



Акушерские
кровотечения во время
беременности. Оказание
неотложной помощи.

Лектор: д.м.н. Омарова Гульжахан Кашкинбаевна

План лекции

- Актуальность акушерских кровотечений
- Кровотечения во II половине беременности
 - Предлежание плаценты,
 - Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Актуальность

Кровотечения во время беременности, в родах и послеродовом периоде являются одним из тяжелых осложнений, при которых возможна гибель матери и плода.

Врачи любой специальности должны знать о причинах такой патологии, заподозрить ее и в ряде случаев оказать неотложную помощь.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В МИРЕ

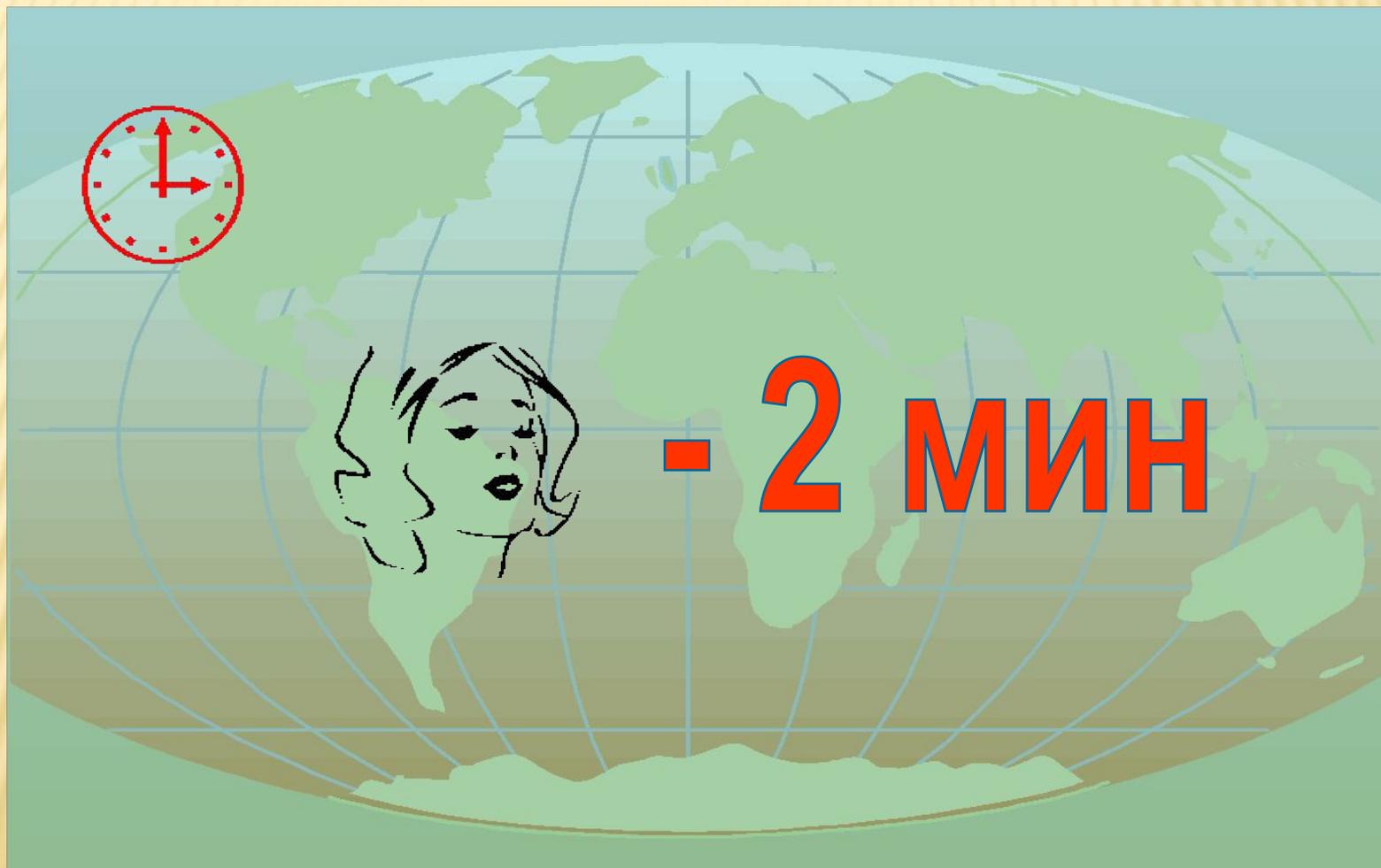


200.000.000

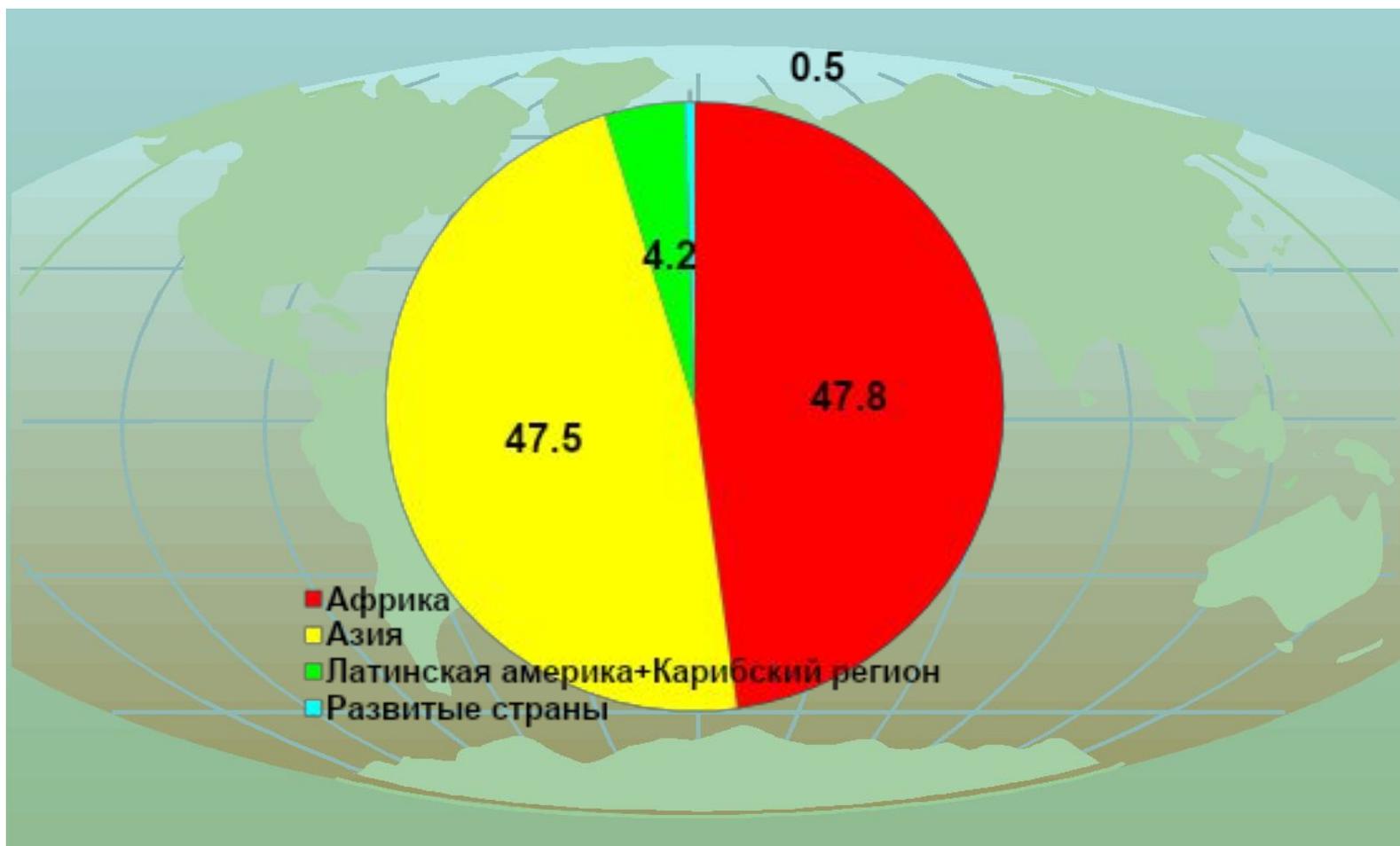
130.000.000

289.000

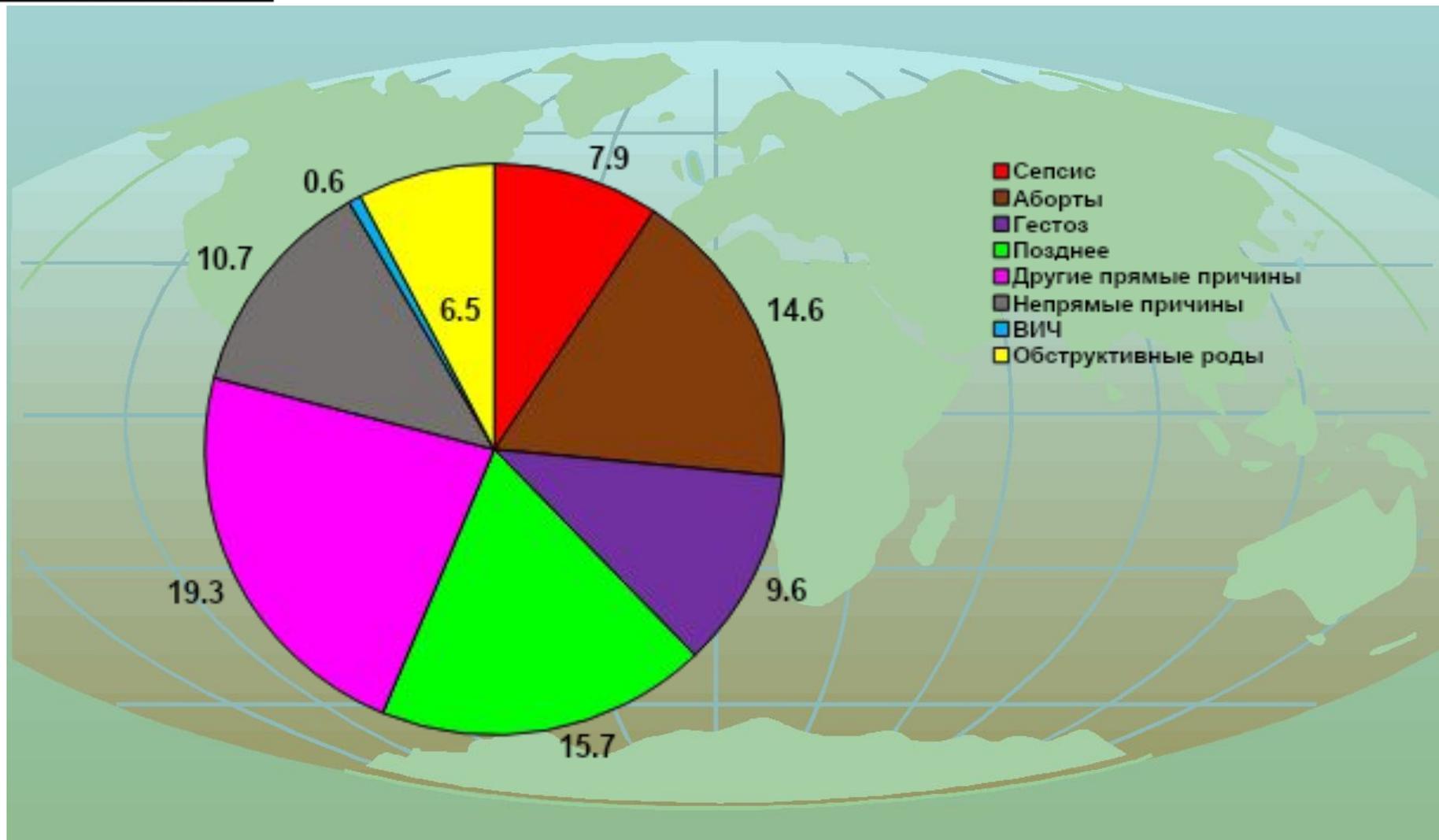
МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В МИРЕ



