

Кровотечения во время беременности, родов и раннем послеродовом периоде.

Проф. Новиков Б.Н.

Акушерские кровотечения являются причинами материнской летальности

- В чистом виде – 20 – 25%
- Как конкурирующие причины – 42%
- Как фоновые причины – 78%

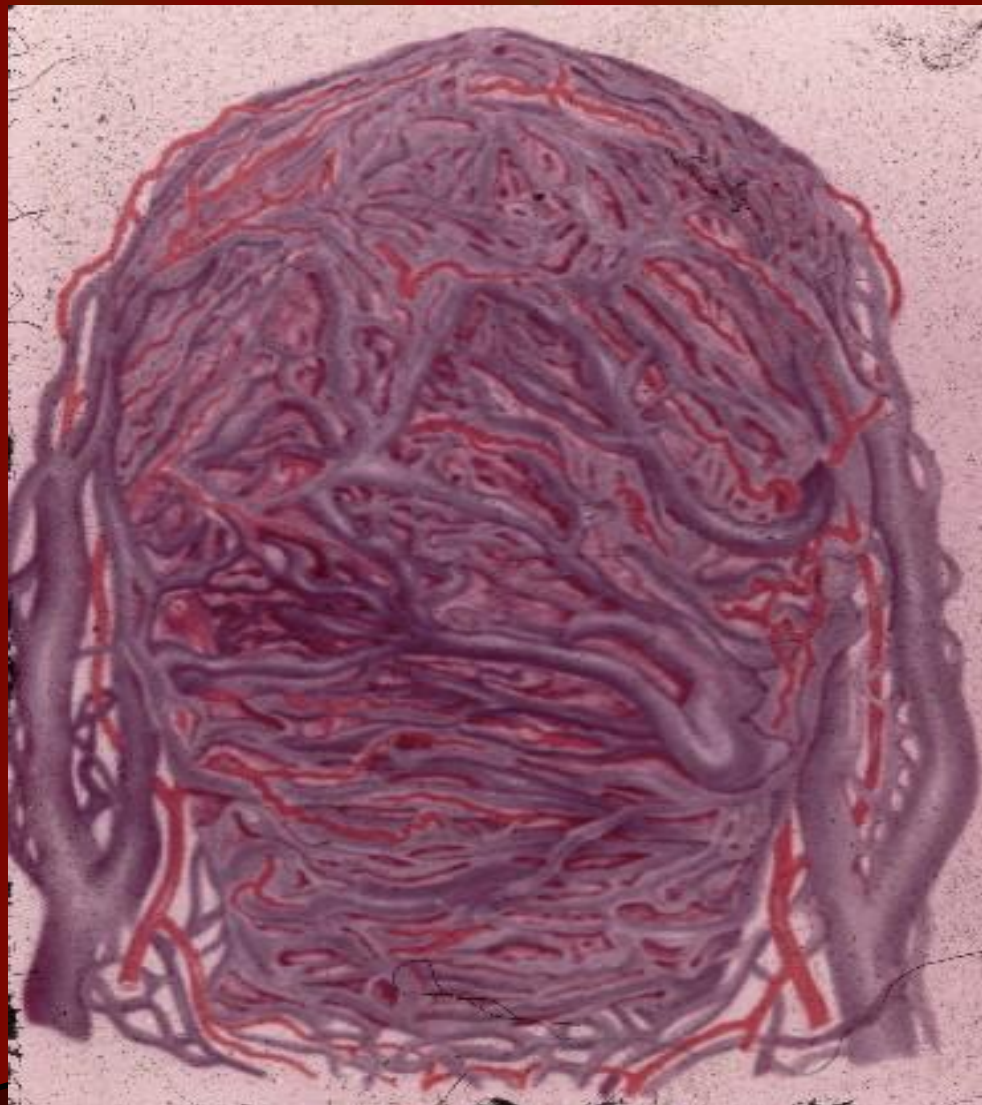


Причины кровотечений

1. Самопроизвольное прерывание беременности
2. Эктопическая беременность
3. Предлежание плаценты
4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
5. Аномалии прикрепления плаценты
6. Гипо- и атонические кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах
7. ДВС-синдром



Сосудистая сеть матки в конце беременности



Самопроизвольный выкидыш

- Этиология:

1. Патология матки
2. Хромосомные аномалии
3. Иммунологические нарушения
4. Эндокринная патология
5. Инфекционные факторы
6. Соматические заболевания и интоксикации
7. Психогенные факторы и др.



