

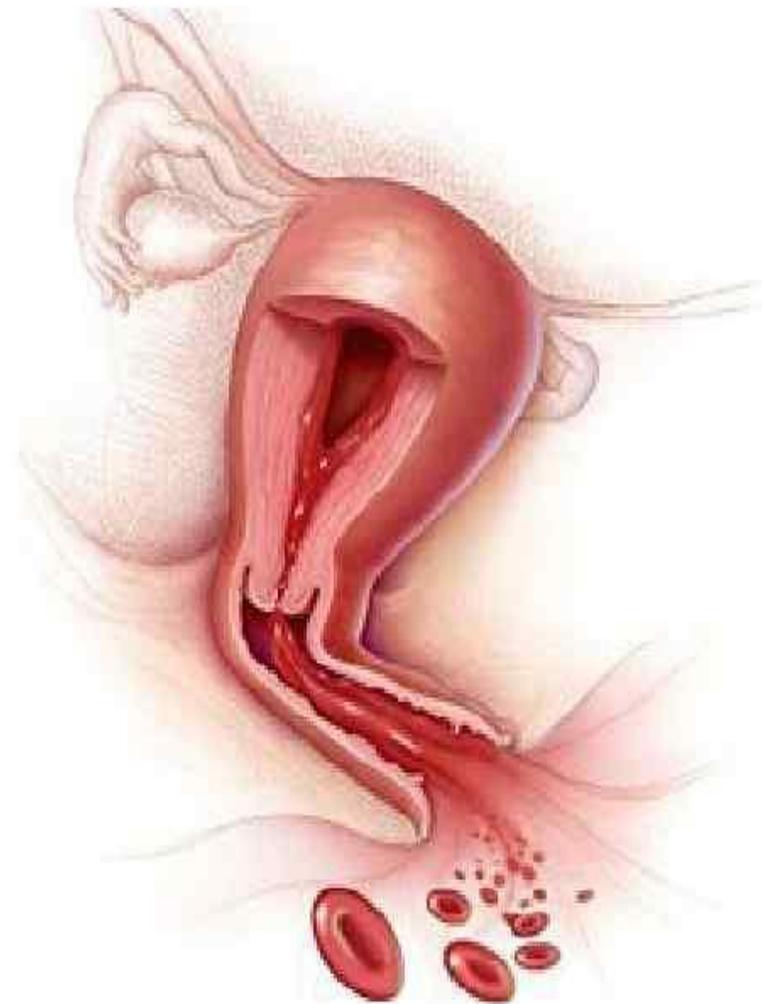


Акушерские кровотечения во время беременности

ПОДГОТОВИЛ
СТУДЕНТ 5-ГО КУРСА
163-А ГРУППЫ
СЁМЧЕНКО Б.С.

Эпидемиология

- ▶ **Акушерские кровотечения** — это группа патологических кровотечений из матки и других органов репродуктивной системы, связанные с выполнением детородной функции, во время беременности, в родах, в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Они занимают одно из первых мест в списке причин материнской и перинатальной смертности.
- ▶ Ежегодно в мире около 140 000 женщин умирает от послеродовых кровотечений. В Российской Федерации кровотечения во время беременности, родов и послеродового периода занимают одно из первых мест в структуре причин материнской смертности (около 17%)



Классификация



▶ Кровотечения во время беременности и в родах

- ▶ 1. Предлежание плаценты
- ▶ 2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- ▶ 3. Аборт
- ▶ 4. Шеечная беременность
- ▶ 5. Внематочная беременность
- ▶ 6. Пузырный занос
- ▶ 7. Кровотечения в первой половине беременности, не связанные с патологией плодного яйца

Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.

- ▶ 1. Аномалии прикрепления плаценты, отделения и выделения последа
- ▶ 2. Гипо- и атонические кровотечения
- ▶ 3. Кровотечения, связанные с акушерским травматизмом
- ▶ 4. Кровотечения, связанные с нарушением свертывающей системы крови (дефекты гемостаза)
- ▶ 5. Послешоковые кровотечения
- ▶ 6. Поздние послеродовые кровотечения.

