

**Сафаров А. Т.,
Зокиров Ф.И.,
Сафарова Л.А.,
Умаров З.М.,
Комолов А.И.**

О ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. - доц. А. Т. Сафаров) ФУВ
СамМИ (ректор проф. А. М. Шамсиев)

Жена Императора Великих Моголов Шах-Джахана Мумтаз-Махал имела 14 детей и умерла от послеродового кровотечения в 1630 г. в Бурханпуре. Так велика была любовь Шах-Джахана к своей жене, что в память о ней он построил одну из общепризнанных шедевров наследия, которым восхищаются во всем мире - Тадж-Махал'

Проблема акушерской кровопотери до настоящего времени продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем акушерской практики. До сих пор среди причин материнской смертности (МС) кровотечения занимают ведущее место, составляя в Узбекистане по данным Министерства здравоохранения Республики Узбекистан (2004) 26 %. Если учесть, что в основе других причин смерти беременных женщин, в частности, нарушенной внематочной беременности, аборт, перитонита, заражения крови, острой почечной недостаточности, полиорганной патологии, как правило, лежит массивная кровопотеря, то указанные 26 %, по меньшей мере, можно удвоить. Хотя беременность, роды и послеродовой период составляют менее 0,5% длительности жизни женщины, именно на это время приходится больше случаев смерти, чем на последующие 30 лет жизни^{1,2}.

Несмотря на значительные успехи в области разработки и внедрения методов лечения, профилактики акушерских кровотечений, основа спасения жизни и выздоровления пациентки лежит в эффективной и четко организованной работе мультидисциплинарной команды, способной оказать своевременную и качественную медицинскую помощь. Проблема стратегии и тактики оказания неотложной помощи при острой кровопотери в акушерской практике особенно актуальна. По тому, как она решается, можно судить о квалификации медицинского персонала, об организации неотложной помощи в том, или ином родовспомогательном учреждении^{3,4}.

В структуре причин акушерских кровотечений ведущие позиции все чаще занимает преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП). В этом случае кровопотеря в сравнении с другими причинами характеризуется более значительным объемом, худшим прогнозом и требует более интенсивной помощи¹.

Вследствие более широкого применения современных методов подготовки организма к

родам, регуляции родовой деятельности, адекватного обезболивания и применения эффективных утеротонических средств наметилась тенденция к уменьшению числа кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах. Тем не менее, гипотония матки пока еще остается среди ведущих причин акушерских кровотечений, что в первую очередь связано со структурными изменениями в миометрии на фоне хронического воспаления^{1,2,3}.

Успех борьбы с акушерскими кровотечениями во многом зависит от знания и понимания особенностей гемодинамики и изменений в системе гемостаза у беременных, рожениц и родильниц.

При беременности сердечно-сосудистая система функционирует с повышенной нагрузкой, что в немалой степени обусловлено увеличением на 25—50 % ОЦК, и в первую очередь за счет нарастания объема плазмы.

За счет формирования маточно-плацентарного круга кровообращения, уменьшения резистентности сосудистого русла под воздействием эстрогенов и прогестерона на 5—15 мм рт. ст. снижается артериальное давление. Отмечается также и увеличение сердечного выброса, что обусловлено нарастанием ударного объема сердца и повышением ЧСС.

Во время родов происходят наибольшее увеличение ОЦК вследствие ускорения кровотока, выброса депонированной крови из печени и селезенки. В послеродовом периоде ОЦК снижается.

Происходящие изменения во время беременности касаются реологических свойств крови и системы гемостаза. За счет преобладания объема плазмы во время беременности над объемом эритроцитов до 30 % снижается гематокритное число и уровень гемоглобина (до 110—120 г/л), что обуславливает снижение вязкости крови. В процессе развития беременности увеличивается количество фибриногена, повышается активность прокоагулянтов и тромбоцитов, снижается антикоагулянтная активность крови, что в целом свидетельствует о нарастании активности свертывающей систе

мы крови. Во время родов эти явления приобретают наиболее выраженный характер¹²

Изменения гемодинамики в системе гемостаза, варьируя в физиологических пределах, имеют адаптационную направленность, обеспечивая оптимальные условия для нормального течения беременности и родов.

Кровопотеря при неосложненных родах составляет не более чем 0,5 % от массы тела (250—400 мл) и не требует инфузионно-трансфузионной терапии.

Срыв адаптационно-компенсаторных реакций может происходить при различных экстрагенитальных заболеваниях, гестозе, анемии, аномальном течении родов. В этих случаях исходно отмечается гиповолемия, снижение ОЦК, нарушение гемостаза, тканевая гипоксия, нарушения КОС и водно-электролитного баланса. На этом фоне акушерские кровотечения отличаются внезапностью и массивностью. Для кровотечений во время беременности и в родах характерным является дефицит ОЦК и его несоответствие емкости сосудистого русла. Возникающей гипоксии сопутствуют нарушения окислительно-восстановительных процессов. При этом усугубляются обменные нарушения, расстройства водно-электролитного баланса, КОС, преимущественно поражаются ЦНС, почки, печень^{1,2,3,4}.

Частой предпосылкой акушерских кровотечений являются исходные нарушения системы гемостаза. В этом случае на фоне относительно небольшой кровопотери фаза гиперкоагуляции быстро сменяется фазой гипокоагуляции, что приводит к генерализованным кровотечениям с развитием ДВС-синдрома.

Успех лечения при акушерских кровотечениях во многом зависит от точности оценки кровопотери и адекватности ее восполнения по времени, темпу и объему при рациональном соотношении вводимых растворов и компонентов крови.

