**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН**

**Государственное бюджетное профессиональное образовательное**

**учреждение Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский**

**колледж им.Р.П.Аскерханова»**

****

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА**

**теоретического занятия**

**по теме:**

###### **«КРОВОТЕЧЕНИЯ В РОДАХ»**

**ПМ 04 Медицинская помощь женщине, новорожденному,**

**семье при патологическом течении беременности, родов,**

**послеродового периода**

**МДК 04.01Патологическое акушерство**

**Для специальности: 31.02.02 Акушерское дело**

**Автор – составитель: Р.Т.Гаджиева**

**Махачкала 2022г.**

Рассмотрено и утверждено на заседании цикловой методической комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Протокол №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. Председатель ЦМК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО)

Согласовано

Методист

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО)

В методической разработке «Кровотечения в родах» представлены задания для различных методов оценки и закрепления знаний обучающихся по теме занятия: вопросы для фронтального опроса, тестовые задания, слайд-презентация.

Методическая разработка рекомендована для проведения теоретических занятий по МДК 04.01 Патологическое акушерство.

**Автор – составитель: Р.Т.Гаджиева**

**Содержание:**

[1. Пояснительная записка](#_Toc1397827) 4

[2. Основная часть](#_Toc1397828) 5

[2.1. Технологическая карта учебного занятия 5](#_Toc1397829)

[2.2. Содержание теоретического материала 7](#_Toc1397830)

[2.3. Дидактический материал](#_Toc1397831) 17

[3. Заключительная часть](#_Toc1397832) 23

4.Информационные источники…………………………………………………………………………………………..26

# **Пояснительная записка**

Методическая разработка предназначена для проведения теоретического занятия по теме «Кровотечения в родах».

 Кровотечения в родах— это группа патологических кровотечений из матки и других органов репродуктивной системы, связанные с выполнением детородной функции в родах, в последовом и раннем послеродовом периодах.

Кровотечение из родовых путей в первые 2 часа после окончания родов 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. Частота кровотечения в раннем послеродовом периоде составляет 2,0-5,0 % от общего количества родов.

Они занимают одно из первых мест в списке причин материнской и перинатальной смертности.

Данная тема входит враздел «Акушерские кровотечения».

