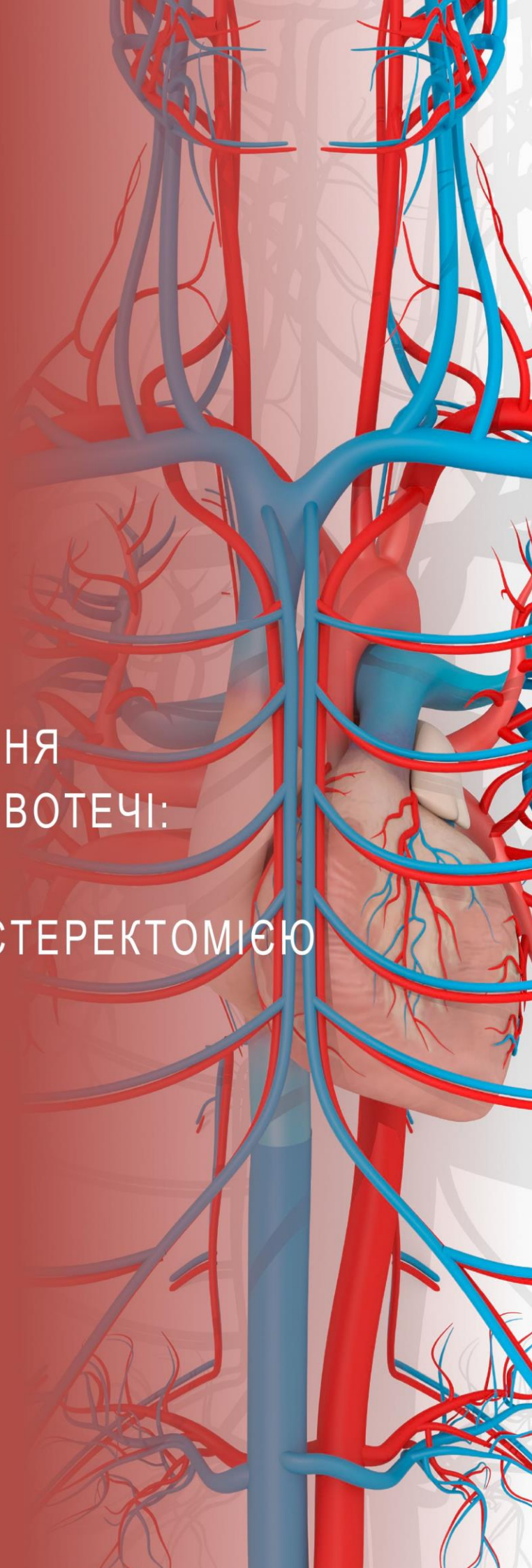


РОЗДІЛ 27

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ
ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ КРОВОТЕЧІ:
КОМПРЕСІЯ МАТКИ ТА
КЕСАРІВ РОЗТИН З ГІСТЕРЕКТОМІЄЮ



Оперативне лікування післяпологової кровотечі: компресія матки та кесарів розтин з гістеректомією

Цей розділ розглядає оперативне лікування післяпологової кровотечі. Незважаючи на те, що основна увага цього модуля приділяється оперативному лікуванню післяпологової кровотечі (ППК), також буде представлено загальний огляд принципів діагностики та початкового медикаментозного лікування.

Цілі навчання

До кінця курсу ASSET учасники повинні вміти наступне:

1. Назвати показання до оперативного втручання з приводу післяпологової кровотечі (ППК).
2. Описати техніки накладання компресійних швів, встановлення балона Бакрі та лігування маткових артерій для контролю ППК.
3. Розуміти показання та описувати техніку кесаревого розтину з гістеректомією.
4. Продемонструвати етапи хірургічного втручання на матці, лігування маткових артерій та виконання кесаревого розтину з гістеректомією.