Основными причинами кровотечений в акушерской практике являются:

Кровотечение на почве ПОНРП и предлежания плаценты (ПП)

Разрывы матки и мягких тканей родовых путей

Патологическое прикрепление и приращение плаценты

Гипо-, атонические маточные кровотечения

Кровотечения вследствие коагулопатий

Кровотечения при эмболии околоплодными водами

Кровотечения вследствие длительной задержки мертвого плода в полости матки

С целью определения причины и структуры акушерских кровотечений при МС нами были изучены 56 историй родов умерших женщин по Самаркандской области за 2004-2008 гг. В 17 случаях причиной материнской смертности были акушерские кровотечения (Рис 1.).

Структура акушерских кровотечений при МС по Самаркандской области (2004-2008 гг.)



- ☐ ПОНРП и две - 9
- ☒ Гипо- и атония матки - 3
- ☐ Разрывы матки - 3
- ☐ Глубокий разрыв стенок влагалища - 2

Ретроспективный анализ показал, что в более 50 % случаях оказание помощи было несвоевременным, тактика оказания помощи была

неправильной, имели место повторные при-

менение методов не оказавших эффекта либо их дублирование, радикальный метод был оказан поздно. В 3-х случаях вместо экстирпации матки произведена надвлагалищная ампутация матки. В 2-х случаях во время перевязки внутренних подвздошных артерий имело место травма подвздошной вены.

На основании данных ретроспективного анализа историй умерших женщин нами разработаны основные ключевые моменты оказания помощи при акушерских кровотечениях, выполнение которых играет решающую роль в успешности лечения:

- Остановка кровотечения - ликвидация причины и источника.
- Своевременное полноценное восполнение потерянной крови (до, во время и после операции)
- Коррекция и восстановление функций системы гемостаза
- Терапия последствий кровопотери

Учитывая все вышеизложенное нами разработана тактика врача при наиболее часто встречающихся патологиях сопровождающихся акушерскими кровотечениями.

Тактика врача при ПП

Предлежание плаценты (ПП) - это неправильное прикрепление плаценты в матке, когда она располагается в области нижнего маточного сегмента над внутренним зевом, частично или полностью перекрывая его, и находится ниже предлежащей части плода, т.е. на пути рождающегося плода.

Предлежание плаценты, по данным литературы, встречается в 0,2-0,6 % случаев. В действительности частота этой патологии значительно выше, что подтверждается данными УЗИ, начиная с ранних сроков беременности. Большой процент выкидышей в первой половине беременности происходит в результате низкой плацентации.

По данным ВОЗ, основной причиной материнской смертности при предлежании плаценты является геморрагический шок. Материнская заболеваемость составляет 22-25%, преждевременные роды 20-25%.

Перинатальная смертность варьирует от 17 до 25% и связана в основном с недоношенностью и функциональной незрелостью плода, его внутриутробным страданием. Гибель плода зависит от величины кровопотери.

Кровотечение при предлежании плаценты с возможным ее вращением в матку или близлежащие органы непредсказуемо и непредотвратимо, чаще всего значительно по объему и представляет реальную угрозу жизни и здоровью матери и плода. В связи с ростом частоты

КС в течение последних десятилетий в сочетании с увеличением среднего возраста беременных (особенно первородящих) увеличивается и частота данного осложнения.

Медицинский работник, оказывающий помощь беременной, должен заподозрить предлежание плаценты у необследованных женщин в случае:

- любого кровотечения (особенно яркой, свежей крови) из половых путей во второй половине беременности;
- высокого расположения предлежащей части над входом в таз или неправильного положения плода.

Клиническая картина предлежания плаценты:

- возможны эпизоды кровотечений без болевого синдрома и повышенного тонуса матки;
- кровотечение наружное, поэтому визуально определенным объем кровопотери соответствует состоянию беременной;
- высокое расположение предлежащей части плода или неправильное его положение;
- развитие признаков дистресса плода соответствует объему наружной кровопотери.

Ведение во время беременности: Любой случай антенатального кровотечения — показание для срочной госпитализации в ближайшее родовспомогательное учреждение (на сроке до 34 нед желательно в учреждение 3-го уровня).

- при госпитализации на сроке беременности до 34 недель гестации и возможности родоразрешения необходимо проведение курса глюкокортикоидов по принятой схеме для профилактики РДС;
- полное предлежание плаценты (при отсутствии в анамнезе эпизодов кровотечений) — показание для дорожной госпитализации в 34 недели беременности. При отсутствии возможности экстренной транспортировки в стационар 3-го уровня беременная может быть госпитализирована раньше
- в случаях отказа от госпитализации возможно продолжение амбулаторного наблюдения, особенно в условиях города, когда имеется возможность экстренного обращения за специализированной помощью, обязательно после качественно проведенного консультирования;

- режим госпитализации при отсутствии кровянистых выделений — свободный. При появлении кровянистых выделений — ограниченный, возможно, постельный;
- в случае продолжительной госпитализации с ограничением режима необходимо помнить о повышении риска тромбоэмболии;
- при поступлении и во время последующих бесед с пациенткой и членами ее семьи должны быть обсуждены следующие вопросы:
 - единственно возможный метод родоразрешения при полном предлежании плаценты — кесарево сечение;
 - наиболее частое осложнение — кровотечение, поэтому возможно проведение трансфузии;
 - возможно расширение объема операции, вплоть до гистерэктомии;
 - другие вопросы, интересующие пациентку и ее родственников.