**Тип занятия:** изучение нового материала.

**Вид занятия:** теория.

**Цели:** изучение и первичное закрепление новых знаний.

# **2.Основная часть**

## **2.1. Технологическая карта учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО преподавателя, квалификационная категория** | Гаджиева Рагима Тамерлановна |
| **Код, наименование специальности** | 31.02.02. Акушерское дело |
| **Учебная дисциплина/МДК** | МДК 04.01Патологическое акушерство |
| **Интегративные связи** | Межпредметные | Внутрипредметные |
| Анатомия, физиология, патология, фармакология, психология. | Осложнения беременности и родов. Кровотечения в периодах беременности и родов. |
| **Формируемые компетенции** | Общие компетенции | Профессиональные компетенции |
| ОК 1 - 8. | ПК4.1 – 4.6 |
| **Уровень освоения** | 3 - базовый |
| **Тема учебного занятия** | Кровотечения в родах |
| **Количество часов** | 2час (90мин) |
| **Вид учебного занятия**  | Теоретическое занятие |
| **Тип учебного занятия**  | Изучение нового материала |
| **Методы обучения**  | Объяснительно-иллюстративный метод |
| **Цели учебного занятия** | Обучающая | Развивающая | Воспитательная |
| Усвоитьпризнаки кровотечений в родах, принципы оказаниянеотложной помощи, возможные осложнения и их профилактика. | Активизация мыслительной деятельности, развитие логического мышления, развитие аналитического мышления.  | Воспитать чувство ответственности и понимания социальной значимости своей будущей профессии. |
| **Методы контроля результатов обучения темы учебного занятия** | Фронтальный опрос,тестовый контроль, решение ситуационных задач. |
| **Организация образовательного пространства учебного занятия** | Материально-техническое обеспечение | Основная литература | Дополнительная литература | Методическая литература |
| Мультимедийное оборудование, ноутбук | Радзинский В.Е. Акушерство. М.: ГЭОТАР Медиа, 2019. | Справочник акушерки по уходу. Ростов на Дону. «Феникс», 2020г. | Рабочая программа, КТП, поурочный план, методическая разработка |
| **Характеристика этапов урока** | Деятельность педагога | Деятельность обучающихся | Формы обучения | Результат  |
| Организационный момент (5 мин) | Приветствует, проверяет готовность к занятию | Приветствуют педагога, проверяют уровень своей готовности к уроку | Фронтальная | Волевая саморегуляция |
| Проверка понимания изученного на предыдущем теоретическом занятии (15 мин) | Озвучивает важные положения ранее пройденной темы, осуществляет постановку учебной проблемы. | Отвечают на вопросы педагога, участвуют в процессе постановки учебной проблемы. | Фронтальная | Умение отличать выполненное задание от невыполненного, определять объем знаний, которые уже были усвоены  |
| Изучение новых знаний (40мин) | Излагает новый материал, организовывает повторение особо важных моментов для выравнивания условий восприятия информации  | Слушают объяснения, задают уточняющие вопросы | Иллюстративно-демонстрационная | Подведение под понятие, целеполагание |
| Решение ситуационных задач(20 мин) | Осуществляет контроль за соблюдением алгоритма действий при оказании неотложной помощи | Отрабатывают алгоритм действий при оказании неотложной помощи | Индивидуальный опрос | Знание алгоритма оказания неотложной помощи |
| Подведение итогов занятия, рефлексия (10мин) | Актуализирует внимание на пройденном материале, соотносит достигнутые цели с поставленным результатом.  | Формулируют результат работы на уроке, называют основные тезисы усвоенного материала.  | Тестовый контроль | Самоопределение, самоусвоение знаний, определение объема материала, который еще предстоит выучить.  |

## **2.2.Содержание теоретического материала**

**Тема: Кровотечения в родах**

**Цель занятия:**

изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику и лечение кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах, механизм развития геморрагического шока и ДВС синдрома, стадии его, диагностику и лечение.

**Студент должен знать:**

причины, клинику, диагностику и лечение кровотечений, связанных с нарушением процесса отделения последа, сократительной способности матки, травматических повреждений мягких родовых путей, дифференциальную диагностику с другими патологическими состояниями, клинику синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС), последовательность мероприятий при лечении кровотечений, технику операции ручного отделения плаценты и выделения последа и ручного обследования стенок полости матки, профилактику кровотечений.

**Студент должен уметь:**

поставить диагноз кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах, распознать синдром ДВС, самостоятельно провести манипуляцию внутривенного введения лекарств, наружный массаж матки, осмотр родовых путей с помощью влагалищных зеркал, профилактику кровотечения, определить группу крови, рассчитать общий объем вливаний, количество крови и плазмокорректоров для восполнения ОЦЭ и ОЦК.

**Дидактические единицы**

Стенд «Акушерские кровотечения»,

Плакат «Неотложная помощь при акушерских кровотечениях»

Ситуационные задачи.

Тестовые задания.

Учебное пособие для обучающихся «Акушерство».

Алгоритмы практических манипуляций в акушерстве.

**Контрольные вопросы**

1. Определение понятия «акушерское кровотечение».
2. Причины.
3. Факторы риска.
4. Симптомы.
5. Диагностика.
6. Лечение.
7. Оперативные вмешательства.
8. Профилактика.

**Самостоятельная работа обучающихся**

1.Выполнение тестовых заданий по теме занятия.

2.Решение ситуационных задач по теме занятия.

3.Работа с учебным пособием для студентов «Акушерство»

4.Отработка практических навыков по проведению манипуляций (на фантоме).

**Внутрипредметные связи**

Виды акушерских кровотечений. Доврачебная медицинская помощь при неотложных состояниях в акушерской практике.

