



*Современная хирургическая тактика при
ожидаемом массивном маточном
кровотечении*

*«Материнство может осуществляться без участия медицины.
Так собственно было в течение не одного тысячелетия. Однако
только медицина может сделать материнство безопасным и
эффективным»*

Проф. Медведь В.И.



заместитель директора по акушерству и
гинекологии ГУ РНПЦ «Мать и дитя»

Нагибович С.Ю.

Глебова И.А.

Дорошевич В.В.

Юрлевич Д.И.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ АСОГ КОМИТЕТ

- ⊙ В 1930-1950 гг. - 1 случай на 30 000 родов
- ⊙ В 1950-1960 гг. - 1 случай на 19 000 родов
- ⊙ В 1980 г. - 1 случай на 7000 родов
- ⊙ Настоящее время - 1 случай на 2500 родов



АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

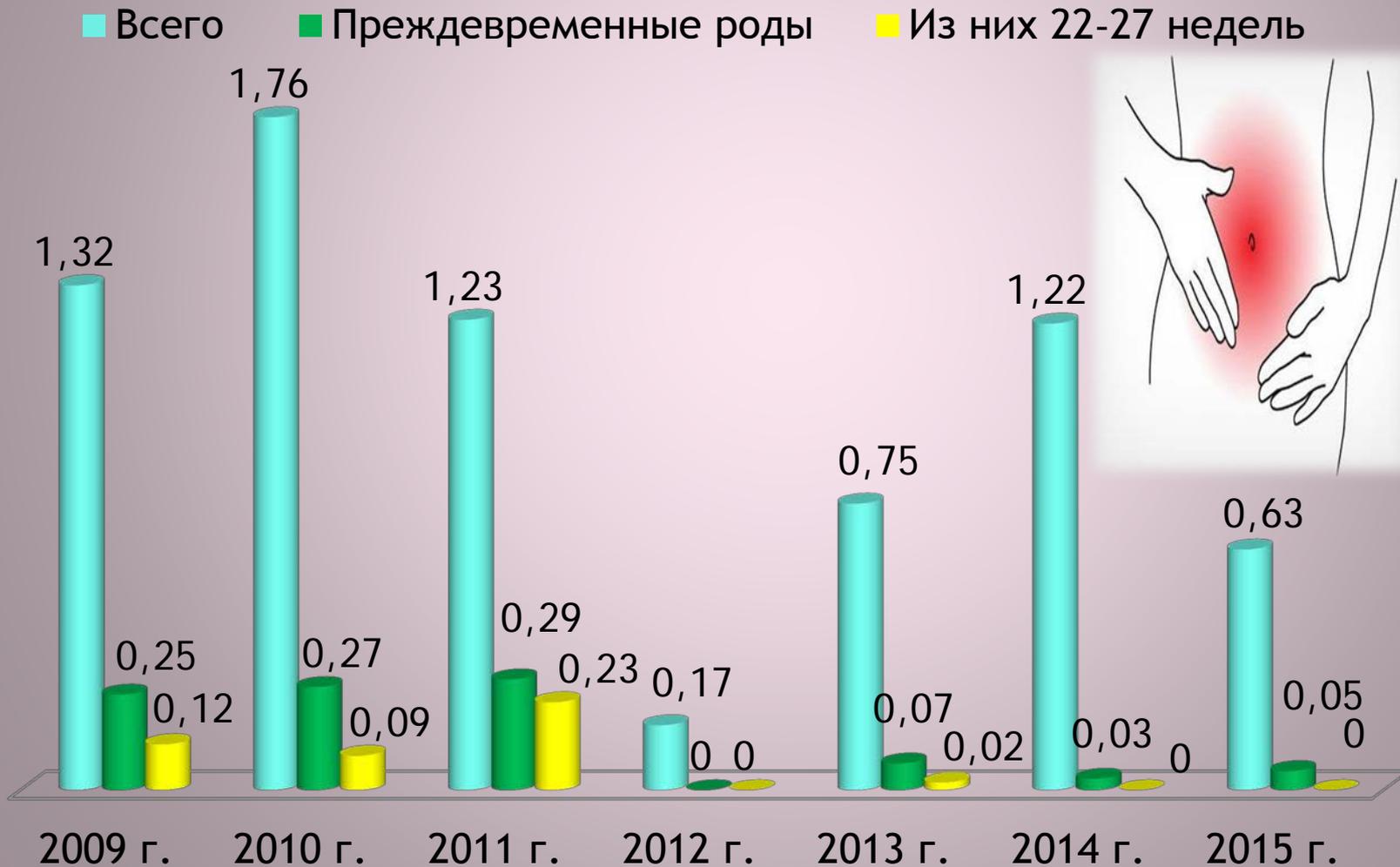
В РНПЦ «Мать и дитя»