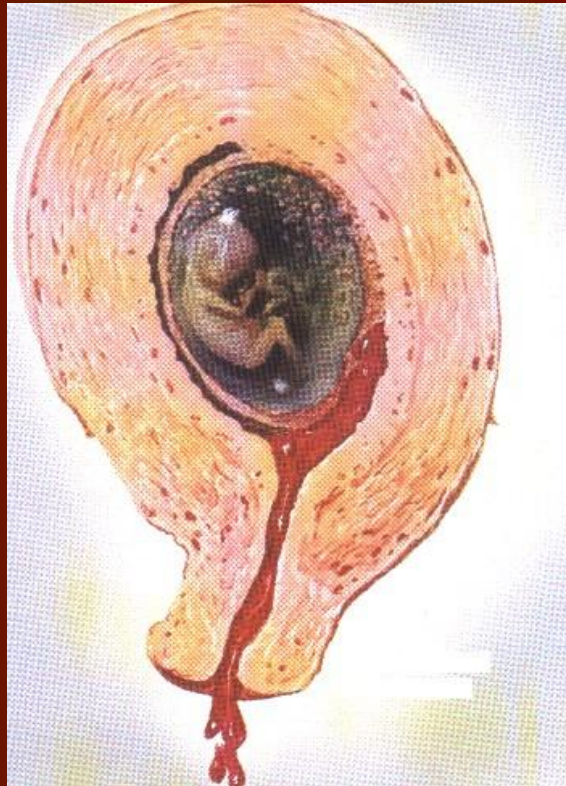
Клинические формы выкидыша

1. Угрожающий выкидыш
2. Начинающийся выкидыш
3. Аборт «в ходу»
4. Неполный и полный аборт



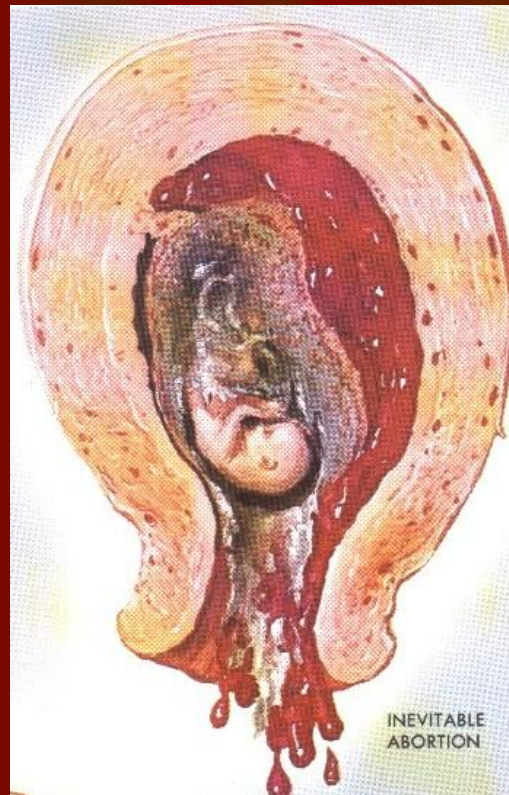
Клинические формы выкидыша

Начавшийся выкидыш



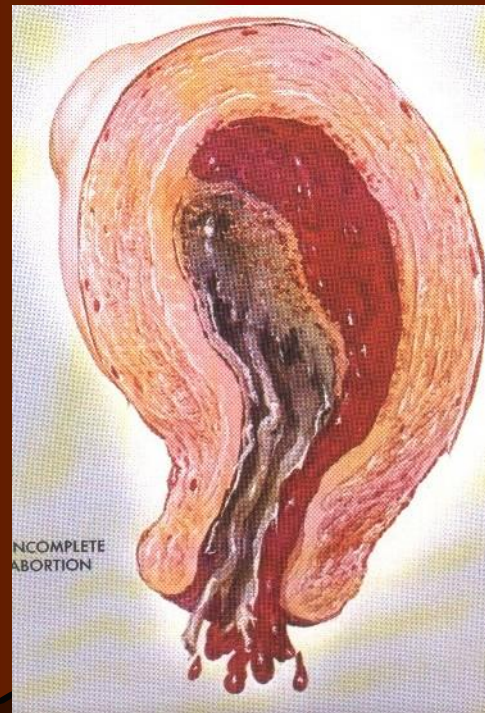
Клинические формы выкидыша

Аборт «в ходу»



Клинические формы выкидыша

Неполный аборт



Клинические формы выкидыша

Полный аборт



Плодное яйцо



Лечение при угрожающем и начинающемся выкидыше

1. Лечение в стационарных условиях
2. Полноценная, сбалансированная, богатая витаминами диета
3. Постельный режим
4. Немедикаментозные методы терапии
5. Лекарственные средства, снижающие психо-эмоциональное напряжение
6. Препараты расслабляющие мускулатуру тела матки



Седативные средства

- Настой корня валерианы, пустырника – в I триместре
- Транквилизаторы (во II триместре):
S. Sibazoni 0,5% - 2,0 в/м



