

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

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, профессор Цхай В.Б.

Реферат «Гипотонические маточные кровотечения. Этиология. Клиника.
Диагностика. Тактика ведения и оказания неотложной медицинской
помощи»

Выполнила: Клинический ординатор
кафедры перинатологии акушерства
и гинекологии лечебного факультета
Бакунина А.А.

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

Красноярск, 2021

Оглавление

Оглавление	2
Введение	3
Этиология	4
Клиника	5
Диагностика.	6
Тактика ведения.....	6
Тактика оказания неотложной медицинской помощи	7
Заключение.....	8
Источники	9

Введение

Основной акушерской проблемой во всем мире остается материнская смертность. Согласно официальному отчету Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) за период с 1990 по 2015 год, уровень материнской смертности во всем мире снизился почти на 44%.

Послеродовое кровотечение (ПРК) - основная причина материнской смертности и тяжелой заболеваемости, особенно в странах с низкими доходами. Однако в последнее время несколько промышленно развитые страны, включая Австралию, Канаду, Великобританию и США сообщили о рост заболеваемости послеродовым кровотечением.

Послеродовое кровотечение определяется как кровотечение, объем которого равен или превышает 500,0 мл после естественных родов, равен или превышает 1000,0 мл после кесарева сечения или любой клинически значимый объем кровопотери (приводящий к гемодинамической нестабильности), возникающий на протяжении 42 дней (6 недель) после рождения плода. Атония матки или потеря способности миометрия сокращаться после родов является основной причиной послеродового кровотечения, а также одной из основных причин материнской смертности в развивающихся странах.

Гипотония матки - уменьшение тонуса и сократительной способности мышц матки. Обратимое состояние.

Атония матки - полная потеря тонуса и ее сократительной способности.

В настоящее время считается нецелесообразно разделять кровотечение на атоническое и гипотоническое.

Принято определение «гипотоническое кровотечение».

Этиология

Общество акушеров и гинекологов Канады опубликовало руководство по профилактике и лечению ПРК. В нем резюмируются причины ПРК, связанные с одним или несколькими из четырех основных патогенетических нарушения - «четыре Т»: тонус (нарушение сокращения матки – атония), травма (травма родовых путей), ткань (задержка плацентарной ткани) и тромбин (нарушения свертывания крови). Наиболее частой причиной ПРК является атония матки.

Многоплодие, высокий паритет, макросомия, многоводие, гипертензивные расстройства беременности, миома матки, вспомогательные репродуктивные технологии, материнское гематологическое заболевание, патологии плацентации такие как предлежание плаценты и ПОНРП, хорошо известны как факторы риска гипотонических ПРК.

Эти факторы риска могут быть выявлены на основании изучения истории болезни матери, осмотров матери или ультразвукового исследования до начала родов. Между тем, наиболее частая этиология ПРК – атония матки, на которую приходится 70% -80% случаев ПРК. Казалось бы, женщины из группы низкого акушерского риска, у которых нет ни одного из вышеупомянутых факторов риска могут внезапно развить атоническое ПРК. Эти случаи сложно предсказать и они могут привести к материнской смерти. Они становятся особенно критичными в неукомплектованных персоналом клиниках с плохими медицинскими ресурсами, где немедленно начать переливание крови затруднительно.

Во многих предыдущих исследованиях сообщалось, что индукция и усиление родов связаны с ПРК. Кроме того, Гротегут и др. обнаружили связь между женщинами с тяжелым ПРК и атонией матки и большим воздействием окситоцина.

Медицинские показания для индукции родов включают предотвращение рисков, связанных с перенашиванием беременности, таких как преэклампсия, задержка роста плода, маловодие, преждевременный разрыв оболочек, или отсутствие самопроизвольных родов в период перенашивания беременности. Точно так же медицинские показания для стимуляции родов включают гипотоническую дисфункцию матки и удлинение латентной фазы. Таким образом, отсутствие самопроизвольных родов в срок, гипотоническая дисфункция матки и удлинение латентной фазы могут быть вызваны врожденной плохой сократимостью матки у беременных.