- В 2015 г. - 9 случаев на 4088 родов = 2,2 на 1000 родов
- В 2014 г. - 4 случая на 3071 родов = 1,3 на 1000 родов
- В 2013 г. - 2 случая на 4006 родов = 0,5 на 1000 родов
- В 2012 г. - 1 случай на 3088 родов = 0,3 на 1000





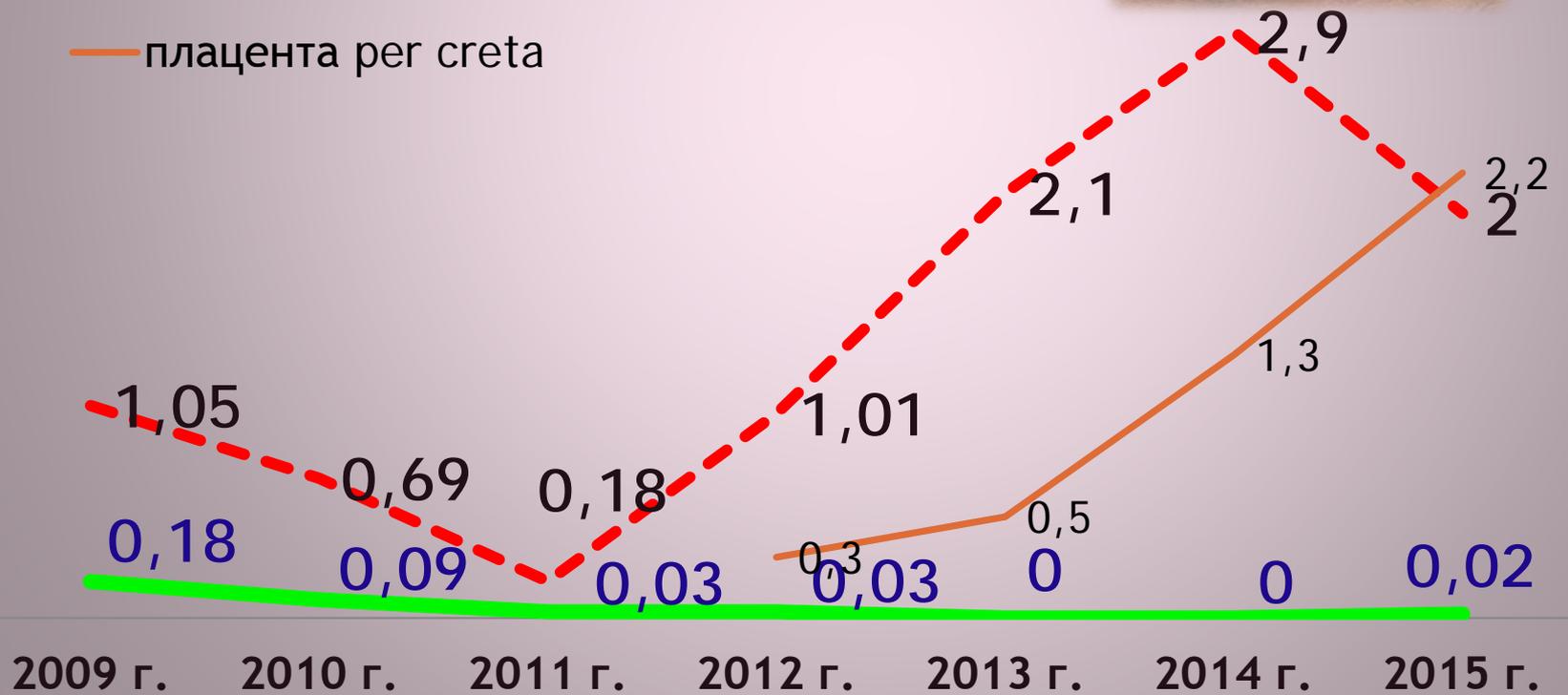
ЧИСЛО РОДИЛЬНИЦ, КОТОРЫМ ПРОВЕДЕНО ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ В ГУ РНПЦ «МАТЬ И ДИТЯ» ЗА 2009 - 2015 ГГ. (НА 100 РОДОВ, %)