Токолитики

1. Спазмолитики (в/м и/или в/в капельно):
 - S. Methacini 0,1% - 2,0
 - S. No spani 2% - 2,0
 - S. Papaverini 2% - 2,0
 - S. Baralgini 5,0
2. S. Magnesii sulfatis 25% - 10,0 в/м
3. β -адреномиметики:
 - S. Gyniprali 2,0(10 мкг) или 5,0(25мкг) в/в
капельно медленно



Физиотерапевтическое лечение

- Эндонозальный электрофорез Vit B-1
- Электрофорез магния синусоидальным модулированным током
- Индуктотермия области почек



В I триместре применяют

1. Гестагены при недостаточности жёлтого тела:
 - 1) Duphastoni 0,01 ×2 p/д
 - 2) Utrogestani 100-200mg x 2-4 p/д
2. Гестагены + эстрогены при гипоплазии, пороках развития матки с гипофункцией яичников и появлением кровянистых выделений
 - 1) Microfollini 0,01 мг ×1-2 p/д
 - 2) Estradioli 2 -6 mg



В I триместре применяют

3. Кортикостероиды при наличии у беременной гиперандрогении надпочечникового генеза (под контролем экскреции 17-кортикостероидов)
 - 1) Prednisoloni 0,005 1-2 таб. ×1-2 р/д
 - 2) Dexametasoni 5 -10 мг/сутки
4. Симптоматические средства
 - 1) Ascorutini 1 таб 3раза день
 - 2) Dicinoni 12% - 2,0 в/м



Предлежание плаценты

(Placenta praevia)



Предлежание плаценты (placenta praevia)

1. Полное (перекрывает внутренний зев)

2. Неполное:

1) Боковое (не полностью перекрывает внутренний зев)

2) Краевое (достигает краем внутренний зев)

Низкое расположение плаценты (край плаценты находится ближе 5 см от внутреннего зева)



Предлежание плаценты (placenta praevia)

Неполное
краевое
предлежание
плаценты

Полное
предлежание
плаценты

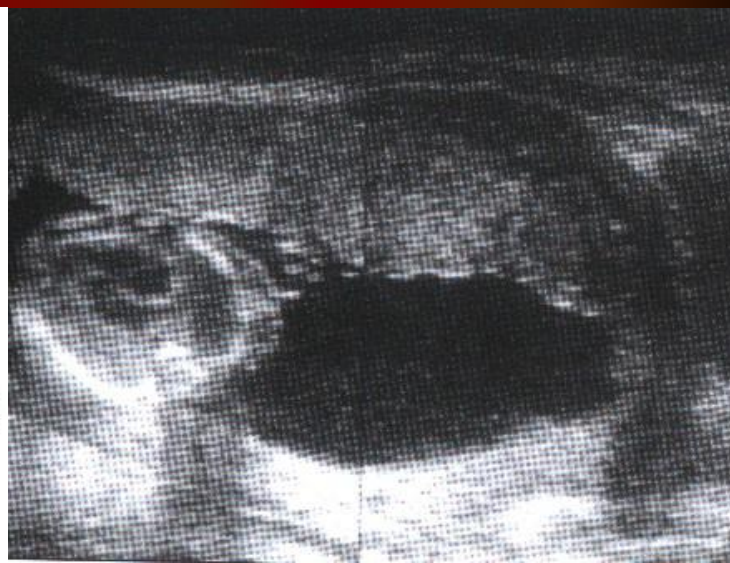
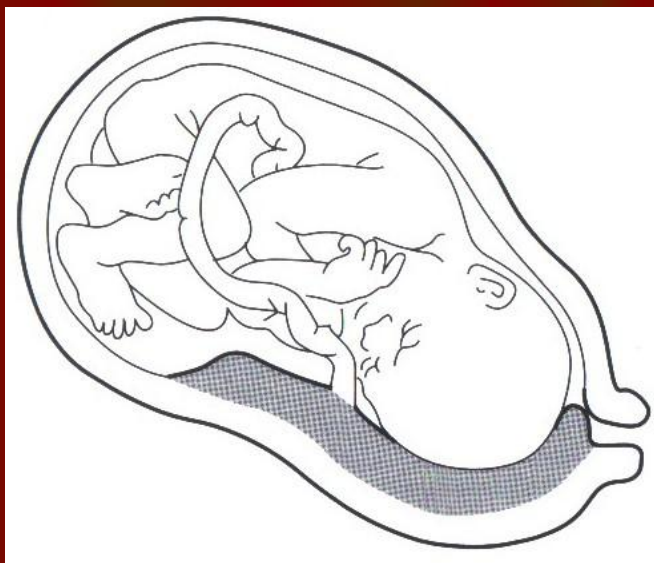


Неполное
боковое
предлежание
плаценты



Предлежание плаценты (placenta praevia)

Неполное
боковое
предлежание
плаценты



Предлежание плаценты (0,5-0,8%)

