A pregnant woman is shown from the waist up, wearing a white tank top. She is holding her belly with both hands. A blue flower with a yellow center is pinned to her belly. The background is a plain, light color.

**ГБОУ ВПО СОГМА Минздравсоцразвития
России
Кафедра акушерства и гинекологии**

Кровотечения во второй половине беременности

**лекция
для студентов лечебного факультета
Доцент Попова Л. С.**

Кровотечением второй половины беременности называется вагинальное кровотечение, возникшее с 22-й недели гестации до срока родов.

Частота кровотечений второй половины беременности составляет в 2–5 % всех беременностей.

Причинами кровотечений являются:

- предлежание плаценты (1 на 200 беременностей) – 20 %;**
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (1 на 100 беременностей) – 40 %.**

Предлежание плаценты (placenta praevia) – осложнение беременности, при котором плацента располагается в нижнем сегменте матки ниже предлежащей части плода, полностью или частично перекрывая внутренний зев шейки матки. Предлежание плаценты встречается в 0,5–0,8 % среди всех беременностей.

**При физиологической
беременности нижний край
плаценты не достигает 7 см до
внутреннего зева.**



Этиология

1. Материнские факторы:

Преимущественно повторнобеременные:

- большое количество родов и абортов в анамнезе;
- возраст женщин (старше 35 лет, независимо от количества родов).

К группе риска возникновения предлежания плаценты относятся женщины с гипопластичной маткой, а также пациентки, которые перенесли:

- эндометриты с последующими рубцовыми дистрофическими изменениями эндометрия;
- аборты, в особенности осложненные воспалительными процессами;
- доброкачественные опухоли матки, в частности субмукозные миоматозные узлы;
- воздействие на эндометрий химическими препаратами.

2. Факторы, обусловленные патологией плаценты:

- Позднее проявление выработки протеолитических ферментов хориона
- нарушение васкуляризации децидуальной оболочки (атрофия или воспалительный процесс);
- рубцовые изменения эндометрия;
- сосудистые изменения в месте прикрепления плаценты (при ухудшенном кровоснабжении эндометрия требуется большая поверхность прикрепления плаценты);
- увеличение поверхности плаценты (при многоплодной беременности).

Классификация

1. Полное предлежание — плацента полностью перекрывает внутренний зев.
 2. Неполное предлежание — плацента частично перекрывает внутренний зев:
 - боковое предлежание — внутренний зев перекрыт на $2/3$ его площади;
 - краевое предлежание — к внутреннему зеву подходит край плаценты, перекрывая его на $1/3$;
- Степень предлежания определяется при раскрытии шейки матки на 4-5см.

