Последовой и послеродовый период

5.5.3. Течение родов в последовом периоде

После рождения плода наступает третий, последовый, период родов. Утомленная роженица лежит спокойно и ровно дышит, пульс начинает замедляться. Как реакция на перенесенное большое физическое напряжение возможен непродолжительный озноб. Кожные покровы имеют обычную розовую окраску, температура тела нормальная.

Дно матки сразу после изгнания плода располагается на уровне пупка (рис. 5.19). Последовые схватки слабые и почти не беспокоят роженицу. Они ощущаются преимущественно многорожавшими женщинами. Кровотечение из родовых путей обычно незначительно.

При каждой последовой схватке матка становится плотной, постепенно уплощаясь и поднимаясь вверх и вправо, выпячивая при этом брюшную стенку. Дно ее располагается выше и вправо от пупка. Это указывает на то, что плацента отделилась от плацентарной площадки. При опускании плаценты вместе с ретроплацентарной гематомой в нижний отдел матки контуры ее меняются. В нижней ее части, несколько выше лобка,"образуется неглубокая перетяжка, придающая матке форму песочных часов. Нижний отдел матки определяется в виде мягковатого образования. Тело матки в отличие от нижнего ее отдела определяется как округлое плотное образование. Когда послед опускается ниже и начинает давить на первичные крестцовые сплетения, у роженицы появляется позыв на дефекацию и при легкой потуге рождается послед. Одновременно из родовых путей выделяется до 300—500 мл крови (0,5 % массы тела) — результат отслойки плаценты от своего ложа. Кровопотеря больше в тех случаях, когда отделение плаценты начинается не с центра (по Шультце), а с ее края (по Дункану).

После рождения последа матка находится в состоянии резкого сокращения в срединном положении, выступая через брюшную стенку как плотное округлое образование. Дно ее обычно находится посередине между лоном и пупком.

5.6.4. Ведение последового периода

Последовый период начинается после рождения плода. Являясь самым кратковременным из всех периодов родов, он наиболее опасен из-за возможности кровотечения из матки в процессе отделения плаценты и рожде-

ния последа. Эти осложнения возникают чаще от несвоевременных вмешательств, которые нарушают физиологическое течение последового периода.

Большинством акушеров принята выжидательная тактика ведения последового периода, требующая от врача внимательного наблюдения за роженицей, чтобы своевременно распознать возникшие осложнения. В процессе наблюдения врач контролирует общее состояние роженицы, параметры гемодинамики, следит за состоянием мочевого пузыря, а главное — за характером и количеством кровяных выделений из матки, признаками отделения плаценты.

Врач оценивает общее состояние роженицы (цвет кожных покровов, реакция на окружающую обстановку), пульс, артериальное давление. Пульс должен быть хорошего наполнения, не более 100 ударов в минуту, а артериальное давление не должно снижаться более чем на 15—20 мм рт.ст. по сравнению с исходным.

В последовом периоде необходимо следить за состоянием мочевого пузыря и опорожнить его, если это не было произведено сразу после родов, поскольку переполнение мочевого пузыря задерживает сокращение матки и нарушает физиологический процесс отслойки плаценты.

Даже при физиологическом течении последового периода возможно выделение крови из половых органов. Появление небольшого кровотечения указывает на начавшуюся отслойку плаценты. При физиологической кро-вопотере (300—500 мл; 0,5 % массы тела) и в отсутствие признаков отделения плаценты, при хорошем состоянии роженицы последовый период ведут выжидательно в течение 30 мин.

Активное вмешательство становится необходимым в следующих ситуациях:

1. объем кровопотери при кровотечении превышает 500 мл, или 0,5 %массы тела;
2. при меньшей кровопотере, но ухудшении общего состояния роженицы;
3. при продолжении последового периода свыше 30 мин даже прихорошем состоянии роженицы и в отсутствие кровотечения.