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 предлежания плаценты

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 предлежания плаценты

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

1. Отсутствие кровотечения
2. Головное предлежание
3. Молодой возраст роженицы
4. Отсутствие осложнений
беременности
5. Удовлетворительное состояние
плода



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

при предлежании плаценты

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



Тактика

при предлежании плаценты

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



Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

**Неполная
отслойка
плаценты**



**Полная
отслойка
плаценты**

**Полная
отслойка
плаценты**

**Признаки отслойки
плаценты (гематомы,
сгустки крови)**



Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

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 преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

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



Клиника преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

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 преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

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



Матка Кувелера



Имбибиция
миометрия
кровью



Тактика врача при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты

1. 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

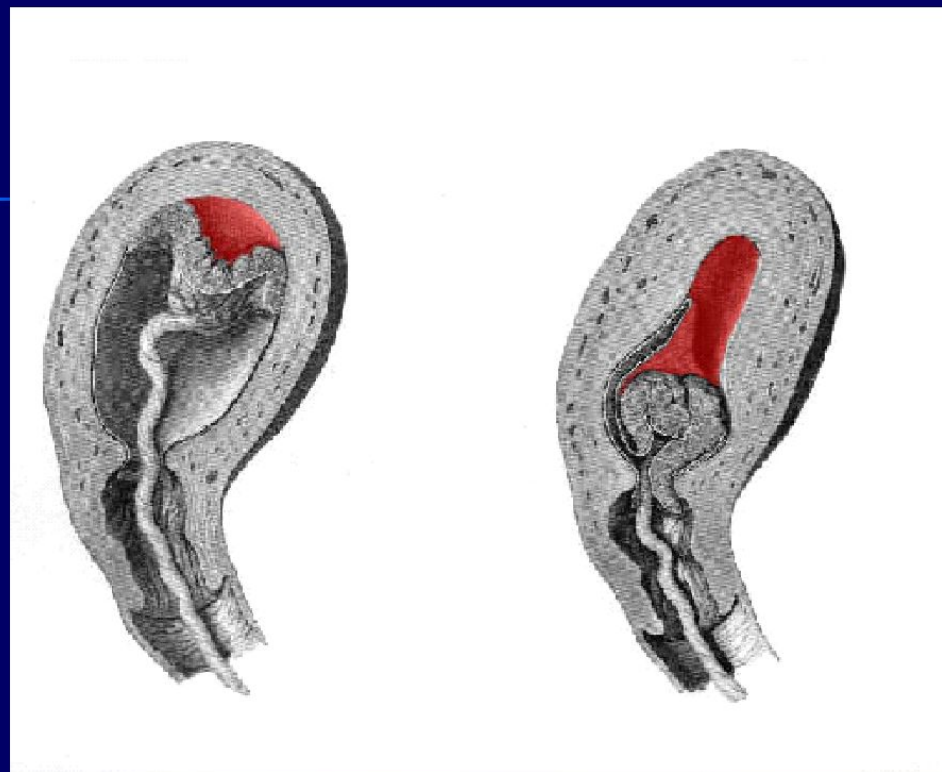


III

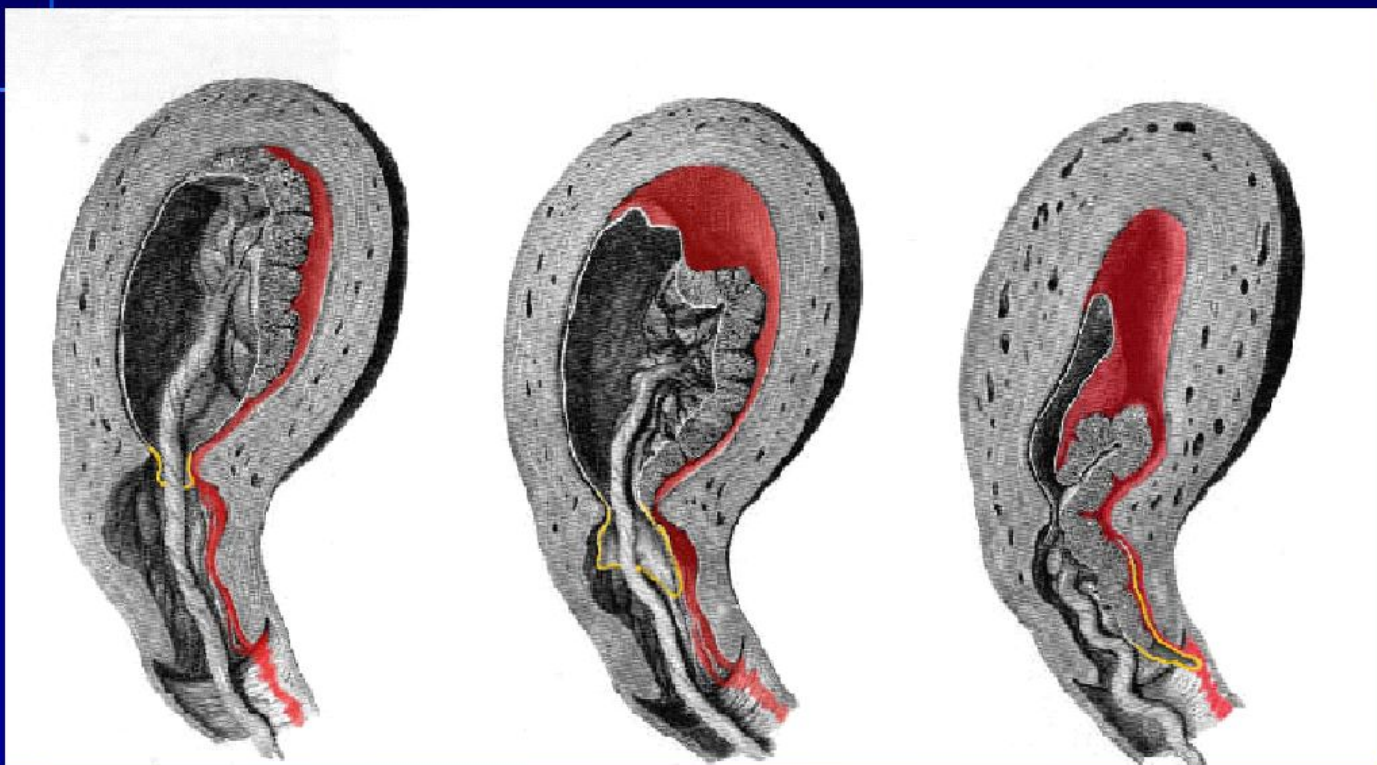
период родов



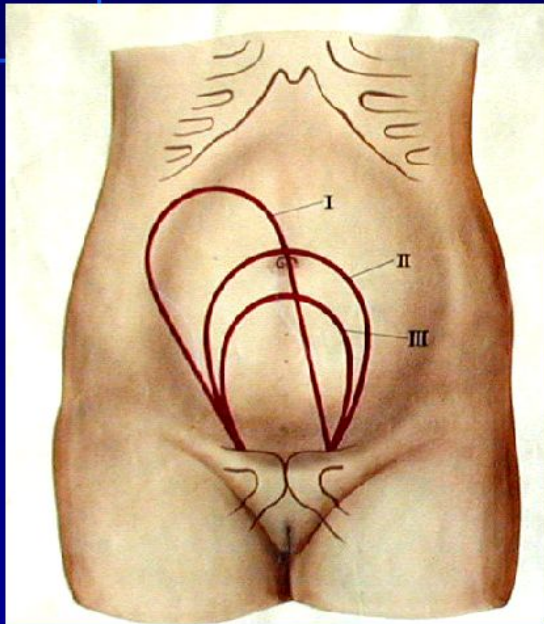
Отделение плаценты (по Шульцу)



Отделение плаценты (по Дункану)



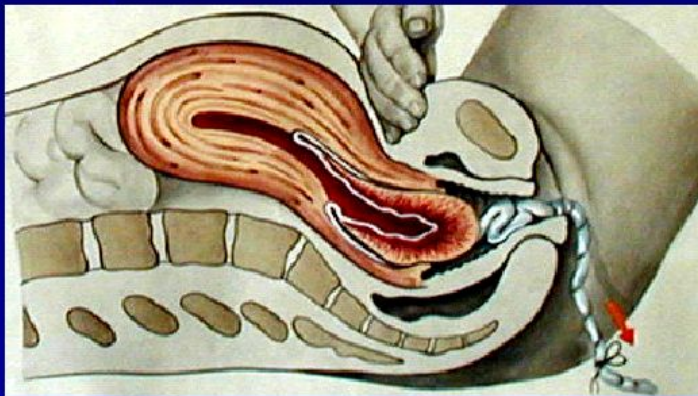
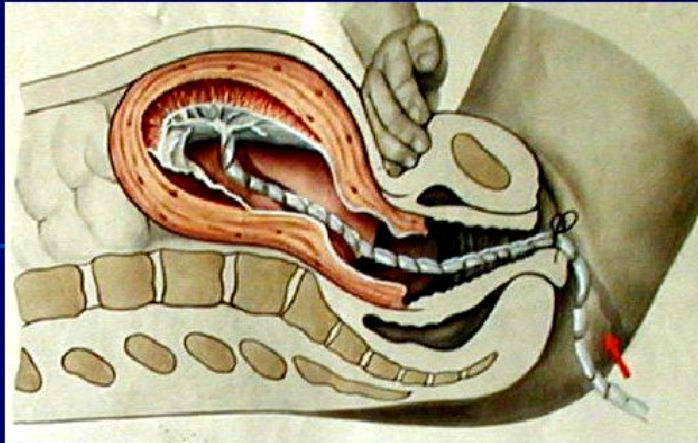
Признаки отделения плаценты



