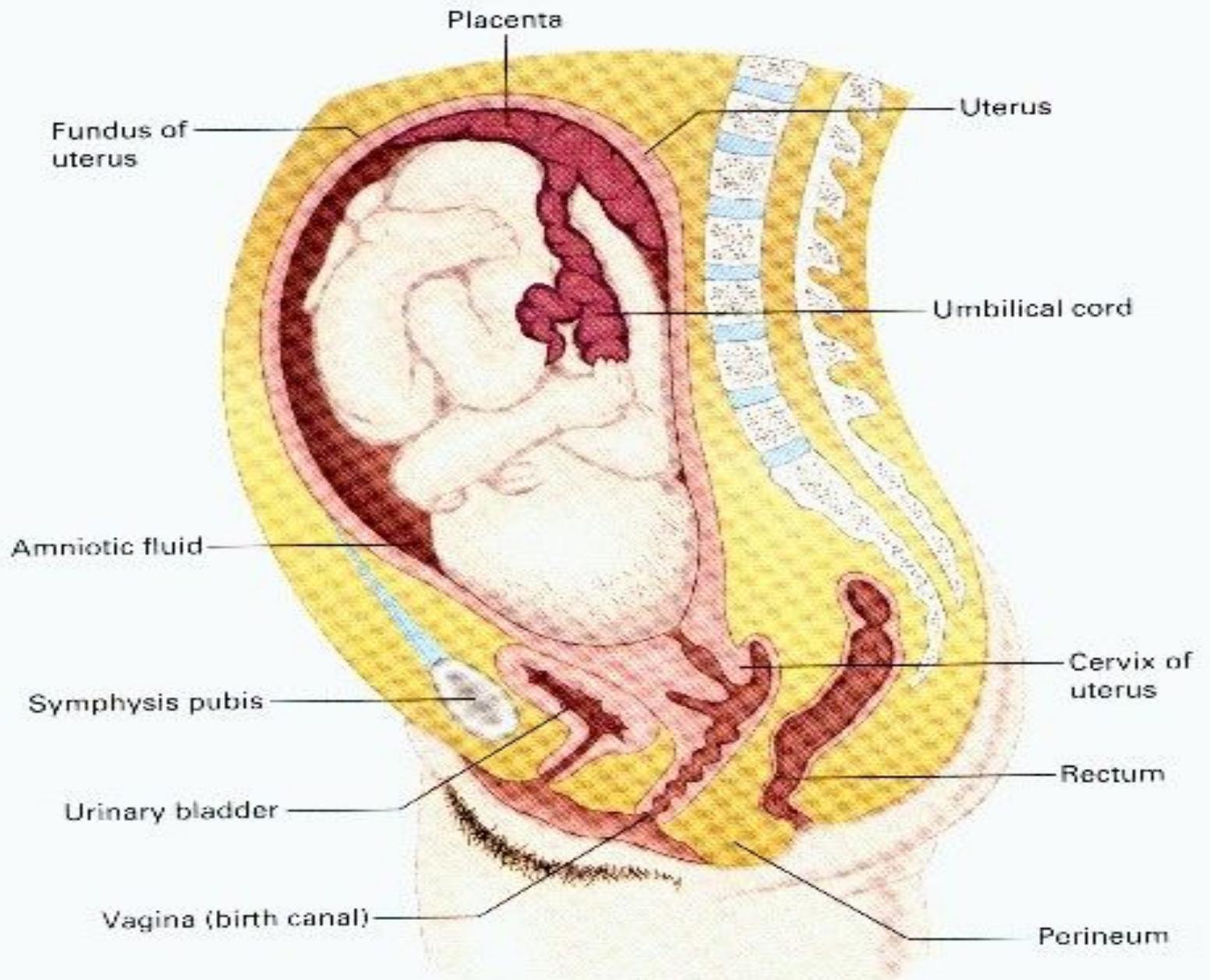


*Кровотечения во II половине  
беременности и в родах*



Волков Валерий Георгиевич  
Кафедра акушерства и гинекологии  
ТулГУ

# ANATOMY OF PREGNANCY



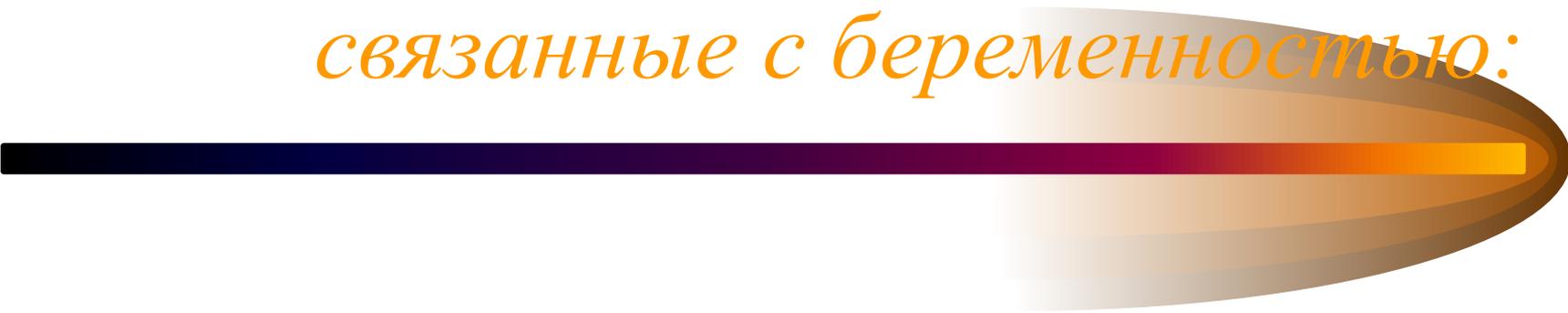


**Всякое более или менее значительное кровотечение из родовых путей при беременности, особенно во второй ее половине и в первые два периода родов, представляет собой явление патологическое и может служить серьезной угрозой для жизни матери и плода.**

*Кровотечения при беременности могут быть  
следствием 2-х причин:*

- 
1. Патологических процессов не связанных с самой беременностью
  2. Акушерской патологии