Предлежание плаценты

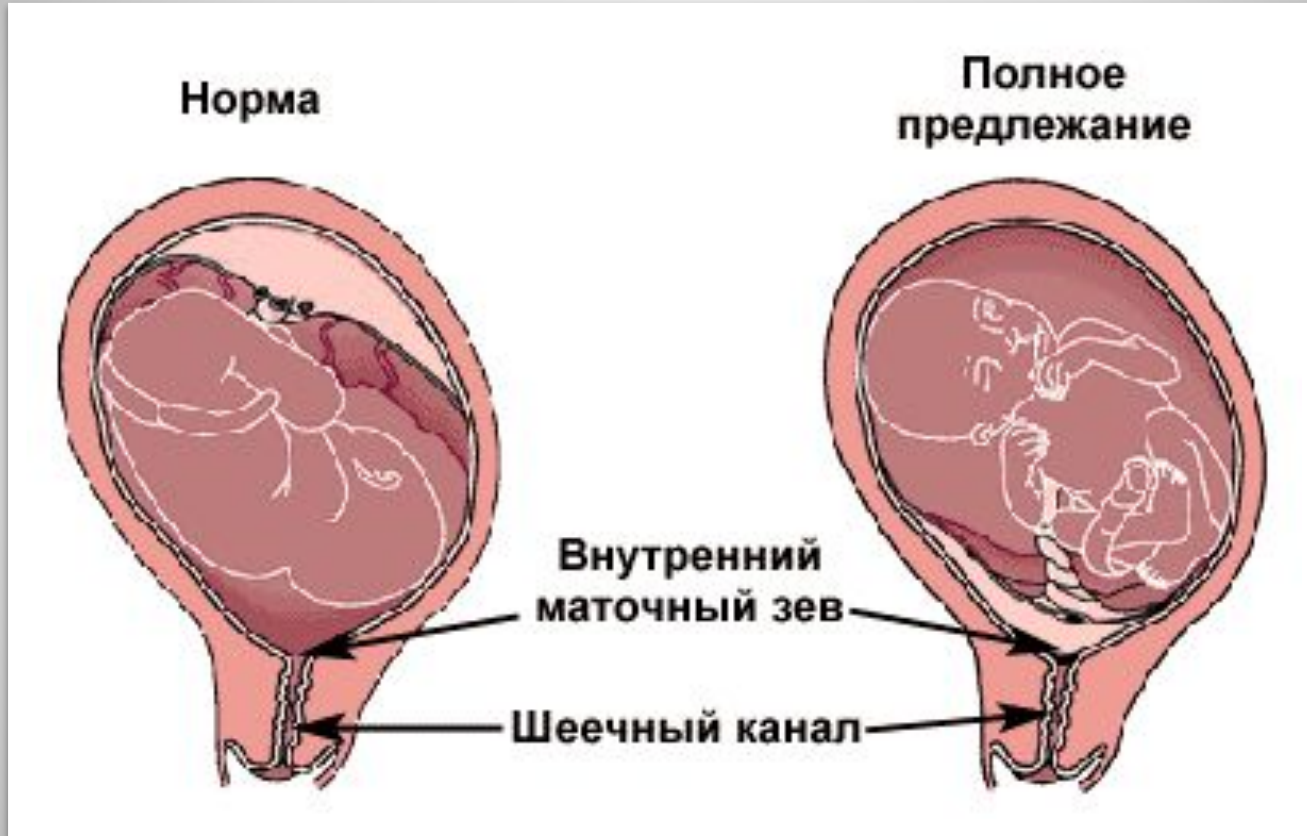
Низкое прикрепление плаценты-расположение ее в нижних отделах полого мускула матки. Край плаценты не доходит до внутреннего зева.

Миграция плаценты- увеличение расстояния между нижним краем плаценты и внутренним зевом.

В связи с миграцией плаценты предлежание может меняться с увеличением срока беременности.



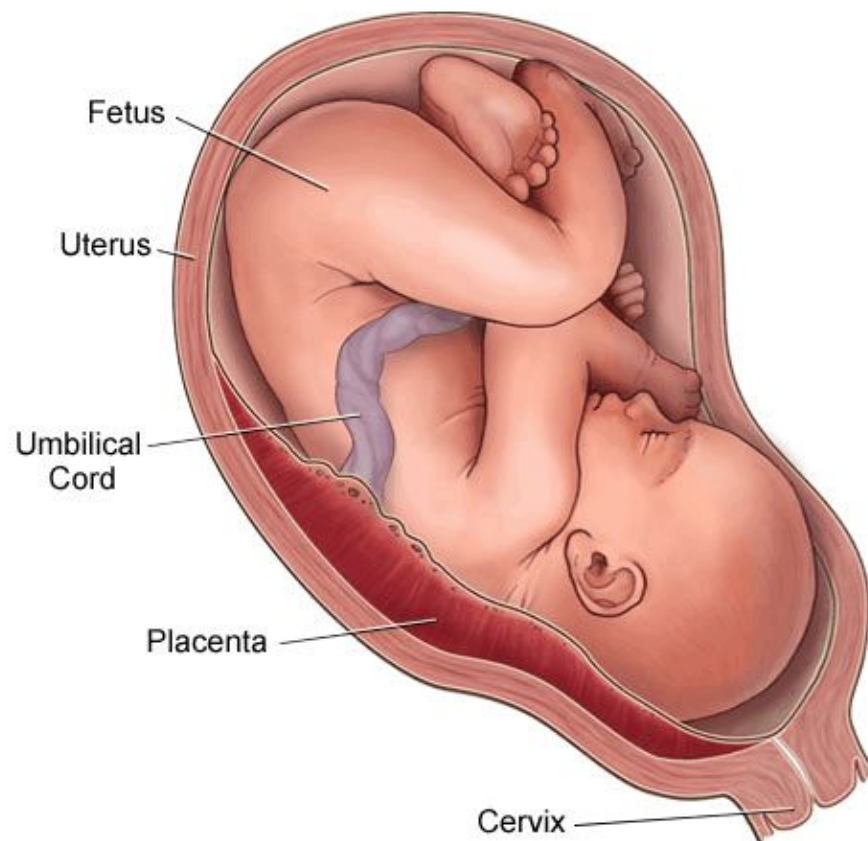
Предлежание плаценты



Частичное предлежание плаценты



Marginal Placenta Previa



Клинические симптомы

Патогномоничный симптом — кровотечение.

