

АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ

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.

Мимовільний викидень

Шифр МКХ-10

002.0 Загибле плідне яйце та непухирний занос

002.1 Викидень, який не відбувся.

Рання загибель плода з затримкою мертвого плода у матці

003.1 Неповний аборт, ускладнений тривалою або надмірною кровотечею

003.6 Повний або не уточнений аборт, ускладнений тривалою або надмірною кровотечею

Класифікація

- загроза переривання вагітності (загроза викидня);
- викидень, що розпочався;
- викидень в ході;
- неповний мимовільний викидень;
- повний мимовільний викидень;

- викидень, що не відбувся.

Клініко-діагностичні критерії.

Симптоми переривання вагітності:

- больовий синдром: біль, пов'язаний із скороченням матки;
- підвищений тонус матки;
- кровотеча різного ступеню інтенсивності;
- структурні зміни шийки матки.

На двох останніх симптомах базується диференційна діагностика етапів переривання вагітності. При загрозі переривання відсутня кровотеча та структурні зміни шийки матки.

Кровотеча під час мимовільного викидня, викидня, що розпочався, викидня в ході, неповного мимовільного викидня.

Клініка:

- біль переймоподібного характеру;
- кровотеча різної інтенсивності.

Діагностика:

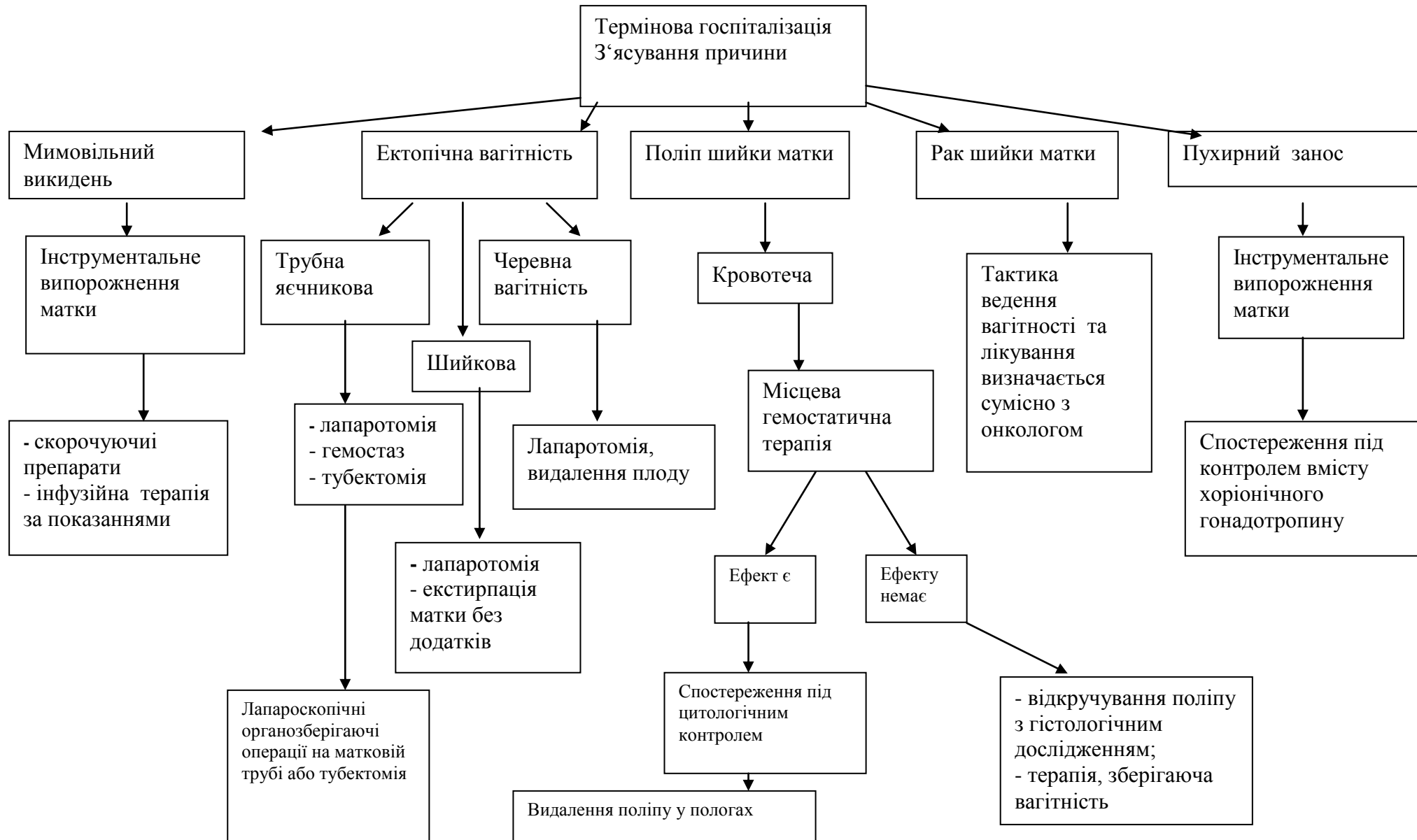
- оцінка загального стану вагітної;
- огляд шийки матки у дзеркалах, бімануальне дослідження;
- оцінка величини крововтрати.

Лікування:

- інструментальне випорожнення матки під внутрішньовенним наркозом (обов'язкове гістологічне дослідження отриманого матеріалу);
- препарати, скорочуючі матку (10 ОД окситоцину внутрішньовенно крапельно або 0,5 мкг метилергобравіну внутрішньовенно або внутрішньом'язово);
- при продовженні кровотечі 800 мкг мізопростолу ректально;
- відновлення величини крововтрати за показаннями;
- антибактеріальна терапія за показаннями.