# *Патологические процессы не связанные с беременностью:*

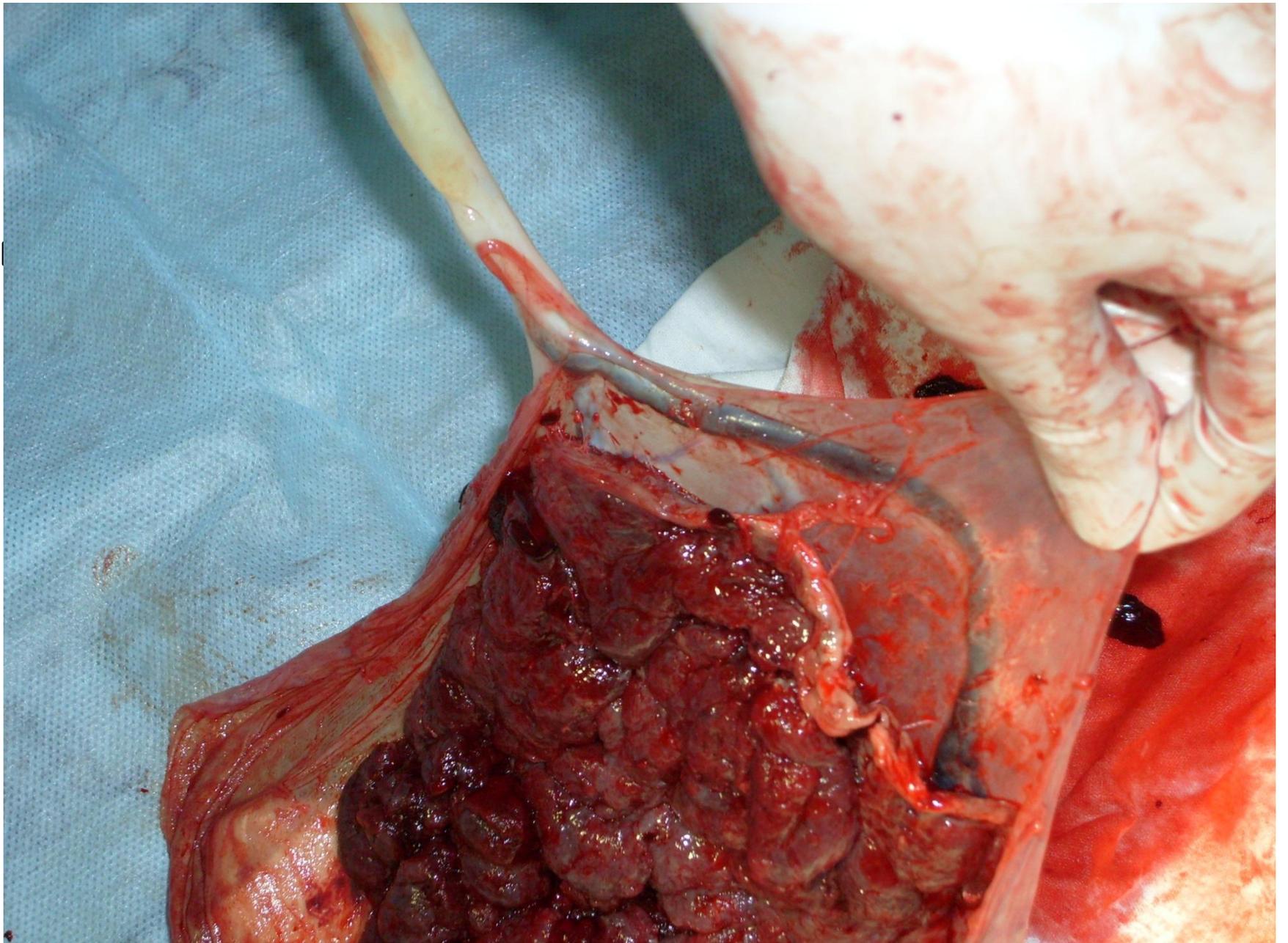


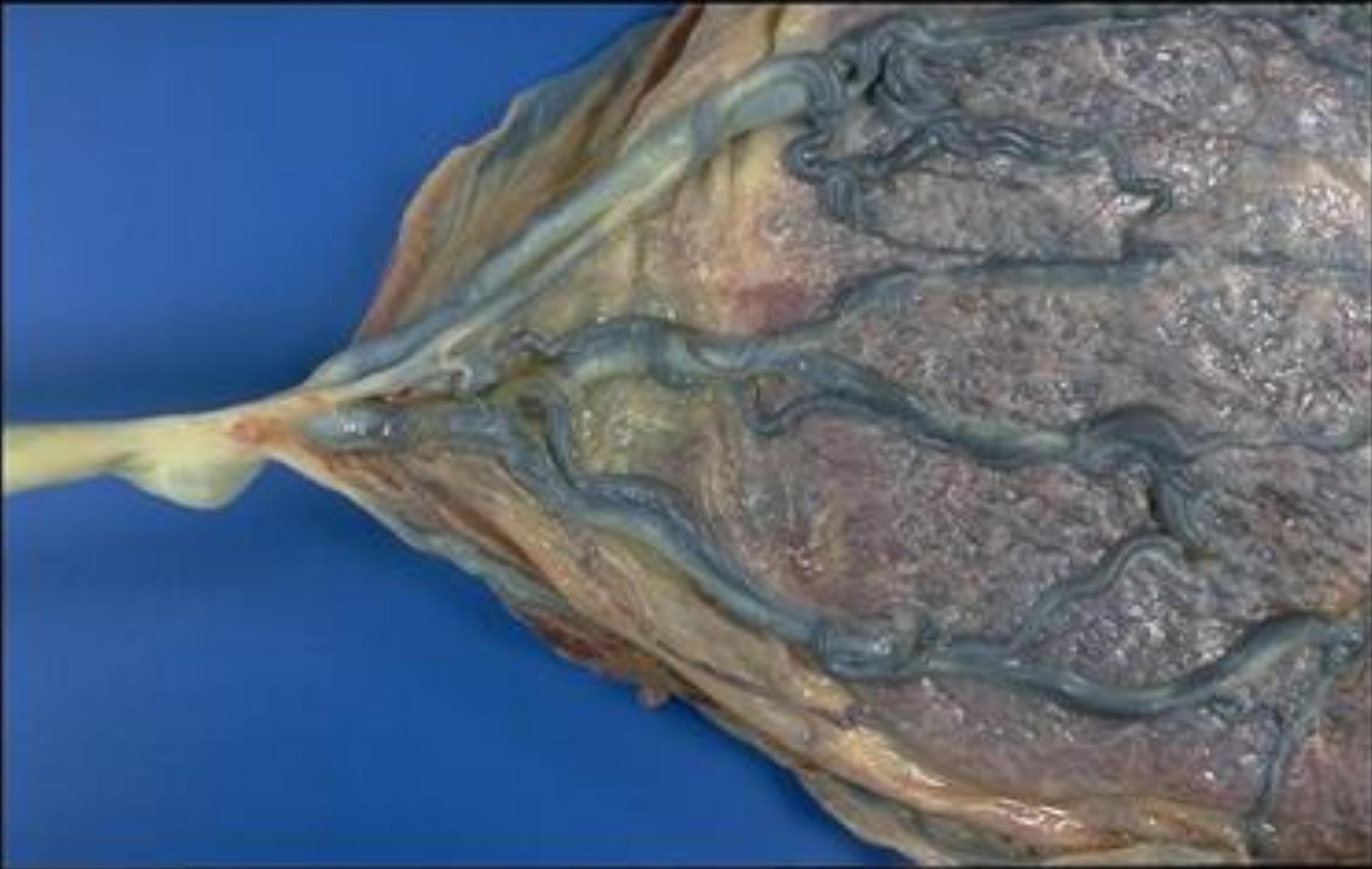
- рак шейки матки;
- полипы шейки матки и цервикального канала;
- разрывы варикозно расширенных венозных узлов в области шейки матки, влагалища или других отделов мягких родовых путей.