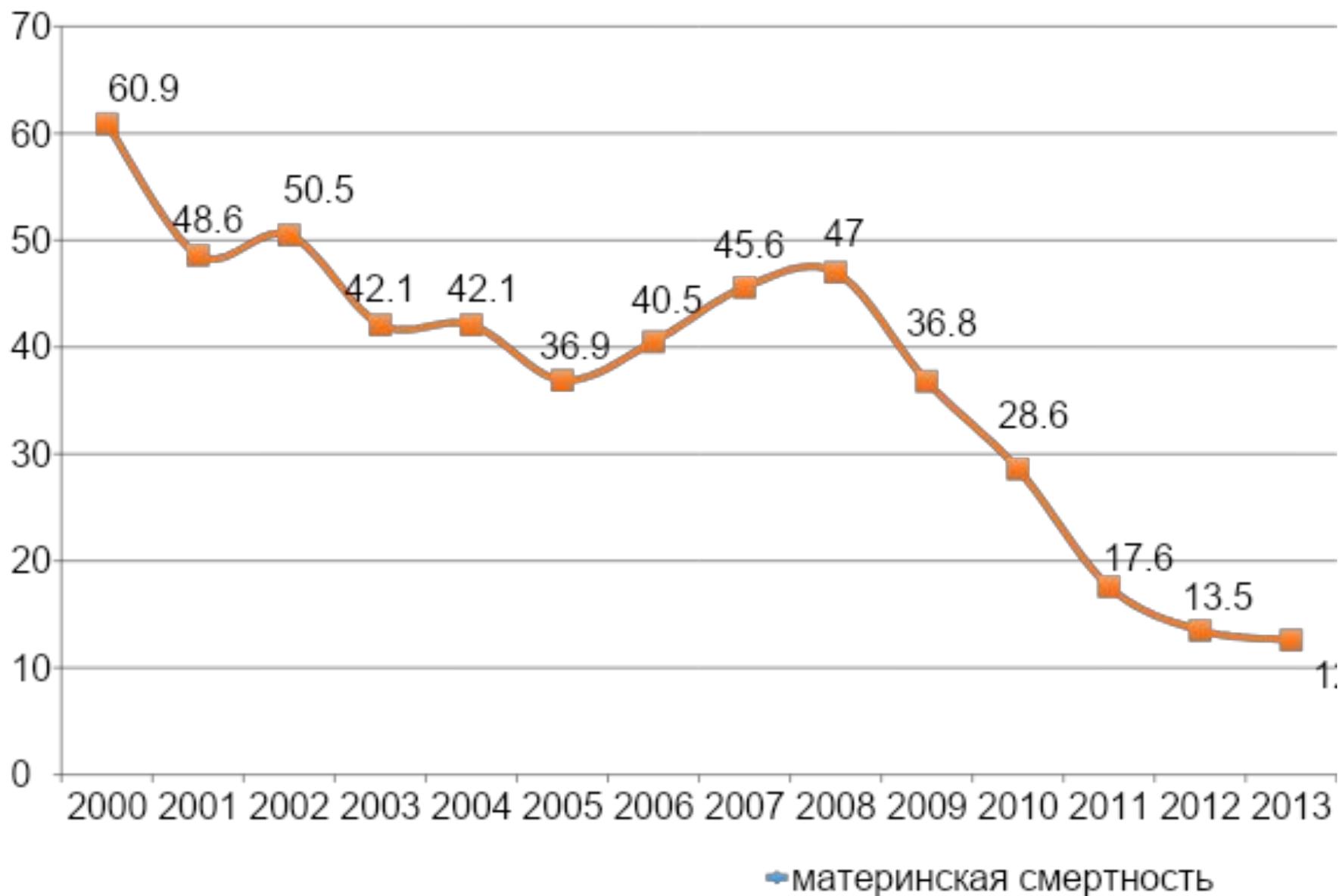
ДОЛЯ РЕГИОНОВ В МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ (%)



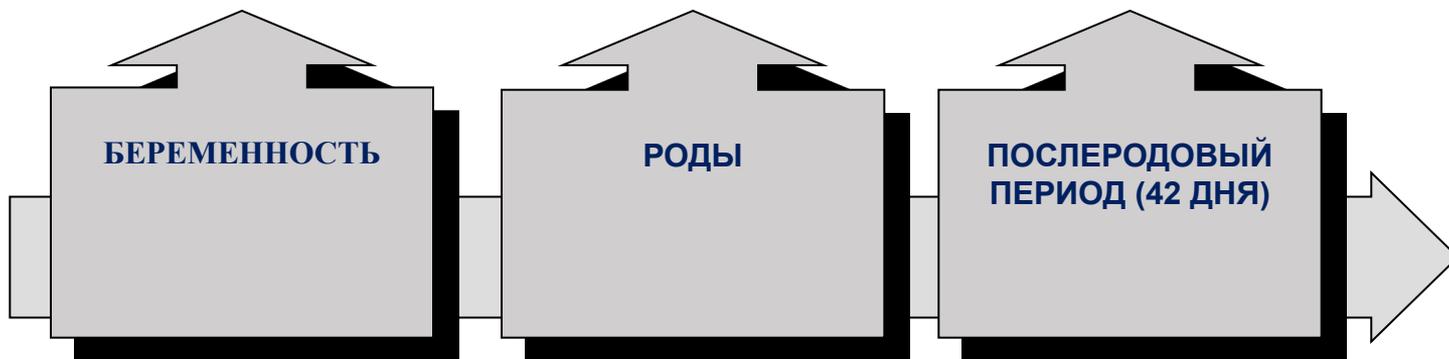
СТРУКТУРА ПРИЧИН МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В МИРЕ (%)