ДИНАМИКА КОЛИЧЕСТВА КРОВОТЕЧЕНИЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОТСЛОЙКИ И ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ (БЕЗ ВРАЩЕНИЯ) ЗА ПЕРИОД 2009 - 2015 ГГ. (НА 100 РОДОВ, %)



- кровотечений в результате отслойки плаценты
- экстирпации/ампутации в результате кровотечения
- плацента per creta





*-Причина неуправляемой
кровопотери в акушерских
осложнениях*

ЦЕНТРАЛЬНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ С ВРАЩЕНИЕМ PER CRETA

Проблемы и пути их минимизации:

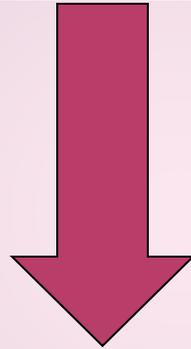
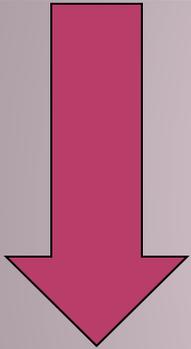
- Установка диагноза
- Плановость госпитализации и родоразрешения
- Оптимизация хирургических технологий
- Развитие технологий вспомогательных служб
- Междисциплинарное содружество с:
анестезиологами-реаниматологами,
трансфузиологами, службой ангиографии,
неонатологическое сопровождение
- Наличие соответствующего оборудования
- Обучение высококвалифицированных врачей
- Наличие необходимого лекарственного обеспечения





ЦЕЛЬ - МИНИМИЗИРОВАТЬ КРОВОПОТЕРЮ, ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Периоперационные технологии сбережения крови



1 этап -
предоперационный

2 этап- операционный

3 этап-
послеоперационный

ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СБЕРЕЖЕНИЯ КРОВИ

1 этап - предоперационный

Диагностические критерии степени вращения

- Выработка стратегического плана предстоящего хирургического вмешательства консилиумом совместно с анестезиологами-реаниматологами;
- Клиническое и лабораторное обследование жизненно важных функций и систем
- Своевременная диагностика и коррекция анемии и нарушений гемостаза;
- Предварительная заготовка трансфузионных сред;
- Подготовка оборудования и лекарственных средств;
- Выбор анестезиологического пособия, операционной бригады.



ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СБЕРЕЖЕНИЯ КРОВИ

2-й этап периоперационной подготовки

- Катетеризация центральной вены, двух периферических вен катетера
- Спинальная анестезия
- Установка окклюзионных баллонных катетеров в общие подвздошные вены и катетеризация маточных артерий
- Эндотрахеальный наркоз многокомпонентный
- Нижнесрединная лапаротомия с обходом пупка и донное кесарево сечение;
- Извлечение ребенка, перевязка пуповины ниткой, ушивание разреза на матке;
- Производится эмболизация маточных сосудов и раздуваются баллоны поочередно справа и слева в зависимости от стороны работы хирургов.
- Дренирование брюшной полости по показаниям (в случае развития ДВС-синдрома)



ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СБЕРЕЖЕНИЯ КРОВИ

3 период - послеоперационный

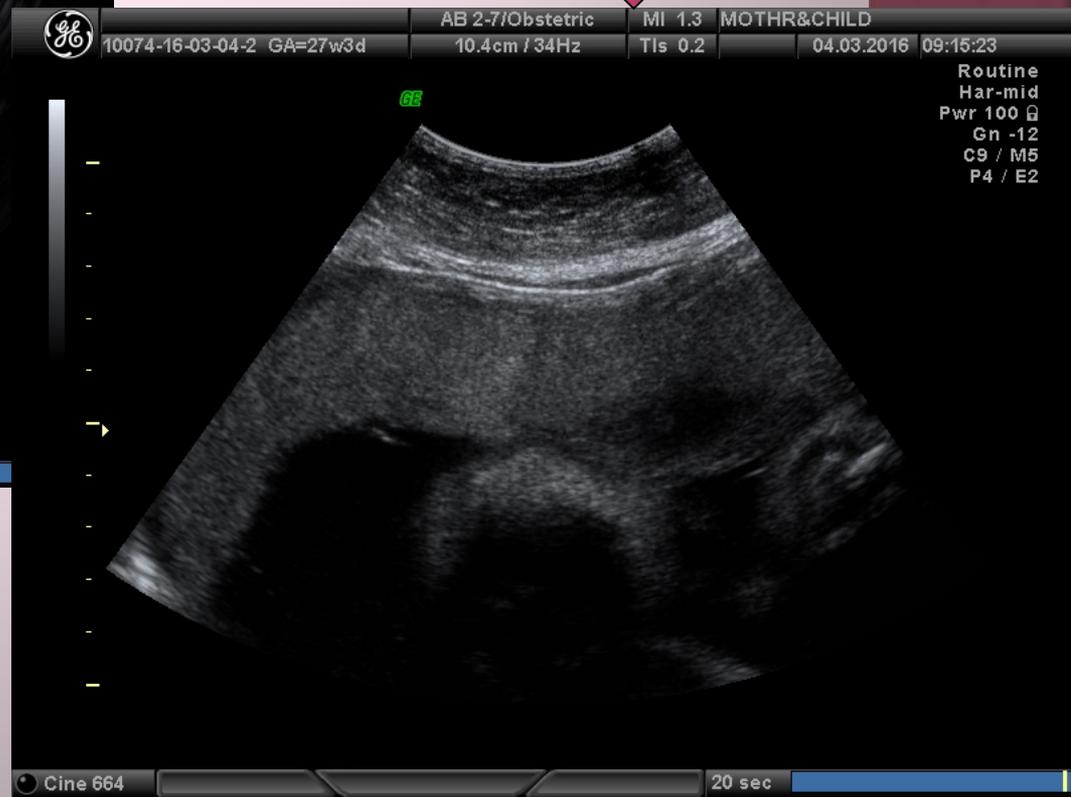
- Впервые временная баллонная окклюзия подвздошных артерий во время кесарево сечения проведена 29 декабря совместно РНПЦ «Мать и дитя» и РНПЦ «Трансплантологии»



ДИАГНОСТИКА ПЛАЦЕНТЫ PER CRETA

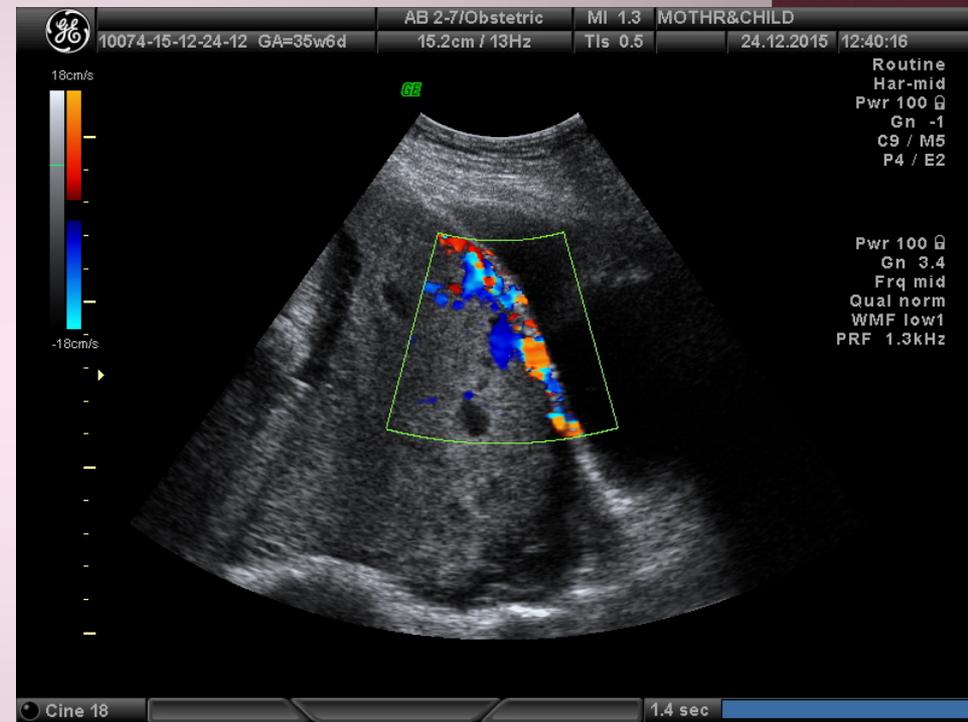
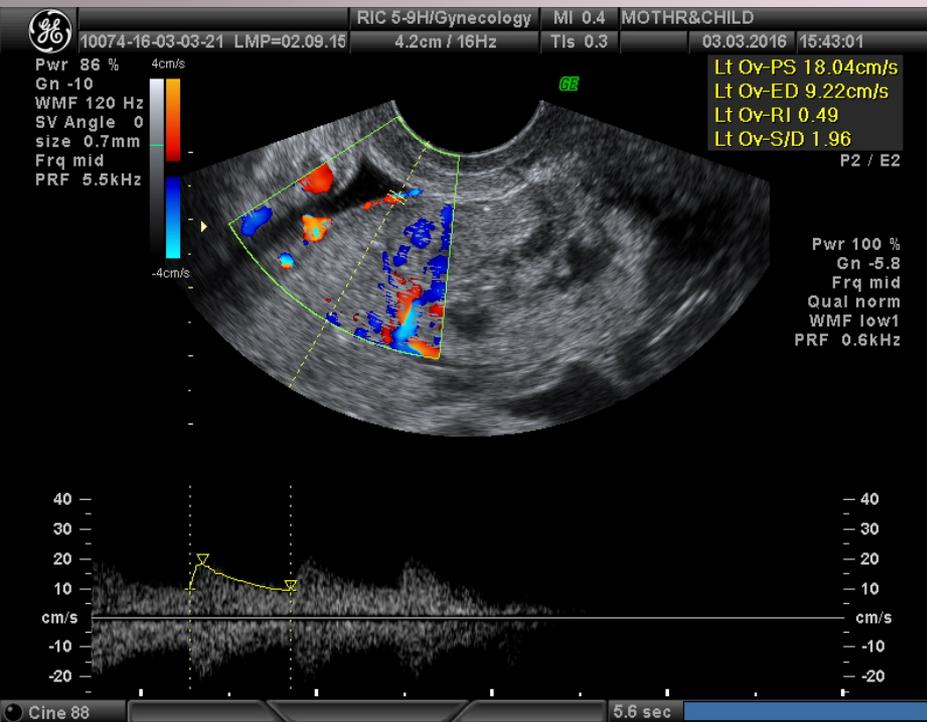