# *Акушерская патология:*

- Предлежание плаценты; (1/200)
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (1/100);
- Разрыв матки (<1% при рубце на матке);
- Разрыв сосудов пуповины при ее оболочечном прикреплении (1/2000-3000)

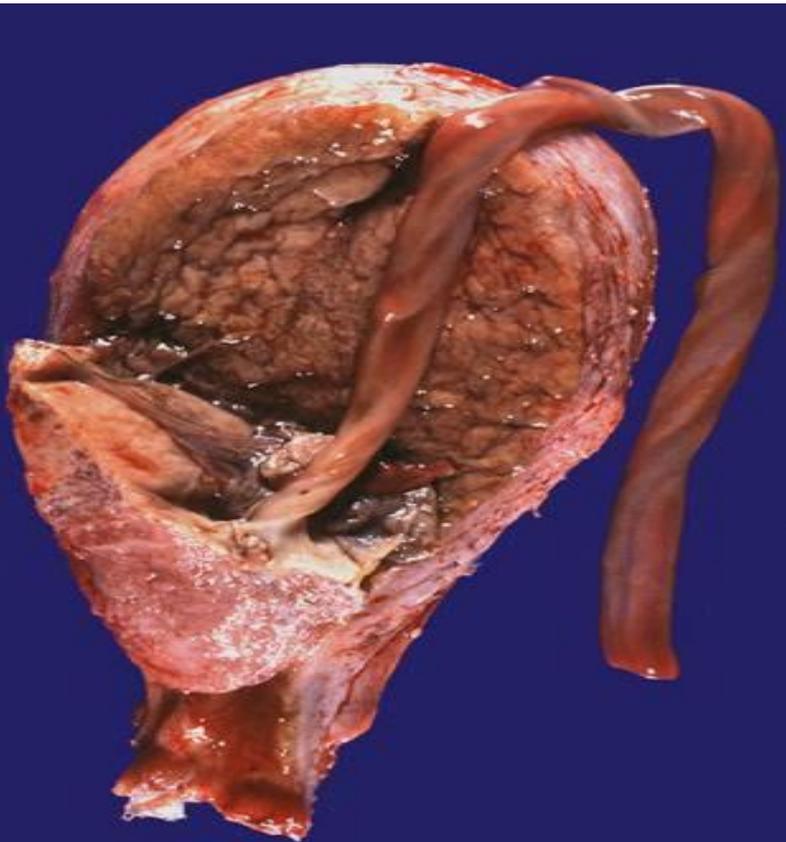




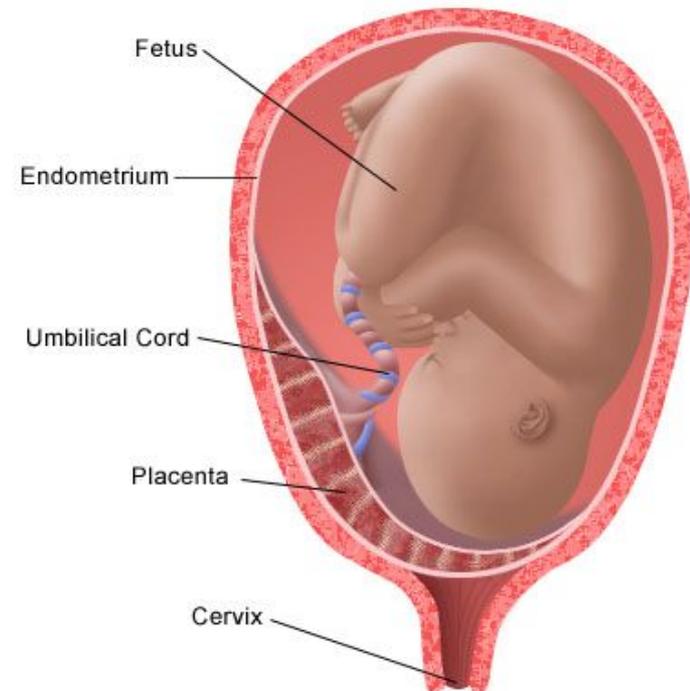


# ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. (*Placenta praevia*)

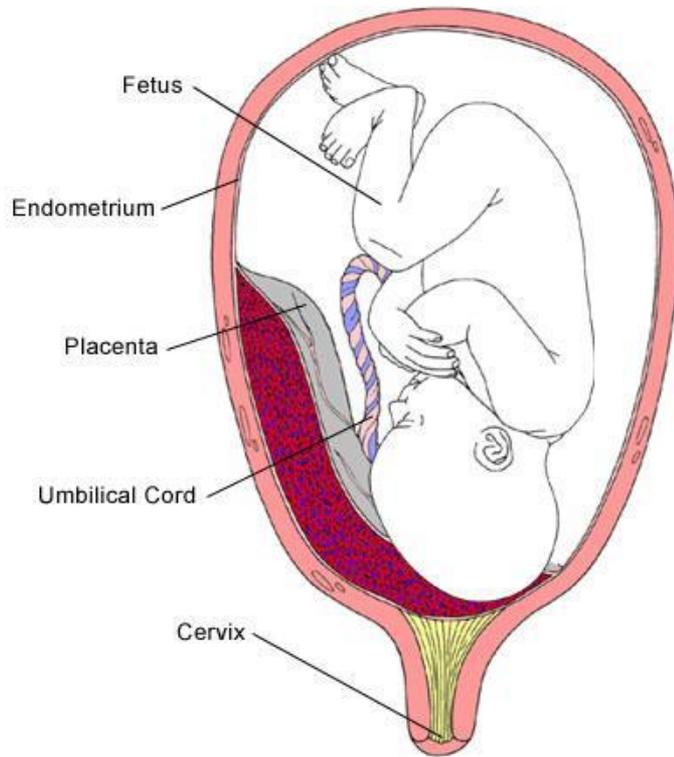
- **Определение:** такое осложнение беременности при котором плацента частично или полностью перекрывает область внутреннего маточного зева.