Диагностика

- ▶ Клинические признаки кровотечения при предлежании плаценты:
 - ▶ Возможны эпизоды кровотечений без болевого синдрома и повышенного тонуса матки; Наружное кровотечение алой кровью, визуальный объем кровопотери соответствует состоянию больной; Высокое расположение предлежащей части плода или неправильное его положение; Развитие признаков страдания плода, степень дистресса плода соответствует объему наружной кровопотери.
 - ▶ Физикальное обследование - оценка статуса пациентки; - пальпация матки; - осмотр последа и оболочек; - осмотр шейки матки, родовых путей и наружных половых органов; - объективная оценка состояния пациентки - гемодинамические показатели.
 - ▶ Лабораторная диагностика При акушерском кровотечении в экстренном порядке выполняется: - определение группы крови, резус-фактора и фенотипа (если не было определено ранее); - клинический анализ крови (уровень гемоглобина, гематокрита, эритроциты, тромбоциты); - показатели свертывания крови: прикроватный тест Ли-Уайта, гемостазиограмма (в зависимости от возможностей: концентрация фибриногена, ПТИ, АЧТВ, ПДФ/Ф, ТЭГ).
 - ▶ Инструментальная диагностика Использование ультразвуковой диагностики для обнаружения сгустков в полости матки, остатков плацентарной ткани или визуализации свободной жидкости в брюшной полости (С).
- ▶ I Кровопотеря (мл) До 1000 До 15% ОЦК или До 1,5 % от массы тела Пульс, уд/мин 100. Частота дыхания 14-20. Снижение систолического АД- нет Диурез (мл/час) >30
 - ▶ II 1000-1500 15-25 % от оцк или 1,5-2,5 % от массы тела Пульс, уд/мин 120 . Частота дыхания 20-30. Снижение систолического АД-незначительно е (80-100 мм рт ст). Диурез (мл/час) 20-30
 - ▶ III 1500-2000 25-35 % от оцк или 2,5-3,5 % от массы тела Пульс, уд/мин 140 . Частота дыхания 30-40. Снижение систолического - умеренное (70-80 мм рт ст) Диурез (мл/час) 5-15
 - ▶ IV 2000 и более 35 и более % от оцк или 3,5 и более % от массы тела Пульс, уд/мин >140 . Частота дыхания >40. Снижение систолического выраженное (50-70 мм рт ст) Диурез (мл/час) Отсутствует

Факторы Риска



А) До беременности:

1) Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (привычный выкидыш, кровотечение в предыдущих родах, эндометрит, аднексит);

2) Эктопия шейки матки, рак шейки матки;

Б) Во время беременности:

1) Экстрагенитальная патология (АГ, хронические заболевания почек, печени, нарушения коагуляции);

2) Тяжелый гестоз (хронический ДВС-синдром);

3) Плацентарная недостаточность;

4) Крупный плод, многоводие, многоплодная беременность;

5) Миома матки, рубец матки;

6) Тромбоцитопатии;

В) Во время родов:

1) Антенатальная гель плода;

2) Резкое уменьшение внутриматочного давления (быстрое излитие большого объема околоплодных вод);

3) Короткая пуповина;

4) Неадекватное применение уреотоников).

Предлежание плаценты 0.6-0.8 от общего числа родов

Этиология:

1. Травмы и заболевания, сопровождающиеся атрофическими, дистрофическими изменениями эндометрия
 - 1) Многократные роды, осложнения в послеродовом периоде
 - 2) Воспалительные процессы, выскабливания полости матки
 - 3) Рубцы на матке
2. Истмико-цервикальная недостаточность
3. Генитальный инфантилизм, эндокринопатии
4. Экстрагенитальные заболевания, нарушающие кровообращение в органах малого таза



Клиника



1. Кровотечение из половых путей вследствие растяжения нижнего сегмента и отслойки плаценты; часто начинается во II триместре при полном предлежании, в III триместре и во время родов – при неполном предлежании
2. Гипоксия плода
3. Может наблюдаться косое и поперечное положение плода, тазовое предлежание, в родах – слабость родовой деятельности, в раннем послеродовом периоде выявляются аномалии прикрепления плаценты

Диагностика

1. Кровянистые выделения из половых путей

2. УЗИ

3. При влагалищном исследовании (только в условиях развёрнутой операционной) через своды удаётся пальпировать мягковатую массу плаценты

4. Проводят дифференциальную диагностику с шейчной и шейчно-перешеечной беременностью, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, разрывом матки