АЛГОРИТМ ДІЙ ЛІКАРЯ ПРИ КРОВОТЕЧІ В І ПОЛОВИНІ ВАГІТНОСТІ

Кривотеча із статевих шляхів



Передлежання плаценти

Шифр МКХ-10-044

О44.0 - Передлежання плаценти уточнене як без кровотечі

О44.1 - Передлежання плаценти з кровотечею

Передлежання плаценти – ускладнення вагітності, при якому плацента розташовується у нижньому сегменті матки нижче передлеглої частини плода, перекриваючи повністю або частково внутрішнє вічко шийки матки. При фізіологічній вагітності нижній край плаценти не досягає 7 см до внутрішнього вічка. Передлежання плаценти зустрічається у 0,2-0,8% загальної кількості пологів.

Класифікація передлежання плаценти

1. Повне передлежання – плацента повністю перекриває внутрішнє вічко;
2. Неповне передлежання – плацента частково перекриває внутрішнє вічко:
 - а) бокове передлежання – внутрішнє вічко перекрите на 2/3 його площі;
 - б) крайове передлежання – до внутрішнього вічка підходить край плаценти.
3. Низьке прикріплення плаценти - розташування плаценти у нижньому сегменті нижче 7 см від внутрішнього вічка без його перекриття.

У зв'язку з міграцією плаценти або її розростанням від передлежання може змінюватись із збільшенням терміну вагітності.

Клініко-діагностичні критерії:

До групи ризику виникнення передлежання плаценти, належать жінки, що перенесли:

- ендометрити з наступними рубцевими дистрофічними змінами ендометрія;
- аборти, особливо ускладнені запальними процесами;
- доброякісні пухлини матки, зокрема субмукозні міоматозні вузли;
- дію на ендометрій хімічних препаратів;
- жінки з гіпопластичною маткою.

Клінічні симптоми

Патогномонічний симптом - обов'язкова кровотеча, яка може періодично повторюватись упродовж терміну вагітності з 12 до 40 тижнів, виникає спонтанно або після фізичного навантаження, набуває загрозливого характеру:

- з початком скорочень матки у будь-якому терміні вагітності;
- не супроводжується болем;
- не супроводжується підвищеним тонусом матки.

Тяжкість стану зумовлена об'ємом крововтрати:

- при повному передлежанні – масивна;
- при неповному – може варіювати від невеликої до масивної.

Анемізація, як результат кровотеч, що повторюються. При цій патології найбільш низький вміст гемоглобіну та еритроцитів у порівнянні з іншими ускладненнями вагітності, що супроводжуються кровотечами.

Частим є неправильне положення плода: косе, поперечне, тазове передлежання, неправильне вставлення голівки.

Можливі передчасні пологи.

Діагностика

1. Анамнез

2. Клінічні прояви - поява кровотечі, що повторюються, та не супроводжуються болем та підвищеним тонусом матки.

Акушерське дослідження:

а) зовнішнє обстеження:

- високе стояння передлеглої частини;
- косе, поперечне положення плода;
- тонус матки не підвищений.

б) внутрішнє обстеження (виконується тільки в умовах розгорнутої операційної):

- тістуватість тканин склепіння, пастозність, пульсація судин;
- неможливість через склепіння пропальпувати передлеглу частину.

У разі кровотечі уточнення характеру передлежання не має сенсу тому, що акушерська тактика визначається об'ємом крововтрати та станом вагітної.

Ультразвукове сканування має велике значення для з'ясування локалізації плаценти та встановлення правильного діагнозу.

Передлежання плаценти з кровотечею є терміновим показанням до госпіталізації у стаціонар.

Алгоритм обстеження при надходженні вагітної з кровотечею до стаціонару:

- уточнення анамнезу;
- оцінка загального стану, об'єму крововтрати;
- загальноклінічне обстеження (група крові, резус-фактор, загальний аналіз крові, коагулограма);
- зовнішнє акушерське обстеження;
- обстеження шийки матки та піхви при розгорнутій операційній за допомогою піхвових дзеркал для виключення таких причин кровотечі, як поліп шийки матки, рак шийки, розрив варикозного вузла, оцінки виділень;
- додаткові методи обстеження (УЗД) за показаннями за умови відсутності необхідності термінового родорозродження.

Лікування

Тактика лікування залежить від об'єму крововтрати, стану пацієнтки та плода, характеру передлежання, терміну вагітності, зрілості легень плода.

Принципи ведення пацієнток з передлежанням плаценти:

1. У разі невеликої крововтрати (до 250 мл), відсутності симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, відсутності пологової діяльності, незрілості легень плода при вагітності до 37 тижнів - вичікувальна тактика.

2. При припиненні кровотечі – УЗ дослідження, підготовна легень плода. Мета очікувальної тактики – пролонгування вагітності до терміну життєздатності плода.

3. У разі прогресуючої кровотечі, що стає неконтрольованою (більше 250 мл), супроводжується симптомами геморагічного шоку, дистресом плода, незалежно від терміну вагітності, стану плода (живий, дистрес, мертвий) термінове розродження.

Клінічні варіанти:

1. Крововтрата (до 250 мл), відсутні симптоми геморагічного шоку, дистресу плода, термін вагітності до 37 тижнів:

- 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;

При прогресуванні кровотечі більше 250 мл – розродження шляхом кесаревого розтину.

2. Крововтрата значна (більше 250 мл) при недоношеній вагітності – незалежно від ступеню передлежання - терміновий кесарів розтин.

3. Крововтрата (до 250 мл) при доношеній вагітності:

За умови розгорнутої операційної уточнюється ступінь передлежання.

- у разі часткового передлежання плаценти, можливості досягнення амніотичних оболонок та головному передлежанні плода, активних скороченнях матки, виконується амніотомія. 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 відновленні кровотечі – кесарів розтин.

