

Акушерские кровотечения во время беременности

**Подготовила
студентка 5-го курса
163-А группы
Джепарова Севиля**

Кровотечения в первом триместре беременности.

Основные причины кровотечений в первом триместре беременности:

- **Прерывание беременности (начавшийся, самопроизвольный аборт)**
- **Эктопическая беременность (шеечная беременность)**
- **Пузырный занос**

Самопроизвольный аборт (выкидыш)

При непроизвольном прерывании беременности двумя ведущими симптомами является:

- *болевым синдромом*
- *симптомы кровопотери.*

Самопроизвольные выкидыши характеризуются своим поэтапным течением:

- **1) угрожающий выкидыш, начавшийся выкидыш**
- **2) аборт в ходу**
- **3) неполный и полный самопроизвольный выкидыш.**

Дифференциальная диагностика между этими состояниями основывается на выраженности симптомов кровотечения и структурных изменениях шейки матки.

Угрожающий выкидыш:

- кровянистые выделения могут быть очень скудными:
- боли или отсутствуют или носят ноющий, тупой характер внизу живота.
- При влагалищном исследовании шейка матки неизмененна.

Начавшийся выкидыш:

- кровотечение может быть медленным;
- боли носят схваткообразный характер;
- шейка матки может слегка укорочена, наружный зев может быть приоткрыт.

Угрожающий и начавшийся выкидыш протекают на фоне

-удовлетворительного состояния женщины. Неотложных мероприятий по остановке кровотечения не требуется.



На госпитальном этапе женщине необходимо создать покой, применить седативные препараты:

внутримышечно можно ввести спазмолитики (ганглерон, но-шпа, баралгин, серонкислая магнезия 10 мл 25% раствора, прогестерон).

В стационаре решается вопрос о сохранении беременности, если женщина не заинтересована (необходимо произвести выскабливание полости матки).

Аборт в ходу:

- кровотечение обильное;
- боли носят схваткообразный характер;
- при гинекологическом исследовании в зеркалах: шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для одного согнутого пальца.

Необходима неотложная помощь в виде срочной госпитализации, в стационаре выполняется выскабливание полости матки, с возмещением кровопотери, в зависимости от ее объема и состояния женщины.

При неполном самопроизвольном аборте --

кровянистые выделения темно-красного цвета, со сгустками;

-сопровождается схваткообразными болями внизу живота.

-при влагалищном исследовании: в цервикальном канале определяется плацентарная ткань, части плодного яйца, шейка матки значительно укорочена, цервикальный канал свободно пропускает 1.5 – 2 пальца.

Неотложная помощь заключается в выскабливании полости матки, удалении остатков плодного яйца; возмещение кровопотери.

При полном самопроизвольном выкидыше:

-кровотечения нет, плодное яйцо полностью выделилось из матки. неотложной помощи не требуется. Необходимо проверить полость матки путем выскабливания, для того чтобы удостовериться нет ли там остатков плодного яйца.

Пузырный занос

Данная патология заключается в том, что ворсины хориона превращаются в груздевидные образования. И все ворсины могут превратиться в пузырьки, содержащие большое количество эстрогенов, а может быть частичное превращение. Группой риска по развитию пузырного заноса являются женщины:

- перенесшие пузырный занос
- женщины с воспалительными заболеваниями гениталий, с нарушениями гормональной функции яичников.



нормальная
матка



пузырный
занос

Диагностика основана на определении беременности по вероятным, сомнительным признакам беременности.

В отличие от нормально протекающей беременности симптомы раннего токсикоза выражены значительно сильнее, чаще всего это рвота средней или тяжелой степени.

- При пузырьном заносе очень рано появляются симптомы позднего токсикоза:

-отечный синдром,

-протеинурия.

-гипертензия также появляется, но только позже.