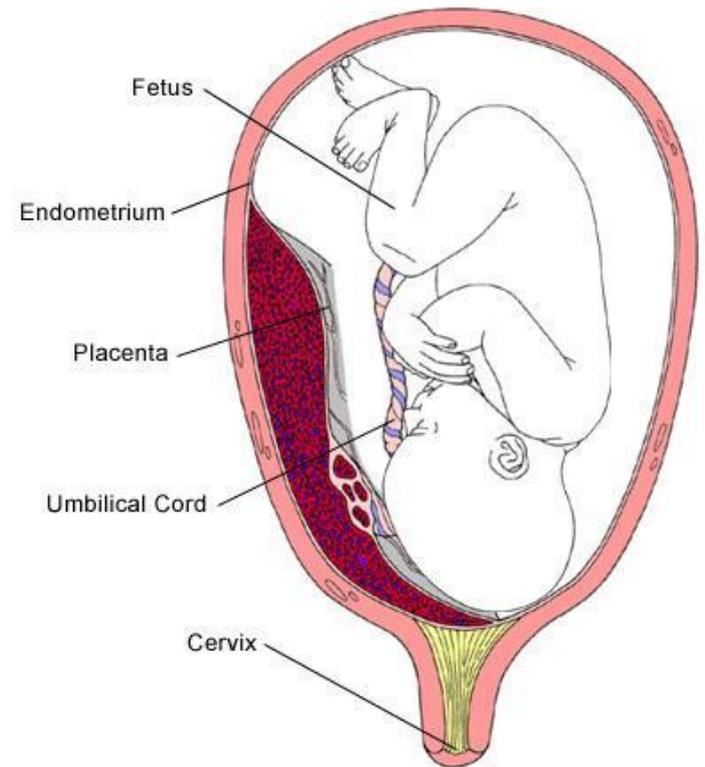
Total Placenta Previa

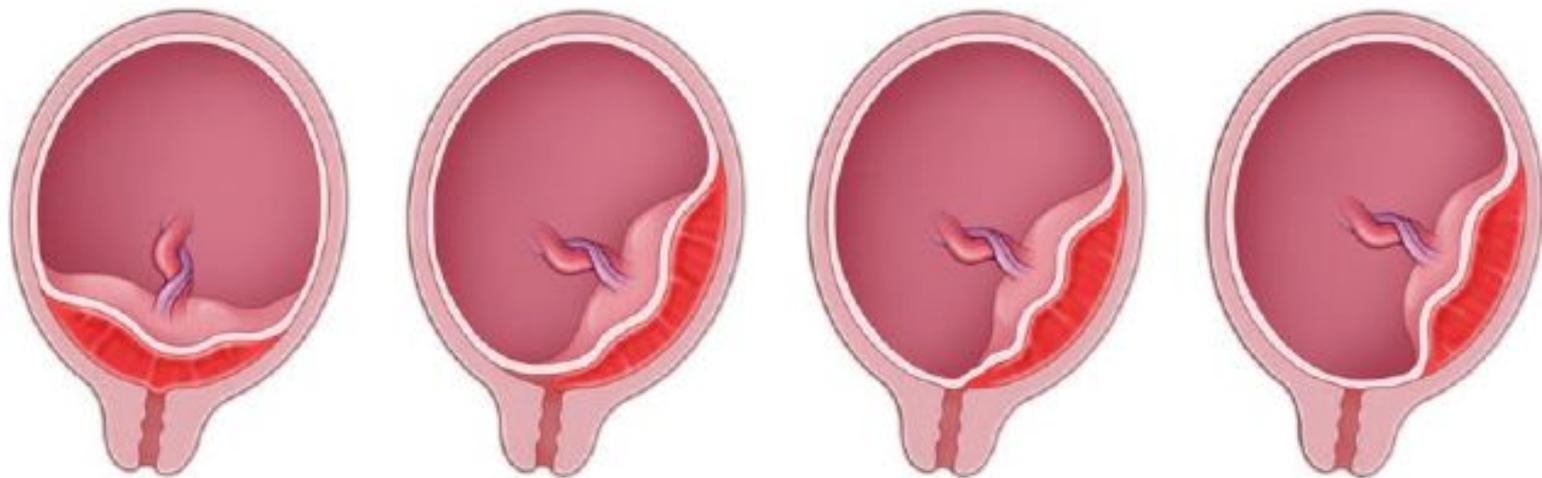


**Total Placenta Previa**



**Partial Placenta Previa**





Complete

Partial

Marginal

Low lying

**FIGURE 21.1.** Placenta previa. (Adapted from Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol.* 2006;10(4):927.)

---



На рисунке предлежание плаценты.