- при повному або неповному передлежанні плаценти, неправильному положенні плода (тазове, косе або поперечне) виконується кесарів розтин;

- при неповному передлежанні, мертвому плоді можлива амніотомія, при припиненні кровотечі - розродження через природні пологові шляхи.

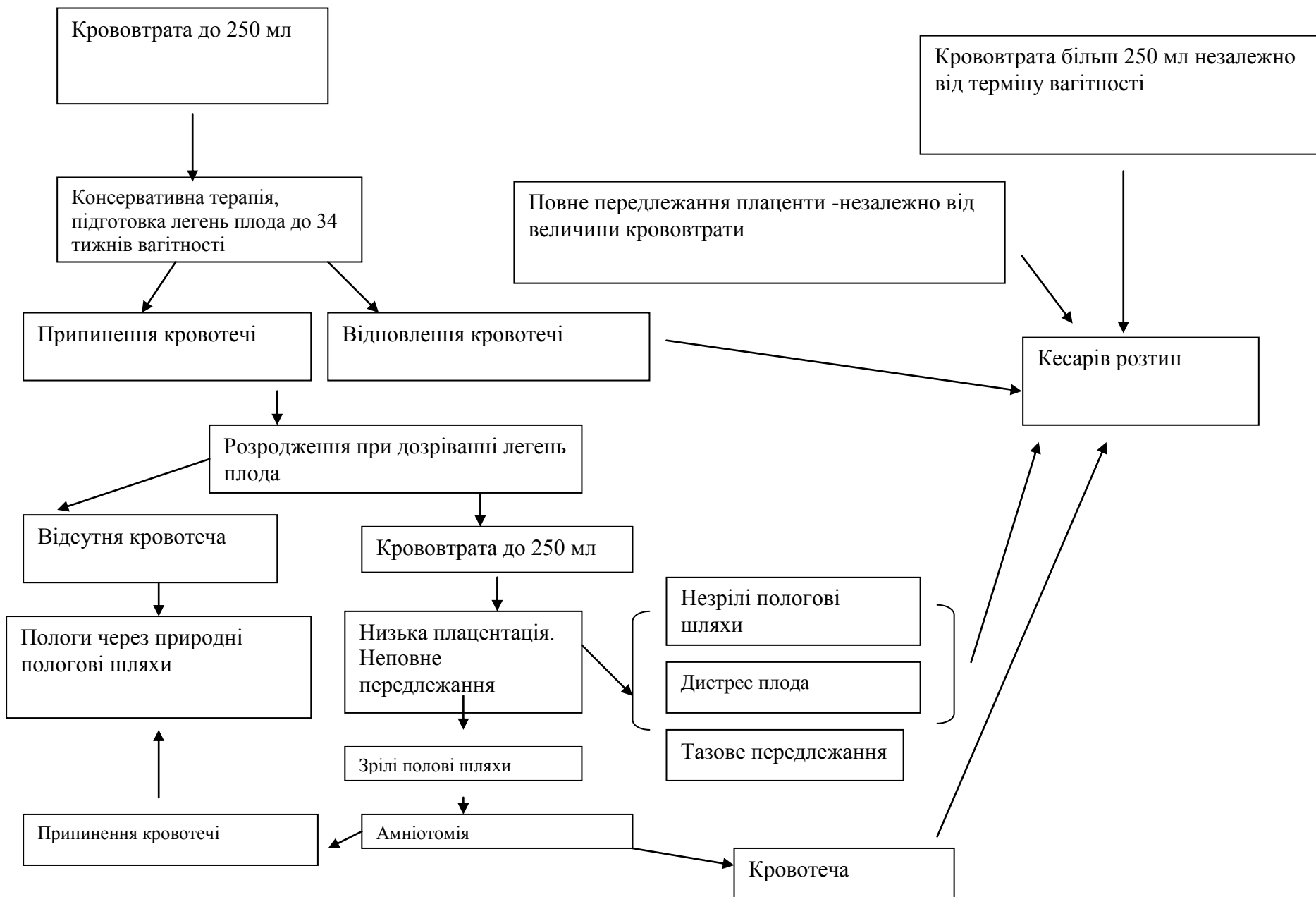
4. Крововтрата (більше 250мл) при доношеній вагітності незалежно від ступеню передлежання - терміновий кесарів розтин.

5. Повне передлежання, діагностоване 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 досягнення величини кровотрати більше 1% від маси тіла - термінова релапаротомія, екстирпація матки без додатків, за необхідності – перев'язка внутрішніх клубових артерій спеціалістом, який володіє цією операцією.

Відновлення величини кровотрати, лікування геморагічного шоку і ДВЗ-синдрому проводиться за показаннями (див. відповідні протоколи).

АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З ПЕРЕДЛЕЖАННЯМ ПЛАЦЕНТИ



Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

Шифр МКХ-10 – О 45 Передчасне відшарування (відторгнення плаценти).

О 45.0 Передчасне відшарування плаценти з порушенням згортання крові

О 45.8 Інше передчасне відшарування плаценти

О 45.9 Передчасне відшарування плаценти неуточнене
Відокремлення плаценти БДВ

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.

Клінічні симптоми:

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

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

3. Кровотеча із піхви може варіювати залежно від ступеню тяжкості та характеру (крайове або центральне відшарування) від незначної до масивної. Якщо формується ретроплацентарна гематома, зовнішня кровотеча може бути відсутня.

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;
- болочість при пальпації;
- утруднення або неможливість пальпації та аускультатції 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 болочості, 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:

Необтрунтовано запізнїле розродження призводить до загибелі плода, розвитку матки Кувелера, масивної крововтрати, геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому, втрати ретродуктивної 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 додатків.

2. Відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому (див. відповідні протоколи).

