



---

**Акушерские кровотечения  
при беременности  
(внематочная  
беременность), в родах и  
послеоперационном  
периоде**

# Причины кровотечения при беременности

---

- ❑ Прерывание беременности (начавшийся, самопроизвольный аборт)
  - ❑ Эктопическая беременность (внематочная)
  - ❑ Предлежания плаценты
    - ✓ Низкое расположение плаценты
    - ✓ Краевое предлежание плаценты
    - ✓ Полное предлежание плаценты
  - ❑ Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
  - ❑ Кровотечения в III периоде родов
  - ❑ Послеродовые кровотечения
  - ❑ Геморрагический шок
-

---

К наиболее частым гинекологическим заболеваниям, которые вызывают острое внутрибрюшное кровотечение относится **внематочная беременность** (graviditas extrauterina sen ectopica).

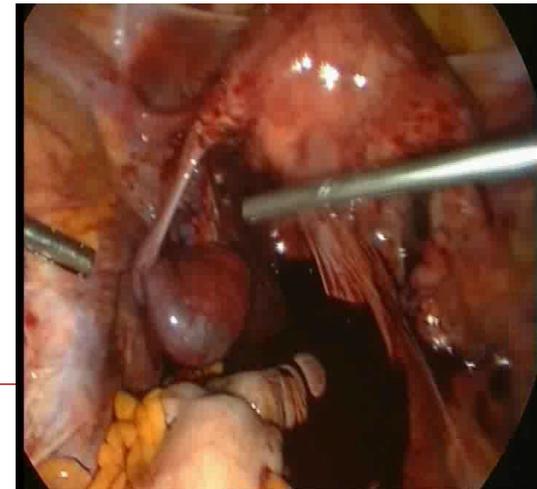
***ВБ – это беременность при которой имплантация оплодотворенной яйцеклетки происходит вне полости матки.***

---

# Виды эктопической беременности

---

- ❑ **Трубная Беременность от 1%до 6%**
- ✓ **Трубные аборты в истмической части**
  - ✓ **Разрыв трубы в ампулярной части**
  - ✓ **Разрыв трубы в интерстициальной части**
  
- ❑ **Беременность в добавочном роге 0,1-0,9%**
  
- ❑ **Яичниковая беременность 0,1-0,7%**
  - ✓ **Интрафолликулярная**
  - ✓ **эпиоофариальная**
  
- ❑ **Брюшная беременность 0,3-0,4%**
  - ✓ **Первичная**
  - ✓ **Вторичная**



# Классификация ВБ согласно МКБ-10

---

По локализации имплантированного плодного яйца выделяют:

- ❑ абдоминальная (брюшная) беременность;
- ❑ трубная беременность (беременность в маточной трубе, разрыв маточной трубы вследствие беременности, трубный аборт);
- ❑ яичниковая беременность;
- ❑ другие формы ВБ (шеечная, комбинированная, в рогу матки, внутрисвязочная, в брыжейке матки);
- ❑ внематочная беременность не уточненная.

# Факторы, предрасполагающие к возникновению эктопической беременности

---

- Воспаление придатков матки в анамнезе
  - Применение оральных контрацептивов
  - Применение ВМК
  - Лапаратомии в анамнезе
  - Бесплодие (первичное и вторичное)
  - Самопроизвольные аборты
  - Нарушение транспортной функции м. трубы
  - Генитальный инфантилизм
  - Ановуляция, леченная ЧГ
  - Высокий преовуляторный уровень эстрогенов
  - Суперовуляция
  - Особенности трофобласта, плодного яйца.
-

# По клиническому течению выделяют:

---

- Прогрессирующая внематочная беременность;
- Нарушенная трубная беременность (разрыв маточной трубы, трубный аборт);
- ~~Замершая беременность.~~

# Прерывание ВБ по типу трубного аборта

---

- **Растущее в маточной трубе плодное яйцо приводит к анатомическим изменениям стенки.**  
↓
  - **Маточная труба резко растягивается, стенки истончаются и она принимает веретенообразную форму.**  
↓
  - **Ворсинки хориона прорастают вглубь слизистой оболочки и разъедают тонкую мышечную оболочку вплоть до серозной.**  
↓
  - **При прорастании и разрушении ворсинами хориона плодместилища, которое обращено внутрь трубы, происходит внутренний разрыв.**  
↓
  - **Возникает кровотечение в просвет маточной трубы.**  
↓
  - **Плодное яйцо постепенно отслаивается и под действием сокращений мышечного слоя выталкивается в брюшную полость.**
-

