

# Кровотечения во второй половине беременности

*Лекция*

*к.м.н. Безменко А.А.*

# МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В МИРЕ



# МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В МИРЕ



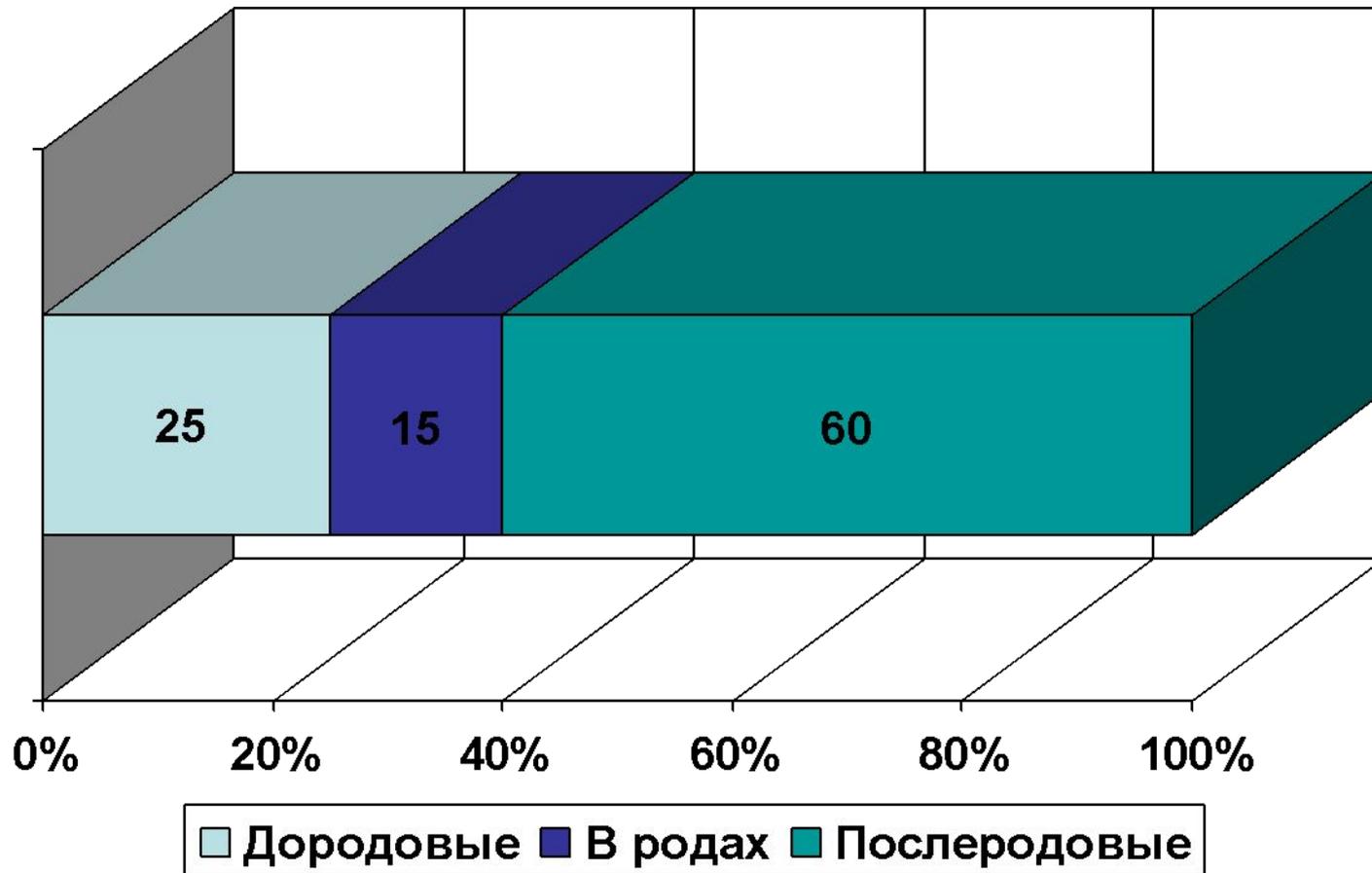
# МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В РФ



# Особенности акушерских кровотечений

- ✓ Массивность и внезапность их появления
- ✓ Как правило при акушерских кровотечениях страдает плод, что диктует необходимость срочного родоразрешения и не позволяет добиться стойкой стабилизации гемодинамики и проведения инфузионно-трансфузионной терапии в полном объеме
- ✓ Кровотечения нередко сочетаются в резко выраженным болевым симптомом
- ✓ Особенности патофизиологических изменений в организме беременных женщин приводят к быстрому истощению компенсаторно-защитных механизмов, особенно у беременных с осложненным течением беременности и родов
- ✓ Для акушерских кровотечений характерен дефицит ОЦК, нарушения сердечной деятельности
- ✓ Нередко возникает опасность развития синдрома ДВС

# Акушерские кровотечения



# Дородовое кровотечение

- Кровотечения из половых путей, возникающие после 24-й недели беременности до начала родов
- Распространенность – у 4-5 % беременных



# Причины кровотечений



- Вульва
  - Варикозное расширение вен
  - Травмы и повреждения
- Влагалище
  - Травмы и повреждения
- Шейка матки
  - Воспаления (цервициты)
  - Эктопии
  - Полипы
  - Рак
  - Травмы и повреждения

# Причины кровотечений

- **Матка**

- Предлежание плаценты
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Предлежание сосудов пуповины
- Преждевременные роды



# Предлежание плаценты

*Placenta praevia* – «плацента на пути рождающегося плода»



- Расположение плаценты в области нижнего сегмента матки, когда она частично или полностью перекрывает собой область внутреннего зева, находится ниже предлежащей части плода.
- 1 случай на 200 беременностей (0,17-0,4%).

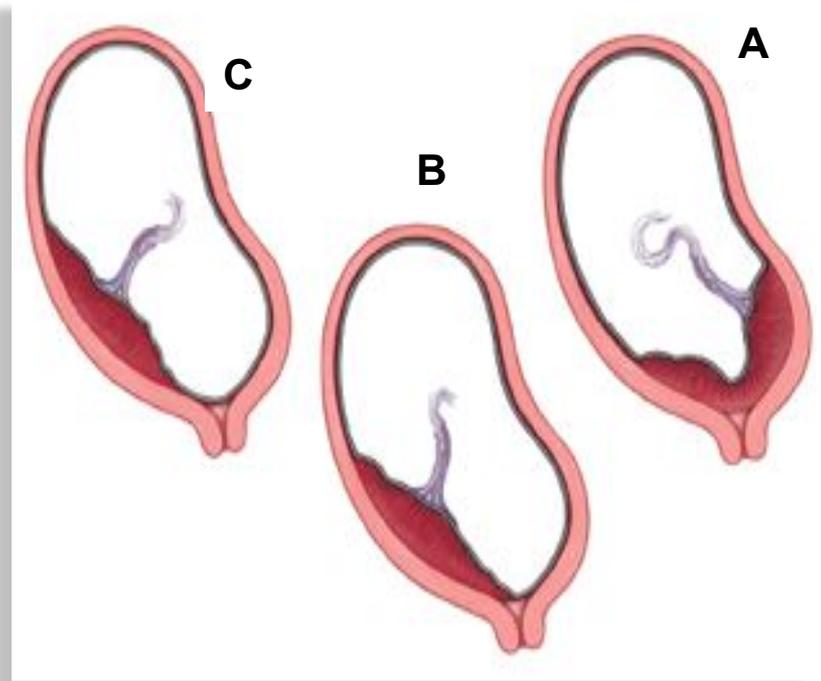
В действительности выше – УЗИ – высокий процент самопроизвольных выкидышей в результате низкой плацентации (предлежания плаценты).

Материнская летальность – до 1%.

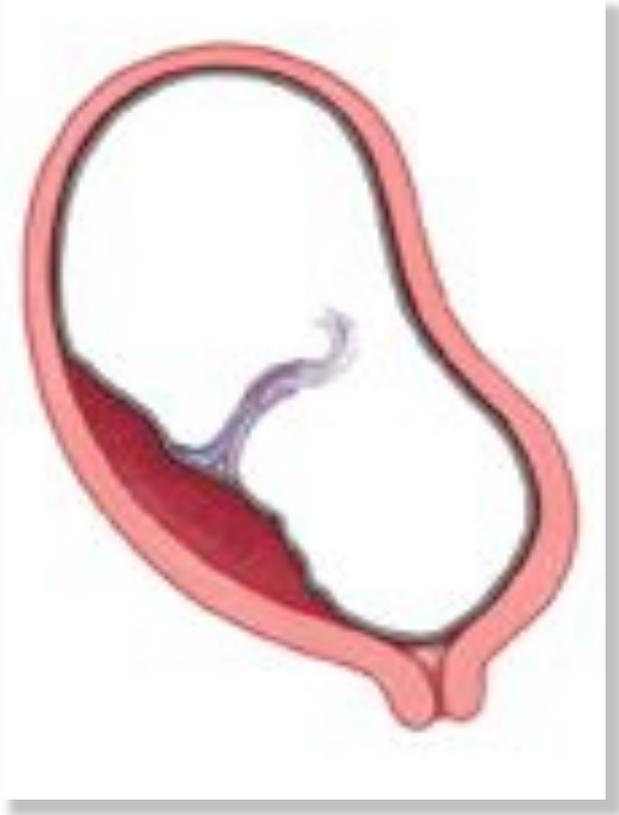
Перинатальная летальность – 17% - 26%.