Признаки отделения плаценты



Признаки отделения плаценты



Объем кровопотери в III периоде родов

- Физиологическая кровопотеря составляет 0,5% от массы тела
- Например: при массе 60 кг - $0,5\% = 300\text{мл}$
- Однако максимальная кровопотеря не должна превышать 400мл даже у роженицы с массой тела > 80 кг



Плацента с дополнительной долькой



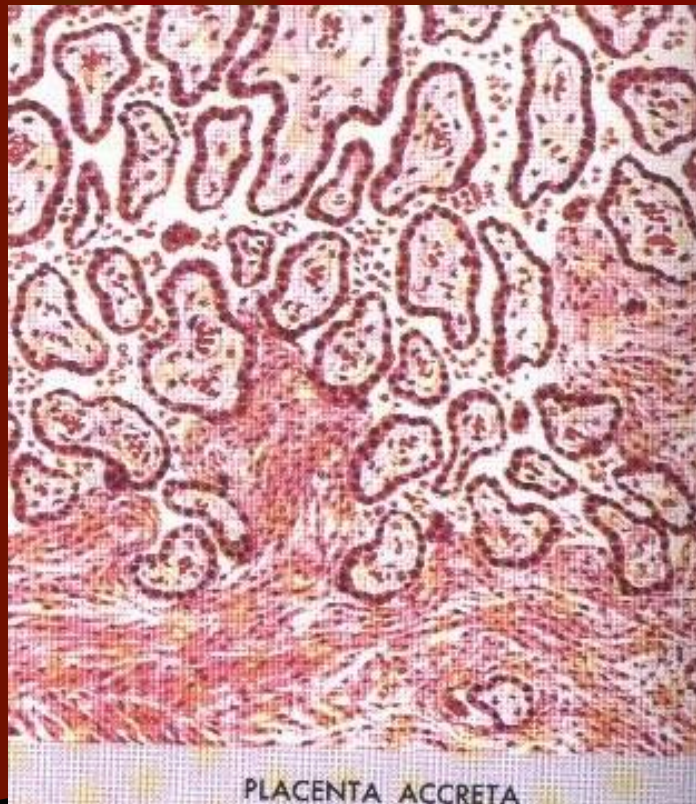
Аномалии прикрепления плаценты

1. Плотное прикрепление плаценты –
placenta adherens
2. Приращение плаценты – placenta
accreta
 - 1) *врастание* плаценты –
placenta increta
 - 2) *прорастание* плаценты –
placenta percreta



Аномалия прикрепления плаценты

Приращение плаценты – placenta accreta



Аномалии прикрепления плаценты

Этиология:

1. Структурно-морфологические изменения в эндометрии и миометрии после операций или воспалительных процессов
2. Нарушение ферментативного равновесия гиалуроновая кислота – гиалуронидаза между ворсинами хориона и децидуальной оболочкой
3. Аномалии расположения плаценты



Клиника плотного прикрепления плаценты

1. Кровотечение в III периоде родов (при полном плотном прикреплении или приращении плаценты по всей плоскости кровотечения не будет)
2. Отсутствие признаков отделения плаценты в течение 20-30 минут



Диагностика плотного прикрепления плаценты

Диагностика форм патологического прикрепления плаценты возможно только при операции ручного отделения плаценты, показания к ней:

1. Отсутствие признаков отделения плаценты без кровотечения в течение 30 мин после рождения ребёнка
2. Отсутствие признаков отделения плаценты при кровопотере более 250 мл



Тактика врача при аномалиях прикрепления плаценты

1. При **плотном прикреплении** плаценты операция ручного отделения плаценты оказывается одновременно диагностической и лечебной.
2. В случае выявления **приращения плаценты** показана операция надвлагалищной ампутации матки.



Гипо- и атонические кровотечения в раннем послеродовом периоде

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



Гипо- и атонические кровотечения в раннем послеродовом периоде

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



Гипо- и атонические кровотечения в раннем послеродовом периоде

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



Лечебные мероприятия, проводимые при гипо- и атонических кровотечениях

Лечение должно быть этапным и последовательным.