Нередко отделившаяся плацента продолжает оставаться в родовых путях, препятствуя хорошему сокращению матки. Поэтому, если отделившаяся плацента не рождается, ее следует удалить наружными приемами, не дожидаясь 30 мин.

Активное вмешательство в третьем периоде родов начинается с определения признаков отделения плаценты.

Для того чтобы установить, отделилась плацента или нет, руководствуются следующими признаками.

Признак Шредера. Если плацента отделилась и опустилась в нижний сегмент или во влагалище, дно матки поднимается вверх и располагается выше и вправо от пупка; матка приобретает форму песочных часов.

Признак Чук&юва—Кюстнера. При надавливании ребром кисти руки на надлобковую область при отделившейся плаценте матка приподнимается вверх, пуповина же не втягивается во влагалище, а наоборот, еще больше выходит наружу (рис. 5.32, а,б).

Признак Альфельда. Лигатура, наложенная на пуповину у половой щели

роженицы, при отделившейся плаценте опускается на 8—10 см и ниже от Бульварного кольца.

Признак Довженко. Роженице предлагают дышать глубоко: если при выдохе пуповина не втягивается во влагалище, то плацента отделилась.

Признак Клейна. Роженице предлагают потужиться: при отделившейся плаценте пуповина остается на месте; если же плацента еще не отделилась, то пуповина после потуг втягивается во влагалище.

Одним из наиболее часто применяемых в практике методов определения отделения плаценты является признак Чукалова—Кюстнера.

Ни один из перечисленных признаков не является абсолютным для решения вопроса о совершившемся (или несовершившемся) отделении плаценты. Лишь наличие двух—трех из этих признаков позволяет правильно решить данный вопрос.

При наличии признаков отделения плаценты отделившийся послед удаляют наружными методами. При этом применяют следующие наружные методы удаления отделившегося последа.

Способ Абуладзе. После опорожнения мочевого пузыря переднюю брюшную стенку захватывают обеими руками в складку таким образом, чтобы были плотно обхвачены пальцами обе прямые мышцы живота (рис. 5.33). После этого роженице предлагают потужиться. Отделившийся послед при этом легко рождается благодаря устранению расхождения прямых мышц живота и значительному уменьшению объема брюшной полости.

Способ Креде—Лазаревича. Выполняется в определенной последовательности:

1. опорожняют мочевой пузырь катетером;
2. приводят дно матки в срединное положение;
3. производят легкое поглаживание (не массаж!) матки в целях ее сокращения;
4. обхватывают дно матки кистью той руки, которой акушер лучше владеет, с таким расчетом, чтобы ладонные поверхности четырех ее пальцев располагались на задней стенке матки, ладонь — на самом дне матки, а большой палец — на передней ее стенке (рис. 5.34);
5. одновременно надавливают на матку всей кистью в двух перекрещивающихся направлениях (пальцами — спереди назад, ладонью —сверху вниз) в направлении к лобку до тех пор, пока послед не родится из влагалища.

Способ Креде—Лазаревича применяют без наркоза. Наркоз необходим лишь в тех случаях, когда предполагают, что отделившийся послед задерживается в матке вследствие спастического сокращения маточного зева.

Иногда после рождения последа обнаруживается, что оболочки его задержались в матке. Для того чтобы удалить их из матки, родившуюся плаценту берут в руки и, медленно вращая, закручивают оболочки в канатик (рис. 5.35, а). В результате этого оболочки бережно отделяются от стенок матки и выделяются вслед за плацентой. Оболочки могут быть удалены и следующим приемом: после рождения плаценты роженице предлагают поднять таз вверх, опираясь на ступни. Плацента в силу своей тяжести потянет за собой оболочки, которые отслоятся от матки и выделятся наружу (рис. 5.35, б).