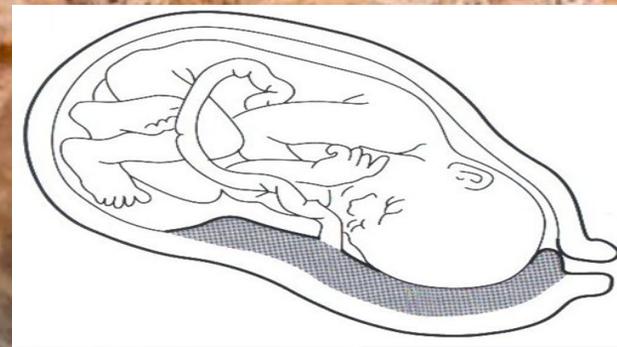
▶ **Условия для родоразрешения через естественные родовые пути при неполном предлежании плаценты в родах**

1. Объём кровопотери ≤ 250 мл.

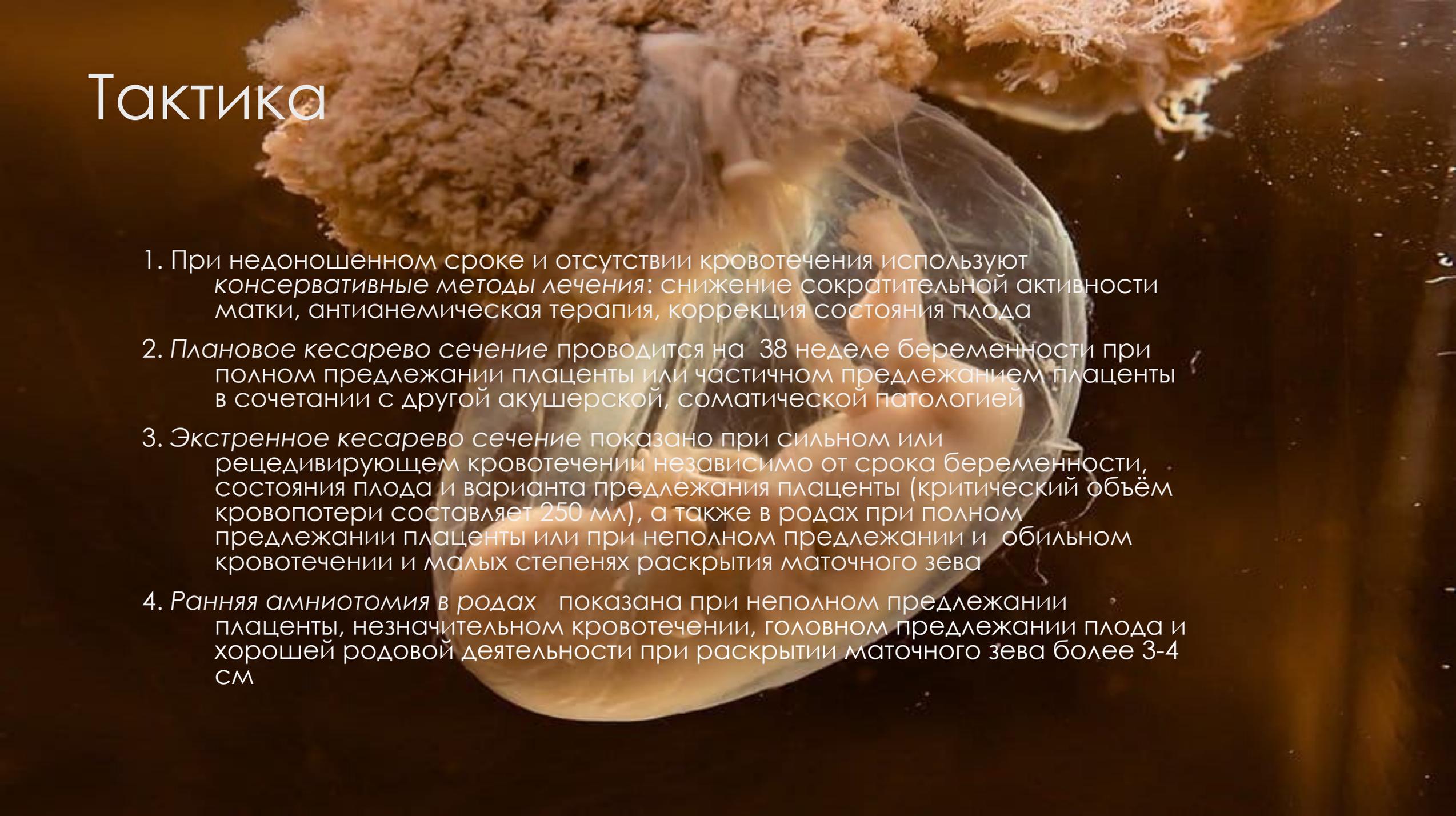
2. Удовлетворительная родовая деятельность

3. Достаточная степень раскрытия маточного зева (5 – 6 см.)