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 ревїзія стінок матки (особливо зовнішня поверхня) з метою виключення матково-плацентарної апоплексії;
- у разі діагностування матки Кувелера - екстирпація матки без додатків;
- 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 зберігти дітородну функцію (перші пологи, мертвий

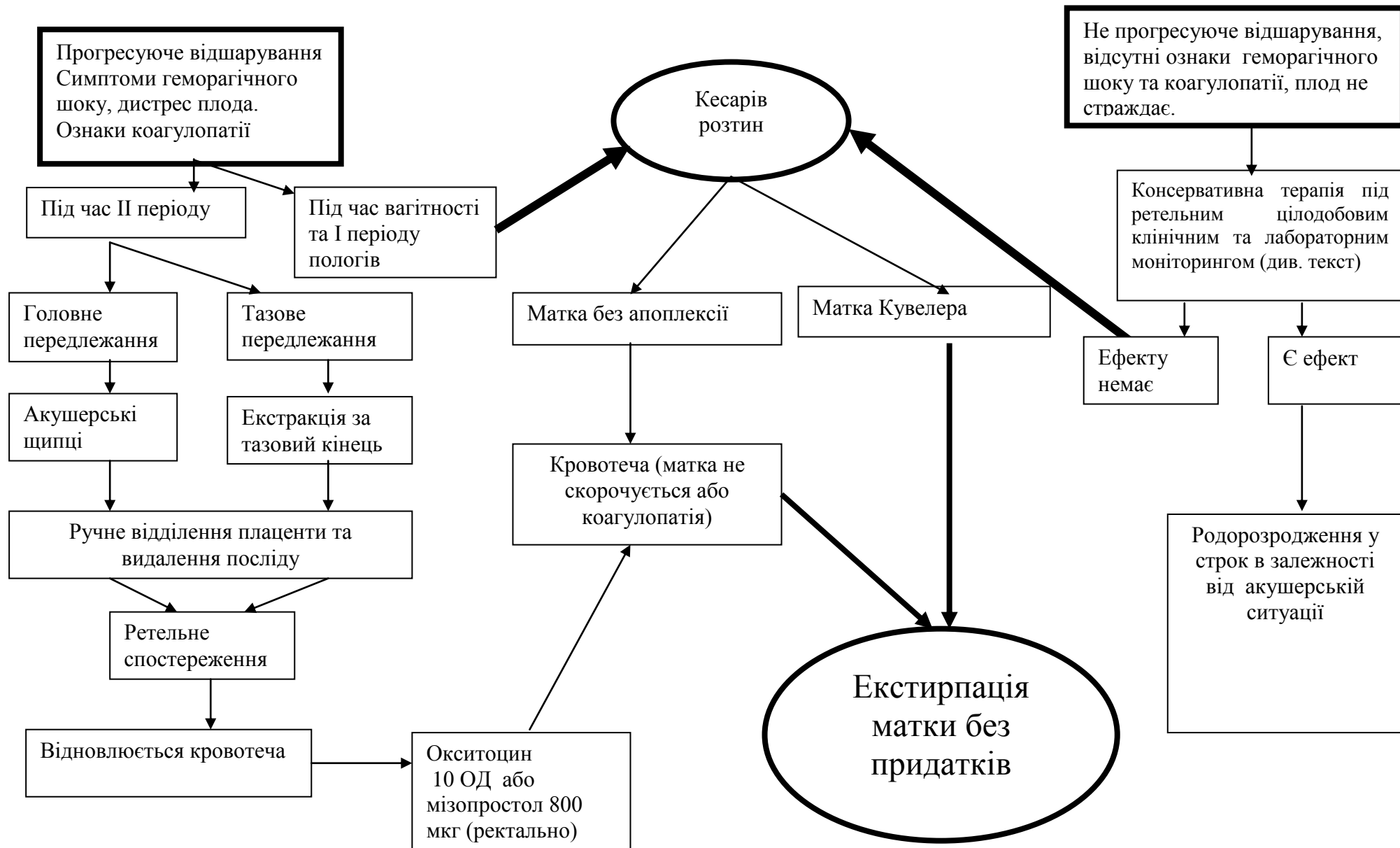
плод), *консіліумом вирішується питання про збереження матки*. Хірурги спостерігають деякий час (10-20 хв.) при відкритій черевній порожнині за станом матки та при відсутності кровотечі дренують черевну порожнину для контролю гемостазу. Така тактика, у виняткових випадках, допускається лише у закладах, 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 передледанні 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 мізопростолу (ректально);
- ретельне динамічне спостереження у післяпологовому періоді;
- відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому (див. відповідні протоколи).

АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОЇ З ПЕРЕДЧАСНИМ ВІДШАРУВАННЯМ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ



Емболія амніотичною рідиною.

Шифр за МКХ - 10: O88.1

Емболія амніотичною рідиною – критичний стан, який виникає у разі проникнення елементів навколоплодових вод у кровоток матері та супроводжується розвитком гострої серцево-легеневої недостатності або зупинки кровообігу.

Таке ускладнення можливе при підвищенні тиску в амніоні вище, ніж у кровоносних судинах матки або зіянні венозних судин матки.

I. Причини, які підвищують внутрішньо матковий тиск:

- надмірна пологова діяльність;
- швидкі пологи;
- застосування великих доз окситоцину;
- багатоводдя;
- великий плід;
- багатоплідна вагітність;
- тазове передлежання;
- дистоція шийки матки;
- переношена вагітність;
- запізнілий розрив плодового міхура;
- грубі маніпуляції під час родорозродження (прийом Крістеллера та ін.)

II. Причини, які викликають зіяння маткових судин:

- гіповолемія будь-якого походження;
- передчасне відшарування плаценти;
- передлежання плаценти;
- ручне відділення та видалення посліду з порожнини матки;
- кесарів розтин;
- гіпотонія матки.

Клінічна картина залежить від об'єму та складу вод, що потрапили до кровоносних судин матері .