После полного рождения последа необходимо убедиться в его целости. Для этого послед, обращенный материнской поверхностью вверх, кладут на гладкий поднос или руки акушерки и внимательно осматривают сначала плаценту, а затем оболочки (рис. 5.36, 5.37). Если имеются дефекты дольки или части дольки, срочно под наркозом производят ручное удаление остатков плаценты, вводя руку в полость матки. При осмотре оболочек выясняют их целостность, а также обращают внимание на отдаленность места разрыва

от края плаценты, что позволяет определить расположение плацентарной площадки: чем ближе к краю плаценты произошел разрыв оболочек, тем ниже расположение плаценты в матке. Одновременно в оболочках выявляют кровеносные сосуды с целью обнаружения добавочной дольки плаценты (рис. 5.38). Если в оболочках имеются сосуды и на их пути нет дольки плаценты, значит, она задержалась в полости матки. Для ее удаления проводят ручное обследование матки. Если в полости матки задержались оболочки без плацентарной ткани, то необходимо под надзором также удалить их рукой, введенной в полость матки, даже если кровотечение не наблюдается.

Убедившись в целости последа, определяют его массу и размер площади материнской поверхности плаценты. После осмотра последа с помощью градуированного цилиндра определяют количество крови, потерянной роженицей (включая ретроплацентарную кровь). Наружные половые органы, нижнюю часть живота и внутренние поверхности бедер обмывают теплым дезинфицирующим раствором с жидким мылом. После этого осматривают наружные половые органы, включая преддверие влагалища и промежность, чтобы определить их целость, с помощью влагалищных зеркал — стенки влагалища и шейку матки. Осмотр с помощью зеркал производят на гинекологическом кресле или родовой кровати. С использованием обезболивания все обнаруженные разрывы зашивают.

Данными о состоянии последа, родовых путей дополняют записи, внесенные в историю родов. Сведения о целости последа в связи с особой важностью этого вопроса подписывает осмотревший послед врач.

• Следует всегда помнить, что роженицы в последовом периоде нетранспортабельны.

После рождения последа родившая женщина называется родильницей.

Первые 2 ч после родов родильницу оставляют в родильном зале, наблюдая за ее общим состоянием, пульсом, артериальным давлением, состоянием матки, характером кровяных выделений. Через 2 ч после родов, если все обстоит благополучно, родильницу переводят из родильного зала в послеродовое отделение.

Последовательность мероприятий при задержке отделения плаценты и отсутствии кровяных выделений из половых органов

(Роженица в третьем периоде родов нетранспортабельна. Отделение плаценты и выделение последа проводится на том же месте, где произошли роды.)

1. Катетеризация мочевого пузыря, после которой нередко происходят усиление сокращений матки и отделение плаценты.
2. Введение утеротонических препаратов через 15 мин после изгнания плода (окситоцин, внутривенно капельно 5 ЕД в 500 мл 5 %раствора глюкозы или по 0,5 мл внутримышечно через 15 мин2 раза) для увеличения сократительной способности матки.
3. Пункция или катетеризация локтевой вены и внутривенное введение кристаллоидов с целью осуществления адекватной коррекции возможной в последующем кровопотери.
4. При появлении признаков отделения плаценты выделение ее поодному из способов удаления отделившегося последа (Абуладзе,Гентеру, Креде—Лазаревичу).
5. В случае отсутствия признаков отделения плаценты в течение20—30 мин на фоне введения сокращающих средств производятсяручное отделение плаценты и выделение последа под наркозом.

После отделения плаценты и удаления последа из матки тщательно обследуются ее внутренние стенки для выявления добавочных долек, остатков плацентарной ткани и оболочек. Одновременно удаляются сгустки крови. После удачения последа матка обычно сокращается, плотно обхватывая руку. Если тонус матки не восстанавливается, то дополнительно вводят утеротонические препараты, производится наружно-внутренний массаж матки на кулаке. После того как матка сократилась, руку выводят из полости матки.

6. При подозрении на истинное приращение плаценты необходимопрекратить попытку отделения ее и произвести удаление матки(ампутация, экстирпация матки). Последствиями чрезмерногоусердия при попытках удалить ручным способом плаценту могутбыть массивное кровотечение и прободение матки.