Загальні особливості

- Післяпологова кровотеча (ППК) є досить поширеною та потенційно загрозливою для життя ситуацією; зазвичай визначається, як втрата крові понад один літр після вагінальних пологів або пологів шляхом кесаревого розтину, зниження гематокриту на 10% і/або потреба в переливанні крові.
- ППК найчастіше виникає під час кесаревого розтину.
- Визначення джерела ППК:
 - Тонус — Більшість випадків спричинені атонією матки, і на усунення цього механізму здебільшого націлене медикаментозне лікування.
 - Ятрогенія — Під час кесаревого розтину розширення розрізу матки може призвести до травмування сусідніх судин. Під час вагінальних

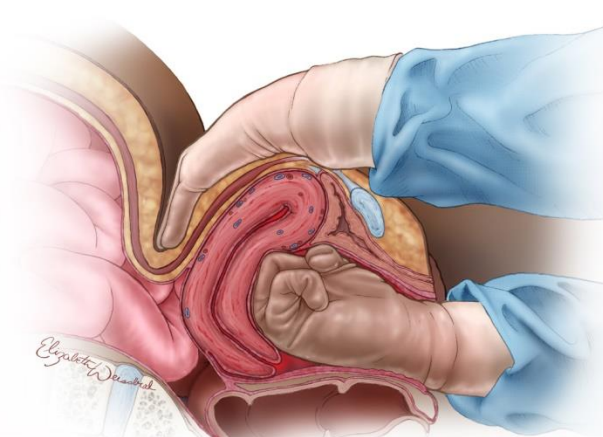
- пологів можлива кровотеча внаслідок розривів шийки матки або промежини.
- Тканини — Залишки фрагментів плаценти після вагінальних пологів або аномалії плаценти (справжнє прирощення чи передлежання плаценти), виявлені під час кесаревого розтину, можуть посилити кровотечу та завадити ефективному скороченню матки.
- Тромбін — Коагулопатія, яка може існувати до того або розвинутися внаслідок тривалої кровотечі.
- Показання до оперативного лікування:
 - Після вагінальних пологів: продовження кровотечі, яка не відповідає на медикаментозне лікування, або гемодинамічна нестабільність.
 - Під час кесаревого розтину: значна кровотеча, яка не відповідає на масаж матки чи застосування утеротоніків, або кровотеча внаслідок судинних ушкоджень чи аномального розташування плаценти.

Початкове лікування

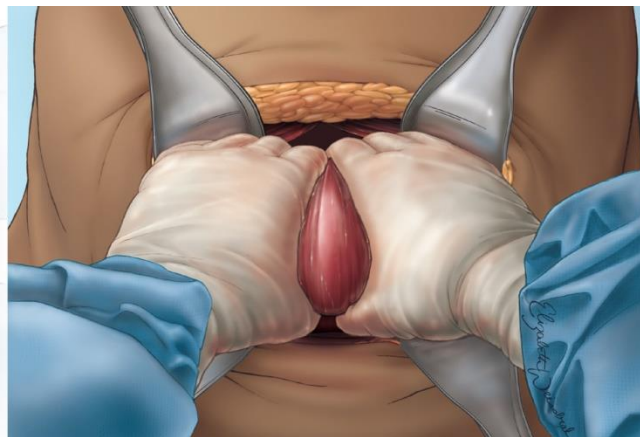
- Визначте джерело кровотечі та починайте ресусcitaцію, активуючи протокол масивної трансфузії для досягнення збалансованої ресусcitaції.
- Визначте чи ціла плацента, і проведіть ручне вишкрібання матки трансвагінально або через гістеротомічний розріз, видаливши будь-які тканини або фрагменти оболонки, що залишилися.
- Розгляньте можливість ультразвукового дослідження черевної порожнини для оцінки наявності залишкових часточок.

АТОНІЯ

- Атонія виникає через нездатність матки скоротитися навколо місця від'єднання плаценти.
- Лікування першої лінії - бімануальний масаж матки (Мал. 1 - для вагінальних пологів і Мал. 2 - для кесаревого розтину).
- Медикаментозне лікування розпочинається одразу після масажу матки (Таблиця 1).



Малюнок 1. Бімануальний масаж матки після вагінальних пологів.