# Клиника нарушенной ВБ

---

- **Задержка месячных**
  - **Схваткообразные боли внизу живота.**
  - **Возникает острая боль внизу живота с иррадиацией (отдачей) в прямую кишку,**
  - **Головокружение,**
  - **Кратковременная потеря сознания, холодный пот.**
  - **Боли распространяются в область подреберья, ключицы или лопатки вследствие раздражения диафрагмального нерва излившейся кровью.**
  - **Бледность кожных покровов с акроцианозом**
  - **Температура тела нормальная или слегка повышенная.**
-

# Клиника нарушенной ВБ (продолжение)

---

- **Пульс частый, слабого наполнения и прогрессивно учащается при отсутствии наружного кровотечения.**
- **Задержка мочеиспускания.**
- **Позывы на дефекацию (диарея).**
- **Тошнота, обморочное состояние.**
- **Отделяемое из влагалища в небольшом количестве коричневого цвета.**
- **Живот умеренно вздут,**
- **Брюшная стенка участвует в дыхании, при пальпации она мягкая, резко болезненная.**
- **Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.**

# Лабораторные сдвиги при нарушенной ВБ

---

- В первые часы с начала прерывания ВБ равномерное снижение гемоглобина
  - Снижение количества эритроцитов
  - Цветной показатель не изменяется.
  - Нормохромная анемия сменяется гипохромной (по мере увеличения внутреннего кровотечения ).
  - Повышается скорость оседания эритроцитов.
  - Снижение количества лейкоцитов и тромбоцитов.
-

# Тактика ведения ВБ

---

- **Больным с ВБ необходима срочная госпитализация !!!**
- **Ранняя диагностика позволяет уменьшить число осложнений и дает возможность использовать альтернативные методы лечения.**
- **В случае установленного диагноза ВБ необходимо произвести срочное оперативное вмешательство (лапароскопия, лапаротомия).**
- **В современных условиях возможно использование консервативных методов лечения (метатрексат). Однако при острой кровопотере этот метод не применяется.**
- **При выраженной клинической картине нарушенной ВБ, наличие гемодинамических изменений, гиповолемии, больную необходимо срочно госпитализировать для неотложного хирургического вмешательства в минимальные сроки лапаротомным доступом.**

# Предлежание плаценты



- В норме плацента прикреплена в самом верху матки, вдали от входа. Но иногда по разным причинам она смещается вниз к маточному зеву (так называется внутренняя часть входа в матку) и перекрывает его – предлежание плаценты
- Предлежание плаценты встречается в **0,3–0,5%** случаев всех беременностей.
- Общая перинатальная смертность при предлежании плаценты составляет **2–3%**, материнская **0,03%**.

- 
- У 6% всех беременных на сроках между 10 и 20 неделями обнаруживается тот или иной вариант предлежания плаценты.**
  - Благодаря способности плаценты мигрировать (перемещаться) вверх у 90% из них диагноз снимается ближе к родам.**
-

# Клиника предлежания плаценты

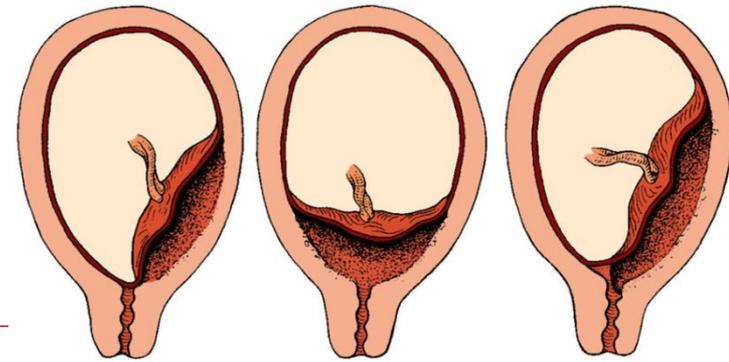
---



- **Основное проявление предлежания плаценты – безболезненное кровотечение из половых путей во второй половине беременности.**
  - **При появлении таких симптомов беременной следует немедленно обратиться к врачу и лечь в больницу.**
-

# Виды предлежаний плаценты

---



В зависимости от степени перекрытия маточного зева предлежание бывает разной степени:

- Полное – плацента полностью перекрывает маточный зев;**
- Частичное – плацента перекрывает только часть зева. Образуется только перед родами, поскольку шейка матки расширяется и начинает раскрываться;**
- Краевое – прикрепление плаценты по краю зева;**
- Низкое расположение плаценты – без перекрытия зева, но на расстоянии менее 5 см от него.**

- 
- Платента склонна перемещаться выше по матке с увеличением срока беременности.**
  - У большинства женщин с предлежанием плаценты, выявленным между 10 и 20 неделями, она принимает нормальное положение к началу третьего триместра.**

# При предлежании плаценты основной симптом – кровотечение

---

- **Основное проявление предлежания плаценты – это кровотечение. Обычно оно безболезненное, но иногда может сопровождаться сокращениями матки и схваткоподобными болями в животе.**
  - **Кровотечение бывает у 70–80% женщин с предлежанием плаценты. У большинства оно начинается после 30й недели, но не ранее 20й. Выраженность кровотечения может быть разной, от слабого до очень сильного.**
-

- 
- **Развитие кровотечения связано с изменениями, которые происходят в матке для подготовки к родам: ее нижняя часть (сегмент) истончается и растягивается. Истонченная нижняя стенка не может удержать в себе ворсины низко расположенной плаценты, они отрываются и кровоточат. В плаценте образуются небольшие отрывы, ухудшается ее питание, а значит и питание малыша.**
  - **Во время родов такая плацента отслаивается еще до рождения ребенка, он перестает получать питание, а тонкий мышечный слой нижнего сегмента не в состоянии пережать кровоточащие сосуды. Из-за этого у матери происходит большая кровопотеря и шок, а у малыша – гипоксия и гибель в родах.**
-

# Диагностика предлежания плаценты

---

- **Главный способ диагностики – это УЗИ. Более точный результат получается, если УЗИ проводят вагинальным датчиком (через влагалище). Обследование через брюшную стенку дает ошибку в 25% случаев.**
  - **Производить при кровотечении пальцевое исследование категорически запрещено.**
  - **Осмотр возможен только при развернутой операционной т.к. это может спровоцировать кровотечение и привести к отслойке части плаценты.**
-

# Осложнения при предлежании плаценты

---

- **Кровотечение в родах – развивается в большинстве случаев, из-за этого самостоятельные роды противопоказаны**
  - **Преждевременные роды ( 50% )**
  - **Если новорожденный сильно недоношенный, высока вероятность его гибели;**
  - **Преждевременная отслойка плаценты.**
  - **Большая кровопотеря вплоть до экстирпации матки**
  - **Гемотрансфузия**
  - **Высокая вероятность послеродового эндометрита**
  - **У новорожденных чаще низкий вес при рождении, желтуха, нарушения дыхания, они чаще нуждаются в реанимации и дольше остаются в роддоме.**
  - **У детей выше риск задержки психического развития и внезапной младенческой смерти.**
-

# другие осложнения беременности при предлежании плаценты

---

- **Приращение плаценты – вращение ее ворсин в глубокие слои матки, так что при родах плацента не может отделиться - необходимо удаление матки**
  - **Преждевременный разрыв плодного пузыря – может быть результатом кровотечения из предлежащей плаценты**
  - **Тазовое или другие неправильные положения плода – связано с тем, что плацента находится в нижней, а не в верхней части матки**
  - **Задержка внутриутробного развития плода**
-

# Ведение беременности с предлежанием плаценты

---

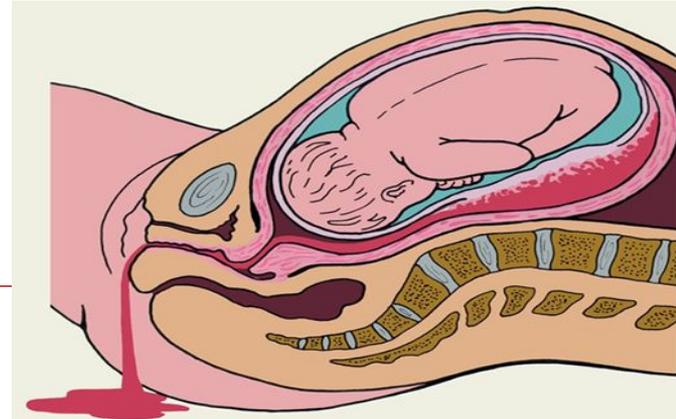
Если предлежание выявлено на 20–27 неделе, высока вероятность миграции (перемещения) плаценты выше, в нормальное место расположения.