Материнская смертность в РК (2000-2013 гг)

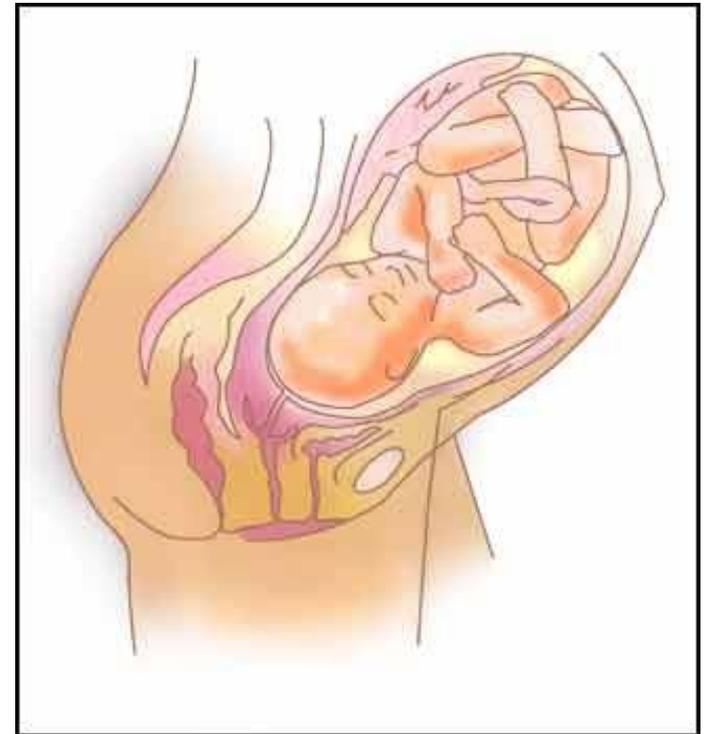
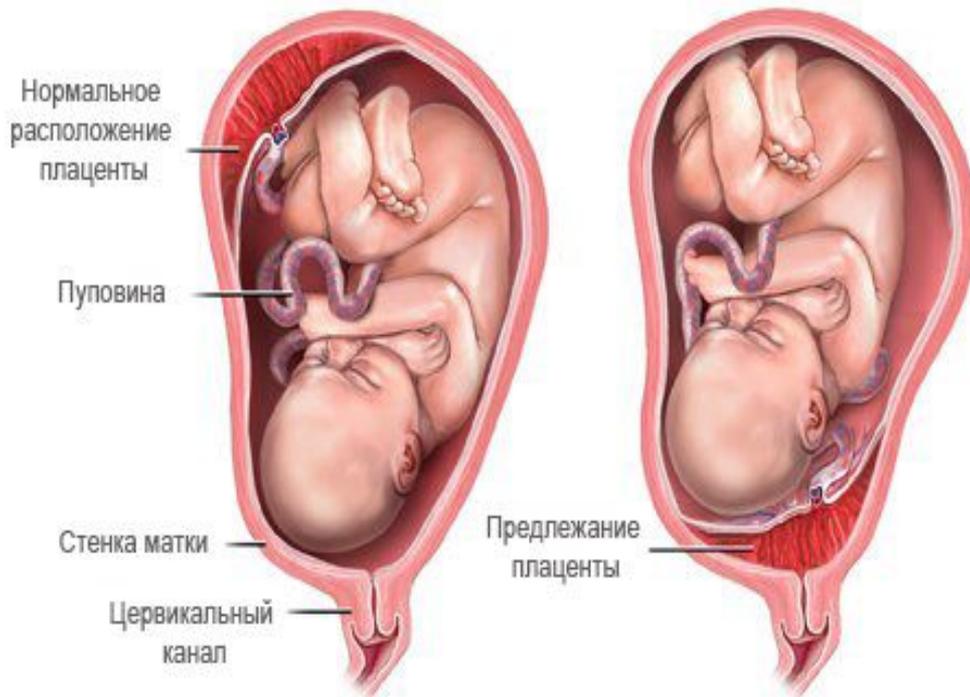


МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ



АБОРТЫ - 80.000	Презеклампися - 110.000	СЕПСИС - 130.000
ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ 40.000	КРОВОТЕЧЕНИЯ - 130.000	
ДРУГИЕ ПРИЧИНЫ – 50.000 (экстрагенитальные заболевания, эмболия околоплодными водами...)		
МЕДИЦИНСКИЕ ОШИБКИ - 50.000		

Кровотечения во II половине беременности, в I и II периодах родов



Классификация кровотечений по времени возникновения

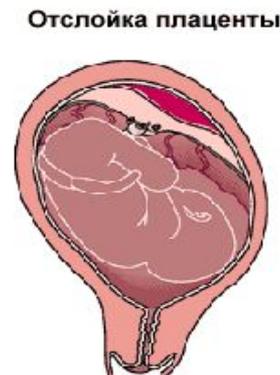
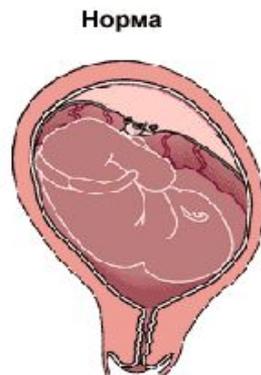
- **Акушерские кровотечения:**
 - ◆ *в I половине беременности*
 - ◆ *во II половине беременности*
 - ◆ *в родах: в I периоде, во II периоде и*
 - ◆ *в последовом периоде*
 - **в раннем послеродов**
 - **в позднем послеродовом периоде**