# Классификация предлежания плаценты

1. Полное (А)
2. Неполное (В)
  - боковое
  - краевое
3. Низкая плацентация (С)
4. Шеечная и шеечно-перешеечная плацента



# Низкая плацентация

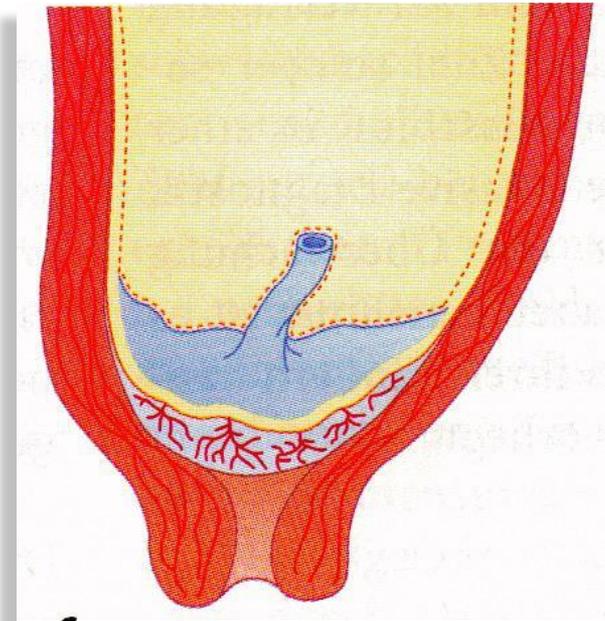


- Диагноз ставится после 28 нед. беременности (Около 50% плацент в конце II триместра локализируются в нижнем сегменте, рост плаценты опережает рост матки, миграция плаценты 3-9 см).
- Расположение нижнего края плаценты на расстоянии менее 5 см от внутреннего зева

# Полное предлежание плаценты

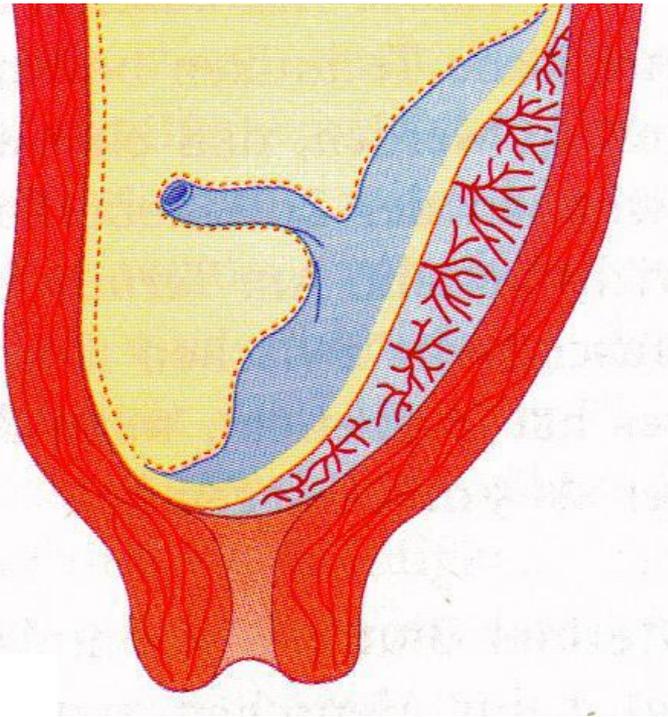
*Placenta praevia centralis*

- Плацента полностью перекрывает внутренний зев канала шейки матки
- Плодные оболочки при влагалищном исследовании в пределах внутреннего зева не определяются



# Неполное (частичное) предлежание плаценты (*Placenta praevia partialis*)

## *Placenta praevia lateralis*

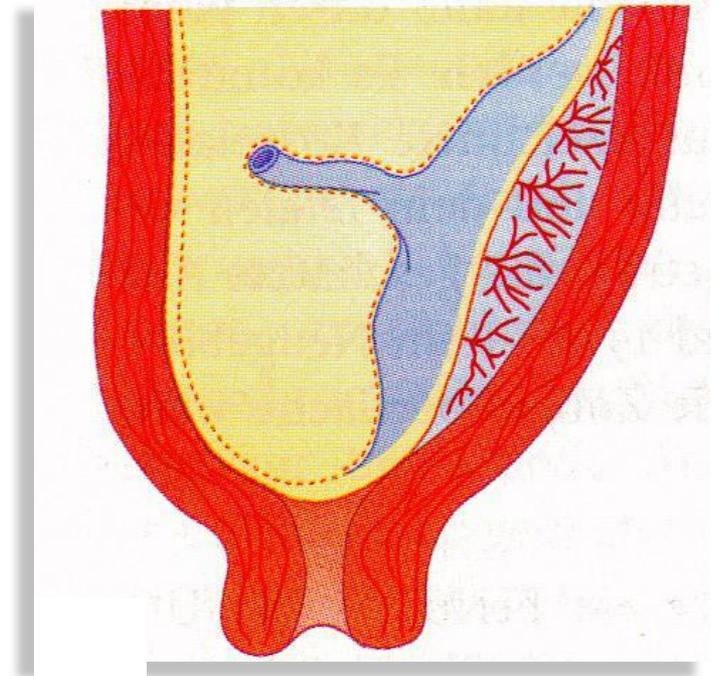


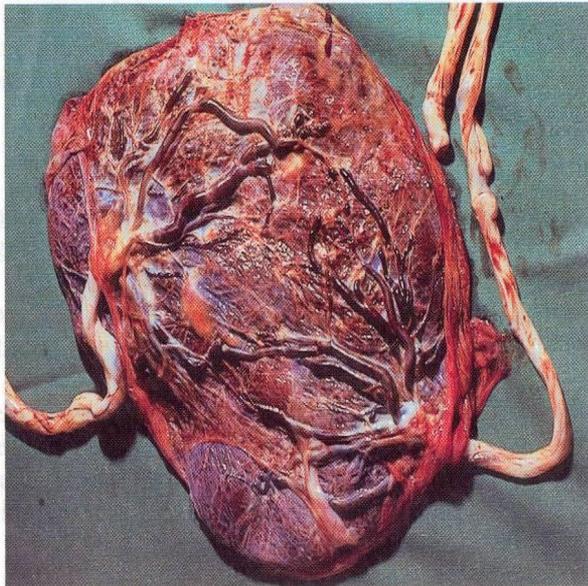
- Боковое – предлежание части плаценты в пределах внутреннего зева,
  - при влагалищном исследовании определяются рядом с дольками плаценты шероховатые плодные оболочки.

# Неполное (частичное) предлежание плаценты (*Placenta praevia partialis*)

## *Placenta praevia marginalis*

- Краевое – нижний край плаценты доходит до внутреннего зева,
  - при влагалищном исследовании определяются только плодные оболочки



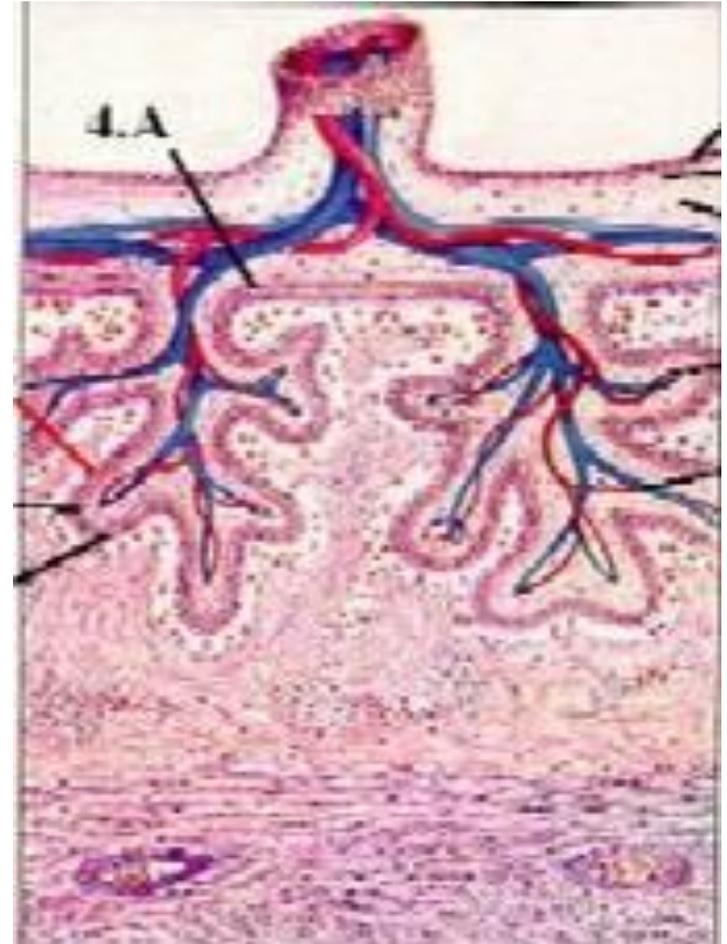


# Плацента

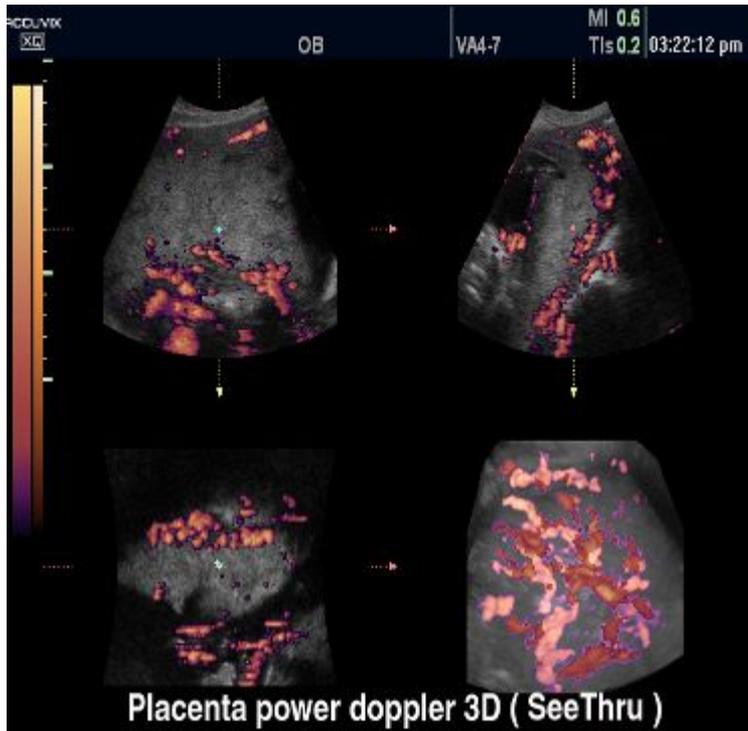
- Период плацентации начинается с 3 нед. развития эмбриона
- Плацента формируется к 14-16 нед.
- Масса плаценты продолжает увеличиваться до 36-37 нед. (после 24 нед медленно)