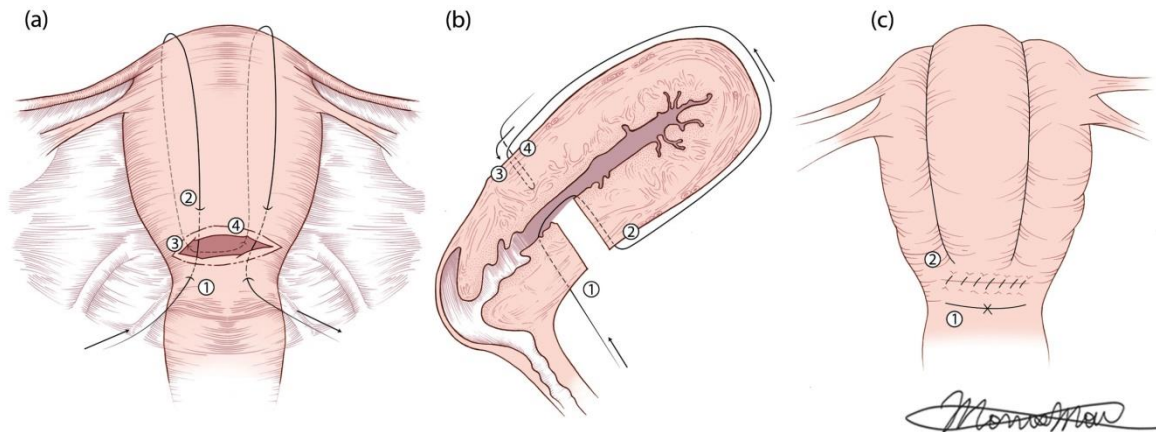
Малюнок 2. Зовнішній масаж матки у випадку кесаревого розтину.

Таблиця 1: Ліки/Дозування при післяпологовій кровотечі*

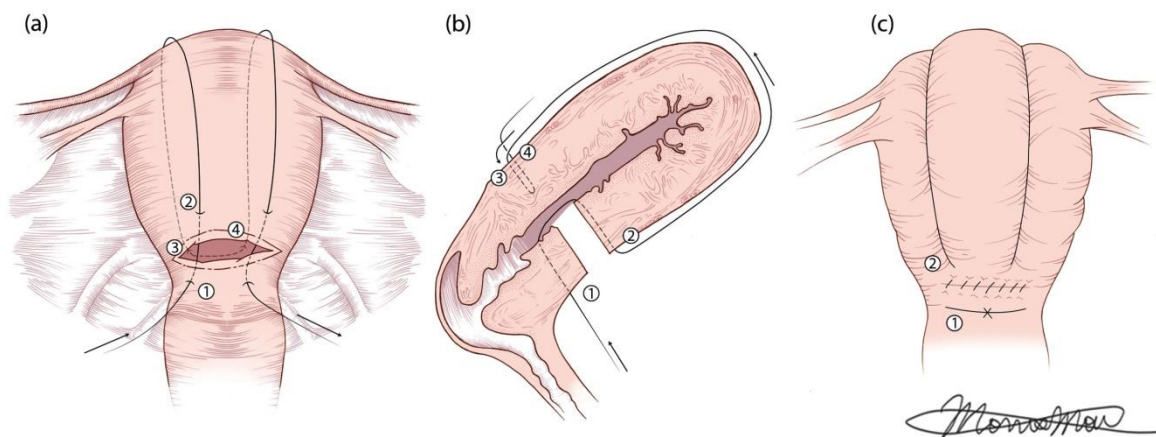
ПРЕПАРАТ	ДОЗУВАННЯ	ПОЧАТОК ДІЇ	ПРОТИПОКАЗАННЯ
Окситоцин	10–40 одиниць у 500–1000 мл фізрозчину або розчину Рінгера, швидка внутрішньовенна інфузія	2–3 хвилини	Рідко, гіперчутливість до препарату
Метилергометрин	0,2 мг внутрішньом'язово АБО у міометрій кожні 2–4 години	3–5 хвилин	Гіпертензія, прееклампсія, астма, синдром Рейно
Простагландин F2-альфа	0,25 мг внутрішньом'язово АБО у міометрій кожні 15 хвилин (до 8 доз)	Пік концентрації через 15 хвилин	Астма, порушення функції нирок, легенева гіпертензія, гострі захворювання печінки, легень або серця
Мізопростол	600–1000 мкг перорально, ректально або під язик, одноразово	3–5 хвилин	Рідко, гіперчутливість до препарату або простагландинів
Транексамова кислота (ТХА)	1 г внутрішньовенно за 10 хвилин (додати 1 г у 100 мл фізрозчину і вводити протягом 10 хв)	5–15 хвилин	Субарахноїдальна кровотеча, активне внутрішньосудинне тромбоемболізація, гіперчутливість до ТХА

*Адаптовано з Бюлетеня медичної практики Американського коледжу акушерів і гінекологів, №183: Післяпологова кровотеча, жовтень 2017

