

КЛІНІКА ТА ДІАГНОСТИКА акушерських кровотеч



КРОВОТЕЧІ І ПОЛОВИНИ ВАГІТНОСТІ

Ознаки загрози переривання вагітності

- періодичний біль понизу живота;
- інколи незначні кров'яні виділення;
- матка відповідає терміну вагітності, тонус її підвищений;
- шийка матки збережена.

Самовільний викидень

Скарги вагітної :

1. Болі внизу живота, нижньому відділі спини.
2. Відчуття тяжкості, тиску на сечовий міхур, пряму кишку, піхву, дискомфорт в надлобковій ділянці.
3. Наявність кров'янистих виділень, але вони можуть бути відсутні. Виділення мізерні, темні чи бурі, іноді яскраві у критичні дні відповідно припустимих місячних.

Клінічні ознаки :

1. Збудливість матки, підвищення її тонусу. Плідне яйце повністю зберігає зв'язок з маткою.
2. Зниження базальної температури у I триместрі до 37° і нижче.
3. Зовнішнє вічко закрите, але може бути відкрите. При гінекологічному обстеженні розміри матки відповідають строку затримки місячних, матка реагує на обстеження скороченням, структурні зміни шийки матки відсутні.

Результати ендоскопічного обстеження

1. Зміни кольпоцитограми (естрогенний тип мазка, збільшення каріопікнотичного індексу до 50% і вище).
2. Зменшення вмісту хоріонічного гонадотропіну в крові у I триместрі.
3. Зменшення вмісту прогестерону у крові та співвідношення вмісту естрогенів та прогестерону у плазмі крові (при фізіологічному перебігу вагітності він дорівнює 1:5).
4. Наявність змін у концентраціях плацентарного лактогену, естріолу, естрадіолу, б-фетопротеїну.
5. Підвищення дегідроепіандростендіолу, кортизолу, тестостерону, 17-гідропрогестерону, 17-кетостероїдів, андростерону у крові – при гіперандрогенії.
6. Зниження вільних Т4, Т3 при підвищенні ТТГ – при гіпотиреозі.

Результати УЗД :

1. Наявність локального потовщення міометрію у вигляді валика, що випинається у порожнину матки.
 2. Деформація контурів плідного яйця, його вдавнення за рахунок гіпертонусу матки.
 3. Низьке розміщення плідного яйця в порожнині матки.
 4. Відсутність жовтого тіла вагітності у яєчниках.
 5. Наявність діляниць відшарування хоріону або плаценти.
 6. Ознаки істміко-цервікальної недостатності (ІЦН):
 - а) вкорочення шийки матки до 3 см і менше;
 - б) збільшення діаметру внутрішнього вічка шийки матки більше 1 см.
- У II триместрі: пролабування плідного міхура у цервікальний канал.

Викидень, що розпочався

Скарги вагітної :

1. Більш сильні болі внизу живота, болі у попереку.
2. Часте сечовиділення, випорожнення.
3. Кров'янисті виділення.

Клінічні ознаки :

1. Підвищення тонуусу матки, її болючість, але розміри матки відповідають терміну вагітності.
2. Зниження базальної (ректальної) температури.

При піхвовому дослідженні: незначне вкорочення шийки матки та відкриття зовнішнього вічка, шийка матки може бути незначно вкороченою зі злегка зіяючим зовнішнім вічком. Часткове відшарування плідного яйця внаслідок підвищення скоротливості міометрію.

Результати УЗД :

1. Підвищення тонуусу міометрію.
2. Часткове відшарування плідного яйця (плаценти).
3. Подальше вкорочення та розкриття шийки матки.

Викидень “в ходу”

Скарги вагітної :

1. Сильні переймоподібні болі внизу живота.
2. Кров'янисті виділення значні (іноді аж до геморагічного шоку). Підтікання навколоплідних вод.

Клінічні ознаки :

1. Розкриття шийки матки.
2. Плідне яйце частково у цервікальному каналі та піхві.
Шийка матки збільшується в об'ємі, тіло матки скорочується.

Результати УЗД : плідне яйце розташоване низько, частково у цервікальному каналі.

Повний самовільний викидень

Скарги вагітної :

1. Болі внизу живота.
2. Кров'янисті виділення з піхви припиняються.

Клінічні ознаки :

1. Розміри матки не відповідають терміну вагітності (менша).
2. Цервікальний канал закритий, іноді не повністю. Плідне яйце відторгується цілком, в матці можуть залишатися лише частини децидуальної оболонки, зменшуються болі та припиняється кровотеча (частіше зустрічається в кінці II триместру вагітності).

Результати УЗД :

Порожнина матки вільна, щілиноподібна.

Неповний самовільний викидень

Скарги вагітної :

1. Болі внизу живота незначної інтенсивності.
- 2.Кров'янисті виділення з піхви різного ступеня вираженості.

Клінічні ознаки:

1. Величина матки не відповідає терміну вагітності (менша).
- 2.Консистенція матки не щільна. Цервікальний канал відкритий. Частина плідного яйця вийшла за межі матки, а в порожнині матки містяться його залишки,що супроводжується різною ступінню вираженості кровотечі при зменшенні больового синдрому, розміри матки не відповідають строку вагітності.