Экстренное родоразрешение при подозрении на предлежание плаценты. Показаниями к кесареву сечению в экстренном порядке независимо от срока беременности и состояния плода являются:

- повторяющиеся кровопотери, объем которых превышает 200 мл;
- сочетание небольшой кровопотери с анемией и гипотонией;
- одномоментная кровопотеря (250 мл и более);
- полное предлежание плаценты и начавшееся кровотечение.

Любое кровотечение во второй половине беременности — противопоказание для влагалищного исследования без развернутой операционной.

При наличии показаний к экстренному родоразрешению необходимо:

1. до 34 недель гестации проводить родоразрешение в учреждении только 3-го уровня;
2. на сроке 34 недели и более возможно проведение родоразрешения в условиях акушерского стационара 2-го уровня, но только при наличии возможности трансфузии значительных объемов препаратов крови.

При поступлении в стационар беременной с подозрением на предлежание плаценты и кровотечением необходимо одновременно:

- позвать на помощь свободный персонал;
- на каталке доставить женщину в операционно-родовой блок;
- развернуть операционную;
- оценить величину кровопотери;
- оценить состояние матери (пульс, АД, ЧДД, температуру тела);
- катетеризировать две кубитальные вены катетерами большого размера (G 14 или 16) (в идеальном случае должно быть произведено на этапе перевозки);
- начать инфузию физиологического раствора в объеме 3:1 к объему предположительной кровопотери;
- определить группу крови, Rh-принадлежность, гемоглобин, эритроциты, гематокрит, коагулограмму;
- обеспечить наличие препаратов крови и СЗП;
- при подозрении на коагулопатию провести прикроватный тест.

При сильном и продолжающемся кровотечении срочно родоразрешить оперативным путем. При легком или остановившемся кровотечении:

- если плод живой и гестационный срок < 34 недель — консервативная тактика (начать профилактику РДС глюкокортикоидами по принятому в стационаре протоколу);
- если плод живой и гестационный срок 34—37 недель — консервативная тактика;
- если плод живой и доношенный — подготовка к плановому оперативному родоразрешению;
- плод мертвый или с явными аномалиями развития при любом сроке гестации — подготовка к родоразрешению (при полном предлежании — оперативным путем).

При остановившемся кровотечении в случае первоначального поступления в стационар 1-го уровня необходимо рассмотреть возможность перевода в учреждение более высокого уровня.

При повторившемся эпизоде кровотечения необходимо взвесить преимущества и риски для женщины и плода при продолжении выжидательной тактики. В случае если проведение УЗИ для подтверждения диагноза невозможно или его результат ненадежен, влагалищное исследование можно проводить только в условиях развернутой операционной.

Очередность исследования:

- Осмотреть шейку матки в зеркалах, если шейка частично раскрыта и видна ткань плаценты — диагноз очевиден.
- Если шейка матки закрыта, осторожно

пропальпировать своды влагалища: если определяется губчатая ткань, диагноз предлежания плаценты подтверждается, если пальпируется твердая головка плода, предлежание плаценты маловероятно.

- Если диагноз предлежания плаценты по-прежнему вызывает сомнения, провести осторожное пальцевое исследование цервикального канала: если пальпируются мягкие ткани внутри шейки матки, предлежание плаценты подтверждается.

Особенности КС и родов через естественные родовые пути при предлежании плаценты. Операцию должен проводить самый опытный врач акушер-гинеколог из присутствующих на смене (особенно опасно расположение по передней стенке при рубце после КС). Во время КС, особенно при расположении плаценты на передней стенке матки, возможно усиление кровотечения, вплоть до массивного, которое обусловлено нарушением сократительной способности нижнего сегмента, где располагается плацентарная площадка. Причиной кровотечения может быть также часто наблюдаемое при этой патологии плотное прикрепление или приращение (врастание) плаценты. При расположении плаценты на передней стенке опытный врач может провести КС в нижнем сегменте матки. В этом случае делают разрез скальпелем на матке и плаценте, продолжают его в сторону ножницами, не отслаивая плаценту от стенки матки, быстро извлекают плод и отделяют плаценту рукой от стенки матки. Начиная работу врач для снижения кровопотери может произвести корпоральное КС. В случае возникновения тяжелого кровотечения дальнейшие действия определены согласно подтеме «Тактика врача при послеродовых кровотечениях» (смотреть далее). В случае некупируемого кровотечения, особенно при вращении плаценты, может потребоваться расширение объема операции вплоть до гистерэктомии.

При предлежании плаценты в раннем послеоперационном или послеродовом периоде возможно маточное кровотечение, обусловленное гипотонией или атонией нижнего маточного сегмента или разрывом шейки матки

- с. отслойку с комбинированным или смешанным кровотечением - наличествует как скрытое, так и видимое кровотечение.

2. По площади отслойки различают:

- а. частичную (прогрессирующую

после родов через естественные родовые пути. Для профилактики нарушений сократительной способности матки в конце второго периода родов или во время КС после извлечения плода вводят утеротонические средства: окситоцин внутривенно в течение 3-4 ч. Ввиду большой опасности развития гнойновоспалительных заболеваний в послеоперационном периоде показано интраоперационное (после пережатия пуповины) профилактическое введение антибиотиков широкого спектра действия, которое продолжается в послеоперационном периоде.

При неполном предлежании плаценты возможны роды через естественные родовые пути. В этом случае повышен риск кровотечения во время родов. Ранняя амниотомия в родах может быть эффективной для профилактики и остановки кровотечения, так как предлежащая часть прижимает край плаценты. Родоразрешение проводится в стационаре 2—3-го уровня.