симптомами — отсутствием признаков отделения плаценты и кровотечения. Матка при этом пальпируется в виде большого круглого образования равномерной твердой консистенции. Общее состояние роженицы не меняется.

22.1.2. Кровотечение в последовом периоде

Наиболее опасным осложнением последового периода является кровотечение. Кровопотеря, превышающая 0,5 % от массы тела (250—400 мл), считается патологической, а 1000 мл и более (1 % и более от массы тела) — массивной.

Причинами кровотечения в третьем периоде родов являются:

1. нарушение отделения плаценты и выделения последа из матки (гипотония матки, частичное плотное прикрепление или приращениеплаценты, аномалии строения и расположения плаценты, ущемлениеотделившегося последа в матке);
2. травмы мягких тканей родовых путей;
3. наследственные и приобретенные нарушения гемостаза (см. Нарушение системы гемостаза у беременных).

Нарушение отделения плаценты при ее частичном отделении от плацентарной площадки независимо от этиологического фактора (гипотония, плотное прикрепление или приращение) является причиной кровотечения, если доля плаценты отделилась, а остальная часть еще прикреплена к стенке матки (рис. 22.4).

При частичном отделении плаценты и задержке последа не наступает полного сокращения маточной мускулатуры. Разорванные маточно-плацен-тарные сосуды плацентарной площадки в области отделившейся части плаценты остаются открытыми, вследствие чего начинается кровотечение. Величина кровопотери зависит от степени сокращения маточных стенок и площади отделившейся плаценты.

Причиной кровотечения может быть не только нарушение отделения плаценты, но и нарушение выделения последа, которое наблюдается при дискоординации сокращений различных отделов матки. При этом возможна задержка уже отделившейся плаценты в матке за счет ущемления ее в одном из маточных углов или в нижнем сегменте из-за их сокращения и спазма

(рис. 22.5). Матка нередко приобретает форму "песочных часов", что затрудняет выделение последа. Как правило, указанная патология наблюдается при неправильном ведении последового периода. Несвоевременные, ненужные манипуляции, грубое захватывание матки или грубый контроль за отделением плаценты, массаж матки, попытки выжимания последа по Креде—Лазаревичу при отсутствии признаков отделения плаценты, влечение за пуповину, введение больших доз утеротонических препаратов нарушают физиологическое течение третьего периода родов, правильную последовательность сокращений различных отделов матки. При преждевременном сдавлении матки рукой выжимается ретроплацентарная гематома, которая в норме способствует отделению плаценты.

Клиническая картина. При нарушении отделения плаценты и выделения последа появляется кровотечение из родовых путей. Кровь жидкая, с примесью сгустков различной величины, вытекает не непрерывной струей, а как бы толчками, временно приостанавливаясь, чтобы через минуту-другую возобновиться с новой силой. Иногда первоначально кровь скапливается в полости матки и во влагалище, а затем выделяется сгустками, усиливаясь при применении наружных методов определения отделения плаценты. Задержка крови в матке и во влагалище нередко создает ложное представление об отсутствии кровотечения, вследствие чего мероприятия, направленные на его диагностику и остановку запаздывают. При наружном исследовании матки признаки отделения последа отсутствуют. Дно матки находится на уровне пупка или выше, отклоняясь при этом вправо. Общее состояние роженицы определяется степенью кровопотери и может быстро меняться. При отсутствии своевременной помощи развивается геморрагический шок.

Кровотечение, обусловленное травмой мягких тканей родовых путей. Кровотечение, появившееся к окончанию второго периода родов, чаще всего зависит от разрывов шейки матки. Небольшие травмы шейки матки не сопровождаются кровотечением, за исключением разрывов при предлежа-нии плаценты. В этой ситуации выраженная васкуляризация шейки матки приводит к массивным кровотечениям даже при небольших травмах. Чаще кровотечение наблюдается при разрывах или расслоении тканей шейки матки, когда в них попадают веточки шеечной артерии. Кровотечение при этом начинается сразу после рождения ребенка. Кровотечение из разрыва шейки матки иногда может быть массивным, способствуя развитию геморрагического шока и гибели роженицы, если своевременно его не распознать.