- Оперативне лікування з накладанням компресійних або лігатурних швів показане при атонії, що не реагує на лікування, при передлежанні плаценти або підозрі на прирощення плаценти, а також у поєднанні з іншими допоміжними методами лікування, такими як тампонада.
 - Найчастіше використовуються хромовані нитки 0 або 1.
- **Шов Б-Лінча (B-Lynch)** (Мал. 3) виконується наступним чином:
 - Голка з ниткою вводиться нижче розрізу матки і виходить над верхнім краєм розрізу.
 - У більшості випадків гістеротомічний розріз вже закритий; його не відкривають повторно, накладаючи шви у тих самих місцях.
 - Нитку проводять над верхньою частиною матки і через задню стінку матки на тому ж рівні і з того ж боку, де перед тим було прошито два краї розрізу.
 - Шов далі ведуть латерально через задню стінку матки, а потім виводять назад понад верхньою частиною матки.

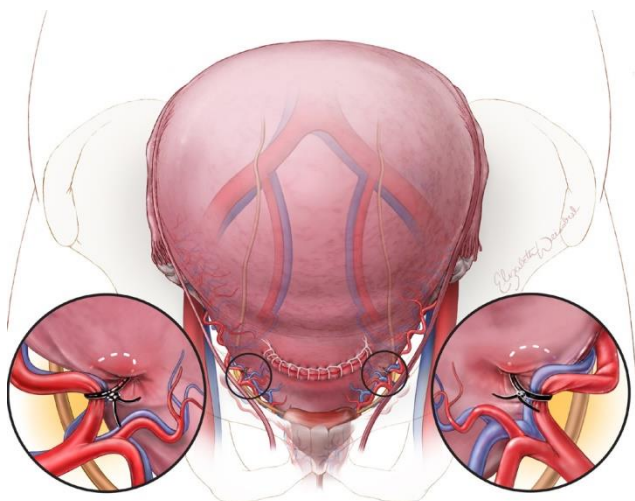


Малюнок 3. Етапи накладання шва Б-Лінча показані з передньо-задньої (а) та бічної (б) проекцій; завершений шов зображено праворуч (с).

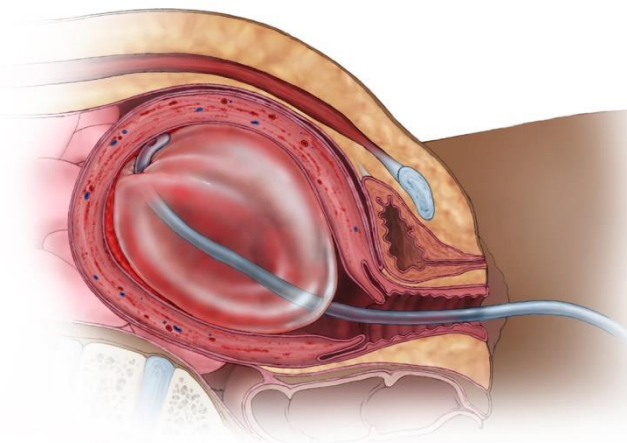


Малюнок 4. Шов Геймана, показаний з передньо-задньої (а) та бічної (б) проекцій; завершений шов зображено праворуч (с).

- Після цього шов проводять через гістеротомічний розріз, зверху вниз, на стороні, протилежній до тієї, де починали цей шов.
 - Потім асистент повинен вручну стискати матку, поки хірург зав'яже шов.
- **Шов Хеймана (Hauman) (Мал. 4), який є альтернативою шву Б-Лінча, виконується наступним чином:**
 - Пряма голка проводиться через нижній сегмент матки спереду назад, трохи вище вигину сечового міхура.
 - Накладається від двох до чотирьох швів, які потім зав'язуються через верхню частину дна матки для забезпечення компресії матки.
 - За необхідності можна також накласти горизонтальні шви на конкретні проблемні ділянки.
 - **Шов О'Лірі (O'Leary) (Мал. 5) - це швидкий метод перев'язки маткових артерій для зменшення притоку крові до матки, який виконується наступним чином:**
 - Шов накладається на рівні зіву шийки матки навколо маткових артерій з обох боків.
 - Слід захопити швом 2-3 см міометрію та провести нитку через аваскулярну зону широкої зв'язки латерально від маткової артерії. Це слід робити за один прохід, щоб зменшити ризик пошкодження судин/сечоводів, яке виникає при багаторазових спробах.
 - Процес можна повторити у верхній частині маткової артерії.
 - Перед накладанням швів слід спробувати ідентифікувати та оминати сечовід. Якщо це неможливо, пропальпуйте маткову артерію, захопіть і відтягніть тканину латерально від артерії, а потім накладіть шов медіальніше від пальців, щоб уникнути пошкодження сечоводу.