Обязателен осмотр шейки матки с помощью зеркал после родов через естественные родовые пути, так как предлежание плаценты часто сопровождается разрывами.

Тактика врача при ПОНРП

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - отслойка ее до рождения плода, т.е. во время беременности или родов (чаще в первом периоде). Данная патология опасна для здоровья, а иногда и для жизни женщины; она крайне опасна и для плода.

Частота ПОНРП по данным разных авторов варьирует от 0,4 до 2,5 %. МС при данной патологии составляет 1,6 -15,6 %, которая наступает от последствий этой патологии - ДВС- синдрома, с последующим развитием полиорганной и полисистемной недостаточности (ОПН в стадии анурии, отек мозга, легких и др.). Перинатальная смертность встречается с частотой 20 - 45,0 % и обусловлена гипоксией и незрелостью плода.

Единой классификации ПОНРП не существует.

1. При отслойке нормально расположенной плаценты различают:

- а. отслойку с наружным или видимым кровотечением - выделение крови из влагалища;
- б. отслойку с внутренним или скрытым кровотечением - кровь скапливается между плацентой и стенкой матки, образуя ретроплацентарную гематому; или непрогрессирующую);
- в. полную..

3. По степени тяжести клинической картины отслойку делят на:

- а. легкую (отслойка небольшого участка плаценты);

- b. среднюю (отслойка 1/4 поверхности плаценты);
- c. тяжелую (отслойка более 2/3 поверхности плаценты).

Последовательность действий при ПОНРП:

- проанализировать жалобы пациентки;
- оценить ее общее состояние и степень тяжести осложнения;
- определить показатели гемодинамики и степень тяжести гемодинамических нарушений;
- выполнить наружное акушерское исследование (состояние матки, ее тонус, наличие схваток, локальное выбухание, болезненность);
- установить состояние плода, и<ив он или нет;
- произвести влагалищное исследование для уточнения акушерской ситуации, наличия родовой деятельности, решения вопроса об амниотомии;
- наметить дальнейшую тактику ведения.

При прогрессирующей ПОНРП, ее тяжелом течении и отсутствии условий для срочного родоразрешения через естественные родовые пути (во время беременности, независимо от срока, или во время родов) показано только срочное кесарево сечение, обеспечивающее немедленное родоразрешение. При отсутствии родовой деятельности раннюю амниотомию производить не следует, так как снижение внутриматочного давления может усугубить начавшуюся ПОНРП.

В сложившейся ситуации необходимо быстрое опорожнение матки, так как с течением времени от момента отслойки плаценты до родоразрешения:

- прогрессирует кровотечение;
- увеличивается ретроплацентарная гематома;
- тромбопластические субстанции попадают в зияющие маточные сосуды;
- усугубляются нарушения в системе гемостаза с развитием ДВС-синдрома;
- нарастает гипоксия плода (опасность его смерти);
- происходит имбиция миометрия кровью с повреждением нервно-мышечного аппарата матки, что в дальнейшем приводит к развитию атонического кровотечения;

- создаются условия для быстрого развития шока.

В связи с этим кесарево сечение выполняют по жизненным показаниям как со стороны матери, так и со стороны плода. Абдоминальное родоразрешение позволяет не только устранить возникшее осложнение, но и обеспечить быстрый и надежный гемостаз.

Последовательность действий предшествующих операций:

- перевести беременную в операционную и поставить постоянный катетер с определением почасового диуреза;
- определить состояние свертывающей системы крови;
- наладить введение свежемороженой плазмы и кровезаменителей;
- приступить к кесареву сечению.

Особенности кесарева сечения при ПОНРП.

- целесообразно выполнение нижне-срединной лапаротомии (возможность ревизии органов брюшной полости и широкого осмотра матки) под эндотрахеальным наркозом;
- после извлечения плода и последа необходимо вывести матку в рану и тщательно осмотреть ее стенки (в частности ее заднюю поверхность);
- при выявлении петехиальных высыпаний на серозной оболочке матки, начинающейся гипокоагуляции (рыхлые сгустки крови, повышенная кровоточивость тканей), геморрагического пропитывания стенок матки (матка Кувелера), свидетельствующих о наличии ДВС-синдрома, следует произвести экстирпацию матки (в случае необ

ходимости — с перевязкой внутренних подвздошных артерий).

- Перевязку внутренних подвздошных артерий должен производить опытный хирург, имеющий опыт ушивания венных стенок

Выполнение надвлагалищной ампутации матки нельзя считать оправданным в этой ситуации, так как весьма велика вероятность возобновления кровотечения из культи шейки матки, что потребует релапаротомии. После операции родильница должна находиться в операционной до стабилизации гемодинамических и коагуляционных показателей. Для предотвращения возможного кровотечения в послеоперационном периоде внутривенно вводят утеротонические средства. Осуществляют контроль за показателями системы гемостаза. При имбибии матки на фоне ПОНРП сохранение матки должно производиться строго индивидуально при следующих показаниях:

- нормализация А/Д без вазопрессоров при активной инфузионной терапии
- адекватный диурез (не менее 50 мл/час) без форсирования диуретиками
- восстановление дисфункции гемостаза
- восстановление микроциркуляции (потепление конечностей, исчезновение цианоза и др.).

При отсутствии хотя бы одного из вышеперечисленных во время операции или в послеоперационном периоде необходимо безотлагательная гистерэктомия.

