

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

Методичні рекомендації
до практичних занять з акушерства
для здобувачів вищої освіти V курсу
медичного факультету

Харків – 2019

УДК 618.6-005.1(072)

А 44

Рецензенти:

І. А. Васильєва – кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства і гінекології медичного факультету ХНУ імені В. Н. Каразіна;

В. П. Ромаєва – кандидат медичних наук, доцент кафедри перинатології, акушерства та гінекології ХМАПО.

*Затверджено до друку рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 6 від 29.05.2019 р.)*

А 44 **Акушерські** кровотечі у післяпологовому періоді : методичні рекомендації до практичних занять з акушерства для здобувачів вищої освіти V курсу медичного факультету / уклад. О. В. Грищенко, Т. О. Козуб. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2019. – 16 с.

Методичні рекомендації містять перелік теоретичних питань з поданої теми для самостійної підготовки студентів до практичних занять, список рекомендованої та додаткової літератури, а також приклад тестових завдань.

УДК 618.6-005.1(072)

© Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, 2019

© Грищенко О. В., Козуб Т. О., уклад., 2019

© Дончик І. М., макет обкладинки, 2019

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. Акушерські кровотечі у післяпологовому періоді.....	6
1.1. Ранні післяпологові кровотечі.....	6
1.2. Пізні післяпологові кровотечі.....	10
ТЕСТОВІ ПИТАННЯ.....	12
ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	14

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АТ – артеріальний тиск

ДВЗ – дисеміноване внутрішньосудинне згортання крові

ОЦК – об'єм циркулюючої крові

ППК – післяпологова кровотеча

ЧД – частота дихання

ЧСС – частота серцевих скорочень

ВСТУП

Щорічно в усьому світі післяпологова кровотеча (ППК) розвивається у 14 мільйонів жінок. Щорічно від ППК вмирає 125 000 пацієнток.

Післяпологова кровотеча є визнаною акушерською проблемою, яка супроводжується материнською захворюваністю та смертністю. Раптовість виникнення ППК та швидкість крововтрати є тими провідними факторами, які часто роблять кровотечу неконтрольованою. Згідно з даними літератури більшість ППК виникає впродовж перших чотирьох годин після пологів, а найбільш поширеною причиною ранньої ППК є атонія матки. Для вагінальних пологів кровотечею вважають втрату крові > 500 мл, а для кесарева розтину > 1000 мл.

Аналіз випадків материнської смертності від ППК у розвинутих країнах свідчить про те, що всі помилки надання допомоги можна сформулювати єдиною фразою: «Зроблено недостатньо та занадто пізно». При цьому затримка у виявленні надмірної крововтрати зустрічалась у більшості випадків загибелі породіль внаслідок ППК.

Таким чином, однією з головних передумов материнської захворюваності та смертності є затримка на етапі розпізнавання надмірної крововтрати, з'ясування її тяжкості та прийняття клінічних рішень щодо початку допомоги та її обсягу.

РОЗДІЛ 1

Акушерські кровотечі у післяпологовому періоді

За класичним визначенням ранньою (первинною) післяпологовою кровотечею є крововтрата в перші 24 год після пологів. Кровотеча, що виникає після 24 год та до 6 тижнів, є пізньою (вторинною). Пізня післяпологова кровотеча найчастіше виникає на 7–12 дні після пологів.

1.1. Ранні післяпологові кровотечі

Класифікація ранніх післяпологових кровотеч:

- гіпотонія та атонія (у 90 % випадків) матки;
- затримка частин плаценти або оболонок;
- травми пологових шляхів;
- розриви матки;
- коагулопатична кровотеча.

Гіпотонічні та атонічні кровотечі

Маткові кровотечі в перші години післяпологового періоду (ранні післяпологові кровотечі) найбільш часто пов'язані з порушенням скоротливої діяльності матки (гіпо- і атонічний стан). Частота гіпотонічних кровотеч становить 3–4 % від загальної кількості пологів, а в структурі усіх кровотеч у післяпологовому періоді – 90 %.

Терміном «атонія» визначають стан матки, при якому міометрій повністю втрачає властивість скорочуватися. Гіпотонія матки характеризується зниженням тонусу і недостатньою здатністю матки до скорочення.

Причини гіпотонії і атонії матки:

- анатомічна та функціональна недостатність міометрію (пізній гестоз, ендокринопатії, соматичні захворювання, вади розвитку, пухлини матки, рубець на матці, крупний плід, багатоводдя, багатопліддя);
- перезбудження з подальшим виснаженням функції міометрію (тривалі 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, простагландини);
- порушення процесу прикріплення, відділення та виділення плаценти і посліду;
- ідіопатичні (не встановлені), ятрогенні.

Клінічна картина гіпотонічних та атонічних кровотеч

Може спостерігатися 2 клінічні варіанти кровотеч.