Разрывы в области клитора, где имеется большая сеть венозных сосудов, также сопровождаются сильным кровотечением. При этом источник кровотечения обнаруживается без затруднений.

Возможно также кровотечение из поврежденных расширенных вен влагалища. Поскольку их повреждения могут быть множественными, остановить кровотечение из варикозных узлов бывает трудно. При наложении швов на разрыхленную стенку влагалища они легко прорезаются, что может приводить к новому травмированию вен и усилению кровотечения.

Разрывы промежности или неизмененных стенок влагалища редко вызывают массивное кровотечение, если при этом не повреждаются крупные сосуды (ветви a.vaginalis или a.pudenda). Исключение составляют высокие разрывы влагалища, проникающие в своды. При этом могут обнажаться

Последовательность пособий при кровотечении в III периоде родов

1. Катетеризация мочевого пузыря. Пункция или катетеризациялоктевой вены с подключением внутривенных инфузий.
2. Определение признаков отделения плаценты (Шредера, Кюст-нера—Чукалова, Альфельда).
3. При положительных признаках отделения плаценты выделяютпослед по Креде—Лазаревичу, соблюдая следующий порядок:расположение матки по средней линии, легкий наружный массаж матки, правильное обхватывание матки (рис. 22.6), собственно выжимание. При отделении последа правильное выжимание с применением указанного метода обычно бывает успешным. Послед рождается вместе с потоком крови и сгустками.
4. При отсутствии признаков полного отделения последа следуетвсе же применить прием Креде—Лазаревича, первоначально безнаркоза, а при отсутствии эффекта — с применением наркоза,так как нельзя исключить ущемление последа в области нижнегосегмента или в одном из маточных углов. При использованиинаркоза устраняется спазм циркулярной мускулатуры и создаетсявозможность выделить отделившийся послед.
5. При отсутствии эффекта от применения наружных методов выделения последа необходимо произвести ручное отделение плаценты и выделение последа. В послеоперационном периоде необходимо ввести утеротонические препараты и время от временипроизводить наружный массаж матки и выжимание из нее сгустков по Креде—Лазаревичу.
6. Кровотечение, зависящее от разрывов шейки матки, клитора,промежности и влагалища, останавливается путем немедленногоих зашивания и восстановления целостности тканей. На разрывымягких родовых путей швы могут быть наложены только послевыделения последа. Исключение составляют разрывы клитора,когда возможно восстановление его целостности сразу послерождения ребенка. Видимое кровотечение из сосудов раны промежности после эпизиотомии на первом этапе останавливаютпутем наложения зажимов, а после удаления последа из матки —ушиванием.

основания широких маточных связок с массивным кровотечением при повреждении сосудов (маточные, влагалищные артерии и вены). Высокие разрывы влагалища чаще наблюдаются в сочетании с разрывом шейки матки. Такие разрывы встречаются, как правило, при оперативном родораз-решении, в частности при наложении акушерских щипцов.

Диагностика. В третьем периоде родов кровотечение, обусловленное задержкой плаценты в матке, следует дифференцировать от кровотечения из разрывов мягких тканей.

Клинически кровотечение при разрыве мягких тканей родовых путей характеризуется следующими признаками:

1. кровотечение возникает сразу после рождения ребенка;
2. несмотря на кровотечение, маткаплотная, хорошо сократившаяся;
3. кровь не успевает свернуться и вытекает из половых путей жидкойструйкой яркого цвета.

При наличии врожденных или наследственных дефектов гемостаза в крови, вытекающей из матки, длительное время не образуются сгустки.