**Межпредметные связи**

Медицинская психология, фармакология, гигиена, хирургия, инфекционные болезни, сестринское дело.

**Тема занятия: «Кровотечения в родах»**

**Форма организации учебного процесса:**теоретическое занятие.

**Цели занятия:**

1.учебная: отработать и закрепить знания по диагностике и оказанию неотложной помощи беременным при акушерских кровотечениях.

2.воспитательная: усвоить значение своевременного и правильного оказания акушерской помощи, формирование у обучающихся чувства ответственности, этики, воспитание чуткого, внимательного отношения к больному.

3.методическая: определить степень усвоения материала, данного на предыдущем занятии, умения логически и последовательно мыслить, применять полученные знания на практике.

**Место проведения занятия:**

Лекционный кабинетДБМК.

**Время, отведенное на изучение темы:**

2 часа – 90 мин.

**Оснащение занятия**

Стенд «Акушерские кровотечения», мультимедийный проектор, ноутбук, мультимедийная презентация.

Ситуационные задачи, тестовые задания, учебное пособие для обучающихся «Акушерство».

**Содержание**

**Кровотечения в родах –** это кровотечения, возникшие в процессе родов и после рождения плода в раннем послеродовом периоде. Они возникают при задержке детского места или его частей. При физиологическом течении последового периода матка после рождения плода уменьшается в объеме и резко сокращается, плацентарная площадка уменьшается в размере и становится меньше размеров плаценты. Во время последовых схваток происходит ретракция мышечных слоев матки в области плацентарной площадки, за счет этого происходит разрыв губчатого слоя децидуальной оболочки. Процесс отделения плаценты непосредственно связан с силой и длительностью процесса ретракции. Максимальная продолжительность последового периода в норме составляет не более 30 минут.

Причины задержки в матке детского места или его частей, понижающие тонус матки или изменяющие ее сокращения могут быть как со стороны матки (гипотония, атония), так и со стороны плаценты (аномалии прикрепления и расположения плаценты). Сократительная функция матки нарушается при нерациональном ведении родов, при перерастяжении мышц матки (крупный плод, многоводие, многоплодие), при гестозах, при дегенеративных изменениях стенки матки после перенесенного воспаления, при миоме матки и др.

Неполное предлежание детского места, низкое его прикрепление или расположение в одном из трубных углов матки, где миометрий не может развить полноценные сокращения, являются причиной кровотечения в последовом периоде.

Одной из нередких причин кровотечения является нерациональное ведение последового периода. Нельзя пальпировать, массировать матку, потягивать за пуповину, необоснованно применять препараты спорыньи, большие дозы окситоцина, потому что это нарушает течение последовых схваток, вызывает частичную отслойку плаценты, спазм внутреннего зева и задержку последа или его частей в матке.

**Клиника.** Основным симптомом при задержке детского места или его частей является кровотечение из половых путей. Сила кровотечения и количество теряемой крови зависят от размеров отслоившейся части плаценты: чем больше отслоившаяся часть плаценты, тем обильнее кровотечение; от места прикрепления плаценты: где более тонкий мышечный слой матки и меньшая сократительная способность ее, тем оно обильнее. Кровотечение может быть обильным, если в матке осталась неотделившаяся часть дольки плаценты или дополнительная долька. Кровотечение может быть внутренним, т.е. кровь скапливается в матке, потому что внутренний зев закрыт сгустком крови, спазмирован и оттока крови нет. В таком случае матка увеличивается в размере, становится напряженной. Это отражается на общем состоянии роженицы: бледность кожных покровов, тахикардия, снижение артериального давления и др.

**Диагноз** задержки плаценты ставят на основании наружных методов определения отделения плаценты, а задержки частей последа в полости матки — на основании осмотра плаценты и оболочек после рождения последа. Если на гладкой блестящей материнской поверхности плаценты обнаруживают неровности, шероховатости и углубления, то это является признаком дефекта последа. Обнаружение при осмотре оболочек обрывающихся сосудов свидетельствует о наличии добавочной дольки, которая осталась в матке. Если при осмотре детского места сомневаются в его целости, то ставят диагноз «сомнения в целости плаценты «.