Діагностика емболії амніотичною рідиною базується на оцінці клінічної симптоматики, лабораторному обстеженні та додаткових методах дослідження.

Клінічні ознаки:

- почуття страху;
- занепокоєння, збудження;
- озноб та гіпертермія;
- кашель;
- раптова блідість або ціаноз;
- різкий біль у грудях;
- задишка, шумне дихання;
- зниження АТ;
- тахікардія;
- коагулопатична кровотеча із пологових шляхів або інших травмованих місць;
- кома;
- судоми;
- смерть внаслідок фібриляції шлуночків впродовж декількох хвилин.

Лабораторні ознаки - ознаки гіпокоагуляції та підвищення ШОЕ (В).

Додаткові методи дослідження:

- **ЕКГ** – синусова тахікардія, гіпоксія міокарду, гостре легеневе серце (SIQIII, P-pulmonale)

- **рентгенологічні зміни** виявляються одразу або через кілька годин після емболії та характеризуються картиною інтерстиціального зливного пневмоніту («бабочка» з ущільненням по всій прикореневій зоні та просвітленням малюнку легеневої тканини по периферії).

Диференційна діагностика проводиться з наступною патологією:

- **інфаркт міокарду**: біль, що ірадіює у ліву руку, порушення ритму, зміни на ЕКГ, що не завжди фіксуються при свіжому інфаркті;

- **тромбоемболія легеневої артерії**: раптовість, різний ціаноз лиця, задуха, головний біль, біль за грудиною. Нерідко буває при скомпрометованих венах (варикоз, тромбофлебіт, флебіт) право грама, на ЕКГ;

- **повітряна емболія** (при грубому порушенні техніки внутрішньовенних інфузій);

- **синдром Мендельсона** (бронхоспазм у відповідь на потрапляння кислого вмісту шлунку у верхні дихальні шляхи) – кислотно-аспіраційний гіперергічний пневмоніт. Трапляється, як правило, на ввідному наркозі при неспорожненому шлунку, коли блювотні маси потрапляють у дихальні шляхи: аноксія протягом 5хвилин - загибель кори головного мозку.

Невідкладна допомога при емболії амніотичною рідиною проводиться бригадою лікарів у складі акушера-гінеколога та лікаря-анестезіолога. Необхідні консультації кардіолога, невропатолога, судинного хірурга.

Лікувальна тактика:

1. Під час вагітності або пологів – термінове розродження.
2. Лікування кардіо-пульмонального шоку або проведення серцево-легеневої реанімації.
3. Корекція коагулопатії.
4. Своєчасне і в повному обсязі хірургічне втручання при кровотечі.
5. Профілактика та лікування поліорганної недостатності.

Першочергові заходи:

1. При зупинці кровообігу - проведення серцево-легеневої реанімації.
2. При наростанні ознак дихальної недостатності - інтубація трахеї та ШВЛ 100% киснем з позитивним тиском в кінці видиху + 5 см вод ст.
3. Пункція та катетеризація підключичної або внутрішньої яремної вени з обов'язковим контролем ЦВТ. Набрати 5 мл крові для дослідження коагулограми та наявності елементів навколоплодових вод.
4. Катетеризація сечового міхура постійним катетером.

Моніторинг життєво-важливих функцій повинен включати:

- вимірювання АТ кожні 15 хв.;
- ЦВТ;
- ЧСС;
- ЧД;
- пульсоксиметрія;
- ЕКГ;

- погодинний діурез та загальний аналіз сечі;
- термометрія;
- рентгенографія органів грудної порожнини;
- загальний аналіз крові, Нt; тромбоцити;
- коагулограма;
- кислотно-основний стан та гази крові;
- біохімічне дослідження крові та вміст електролітів.

Подальша лікувальна тактика:

1. Якщо ЦВТ < 8 см вод. ст. - корекція гіповолемії шляхом введення колоїдів та кристалоїдів у співвідношенні 2:1 зі швидкістю 5 - 20 мл/хв. у залежності від рівня АТ. У випадку виникнення кровотечі у склад інфузійної терапії включають свіжозаморожену плазму (С). **Не використовувати 5% альбумін.**

2. При ЦВТ > 8 см вод. ст. проводиться інотропна підтримка: дофамін (5 – 10 мкг/кг/хв.) або добутамін (5 - 25 мкг/кг/хв.). Починають ізотропну терапію з мінімальних доз, а при відсутності ефекту – поступово їх збільшують. Бажано використовувати поєднане введення дофаміну (2-5 мкг/кг/хв) та добутаміну (10 мкг/кг/хв.) (В).

3. Одночасно з симпатоміметичною терапією застосовують глюкокортикоїди: преднізолон до 300 - 400 мг або гідрокортизон -1000 - 1500 мг. (С).

4. Боротьба з коагулопатією (див. протокол лікування ДВЗ-синдрому).

5. Запобігання розвитку інфекційних ускладнень.