Клиника

К основным симптомам гипотонии матки относятся:

- кровотечение;
- снижение тонуса матки;
- симптомы геморрагического шока.

Кровь при гипотонии матки сначала выделяется со сгустками, как правило, после наружного массажа матки. Матка дряблая, верхняя граница может доходить до пупка и выше. Тонус может восстановиться после наружного массажа, затем вновь снизиться, кровотечение возобновляется. При отсутствии своевременной помощи кровь теряет способность к свертыванию. В соответствии с величиной кровопотери возникают симптомы геморрагического шока (бледность кожных покровов, тахикардия, гипотония и т.д.).

Также выделяют два варианта клинической картины гипотонического кровотечения. Первый вариант клинической картины: сразу после рождения последа матка атонична, не реагирует на механические, температурные и медикаментозные раздражители; кровотечение с первых минут носит характер профузного, быстро приводит родильницу в шоковое состояние.

Второй вариант: матка периодически расслабляется; под влиянием средств тонус и сократительная способность ее временно восстанавливаются; затем матка вновь становится дряблой; кровотечение волнообразное; кровь теряется порциями по 100—200 мл.

Клиницисты должны знать, что визуальная оценка послеродовой кровопотери неточна и что клинические признаки и симптомы должны быть включены в оценку ПРК.

Диагностика

Поскольку визуальная оценка часто занижает кровопотерю, могут использоваться более точные методы, такие как карманы для сбора крови при вагинальных родах и взвешивание салфеток после операции. Однако исследование, сравнивающее визуальную оценку кровопотери с использованием сборного мешка после родов через естественные родовые пути, пришло к выводу, что последнее не значительно снижает риск тяжелого ПРК.

Ретроспективное когортное исследование пришло к выводу, что при помощи индекса шока можно определить женщин с риском неблагоприятных исходов, вторичных по отношению к ПРК (например, поступление в отделение интенсивной терапии), и выгодно отличается от обычных показателей витальных функций.

Дифференциальный диагноз следует проводить с травмой матки и половых путей.

Тактика ведения

Общепризнано, что соответствующее акушерское ведение (в частности, активное ведение третьего периода родов) и доступ к переливанию крови и, при необходимости, гистерэктомии могут предотвратить летальность и тяжелую заболеваемость при возникновении ПРК.

Согласно международным рекомендациям, лечение гипо- и атонии матки начинается с катетеризации мочевого пузыря, массажа матки, ручного исследования полости матки и назначения утеротонических препаратов.

При отсутствии эффекта от первого этапа терапии проводится компрессия аорты, рекомендуется внутривенное введение транексамовой кислоты, проводится баллонная тампонада матки, проводится процедура эмболизации маточной артерии, инфузионно-трансфузионная терапия.

Хирургические методы лечения неконтролируемого послеродового кровотечения включают двустороннюю перевязку маточных артерий, перевязку внутренней подвздошной артерии, наложение компрессионных швов на матку, а также гистерэктомию. На сегодняшний день, по данным различных авторов, эффективность баллонной тампонады матки колеблется от 85% до 99,4% и выгодно отличается как наименее инвазивная, самая безопасная, наиболее эффективная, простая и быстрая процедура в тех случаях, когда послеродовое кровотечение невозможно вылечить с помощью утеротонических препаратов.

- Перевязка маточной артерии

Техника односторонней или двусторонней перевязки маточной артерии используется в основном при разрывах боковой части разреза после гистеротомии. Эта процедура менее эффективна при кровотечении из-за атонии матки.

- Перевязка внутренних подвздошных артерий

В течение многих лет для уменьшения тазового кровотечения использовалась перевязка одной или обеих внутренних подвздошных артерий. Недостатком является то, что процедура может быть технически сложной и успешной только в половине случаев. Это не особенно эффективный метод для остановки кровотечения при послеродовой атонии.

- Наложение компрессионных швов на матку

Эффективно при лечении массивных послеродовых кровотечений и снижает необходимость проведения гистерэктомии. Систематический обзор пришел к выводу, что компрессионные швы связаны с низким уровнем осложнений. Оказалось, что более высокий риск ишемии матки был вызван сочетанием процедуры с перевязкой сосудов. О негативном влиянии на фертильность не сообщалось.