**Методы лечения** при задержке детского места разделяют на консервативные и оперативные.

Консервативные методы: введение внутримышечно или внутривенно 5 ед. окситоцина для усиления последовых схваток, способствующих отделению плаценты и прекращению кровотечения. Нельзя вводить препараты спорыньи, так как они вызывают спазм внутреннего зева. В случаях отделения плаценты, но задержке ее в матке, применяют способы выделения из матки отделившегося последа — Абуладзе , Гентера , Креде-Лазаревича .

Если консервативные методы не дают эффекта, а кровопотеря превысила физиологическую, приступают к операции ручного отделения и выделения последа.

При задержке в матке частей детского места (дефект плаценты, задержка дополнительной дольки плаценты, сомнение в целости плаценты) всегда применяют только оперативное лечение — ручное обследование стенок полости матки , отделение и выделение частей последа, сгустков крови, препятствующих сокращению матки. Если после ручного отделения последа или его частей на плацентарной площадке определяют мелкие кусочки плаценты, не отделяющиеся при ручном обследовании, то их удаляют путем выскабливания стенок полости матки большой тупой кюреткой. Эту операцию производят редко, она таит в себе определенные опасности и выполняется квалифицированным врачом. После ручного обследования стенок полости матки и уверенности полного ее опорожнения, внутривенно вводят 1 мл (5 ЕД) окситоцина в 20 мл 5% раствора глюкозы медленно, кладут пузырь со льдом на низ живота и периодически пальпацией через переднюю брюшную стенку контролируют состояние матки.

С целью предупреждения послеродовой инфекции во всех случаях оперативного вмешательства в последовом периоде назначают антибиотики. При патологической кровопотере (500 мл и более) возмещают кровопотерю, проводят симптоматическую терапию.

Профилактика задержки детского места или его частей многогранна. Рациональное ведение родов: обоснованное применение медикаментозных средств обезболивания и регуляции родовой деятельности, правильное ведение родов при предлежании детского места, гестозах, узких тазах и т.д. Предупреждение выкидышей, воспалительных гинекологических заболеваний. Лечение хронических инфекционных заболеваний и др.

**Приращение детского места** полностью или частично возникает при изменениях стенки матки, изменениях в самой плаценте или при нарушении ферментативной (протеолитической) способности хориона. Изменения в стенке матки возникают после перенесенных воспалительных заболеваний (метроэндометрит), при рубцах на матке (после операций, чрезмерного выскабливания стенок матки при абортах, частых родов и абортов), опухолях (миомы), пороках развития матки. Возникновению дегенеративных процессов в плаценте способствуют хронические инфекции, гестозы, перенашивание беременности. Повышенная протеолитическая способность хориона может привести к врастанию ворсин в компактный слой отпадающей оболочки целиком, а в некоторых случаях — к прорастанию в мышечный слой матки вплоть до серозной оболочки.

Классификация зависит от степени проникновения ворсин хориона в слои стенки матки. Различают:

— Плотное прикрепление плаценты.

— Истинное приращение (или вращение) плаценты.

Плотное прикрепление (относительное приращение) плаценты — такая патология, при которой ворсы хориона не выходят за пределы компактного слоя отпадающей оболочки, но плотно соединены с ним.

Истинное приращение плаценты — тяжелая патология, при которой ворсины хориона проникают в мышечный слой, прорастая его, доходят до серозной оболочки матки. Истинное приращение плаценты может быть полным и неполным. При полном приращении плаценты вся материнская поверхность плаценты прочно соединена со стенкой матки, при частичном же — только поверхность отдельных долек. Эта патология является очень тяжелой и встречается относительно редко: один раз на 10000-20000 родов.