Диагноз пузырного заноса ставится на основании :

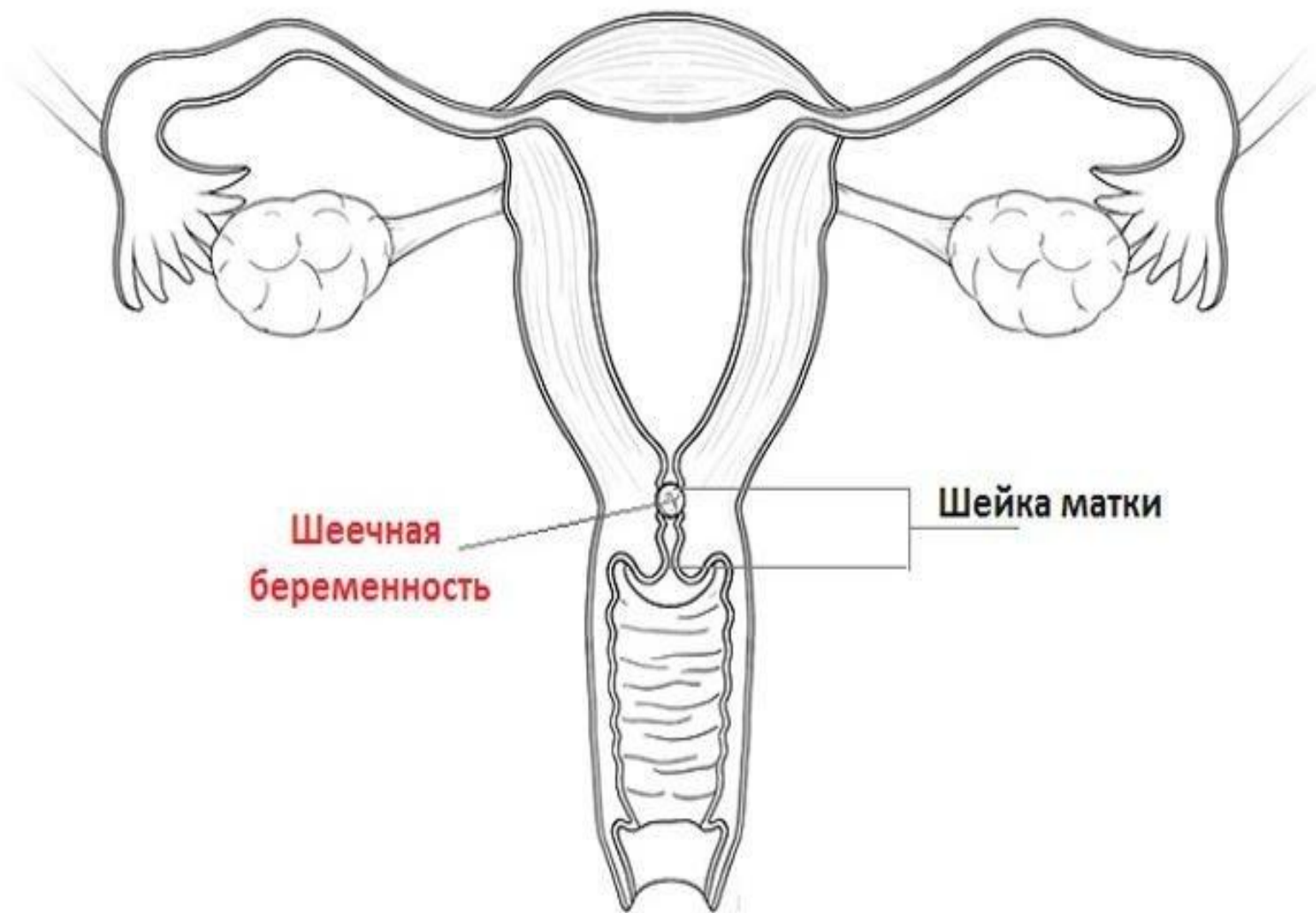
-несоответствия размеров матки сроку задержки менструации, что можно определить по данным влагалищного исследования и УЗИ.

Важнейшим критерием диагностики пузырного заноса является титр хорионического гонадотропина, который по сравнению с нормально протекающей беременностью, увеличивается более чем в тысячу раз. Кровотечение может остановлено только одним путем – выскабливание полости матки.

Шеечная беременность.

Практически никогда не бывает доношенной. Беременность прерывается чаще всего до 12 недель.

В группу риска по развитию шеечной беременности являются женщины с отягощенным акушерским анамнезом, перенесшие воспалительные заболевания, заболевания шейки матки, нарушение менструального цикла по типу гипоменструального синдрома.