# Строение плаценты

- Гемо-хориальный тип
- Развивается из **хориальной** (плодовое происхождение) и **децидуальной** (материнское происхождение) тканей
- Состоит из:
  - **базальной мембраны**
  - **межворсинчатого пространства**
  - **хориальной мембраны**
  - Структурно-морфологическая единица – **котиледон**
  - **Плацентома (долька)** состоит из 15-20 котиледонов



# Характер плацентации



- Связан с процессом имплантации, который зависит от:
  - состояния эндометрия;
  - степени зрелости элементов цитотрофобласта

# Этиология предлежания плаценты



Факторы низкой  
плацентации

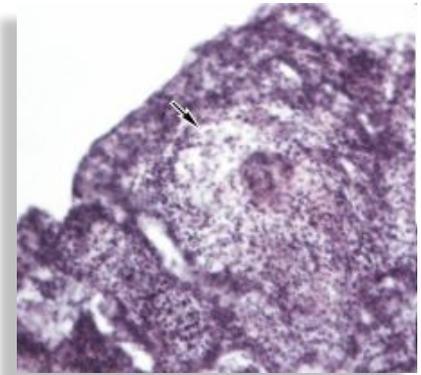
Генитальные

Экстрагенитальн  
ые

# Генитальные факторы

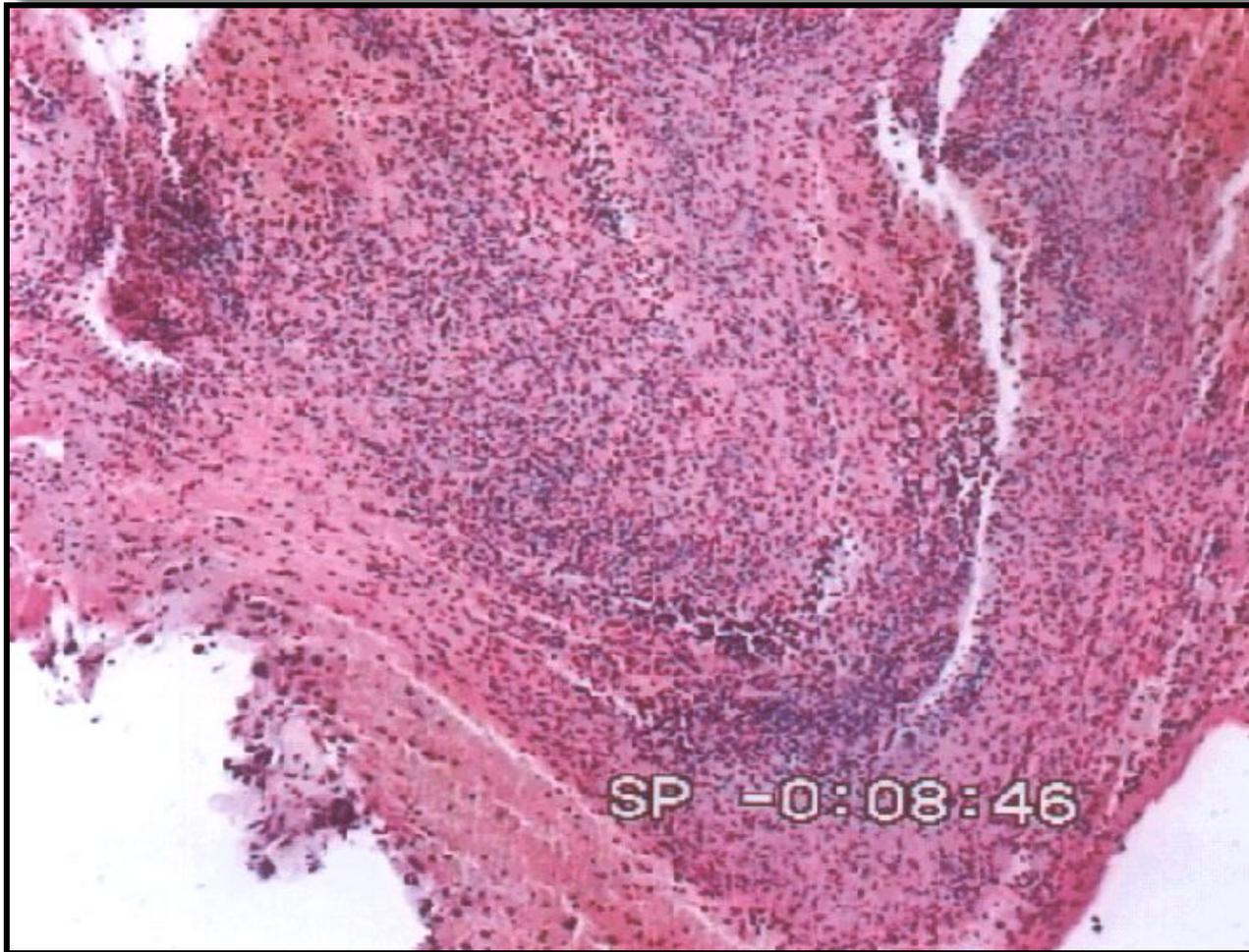


← *Туберкулезный  
эндометрит* →

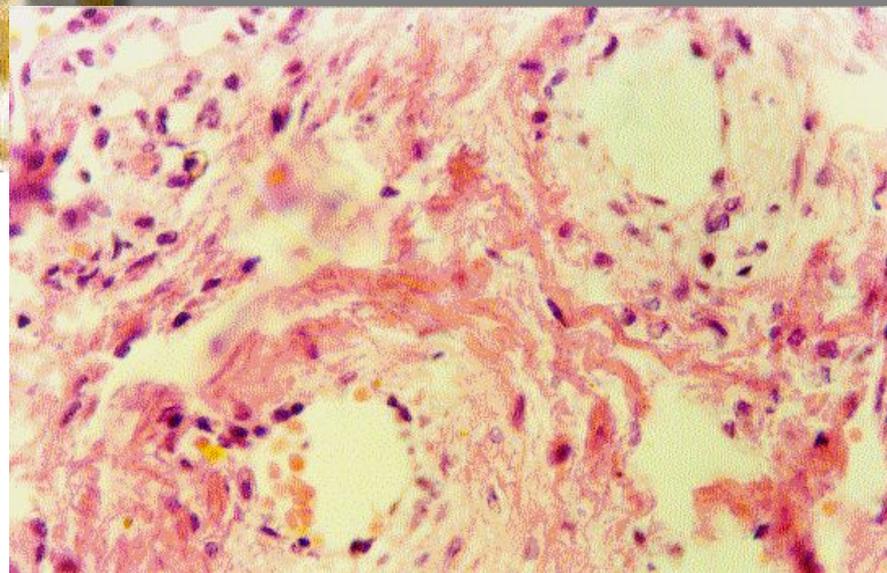
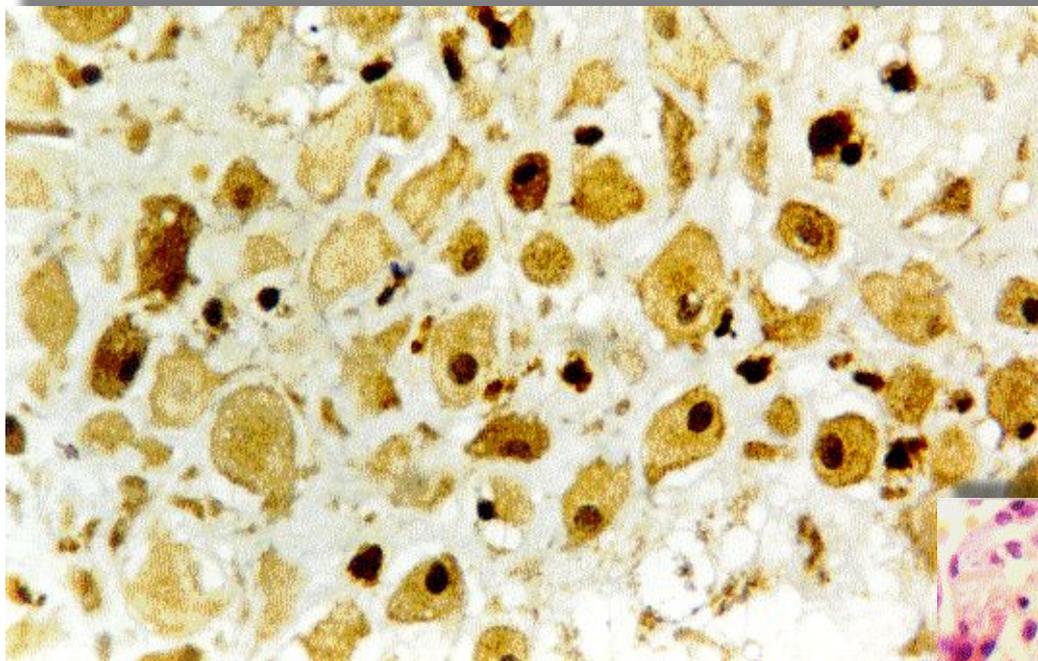


- Дистрофические и атрофические процессы в эндометрии:
  - воспалительные заболевания;
  - выскабливания стенок полости матки
  - Паритет
  - Миома матки
  - Деформация полости матки.
- Патология шейки матки.
- Аномалии развития матки.
- Рубцы на матке (в 5 раз чаще).
- Половой инфантилизм.
- Патология плодного яйца.