Причины кровотечений во II половине беременности

Предлежание плаценты (*PLACENTA PRAEVIA* – «*впереди дороги*»). Частота 0,1 – 1% по отношению ко всем родам;

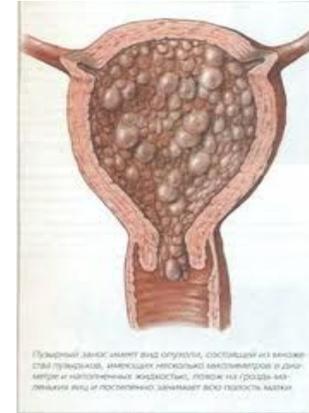
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП);

Разрыв сосуда при оболочечном прикреплении пуповины

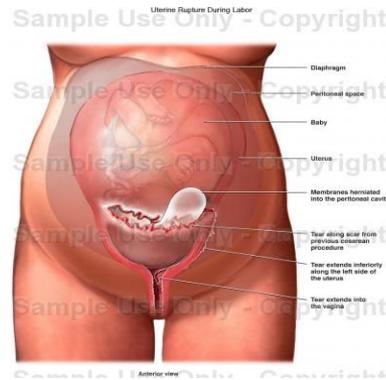


Причины кровотечений во II половине беременности

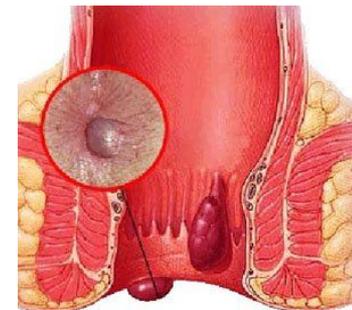
Пузырный занос



Разрыв матки

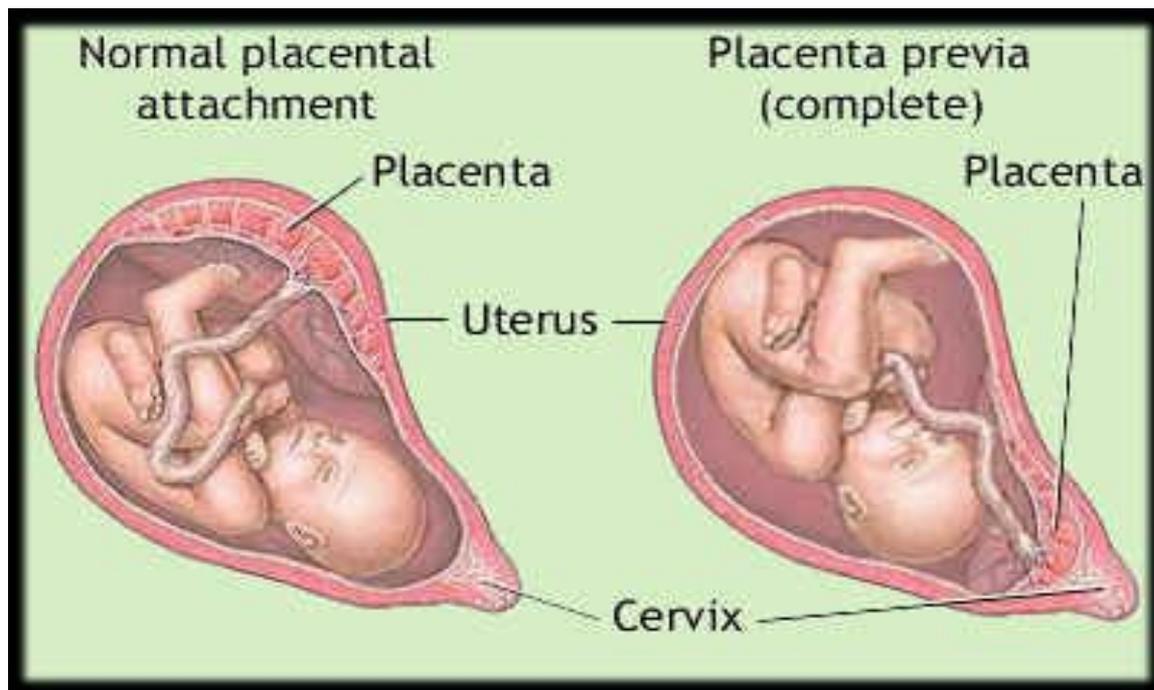


Варикозное расширение вен влагалища



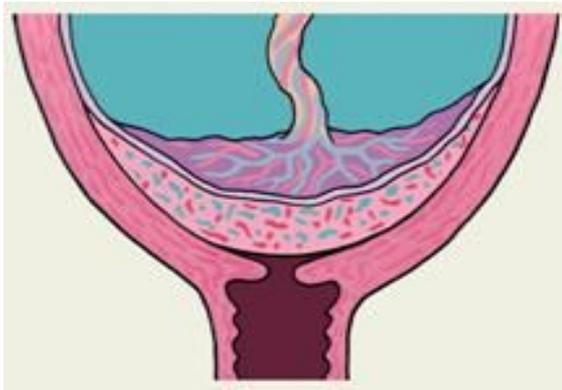
ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ (PLACENTA PRAEVIA)

- В норме плацента прикрепляется в области боковых стенок матки, реже в области дна ее.



