

**Казанский государственный медицинский
университет**

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Кровотечения во второй половине беременности

Субханкулова А.Ф.

Кровотечение

- **Одна из основных причин материнской смертности - 20-25%**
- **Среди погибших преобладают женщины с гипотоническим маточным кровотечением**
- **Высокая частота материнской смертности при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты**

Предлежание плаценты

Патология, при которой плацента расположена в нижнем сегменте матки

Типы предлежания

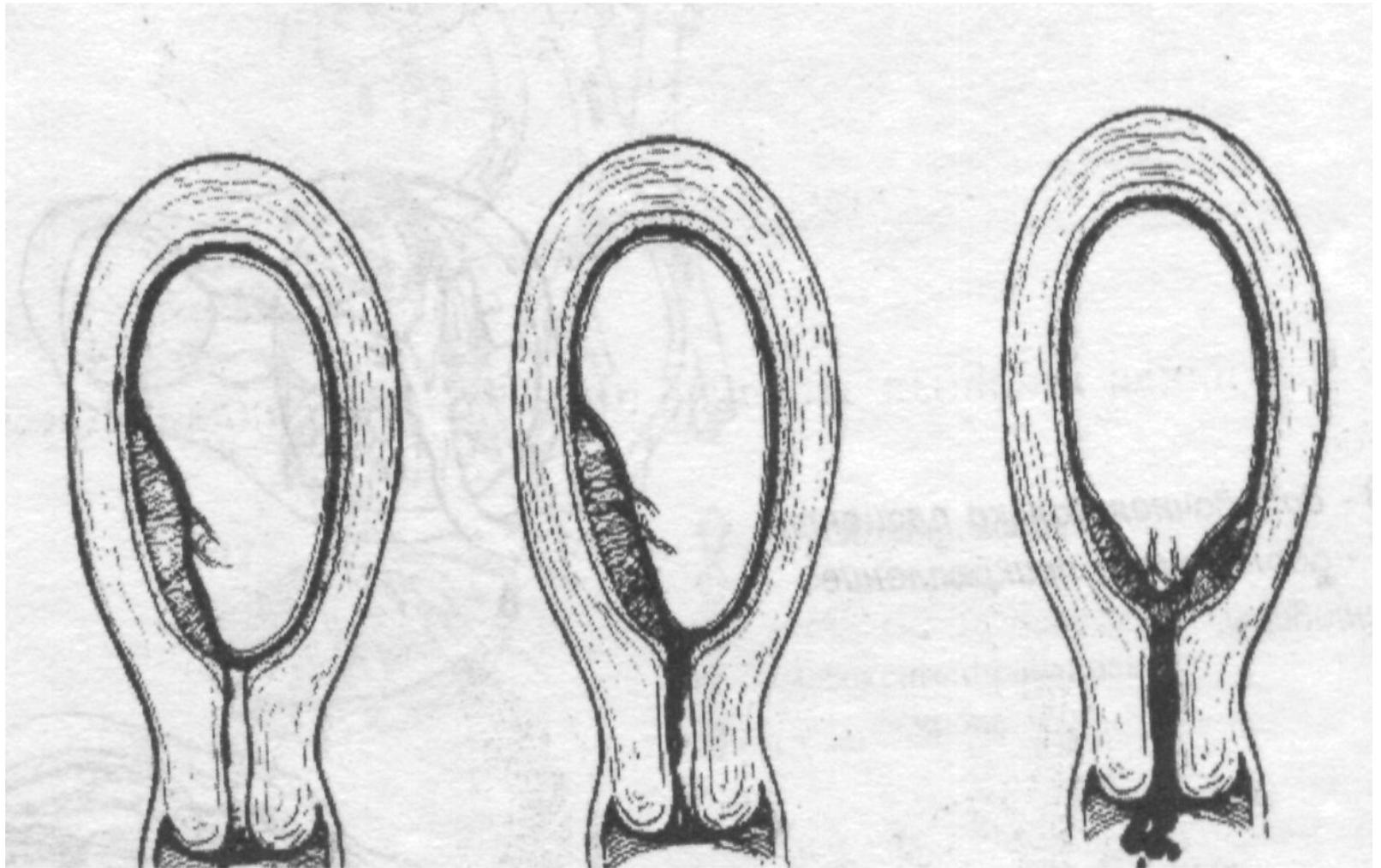
```
graph TD; A[Типы предлежания] --> B[Полное (центральное)]; A --> C[Неполное]; C --> D[краевое]; C --> E[боковое]; D --- F["(ткань+оболочки)"]; E --- G["(оболочки)"];
```