Перший варіант: відразу після народження посліду матка втрачає здатність скорочуватися; вона атонічна, не реагує на механічні, температурні і медикаментозні подразники, кровотеча з перших хвилин має характер профузного, швидко приводить породілля у шоковий стан.

Другий варіант: матка періодично розслабляється; під дією засобів, що стимулюють мускулатуру, тонус і скорочувальна здатність її тимчасово відновлюються; потім матка знову стає дряблою; кровотеча хвилеподібна; періоди підсилення чергують з майже повною зупинкою; кров втрачається порціями по 100–200 мл. Організм породіллі компенсує таку крововтрату, якщо акушерська допомога надається вчасно і в достатньому обсязі. Якщо акушерська допомога запізнюється або проводиться безсистемно, відбувається виснаження компенсаторних можливостей організму. Матка перестає реагувати на збудники, приєднуються порушення гемостазу, кровотеча стає масивною, розвивається геморагічний шок. Другий варіант гіпотонічної кровотечі зустрічається значно частіше.

Лікування

Надання допомоги при гіпотонічних кровотечах полягає в комплексі заходів, що проводять швидко, чітко, не витрачаючи часу на повторне застосування неефективних засобів та маніпуляцій.

Методи визначення величини крововтрати

1. Метод Лібова

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

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

Об'єм крововтрати = $B/2 \times 30\%$ (при крововтраті більше 1000 мл), де B – вага серветок, 15 % і 30 % – величина помилки на навколоплідні води, дезрозчини.

2. Формула Нельсона

Процентне співвідношення загального об'єму крововтрати розраховується так:

Співвідношення загального об'єму крововтрати = $0,036 \times \text{вихідний об'єм крові} / \text{маса тіла} \times \text{гематокрит}$, де вихідний об'єм крові (мл/кг) = $24 / 0,86 \times \text{вихідний гематокрит} \times 100$

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

$$\text{Шоковий індекс} = \text{ЧСС} / \text{АТс},$$

де ЧСС – частота серцевих скорочень; АТс – систолічний артеріальний тиск.

У нормі індекс Альговера = 0,5.

За значеннями індексу можна зробити висновки про величину крововтрати:

Індекс Альговера	Об'єм крововтрати (у % від ОЦК)
1	20 %
1,5	30 %
2	40 %

Примітка: індекс Альговера не інформативний у хворих з гіпертонічною хворобою.

5. Гематокритний метод Мооге

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

де KB – крововтрата;

ОЦК (н) – нормальний ОЦК;

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

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

6. Для орієнтовного визначення об'єму крововтрати у вагітних можливе використання модифікованої формули Мооге:

$$KB = (0,42 - \text{ГТ} (\phi)) / M \times 75 \times 0,42,$$

де KB – крововтрата (мл);

M – маса тіла вагітної (кг);

ГТ (φ) – фактичний гематокрит хворої (л/л).

Доцільно проводити надання допомоги за такою схемою:

1. Оцінка загального стану породіллі та величини крововтрати (див. нижче).

2. Термінове обстеження (рівень гемоглобіну, гематокрит, коагулограма, група та резус-фактор, біохімічний аналіз крові).

3. Катетеризація периферичних (або і центральних) вен залежно від стану жінки.

4. Випорожнення сечового міхура.

5. Введення утеротонічних засобів: в/в крапельно *окситоцин* 10–20 ОД на 400 мл фізіологічного розчину.

6. Ручне обстеження матки під внутрішньовенним наркозом (оцінка цілісності матки, особливо лівої стінки, видалення згортків крові, залишків плаценти та оболонок).

7. Огляд пологових шляхів та зашивання розривів.

8. З метою зменшення крововтрати рекомендована тимчасова бімануальна зовнішня або внутрішня компресія матки.

9. Зовнішній масаж матки (20–30 с через 1 хв).
10. У разі продовження кровотечі – *мізопростол* 800 мкг ректально.
11. Відновлення ОЦК та крововтрати (див. розділ «Геморагічний шок»).
12. При крововтраті 1,5 % від маси тіла і тривалій кровотечі слід застосувати хірургічне втручання в обсязі екстирпації матки без придатків, а за необхідності – перев'язування внутрішніх клубових артерій.
13. При продовженні кровотечі після екстирпації матки – туга тампонада черевної порожнини та піхви (до зупинки кровотечі черевну порожнину не зашивати).