# БЕРЕМЕННОСТЬ В ВОСПАЛЕННОМ ЭНДОМЕТРИИ (хронический эндометрит)



# АУТОИММУННЫЙ ЭНДОМЕТРИТ

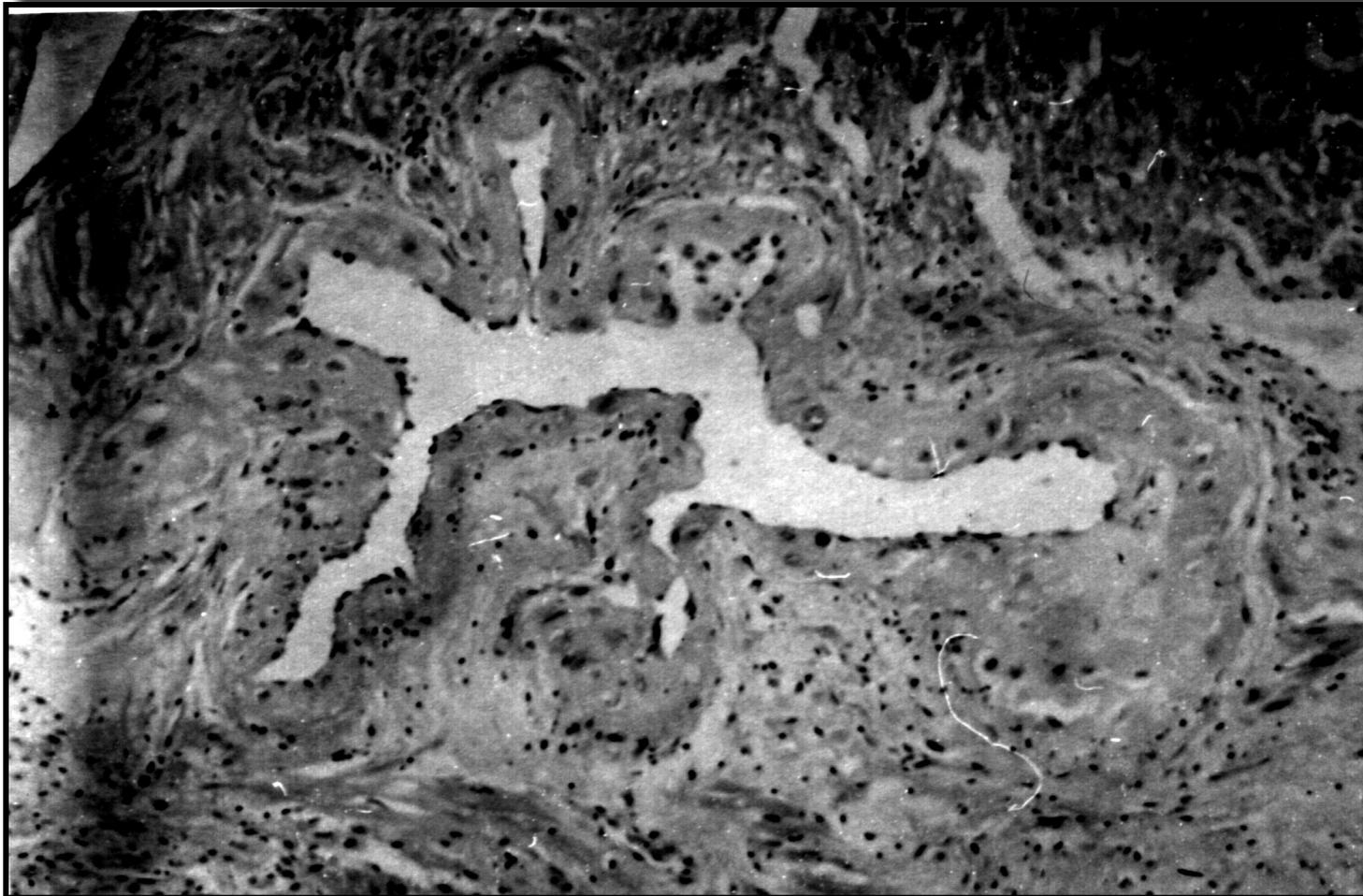


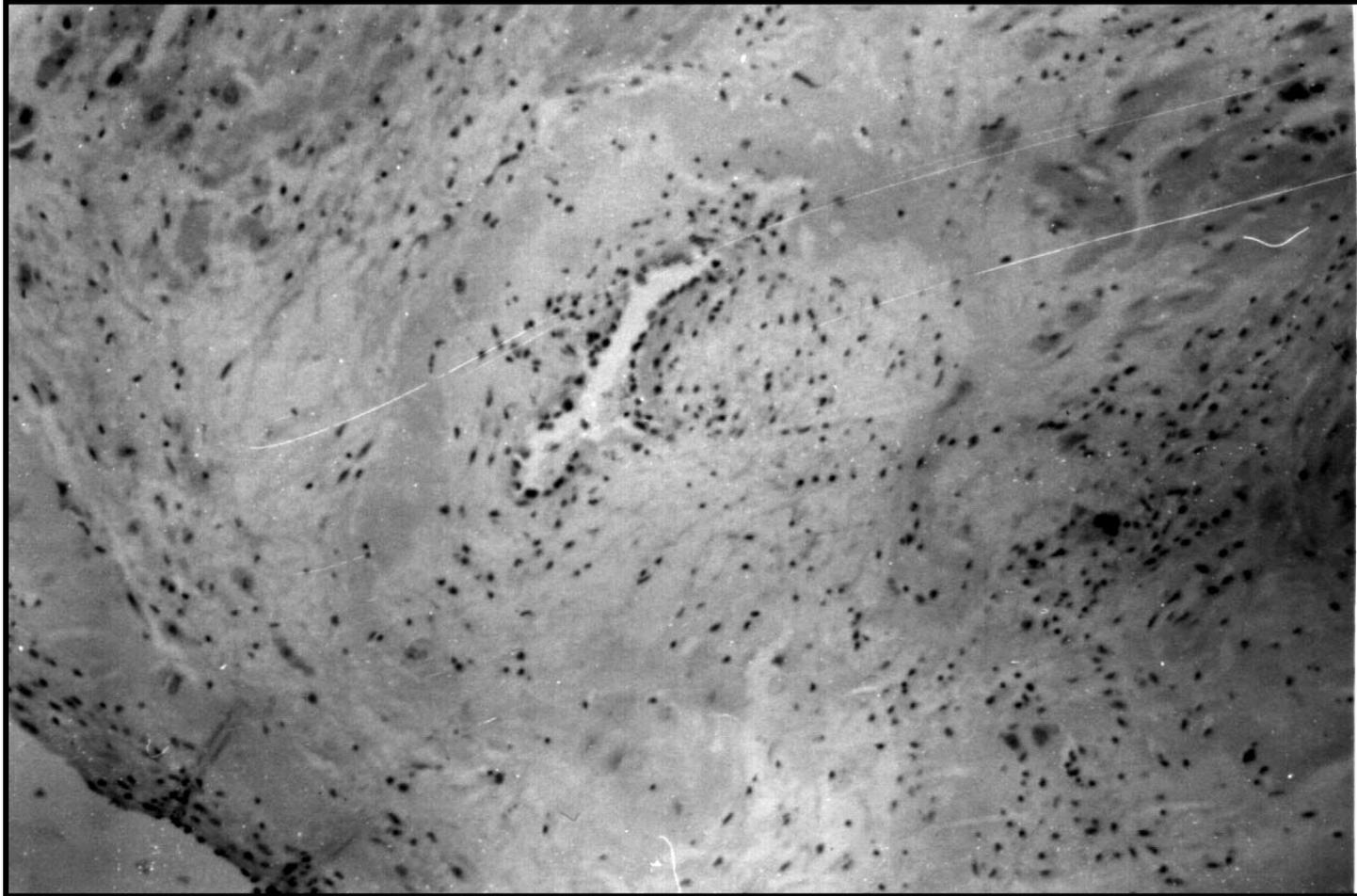
# Экстрагенитальные факторы



- Хронические заболевания с развитием нарушения кровообращения.
- Хронические инфекции.
- Интоксикации
  - Курение
  - Наркотики (в 2 раза чаще)
- Первородящие старшего возраста



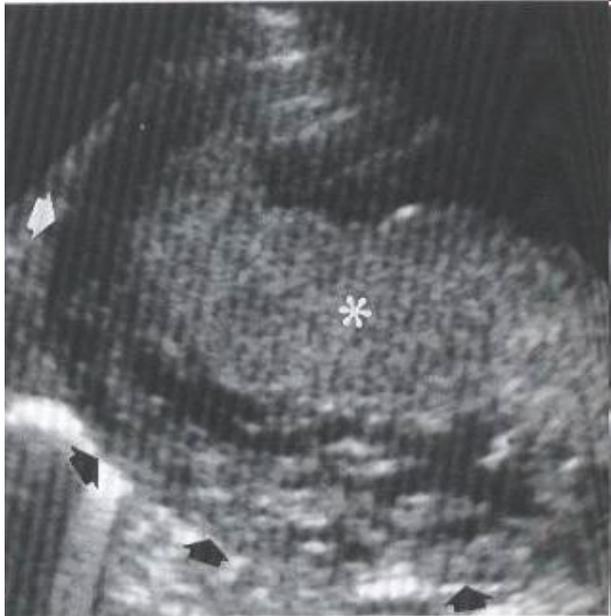




# Теории механизма предлежания плаценты

- Первичная истмическая плацента – возникает вследствие имплантации оплодотворенного яйца в области перешейка.
- Вторичная истмическая плацента – формируется в теле матки близко к перешейку, а затем распространяется и на перешеек.