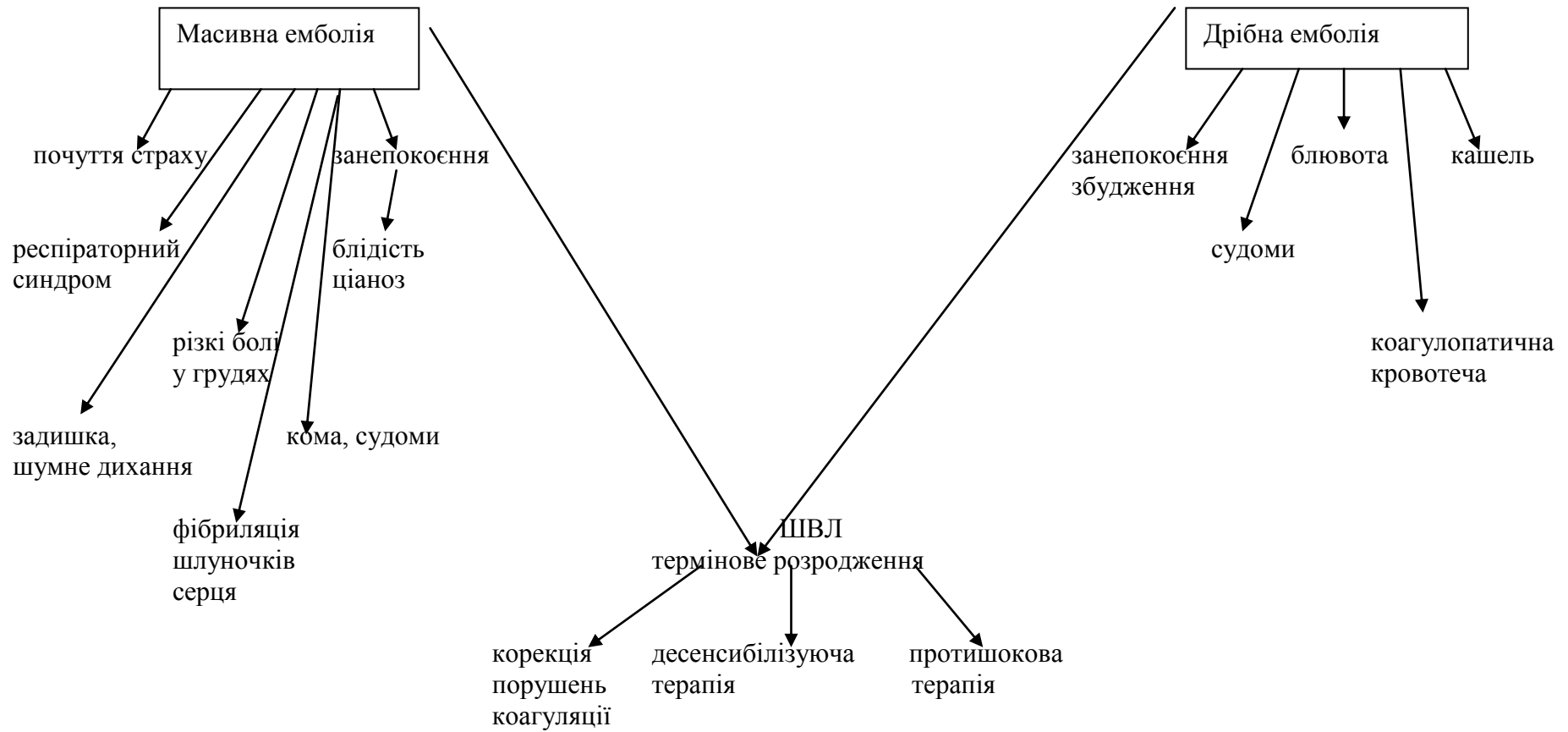
Критерії ефективності інтенсивної терапії:

- підвищення серцевого викиду;
- ліквідація артеріальної гіпотензії;
- усунення ознак периферичної вазоконстрикції;
- нормалізація діурезу > 30 мл/год.;
- нормалізація показників гемостазу;
- зменшення ознак дихальної недостатності.

Критерії припинення ШВЛ:

- стабілізація клінічного стану хворої;
- частота дихання менше 30 за хвилину;
- інспіраторне зусилля менше - 15 см вод. ст.;
- PaO₂/FiO₂ > 80 мм рт.ст./0,4 при ПТКВ 7 см вод. ст.;
- можливість пацієнтки самостійно подвоїти об'єм видихуваного повітря за хвилину.

ЕМБОЛІЯ АМНІОТИЧНОЮ РІДИНОЮ



Кровотеча у послідовому та післяпологовому періодах.

Шифр МКХ-10 - О 72

Післяпологова кровотеча – це втрата крові 0,5% або більше від маси тіла після народження плода.

Класифікація за МКХ-10:

- О 72.0 – Кровотеча у третьому періоді пологів
- О 72.1 – Інша кровотеча в ранньому післяпологовому періоді
- О 72.2 - Пізня або вторинна післяпологова кровотеча
- О 72.3 – Післяпологове порушення згортання крові

Типи післяпологових кровотеч:

1. Кровотечі у третьому періоді пологів.
2. Первинні (ранні) післяпологові, які виникають в ранньому післяпологовому періоді або протягом 24 годин після пологів.
3. Вторинні (пізні) післяпологові кровотечі, які виникають після 24 годин та до 6 тижнів після пологів.

Фактори ризику виникнення післяпологових кровотеч:

- обтяжений акушерський анамнез (кровотечі у попередніх пологах, аборти, самовільні викидні);
- гестоз;
- великий плод;
- багатоводдя;
- багатоплідна вагітність;
- міома матки;
- рубець на матці.
- хронічний ДВЗ-синдром;
- тромбоцитопатії;
- антенатальна зигибель плода.

Кровотеча у послідовому (третьому) періоді пологів

Причини:

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

Величина крововтрати залежить від виду порушення прикріплення плаценти: повного, часткового прирощення або пророщення плаценти.

Клінічні прояви:

1. Відсутні ознаки відокремлення плаценти протягом 30 хвилин без значної крововтрати –патологія прикріплення або пророщення плаценти.
2. Кровотеча розпочинається відразу після народження посліду – затримка частин плаценти або оболонок
3. Кровотеча розпочинається після народження дитини без відділення плаценти – защемлення плаценти, неповне прирощення плаценти.

Кровотеча, пов'язана з затримкою, патологією прикріплення або защемленням плаценти.

Алгоритм надання медичної допомоги:

1. Катетеризація периферичної або центральної вени 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.); ручне відокремлення плаценти та виділення 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 400 мл фізіологічного розчину в/в крапельно.
9. За умови істинного прирощення або пророщення плаценти – лапаротомія, екстирпація матки без придатків;
10. Оцінка величини крововтрати (додаток №1) та відновлення величини ОЦК (див. лікування геморагічного шоку).