Кроковий підхід до лікування післяпологових кровотеч

Крок 1

Первинна оцінка та терапія

Реанімація	Оцінка причини	Лабораторні тести
- катетеризація вени - киснева маска - моніторинг АТ, Рс, ЧД, діурезу - сечовий катетер - насичення крові киснем	- обстеження матки (тонус) - обстеження пологових шляхів (травма) - перегляд анамнезу (тромбін) - обстеження кров'яних згустків	- група крові та резус-фактор - коагулограма - загальний аналіз крові

Крок 2

Цілеспрямована терапія

«Тонус»	«Тканина»	«Травма»	«Тромбін»
- зовнішній масаж - скорочуючі препарати	- ручне обстеження порожнини матки - кюретаж	діагностика травматичних пошкоджень та їх відновлення	- відновлення ОЦК - антикоагуляція - відновлення факторів згортання крові

Крок 3

Масивна післяпологова кровотеча або некерована

Надання допомоги:	Місцеві заходи:	
відділення інтенсивної терапії та реанімації	- ручна компресія - підготовка до оперативного лікування	- АТ та згортання крові - відновлення ОЦК

Крок 4

Хірургічне лікування

Екстирпація матки

Крок 5

Кровотеча після екстирпації матки

Відновлення травма-тичних пошкоджень	Тампонада черевної порожнини	Перев'язка внутрішніх клубових артерій
--------------------------------------	------------------------------	--

1.2. Пізні післяпологові кровотечі

Пізньою (вторинною) післяпологовою кровотечею називається кровотеча, що виникає після 24 год та до 6 тижнів після пологів.

Основні причини пізньої післяпологової кровотечі:

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

У перші дні і навіть тижні після пологів кровотечі можуть бути обумовлені затримкою частин плаценти або оболонок в матці, яка не була вчасно діагностована. Часточки посліду, що затрималися у матці, перешкоджають нормальній інволюції матки, сприяють розвитку метроендометриту й інших форм післяпологової інфекційної патології.

Діагностика

При кровотечі, що розпочалася, діагноз ставлять на основі даних, отриманих при піхвовому дослідженні. Визначають проходимий для 1–2 пальців цервікальний канал, велику м'яку матку, розміри якої не відповідають дню післяпологового періоду. Іноді за внутрішнім вічком пальпується щільна бугриста тканина.

Акушерська тактика при пізніх післяпологових кровотечах:

- а) оцінка величини крововтрати та загального стану породіллі;
- б) катетеризація периферичних (або і центральних) вен;
- в) інструментальна ревізія порожнини матки під в/в наркозом (тканину, яку вилучають, обов'язково направляють на гістологічне дослідження);
- г) введення утеротонічних засобів – в/в крапельно *окситоцин* 10–20 ОД на 400 мл фізіологічного розчину;
- д) у разі продовження кровотечі – *мізопростол* 800 мкг ректально;
- е) інфузійна та антибактеріальна терапія;
- ж) при крововтраті вище 1,5 % від маси тіла – лапаротомія і екстирпація матки, а за необхідності – перев'язування внутрішніх клубових артерій.

Профілактика післяпологових кровотеч

а) під час вагітності:

- оцінка факторів ризику виникнення кровотечі;
- діагностика та лікування анемії;

• госпіталізація у пологовий будинок з готовністю надання допомоги вагітним з груп ризику з виникнення кровотечі, які мали: допологову кровотечу, кровотечі при попередніх пологах, мають багатоводдя, багатоплідну вагітність та крупний плід;

**Фактори, що сприяють виникненню кровотеч
у післяпологовому періоді**

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

б) під час пологів:

- знеболення пологів;
- уникнення тривалих пологів;
- активне ведення III періоду пологів;
- використання утеротоніків у III періоді пологів;
- рутинний огляд та оцінка цілісності плаценти та оболонок;
- профілактика травматизму під час пологів;

в) 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.

ТЕСТОВІ ПИТАННЯ

1. Породілля С., 28 років, перші термінові пологи. Перший період пологів тривав 4 години, потужний період тривав 30 хв. Народився хлопчик вагою 3800 г, зріст – 52 см, у стані по Апгар 9–10 балів. III період пологів без особливостей, матка скорочена, щільна. Із родових шляхів спостерігаються кров'янисті виділення, які з'явилися ще в I періоді пологів.

На що, найбільш ймовірно, вказує така клінічна картина?

- A. Розрив шийки матки.*
- B. Передчасне відшарування плаценти.
- C. Передлежання плаценти.
- D. Розрив матки, що стався.
- E. Гіпотонічна кровотеча.

2. У породіллі через 1 годину після пологів крупним плодом з'явилися рясні кров'яні виділення з піхви із згортками крові. Шкіра та видимі слизові бліді. Пульс – 100 уд/хв, ритмічний, АТ – 90/60 мм рт. ст. Дно матки – на середині відстані між пупком і мечовидним відростком. Матка м'яка. При зовнішньому масажі з матки виділилась кров із згортками. Крововтрата склала 700 мл. Який діагноз?

- A. Ранній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча*.
- B. Пізній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча.
- C. Гіпотонія матки. ДВЗ-синдром.
- D. Глибокі розриви піхви, кровотеча.
- E. Неповний розрив матки, кровотеча.

