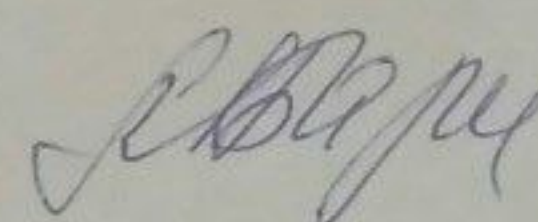


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ

КРОВОТЕЧЕНИЕ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Выполнила:

клинический ординатор

Ткачева Н.В.

Красноярск, 2017.

Рецензия

на реферат по дисциплине «акушерство и гинекология»

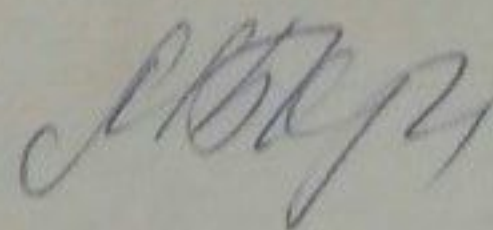
клинического ординатора Ткачевой Н.В. на тему: «Кровотечение в раннем послеродовом периоде»

Работа Ткачевой Н. В. посвящена проблемам воспалительных заболеваний женских половых органов в современной практике акушера-гинеколога.

В работе полностью раскрыто содержание материала, материал изложен грамотно, в определенной— логической последовательности, продемонстрировано системное и глубокое— знание программного материала, знание современной учебной и научной литературы, точно используется терминология.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованны, обладают важным теоретическим значением. Реферат написан хорошим литературным языком, проиллюстрирован и оформлен.

Считаю, что реферат Ткачевой Н.В. на тему: «Кровотечение в раннем послеродовом периоде» полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ, а его автор заслуживает оценки «отлично».



Содержание

1. Введение, определение.....	2
2. Симптомы кровотечения.....	2
3. Диагностика.....	4
4. Лечение	5
5. Список литературы.....	7

Кровотечение в раннем послеродовом периоде — выделение крови из родовых путей в первые 2 часа после окончания родов. Является нормальным в послеродовом периоде, если не превышает 0,5 % от массы тела женщины (300—400 мл). Кровотечение связано с отделением плаценты от стенки матки. Кровотечение, превышающее 400 мл в объёме, считается опасным и происходит, как правило, в случае гипотонии или атонии матки, что может быть смертельно.

Симптомы кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах

- Кровянистые выделения из половых путей более 400 мл в объеме. Цвет выделений варьирует от алого до темно-красного в зависимости от причины кровотечения. Могут присутствовать кровяные сгустки. Кровь вытекает толчками, прерывисто. Кровотечение возникает сразу после рождения ребенка или через несколько минут – в зависимости от причины.
- Головокружение, слабость, бледность кожных покровов и слизистых, шум в ушах.
- Потеря сознания.
- Снижение артериального давления, частый, едва ощутимый пульс.
- Длительное отсутствие выделения плаценты (детского места) — более 30 минут после рождения ребенка.
- «Нехватка» частей плаценты при осмотре ее после рождения.
- Матка дряблая при пальпации (ощупывании), определяется на уровне пупка, то есть не сокращается и не уменьшается в размерах.

Формы

Выделяют 3 степени тяжести состояния матери в зависимости от объема потерянной крови:

- **легкая степень** (объем кровопотери до 15% общего объема циркулирующей крови) — наблюдается учащение пульса матери, незначительное снижение артериального давления;
- **средняя степень** (объем кровопотери 20-25%) – артериальное давление снижено, пульс частый. Возникает головокружение, холодный пот;
- **тяжелая степень** (объем кровопотери 30-35%) – артериальное давление резко снижено, пульс частый, едва ощутимый. Сознание затуманено, снижается количество мочи, производимой почками;

- **крайне тяжелая степень** (объем кровопотери более 40%) – артериальное давление резко снижено, пульс частый, едва ощутимый. Сознание утрачено, отсутствует мочеиспускание.

Причины

Причинами выделения крови из половых путей **в последовом периоде** являются:

- травмы родовых путей (нарушение целостности тканей шейки матки, влагалища, промежности (тканей между входом во влагалище и задним проходом);
- нарушение отделения и выделения плаценты (патологическое приращение плаценты):
 - плотное приращение плаценты (приращение плаценты в базальном слое стенки матки (более глубокий, чем децидуальный (где в норме должно происходить приращение) слой слизистой оболочки матки;
 - приращение плаценты (приращение плаценты к мышечному слою стенки матки);
 - врастание плаценты (плацента врастает в мышечный слой более, чем на половину его толщины);
 - прорастание плаценты (плацента прорастает мышечный слой и внедряется в самый наружный слой матки – серозный);
 - гипотония матки (мышечный слой матки сокращается слабо, что препятствует остановке кровотечения, отделению и выделению плаценты);
 - наследственные и приобретенные дефекты свертывающей системы крови.

Причинами выделения крови из половых путей **в раннем послеродовом периоде** являются:

- травмы родовых путей;
- гипотония или атония матки (мышечный слой матки сокращается слабо или не сокращается вовсе);
- задержка частей плаценты (части плаценты не отделились от матки в третьем периоде родов);
- синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (нарушение свертывающей системы крови с внутрисосудистым образованием тромбов (сгустков крови) и кровотечений).

Факторами, приводящими к возникновению вышеописанных осложнений беременности, могут быть:

тяжелый гестоз (осложнение течения беременности, сопровождающееся отеками, повышением артериального давления и нарушением функций почек);

плацентарная недостаточность (нарушение маточно-плацентарного кровотока на уровне мельчайших сосудов);

крупный плод (масса плода более 4000 граммов).