- 
- Частота предлежания плаценты колеблется от 0,3 до 0,85 %, и в среднем составляет 0,5 % к общему числу родов, примерно 1 на 200 беременностей.

# *Причины предлежания плаценты*



1. Теории объясняющие этиологию предлежания плаценты несостоятельностью самого плодного яйца.
2. Теории ставящие возникновение данной патологии в зависимости от анатомофизиологических особенностей матки.

# Факторы риска

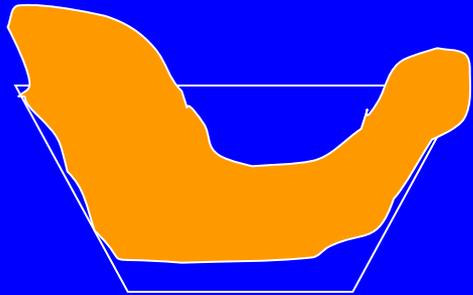


- Многорожавшие
- Предшествующее кесарево сечение
- Патология матки, препятствующая нормальной имплантации (миома матки, предшествующие выскабливания)
- Курение
- Многоплодная беременность
- Возраст матери (>35)

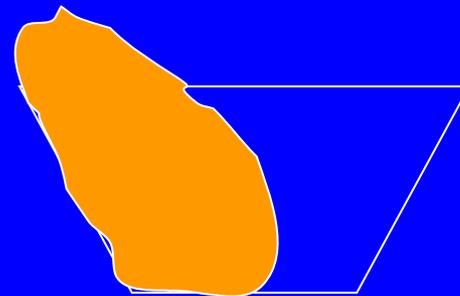
# КЛАССИФИКАЦИЯ

- Классификация: основана на **анатомическом принципе** по размерам площади занятой плацентарной тканью при определенной степени открытия маточного зева

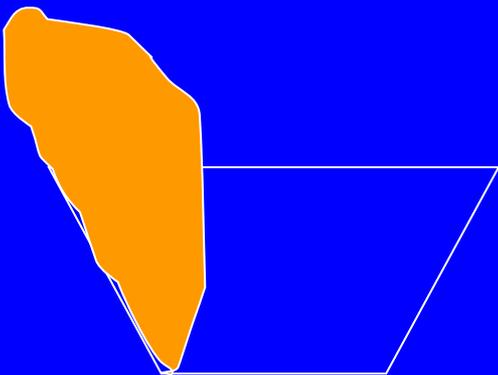
# Виды предлежания плаценты



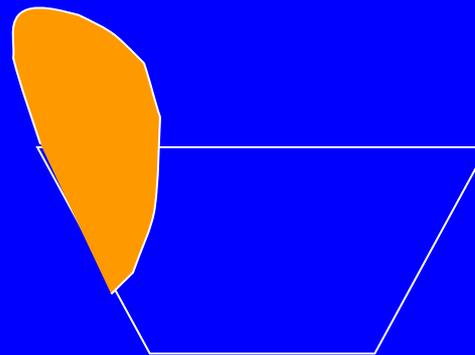
**Полное**



**Боковое**



**Краевое**



**Низкая плацентация**

# Различают 4 степени предлежания плаценты:

- 1. **Низкое прикрепление** плаценты, когда акушер при введении пальца через шейку матки может прощупать край плаценты.
- 2. **Краевое** (*placenta praevia partialis*), когда низко расположенная плацента граничит своим краем с внутренним зевом, но не перекрывает его.
- 3. **Боковое предлежание** плаценты (*placenta praevia lateralis s. marginalis*), когда плацента располагается в нижнем сегменте матки, прикрывая частично внутренний зев. При влагалищном исследовании над зевом определяется плацентарная ткань и плодные оболочки.
- 4. **Центральное или полное** предлежание плаценты (*placenta praevia centralis s. totalis*), когда плацента располагается на столько низко, что полностью перекрывает внутренний зев.

# КЛИНИКА

- **повторяющееся кровотечение,**
- **Обычно кровотечение начинается неожиданно на фоне полного здоровья, часто ночью, во время сна ярко-красной кровью.**
- **носит наружный характер, характерно отсутствие болей, матка спокойна (нормальный тонус).**

# *Повторяющееся кровотечение,*



**При предлежащей плаценте неизбежно происходит некоторое отделение плаценты, которое и вызывает кровотечение**

**Кровотечение возрастает с появлением родовой деятельности, при наличии непосредственной травмы матки или при влагалищном исследовании**

# Чрезмерное растяжение нижнего сегмента матки - Предлежание плаценты



## *Правило:*

- **Появление внезапного кровотечения на фоне общего благополучия, особенно в III триместре беременности, должно насторожить врача и вести данную беременность следует как с предлежанием плаценты до полного установления диагноза.**

# косвенные признаки

- **неправильное положение плода** (данный признак можно учитывать только после 34 нед когда плод принимает устойчивое положение);
- **высокое стояние и подвижность предлежащей части; анемия** (в результате частых повторяющихся кровотечений);
- **гипотензия** (за счет локализации плаценты).
- В анамнезе ***воспалительные заболевания матки.***
- Течение беременности часто осложняется ***угрозой прерывания.***