Результати УЗД :

Порожнина матки розширена, плідне яйце не візуалізується.

Позаматкова вагітність при наявності кровотечі

Гінекологічне обстеження:

- нависання склепінь піхви (у разі гемоперитонеума);
- різка болючість заднього склепіння піхви ("крик Дугласа");
- болючість при зміщенні шийки матки.

УЗД:

- відсутність плодового яйця у порожнині матки;
- візуалізація ембріона поза порожниною матки;
- виявлення утворення неоднорідної структури в ділянці проекції маткових труб;
- значна кількість вільної рідини у Дугласовому просторі.

Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви.

Проводиться за відсутності апарату УЗД для діагностики трубного аборту. Наявність у пунктаті рідкої крові - одна з ознак ПВ.

Міхурцевий занесок

Частіше всього виявляється у 3-4 місяці вагітності.

Основні симптоми:

- Кров'яні виділення зі статевих органів, що носять постійний, або періодичний характер. В них знаходять міхурці різної величини;
- Розміри матки значно більші за термін вагітності;
- Консистенція часто тістоподібна, причому матка не скорочується;
- Ускладнення вагітності токсикозом (раннім і пізнім) з важким перебігом, навіть у 16-17 тижнів, може бути еклампсія;
- Часто розвивається гіпохромна анемія, загальний стан погіршується, з'являється субфебрильна температура, лейкоцитоз;
- Міхурний занос небезпечний інвазивним ростом, при цьому він проростає в стінку матки, пошкоджує її і кровоносні судини, проникає у черевну порожнину. Характерні біль в животі, болючість при пальпації в ділянці матки. Іноді буває асцит.

КРОВОТЕЧІ II ПОЛОВИНИ ВАГІТНОСТІ

Для передлеглої плаценти характерні раптові, повторні, без больових відчуттів кров'яністі виділення в терміні вагітності 28-32 тижні. Кровотечі можуть провокувати: фізичне навантаження, статевий акт, дефекація, вагінальне дослідження. Нерідко вони з'являються і в більш ранні терміни вагітності – 16-18 тижнів, що визначає розвиток анемічного стану у вагітних.

В останні тижні вагітності, коли з'являються передвісники пологів, кровотеча відновлюється або посилюється.

З початком пологової діяльності починається велика маткова кровотеча, тому що перейми завжди викликають відшарування плаценти.

Клінічні симптоми:

Патогномонічний симптом - обов'язкова кровотеча, яка може періодично повторюватись упродовж терміну вагітності з 12 до 40 тижнів, виникає спонтанно або після фізичного навантаження, набуває загрозливого характеру:

- з початком скорочень матки у будь-якому терміні вагітності;
- не супроводжується болем;
- не супроводжується підвищеним тонусом матки.

Тяжкість стану зумовлена об'ємом крововтрати:

- при повному передлежанні – масивна;
- при неповному – може варіювати від невеликої до масивної.

Анемізація, як результат кровотеч, що повторюються. При цій патології найбільш низький вміст гемоглобіну та еритроцитів у порівнянні з іншими ускладненнями вагітності, що супроводжуються кровотечами.

Можливі передчасні пологи.

ПЕРЕДЧАСНЕ ВІДШАРУВАННЯ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ

Больовий синдром: гострий біль в проекції локалізації плаценти, що потім поширюється на всю матку, попереk, спину і стає дифузним. Біль найбільш виражений при центральному відшаруванні і може бути не вираженим при крайовому відшаруванні. При відшаруванні плаценти, що розташована на задній стінці, біль може імітувати ниркову коліку.

Гіпертонус матки аж до тетанії, який не знімається спазмолітиками, токолітиками.

Кровотеча з піхви може варіювати залежно від ступеня тяжкості та характеру (крайове або центральне відшарування) від незначної до масивної.

Якщо формується ретроплацентарна гематома, зовнішня кровотеча може бути відсутня.

Дистрес плоду

Клінічні форми:

Доклінічна – відшарування $1/8$ частини плаценти.

Легка – відшарування $1/6 - 1/8$ частини плаценти:

- кровотеча комбінована.
- біль локальний, матка у гіпертонусі.
- ознаки втрати ОЦК.
- ознаки дистресу плода.

Середньоважка – відшарування $1/4 - 1/5$ частини плаценти:

- внутрішня кровотеча.
- загальна болючість матки, гіпертонус.
- прогресують ознаки геморагічного шоку.
- важкий стан плода.

Важка – відшарування $1/3$ частини плаценти:

- посилення кровотечі за рахунок ДВЗ-синдрому.
- наростають ознаки геморагічного шоку.
- загальна болючість матки, гіпертонус.
- загибель плоду.

КЛІНІКА КРОВОТЕЧ У ПОЛОГАХ

ВНАСЛІДОК ПАТОЛОГІЇ ПРИКРІПЛЕННЯ ТА ЗАЩЕМЛЕННЯ ПЛАЦЕНТИ

Відсутні ознаки відокремлення плаценти протягом 30 хв. без значної крововтрати – патологія прикріплення або пророщення плаценти.