Нормальная плацента без
плацентарных лакун и отсутствие
расширенного межворсинчатого
пространства

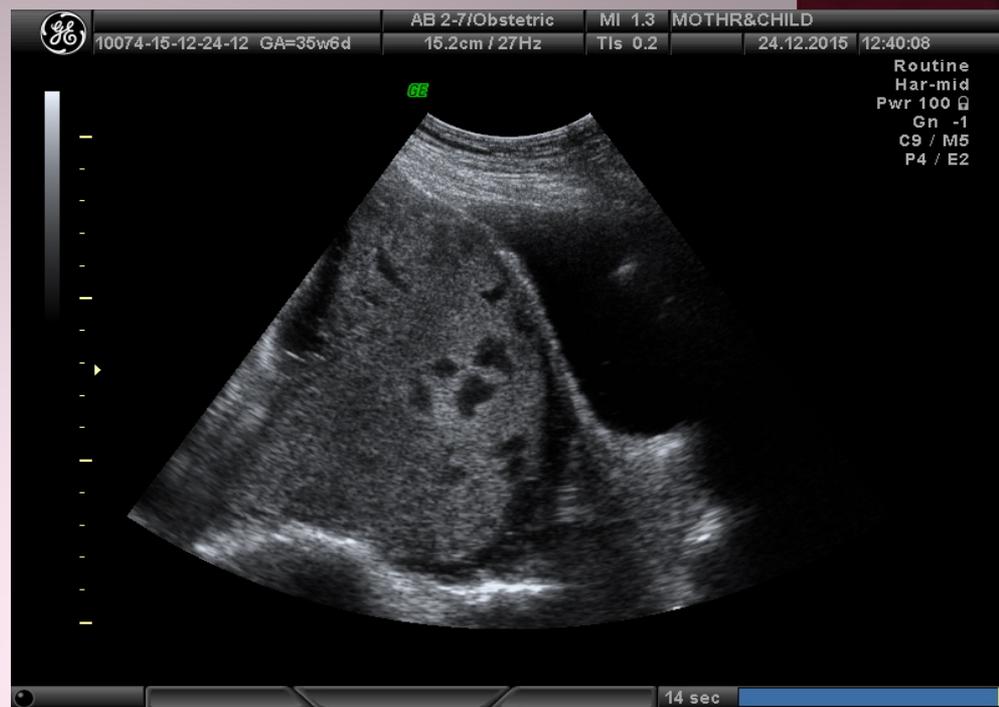


Расширенные участки межворсинчатых
пространств (анэхогенные включения
неправильной формы без гиперэхогенных
ободков). Чувствительность признака 93% ,
специфичность 78%