**Клиника** приращения плаценты чаще всего проявляется симптомом кровотечения. При полном приращении плаценты симптом кровотечения отсутствует, как отсутствуют и признаки отделения плаценты. При относительном приращении плаценты, когда одна часть ее плотно прикреплена к стенке матки, а другая отслоилась, симптом обильного кровотечения является обязательным.

**Диагноз** относительного или истинного приращения плаценты можно поставить только после ручного отделения плаценты. При относительном прикреплении плаценты (наличии симптома кровотечения и отсутствия признаков отделения плаценты) лечение заключается в проведении операции ручного отделения плаценты и выделения последа. Если нет симптома кровотечения и консервативные мероприятия неэффективны, выжидают 30 минут, после чего следует произвести ручное отделение плаценты. При попытке отделить плаценту от матки при ее полном истинном приращении сразу же возникает обильное кровотечение. В такой ситуации необходима немедленная операция: чревосечение, надвлагалищная ампутация или экстирпация матки.

При частичном истинном приращении последа попытка отделения рукой последа еще более усиливает кровотечение, надо прекратить отделение и немедленно начать чревосечение и удаление матки. Одновременно проводят мероприятия по борьбе с анемией и шоком.

**Кровотечение** из половых путей в первые 4 часа после родов, называют кровотечением в раннем послеродовом периоде.

Основными причинами, вызывающими кровотечение являются:

— Задержка в полости матки частей детского места.

— Травма мягких тканей родового канала.

— Нарушение свертывающей системы (коагулопатия).

**Гипотония матки** — это такое состояние, при котором резко снижен тонус и сократительная способность матки. Под воздействием мероприятий и средств, возбуждающих сократительную деятельность матки, мышца матки сокращается, хотя нередко сила сократительной реакции не соответствует силе воздействия.

**Атония матки** — это такое состояние, при котором возбуждающие матку средства не оказывают на нее никакого действия. Нервно-мышечный аппарат матки находится в состоянии паралича. Атония матки наблюдается редко, но вызывает массивное кровотечение.

**Этиология** гипотонического и атонического кровотечения разнообразна:

— Истощение сил организма, центральной нервной системы в результате длительных и болезненных родов, упорной слабости родовой деятельности, быстрые, стремительные роды, применение окситоцина.

— Тяжелые гестозы (нефропатия, эклампсия), гипертоническая болезнь.

— Анатомическая неполноценность матки: недоразвитие и пороки развития матки, миомы матки, рубцы на матке после операций, перенесенные в прошлом воспалительные заболевания или аборты, вызвавшие замену значительной части мышечной ткани матки соединительной.

— Функциональная неполноценность матки: перерастяжение матки вследствие многоводия, многоплодия, крупного плода.

— Предлежание и низкое прикрепление плаценты.

Гипотоническое и атоническое кровотечения могут быть вызваны сочетанием нескольких перечисленных причин. Тогда кровотечение может принять более грозный характер. Учитывая, что практически сразу трудно отличить гипотоническое кровотечение от атонического, целесообразно пользоваться единым термином — гипотоническое кровотечение, а об атонии матки говорить, когда оказывались неэффективными все проведенные мероприятия.

**Клиника** гипотонического кровотечения выражена основным симптомом — массивным кровотечением из послеродовой матки, а отсюда и появлением других симптомов, связанных с расстройством гемодинамики и острым малокровием. Развивается картина геморрагического шока.

Состояние родильницы зависит от интенсивности и длительности кровотечения и общего состояния женщины. Физиологическая кровопотеря в родах не должна превышать 0,5% массы тела женщины (но не более 450 мл). Если силы организма родильницы истощены, реактивность организма снижена, то даже незначительное превышение физиологической нормы кровопотери может вызвать тяжелую клиническую картину у тех, у кого уже низкий ОЦК (анемии, гестозы, заболевания ССС, ожирение).

Выраженность клинической картины зависит от интенсивности кровотечения. Так, при большой кровопотере (1000 мл и более), в течение длительного срока симптомы острого малокровия менее выражены, и женщина справляется с подобным состоянием лучше, чем при быстрой кровопотере в том же или даже меньшем количестве, когда может развиться коллапс.