Лечение. При наличии кровотечения в третьем периоде родов лечебные мероприятия должны быть четкими и быстрыми, направленными на отделение плаценты и выделение последа (см. с. 584), поскольку только при этих условиях мышцы матки сокращаются, приводя к остановке кровотечения.

22.2. ПАТОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

22.2.1. Кровотечение в раннем послеродовом периоде

Кровотечение из половых путей в раннем послеродовом периоде (в первые 2 ч после рождения последа) может быть обусловлено:

1. задержкой части последа в полости матки;
2. гипотонией и атонией матки;
3. наследственными или приобретенными дефектами гемостаза (см. Нарушения системы гемостаза у беременных);
4. разрывом матки и мягких тканей родовых путей (см.'Родовой травматизм матери).

Послеродовые кровотечения встречаются в 2,5 % случаев от общего количества родов.

Задержка частей последа в полости матки. Кровотечение, которое начинается после рождения последа, нередко зависит от того, что часть его (дольки плаценты, оболочки) задержалась в матке, препятствуя тем самым ее нормальному сокращению. Причиной задержки частей последа в матке чаще всего является частичное приращение плаценты, а также неумелое ведение последового периода (чрезмерная активность). Диагностика задержки частей последа в матке не представляет трудностей. Эта патология выявляется сразу после рождения последа, при его тщательном осмотре, когда определяется дефект тканей.

При наличии дефекта тканей плаценты, оболочек, рваного последа, а также сосудов, расположенных по краю плаценты и оторванных в месте их перехода на оболочки (возможность наличия оторвавшейся добавочной дольки, задержавшейся в полости матки), или даже при сомнении в целостности последа необходимо срочно произвести ручное обследование матки и удалить ее содержимое. Эта операция при дефектах последа производится и при отсутствии кровотечения, поскольку нахождение частей последа в матке в конечном итоге рано или поздно приводит к кровотечению, а также к инфицированию.

Гипотония и атония матки. Наиболее частыми причинами кровотечения в раннем послеродовом периоде являются гипотония и

атония матки, при которых нарушается послеродовой гемостаз и не происходит констрикции разорванных сосудов в области плацентарной площадки. Под гипотонией матки понимают такое состояние, при котором происходят значительное снижение ее тонуса и уменьшение сократительной способности; мышцы матки при этом реагируют на различные раздражители, но степень этих реакций неадекватна силе раздражения. Гипотония — обратимое состояние (рис. 22.7).

При атонии миометрий полностью теряет тонус и сократительную способность. Мышцы матки не реагируют на раздражители. Наступает своеобразный "паралич" матки. Атония матки встречается чрезвычайно редко, но она может быть источником массивного кровотечения.

К гипотонии и атонии матки предрасполагают чрезмерно молодой или пожилой возраст рожениц, нейроэндокринная недостаточность, пороки развития матки, миома, дистрофические изменения мышц (перенесенные ранее воспалительные процессы, наличие рубцовой ткани, большое число предшествующих родов и абортов); перерастяжение матки во время беременности и родов (многоплодие, многоводие, крупный плод); стремительные или затянувшиеся роды при слабости родовой деятельности и длительной активации окситоцином; наличие обширной плацентарной площадки, особенно в нижнем сегменте. При сочетании нескольких из перечисленных выше причин наблюдаются выраженная гипотония матки и кровотечение.

Тяжелые формы гипотонии матки и массивные кровотечения, как правило, сочетаются с нарушениями гемостаза, протекающими по типу диссе-минированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром). В связи с этим особое место занимают кровотечения, появляющиеся после шока различной этиологии (токсического, болевого, анафилактического), коллапса, связанного с синдромом сдавления нижней половой вены, или на

Мероприятия по остановке кровотечения при нарушении сократительной способности матки

Все мероприятия по остановке кровотечения проводят на фоне инфузионно-трансфузионной терапии в такой последовательности.