Особенности:

- ✓ Возникает впервые в 25-27 недель;
- ✓ Носит повторяющийся, периодический характер;
- ✓ Не сопровождается болью;
- ✓ Кровь алого цвета без сгустков.

Тяжесть состояния обусловлена объемом кровопотери:

— при полном предлежании — массивная кровопотеря;

— при неполном может варьировать от небольшой до массивной.

Диагностика

1. Анамнез.
2. Жалобы: алые кровянистые выделения, без боли, спонтанно, преимущественно в ночное время. «»Проснулась в ложе крови»».
2. Клинические проявления — появление повторяющихся кровотечений, не сопровождающихся болью и повышенным тонусом матки.

Акушерское обследование:

а) Данные наружного обследования:

- высокое стояние предлежащей части;
- косое, поперечное положение плода, тазовое предлежание
- отсутствие тонуса матки в момент кровотечения.

б) Данные внутреннего обследования (выполняется только в условиях развернутой операционной):

- тестоватость ткани свода, пастозность, пульсация сосудов;
- невозможность через свод пальпировать предлежащую часть.

Предлежание плаценты с кровотечением является срочным показанием для госпитализации в стационар.

**NB! В случае кровотечения
уточнение характера
предлежания не имеет смысла,
потому что акушерская тактика
определяется объемом
кровопотери и состоянием
беременной.**

Дополнительные методы обследования

- *Ультразвуковое сканирование* имеет большое значение для выяснения локализации плаценты и постановки правильного диагноза. Является информативным с ранних сроков и критерием оценки возможности «миграции» плаценты.
- *КТГ;*
- *Доплерометрия;*
- *гемостазиограмма*

Алгоритм обследования при поступлении беременной с кровотечением в стационар:

- уточнение анамнеза;
- оценка общего состояния, объема кровопотери;
- общеклиническое обследование (группа крови, резус-фактор, общий анализ крови, коагулограмма);
- внешнее акушерское обследование;
- обследование шейки матки и влагалища при развернутой операционной с иглой в вене. Осмотр в зеркало для исключения полипа, рака шейки матки, разрыва варикозного узла, оценки характера выделений;
- дополнительные методы обследования (УЗИ) по показаниям при отсутствии необходимости срочного родоразрешения.

Тактика ведения беременной

зависит от объема кровопотери, состояния пациентки и плода, характера предлежания, срока беременности, зрелости легких плода.

1. При небольшой кровопотере (до 250 мл), отсутствии симптомов геморрагического шока, дистресса плода, отсутствии родовой деятельности, незрелом плоде до 37 недель рекомендована выжидательная тактика.

2. При остановке кровотечения показаны УЗ-исследование, подготовка легких плода, пролонгирование беременности до срока жизнеспособности плода;

Медикаментозная терапия:

-кровоостанавливающие средства

-антианемическое лечение

-после остановки кровотечения-токолитики

3. При прогрессирующем кровотечении, которое становится неконтролируемым (более 250 мл), независимо от срока беременности, состояния плода (живой, дистресс, мертвый) необходимо срочное родоразрешение.

Абсолютным показанием к оперативному родоразрешению является полное предлежание плаценты

При кровопотере до 100 мл отсутствуют симптомы геморрагического шока, дистресса плода, при сроке беременности до 37 недель:

- госпитализация;
- токолитическая терапия по показаниям;
- ускорение созревания легких плода до 34 недель беременности (дексаметазон 6 мг через 12 часов в течение 2 суток);
- мониторинговое наблюдение за состоянием беременной и плода.

При прогрессировании кровотечения 250 мл и более — быстрое родоразрешение путем кесарева сечения.

Кровопотеря значительная (более 250 мл) при недоношенной беременности — независимо от степени предлежания необходимо срочное кесарево сечение.