# ДИАГНОСТИКА

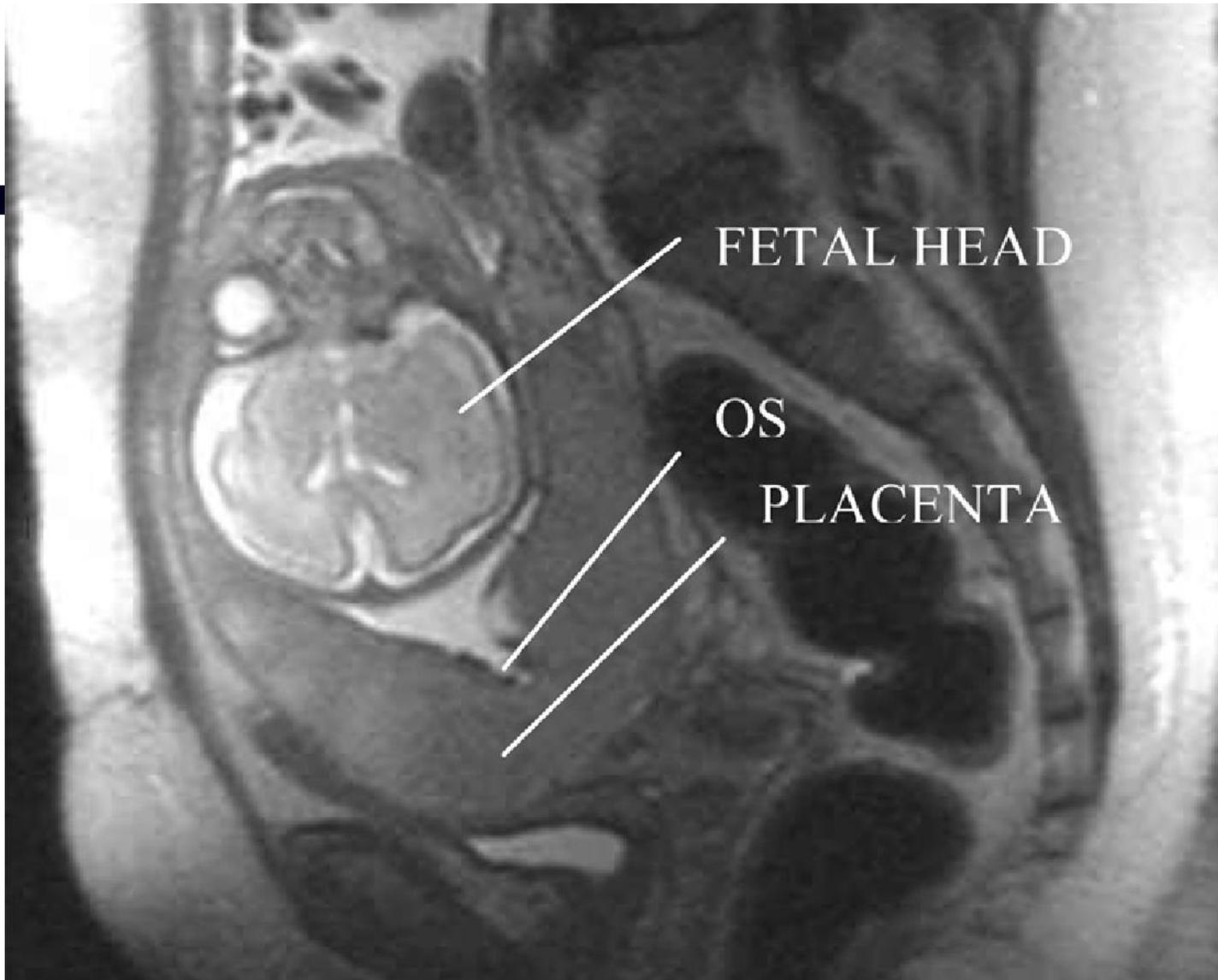
После проведения бережного наружного акушерского исследования, необходимо направить женщину санитарным транспортом в сопровождении акушерки в стационар, обязательно начать инфузионную терапию **(толстая игла)**.

- Производить внутреннее исследование в амбулаторных или домашних условиях **запрещено**, подобную тактику следует расценивать как грубую врачебную ошибку, так как подобные действия могут привести к усилению кровотечения.