Малюнок 5. Шов О'Лірі, зображений вище, включає лігування маткової артерії, оминаючи сечоводи.



Малюнок 6. Встановлення балона Бакрі

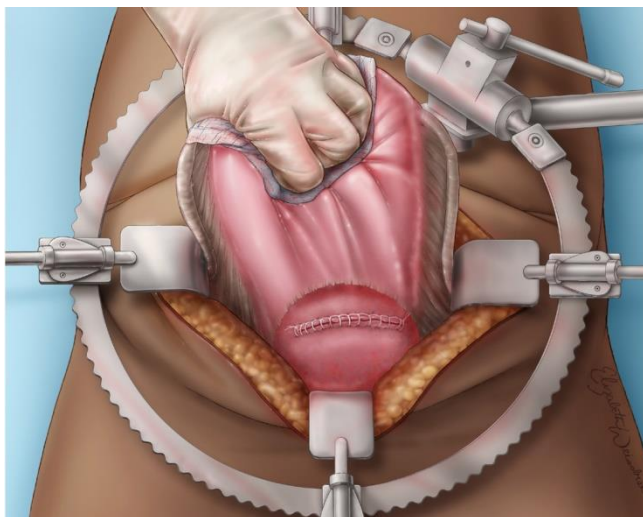
- Пристрої для внутрішньоматкової тампонади:
 - Балон Бакрі (Bakri) (Мал. 6) є поширеним пристроєм для тампонади, який можна вводити через піхву у випадку вагінальних пологів або через гістеротомічний розріз у випадку кесаревого розтину (при цьому дистальний кінець витягується через шийку матки і піхву).
 - Балон наповнюють 500 мл стерильної рідини та залишають під натягом у матці на 12-24 години, повільно випорожнюють зі швидкістю 100 мл на годину, а потім видаляють.
 - Балон можна використовувати окремо або після накладання компресійного шва на матку. Пристрій також можна доповнити вагінальним та матковим тампонуванням.
 - Якщо комерційний пристрій недоступний, можна створити «саморобний» балон для тампонади матки за допомогою презерватива та катетера Фолея.
- Ендоваскулярний контроль післяпологової кровотечі:
 - Транскатетерна емболізація маткових артерій є альтернативою описаним вище методам.
 - Все частіше використовується ресусцитаційна ендоваскулярна балонна оклюзія аорти (REBOA), в якості доповнення до контролю кровотечі при післяпологовій кровотечі, визнаючи, що це лише

тимчасовий захід під час підготовки до однієї з описаних раніше остаточних процедур. Техніка проведення REBOA описана в розділі 22 цього посібника.