Классификация предлежания плаценты (0,1 – 1%)

- **Полное** (51,2%) – плацента полностью перекрывает внутренний зев
- **Неполное** (частичное - 48,8%) – внутренний зев прикрыт частично или плацента нижним краем доходит до него
- **Низкое предлежание** - плацента расположена на расстоянии 7,0 см и менее от внутреннего зева



Полное



Неполное



Низкое
плацентация

Причины предлежания плаценты

1. Маточный фактор:

- дистрофические

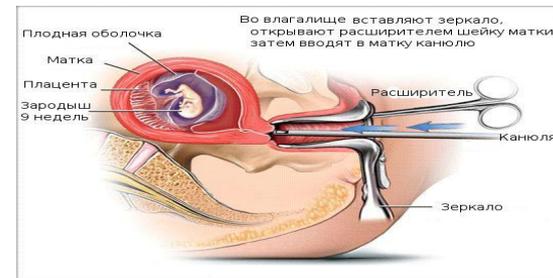
- атрофические изменения слизистой матки

2. Плодовый фактор

К предполагающим причинам ПП относятся:

1. Чрезмерное выскабливание слизистой полости матки при операциях прерывания беременности;
2. Изменение эндометрия вследствие воспалительных заболеваний разной этиологии;
3. Изменения эндометрия в результате различных внутриматочных вмешательств (ВМС);
4. Атрофические изменения эндометрия в результате общего или генитального инфантилизма.

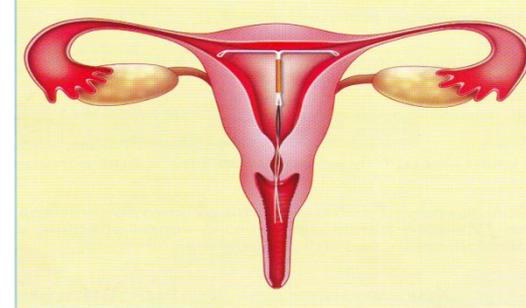
аборт



воспалительные заболевания



ВМС



Причины, приводящие к предлежанию плаценты

- Вышеперечисленные причины приводят к недостаточной децидуальной реакции слизистой оболочки матки
- при наступлении беременности оплодотворенное яйцо, не найдя в полости матки благоприятной почвы для имплантации прикрепляется *в области внутреннего зева* или над ним.

- ❖ Патогенез кровотечения при ПП - это нарушение целостности межворсинчатых пространств.
- ❖ Рост матки во время беременности происходит за счет нижнего сегмента, однако плацентарная площадка не растягивается вслед за нижним сегментом, межворсинчатые пространства и краевые синусы вскрываются.
- ❖ Несмотря на то, что плод не теряет ни капли своей крови, кровопотеря у матери и отслойка плаценты от стенок матки нарушает нормальный газообмен плода и приводит к острой внутриутробной гипоксии плода.

Клиника предлежания плаценты (ПП)

1. Особенности кровотечения при ПП:

- возникает внезапно, без видимой причины,
- всегда повторяется,
- имеет волнообразный характер,
- интенсивность не зависит от вида предлежания.

2. Анемия

- В результате повторных кровотечений падает концентрация гемоглобина;
- Нужно помнить, что наружное кровотечение не отражает полный объем теряемой крови;

Диагностика

1. Анамнез:

- ❖- воспалительные заболевания матки,
- ❖частые внутриматочные вмешательства,
- ❖длительное ношение ВМС.

2. При наружном акушерском исследовании определяется:

- Высокое стояние предлежащей части плода над входом в малый таз;
- Наличие косого или поперечного положения плода (16%);
- Или тазового предлежания плода (10%).



3. **При влагалищном исследовании через своды влагалища** пальпируется мягкая ткань, а в родах – на пространстве, доступном исследованию – плацентарная ткань.

Следует помнить, что при влагалищном исследовании существует опасность развития кровотечения, поэтому при подозрении на ПП влагалищное исследование не производят !!!

Необходимо произвести УЗИ!

4. **УЗИ**

Объективный и безопасный метод диагностики ПП.

Дифференциальная диагностика ПП

- ПОНРП;
- Разрыв матки;
- Шеечная беременность;
- Рак шейки матки;
- Разрыв варикозных узлов влагалища.

Осложнения ПП

1. Угроза прерывания беременности (60% преждевременные роды);
2. Геморрагический шок;
3. ДВС;
4. Гипо- и атонические кровотечения в раннем послеродовом периоде за счет атонии нижнего сегмента матки и повреждения обширной сосудистой сети шейки матки
5. Послеродовые септические заболевания;
6. Высокая перинатальная смертность;
7. Материнская смертность.

При поступлении в стационар беременной с подозрением на предлежание плаценты и кровотечением необходимо одновременно:

- позвать на помощь свободный персонал
- на каталке доставить женщину в операционно-родовой блок
- развернуть операционную
- оценить величину кровопотери
- оценить состояние матери (пульс, АД, ЧДД, Т тела)
- катетеризировать одну (или две) кубитальных вены катетерами большого G 14 или 16 размера)
- начать инфузию физиологического раствора в объеме 3:1 предположительной кровопотери
- определить группу крови и Rh-принадлежность
- провести прикроватный тест

При сильном и продолжающемся кровотечении родоразрешить оперативным путем.

При легком или остановившемся кровотечении:

- если плод живой, гестационный срок *< 34 недель* – *консервативная тактика*, начать профилактику РДС глюкокортикоидами по принятому в стационаре протоколу
- если плод живой, гестационный срок *34-37 недель* - *консервативная тактика*
- если плод живой, *доношенный* – подготовка к *плановому оперативному родоразрешению в 37 недель*
- *плод мертвый* или с явными аномалиями развития при любом сроке гестации – *подготовка к родоразрешению*, при полном предлежании оперативным путем

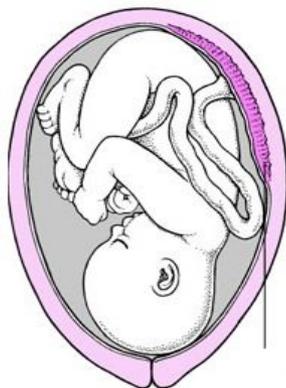
Показания к операции кесарево сечение

- **Полное ПП** независимо от степени кровопотери является *абсолютным показанием к операции кесарево сечение*, которое должно быть произведено немедленно при кровотечении;
- **При неполном ПП**, если после вскрытия плодного пузыря кровотечение при доношенном сроке беременности прекратилось – *возможны роды через естественные родовые пути при развернутой операционной.*