**Шеечная
беременность**

Шейка матки

Диагноз может быть поставлен при гинекологическом исследовании:

-при осмотре шейки в зеркалах, шейка матки выглядит бочкообразной, со смещенным наружным зевом, с выраженным цианозом, легко кровоточит при исследовании.

-тело матки более плотной консистенции, размеры меньше предполагаемого срока беременности.

Кровотечения при шеечной беременности всегда очень обильное. Толщина шейки матки значительно меньше толщины матки в области тела.

Как только установлен диагноз шеечной беременности, который может быть подтвержден данными УЗИ – нельзя проводить выскабливание полости матки, а должно быть остановлено это кровотечение путем экстирпации матки без придатков.

Кровотечения во второй половине беременности.

Основные причины:

- **Предлежания плаценты**
 - ✓ Низкое расположение плаценты
 - ✓ Краевое предлежание плаценты
 - ✓ Полное предлежание плаценты
- **Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты**
- **Разрыв матки**

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%.**

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.

Типы предлежания плаценты



**НОРМАЛЬНОЕ
РАСПОЛОЖЕНИЕ**



**НИЗКАЯ
ПЛАЦЕНТАЦИЯ**



**ЧАСТИЧНОЕ
ПРЕДЛЕЖАНИЕ**



**ПОЛНОЕ
ПРЕДЛЕЖАНИЕ**

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.**

При предлежании плаценты основной симптом – кровотечение

- **Основное проявление предлежания плаценты – это кровотечение. Обычно оно безболезненное, но иногда может сопровождаться сокращениями матки и схваткообразными 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 кровотока 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.
- Во время родов такая плацента отслаивается еще до рождения ребенка, он перестает получать питание и у малыша может развиваться гипоксия и гибель в родах.

Диагностика предлежания плаценты

- **Главный способ диагностики – это УЗИ. Более точный результат получается, если УЗИ проводят вагинальным датчиком (через влагалище).**
- **Производить при кровотечении пальцевое исследование категорически запрещено!!!**

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
- 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.

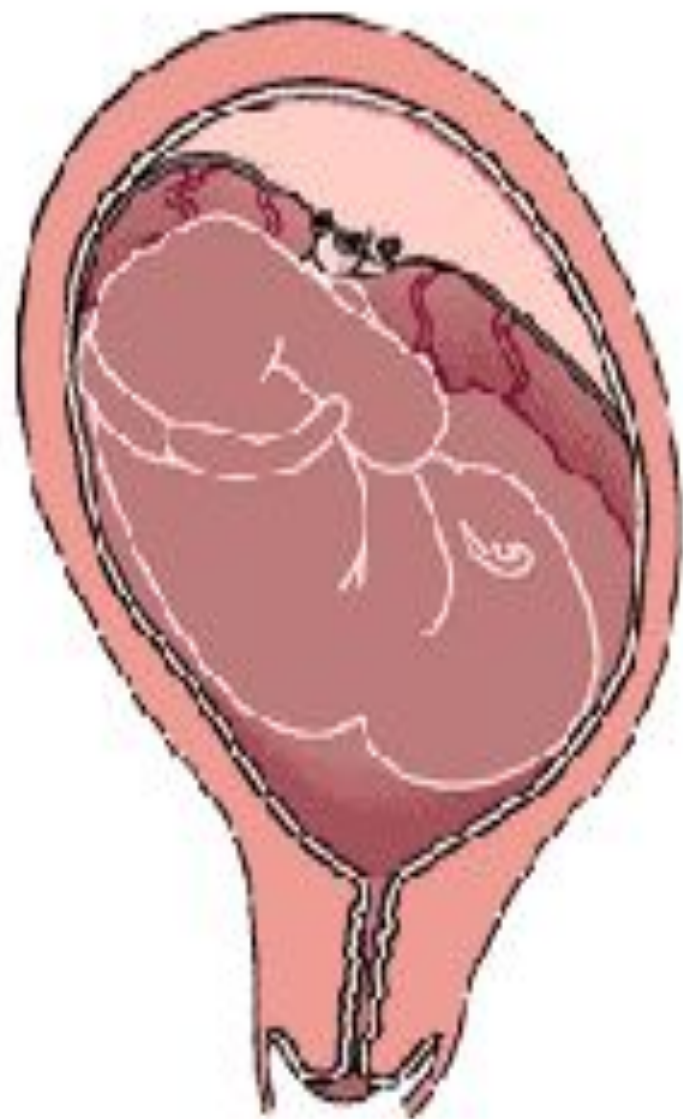
ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Это отслойка плаценты, расположенной вне нижнего сегмента матки во время беременности или в I-II периодах родов.