- **Соблюдение постельного режима/ограничение ежедневной физической активности (для предотвращения мелких отрывов плаценты и кровотечения)**
  - **Время для кесарева сечения выбирается заранее, на срок не позднее **36 недели**.**
  - **В случае острого сильного кровотечения производится экстренное кесарево сечение, независимо от срока беременности.**
-

# Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

---

- ПОНРП в I периоде родов проявляется появлением болей в области матки, не совпадающих со схваткой ( то есть матка не расслабляется или плохо расслабляется), появление кровянистых сгустков.



# Причины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

---

- В результате чрезмерной родостимуляции (передозировка утеротоников)
- При наличии гестоза
- При дискоординированной родовой деятельности
- При гипертонической болезни,

# Тактика и лечение ПОНРП

---

- **Как только поставлен диагноз в первом периоде родов – остановка кровотечения путем операции кесарева сечения.**
  - **У повторнородящих женщин при условии полного раскрытия маточного зева и возможности быстрого родоразрешения через естественные родовые пути.**
-

# Физиология третьего периода родов

---

**Последовый (III)** период родов заключается в том, что происходит отделение и выделение тканей последа.

Этот процесс может происходить двумя путями (механизмами):

- **по Дункану** – по краевому типу
  - **по Шультце** – с центра с образованием ретроплацентарной гематомы
- 



# Компоненты маточного гемостаза

(по Л.А.

Сулопарову 1080)

---

- Мышечный**
  - Внутрисосудистый  
(гемокоагуляционный)**
  - Сосудистый**
  - Тканевой**
-

# Патогенез остановки акушерского кровотечения

---

## □ Ретракция миометрия

(сжимание, закручивание, деформация венозных сосудов, втяжение в мышцы спиралевидных маточных артерий)

## □ Тромбообразование в сосудах плацентарной площадки

(этому способствуют факторы свертывания крови, тканеовые активаторы из элементов плодного яйца)

**Надежный гемостаз формируется лишь за 2 – 3 часа**

(происходит образование плотных эластичных фибриновых тромбов, которые достаточно плотно связаны со стенкой сосудов и закрывают их дефекты)

---

# Характеристика физиологической кровопотери в III периоде родов

---

- Кровопотеря в родах, которая не превышает **250,0 мл** принято оценивать как **физиологическую**
- Кровопотерю в родах, которая находится в пределах **250,0 – 400,0 мл** оценивают как **пограничную с патологической**



# **Факторы риска возникновения послеродовых кровоотечений**

---

- **Отягощенный акушерский анамнез (кровоотечения в предыдущих родах, аборт, самопроизвольные выкидышы);**
  - **Гестоз (преэклампсия);**
  - **Крупный плод;**
  - **Многоводие;**
  - **Многоплодная беременность;**
  - **Миома матки;**
  - **Рубец на матке.**
  - **Хронический ДВС-синдром;**
  - **Тромбоцитопатии;**
  - **Аntenатальная гибель плода.**
-



**Послеродовое кровотечение** – это кровотечение, при котором происходит потеря женщиной крови **0,5% или больше** от массы тела после рождения плода.

---

# Типы послеродовых кровотечений

---

- **Кровотечения в третьем периоде родов;**
  - **Первичные (ранние)** послеродовые, которые возникают в раннем послеродовом периоде или на **протяжении 24 часов** после родоразрешения;
  - **Вторичные (поздние)** послеродовые кровотечения, которые возникают **после 24 часов и до 6 недель** после родоразрешения.
-

# Кровотечение в послеродовом (третьем) периоде родов

---

## ***Причины кровотечения:***

- задержка частей плаценты или оболочек;
- патология прикрепления плаценты;
- ущемление плаценты.