**Полное
(центральное)**

Неполное

краевое боковое

(ткань+оболочки) (оболочки)



Факторы риска

- **Аборты**
- **Воспалительные заболевания
ОМТ**
- **Много родов в анамнезе**
- **Рубец на матке**

Клиническая картина

- Внезапное безболезненное кровотечение из половых путей алой кровью среди полного покоя (**типичный симптом!**). Обычно прекращается самостоятельно и возобновляется вновь.
- Степень анемизации женщины соответствует величине **наружного кровотечения.**
- Болевой синдром отсутствует.
- **Тонус матки не изменен!** В 25% случаев кровотечение начинается на фоне схваток. Однако при их прекращении **матка мягкая, расслабляется полностью.**
- У 30% пациенток наблюдается косое или поперечное положение плода. В продольном положении головка плода может определяться высоко над входом в таз.

Диагностика

1. Характерная клиническая картина
2. В 95% случаев предлежание плаценты удастся диагностировать с помощью УЗИ на ранних сроках беременности. К концу беременности в 90% случаев определяют нормальное расположение плаценты за счет ее миграции

Диагностика

3. По данным влагалищного исследования:

- **тестоватость, пастозность в сводах,**
- **за внутренним зевом – плацентарная ткань.**

В связи с риском массивного кровотечения исследование проводят при развернутой операционной с иглой в вене

Тактика ведения беременности и родов при предлежании плаценты

- При подозрении на предлежание плаценты - госпитализация в акушерский стационар
- Сильное кровотечение, угрожающее жизни матери – показание для экстренного кесарева сечения (КС) на любом сроке беременности
- При отсутствии или небольшом кровотечении и сроке беременности менее 36 недель проводят консервативное лечение
 - Строгий постельный режим при незначительных кровянистых выделениях или палатный
 - Токолитическая терапия сульфатом магния
 - Спазмолитики (но-шпа, папаверин)
 - Лечение анемии