При легкой форме ПОНРП возможно ведение родов через естественные родовые пути только при благоприятной акушерской ситуации:

- головном предлежании плода;
- наличии «зрелой» шейки матки;
- полной соразмерности головки плода и таза матери;
- при нормальном биомеханизме родов;
- координированной сократительной деятельности матки.

В процессе ведения родов через естественные родовые пути необходимо:

1. проводить постоянный мониторинг за состоянием плода и сократительной активностью матки;

2. организовать врачебное наблюдение;
3. осуществлять инфузионную терапию.

Если развилась регулярная родовая деятельность, то производят раннюю амниотомию. При этом уменьшение объема матки после излития околоплодных вод снижает тонус миометрия.

Родовозбуждение и родостимуляция с помощью утеротонических препаратов при ПОНРП противопоказаны т.к. усиление схваток способствует поступлению тромбопластина в материнский кровоток и таким образом вызывает и усиливает коагулопатию потребления. Оно может также вызвать эмболию околоплодными водами

Ухудшение состояние плода (ЧСС плода меньше 100 или больше 180 ударов в минуту) является абсолютным показанием к абдоминальному родоразрешению в независимости от акушерской ситуации.

Сразу после извлечения плода в случае ведения родов через естественные родовые пути следует выполнить ручное отделение плаценты и выделение последа с одновременной ревизией стенок полости матки для:

- удаления пристеночных сгустков крови;
- исключения разрыва матки;
- предотвращения гипотонического кровотечения и гипокоагуляции.

Необходимо также осмотреть с помощью зеркал шейку матки и стенки влагалища для исключения возможных повреждений и их устранения в случае обнаружения. Одновременно назначают утеротонические препараты с целью предотвращения кровотечения в послеродовом периоде.

Если отслойка плаценты произошла во втором периоде родов и имеются условия для немедленного их завершения (полное открытие шейки матки, головка плода в полости таза), то при живом плоде следует наложить акушерские щипцы, а при мертвом плоде выполнить плодоразрушающую операцию. В противном случае производят кесарево сечение.

В случае атонии матки или развитии коагулопатического кровотечения, последовавших за ПОНРП после родов через естественные родовые пути или после кесарева сечения, не следует чрезмерно затягивать время в попытке остановить кровотечение с помощью консервативных мероприятий. При отсутствии от них эффекта необходимо своевременно приступить к экстирпации матки (в ряде слу

чаев с перевязкой внутренних подвздошных артерий) с одновременным восполнением кровопотери.

Важными компонентами лечения при ПОНРП является адекватное восполнение кровопотери и борьба с нарушениями в системе гемостаза. В этой связи необходимы пункция магистральной вены и выполнение трансфузионно-инфузионной терапии (введение средств, способствующих восстановлению периферической гемодинамики, восполнение ОЦК), лечение функциональной недостаточности жизненно важных органов и систем организма.

Тактика врача при разрывах матки

Угрожающий разрыв матки — это состояние, предшествующее самопроизвольному разрыву матки, но разрыва матки еще не произошло. В связи с этим необходимо немедленно прекратить родовую деятельность путем введения пациентки в наркоз и произвести экстренное родоразрешение. При наличии живого плода при любой акушерской ситуации — нижнесрединная лапаротомия, кесарево сечение, ревизия матки и брюшной полости.

Нередко после установления диагноза угрожающего разрыва матки в период подготовки к операции происходит разрыв матки. Поэтому как только установлен диагноз надвигающейся катастрофы, следует немедленно начинать наркоз до перевода роженицы в операционную. Предупредить переход угрожающего разрыва в совершившийся разрыв матки можно лишь при выключении родовой деятельности и немедленном родоразрешении.

При разрывах матки показана экстренная операция. Поскольку разрывы матки сопровождаются кровопотерей и шоком, переливание крови и кровезаменителей следует начинать до начала операции, продолжать во время операции и в послеоперационном периоде. Объем инфузионной терапии определяется кровопотерей и стабильностью показателей гемодинамики.

Лечение при совершившемся разрыве матки включает: неотложное оперативное вмешательство (чревосечение), анестезиологическое пособие с ИВЛ, а также проведение противошоковых мероприятий (трансфузионно-инфузионная терапия, устранение нарушений гемокоагуляции).

Оперативное лечение разрыва матки

Производят следующие операции: зашивание разрыва, надвлагалищную ампутацию и экстирпацию матки.

При небольшом линейном разрыве, отсутствии кровотечения, хориоамнионита, метро-

эндометрита и на краях раны нет следов некроза допустимо зашивание разрыва, которое при необходимости может быть дополнено стерилизацией.

Однако следует учитывать, что патологически измененная ткань может плохо срастаться. В настоящее время применяют прочные синтетические и полусинтетические нити, которые не рассасываются в течение месяца. При операциях по поводу разрыва матки необходимо дренирование брюшной полости.

При обширной травме, неполном разрыве матки, наличии забрюшинной гематомы, разрыве с повреждением сосудистых пучков, выраженном инфекционном процессе в матке и др., необходимо расширение объема операции (экстирпация, надвлагалищная ампутация матки, перевязка внутренних подвздошных артерий).

Если одновременно с разрывом матки произошёл разрыв мочевого пузыря, его зашивают со стороны брюшной полости.

Существенное значение имеет время начала операции: так как продолжительность жизни больных с разрывом матки в среднем не превышает 3 ч, что зависит от быстрого развития тяжелого шока.

Лапаротомию необходимо производить в экстренном порядке в ближайшие минуты после установления диагноза. Транспортировка больных недопустима.