Рання (первинна) післяпологова кровотеча

Причини ранньої післяпологової кровотечі:

- гіпотонія або атонія матки (у 90% випадків);
- затримка частин плаценти або оболонок;
- травматичні пошкодження пологових шляхів;
- порушення згортання крові (афібриногенемія, фібриноліз);
- первинні захворювання крові.

Причини гіпотонії або атонії матки:

- порушення функціональної здібності міометрію (пізній гестоз, ендокринопатії, соматичні захворювання, пухлини матки, рубець на матці, великий плід, багатоводдя, багатопліддя та інші);
- перезбудження з наступним виснаженням функції міометрію (тривалі або затяжні пологи, оперативне закінчення пологів, застосування ліків, що знижують тонус міометрію (спазмолітики, токолітики, гіпоксія під час пологів, тощо);
- порушення скоротливої функції міометрію внаслідок порушення біохімічних процесів, кореляції нейрогуморальних факторів (естрогени, ацетилхолін, окситоцин, холінестераза, прогестерон, простагландіни).
- порушення процесу прикріплення, відділення та виділення плаценти та посліду;
- ідіопатичні (не встановлені).

Основні клініко-лабораторні прояви:

Кровотеча може бути 2- видів:

- кровотеча розпочинається відразу після народження дитини, масивна (за декілька хвилин > 1000 мл); матка залишається гіпотонічною не скорочується, швидко розвивається гіповолемія, геморагічний шок;
- кровотеча розпочинається після скорочення матки, кров виділяється невеликими порціями, крововтрата збільшується поступово. Характерно чергування гіпотонії матки з відновленням тону, зупиненням та продовженням кровотечі.

Алгоритм надання медичної допомоги:

1. Загальний огляд породіллі:
 - оцінка величини крововтрати доступними методами (додаток №1);
 - оцінка стану породіллі: скарги, АТ, частота пульсу, колір шкіри та слизових оболонок, кількість сечі, наявність та стадія геморагічного шоку.
2. Термінове лабораторне обстеження:
 - визначення рівня гемоглобіну, гематокрит;
 - коагулограма (кількість тромбоцитів, протромбіновий індекс, рівень фібриногену, час згортання крові);
 - група крові та резус фактор;
 - біохімічні обстеження за показаннями.
3. Катетеризація периферичної або центральної вени залежно від величини крововтрати та стану жінки.
4. Випорожнення сечового міхура
5. Початок або продовження введення утеротоніків: 10-20 ОД окситоцину в/в на 400 мл фізіологічного розчину (А).
6. Проведення ручного обстеження порожнини матки під внутрішньовенним наркозом (оцінка цілісності стінок матки, особливо лівої стінки матки, видалення згустків крові або залишків плаценти чи оболонок).
7. Огляд пологових шляхів та відновлення їх цілісності.
8. Зовнішній масаж матки.
9. У разі продовження кровотечі додатково вводять 800 мкг мізопростола ректально (А).
10. Відновлення ОЦК та крововтрати (див. лікування геморагічного шоку).
11. У разі відновленні кровотечі та величині крововтраті 1,5% і більше від маси тіла – оперативне лікування : екстирпація матки без придатків, за умови продовження кровотечі – перев'язка внутрішніх клубових артерій фахівцем, що володіє цією операцією.
12. При підготовці до оперативного лікування з метою зменшення крововтрати тимчасова бімануальна зовнішня або внутрішня компресія матки.
13. При продовженні кровотечі після екстирпації матки – туга тампонада черевної порожнини та піхви (до зупинки кровотечі черевну порожнину не зашивати).

Післяпологова вторинна (пізня) кровотеча

Основні причини пізніх після пологових кровотеч:

- затримка частин плаценти або посліду;
- відходження некротичних тканин після пологів;
- розходження швів та рані матки (після кесаревого розтину або розриву матки).

Найчастіше пізня післяпологова кровотеча виникає на 7-12 дні після пологів.

Алгоритм надання медичної допомоги :

1. Оцінка величини крововтрати доступними методами (додаток №1).
2. Катетеризація периферичної або центральної вени.
3. Інструментальна ревізія порожнини матки під в/в наркозом.
4. Внутрішньовенне введення утеротоніків (окситоцину 10–20 ОД на фізіологічному розчині- 400,0 або 0,5 мкг метилергометрину).
5. У разі продовженні кровотечі – мізопростол 800 мкг ректально (А)
6. Відновлення об'єму ОЦК (додаток №2)
7. При крововтраті >1,5% маси тіла – лапаротомія, екстирпація матки, за умови продовження кровотечі – перев'язка внутрішніх клубових артерій фахівцем, який володіє цією операцією.

Порушення згортання крові (післяпологова афібриногенемія, фібриноліз):

- відновлення об'єму ОЦК;
- корекція гемостазу (див. лікування ДВЗ синдрому).

Профілактика післяпологових кровотеч:

1. Під час вагітності:

- оцінка факторів ризику виникнення кровотеч;

Фактори, які сприяють виникненню кровотеч у післяпологовому періоді

Попередні вагітності	Фактори, які виникають під час вагітності	Фактори, що з'являються під час пологів
Первородящі	Повне передлежання плаценти	Родозбуждення
Більше 5 пологів в анамнезі	Відшарування плаценти	Тривалі або утрудненні пологи
Патологія відділення або виділення плаценти	Багатоводдя	Стрімкі пологи
Операції на матці в анамнезі, включаючи кесарів розтин	Багатоплідна вагітність	Ургентний кесарів розтин
Тривалі або утрудненні пологи в анамнезі	Внутрішньоутробна загибель плода	Розродження за допомогою акушерських щипців
Фонові захворювання – серцево-судинні, цукровий діабет, порушення згортання крові	Важка прееклампсія, еклампсія	Хоріонаміоніт
Анемія	Гепатит	ДВЗ-синдром
Міома матки	Стани, що пов'язані з анемією	Загальна або епідуральна анестезія

- діагностика та лікування анемії;
- госпіталізація у пологовий будинок з готовністю надання допомоги вагітним із групи високого ризику по виникненню кровотеч, які мали: дородову кровотечу, кровотечі у попередніх пологах, мають багатоводдя, багатоплідну вагітність, великий плод.