**Величина кровопотери зависит от вида нарушения прикрепления плаценты**

- **Полного приращения плаценты (pl. accreta totalis)**
- **частичного приращения плаценты (pl. accreta parcialis)**
- ~~**пророщения плаценты (pl. percreta)**~~

# Диагностика кровотечения в III периоде родов

---

1. Отсутствуют признаки отделения плаценты на **протяжении 30 минут** без значительной кровопотери – патология прикрепления или приращения плаценты.
  2. Кровотечение начинается сразу после рождения последа – задержка частей плаценты или оболочек
  3. Кровотечение начинается после рождения ребенка без отделения плаценты – ущемление плаценты, неполное приращение плаценты.
-

## **Кровотечение, которое связано с задержкой, патологией прикрепления или ущемлением плаценты. Алгоритм предоставления медицинской помощи:**

---

- Катетеризация периферической или центральной вены в зависимости от величины кровопотери и состояния женщины.
  - Опорожнение мочевого пузыря.
  - Проверить признаки отделения плаценты и выделения последа ручными приемами.
  - При ущемлении последа наружный массаж матки, наружные приемы выделения последа.
  - При задержке частей плаценты или оболочек – ручное обследование полости матки под внутривенным наркозом.
  - При нарушении механизма отделения плаценты и отсутствии кровотечения - ожидание в течение **30 мин.**, (у беременных группы риска – **15 мин.**); ручное отделение плаценты и выделение последа.
  - При появлении кровотечения – срочное ручное отделение плаценты и выделение последа под в/в наркозом.
  - Введение утеротонических средств – **10 –20 ЕД окситоцина в/в на 400 мл физиологического раствора в/в капельно, или мизопростола (сайтотека) 800 мкг.**
  - При истинном приращении или прорастании плаценты – лапаротомия, экстирпация матки без придатков.
  - Оценка величины кровопотери и восстановление величины ОЦК
-

# Раннее (первичное) послеродовое кровотечение

## *Причины раннего послеродового кровотечения:*

- Гипотония или атония матки (в 90% случаев);
- Задержка частей плаценты или оболочек;
- Травматические поражения родовых путей;
- Нарушения свертывания крови (афибриногенемия, фибринолиз);
- ~~Первичные заболевания крови.~~

# Гипотония матки

---

**Гипотония матки** – это состояние, при котором имеет место значительное снижение ее тонуса и резкое уменьшение сократительных способностей и возбудимости миометрия.

Миометрий еще реагирует на механические, физические, медикаментозные раздражители, или степень ее реагирования неадекватная и парадоксальная – чем сильнее раздражитель, тем меньше степень выраженности сокращения мышцы (недостаточность “физиологической лигатуры”).

# Атония матки

---

**Атония матки** – полная потеря сократительных способностей и возбуждения нервно-мышечных структур миометрия

Нервно-мышечный аппарат миометрия находится в состоянии полной утраты чувствительности к любым раздражителям – параличе.

---

# Способы остановки послеродовых кровотечений

---

- ❑ **Термические** (самые давние с использованием холода и тепла)
  - ❑ **Механические**
    - (- наложение шва по Лосицкой на губу шейки матки
    - клеммирование параметриев по Генкелю, по Бакшееву, по Тиканадзе, по Арндту, по Квантелиани
    - тампонада матки по Дюрсену
    - массаж матки на кулаке
    - пережатие брюшного отдела аорты кулаком)
  - ❑ **Физические** (наложение дефибриллятора на матку по Чиладзе)
  - ❑ **Химические** (введение тампона с эфиром в задний свод влагалища)
  - ❑ **Оперативные** (перевязка маточных и подвздошных артерий)
-

# Причины гипотонии или атонии матки

---

- **Нарушение функциональной способности миометрия (поздний гестоз, эндокринопатии, соматические заболевания, опухоли матки, рубец на матке, крупный плод, многоводие, многоплодие и др. )**
  - **Перевозбуждение с последующим истощением функции миометрия (долгие или затяжные роды, оперативное окончание родов, использование лекарств, которые снижают тонус миометрия (спазмолитики, токолитики, гипоксия во время родов, др. ).**
  - **Нарушение сократительной функции миометрия вследствие нарушения биохимических процессов, корреляции нейрогуморальных факторов (эстрогены, ацетилхолин, окситоцин, холинэстераза, прогестерон, простагландины).**
  - **Нарушения процесса прикрепления, отделения и выделения плаценты и последа.**
  - **Идиопатические (не установлены).**
-

# Основные клинико-лабораторные проявления послеродовых кровотечений

---

## ***Кровотечение может быть 2- видов:***

- **кровотечение начинается сразу после рождения ребенка, массивное (за несколько минут > 1000 мл); матка остается гипотоничной не сокращается, быстро развивается гиповолемия, геморрагический шок;**
  - **кровотечение начинается после сокращения матки, кровь выделяется небольшими порциями, постепенно повышая кровопотерю. Характерно чередование гипотонии матки с восстановлением тонуса (остановка и продолжение кровотечения).**
-

# Алгоритм оказания медицинской помощи

## Общий осмотр родильницы:

**1. Оценить величину кровопотери доступными методами.**

**Оценить состояние родильницы:**

жалобы, АД, частота пульса, цвет кожи и слизистых оболочек, количество мочи, наличие и стадию геморрагического шока.