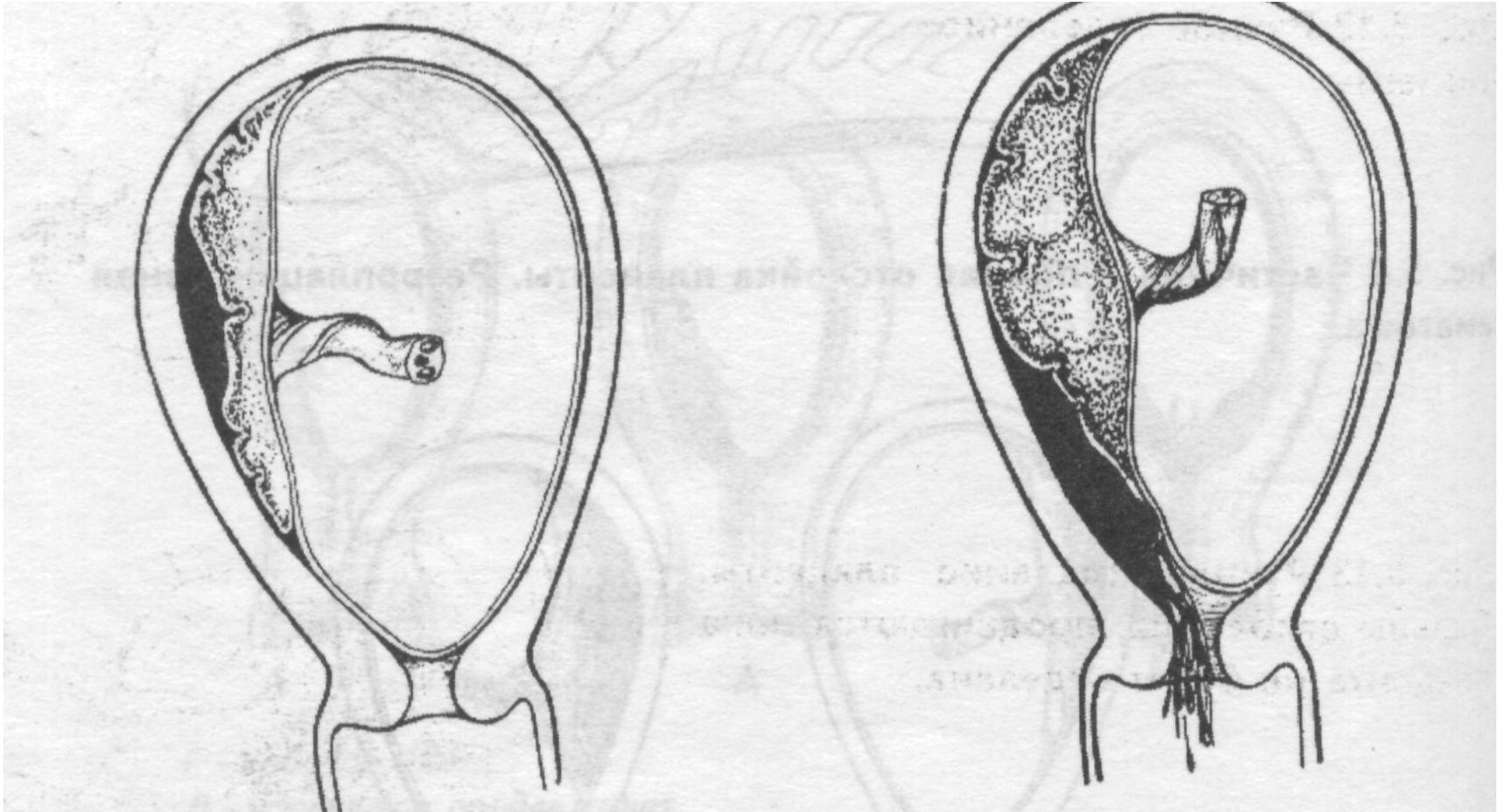
Тактика ведения беременности и родов при предлежании плаценты

- **Полное предлежание плаценты при отсутствии кровотечения является абсолютным показанием для планового КС на сроке беременности более 36 недель. Разрез матки – корпоральный.**
- **При неполном предлежании плаценты, доношенном сроке беременности и зрелой шейке матки возможны роды через естественные родовые пути (амниотомия)**

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

**Частичное или полное отделение
нормально расположенной
плаценты от стенки матки,
произошедшее во время
беременности или в I-II периоде
родов**

**ПОНРП – ведущая причина в
структуре материнской смертности,
15% смерти плода!**



Классификация ПОНРП

- I. Легкая степень тяжести (40%)**
- II. Средняя - (45%)**
- III. Тяжелая - (15%)**

Легкая степень тяжести ПОНРП

- Объем кровопотери менее 100 мл
- Часто не диагностируется
- Проходит без клинической симптоматики
- Наружное кровотечение отсутствует
- Выявляют случайно на УЗИ или после родов

Средняя степень тяжести ПОНРП

- **Объем кровопотери от 100 до 500 мл**
- **Тонус матки повышен**
- **Возможна болезненность матки при пальпации**
- **Изменяется характер сердцебиения плода (признаки внутриутробной гипоксии). При отслойке более 1/3 поверхности плаценты возможна антенатальная**