2. Під час пологів:

- знеболення пологів;
- уникнення тривалих пологів;
- активне ведення третього періоду пологів;

- використання утеротонічних препаратів матку в третьому періоді пологів.
- рутинний огляд та оцінка цілісності плаценти та оболонок;
- профілактика травматизму під час пологів.

3. Після пологів:

- обстеження та огляд пологових шляхів;
- уважний нагляд протягом 2 годин після пологів;
- у вагітних групи ризику в/в крапельне введення 20 ОД окситоцину протягом 2 годин після пологів.

Додаток №1

Методи визначення величини крововтрати

1. Метод Лібова

Об'єм крововтрати визначається після зважування серветок, які просочені кров'ю

Об'єм крововтрати = $V/2 \times 15\%$ (при крововтраті менше 1000 мл)
або $\times 30\%$ (при крововтраті більше 1000 мл)

де V – вага серветок, 15% і 30% - величина помилки на навколоплодові води, дезрозчини.

2. Формула Нельсона

Процентне співвідношення загального об'єму крововтрати розраховується наступним чином:

$$\frac{0,036 \times \text{вихідний об'єм крові}}{\text{маса тіла}} \times \text{гематокрит}$$

$$\text{Вихідний об'єм крові (мл/кг)} = \frac{24}{0,86 \times \text{вихідний гематокрит}} \times 100$$

3. Визначення крововтрати за щільністю крові і 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

4. Шоковий індекс Альговера

$$\text{Шоковий індекс} = \frac{\text{ЧСС}}{\text{АТ с,}}$$

Де ЧСС- частота серцевих скорочень
АТ с – систолічний артеріальний тиск

У нормі індекс Альговера =1.

За величиною індексу можна зробити висновки про величину крововтрати

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

Примітка: індекс Альговера не інформативний у хворих з гіпертонічною хворобою

5. Гематокритний метод Moore

$$KB = \text{ОЦК (н)} \times (\text{ГТ (н)} - \text{ГТ (ф)}) / \text{ГТ (н)}$$

KB- крововтрата

ОЦК (н) – нормальний ОЦК

ГТ (н) – гематокрит у нормі (у жінок -42)

ГТ (ф) – гематокрит фактичний , визначений після зупинки кровотечі та стабілізації гемодинаміки.

Для орієнтовного визначення об'єму крововтрати у вагітних можливо використання модифікованої формули Moore:

$$KB = M \cdot 75 \cdot \frac{0,42 - Htф}{0,42}$$

Де: KB – крововтрата (мл); M – маса тіла вагітної (кг); Htф – фактичний гематокрит хворої (л/л)

Додаток №2

Основні принципи відновлення ОЦК Інфузійно-трансфузійна терапія акушерської крововтрати

Об'єм крововтрати		Інфузійні середовища					
% ОЦК	% від маси тіла	Рингер-лактат	Гелофузін	Свіжозаморожена плазма	Альбумін (10 – 20%)	Еритроцитарна маса	Тромбоконцентрат
До 25% (до 1,25 л)	До 1,5%	1 - 2 л	1 - 2 л				
До 50% (до 2,5 л)	До 3,0%	2 л	2 - 2,5 л	1 x 250 мл		1 x 250 мл	
До 65% (до 3,25 л)	До 4,0%	2 л	2 - 2,5 л	1-3 x 250 мл	0,25-1 л	1-3 x 250 мл	
До 75% (до 3,75л)	До 4,5%	2 л	2 - 2,5 л	3-5 x 250 мл	0,25-1 л	3-6 x 250 мл	
> 75%	> 4,5%	2 л	2 - 2,5 л	5 x 250 мл і більше	0,5 - 1 л	6 x 250 мл і більше	за необхідністю

Кроковий підхід до лікування післяпологових кровотеч

Крок 1 Первинна оцінка та терапія

Реанімація

- катетеризація вени
- киснева маска
- моніторинг АТ, П, ЧД, діурезу
- сечовий катетер
- насичення крові киснем (Sat O₂)

Оцінка причини

- обстеження матки (тонус)
- обстеження пологових шляхів (травма)
- перегляд анамнезу (тромбін)
- обстеження кров'яних згустків

Лабораторні тести

- Група крові та резус фактор
- Коагулограма
- Загальний аналіз крові

Крок 2 Ціленаправлена терапія

“Тонус”

- зовнішній масаж
- скорочуючі препарати (таблиця)

“Тканина”

- ручне обстеження порожнини матки
- кюретаж

“Травма”

діагностика травматичних пошкоджень та відновлення

“Тромбін”

- відновлення ОЦК
- антикоагуляція
- відновлення факторів

Крок 3
Масивна післяпологова кровотеча
або некерована

Надання
допомоги:
відділення
інтенсивної

Місцеві заходи:
- ручна
компресія
- підготовка до
оперативного
лікування

АТ та згортання
крові
- відновлення ОЦК

Крок 4
Хірургічне лікування

Крок 5
Кровотеча після
екстирпації матки

Екстирпація
матки

Відновлення травматичних
пошкоджень

Тампонада
черевної
порожнини

Перев'язка внутрішніх
клубових артерій

Алгоритм надання допомоги при післяпологових кровотечах

