



**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.

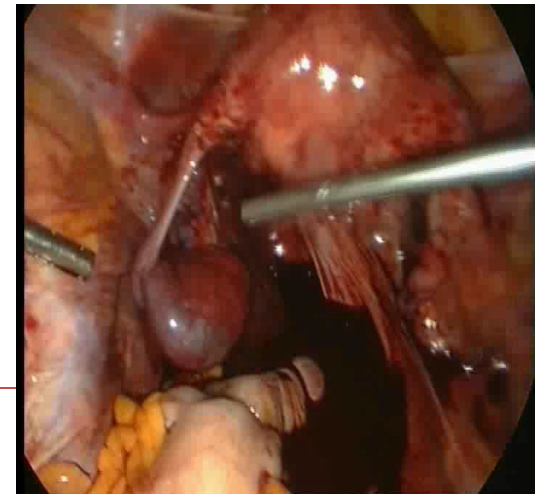
Виды эктопической беременности

- ❑ **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%**.

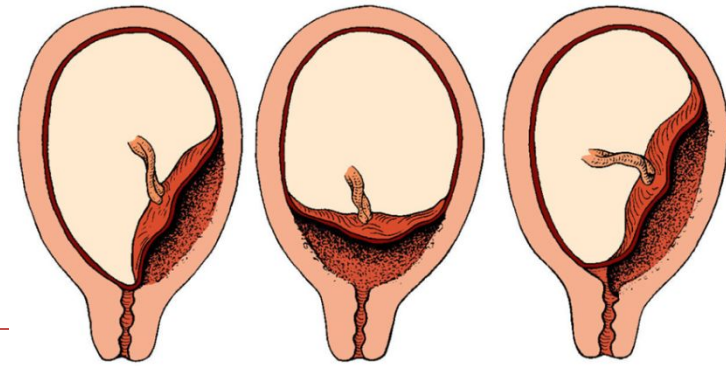
-
- У 6% всех беременных на сроках между 10 и 20 неделями обнаруживается тот или иной вариант предлежания плаценты.**
 - Благодаря способности плаценты мигрировать (перемещаться) вверх у 90% из них диагноз снимается ближе к родам.**
-

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**
-

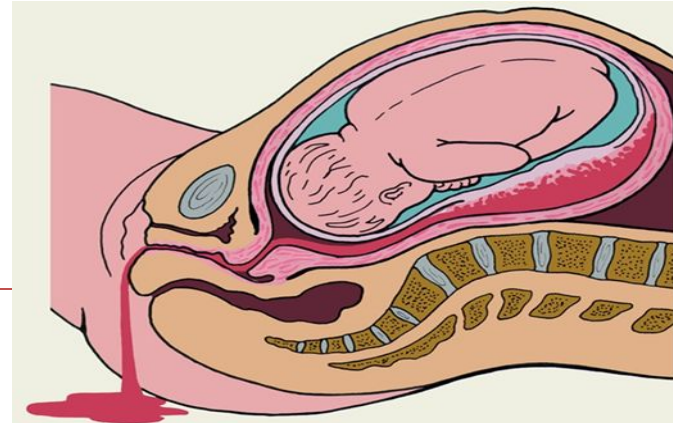
Ведение беременности с предлежанием плаценты

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.

Суслопарову 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 partialis)
 - прорращения 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 выделения последа.
 - При появлении кровотечения – срочное ручное отделение плаценты и выделения 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 Арендту, 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***