Тяжелая степень ПОНРП

- **Объем кровопотери более 500 мл**
- **Отслойка более ½ поверхности плаценты**
- **Матка резко напряжена, болезненна («на дыбах»). Между схватками не расслабляется**
- **В/утробная гибель плода**
- **Геморрагический шок, часто развивается ДВС-синдром**

**В патогенезе ПОНРП ведущей
причиной является патология
сосудов, чаще при гестозе**

Факторы риска ПОНРП

- Гестоз
- ПОНРП в анамнезе
- Травма, большое количество родов
- Быстрое излитие вод при многоводии
- Миома матки, особенно в области плацентарной площадки

**Диагноз определяется
клинической картиной, в
основе которой:**

- кровотечение**
- боль в животе**
- болезненность и напряжение
матки**

Клиническая картина

Кровотечение наблюдается в 80% случаев, в 20% формируется ретроплацентарная гематома. Кровотечение темной кровью со сгустками.

Степень анемизации не соответствует объему наружного кровотечения.

Очень быстро развивается 2 стадия ДВС-синдрома – коагулопатическое кровотечение

Клиническая картина

Боль – частый симптом.

**Внезапная, постоянная,
локализуется внизу живота и в
пояснице.**

**Больше выражена при отсутствии
наружного кровотечения**

Клиническая картина

- **Болезненность и напряжение матки обычно наблюдаются при более тяжелых формах. Гипертонус – матка не расслабляется.**
- **Ассиметрия матки – при ретроплацентарной гематоме**
- **Состояние плода страдает (вплоть до гибели)**
- **Преждевременная отслойка провоцирует преждевременные роды**

Осложнения

- Геморрагический шок
- ДВС-синдром
- Матка Кювелера
- Ишемический некроз
внутренних органов

***Тактика ведения
определяется акушерскими
условиями, величиной
отслойки,
состоянием женщины и плода,
выраженностью
гемодинамических
расстройств***

Тактика ведения

- При подозрении на ПОНРП – госпитализация
- Осмотр в условиях операционной с иглой в вене, после УЗИ
- При небольшой кровопотере, удовлетворительном состоянии матери и плода, при сроке беременности менее 36 недель возможно пролонгирование беременности, в родах – роды через естественные родовые пути, с обязательной амниотомией (уменьшение поступления тканевого тромбопластина)
- Родовозбуждение и родостимуляцию не

Показания для экстренного кесарева сечения

- **Острая внутриутробная гипоксия плода в отсутствие условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути**
- **Тяжелая ПОНРП с угрозой жизни матери**

Организационные мероприятия при массивной кровопотере

- 1. Обеспечение всех мероприятий одним человеком (самый опытный)**
- 2. Организация клинико-лабораторных исследований, гемостазиограммы**
- 3. Организация медикаментозного обеспечения**
- 4. Организация гемотрансфузий**
- 5. Контакты с родственниками**