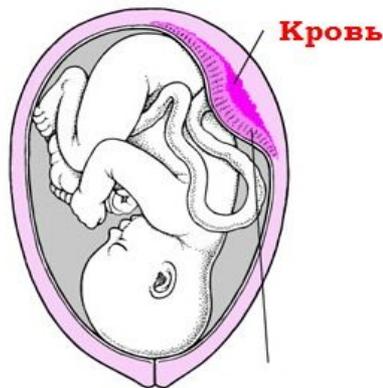
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (SEPARATIO PLACENTAE NORMALITER INSERTAE SPONTANEA) -

- патология, при которой плацента будучи расположенной на обычном месте, отслаивается раньше рождения плода.
- ПОНРП осложняет роды от 0,5% до 2% и является причиной перинатальной смертности от 17,5 до 62,2% .
- ПОНРП может произойти не только во время беременности, но и в I и II периодах родов.

Отслойка плаценты



Нормальная плацента



Отслойка плаценты

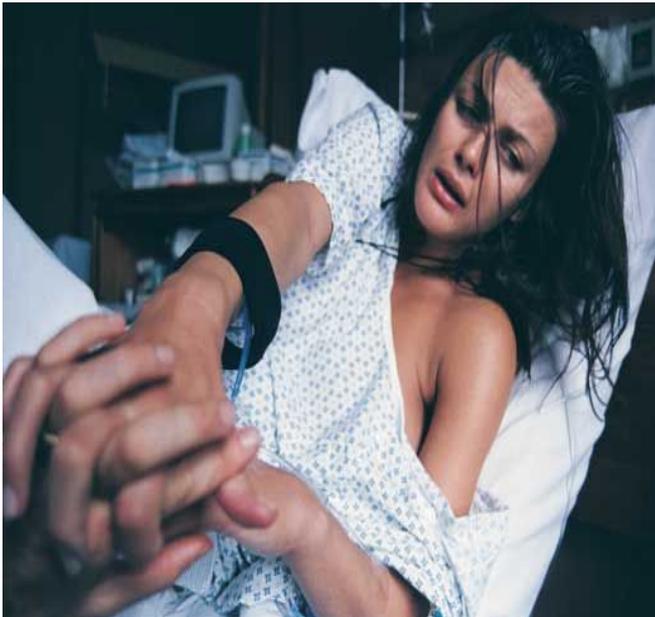


Факторы риска отслойки РЛ

- ❖ отслойка плаценты во время предыдущих беременностей (ОР - 15.0-20.0)
- ❖ наркомания (ОР – 5.0-10.0)
- ❖ маловодие (ОР – 2.5-10.0)
- ❖ присоединившаяся преэклампсия на фоне хронической гипертензии (ОР – 7.8)
- ❖ хроническая гипертензия (ОР- 1.8-5.1)
- ❖ высокий материнский возраст и паритет (ОР – 1.1-3.7)
- ❖ многоплодная беременность (ОР – 1.5-3.0)
- ❖ курение (ОР – 1.4-2.5)
- ❖ дородовое излитие вод при недоношенной беременности (ОР – 1.8-2.5)
- ❖ хориоамнионит (ОР - 2.0-2.5)
- ❖ К другим факторам риска относятся: травма, тромбофилии, многоводие, эпизоды кровотечений в первую половину беременности

КЛИНИКА ПОНРП:

- ▣ БОЛИ
- ▣ КРОВОТЕЧЕНИЕ



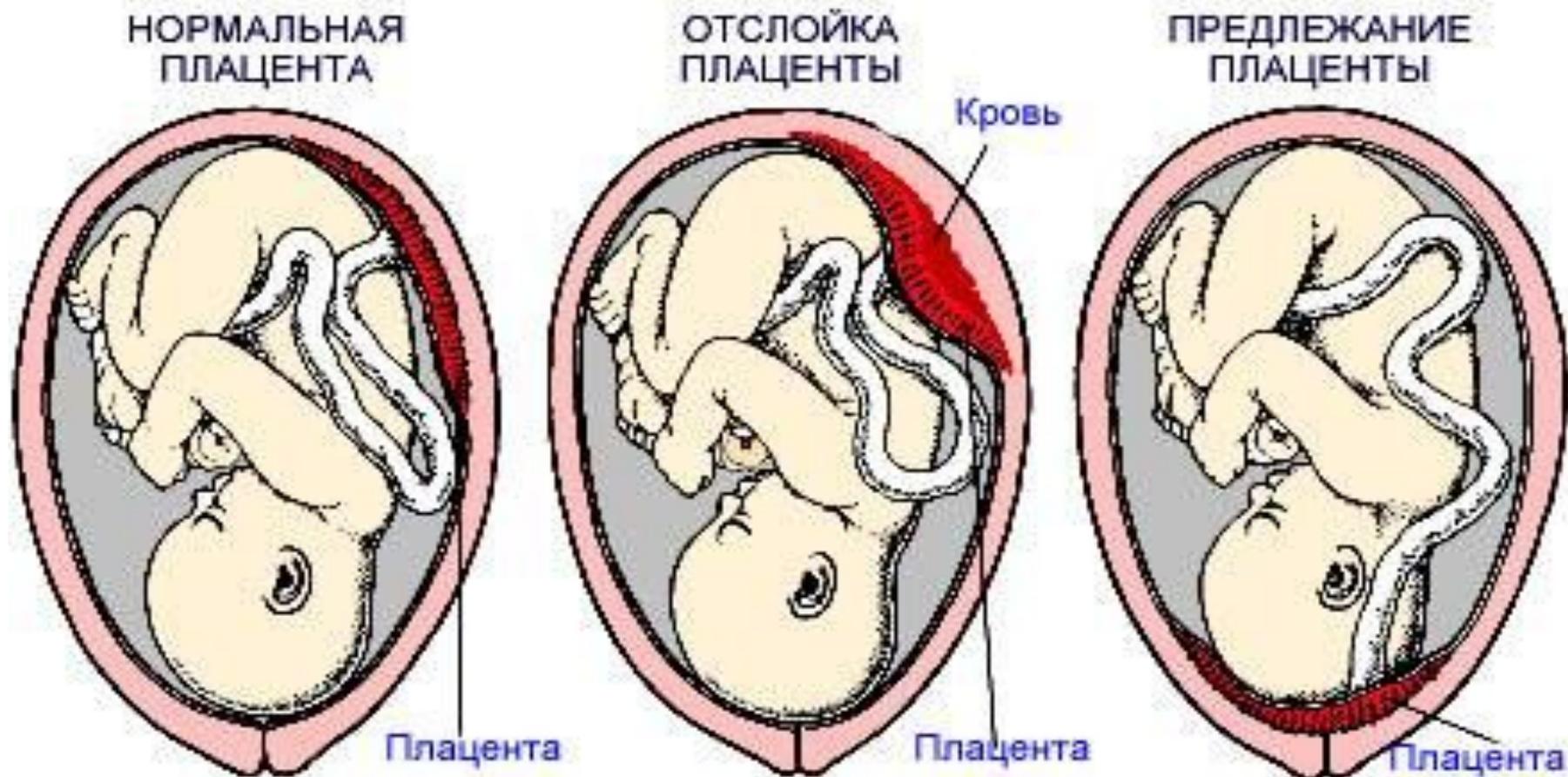
ОСЛОЖНЕНИЯ:

- ДВС – СИНДРОМ
- ГИПО- АТОНИЧЕСКОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.
- ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ И ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИЙ ШОК.
- ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ (50%)
- МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ (0,8%)
- ЭМБОЛИЯ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ.
- ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ (42,1%)

Дифференциальная диагностика кровотечения при предлежании и отслойке плаценты

Признак	Предлежание плаценты	Отслойка плаценты
Анамнез	Возможны эпизоды кровотечений во время беременности	Внезапно
Кровотечение	Сразу наружное – визуально определенный объем кровопотери соответствует состоянию беременной	Больше внутреннее - визуально определенный объем кровопотери не соответствует состоянию беременной
Болевой синдром	Нет	Есть
Тонус матки	Не изменен	Повышен
Расположение предлежащей части	Высоко/неправильное положение плода	Трудно определяемо
Признаки дистресса плода	Чаще нет/могут быть вторичными при ухудшении состояния матери	Чаще есть

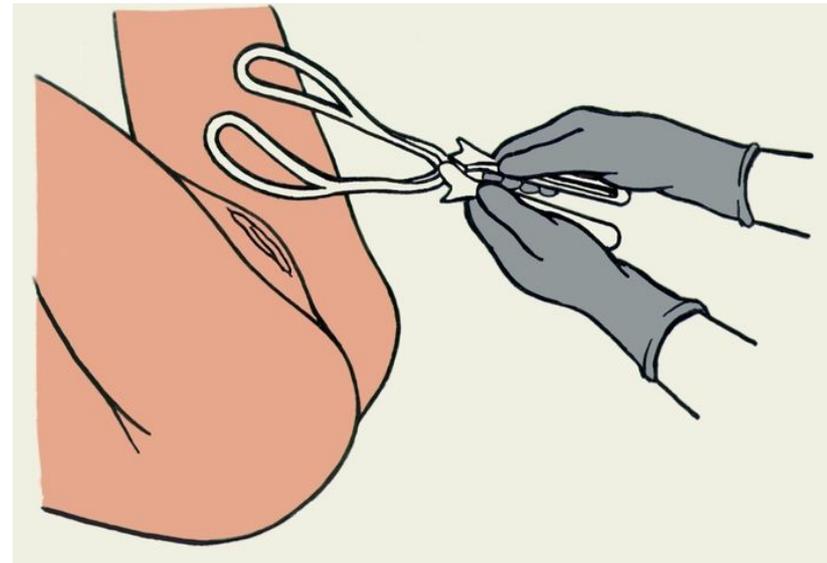
Дифференциальная диагностика кровотечения при предлежании и отслойке плаценты



Лечение ПОНРП

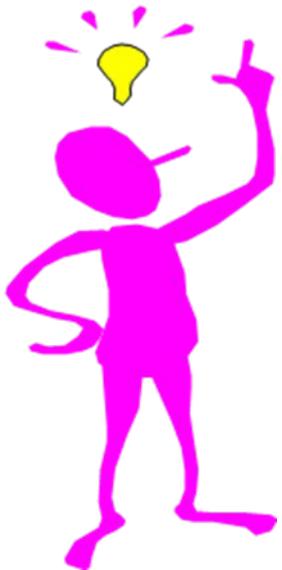
Оперативное родоразрешение:

- КС при беременности, I периоде родов
- Во II-м периоде родов – акушерские щипцы



Вопросы

- 1. В норме где располагается нижний край плаценты?
- 2. Причины кровянистых выделений, связанные с беременностью?



Список использованной литературы

1. Акушерство: учебник + СД /под ред. Г.М.Савельевой, В.Г. Бреусенко. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2008.
2. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Вып.2. Под ред. В.И.Кулакова. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2008.
3. Национальное руководство. Акушерство. Под ред. Э.К. Айлмазян., В.И.Кулакова., В.Е.Радзинский., Г.М.Савельева. - М., ГЭОТАР-Медиа, 2011г
4. Основные клинические протоколы и приказы МЗ РК по акушерству и неонатологии. Алматы-2010г
5. Дополнение к основным клиническим протоколам по акушерству и неонатологии. МЗ РК от 19 сентября 2013 года № 18. Алматы-2013г

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!