С началом родовой деятельности при условии развернутой операционной уточняется **степень предлежания:**

- в случае частичного предлежания плаценты и при головном предлежании плода, активных сокращениях матки выполняется амниотомия. При прекращении кровотечения роды проводятся через естественные родовые пути. После рождения плода — в/м введение 10 ЕД окситоцина, тщательное наблюдение за сокращением матки и характером выделений из влагалища. При условии возобновления кровотечения после амниотомии — кесарево сечение;
- при неправильном положении плода (тазовое, косое или поперечное) выполняется кесарево сечение;
- при неполном предлежании, мертвом плоде возможна амниотомия, при прекращении кровотечения — родоразрешение через естественные родовые пути.

Кровопотеря (более 250 мл) при доношенной беременности независимо от степени предлежания – требуется срочное кесарево сечение.

Полное предлежание, диагностированное при помощи УЗИ, без кровотечения – госпитализация с момента постановки диагноза и вплоть до срока родоразрешения путем кесарева сечения при сроке 37–38 недель плод достиг жизнеспособного возраста.

Введение сокращающих матку средств (метилэргометрин в течение 2-3 часов в/в капельно).

Особенности кесарева сечения:

- разрез в теле матки (классическое кесарево сечение);
- Введение контрактильных средств в течение операции;
- Проведение операции на фоне препаратов крови (свежезамороженная плазма, эр-масса)

В раннем послеродовом периоде необходимо тщательное наблюдение за состоянием роженицы. При возобновлении кровотечения после операции кесарева сечения и достижения величины кровопотери более 1 % от массы тела требуется экстирпация матки без придатков, при необходимости – перевязка внутренних подвздошных артерий.

Осложнения

1. Анемизация как результат повторяющихся кровотечений. При этой патологии отмечается самое низкое содержание гемоглобина и эритроцитов в сравнении с другими осложнениями беременности, сопровождающимися кровотечениями.
2. Обильное послеродовое кровотечение, так как плацента расположена в нижнем сегменте матки, мышечная оболочка которого выражена слабо, мышечные сокращения недостаточны для остановки кровотечения.
3. Частым бывает неправильное положение плода: косое, поперечное, тазовое предлежание, неправильное вставление головки.
4. Возможны преждевременные роды
5. Некроз гипофиза, острый некроз канальцев почек как результат массивной кровопотери и длительной гипотензии.
6. Приращение плаценты, так как в нижнем сегменте толщина эндометрия недостаточна для инвазии трофобласта.
7. При повторных родах с предыдущим оперативным родоразрешением приращение в области послеоперационного рубца

Профилактика заключается в проведении санитарно-просветительной работы: беседы о вреде абортов, раннем выявлении и лечении инфантилизма и различных воспалительных заболеваний матки.

**Преждевременная отслойка
нормально расположенной
плаценты — это отслоение
плаценты, расположенной в
верхнем сегменте матки, во время
беременности или в I-II периодах
родов.**

**Частота отслойки составляет
от 0,3 до 0,5 % общего
количества родов, или 1-2
% всех беременностей, и до
30 % причин материнской
смертности.**

Преждевременная отслойка плаценты

Классификация (основана на степени отслойки плаценты от стенки матки и локализации отслойки):

1. Полная отслойка (тотальная).

2. Частичная отслойка:

— краевая (есть наружное кровотечение);

— центральная (образуется ретроплацентарная гематома)

По степени тяжести:

— легкая (до 1см^2)

— средней тяжести (до $1/3$ плаценты)

— тяжелая (0, 5 и более)