При совершившемся разрыве матки нельзя производить попытки родоразрешения через естественные родовые пути. При всех акушерских ситуациях показана только лапаротомия без попытки извлечения плода (далее если подлежащая часть находится в полости малого таза).

Показано комбинированное обезболивание, включающее наркоз, длительную ИВЛ.

Следует считать ошибкой, если после контрольного ручного исследования «послеродовой» матки и установления диагноза разрыва матки допущено пробуждение больной от наркоза. Даже кратковременное отсутствие анестезиологического пособия усугубляет степень шока.

Объем хирургического вмешательства определяется следующими факторами: обширностью разрыва матки (степень повреждения ткани) и состоянием больной.

Чем тяжелее состояние больной, тем быстрее необходимо закончить операцию. Обширные разрывы тканей матки, как правило, должны быть показанием к удалению матки. При линейных разрывах и в случаях, где возможно иссечение поврежденных тканей, нужно сохранить матку.

Начавшийся и совершившийся разрыв матки требует чревосечения независимо от состояния плода. Одновременно с операцией необходимо провести комплекс противошоковых и противоанемических мероприятий.

При неполном разрыве матки, если имеется обширная подбрюшинная гематома, необходимо сначала рассечь брюшину, удалить сгустки и жидкую кровь, наложить лигатуры на поврежденные сосуды. После надежного гемостаза накладывают швы на рану. При затруднении остановки кровотечения рекомендуется перевязка внутренних подвздошных артерий, так как маточные артерии найти трудно из-за

гематом параметрия. Операцию по поводу разрыва матки должен делать опытный хирург.

Система послеоперационных мероприятий (адекватная инфузионная терапия для коррекции гомеостаза и восполнения кровопотери, антибактериальная терапия, профилактика пареза кишечника, общеукрепляющая терапия, активное ведение) имеет большое значение для реабилитации родильниц, перенёвших хирургическое вмешательство по поводу разрыва матки.

Тактика врача при ПРК зависит от расстройства одного из 4 базовых этиологических процессов, обозначенных как «4Т» (Табл.1):

**Тактика врача при послеродовых кровотечениях
(при кровотечении без признаков геморрагического шока)**

«Т»Этиологический процесс		Клинические факторы риска
Нарушение сократительной функции матки («Т» — тонус)	Перерастяжение матки	- многоводие
	«Истощение» сократительной способности миометрия	- многоплодие
	Инфекционный процесс	- крупный плод
Задержка тканей в полости матки («Т» — ткань)	Функциональные/анатомические особенности матки	- быстрые роды
	Задержка частей последа	- затяжные роды
	Задержка сгустков крови в полости матки	- высокий паритет (> 5 родов)
Травмы родовых путей («Т» — травма)	Разрывы шейки матки, влагалища, промежности	- хориоамнионит
	Травматический разрыв матки во время кесарева сечения	- лихорадка в родах
	Разрыв матки	- миома матки
Нарушения коагуляции («Т» — тромбин)	Выворот матки	- предлежание плаценты дефект последа
	Врожденные заболевания (гемофилия А, болезнь фон Виллебранда)	- оперированная матка
	Приобретенные при беременности Идиопатическая тромбоцитопения	- высокий паритет
	Тромбоцитопения с преэклампсией ДВС-синдром (преэклампсия, антенатальная гибель плода, тяжелая инфекция, эмболия околоплодными водами)	- плотное прикрепление плаценты
	Лечение антикоагулянтами	- приращение плаценты
		- гипотония матки
		- быстрые роды
		- оперативные вагинальные роды
		- неправильное положение плода
		- низкое расположение предлежащей части
		- оперированная матка
		- высокий паритет
		- расположение плаценты в дне матки
		- наследственные коагулопатии
		- заболевания печени
		- гематомы и/или кровоточивость (в том числе в местах инъекций)
		- преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром
		- антенатальная гибель плода
		- хориоамнионит
		- дородовое кровотечение
		- не образуется сгусток крови

В каждом стационаре необходимо разработать схему привлечения дополнительного

персонала в случае возникновения тяжелого кровотечения.

Необходимо предлагать активное ведение 3 периода родов всем роженицам, так как это снижает риск ГТРК (особенно тяжелых кровотечений объемом более 1000 мл) (уровень доказательности 1a).

Пошаговая терапия ПРК

Шаг 1. Начальная оценка:

Одновременно (3a):

Мобилизация свободного персонала (позвать на помощь: опытного акушера- гинеколога, владеющего оперативной техникой в полном объеме, анестезиолога-реаниматолога, лаборанта).

Оценка объема кровопотери.

Оценка состояния и контроль жизненно важных функций организма (АД, пульс, температура, частота дыхания).

- Катетеризация мочевого пузыря - мочевой пузырь должен быть пустым.
- Катетеризация 1 или 2-х периферических вен (№№ 14-16G) для начала инфузии кристаллоидов в отношении 3:1 к объему кровопотери.
- Согревание женщины (накрыть одеялом, поменять влажные простыни на сухие).
- Определение группы крови, Rh-фактора, взятие крови для анализа на совместимость.
- Установить причину
 - исследовать матку (тонус, ткань);
 - осмотр родовых путей (травма).