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



Лечебные мероприятия, проводимые при гипо- и атонических кровотечениях

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



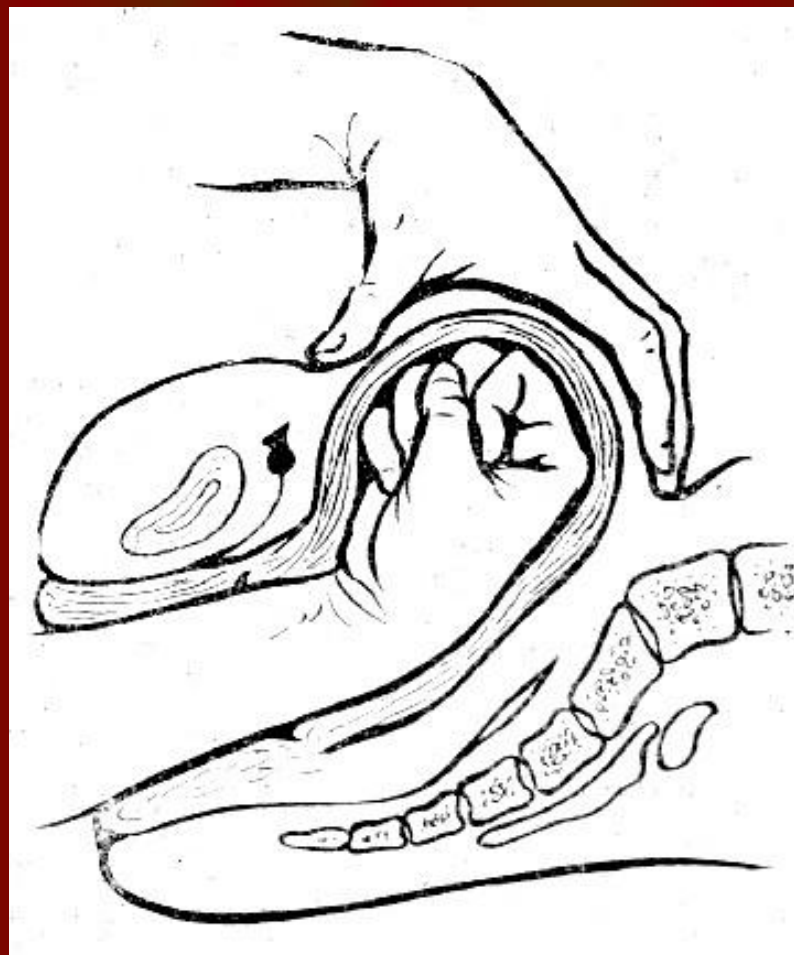
Лечебные мероприятия, проводимые при гипо- и атонических кровотечениях

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!



Массаж матки на кулаке



Наложение шва на шейку матки (по Лосицкой)



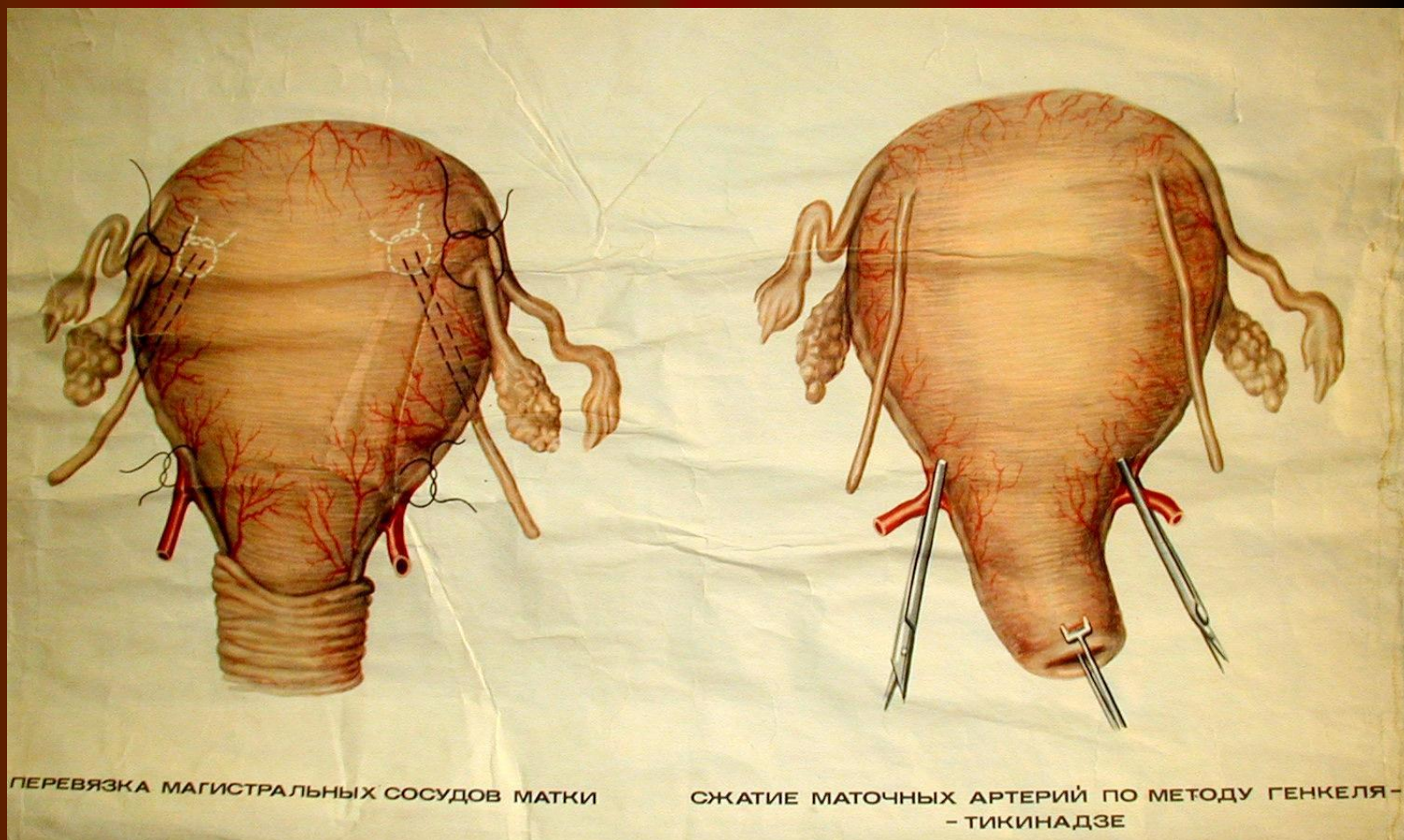
Лечебные мероприятия, проводимые при гипо- и атонических кровотечениях