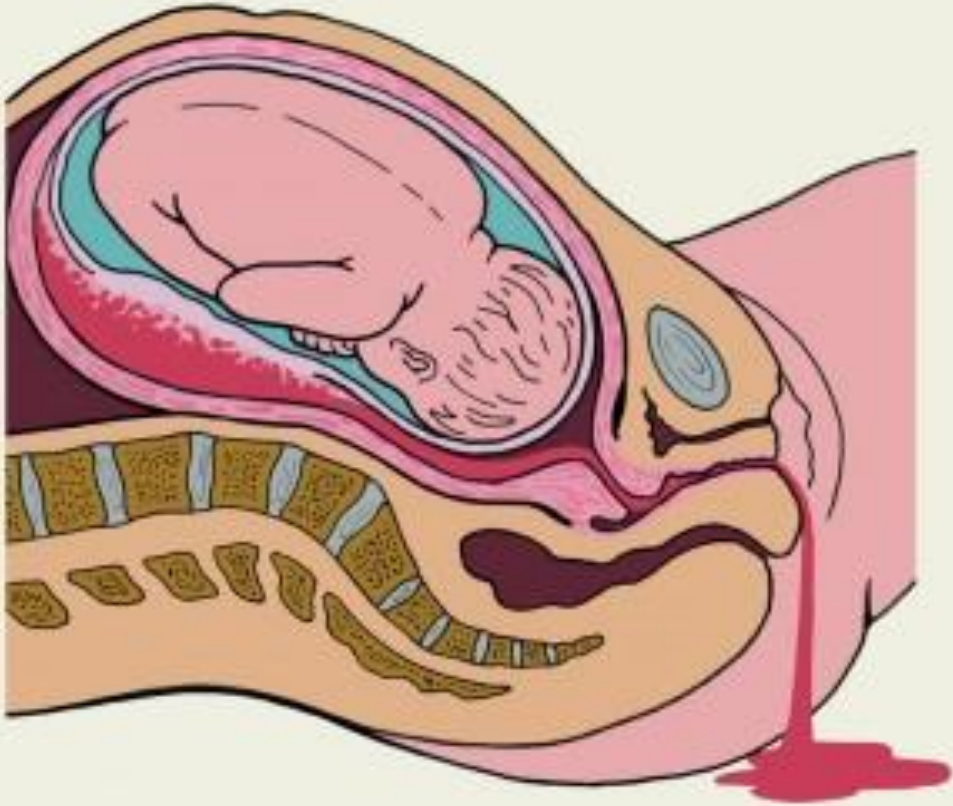
Клиническая классификация

Рассе с соавт. выделяют четыре степени тяжести отслойки плаценты (табл. 1).

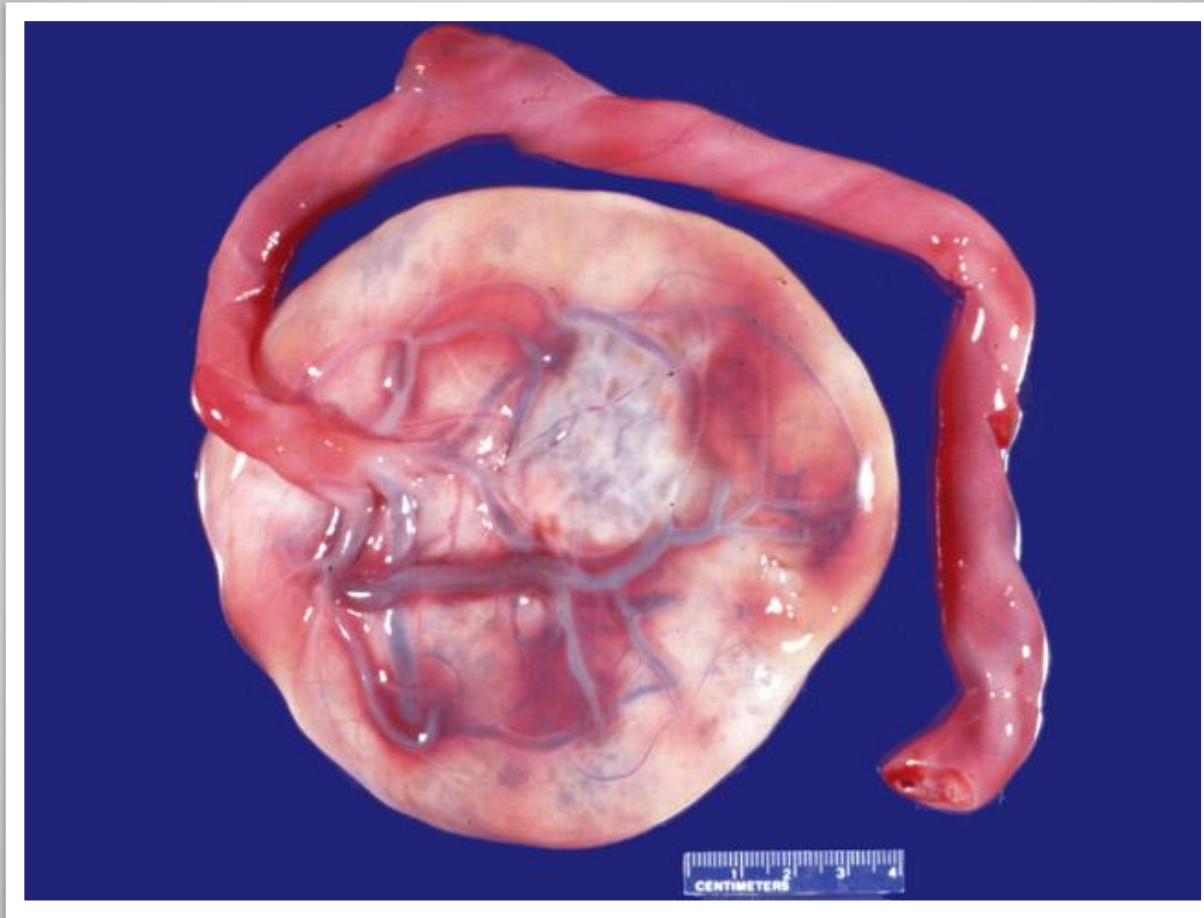
Таблица 1. Классификация отслойки плаценты по степени тяжести