Шаг 2. Этиотропная терапия

«Тонус»	«Ткань»	«Травма»	«Тромбин»
- Массаж матки	- Ручное обследование полости матки (кюретаж в исключительных случаях)	- Осмотр в зеркалах	- Переливание факторов свертывания (СЗП, криопреципитата, тромбоцитарной массы)
- Утеротоники		- Ушивание разрывов мягких тканей родовых путей	- Антифибринолитики
- Бимануальная компрессия матки		- Лапаротомия при разрыве матки	
		- Коррекция выворота матки	

Для лечения атонии могут быть использованы следующие группы лекарств - утеротоников:

Очередность введения и препараты

Параметры	1-я очередь	2-я очередь	3-я очередь
		Эргометрин Окситоцин	Простагландин F2a Метилэргометрин (Энзапрост)
Начальная доза и способ введения	ЮЕДв/мили 5 ЕД в/в (медленно)	0,2 мг в/м или в/в (медленно)	2,5 мг в/м возможно в мышцу (шейку) матки
Повторные дозы	в 1 л раствора со скоростью 60 капель в минуту	0,2 мг в/м каждые (при необходимости - 0,2 мг в/м или в/в (медленно) каждые 4 часа	Л.Э мг каждые 1-2 мин
Максимальная доза	Не более 2 л жидкости, содержащей	5 доз (1,0 мг)	8 доз (20 мг)

Опасные побочные эффекты	Расслабление мышечной стенки сосудов, снижение общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС)	Периферическая вазоконстрикция (гипертензия, инсульт, бронхоспазм), тонические сокращения матки	Гипотония, тахикардия, увеличение частоты дыхания, тошнота, рвота, головная боль, парадоксальная реакция — гипертонический криз
Противопоказания, предупреждения		Преэклампсия, гипертензия, болезни сердца	Нельзя вводить внутривенно. Астма

Смена очереди утеротонических препаратов обусловлена клиническим эффектом Метод для временного контроля кровотечения.

Бимануальная компрессия матки (рис. 1). Техника:

Надев стерильные перчатки, войдите рукой во влагалище и сожмите руку в кулак.

Расположите кулак в переднем своде и надавите им на переднюю стенку матки.

- Другой рукой через переднюю брюшную стенку надавите на заднюю стенку матки по направлению к руке, введенной во влагалище.
- Продолжайте сдавливание, пока кровотечение не остановится и матка не начнет сокращаться.



При продолжающемся кровотечении

Одновременно:

- Мобилизация всего свободного персонала (позвать на помощь дополнительно: заведующего отделением; анестезиолога-реаниматолога (если не был вызван ранее); лаборанта - повторно; специалиста, ответственного в стационаре за переливание крови).
- Оценка объема кровопотери.
- Оценить состояние женщины и проводить контроль жизненно важных функций организма (постоянный мониторинг АД пульса, температуры, частоты дыхания) с ведением карты интенсивного наблюдения.
- Продолжить введение кристаллоидов так быстро как возможно в отношении 3:1 к объему кровопотери. В дальнейшем программа инфузионной терапии составляется совместно с анестезиологом-реаниматологом.

Развернуть операционную (**ЛУЧШЕ РАНЬШЕ, ЧЕМ ПОЗЖЕ**).

■ **При акушерских кровотечениях одной из основных причин неблагоприятных исходов является слишком позднее проведение хирургического гемостаза.**

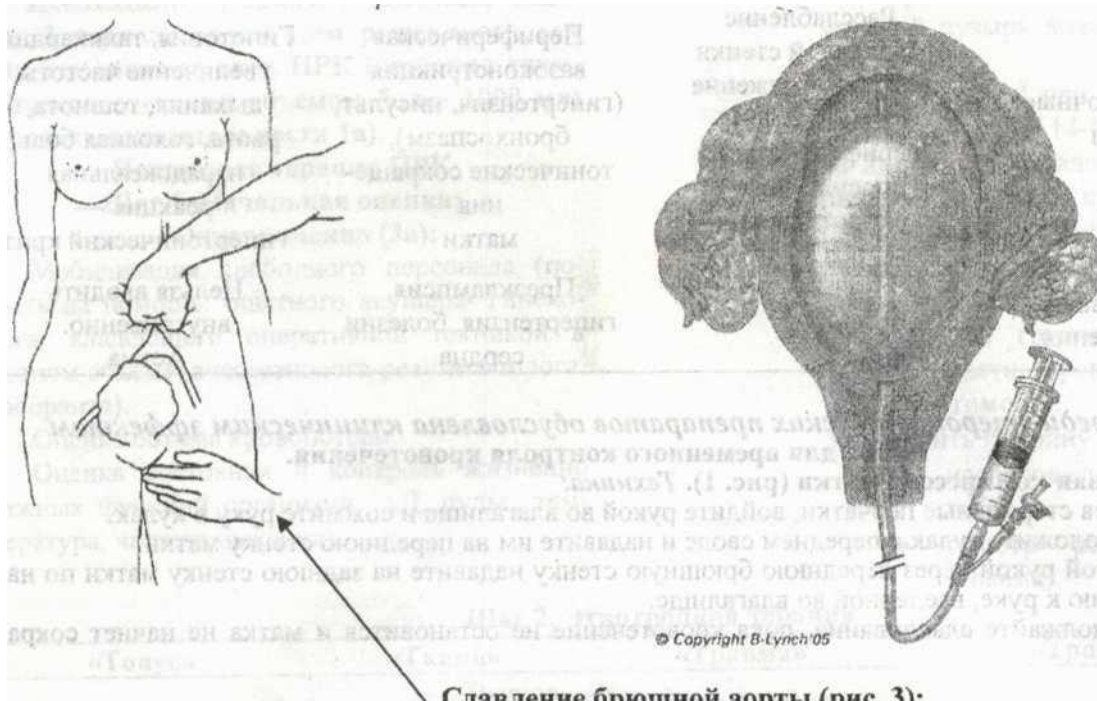
Провести лабораторные тесты:

- клинический анализ крови (гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, время свертывания);
- коагулограмма;
- прикроватный тест на свертываемость.
- Повернуть пациентку на бок и согреть (но не перегревать!) - поменять влажные простыни на сухие, дать дополнительное одеяло).
- Обеспечить подачу кислорода через маску со скоростью 8 л в мин.