# Механизм «миграции» плаценты



- Процесс морфофункциональной трансформации, под влиянием сниженного кровоснабжения и структурной перестройки слоев миометрия.
- Плацента растет и мигрирует из части менее обеспеченной кровотоком в более васкуляризованную.
- Миграция при низкой плацентации чаще отмечается при локализации плаценты на передней стенке матки.
- Процессы миграции заканчиваются к 34 нед.

# Клиника предлежания плаценты

- «Немая» фаза (до появления кровотечения):
  - высокое стояние предлежащей части плода;
  - неустойчивое положение плода (косое, поперечное);
  - тазовое предлежание плода;
  - угроза прерывания беременности;
  - задержка внутриутробного развития плода.

***Чаще диагноз по УЗИ***



# Клиника предлежания плаценты



- **«Выраженная» фаза – кровотечение.**

Механизм кровотечения:

- Сокращение матки;
- Формирование нижнего сегмента матки;
- Отслойка предлежащей плаценты;
- Натяжение оболочек в нижнем полюсе плодного яйца.

# Характеристика кровотечения при предлежании плаценты

- Чаще возникает в сроке 30-35 нед.
- Внезапно, без видимого повода.
- Всегда наружное, чаще обильное.
- Кровь яркая.
- Отсутствует болевой синдром.
- Повторное возникновение.



# Последствия для женщины при предлежании плаценты



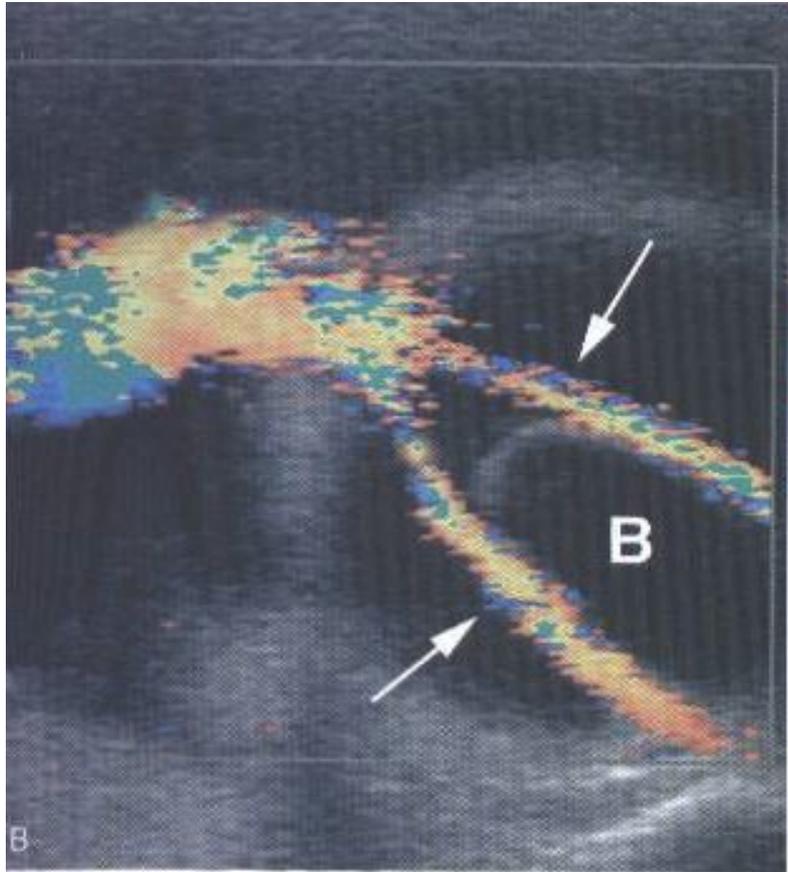
- Прогрессирующая анемизация
- Патологическое прикрепление плаценты
- Гипотензивный синдром
- Коагулопатическое кровотечение

# Последствия для плода и новорожденного



- Хроническая плацентарная недостаточность
- Задержка внутриутробного развития
- Анемия
- Повреждение центральной нервной системы
- Нарушение процесса адаптации в постнатальном периоде

# Диагностика предлежания плаценты



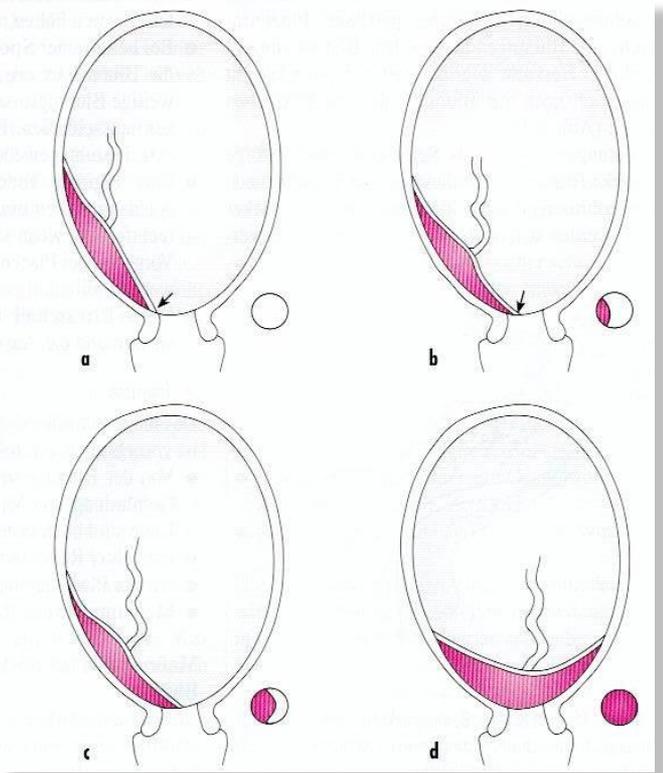
- Особенности наружного кровотока
- Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез
- Данные наружного акушерского обследования
  - патология предлежания и положения плода,
  - высокое расположение предлежащей части плода
- Аускультация
  - шум плацентарных сосудов в области нижнего сегмента
- УЗИ

# Диагностика предлежания плаценты

- При кровотечении
  - амбулаторно проводят
    - общее и наружное акушерское обследование
    - УЗИ
  - в стационаре влагалищное исследование выполняют в условиях развернутой операционной



# Диагностика предлежания плаценты в родах



- Расположение плаценты зависит от величины раскрытия шейки матки в момент исследования.
- Вид предлежания плаценты определяется при раскрытии маточного зева не менее 4 см

# Тактика при предлежании плаценты

- Госпитализация в акушерский стационар
- Зависит от
  - *состояния женщины и плода,*
  - срока беременности,
  - объема кровопотери,
  - частоты повторения эпизодов кровотечения,



# Пролонгирование беременности при предлежании плаценты



- Возможно при
  - сроке беременности до 37 нед.
  - кровопотере до 250 мл,
  - повторении эпизода кровотечения не более 3-х раз,
  - удовлетворительном состоянии беременной
  - компенсированном состоянии плода

# Пролонгирование беременности при предлежании плаценты

- Принципы терапии
  - Строгий постельный режим.
  - Седативная терапия.
  - Спазмолитическая и токолитическая терапия.
  - Гемостатические препараты.
  - Лечение анемии.
  - Назначение препаратов, нормализующих маточно-плацентарный кровоток.
  - Профилактика дистресс-синдрома плода.