**Диагноз** гипотонии устанавливают на основании симптома кровотечения из матки и объективных данных состояния матки: при пальпации матка большая, расслаблена, иногда плохо контурируется через переднюю брюшную стенку, при наружном массаже может несколько сократиться, а затем вновь расслабляется, и кровотечение возобновляется.

Дифференциальный диагноз гипотонического кровотечения проводят с травматическими повреждениями родового канала. В отличие от гипотонического кровотечения при травме родовых путей матка плотная, хорошо сокращена. Осмотр шейки матки и влагалища с помощью зеркал, ручное обследование стенок полости матки подтверждают диагноз разрывов мягких тканей родового канала и кровотечения из них.

**Лечение** при гипотоническом кровотечении является комплексным. Его начинают без промедления, одновременно проводят мероприятия по остановке кровотечения и восполнения кровопотери. Лечебные манипуляции следует начинать с консервативных, если они малоэффективны, то незамедлительно переходить к оперативным методам, вплоть до чревосечения и удаления матки. Все манипуляции и мероприятия по остановке кровотечения должны проводиться в строго определенном порядке без перерыва и быть направлены на повышение тонуса и сократительной способности матки.

**2.3 Дидактический материал**

**Вопросы для фронтального опроса:**

Цель: определить базовый уровень знаний по теме занятия.

1. Определение понятия «акушерское кровотечение».
2. Причины.
3. Факторы риска.
4. Симптомы.
5. Диагностика.
6. Лечение.
7. Оперативные вмешательства.
8. Профилактика.

# **Эталоны ответов**

**1.Определение понятия «акушерское кровотечение»** – кровотечение из родовых путей, возникающее в родах или в послеродовом периоде. Тяжесть акушерского кровотечения определяется величиной кровопотери. В норме организм беременной женщины готов к физиологически допустимой потере крови в родах (до 0,5% от веса тела) за счет увеличения внутрисосудистого объема крови. Кроме того, послеродовое кровотечение из маточной раны предупреждается усиленным сокращением мышц матки, сжатием и смещением в более глубокие мышечные слои маточных артерий с одновременной активацией свертывающей системы крови и тромбообразованием в мелких сосудах.

2.Причины.

Послеродовое кровотечение часто возникает из-за нарушения сократительной функции миометрия: гипотонии (снижения тонуса и недостаточной сократительной активности мышц матки) или атонии (полной потери тонуса матки, ее способности к сокращению, отсутствия реакции миометрия на стимуляцию). Причинами таких послеродовых кровотечений служат фибромы и миомы матки, рубцовые процессы в миометрии; избыточное растяжение матки при многоплодной беременности, многоводии, затяжных родах крупным плодом; применение препаратов, снижающих тонус матки.

3.Факторы риска.

Факторами, провоцирующими послеродовое кровотечение, могут служить гипотрофия или атрофия эндометрия вследствие ранее выполнявшихся оперативных вмешательств - кесарева сечения, абортов, консервативной миомэктомии, выскабливания матки. Возникновению послеродового кровотечения может способствовать нарушение гемокоагуляции у матери, обусловленное врожденными аномалиями, приемом антикоагулянтов, развитием ДВС - синдрома.

4.Симптомы.

Клинические проявления послеродового кровотечения обусловлены количеством и интенсивностью потери крови. При атоничной матке, не реагирующей на внешние лечебные манипуляции, послеродовое кровотечение, как правило, обильное, но может иметь и волнообразный характер, временами затихать под действием препаратов, сокращающих матку. Объективно определяется артериальная гипотония, тахикардия, бледность кожи.При критической кровопотере может развиваться геморрагический шоки ДВС-синдром с необратимыми изменениями в жизненно важных органах.

5. Диагностика.