ДИАГНОСТИКА ПЛАЦЕНТЫ PER CRETA



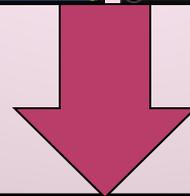
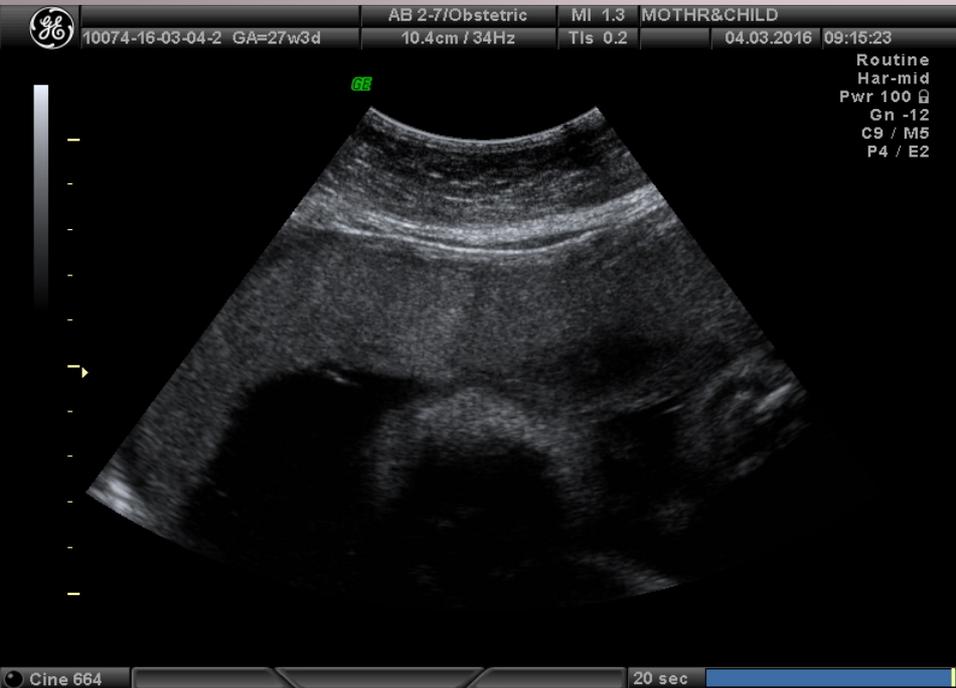
- Диффузный или локальный высоко- скоростной турбулентный поток венозного типов плацентарных лакунах
- Гиперваскуляризация границы серозной оболочки матки с мочевым пузырем



**Истончение миометрия меньше 1 мм. или
исчезновение визуализации миометрия (между
эхогенной серозной зоной и ретроплацентарными**