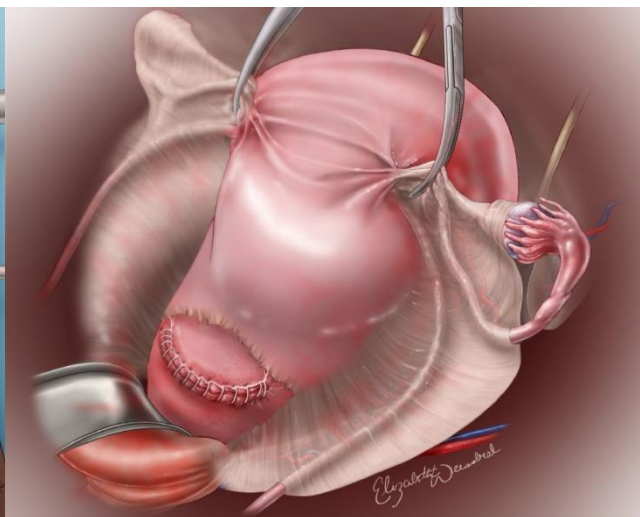
ПІСЛЯПОЛОГОВА ГІСТЕРЕКТОМІЯ

- Гістеректомія повинна розглядатися у випадку, коли всі інші втручання з приводу перипологової кровотечі виявилися неефективними.
- Гістеректомія також може розглядатися як планова процедура при підозрі на наявність справжнього прирощення плаценти (placenta accreta). Це необхідно обговорити з пацієнткою, оскільки це призведе до безповоротної стерилізації.
- Оперативний доступ через розріз Пфанненштіля описаний у розділі 26.
- Вертикальний розріз слід розглядати при підозрі на аномалії плаценти або у жінок з кількома кесаревими розтинами в анамнезі. Слід використовувати самоутримуючий ретрактор (Мал. 7).
- За необхідності, перед початком гістеректомії слід зупинити активну кровотечу шляхом перетискання маткових артерій до початку дисекції (Мал. 11).
- Вигнуті затискачі Келлі встановлюють якомога ближче до матки, перетискаючи кожен маткову трубу і власну зв'язку яєчника з обох боків (Мал. 8) і розділяють тканини (Слідкуйте за тим, щоб не зачепити судинні структури, які під час вагітності значно розвинулись та збільшилися в об'ємі). Ці ніжки можна зшивати після того, як маткові артерії будуть ізольовані.

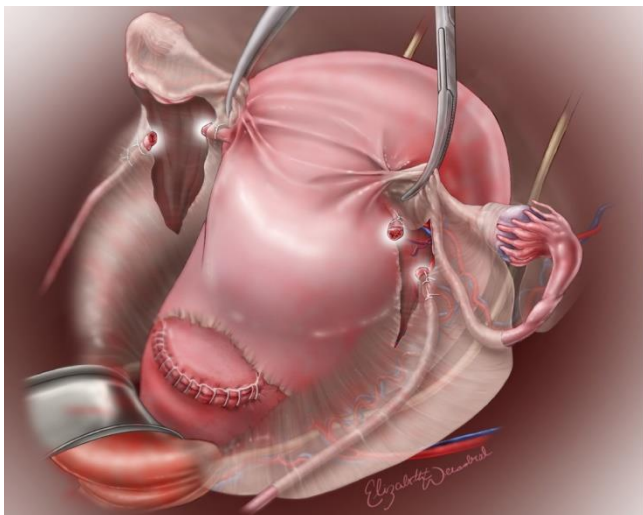
- Великі розсмоктувальні шви накладаються на 1 см проксимальніше і на 1 см дистальніше від місця запланованого розсічення круглої зв'язки. Потім круглу зв'язку розсікають, при цьому розріз продовжують на 1-2 см донизу на широкую зв'язку (Мал. 9).
- Якщо під час кесаревого розтину сечовий міхур був відділений у вигляді "клаптя", забезпечте адекватний огляд для гістеректомії. Визначте сечоводи в заочеревинному просторі (Мал. 10).
- Розкрийте задній листок широкої зв'язки матки, продовжуючи розріз вниз і досередини до матково-крижових зв'язок.
- Маткові судини ізолюють, затискають у двох місцях і розсікають перед тим, як перев'язати, намагаючись не зачепити сечовід (мал. 11).
- Більш ефективним варіантом перев'язки маткових судин є використання хірургічного степлера. Його потрібно тримати над маткою, щоб випадково не зачепити сечовід.
- Найчастіше виконується надпівхова ампутація, оскільки у пацієнтки, яка в даний момент знаходиться у пологах, важко ідентифікувати зів шийки матки через розширення чи пошкодження шийки.
 - Після перев'язки маткових артерій матку ампутують вище шийки матки, намагаючись зробити розріз вище внутрішнього зіву шийки. Для полегшення закриття розрізу може бути зроблений V-подібний розріз (Мал. 12).
 - Потім куксу шийки матки закривають за допомогою вісімкоподібних розсмоктувальних швів (Мал. 13).



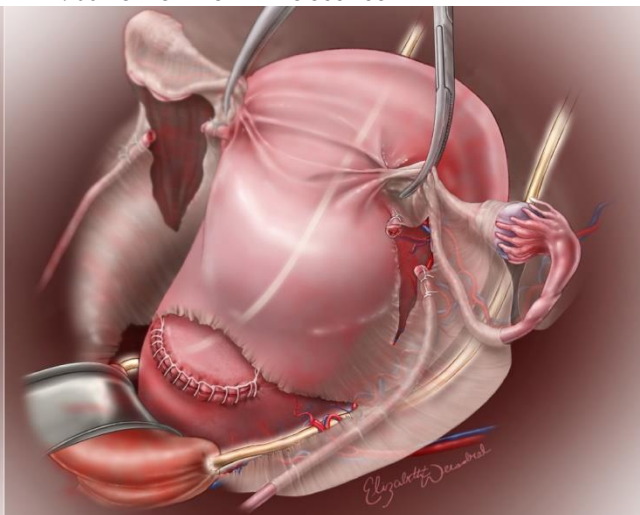
Малюнок 7. Встановлення самоутримуючого ретрактора.



