжди означає гістеректомію
- Гістеректомія не завжди буває тотальною
- Проведення хірургічного лікування не можна затримувати

КРАЩЕ РАНІШЕ, ЧИМ ПІЗНІШЕ!!!

Емболізація маткових артерій



Профілактика післяпологових кровотеч:

- під час вагітності:
 - оцінка факторів ризику;
 - діагностика та лікування анемії;
 - госпіталізація у пологовий будинок з готовністю надання допомоги вагітним з груп ризику по виникненню кровотечі, які мали: дородову кровотечу, кровотечі при попередніх пологах, мають багатоводдя, багатоплідну вагітність та крупний плід;
- під час пологів:
 - знеболення пологів;
 - уникнення тривалих пологів;
 - активне ведення III періоду пологів;
 - використання утеротоніків в III періоді пологів;
 - рутинної огляд та оцінка цілісності плаценти та оболонок;
 - профілактика травматизму під час пологів;
- після пологів:
 - обстеження та огляд пологових шляхів;
 - уважний нагляд протягом 2 год. після пологів;
 - у вагітних груп ризику в/в крапельне введення 20 ОД окситоцину протягом 2 год. після пологів.

**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

Питання для обговорення

- Основні етіологічні аспекти кровотеч в пологах та післяпологовому періоді.
- Діагностика і лікування кровотеч в пологах та післяпологовому періоді.
- Сучасні технології в профілактиці та лікуванні кровотеч в пологах та післяпологовому періоді.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

ОСНОВНА

- Ліхачов В.К. Акушерство. Том 2. Сучасна акушерська практика. – Вінниця: Нова Книга, 2022. – 512 с.
- Наказ МОЗ від 24.03.2014 № 205 «Акушерські кровотечі». – К., 2014.

ДОДАТКОВА

- Ліхачов В.К. Акушерство. Том 1. Базовий курс. – Вінниця: Нова Книга, 2021. – 392 с.
- Сенчук А.Я. та ін. Невідкладні стани в акушерській практиці. - К.: Фенікс, 2019.- 336с.
- Кровотечі в практиці акушера-гінеколога/за ред. проф. Голяновського О.В.- Київ, 2013.- 240 с.
-
-

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