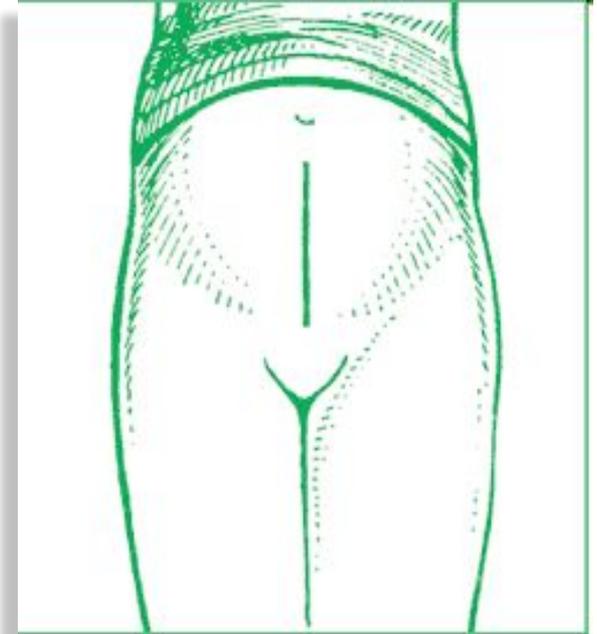
# Показания к кесареву сечению при предлежании плаценты



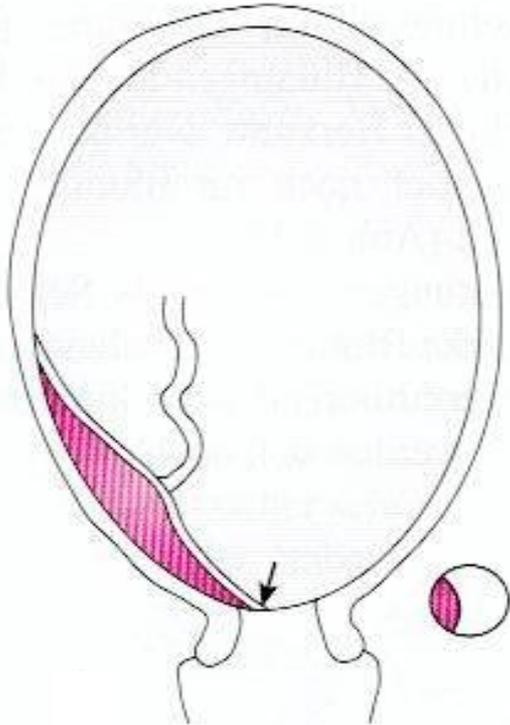
- Часто повторяющиеся небольшие кровотечения.
- Одномоментная кровопотеря больше 250 мл.
- Полное предлежание плаценты.
- Неполное предлежание плаценты в сочетании с другой акушерской патологией.

# Особенности кесарева сечения при предлежании плаценты

- В плановом порядке при сроке 38-39 нед.
- При локализации плаценты по передней стенке в области нижнего сегмента методом выбора является корпоральное кесарево сечение
- При локализации плаценты по задней стенке – кесарево сечение в нижнем сегменте поперечным разрезом
- При приращении плаценты расширение операции до экстирпации матки



# Роды через естественные родовые пути



- Возможны при краевом предлежании плаценты
- С целью остановки кровотечения
  - ранняя амниотомия,
  - при отсутствии эффекта - кесарево сечение
- Профилактика кровотечения

# При предлежании плаценты



- Частота преждевременных родов – 20%
- Материнская смертность – 0,9%
- Материнская заболеваемость – 23%
- Перинатальные потери – 17-26 %

# Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

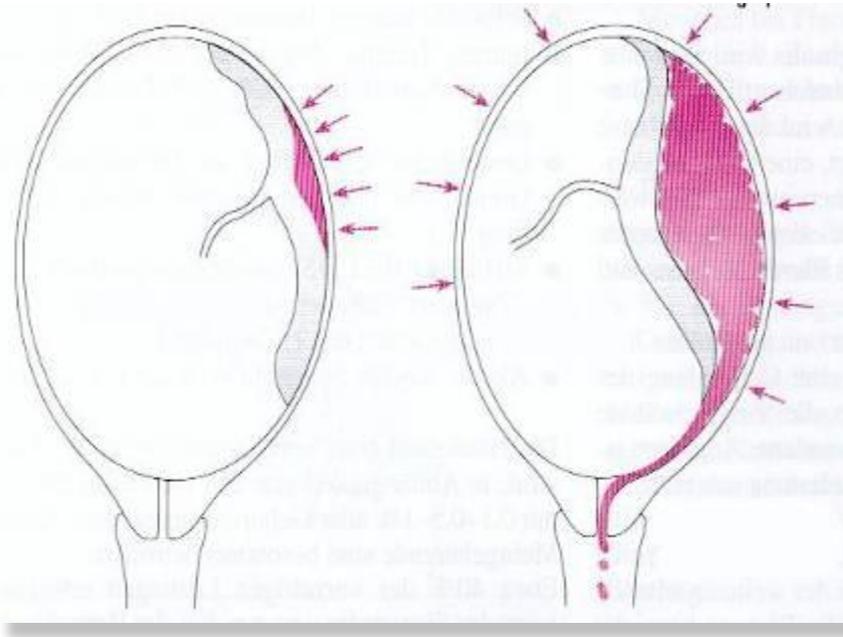
- ПОНРП – отделение плаценты, прикрепленной в теле матки,
  - во время беременности
  - или
  - в 1 и во 2 периодах родов.
- 0,3 -0,5% от всех беременностей.



**Материнская смертность** составляет от 1,6% до 15,6%, что обусловлено кровотечением, развитием ДВС – синдрома , геморрагическим шоком

*Тяжелое и неотложное состояние в акушерской практике.*

# Классификация ПОНРП



- По величине отслойки
  - частичная
  - полная
- По типу кровотечения
  - с наружным кровотечением (80%)
  - с внутренним кровотечением (20%)

# Этиология ПОНРП

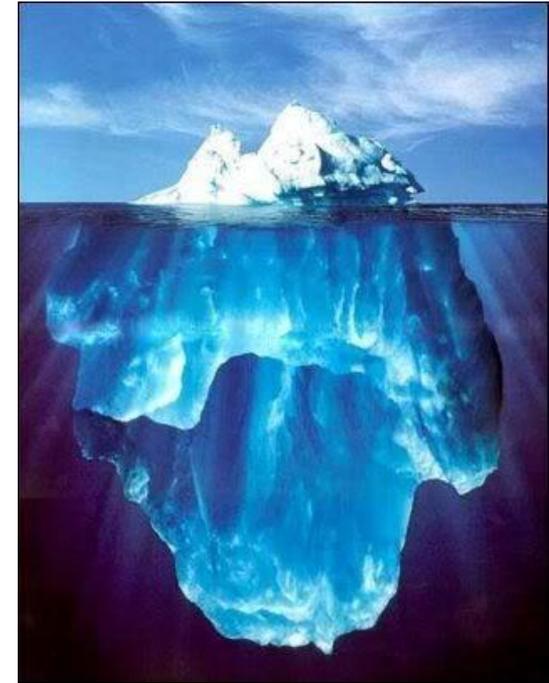
- Нарушения в сосудистой системе:
  - тромбофилии
    - поздний гестоз,
    - заболевания ССС,
  - болезни крови
  - аутоиммунные состояния (АФЛС, СКВ)
  - Заболевания почек.
- Эндокринопатии
  - ожирение



# Этиология ПОНРП

## 1. Факторы, непосредственно способствующие развитию ПОНРП:

- ✓ Гестоз (длительно текущий или плохо леченный)
- ✓ Экстрагенитальные заболевания (артериальная гипертензия, пороки сердца, заболевания почек, заболевания щитовидной железы и др)
- ✓ Изосерологическая несовместимость крови матери и плода (ABO, Rh)
- ✓ Аутоиммунные состояния ( антифосфолипидный синдром, кр. волчанка)
- ✓ Заболевания крови (врожденные и приобретенные коагулопатии)
- ✓ Пороки развития матки, миомы матки
- ✓ Перенесенные ранее операции на матке или воспалительные процессы
- ✓ Переношенная беременность



# Этиология ПОНРП

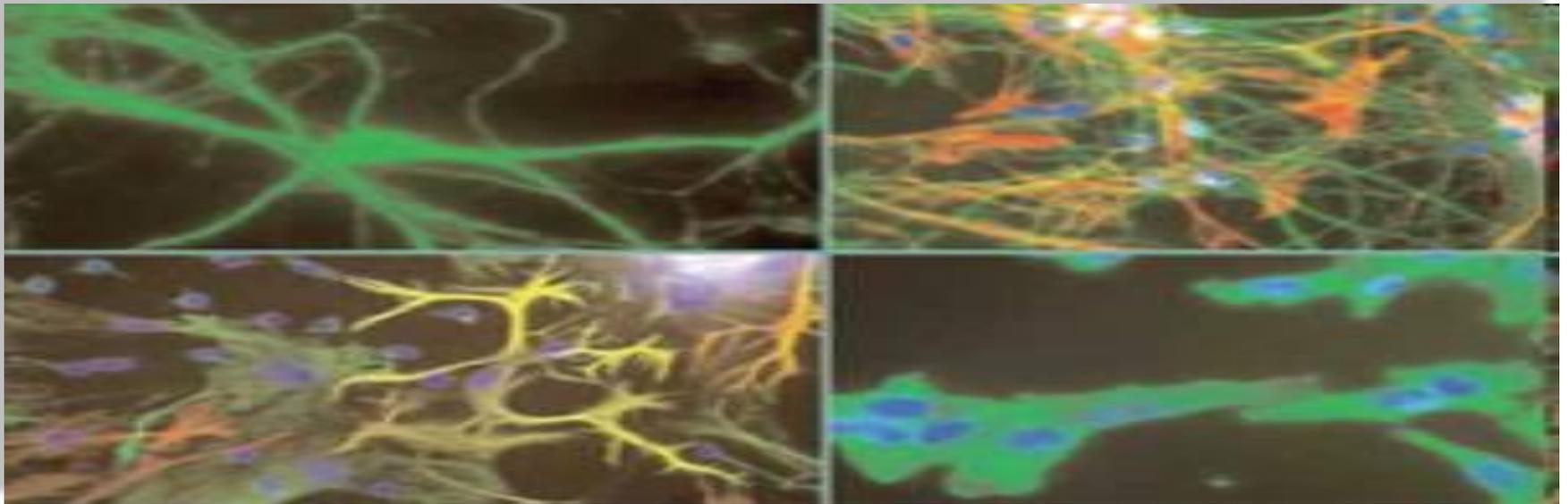
## 2. Факторы, провоцирующие ПОНРП

- Перерастяжение стенок матки
- Травма ,короткая пуповина
- Нерациональное применение утеротонических средств
- Дискоординация родовой деятельности