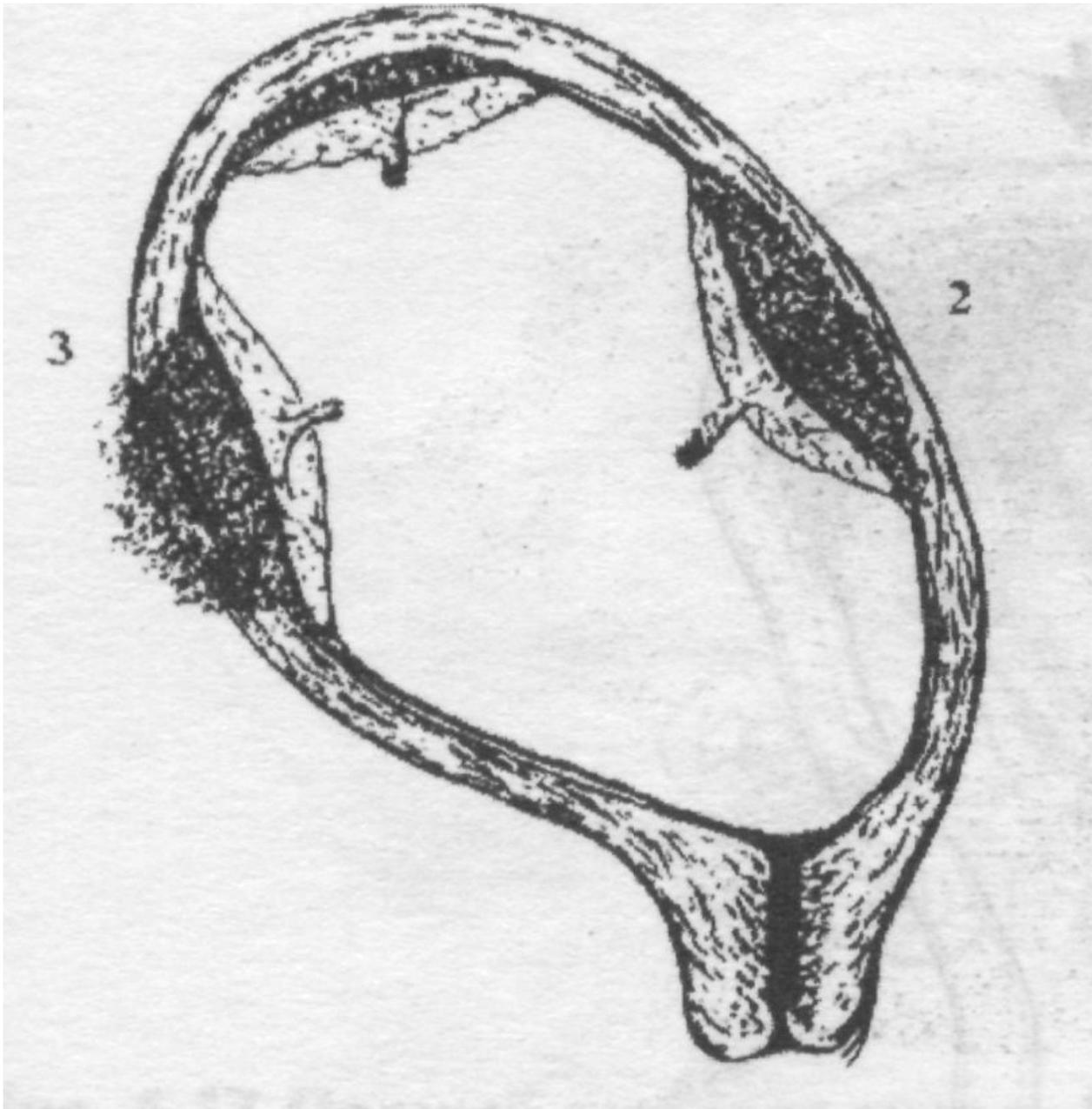
Основные принципы инфузионно-трансфузионной терапии

- **Восстановление ОЦК (кристаллоиды и высокомолекулярные р-ры Инфукол, Стабизол 10-20 мл/кг)**
- **Раннее и быстрое введение СЗП (не менее 1 л)**
- **Гемотрансфузия (Er масса при Hb<70 г/л, Ht<22%)**
- **Предотвращение фибринолиза: ингибиторы протеаз (Контрикал), транексамовая кислота**
- **Стимуляция гемостаза: факторы свертывания (Новосевен)**
- **Отказ от гепарина**