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



Спасибо за внимание









Синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания (ДВС) крови

При развитии ДВС-синдрома имеет место патологическая активация системы гемостаза, в ответ на которую включается комплекс защитно-приспособительных механизмов, которые становятся чрезмерными и являются причиной последующих патологических изменений.



Стадии ДВС-синдрома

- I. Гиперкоагуляция (ДВС-I)
- II. Коагулопатия потребления:
 - а – без активации фибринолиза (ДВС-II)
 - б – с начинающейся генерализованной активацией фибринолиза (ДВС-III)
- III. Гипокоагуляция с генерализованным фибринолизом (ДВС-IV)
- IV. Стадия исходов или остаточных проявлений блокады сосудов микротромбами



Лабораторная диагностика ДВС-синдрома

- Для острой формы ДВС-синдрома характерно:
 1. Удлинение времени свёртывания крови (более 10 минут)
 2. Падение числа тромбоцитов и уровня фибриногена
 3. Увеличение времени рекальцификации плазмы, протромбинового и тромбинового времени
 4. Повышение концентрации ПДФ и растворимых комплексов мономеров фибрин/фибриноген



Принципы лечения ДВС-синдрома

1. Лечение основного заболевания
2. Профилактика и лечение полиорганной недостаточности
3. Коррекция нарушений системы гемостаза (зависит от стадии ДВС)



Клиника угрожающего выкидыша

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



Клиника начинающегося выкидыша

- Плодное яйцо частично отслаивается от стенок матки
- Боли усиливаются, иногда приобретают характер слабых схваток
- Небольшие кровянистые выделения из шеечного канала (во II триместре кровянистых выделений может и не быть)
- При влагалищном исследовании обнаруживается укорочение шейки матки и небольшое открытие маточного зева



Клиника аборта «в ходу»

- Плодное яйцо теряет связь с плодомместилищем 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



Клиника полного аборта

- Плодное яйцо отторгается целиком, в матке могут остаться только части децидуальной оболочки
- Значительно уменьшаются боли, прекращается кровотечение
- Встречается относительно редко, чаще в конце II триместра



Диагностика

самопроизвольного выкидыша

Гинекологическое исследование:

Угрожающий выкидыш	Размеры матки соответствуют сроку задержки месячных, матка реагирует на пальпацию сокращением
Начинающийся выкидыш	Шейка матки несколько укорочена со слегка зияющим наружным зевом
Аборт «в ходу»	Тело матки спазмировано, соответствует сроку беременности, нижний полюс плодного яйца легко достигается через шейный канал
Неполный аборт	Размеры матки меньше срока беременности, шейный канал приоткрыт



Диагностика самопроизвольного выкидыша

Кольпоцитологическое исследование:

КПИ <10% (до 12 недель)
=3-9% (13-16 недель)
<5% (после 16 недель)

Определение в плазме крови: ХГЧ,
эстрадиола, прогестерона

Определение в суточном количестве
мочи: 17-КС <42 мкмоль/л



Диагностика самопроизвольного выкидыша

УЗИ:

В ранние сроки выявляется расположение плодного яйца в нижних отделах матки, Появляются нечёткие контуры, деформации и перетяжки плодного яйца, локальное напряжение миометрия.

С конца I триместра можно выявить участки отслойки плаценты, измерить диаметр перешейка