# Пусковой механизм ПОНРП

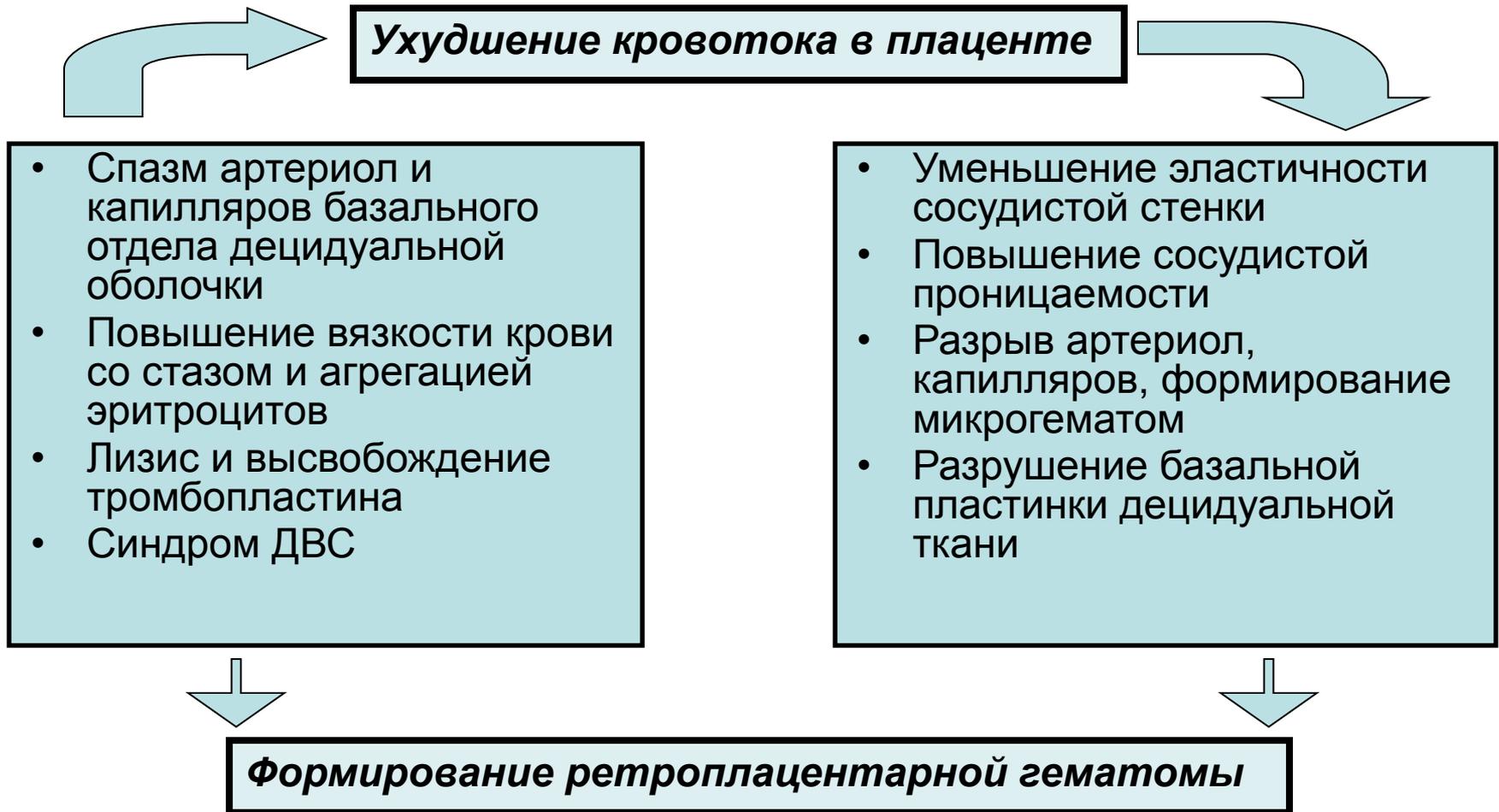
- Теория иммунологического кризиса:
  - реакция отторжения наступает в результате иммунологического конфликта между материнскими и плодовыми тканями



**Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – переход хронической недостаточности маточно-плацентарного кровообращения в острую фазу.**



# Патогенез ПОНРП



# Маточно-плацентарная апоплексия

- Описана французским врачом Кувелером в 1912 г.:
  - множественные кровоизлияния в толще миометрия,
  - отечное набухание мышечной ткани и стромы,
  - поражение нервно-мышечного аппарата



- Нарушение сократительной способности матки

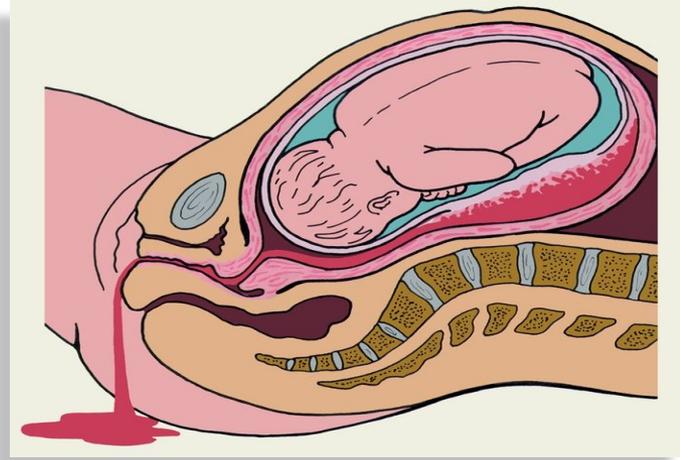


# Клиника ПОНРП с внутренним кровотечением



- Острое начало
- **Основной симптом** – боль в области отслойки плаценты
- Гипертонус матки
- Локальная болезненность при пальпации матки
- Асимметрия матки
- Признаки внутриутробной гипоксии плода
- Признаки внутреннего кровотечения у женщины

# Клиника ПОНРП с наружным кровотечением



- ***Основной симптом*** – кровотечение
- Болевой симптом выражен незначительно
- Признаки внутриутробной гипоксии плода

# Последствия ПОНРП для матери



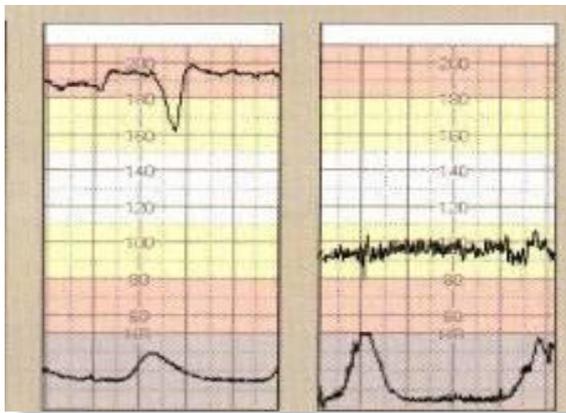
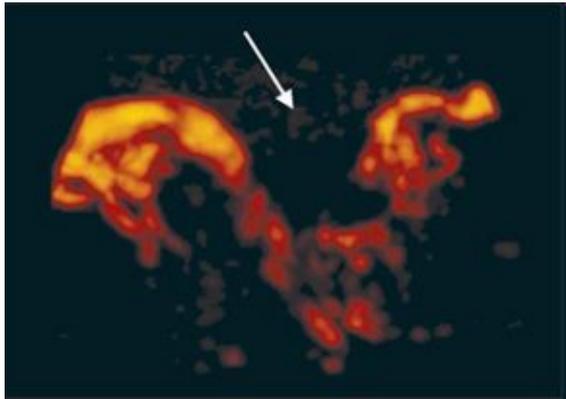
- Маточно-плацентарная апоплексия
- Шок (геморрагический, болевой)
- Синдром ДВС (10%)
- Атония матки
- Синдром полиорганной недостаточности
- Летальность 0,5-5%

# Последствия ПОНРП для плода

- Внутриутробная гибель плода в 10-35% случаев
  - причины: гипоксия, анемия, недоношенность
- Гибель плода наступает при отслойке более 50% площади плаценты.
- 50% всех мертворождений – результат ПОНРП
- Среди детей, родившихся при ПОНРП в первые 4 недели умирает примерно 16%. Это напрямую зависит от:
  - от срока беременности при котором произошла отслойка
  - от веса плода при рождении: при весе ребенка более 2500 гр. выживает более 98%.