Во время родов:

нерациональное применение утеротоников (препаратов, стимулирующих сокращения матки);

аномалии родовой деятельности:

слабость родовой деятельности (маточные сокращения не приводят к раскрытию шейки матки, движению плода по родовым путям);

бурная родовая деятельность.

Диагностика

- Анализ анамнеза заболевания и жалоб — когда (как давно) появились кровянистые выделения из половых путей, их цвет, количество, что предшествовало их возникновению.
- Анализ акушерско-гинекологического анамнеза (перенесенные гинекологические заболевания, оперативные вмешательства, беременности, роды, их особенности, исходы, особенности течения данной беременности).
- Общий осмотр беременной, определение ее артериального давления и пульса, пальпация (ощупывание) матки.
- Наружный гинекологический осмотр – с помощью рук и пальпации врач определяет форму матки, напряженность ее мышечного слоя.
- Осмотр шейки матки в зеркалах – врач с помощью влагалищного зеркала осматривает шейку матки на наличие травм, разрывов.
- Ультразвуковое исследование (УЗИ) матки – метод позволяет определить наличие частей плаценты (детского места) и расположение пуповины, целостность стенок матки.
- Ручное обследование полости матки позволяет уточнить наличие невыделившихся частей плаценты. Врач вводит руку в полость матки и ощупывает ее стенки. При обнаружении оставшихся частей плаценты производят их ручное удаление.

- Осмотр выделившегося последа (плаценты) на предмет целостности и наличие дефектов тканей.

Лечение

Мероприятия по борьбе с маточным кровотечением в раннем послеродовом периоде.

Основной задачей акушера при кровотечении является своевременное использование наиболее эффективных и надежных методов его остановки до возникновения геморрагического шока. Причинами акушерских кровотечений в раннем послеродовом периоде могут явиться: гипотония и атония матки, травмы родовых путей, нарушения свертывающей системы крови (ДВС-синдром).

С целью профилактики кровотечения необходимо:

1. В течение 2-3 часов родильница должна находиться под наблюдением врача в родильном отделении.
2. Выведение мочи катетером (при полном мочевом пузыре ухудшается сократимость матки).
3. После рождения последа нужно осторожно массировать дно матки для удаления сгустков крови (каждые 15 минут). Наличие сгустков в полости матки влияет на процесс сокращения и уплотнения, увеличивает кровоточивость из плацентарной площадки, количество сгустков растет, ситуация представляет собой замкнутый круг.
4. С профилактической целью - назначение утеротонических средств:
 - А) в конце II периода родов, например окситоцин 5-10 ЕД внутримышечно;
 - Б) метилэргометрин или метилэргобревин 0,2-1,0 внутривенно струйно на 10, 0 мл физиологического раствора или 5% раствора глюкозы.
 - В) При ОАА - в течение 2 часов после родов можно вводить внутривенно-капельно медленно окситоцин 2,5-5 ЕД в 250-500,0 мл кристаллоидных растворов.

Все мероприятия по остановке кровотечения в раннем послеродовом периоде проводят на фоне инфузионно-трансфузионной терапии в такой последовательности:

Система борьбы с гипотоническим кровотечением включает три этапа.

I. Первый этап: кровопотеря превышает 0,5% м тела, составляя в среднем 401-600 мл.

Основная задача первого этапа – остановить кровотечение. Инфузионная терапия в объеме 100%, соотношение препаратов крови и кровезаменителей 1 : 2.

Мероприятия первого этапа:

1. Ручное обследование полости матки для определения ее целостности, удаления

остатков плацентарной ткани и сгустков крови.

2. Одномоментное в/в введение метилэргометрина и окситоцина по 0,5 мл в одном шприце, с последующим капельным введением этих препаратов в той же дозе со скоростью введения 40 капель в минуту в течение 40 минут.

3. Осмотр родовых путей, ушивание разрывов.

Если кровотечение не остановилось – незамедлительно переходят ко второму этапу.

I. Второй этап: кровопотеря 1,0-1,8% массы тела, составляет в среднем 601-1000 мл.

Основные задачи второго этапа: остановить кровотечение, не допустить перехода в декомпенсированную кровопотерю, нормализовать реологические свойства крови.

Инфузионная терапия в объеме 150%, соотношение препаратов крови и кровезаменителей 1 : 1.

Мероприятия второго этапа:

1. В/в капельное введение 10ЕД – 2 мл окситоцина, разведенного в 500 мл 0,9% раствора натрия хлорида + 1 мг простагландина $F_{2\alpha}$, разведенного в 250 мл физиологического раствора.

2. Применение рефлекторных и механических способов остановки кровотечения (Наложение зажимов по Бакшееву на шейку матки. Зажимы снимаются через 2 часа при остановке кровотечения. При отсутствии эффекта зажимы снимаются только во время операции.).

3. Адекватное обезболивание.

Если кровотечение не остановилось – незамедлительно переходят к третьему этапу.

II. Третий этап: кровопотеря превышает 2% массы тела, т.е. более 1001 мл.

Основная задача третьего этапа – удаление матки. Инфузионная терапия в объеме 200%, соотношение препаратов крови и кровезаменителей 2 : 1.

Мероприятия третьего этапа:

1. Интубационный наркоз с ИВЛ.
2. Лапаротомия.
3. Гистерэктомия без придатков.
4. Борьба с геморрагическим шоком.

Список литературы

1. Айламазян, Э. К. Акушерство : учеб. для мед. вузов / Э. К. Айламазян. СПб., 1999. С. 417–431.
2. Акушерство : справ. / под ред. К. Нисвандера, А. Эванса. М. : Практика, 1999. 704 с.
3. Акушерство от десяти учителей / под ред. С. Кэмпбелла, К. Лиза. М. : Мед. информ. агенство, 2004. С. 360–365.