1. Опорожнение катетером мочевого пузыря.
2. При кровопотере, превышающей 350 мл, через переднюю брюшнуюстенку производят наружный массаж матки. Положив руку на дноматки, начинают делать легкие массирующие движения. Как только матка становится плотной, применяя прием Креде—Лазаревича,выжимают из нее скопившиеся сгустки. Одновременно вводятутеротонические препараты (окситоцин, метилэргометрин). Хорошо зарекомендовал себя отечественный препарат ораксопростол.На нижнюю часть живота кладут пузырь со льдом.
3. При продолжающемся кровотечении и потере крови более 400 млили при большой скорости кровотечения необходимо под наркозом произвести ручное обследование матки, во время которогоудаляют ее содержимое (оболочки, сгустки крови), после чегопроизводится наружно-внутренний массаж матки на кулаке (рис.22.8). Руку, находящуюся в матке, сжимают в кулак; на кулаке,как на подставке, наружной рукой через переднюю брюшнуюстенку массируют последовательно различные участки стенкиматки, прижимая в то же время матку к лобковому симфизу.Одновременно с ручным обследованием матки внутривенно ка-пельно вводят окситоцин (5 ЕД в 250 мл 5 % раствора глюкозы)с простагландинами. После того как матка сократится, рукуизвлекают из матки. В последующем проверяют тонус матки ивнутривенно капельно вводят препараты, сокращающие матку.
4. При продолжающемся кровотечении, объем которого составил1000—1200 мл, следует решить вопрос об оперативном лечениии удалении матки. Нельзя рассчитывать на повторное введениеокситоцина, ручное обследование и массаж матки, если в первыйраз они были неэффективны. Потеря времени при повторенииэтих методов приводит к увеличению кровопотери и ухудшениюсостояния родильницы: кровотечение приобретает характер массивного, нарушается гемостаз, развивается геморрагический шоки прогноз для больной становится неблагоприятным.

В процессе подготовки к операции используют ряд мероприятий, препятствующих притоку крови к матке и вызывающих ее ишемию, тем самым усиливая сокращения матки. Этого добиваются прижатием брюшной аорты к позвоночнику через переднюю брюшную стенку (рис. 22.9). Для усиления сокращений матки можно применять наложение клемм на шейку матки по Бакшееву. С этой целью шейку матки обнажают зеркалами. На ее боковые стороны накладывают по 3—4 абортцанга. При этом одну ветвь зажима

располагают на внутренней поверхности шейки, вторую — на наружной. Потягивая рукоятки зажимов, матку смещают вниз.

Рефлекторное воздействие на шейку матки и возможное сдав-ление нисходящих ветвей маточных артерий способствуют уменьшению кровопотери. Если кровотечение прекращается, то аборт-цанги постепенно убирают.

Хирургическое лечение при гипотонии матки должно проводиться на фоне интенсивной комплексной терапии, инфузионно-трансфузионной терапии с применением современного наркоза, искусственной вентиляции легких.

Если операция выполнена быстро при кровопотере, не превысившей 1300—1500 мл, а комплексная терапия позволила стабилизировать функции жизненно важных систем, можно ограничиться надвлагалищной ампутацией матки. При продолжающемся кровотечении с явным нарушением гемостаза, развитием ДВС-синдрома и геморрагического шока показана экстирпация матки. Во время операции (экстирпации или ампутации) следует дренировать брюшную полость, после экстирпации дополнительно оставляют незашитым влагалище. Перевязка сосудов матки как самостоятельный хирургический метод остановки кровотечения не получил распространения.

После экстирпации матки на фоне развернутой картины ДВС-синдрома возможно кровотечение из культи влагалища. В этой ситуации необходимо произвести перевязку внутренних подвздошных артерий.

Перспективным представляется метод остановки кровотечения путем эмболизации маточных сосудов.