Малюнок 8. Затискачі накладають на фалопієві труби та власні зв'язки яєчників з обох боків.

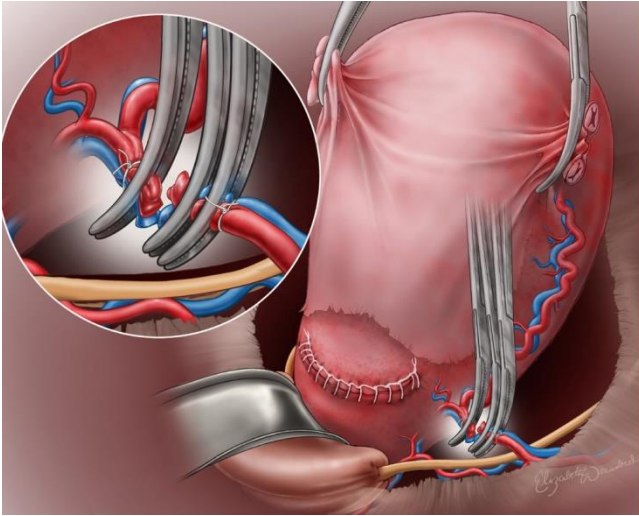


Малюнок 9. Розсікають круглі зв'язки і продовжують розріз на широкій зв'язці з обох боків.



Малюнок 10. Сечоводи ідентифікують у ретроперитонеальному просторі

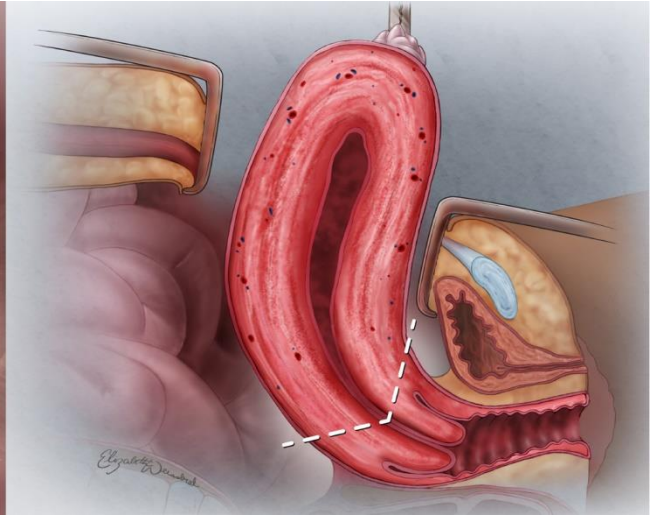
- Якщо пацієнтка знаходилась на пізньому етапі пологів і шийка матки вже розширена, ідентифікувати її краї може бути складніше. У цих випадках важливий ретельний огляд після видалення матки,



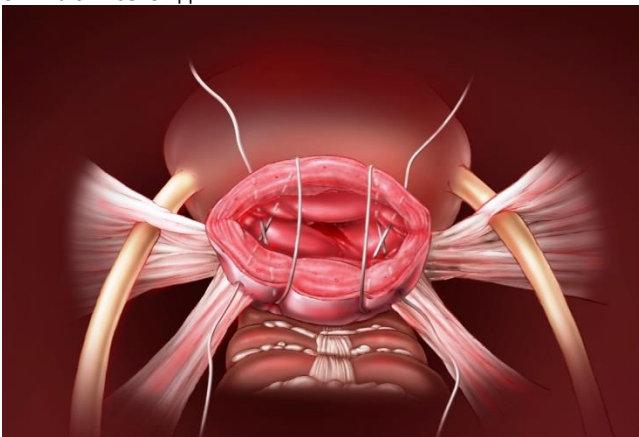
Малюнок 11. Маткові судини ізолюють, накладають по два затискачі і розсікають перед лігуванням, обережно оминаючи сечовід.

щоб переконатися, що отвір шийки матки адекватно закрито.

- Оглядають всі навколишні структури на предмет пошкоджень.



Малюнок 12. V-подібний розріз, який використовується для ампутації матки вище її шийки



Малюнок 13. Закриття кукси шийки матки виконується за допомогою розсмоктувальних вісімкових швів.