4. Амниотомия (отсутствие плодного пузыря)



Тактика



1. При недоношенном сроке и отсутствии кровотечения используют *консервативные методы лечения*: снижение сократительной активности матки, антианемическая терапия, коррекция состояния плода
2. *Плановое кесарево сечение* проводится на 38 неделе беременности при полном предлежании плаценты или частичном предлежании плаценты в сочетании с другой акушерской, соматической патологией
3. *Экстренное кесарево сечение* показано при сильном или рецидивирующем кровотечении независимо от срока беременности, состояния плода и варианта предлежания плаценты (критический объём кровопотери составляет 250 мл), а также в родах при полном предлежании плаценты или при неполном предлежании и обильном кровотечении и малых степенях раскрытия маточного зева
4. *Ранняя амниотомия в родах* показана при неполном предлежании плаценты, незначительном кровотечении, головном предлежании плода и хорошей родовой деятельности при раскрытии маточного зева более 3-4 см

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Частота - 0,05-0,5%.

Относится к тяжёлым формам осложнений беременности и родов, сопровождается высокой материнской и перинатальной смертностью

Этиология:

1. Изменения сосудов плаценты
 - 1) Гестоз
 - 2) Гипертоническая болезнь
 - 3) Заболевания почек
 2. Увеличение объёма матки, а затем быстрое её опорожнение (при многоводии, многоплодии, крупном и гигантском плоде)
 3. Короткая пуповина
 4. Запоздалый разрыв плодного пузыря
 5. Дистрофические изменения эндометрия
- 

Клиника



1. В зависимости от площади отслойки плаценты состояние роженицы может быть от удовлетворительного до появления выраженной клиники геморрагического шока: бледности кожных покровов, тахикардии, падения АД, нарастания симптомов гипоксии плода, вплоть до его гибели
2. Кровотечение – внутреннее, наружное, комбинированное; геморрагический шок
3. При центральной отслойке формируется матка Кювелера – присоединяется ДВС-синдром, может произойти разрыв матки
4. Болевой синдром, боли - от слабых до сильных (вследствие перерастяжения серозной оболочки матки)
5. Состояние плода страдает – при отслойке плаценты менее 1/3 плод находится в состоянии гипоксии, 1/3 и более плод погибает

Диагностика и тактика



1. Клинические признаки:

- 1) Боли в животе
- 2) Повышение тонуса матки
- 3) Симптомы внутреннего или(и) наружного кровотечения
- 4) Признаки гипоксии плода

2. Неблагоприятный фон – гестоз, гипертоническая болезнь, заболевания почек, недостаточность кровообращения при патологии сердца

3. УЗИ

1. Тактика: **Главная задача** – бережное и быстрое родоразрешение путём операции кесарева сечения (при маточной апоплексии- «матка Кювелера» - ампутация матки; при ДВС-синдроме – экстирпация матки)
2. В конце I, начале II периода родов – роды заканчивают через естественные родовые пути наложением акушерских щипцов или вакуум-экстрактора, извлечением плода за тазовый конец или с применением плодоразрушающих операций

Гипотоническое кровотечение

Этиология:

1. Заболевания матери:

- 1) Гестоз
- 2) Заболевания сердечно-сосудистой системы
- 3) Заболевания печени, почек, дыхательных путей
- 4) Заболевания ЦНС, нейроэндокринные расстройства
- 5) Острые и хронические инфекции

Этиология:

2. Анатомическая и функциональная неполноценность матки:

- 1) Аномалии расположения плаценты
- 2) Задержка в полости матки частей последа
- 3) Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- 4) Пороки развития матки
- 5) Аномалии прикрепления плаценты
- 6) Эндометрит, миома матки
- 7) Многоплодие, многоводие, крупный плод

Этиология:

3. Аномалии родовой деятельности

4. Быстрое извлечение плода при акушерских операциях

5. Назначение в больших дозах препаратов, сокращающих матку

6. Чрезвычайно активное ведение III периода родов:

- 1) Необоснованное применение при неотделившейся плаценте приёмов выделения последа
- 2) Наружный массаж матки, потягивание за пуповину



Лечебная тактика

- ▶ Методы борьбы с гипо- и атоническим кровотечением делятся на медикаментозные, механические и оперативные

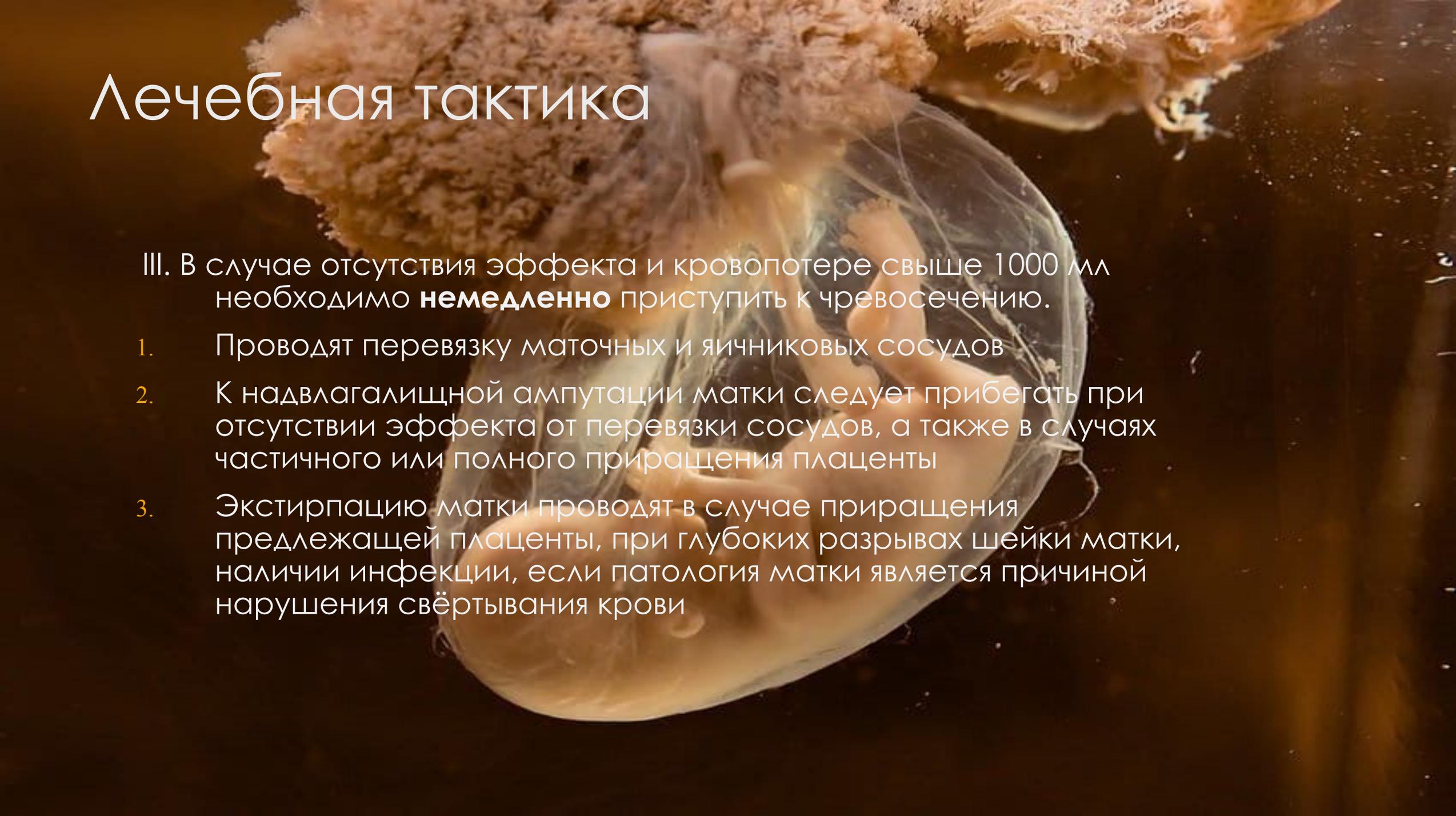
I. Первоочередные мероприятия:

- ▶ Опорожнение мочевого пузыря
- ▶ Наружный массаж матки, лёд на живот
- ▶ Одновременно внутривенно и внутримышечно (или подкожно) вводят 1,0 мл (5 Ед) Окситоцина, 0,5-1,0 мл 0,02% раствора Метилэргометрина

II. При неэффективности вышеописанных мероприятий и кровопотере, достигшей 300 мл необходимо приступить к ручному обследованию полости матки:

- 1) Удалить сгустки крови, провести ревизию плацентарной площадки, при выявлении задержавшейся дольки плаценты удалить её, проверить целостность стенок матки
- 2) Выполнить наружно-внутренний массаж матки, наложить поперечный шов на шейку матки по Лосицкой, в задний свод влагалища поместить тампон с эфиром
- 3) Параллельно проводится инфузионно-трансфузионная терапия, адекватная кровопотере!

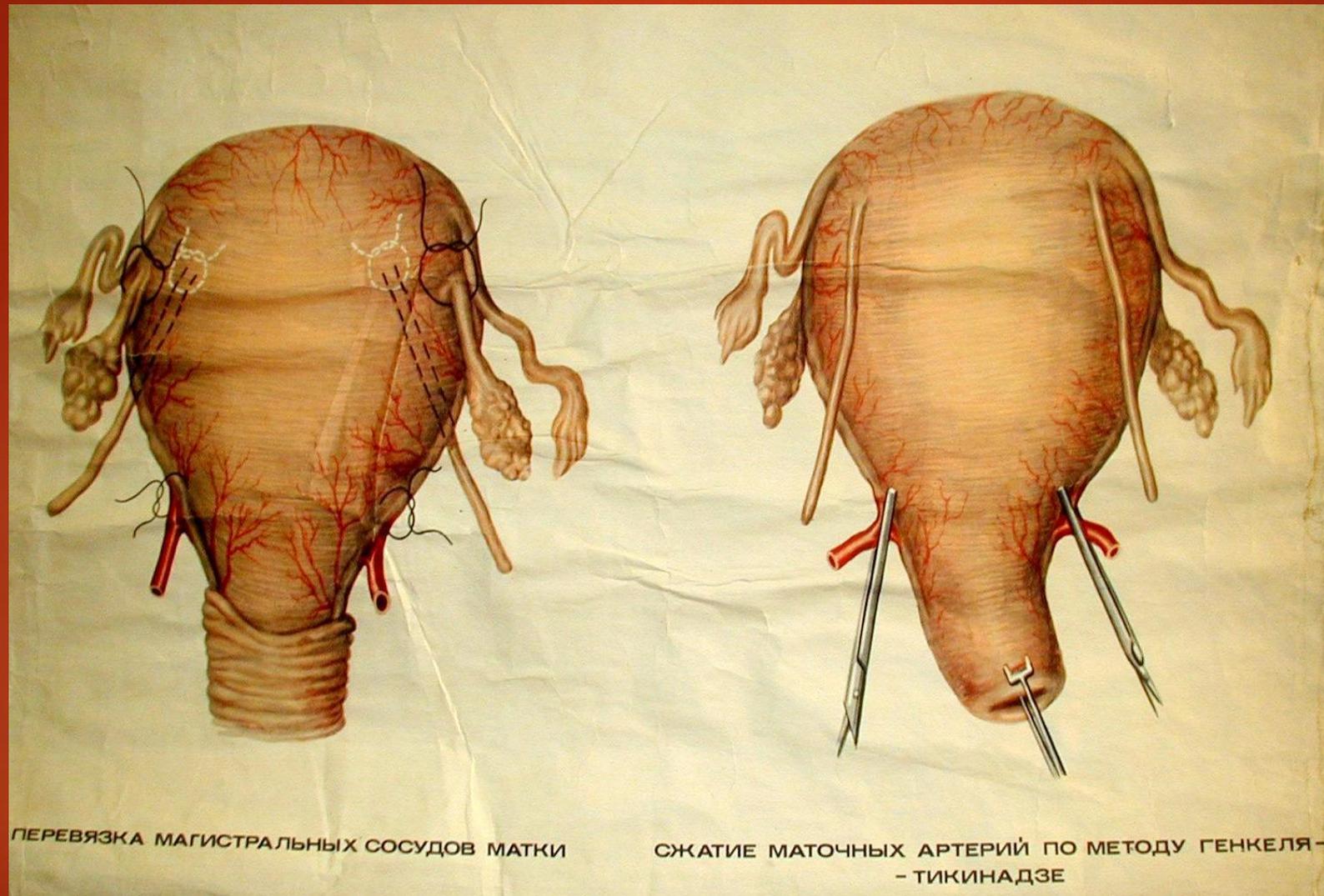
Лечебная тактика



III. В случае отсутствия эффекта и кровопотере свыше 1000 мл необходимо **немедленно** приступить к чревосечению.

1. Проводят перевязку маточных и яичниковых сосудов
2. К надвлагалищной ампутации матки следует прибегать при отсутствии эффекта от перевязки сосудов, а также в случаях частичного или полного приращения плаценты
3. Экстирпацию матки проводят в случае приращения предлежащей плаценты, при глубоких разрывах шейки матки, наличии инфекции, если патология матки является причиной нарушения свёртывания крови

Перевязка магистральных сосудов матки



Клиника угрожающего выкидыша

- ▶ Плодное яйцо полностью сохраняет связь с маткой
- ▶ Слабые ноющие боли в нижних отделах живота, крестце
- ▶ Кровотечение практически отсутствует



Клиника аборта «в ходу»

- ▶ Плодное яйцо теряет связь с плодоместилищем и опускается в нижний отдел матки или шейечный канал
- ▶ Боли сильные схваткообразные в нижних отделах живота
- ▶ Кровотечение значительное



Клиника неполного аборта

- ▶ Большая часть плодного яйца вышла за пределы матки, в полости матки содержатся остатки плодного яйца
- ▶ Боли уменьшаются
- ▶ Кровотечение от небольшого до обильного, приводящего к геморрагическому шоку



МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ

ГЕМАТОКРИТНЫЙ МЕТОД Moore

$$\text{КП} = \text{ОЦК}_д (\text{ГТ}_д - \text{ГТ}_ф) / \text{ГТ}_д$$

КП – кровопотеря

ОЦК_д – должный ОЦК

ГТ_д – должный гематокрит (у женщин -42)

ГТ_ф – фактический гематокрит

ФОРМУЛА М.А.ЛИБОВА

$$\text{ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ} = V/2 \cdot S \cdot 15\%$$

V – вес салфеток

S – исходный объем крови

15% - величина ошибки на околоплодные воды (при кровопотере более 1 л – 30%)



Профилактика ДВС при интенсивной терапии акушерских кровотечений

- ▶ • Адекватное восполнение ОЦК кристаллоидами и коллоидами. Предпочтение – препараты МЖЖ (гелофузин) и ГЭКи II (рефортан) и III (венофундин, волювен) поколения. Не применять декстраны (реополиглюкин, полиглюкин) и 5% альбумин (синдром капиллярной утечки) прик. МОЗ 676 - 2004 г.
- ▶ • СЖП – (антитромбин III) 700 – 1000 мл струйно
- ▶ • Рутинно гепарин не применять
- ▶ • При гипокоагуляции ингибиторы протеаз
- ▶ • Новосевен (рекомбинант фактора VII a) в/в 60 -90мкг/кг – 1 – 2 дозы.

Синдром массивной кровопотери (СМК)

Синдром массивной кровопотери (СМК) развивается на патологическом преморбидном фоне (гиповолемия беременных, нарушение гемостаза) при объеме кровопотери более 30% ОЦК и характеризуется шоком с развитием СПОН и острым ДВС синдромом.

▶ Ятрогенные факторы, предрасполагающие к СМК (Ткаченко Р.А., 2006г):

- ▶ Ошибки в проведении инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ);
- ▶ -недооценка тяжести состояния;
- ▶ -позднее начало инфузии;
- ▶ -низкий темп и объем;
- ▶ -неправильный качественный и количественный состав;
- ▶ -ошибки коррекции гемостаза.

▶ Факторы, снижающие толерантность к кровопотере:

▶ 1. Первичная и вторичная гиповолемия:

- ▶ -применение диуретиков (61%);
- ▶ -возраст беременной (40,5%);
- ▶ -экстрагенитальная патология (36%, из них гестоз 62%);
- ▶ -анемии (12%).

▶ 2. Неуправляемая гипотензия:

- ▶ -применение гипотензивных средств (14%);
- ▶ -гестоз (4,1%);
- ▶ -применение ганглиоблокаторов (0,6%);
- ▶ -анафилаксия (0,4%).



БЛАГОДАРИЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