**Кровотечения в
последовом и раннем
послеродовом периодах**

Кровотечение в последовом периоде

- ***Плотное прикрепление плацента*** (placenta adhaerens) – прикрепление плаценты к базальному слою эндометрия вследствие патологических изменений губчатого слоя децидуальной оболочки
- ***Истинное вращение плацента*** (placenta increta/percreta) – плацента врастает в миометрий (increta, 1:4000) или прорастает всю толщу мышц и серозного покрова матки (percreta 1:7000)



Факторы риска

- Атрофический эндометрит вследствие перенесенных ранее септических и послеабортных процессов
- Специфические поражения эндометрия (гонорея, туберкулез)
- Чрезмерные выскабливания слизистой матки
- Наличие рубцов (после консервативной миомэктомии, КС)
- Предлежание плаценты
- Большое число родов
- Аденомиоз

**Проявляется нарушением
процесса отделения плаценты.**

***Признаков отделения последа
нет!!!***

Тактика ведения

- При отсутствии кровотечения период ожидания отделения последа составляет 30 минут
- При отсутствии признаков отделения через 30 минут или при наличии кровотечения - ручное исследование матки (после катетеризации мочевого пузыря)
- При плотном прикреплении – отделить послед рукой «пилящими» движениями, истинное вращение – показание для экстирпации матки

Кровотечение в раннем послеродовом периоде

- **Гипо- и атонические**
- **Травмы родовых путей**
- **Коагулопатические (вторичные или передающиеся по наследству нарушения гемостаза, например болезнь Виллебранда, идиопатическая пурпура)**

Физиологические механизмы остановки кровотечения

- **Система гемостаза
(образование тромбов в
сосудах плацентарной
площадки)**
- **Сокращение миометрия**

Гипотония матки – состояние при котором происходит снижение тонуса матки и ее сократительной способности. Мышцы реагируют на раздражители, но слабо, неадекватно силе раздражения.

Атония матки – отсутствие тонуса и сократительной деятельности матки

Факторы риска

- Пороки развития матки
- Дистрофические изменения мышц (воспаление, много родов или абортов)
- Перерастяжение матки во время беременности (многоплодие, многоводие, крупный плод)
- Стремительные или затянувшиеся роды