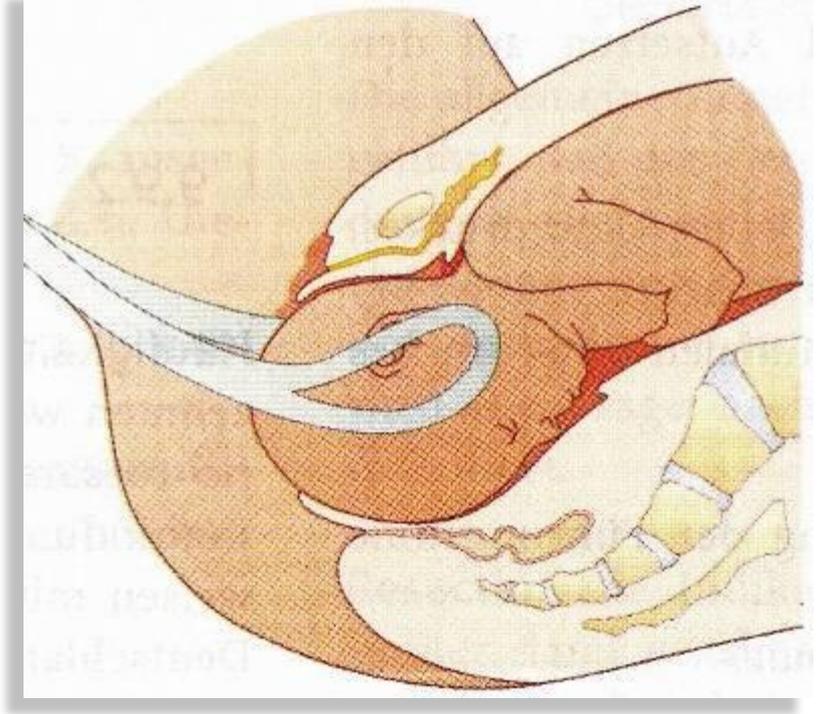
# Диагностика ПОНРП



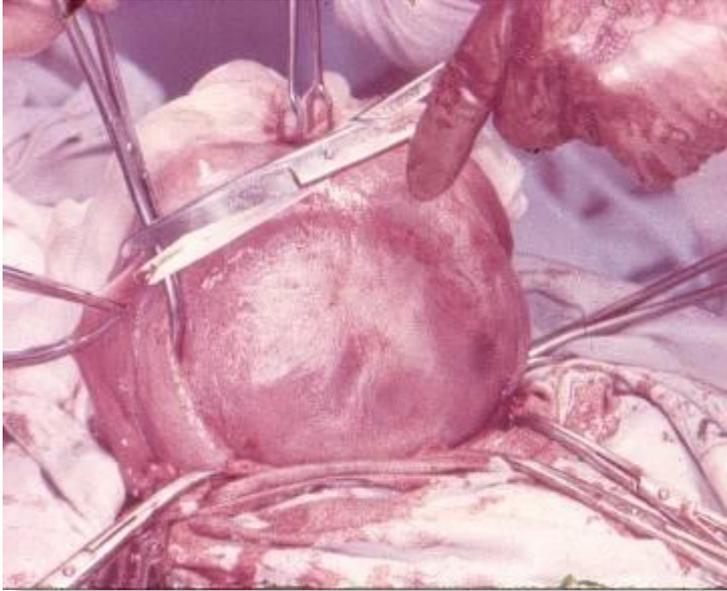
- ПОНРП – клинический диагноз.
- УЗИ диагностика основана на обнаружении ретроплацентарной гематомы.
- Оценка состояния плода по кардиотокографии.
- Запоздалая диагностика при отслойке плаценты по задней стенке матки
  - стертая клиническая картина,
  - отсутствие эхографических признаков

# Акушерская тактика при ПОНРП

- Во время беременности – экстренное кесарево сечение (даже при мертвом плоде)
- В первом периоде родов – амниотомия, кесарево сечение
- Во втором периоде родов
  - акушерские щипцы,
  - извлечение плода за тазовый конец,
  - при мертвом плоде – краниотомия



# Особенности кесарева сечения при ПОНРП



- Разрез на матке в нижнем сегменте
- Осмотр наружной и внутренней поверхностей матки
- Надежный гемостаз
- После удаления последа из матки введение сокращающих средств
- Профилактика синдрома ДВС
  - переливание свежезамороженной плазмы

# Акушерская тактика при ПОНРП

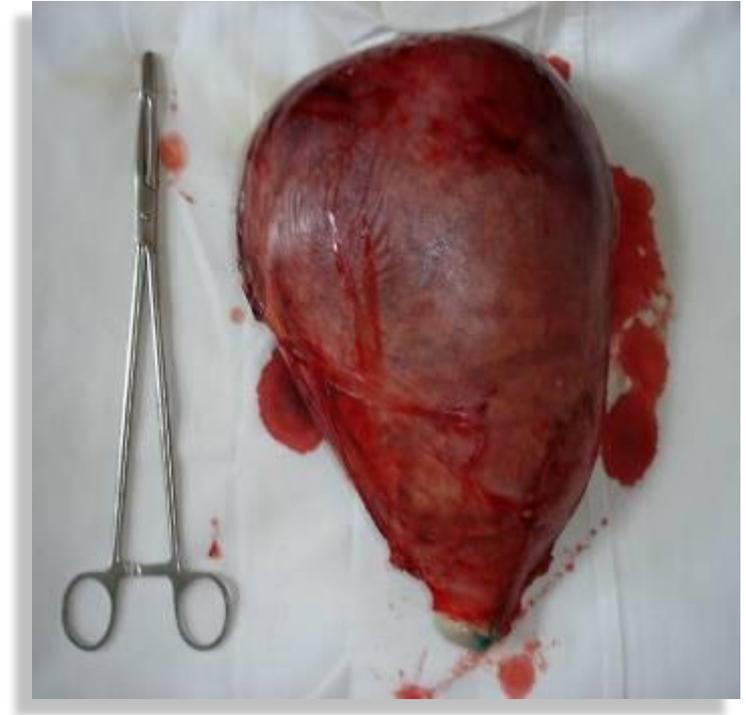
- При гипотонии матки для сохранения ее ВОЗМОЖНО
  - эмболизация маточных сосудов
  - наложение гемостатического шва.



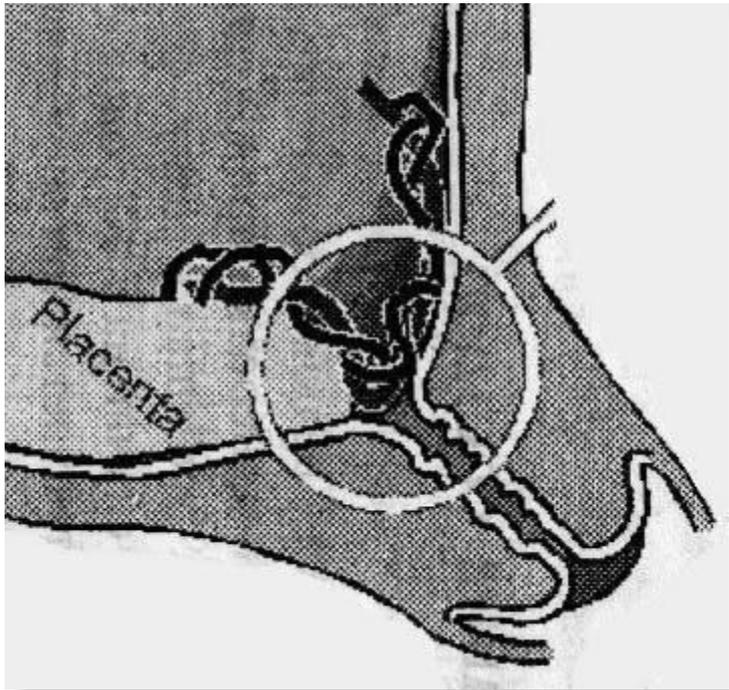
*Рюкзачный шов Бе Линча*

# Акушерская тактика при ПОНРП

- Маточно-плацентарная апоплексия (матка Кувелера) – показание к экстирпации матки



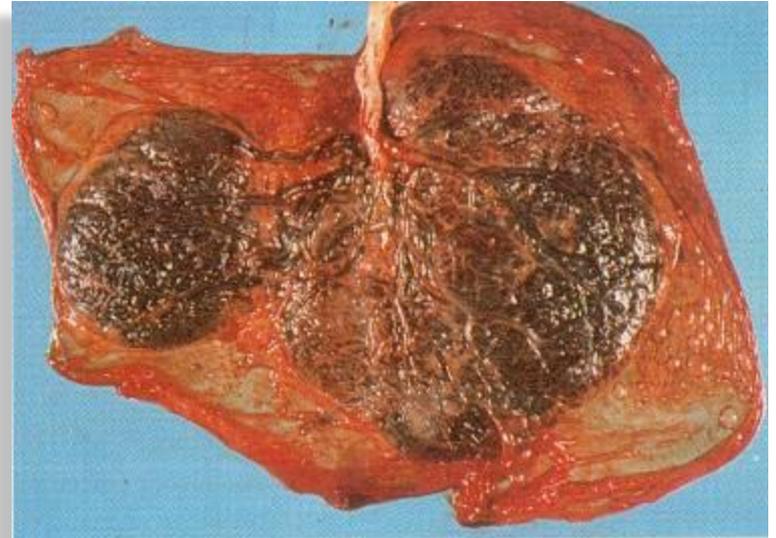
# Предлежание сосудов



- Кровотечение из предлежащих пуповинных сосудов
- Встречается редко: 1 на 5500 родов.
- Гибель плода наблюдается в 75% случаев

# Предлежание сосудов

- Чаще наблюдается при оболочечном и краевом прикреплении пуповины; двудолевой плаценте (добавочная доля)
- Впервые это осложнение в 1801 году описал Lobstein



# Предлежание сосудов



*Кесарево сечение при живом  
плоде !!!*

- Дородовая ультразвуковая диагностика:
  - визуализация сосудов в области внутреннего зева перед предлежащей частью;
  - частота кривых скоростей кровотока в предлежащих сосудах совпадает с частотой сердцебиения
  - аномалии прикрепления пуповины и строения плаценты

# Порядок обследования беременных с кровотечением

- Сбор анамнеза
- Пальпация матки, наружное акушерское обследование, аускультация плода
- Осмотр наружных половых органов и определение характера кровянистых выделений
- УЗИ
- Осмотр шейки матки
- Влагалищное исследование (только в конце беременности и в родах, при готовой операционной)