Кровотеча розпочинається одразу після народження посліду – затримка частин плаценти або оболонок.

Кровотеча розпочинається після народження дитини без відділення плаценти – защемлення плаценти, неповне прирощення плаценти.

КЛІНІКА КРОВОТЕЧІ У РАННІЙ ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД

Гіпотонічна кровотеча має хвильоподібний характер. Кров виділяється невеликими порціями після скорочення матки. Матка періодично скорочується і розслабляється.

Атонія матки клінічно проявляється профузною кровотечею. Скорочень матки немає, вона постійно дрябла, не реагує на механічні, фізичні та фармакологічні подразнення.

Клінічні прояви:

1. Відсутні ознаки відокремлення плаценти протягом 30 хвилин без значної крововтрати – патологія прикріплення або пророщення плаценти.
2. Кровотеча розпочинається відразу після народження посліду – затримка частин плаценти або оболонок.
3. Кровотеча розпочинається після народження дитини без відділення плаценти – защемлення плаценти, неповне прирощення плаценти.

Методи визначення величини крововтрати

Об'єм крововтрати визначається після зважування серветок, які просочені кров'ю.

Об'єм крововтрати = $V/2$ x 15% (при крововтраті менше 1000 мл) або x 30% (при крововтраті більше 1000 мл).

Формула Нельсона. Процентне співвідношення загального об'єму крововтрати розраховується:

(0,036 x вихідний об'єм крові x гематокрит) x маса тіла.

Визначення крововтрати за щільністю та гематокритом

Щільність крові кг/мл	Гематокрит	Об'єм крововтрати
1057-1054	44-40	До 500
1053-1050	39-32	500-1000
1049-1044	31-22	1000-1500
< 1044	<22	>1500

Індекс Альговера - Шоковий індекс = $\frac{\text{ЧСС}}{\text{АТ с,}}$

Індекс Альговера	Крововтрата у % від ОЦК
Менше 0,8	10
0,9-1,2	20
1,3-1,4	30
1,5 і більше	40

Примітка: індекс Альговера не інформативний у хворих з гіпертонічною хворобою.

Гематокритний метод Moore

$$KB = OЦК (н) \times (ГТ (н) - ГТ (ф)) / ГТ (н)$$

KB- крововтрата ОЦК (н) – нормальний ОЦК ГТ (н) – гематокрит у нормі (у жінок -42) ГТ (ф) – гематокрит фактичний , визначений після зупинки кровотечі та стабілізації гемодинаміки.

Можливо використання модифікованої формули Moore:

$$KB = M \cdot 75 \cdot \frac{0,42 - Htф}{0,42}$$

M – маса тіла вагітної (кг); Hтф – фактичний гематокрит хворої (л/л).

Небезпека розвитку геморагічного шоку виникає при крововтраті 15 - 20% ОЦК або 750 - 1000 мл. Кровотеча, яка перевищує 1500 мл (25-30% від ОЦК або 1,5% від маси тіла) вважається масивною.

Класифікація геморагічного шоку за клінічним перебігом та ступенем тяжкості (Чепкий Л.П. та співавт., 2003).

Ступінь тяжкості	Стадія шоку	Крововтрата % ОЦК	Крововтрата % маси тіла
1	Компенсована	15-20	0,8-1,2
2	Субкомпенсована	21-30	1,3-1,8
3	Декомпенсована	31-40	1,9-2,4
4	Необоротня	>40	>2,4

ШОКУ

Показники	0 ст.	1 ст.	2 ст.	3 ст.	4 ст.
Втрата крові у мл	< 750	750-1000	1000-1500	1500-2500	>2500
Втрата крові у % ОЦК	<15%	15-20	21-30	31-40	>40
Пульс	<100	100-110	110-120	120-140	>140
САТ	N	90-100	70-90	50-70	<50
Шоковий індекс	0,54-0,8	0,8-1	1-1,5	1,5-2	>2
ЦВТ мм.вод.ст	60-80	40-60	30-40	0-30	< 0
Тест “білої плями”	N(2с)	2-3	>3	>3	>3
Гематокрит	0,38-0,42	0,30-0,38	0,25-0,30	0,20-0,25	<0,20
ЧД	14-20	20-25	25-30	30-40	>40
Діурез мл/год	50	30-50	25-30	5-15	0-5
Псих. статус	спокій	занепокоє	тривога	Страх, сплутана	Сплутана

NB! Артеріальна гіпотензія вважається пізнім та ненадійним клінічним симптомом акушерського геморагічного шоку. Завдяки фізіологічній гіперволемічній аутогемоділюції у вагітних АТ може залишатися стабільним до тих пір, доки об'єм крововтрати не досягне 30%. Компенсація гіповолемії у вагітних забезпечується, у першу чергу, за рахунок активації симптоадреналової системи, що проявляється вазоспазмом та тахікардією. Рано приєднується олігоурія.