Обеспечить наличие препаратов крови: СЗП, эритромазсы в необходимом количестве.

Шаг 3. Методы временной остановки кровотечения.

Внутриматочная тампонада (рис. 2): Возможный способ - введение в полость матки баллонного катетера, который заполняется 180-360 мл физиологического раствора. Если процедура оказалась эффективной, и кровотечение остановилось, катетер может быть оставлен в полости матки на 12-24 часа. Также можно использовать катетер Фолея, при котором есть возможность контролирования кровотечения.



Сдавление брюшной аорты (рис. 3):

примените нисходящее давление сложенным кулаком брюшной аорты прямо через брюшную стенку; точка надавливания находится прямо над пупком и немного левее; в раннем послеродовом периоде пульсация аорты может быть легко определена через переднюю брюшную стенку; другой рукой пальпируйте пульс на бедренной артерии для оценки полноты сдавления: если пульс прощупывается, то давление, оказываемое кулаком, недостаточно и наоборот.

Шаг 4. Лапаротомия (поэтапный хирургический гемостаз):

Повторить инъекцию 1 дозы (5 мг) простагландинов в матку. Произвести последовательную перевязку сосудов (восходящих ветвей маточных артерий и яичниковые артерии с обеих сторон) (2а).

Наложить хирургические компрессионные швы: возможно по методике Б-Линча (B-Lynch).

Перевязка внутренних подвздошных артерий (2а). Произвести тотальную или субтотальную гистерэктомию.

Литература

1. «Доклад по целям развития тысячелетия» Совместный проект Узбекистана и ООН 2006 г. 2. И. С. Сидорова, В.И. Кулаков, И.О. Макаров «Руководство по акушерству» Учебная литература для слушателей системы послевузовского профессионального образования Москва «Медицина» 2006. 3. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Выпуск 2. Под редакцией В.И. Кулакова. Научно-практическое издание. ГЭОТАР - Медиа. 2008 г. 4. Кровотечения в акушерской практике. Б. Б. Негмаджанов, А. Т. Сафаров, Г. Т. Раббимова. Методическое пособие. Самарканд 2011 г. 5. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). In: The Reproductive Health Library, Issue 8, 2005. Oxford: Update Software Ltd. Available from <http://www.rhlibrary.com>. (Reprinted from The 6. 6. Cochrane Library, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). 7. Ashley S. Roman, M. D., M. P. H., Andrei Rebarber, M. D. Seven Ways to Control Postpartum Hemorrhage Cont OB/GYN 48(3):34-53, 2003. © 2003 Medical Economics Company, Inc. 8. Control of Postpartum and Post Abortal Haemorrhage with Uterine Packing Gulfishan Haq, Subhana Tayyab Department of Gynaecology, Dow University of Health Sciences, Karachi. 9. Getahun D. et al. Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption. Obstet Gynecol 2006; 107:771-8. 10. Groom K. M., Paterson-Brown S. Placenta praevia and placenta accreta: a review of aetiology, diagnosis and management. Fetal Mat Med Review 2001;12:41-66. 11. Groom K. M., Woo Y. L., Paterson-Brown S. Management of placenta praevia. J Obstet Gynaecol 2000; 20:552-3. 12. Kayani S. I., Walkinshaw S. A., Preston C. Pregnancy outcome in severe placental abruption. Liverpool Women's Hospital, UK review article. 13. Neilson J. P. et al. Interventions for suspected placenta praevia. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 4. 14. Neilson J. P. et al. Interventions for treating placental abruption. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 4. 15. Placenta praevia and placenta accreta: diagnosis and management RCOG Guideline No. 27 Revised October 2005. 16. Sharma A., Suri V., Gupta I. Tocolytic therapy in conservative management of symptomatic placenta praevia. Int J Gynecol Obstet 2004;84:109—13. 17. Sheiner E., et al. Placenta praevia: obstetric risk factors and pregnancy outcome. J Matern Fetal Med 2001; 10:414-19. 18. Taj Mahal History and Pictures at <http://www.indianchild.com/tajmahal.htm> 19. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported. Christopher B-Lynch Consultant (Obstetrics and Gynaecological Surgery). 20. The Management of Postpartum Haemorrhage Scottish Obstetric Guidelines and Audit Project. A Guideline Development Project initiated by the Scottish Executive Committee of the RCOG, funded by the Clinical Resource and Audit 21. Group of the SODoH and working to the methodology of the Scottish Intercollegiate Guidelines Network A Clinical Practice Guideline for Professionals involved in Maternity Care in Scotland. 22. Tuzovic L. Complete versus incomplete placenta previa and obstetric outcome International Journal of Gynecology and Obstetrics (2006) 93, 110—117. 23. Uterovaginal Packing With Rolled Gauze in Postpartum Hemorrhage Case Report Posted 02/13/2004. Yinka Oyelese et al. Placenta Previa, Placenta Accreta, and Vasa Previa vol. 107, no. 4, april 2006. Obstetrics & Gynecology 927.