фоне кислотно-аспирационного синдрома (синдром Мендельсона), при эмболии околоплодными водами. Причиной гипотонии матки при указанных патологических состояниях является блокада сократительных белков матки продуктами деградации фибрина (фибриногена) или околоплодными водами (чаще эмболия связана с проникновением небольшого количества околоплодных вод, тромбопластин которых запускает механизм ДВС-синдрома).

Массивные кровотечения после родов могут быть проявлением синдрома полиорганной недостаточности, наблюдаемого при гестозах, экстрагени-тальной патологии. При этом на фоне микроциркуляторной недостаточности в мышцах матки развиваются ишемические и дистрофические изменения, кровоизлияния, характеризующие развитие синдрома шоковой матки. Существует взаимосвязь между степенью тяжести общего состояния женщины и глубиной поражения матки.

Клиническая картина. Основным симптомом гипотонии матки является кровотечение. Кровь выделяется сгустками различной величины или вытекает струей. Кровотечение может иметь волнообразный характер: останавливается, вновь возобновляясь. Последовые схватки редкие и короткие. При осмотре матка дряблая, большого размера, верхняя граница ее доходит до пупка и выше. При проведении наружного массажа матки из нее

выделяются сгустки крови, после чего тонус матки может восстанавливаться, но затем вновь возможна гипотония.

При атонии матка мягкая, тестова-тая, контуры ее не определяются. Матка как бы расплывается по брюшной полости. Дно ее доходит до мечевидного отростка. Возникает непрерывное и обильное кровотечение. Если не оказать своевременную помощь, быстро развивается клиническая картина геморрагического шока. Появляются бледность кожного покрова, тахикардия, гипотен-зия, похолодание конечностей. Количество теряемой родильницей крови не всегда соответствует тяжести заболевания. Клиническая картина во многом зависит от исходного состояния родильницы и от скорости кровотечения. При быстрой кровопотере геморрагический шок может развиться в считанные минуты.

Диагностика. С учетом характера кровотечения и состояния матки, диагностика гипотонии матки не представляет трудностей. В начале кровь выделяется со сгустками, в последующем она теряет способность к свертыванию. Степень нарушения сократительной способности матки можно уточнить при введении руки в ее полость во время ручного обследования. При нормальной моторной функции матки сила маточных сокращений отчет-

либо ощущается рукой, введенной в ее полость. При атонии сокращений нет, матка не реагирует на механические раздражения, в то время как при гипотонии отмечаются слабые сокращения в ответ на механические раздражения.

Дифференциальная диагностика обычно проводится между гипотонией матки и травматическими повреждениями родового канала. Сильное кровотечение при расслабленной большой и плохо контурируемой через переднюю брюшную стенку матке свидетельствует о гипотоническом кровотечении; кровотечение при плотной, хорошо сократившейся матке указывает на повреждения мягких тканей, шейки матки или влагалища, которые окончательно диагностируются путем осмотра с помощью влагалищных зеркал. Мероприятия по остановке кровотечения — см. с. 587—588.

Профилактика. В послеродовом периоде профилактика кровотечения включает в себя следующее.

1. Своевременное лечение воспалительных заболеваний, борьба с искусственными абортами и невынашиванием.
2. Рациональное ведение беременности, профилактика гестозов и осложнений беременности, полноценная психофизиопрофилактическая подготовка к родам.
3. Рациональное ведение родов: правильная оценка акушерской ситуации, оптимальная регуляция родовой деятельности, обезболивание родов исвоевременное решение вопроса об оперативном родоразрешении.
4. Рациональное ведение последового периода, профилактическое введение медикаментозных средств, вызывающих сокращение матки, начинаяс конца периода изгнания, включая последовый период и первые 2 ч раннегопослеродового периода.
5. Повышение сократительной способности послеродовой матки.

Обязательны опорожнение мочевого пузыря после рождения ребенка, лед на низ живота после рождения последа, периодический наружный массаж матки, тщательный учет количества теряемой крови и оценка общего состояния родильницы.