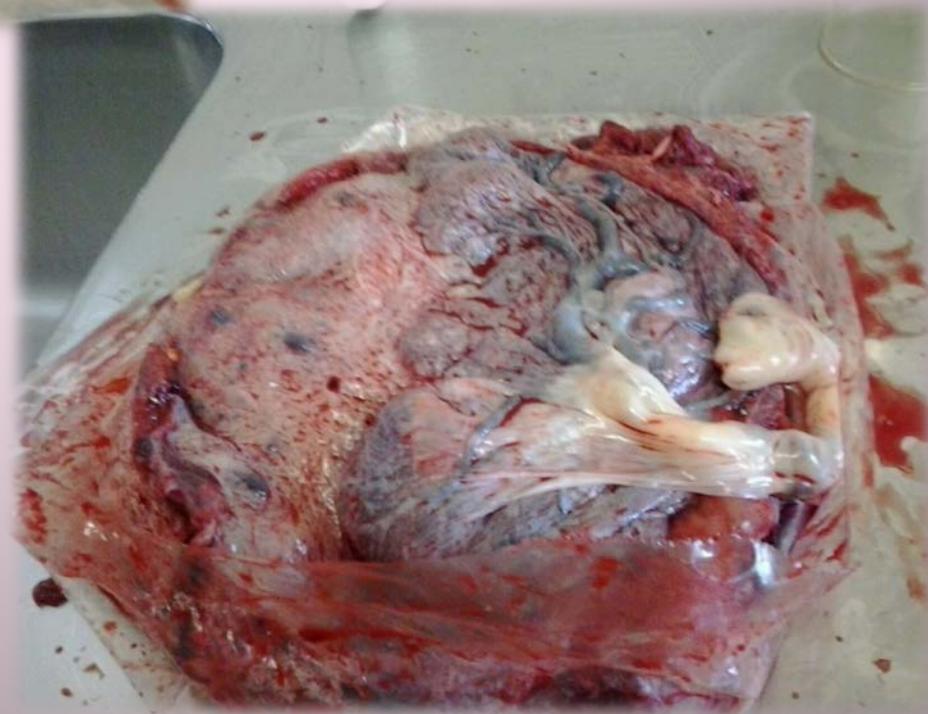
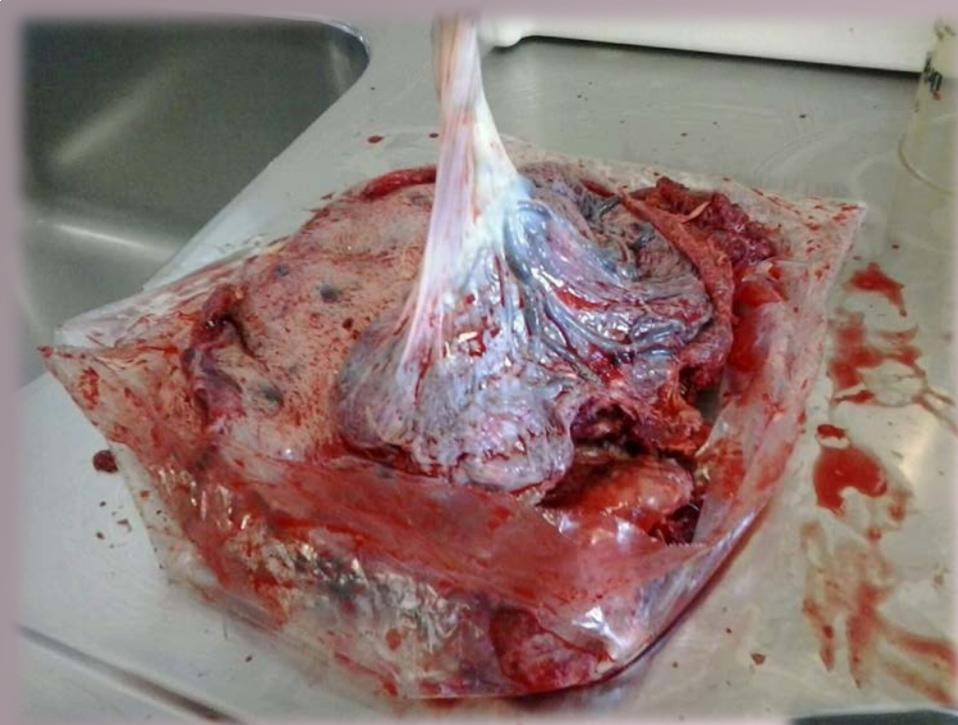
ДИАГНОСТИКА ПЛАЦЕНТЫ PER CRETA



**Нарушение нормальной архитектоники сосудов
плацентарной площадки в виде исчезновения
типичной васкуляризации гипоехогенной
ретроплацентарной зоны. Чувствительность -
52%, специфичность-57%.**

**В режиме серошкального изображения
чувствительность метода ультразвуковой
диагностики приращения плаценты 77-88
,специфичность – 96-98%**

**Чувствительность диагностических
критериев с использованием метода МРТ
составляет 72-90 %, специфичность –
88%**



ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕХНОЛОГИИ АНГИОГРАФИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПРИ PLACENTA PERCRETA



1

- Эффект кровосбережения
- Сокращение время операции

2

- Сокращение времени пребывания на реанимационной койке
- Возможность реконструктивно-пластических вмешательств с сохранением органа

3

- Улучшенные условия для хирурга
- Увеличивает возможность сохранения репродуктивной функции путем сохранения органа





Спасибо за внимание!