Диагностика послеродового кровотечения основана на тщательном обследовании целостности выделившихся плаценты и плодных оболочек, а также осмотре родовых путей на предмет травмы. Под общим наркозом врач акушер-гинеколог осторожно выполняет ручное исследование полости матки на наличие или отсутствие разрывов, оставшихся частей последа, сгустков крови, имеющихся пороков развития или опухолей, препятствующих сокращению миометрия.

6.Лечение.

В борьбе с послеродовым кровотечением важен комплексный подход с применением как консервативных (медикаментозных, механических), так и хирургических методов лечения.

Для стимуляции сократительной активности мышц матки проводят катетеризацию и опорожнение мочевого пузыря, местную гипотермию (лед на низ живота), щадящий наружный массаж матки, а при отсутствии результата - внутривенное введение утеротонических средств (обычно, метилэргометрина с окситоцином), инъекции простагландинов в шейку матки. Для восстановления ОЦК и устранения последствий острой кровопотери при послеродовом кровотечении проводят инфузионно-трансфузионную терапию компонентами крови и плазмозамещающими препаратами.

7. Оперативные вмешательства.

В случае разрыва матки проводят экстренную лапаротомию, ушивание раны или удаление матки. При обнаружении признаков приращения плаценты, а также при некупируемом массивном послеродовом кровотечении показана субтотальная [гистерэктомия](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/malignant-tumors-uterus/vaginal-hysterectomy) (надвлагалищная ампутация матки); при необходимости она сопровождается перевязкой внутренних подвздошных артерий или эмболизацией маточных сосудов.

Оперативные вмешательства при послеродовом кровотечении осуществляют одновременно с реанимационными мероприятиями: возмещением кровопотери, стабилизацией гемодинамики и АД. Их своевременное проведение до развития тромбогеморрагического синдрома спасает роженицу от смертельного исхода.

8. Профилактика.

Женщины с неблагоприятным акушерско-гинекологическим анамнезом, нарушениями свертывающей системы, принимающие антикоагулянты, имеют высокий риск развития послеродового кровотечения, поэтому находятся под особым врачебным контролем в процессе [ведения беременности](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/program-pregnancy/) и направляются в специализированные родильные дома.

С целью профилактики послеродового кровотечения женщинам вводят препараты, способствующие адекватному сокращению матки. Первые 2 часа после родов все роженицы проводят в родильном отделении под динамическим наблюдением медицинского персонала для оценки объема кровопотери в раннем послеродовом периоде.

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

У родильницы 34 лет после рождения последа, который при осмотре оказался целым, началось сильное кровотечение.

Объективно: бледность кожных покровов, слабость, PS — 110 удар/мин, АД — 90/60 мм Hg. Матка мягкая, дряблая. Кровотечение продолжается. Кровопотеря == 600 мл.

**Эталон ответа:**Кровотечение в раннем послеродовом периоде (гипотоническое). Гипотония матки. Вводить сокращающие средства:от 10 до 20 ЕД окситоцина в 500мл физ. р-ра или синтометрин, после этогоручное обследование матки и далее массаж матки на кулаке, если не прекращается, в операционной - перевязка внутренних подвздошных артерий, восстановление ОЦК, инфукол, ГКС.

**Задача 2**

Первобеременная 25 лет поступила в роддом при сроке беременности 40 недель с регулярной родовой деятельностью. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода 132 удар/мин, слева ниже пупка. Второй период родов продолжался 35 мин. Родилась живая доношенная девочка. Сразу после рождения ребенка началось струйное кровотечение. Имеются признаки отделения плаценты.

**Эталон ответа:**Кровотечение в послеродовом периоде. Применение методов выделения последа и проведение трансфузионной терапии в зависимости от степени кровопотери.Необходим осмотр шейки матки при помощи зеркал. Если есть разрыв шейки матки, то показано наложение швов.

