

Доклад: Послеродовые и последовые кровотечения

Выполнила студентка Гришунина Ангелина

Слайд 1

Добрый день! Тема моего доклада — «Послеродовые и последовые кровотечения». Работу выполнила студентка Гришунина Ангелина. Акушерские кровотечения остаются одной из главных причин материнской смертности, поэтому знание причин, клиники и алгоритма помощи необходимо каждому медицинскому работнику. В докладе рассмотрим определения, причины, диагностику, профилактику и тактику при этих состояниях.

Слайд 2

Начнём с определений. Послеродовым называют кровотечение, при котором после родов через естественные родовые пути теряется более 500 мл крови, а после операции кесарева сечения — более 1000 мл. Также ориентируются на 0,5% массы тела женщины. Кровопотерю свыше 1000 мл считают массивной. По времени возникновения различают раннее послеродовое кровотечение — в первые два часа после родов, и позднее — от двух часов до шести недель. Отдельно выделяют последовое кровотечение: оно возникает в третьем периоде родов, то есть до рождения последа.

Слайд 3

Последовое кровотечение связано с нарушением отделения или выделения плаценты. Его причинами могут быть гипотония матки, плотное прикрепление и истинное приращение плаценты, а также ущемление последа в области трубного угла из-за спазма. Чтобы вовремя оценить, отделилась ли плацента, используют признаки: Шредера — изменение формы и высоты стояния дна матки; Альфельда — удлинение выступающей части пуповины; Довженко — пуповина не втягивается при глубоком вдохе; Кюстнера-Чукалова — пуповина не втягивается при надавливании ребром ладони над лоном. Если кровотечение началось при неотделившейся плаценте, показано ручное отделение и выделение последа под наркозом.

Слайд 4

Причины послеродовых кровотечений удобно запомнить по правилу «четырёх Т». Первое — Tone, то есть нарушение тонуса матки: гипотония и атония, на них приходится большинство случаев, около 70–80 процентов. Второе — Trauma, травмы родовых путей: разрывы шейки матки, влагалища и промежности, разрыв матки, гематомы. Третье — Tissue, задержка в матке частей плаценты и оболочек. Четвёртое — Thrombin, нарушения свёртывания крови, в том числе ДВС-синдром. Факторы риска: многоводие, многоплодие, крупный плод, затяжные или стремительные роды, многократные роды, миома матки, преэклампсия.

Слайд 5

Клиническая картина зависит от объёма и скорости кровопотери. Это обильные кровянистые выделения, учащение пульса, снижение артериального давления, бледность, слабость, холодный пот и жажда. При большой кровопотере развивается геморрагический шок. Важно точно учитывать кровопотерю: взвешивать салфетки и использовать мерные ёмкости, а не оценивать на глаз. Для оценки тяжести используют шоковый индекс Альговера — это отношение частоты пульса к систолическому давлению; в норме он 0,5–0,7, а значение около единицы и выше говорит о тяжёлом состоянии. Обязательно осматривают родовые пути в зеркалах, оценивают тонус матки и исследуют свёртываемость крови.

Слайд 6

Основа профилактики — активное ведение третьего периода родов. Оно включает введение 10 единиц окситоцина внутримышечно сразу после рождения ребёнка, контролируемую тракцию за пуповину и наружный массаж матки после рождения последа. Кроме того, важно выявлять женщин из групп риска ещё во время наблюдения беременности, следить за опорожнением мочевого пузыря, тщательно осматривать послед на целостность и родовые пути на наличие разрывов. Первые два часа после родов родильница остаётся под наблюдением в родильном зале, так как именно в этот период чаще всего возникают ранние послеродовые кровотечения.

Слайд 7

Тактика при кровотечении — это последовательность действий, которая проводится быстро и одновременно. Сначала вызывают помощь, обеспечивают доступ к венам, опорожняют мочевой пузырь, проводят наружный массаж матки и прикладывают холод на низ живота. Вводят утеротонические препараты — окситоцин, метилэргометрин, карбетоцин — и транексамовую кислоту, начинают инфузионную и при необходимости трансфузионную терапию. Дозы и схемы определяются клиническим протоколом. Затем проводят ручное обследование полости матки и ушивание разрывов. Если кровотечение продолжается, применяют баллонную тампонаду, компрессионные швы, перевязку сосудов, а при неэффективности — удаление матки. Вывод: послеродовые и последовые кровотечения остаются одной из ведущих причин материнской смертности; профилактика, быстрая диагностика и чёткий алгоритм помощи позволяют спасти жизнь женщине и сохранить матку. Спасибо за внимание!