- Гистерэктомия

Решение о гистерэктомии должно приниматься опытным клиницистом-консультантом, и желательно обсудить это решение со вторым опытным клиницистом, когда это возможно. Нельзя откладывать проведение гистерэктомии до тех пор, пока женщина не окажется в тяжелом состоянии. Процедуру должен проводить хирург, имеющий опыт проведения гистерэктомии. Субтотальная гистерэктомия - операция выбора во многих случаях ПРК, требующих гистерэктомии, за исключением случаев травмы шейки матки или патологического прикрепления плаценты в нижнем сегменте.

Тактика оказания неотложной медицинской помощи

Общение с пациенткой и ее партнером по родам очень важно, и с самого начала следует давать четкую информацию о том, что происходит.

Соответствующий персонал с соответствующим уровнем знаний должен быть предупрежден о послеродовом кровотечении.

Согласно клиническим рекомендациям «Профилактика, алгоритм ведения, анестезия и интенсивная терапия при послеродовых кровотечениях» от 2018 г., манипуляции первого этапа помощи включают в себя: ингаляционное введение кислорода, катетеризацию 2-х периферических вен катетерами >16 G, катетеризация мочевого пузыря

(постоянный катетер), мониторинг жизненно важных функций (АД, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза), обеспечение согревания пациентки и поддержание нормотермии: внутривенное введение тёплых кристаллоидных растворов (согретых до 35-40°C), внутривенное медленное введение транексамовой кислоты 15 мг/кг и утеротоническую терапию. Меры по остановке кровотечения, которые относятся к первому этапу помощи, это осмотр вульвы, влагалища, шейки матки и ушивание разрывов мягких родовых путей при их наличии, лапаротомия и ушивание разрыва матки при наличии, ручное исследование послеродовой матки, удаление остатков плацентарной ткани и сгустков, наружный массаж матки, бимануальная компрессия матки и компрессия аорты. Проведение управляемой баллонной тампонады матки - вмешательство 1-й линии для большинства женщин, у которых гипотония матки является единственной или главной причиной кровотечения.

К утеротоническим средствам, применяемым для лечения послеродового кровотечения, относятся Окситоцин и Метилэргометрин. Доза и путь введения Окситоцина - 10-20 МЕ на 500 мл физ. раствора или раствора Рингера в/в, 60 капель в минуту/125 мл/час, используя дозатор. Доза и путь введения Метилэргометрина - 0,2 мг в/м или в/в (медленно). Мизопростол возможно применять только при жизнеугрожающем кровотечении, которое не удалось остановить помощью с других препаратов, при условии наличия разрешения врачебной комиссии медицинской организации, это связано с тем, что Мизопростол не сертифицирован в РФ для лечения послеродового кровотечения.

Заключение

Таким образом, все вышеперечисленное свидетельствует о необходимости дальнейших исследований и внедрения эффективных малоинвазивных методов лечения ПРК для предотвращения массивных акушерских кровотечений, уменьшения количества хирургических методов гемостаза, что в конечном итоге сохранит репродуктивный потенциал женщины и повысит удовлетворенность пациентов лечением, которое они получают.

Источники

1. Савельева, Г. М. Акушерство : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1080 с. (Серия "Национальные руководства").
2. Osmonova S., Nazaralieva S. Intrauterine balloon tamponade in the management of postpartum hemorrhage // HVT. 2019. Vol. 3, № Issue 4. P. 226.
3. Nishida K. et al. Poor Uterine Contractility as Maternal Predisposition to Postpartum Hemorrhage Among Low-Risk Women: An Analysis of Large-Scale Database: preprint. In Review, 2020.
4. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage: Green-top Guideline No. 52 // BJOG: Int J Obstet Gy. 2017. Vol. 124, № 5. P. e106–e149.
5. Kramer M.S. et al. Risk Factors for Postpartum Hemorrhage: Can We Explain the Recent Temporal Increase? // Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2011. Vol. 33, № 8. P. 810–819.