Степень	Крово- течение	Напряже- ние матки	Артериальная гипотония	Коагуляция	Дистресс плода
0	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
1	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
2	Да/нет	Да/нет	Нет	Редко	Есть
3	Да	Да	Да	Часто	Гибель

Преждевременная отслойка плаценты



Преждевременная отслойка плаценты



Преждевременная отслойка плаценты

Анатомическая классификация

В соответствии с локализацией гематомы с анатомической точки зрения существует пять видов преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:

1. Кровоизлияние под оболочки, то есть субхорионическая гематома.
2. Кровоизлияние в области нижнего края плаценты – первым его признаком будет кровотечение из половых путей.
3. Кровоизлияние в амниотическую полость после разрыва оболочек.
4. Кровоизлияние под плаценту – образуется большая ретроплацентарная гематома.
5. Кровоизлияние в толщу миометрия – происходит инфильтрация межмышечных промежутков кровью, а в тяжелых случаях формируется так называемая матка Кювелера.



Массивные кровоизлияния в станку матки, под брюшину при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты (матка Кювелера).

Преждевременная отслойка плаценты

Клинико-диагностические критерии

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты может быть у беременных в случае следующей патологии:

- гестозы;
- преэклампсия;
- заболевания почек;
- изоимунный конфликт между матерью и плодом;
- перерастяжение матки (многоводие, многоплодие, большой плод);
- заболевания сосудистой системы;
- сахарный диабет;
- заболевания соединительной ткани;
- воспалительные процессы матки, плаценты;
- аномалии развития или опухоли матки (подслизистые, интрамуральные миомы).

Непосредственной причиной могут быть:

- физическая травма;
- психическая травма;
- внезапное уменьшение объема околоплодных вод-во время беременности и с началом родов;
- абсолютно или относительно короткая пуповина;
- патология сократительной деятельности матки.

} В родах

Клинические симптомы

1. Кровотечение из влагалища может варьировать в зависимости от степени тяжести и характера (краевая или центральная отслойка) от незначительного до массивного. Если формируется ретроплацентарная гематома, внешнее кровотечение может отсутствовать.
2. Болевой синдром: острая боль в проекции локализации плаценты, локальная боль, которая потом распространяется на всю матку, спину и становится диффузной. Боль наиболее выражена при центральной отслойке и может быть не выраженной при краевой отслойке. При отслойке плаценты, которая расположена на задней стенке, боль может имитировать почечную колику.
3. Гипертонус матки вплоть до тетании, которая не снимается спазмолитиками, токолитиками.

Диагностика

1. Анамнез
 2. Жалобы
 3. Общий осмотр: АД, пульс. Внешний осмотр.
 4. Оценка состояния беременной, которая будет зависеть от величины отслойки, объема кровопотери, появления симптомов геморрагического шока или ДВС-синдрома.
 5. Наружное акушерское обследование:
 - гипертонус матки;
 - матка увеличена в размерах, может быть деформирована с локальным выпячиванием, если плацента расположена по передней стенке;
 - болезненность при пальпации-локальная или разлитая;
 - затруднения или невозможность пальпации и аускультации сердцебиения плода;
 - появление симптомов дистресса плода или его гибель.
- Внутреннее акушерское исследование:
- напряженность плодного пузыря;
 - при излитии околоплодных вод возможна их окраска кровью;
 - кровотечение из матки разной интенсивности.