**Задача 3**

Повторнородящая 33 лет, Р-2, А-2, поступила в акушерский стационар с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 3 часа назад. Данные обследования в ж/к — без особенностей. Через 4 часа после поступления произошли роды живым мальчиком массой 3500,0 с оценкой по шкале Апгар 8-9 б. Через 30 мин. самостоятельно отделился и выделился послед, без видимых дефектов, оболочки — все. Кровопотеря 250 мл. Шейка матки и промежность целы.Через 0,5 часа после родов при осмотре родильницы: дно матки у подреберья, матка без четких контуров, мягкая, при- ее наружном массаже выделилось 400 мл крови. Матка сократилась, кровотечение прекратилось. Через 10 мин. кровотечение возобновилось.

**Эталон ответа:** Гипотоническое кровотечение. Ручное обследование полости матки. Массаж матки на кулаке. Утеротоники. При неэффективности решать вопрос о перевязке сосудов или ампутации матки.

**3.Заключительная часть**

**Тестовые задания для закрепления темы:**

**«Кровотечения в родах»**

1. Наиболее частой причиной кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодахявляется

1)       дефект детского места

2)       наличие плодных оболочек в полости матки

3)       родовой травматизм

4)       **недостаточная сократительная способность матки**

2.          В генезе плотного прикрепления плаценты лежат изменения

1)     мышечного слоя

2)     базального слоя

3)     губчатого слоя

4)     **компактного слоя**

3.          При истинном приращении плаценты показано

1)     ручное отделение плаценты и выделение последа

2)     выскабливание полости матки

3)     **ампутация матки**

4)     дефундация матки

4.          Ранний послеродовый период, кровопотеря 600 мл, выберите правильный алгоритм действия

1)     венепункция

2)     **операция ручного обследования полости матки**

3)     массаж матки на кулаке

4)     в/в капельное введение сокращающих препаратов

5)     холод на низ живота

5.          При многоплодной беременности причиной маточного кровотечения чаще всего является

1)     травмы мягких родовых путей

2)     нарушение свертывающей системы крови

3)     приращение плаценты

4)     **гипотония матки**

6.       В генезе геморрагического шока основную роль играет

1)     увеличение капиллярного русла

2)     ДВС и нарастающий ацидоз

3)    **несоответствие между ОЦК и объемом сосудистого русла**

4)     раздражение сосудодвигательного центра

7.       При ручном отделении плаценты последняя отделяется с трудом, но полностью, имеет место

1)     гипотония матки

2)     вариант нормы

3)     истинное приращение плаценты

4)     **плотное прикрепление плаценты**

8.       Доля гемотрансфузии при кровопотере более 1,5% от массы тела женщины составляет

1)     200 %

2)     30-50 %

3)     **100-120 %**

4)     50-70 %

9.       Желатиноль относится к кровезаменителям

1)     дезинтоксикационного действия

2)     парентерального питания

3)     **гемодинамического действия**

4)     регулятором водно-солевого обмена

10.        После рождения последа обнаружен дефект плаценты 4 х 5 см, показано

1)     выскабливание полости матки

2)     **ручное обследование полости матки**

3)     шов по Лосицкой

4)     введение сокращающих препаратов.

**Задание на дом:** «Кровотечения в родах».

Учебное пособиеРадзинский В.Е. Акушерство. М.: ГЭОТАР Медиа, 2019.

1. **Информационные источники**
2. Акушерство. Под ред. Г.М. Савельевой. — М.: Медицина, 2020.
3. Акушерство и гинекология: пер. с англ. доп. // гл. ред. Савельева Г.М. — М.: ГЭОТАР Медиа, 2017.
4. Практический справочник акушера-гинеколога. Под редакцией Е.Ф. Кира. — СПб., 2017.
5. Репина М. А. Кровотечения в акушерской практике. — М., 2018.

# Соматические заболевания, отравления и беременность.  ГЭОТАР Медиа, Макурина Т.Э., Кочергин Н.Г. 2022.

1. Славянова И.К. Сестринский уход в акушерстве и гинекологии. Феникс, 2021.
2. Радзинский В.Е. Акушерство. М.: ГЭОТАР Медиа, 2019.