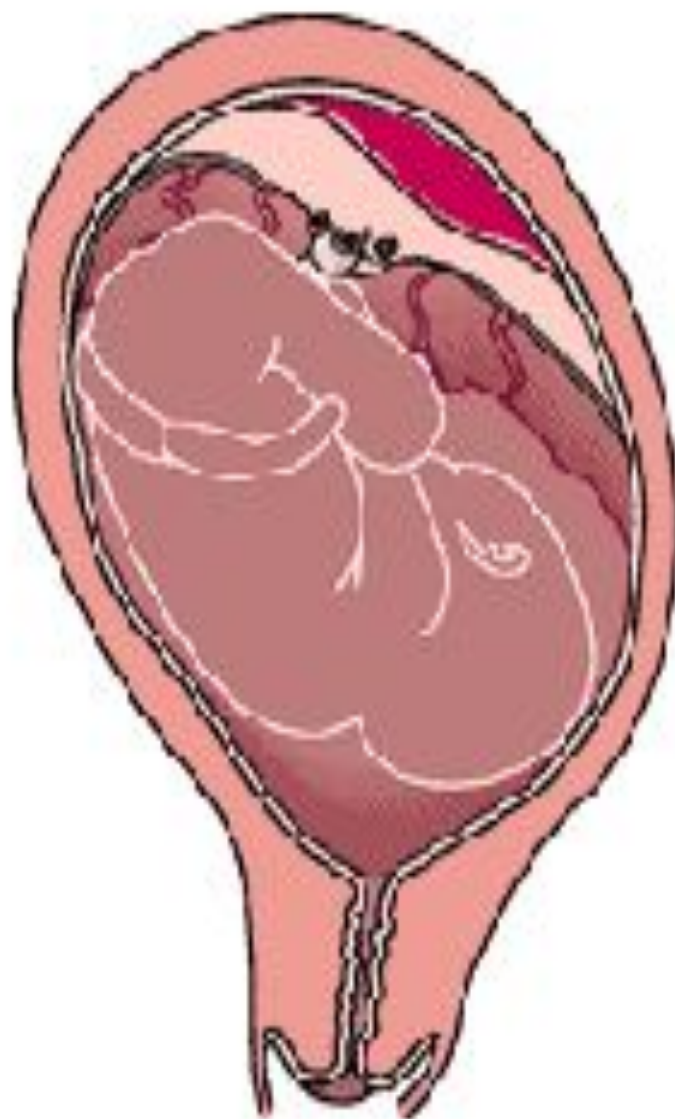
Классификация

1. Полная отслойка (отслойка всей плаценты).
2. Частичная отслойка:
 - краевая;
 - центральная.

Норма



Отслойка плаценты



Клиника преждевременной отслойки плаценты

1. Болевой синдром: острая боль в проекции локализации плаценты.

Боль наиболее выражена при центральном отслоении и может быть не выраженной при краевом отслоении. При отслоении плаценты, которая расположена на задней стенке, боль может быть похожа на юоль при почечной колики.

2. Гипертонус матки до тетании, который не снимается спазмолитиками

3. Кровотечение из влагалища может варьировать в зависимости от степени тяжести и характера отслойки (краевое или центральное) от незначительной до массивной.

Если формируется ретроплацентарна гематома, внешняя кровотечение может быть отсутствует.

частичная отслойка
с наружным кровотечением

полная отслойка плаценты
с наружным и внутренним
кровотечением



центральная отслойка плаценты,
(внутреннее кровотечение)

Лечение

1. В случае прогрессирующей преждевременной отслойки плаценты во время беременности, при появлении симптомов геморрагического шока, ДВС-синдрома, признаков дистресс плода, независимо от срока беременности - срочное родоразрешение путем кесарева сечения

2. В случае непрогрессирующей отслойки плаценты наблюдение беременной у врача при недоношенной беременности до 34 недель. Проводят мониторинг за состоянием беременной и плода, КТГ, УЗИ в динамике.