Дополнительные методы обследования

- *УЗ-исследование* (эхо-негативное между маткой и плацентой), но этот метод не может быть абсолютным диагностическим критерием, так как гипоэхогенная зона может визуализироваться у пациенток и без отслойки.
- *Измерение в динамике ВСД и ОЖ.*
- *КТГ*

Преждевременная отслойка плаценты

В случае отсутствия внешнего кровотечения диагноз преждевременной отслойки плаценты базируется на повышенном тонусе матки, локальной болезненности, ухудшении состояния плода. Кровь из ретроплацентарной гематомы пропитывает стенку матки и формирует матку Кювелера (маточно-плацентарная апоплексия), которая теряет способность сокращаться, что ведет к развитию кровотечений с массивной кровопотерей за счет коагулопатии и гипотонии.

Преждевременная отслойка плаценты

Тактика ведения

Необоснованно запоздалое родоразрешение приводит к гибели плода, развитию матки Кювелера, массивной кровопотери, геморрагического шока и ДВС-синдрома, потере репродуктивной функции женщины.

Прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты во время беременности или в первом периоде родов, появление симптомов геморрагического шока, ДВС-синдрома, признаков дистресса плода независимо от срока беременности-абсолютное показание к кесаревому сечению.

При наличии признаков матки Кювелера — экстирпация матки без придатков.

2. Восстановление величины кровопотери, лечение геморрагического шока и ДВС-синдрома-всегда.

3. В случае непрогрессирующей отслойки плаценты возможно динамическое наблюдение при недоношенной беременности до 34 недель (проведение терапии для созревания легких плода) в учреждениях, где есть круглосуточное дежурство квалифицированных акушеров-гинекологов, анестезиологов, неонатологов. Проводится мониторинг за состоянием беременной и плода, КТГ, УЗИ в динамике.

Особенности кесаревого сечения:

- предшествующая операции амниотомия (если есть условия);
- обязательная ревизия стенок матки (в особенности внешней поверхности) с целью исключения маточно-плацентарной апоплексии;
- в случае диагностирования матки Кювелера – экстирпация матки без придатков;
- при небольшой площади апоплексии (2–3 очага диаметром 1–2 см) и способности матки к сокращению, отсутствии кровотечения и признаков ДВС-синдрома при необходимости сохранить детородную функцию (первые роды, мертвый плод) консилиумом решается вопрос о сохранении матки. Хирурги наблюдают некоторое время (10–20 мин) при открытой брюшной полости за состоянием матки и при отсутствии кровотечения дренируют брюшную полость для контроля гемостаза. Такая тактика в исключительных случаях допускается лишь в учреждениях, в которых имеется круглосуточное дежурство акушера-гинеколога, анестезиолога;

Преждевременная отслойка плаценты

Тактика при отслойке плаценты в конце I или во II периоде:

- необходима немедленная амниотомия, если околоплодный пузырь целый;
- при головном предлежании плода – наложение акушерских щипцов (при удобном положении головки);
- при тазовом предлежании – экстракция плода за тазовый конец (дискутабельно, только при нахождении ягодиц на тазовом дне);
- при поперечном положении второго плода из двойни выполняется акушерский поворот с экстракцией плода за ножку. В некоторых случаях более надежным будет кесарево сечение;
- ручное отделение плаценты и удаление последа;
- сократительные средства – в/в 10 ЕД окситоцина, при отсутствии эффекта 800 мкг мизопростола (ректально);
- тщательное динамическое наблюдение в послеродовом периоде;
- восстановление величины кровопотери, лечение геморрагического шока и ДВС-синдрома.

Профилактика Преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:

- * С ранних сроков беременности в женской консультации осуществляют тщательный отбор и наблюдение за беременными группы высокого риска по возникновению акушерских кровотечений.
- * У данной группы беременных проводят обследование и лечение сопутствующих заболеваний и осложнений с контролем за эффективностью проводимой терапии.
- * Особое внимание следует уделить беременным с гестозом.
- * Своевременная госпитализация в стационар при отсутствии эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях, а также обязательная дородовая госпитализация на 38-й неделе беременности (гестоз беременных).
- * Соблюдение принципа преемственности между тактикой ведения беременных в женской консультации и в стационаре.
- * Выбор оптимального способа родоразрешения и рациональное ведение родов (в группе риска преждевременной отслойки)