Клиническое течение

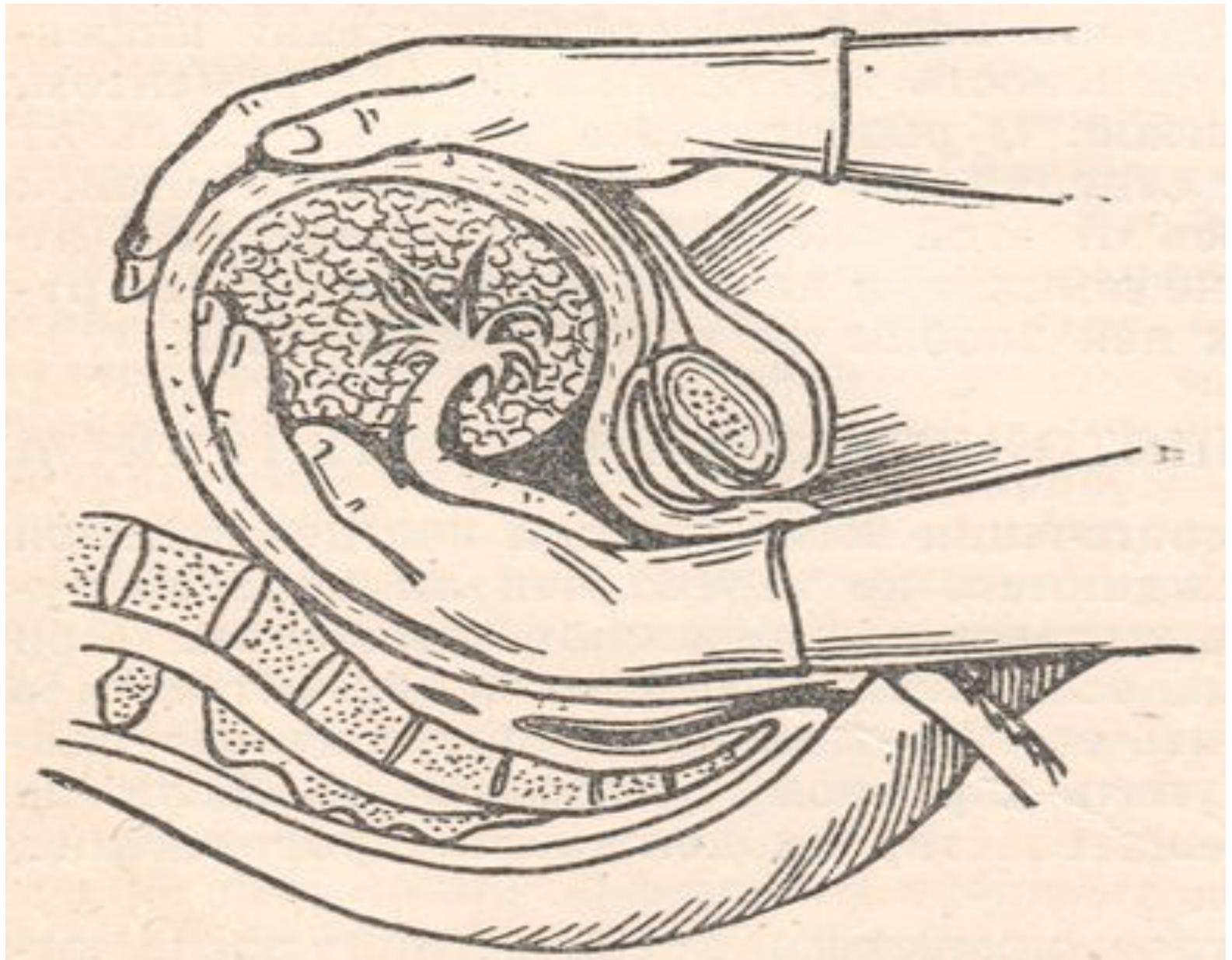
- Кровотечение обильное алой кровью или порциями темными сгустками. При гипотонии периодически возобновляется.
- Матка дряблая, большого размера, верхняя граница выше пупка. При атонии тестоватая.
- Картина геморрагического шока

Мероприятия по остановке кровотечения

Консервативные мероприятия

- Катетеризация мочевого пузыря
- Сокращающие препараты
- Массаж матки наружный

*При продолжающемся
кровотечении – ручное
исследование полости матки*



Мероприятия по остановке кровотечения

- **Шов на матку**
- **Перевязка и эмболизация маточных сосудов**
- **Ампутация матки при кровопотере не более 1,5 л и стабильном состоянии**
- **Экстирпация матки**
- **Перевязка внутренних подвздошных артерий**

Принципы лечения акушерских кровотечений

- 1. Остановка кровотечения**
- 2. Коррекция гемостаза**
- 3. Нормализация
гемодинамики**

Организационные мероприятия при массивной кровопотере

- 1. Обеспечение всех мероприятий одним человеком (самый опытный)**
- 2. Организация клинико-лабораторных исследований, гемостазиограммы**
- 3. Организация медикаментозного обеспечения**
- 4. Организация гемотрансфузии**
- 5. Контакты с родственниками**

Основные принципы инфузионно-трансфузионной терапии

- Восстановление ОЦК (кристаллоиды и высокомолекулярные р-ры Инфукол, Стабизол 10-20 мл/кг)
- Раннее и быстрое введение СЗП (не менее 1 л)
- Гемотрансфузия (Er масса при Hb<70 г/л, Ht<22%)
- Предотвращение фибринолиза: ингибиторы протеаз (Контрикал), транексамовая кислота (Транексам)
- Стимуляция гемостаза: факторы свертывания (Новосевен),
- Отказ от гепарина