**2. Срочное лабораторное обследование:**

- Определение уровня гемоглобина, гематокрита.
- Коагулограмма (количество тромбоцитов, протромбиновый индекс, уровень фибриногена, времени свертывания крови).
- Группа крови и резус фактор.
- Биохимические обследования по показаниям.

**3. Катетеризация периферической или центральной вены (в зависимости от величины кровопотери и состояния женщины).**

**4. Опорожнение мочевого пузыря**

**5. Начать или продолжить введение утеротоников: 10-20 ЕД окситоцина в/в на 400 мл физиологического раствора А).**

# Алгоритм оказания медицинской помощи

## (продолжение)

---

6. Провести ручное обследование полости матки под внутривенным наркозом (оценить целостность стенок матки, особенно левой стенки матки, удалить сгустки крови или остатки плаценты или оболочек)
  7. Осмотреть половые пути и восстановить их целостность.
  8. Провести наружный массаж матки.
  9. Дополнительно ввести **800 мкг мизопростола** (сайтатека) ректально если кровотечение продолжается (А).
  10. Восстановление ОЦК и кровопотери.
  11. При восстановлении кровотечения и величине кровопотери **1,5%** и больше от массы тела – оперативное лечение: экстирпация матки без придатков, при условии продолжающегося кровотечения – перевязка внутренних подвздошных артерий специалистом, который владеет этой оперативной техникой.
  12. При подготовке к оперативному лечению с целью уменьшения кровопотери временная бимануальная внутренняя или наружная компрессия матки.
  13. При продолжении кровотечения после экстирпации матки – тугая тампонада брюшной полости и влагалища (до остановки кровотечения брюшную полость не зашивают).
-

# Послеродовое вторичное (позднее) кровотечение

---

***Основные причины поздних после родовых кровотечений:***

- **Задержка частей плаценты или последа;**
- **Отхождение некротических тканей после родов;**
- **Расхождение швов и раны на матке (после кесаревого сечения или разрыва матки).**

Чаще позднее послеродовое кровотечение происходит на 7-12 дни после родов.

---

# Алгоритм оказания медицинской помощи

---

- **Оценка величины кровопотери доступными методами.**
- **Катетеризация периферической или центральной вены.**
- **Инструментальная ревизия полости матки под в/в наркозом.**
- **Внутривенное введение утеротоников (окситоцин 10–20 ЕД на физиологическом растворе- 400,0 или 0,5 мкг метилэргометрина).**
- **При продолжении кровотечения – мизопростол 800 мкг ректально (А)**
- **Восстановление объема ОЦК**
- **При кровотечении  $>1,5\%$  массы тела – лапаротомия, экстирпация матки, при условии продолжения кровотечения – перевязка внутренних подчревных артерий специалистом, который владеет этой операцией.**

# Нарушения свертывания крови (послеродовая афибриногенемия, фибринолиз)

- ❑ Восстановление объема ОЦК.
- ❑ Коррекция гемостаза ( лечение ДВС синдрома)



# Профилактика послеродовых кровотечений:

---

## ***Во время беременности:***

- Оценка факторов риска возникновения кровотечения
  - **Диагностика и лечение анемии;**
  - **Госпитализация в акушерский стационар , который готов для оказания помощи беременным из группы высокого риска по возникновению кровотечений, у которых имели место: дородовое кровотечение, кровотечение в предыдущих родах, при многоводии, многоплодии , крупном плоде.**

## ***Во время родов:***

- Обезболивание родов.
- Избегать продолжительных родов.
- Активное ведение третьего периода родов.
- Использование утеротонических препаратов в третьем периоде родов.
- Рутинный осмотр и оценка целостности плаценты и оболочек.
- Профилактика травматизма во время родов.

## ***После родов:***

- Обследование и осмотр родовых путей.
  - Внимательное наблюдение в течение **2 часов** после родо.
  - У беременных группы риска в/в капельное введение **20 ЕД окситоцина** в течение **2 часов** после родов.
-

---

***Спасибо  
за  
внимание***