3. У породіллі О., 16 років, почалась гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді. Об'єм крововтрати – 1,6 % від маси тіла, пульс 115 – уд./хв, АТ – 80/40 мм рт. ст., ЦВТ – 35 мм вод. ст.

Який діагноз?

- A. Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді. Геморагічний шок I ступеня.
- B. Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді. Геморагічний шок II ступеня.*
- C. Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді. Геморагічний шок III ступеня.
- D. Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді. Геморагічний шок IV ступеня.

4. Породілля О., 25 років, вагітність 39 тижнів, головне передлежання. Перейми інтенсивні, тривалість I періоду пологів 2 години. Під час однієї з перейм породілля втрачає свідомість, пульс – до 140 уд./хв, АТ – 70/40 мм рт. ст. Через 3 хвилини свідомість відновилаь, але залишалась виражена загальмованість. II період – 10 хвилин, III період – 5 хвилин, плацента без дефектів. У ранньому післяпологовому періоді почалась гіпотонічна кровотеча. Кров, що виділяється з пологових шляхів, не згортається.

Яка найбільш імовірна причина кровотечі?

А. Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді.

Емболія амніотичною рідиною*.

В. Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді.

Травма пологових шляхів.

С. Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді.

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

Д. Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді.

Розрив матки.

5. Породілля А., 28 років, вагітність 39 тижнів, головне передлежання. Перейми інтенсивні, тривалість I періоду пологів 2 години. Під час однієї з перейм роділля втрачає свідомість, пульс – до 140 уд./хв, АТ – 70/40 мм рт. ст. Через 3 хвилини свідомість відновилаь, але залишалась виражена загальмованість. II період – 10 хвилин, III період – 5 хвилин, плацента без дефектів. У ранньому післяпологовому періоді почалась гіпотонічна і коагулопатична кровотеча. Запідозрена емболія амніотичною рідиною.

Яка з дій невідкладної допомоги є помилковою?

А. Штучна вентиляція легенів.

В. Негайна інфузія консервованої крові*.

С. Розгортання операційної.

Д. Катетеризація сечового міхура.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Обов'язкова

1. Степанківська Г. К. Акушерство / Г. К. Степанківська, О. Т. Михайленко. – К. : Здоров'я, 2000. – 520 с.
2. Фізіологічне акушерство. (змістовний модуль) : навчальний посібник для студентів медичних факультетів / [Б. М. Венцківський, В. В. Камінський, В. І. Грищенко та ін.]. – К. : Чайка-Всесвіт, 2008. – 95 с.
3. Акушерство та гінекологія / кол. авт. ; за ред. А. М. Громової, В. К. Ліхачова. – Полтава : Полтава, 2000. – 600 с.
4. Акушерство : підручник / кол. авт. ; за ред. акад. НАН України В. І. Грищенка, проф. М. О. Щербини. – К. : Медицина, 2009. – 408 с.
5. Акушерство : учебник / [Г. М. Савельева, В. И. Кулаков, А. Н. Стрижаков и др.] ; под ред. Г. М. Савельевой. – М. : Медицина, 2000. – 816 с.
6. Ганич М. М. Фантомне акушерство : навч. посібник для практичних занять з акушерства / М. М. Ганич. – Ужгород, 2000. – 128 с.

Додаткова література

1. Маркін Л. Б. Актуальні питання сучасного акушерства : навчальний посібник / Л. Б. Маркін, О. О. Матвієнко, К. Л. Шатилович. – Львів : Світ, 2008. – 218 с.
2. Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні : Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 р.
3. Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги в Україні : Наказ МОЗ України № 620 від 29.12.2003 р.
4. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги : Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р.
5. Про затвердження клінічних протоколів «Акушерські кровотечі»: Наказ МОЗ України № 205 від 24.03.2014 р.

Інформаційні ресурси

1. www.uzhnu.edu.ua – Інформаційний пакет (ESTC).
2. <http://www.moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України.
3. <http://medstandart.net/byspec/9> – Стандарти надання медичної допомоги в Україні.

ДЛЯ НОТАТОК

Навчальне видання

Грищенко Ольга Валентинівна
Козуб Тетяна Олександрівна

АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

Методичні рекомендації
до практичних занять з акушерства
для здобувачів вищої освіти V курсу
медичного факультету

Коректори *О. В. Пікалова, І. Ю. Азаркова*
Комп'ютерне верстання *Н. Є. Пруднік*
Макет обкладинки *І. М. Дончик*

Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 0,5. Наклад 100 пр. Зам. № 115/19.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009
Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна. Тел. 705-24-32

Надруковано з готових оригінал-макетів у ФО-П Тітов Є. В.
61057, м. Харків, Харківська набережна, 9, кв. 23.
Свідоцтво про реєстрацію ВОО № 951823 від 18.01.1999 р.