*В стационаре для постановки окончательного диагноза*

*следует:*

- **выяснить особенности течения данной беременности и данные о детородной функции в целом;**
- **оценить данные наружного осмотра и исследования (характер выделений из половых путей и степень кровопотери);**
- **провести УЗИ для уточнения вида предлежания, проведения фетометрии и определения гестационного возраста плода.**
- **исключить другие возможные источники кровотечения**



- 
- в условиях развернутой операционной проводится влагалищное исследование. **Отмечается размягчение шейки матки, предлежащая часть достигается с трудом, можно определить пульсацию сосудов. При низкой плацентации шероховатость оболочек.**

# **Методы лечения - Предлежание плаценты**

**Проведение родов зависит от типа предлежания  
плаценты**

**Полностью предлежащая плацента = кесарево  
сечение**

**низкое расположение плаценты = можно  
попытаться рожать через родовые пути**

**Боковая, краевая/ частичная = в зависимости от  
ситуации!**

**В тех случаях, когда вы не уверены, следует  
рассматривать “оба варианта”**

# Показания к кесареву сечению во время беременности:

- **а) абсолютные:**

- Полное предлежание плаценты и начавшееся кровотечение.
- Полное предлежание плаценты и срок беременности более 35 - 36 нед.
- Повторяющиеся кровопотери объем которых превышает 200 мл.
- Сочетание небольших кровопотерь с анемией и гипотонией.
- Одномоментная кровопотеря 250 мл и более.
- Операция проводится по жизненным показаниям со стороны матери независимо от срока беременности и состояния плода.

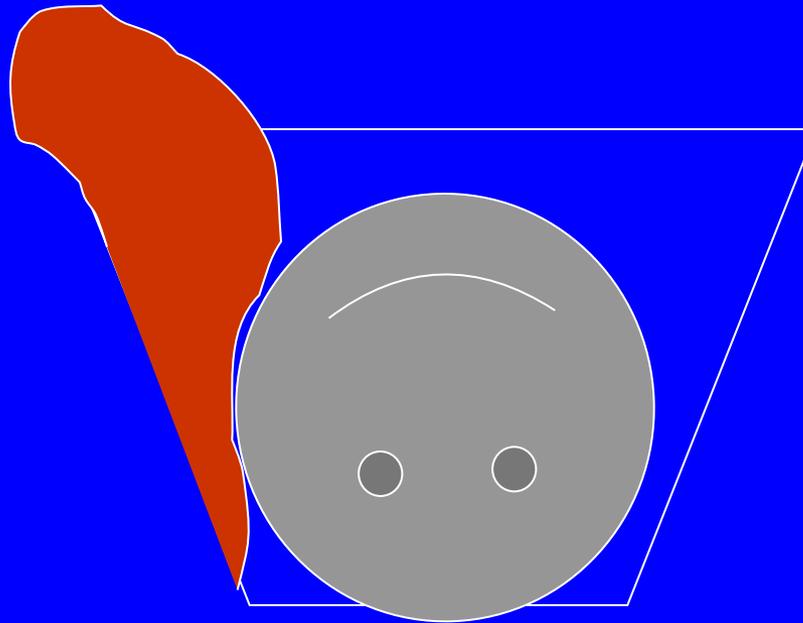
- **б) относительные:**

Сочетание неполного предлежания с продолжающейся кровопотерей, неправильным положением плода, крупным плодом, гипотонией, анатомически узким тазом, возрасте женщины при первых родах более 30 лет.

# *В остальных случаях лечение консервативное:*

- госпитализация;
- соблюдение постельного режима;
- применение препаратов спазмолитического действия, токолитиков (улучшение координированного характера сократительной деятельности матки), происходит более плавное растяжение нижнего сегмента, одновременная коррекция фетоплацентарной недостаточности. В качестве токолитического препарата лучше использовать сульфат магния. В-миметики вызывают тахикардию, антагонисты кальция снижают артериальное давление.
- лечение анемии;
- гемостатическая терапия;
- нормализация маточно плацентарного кровотока и обменных процессов;
- динамическое УЗИ (фетометрия, миграция плаценты)
- коагулограмма.
- контроль за состоянием плода (КТГ).

# Тампонада предлежащей плаценты предлежащей частью плода



# ОСЛОЖНЕНИЯ

- **Геморрагический шок.**
- **Развитие ДВС**
- **Приращение плаценты.** Частота от 17,5 до 34 %. Приращение плаценты связано с отсутствием или недостаточным образованием децидуальной оболочки, создающим условия для прорастания трофобласта в миометрий, поэтому низкая плацентация предрасполагает к возникновению этого осложнения беременности.
- **Гипотония матки и атония нижнего сегмента.** В результате недостаточной децидуальной реакции в нижнем сегменте ворсины хориона проникают глубоко в маточную ткань, это обстоятельство затрудняет остановку кровотечения после родов и повышает опасность разрыва. Многочисленные надрывы могут так же давать кровотечение.

## *Факторы способствующие возникновению геморрагического шока:*

- гипотензия;
- анемия;
- снижение ОЦК к моменту родов.

Шок может возникнуть в результате 2 причин:

- 1. Как следствие кровотечения в результате предлежания плаценты;
- 2. В результате гипотонического кровотечения в послеродовом периоде при низкой плацентации.

# *ОСЛОЖНЕНИЯ ДЛЯ ПЛОДА:*



- 1. Гипоксия
- 2. Недоношенность
- 3. Анемия (частота составляет 20%)

# ГРУППА РИСКА

К группе риска по развитию низкой плацентации следует относить женщин, имеющих в анамнезе:

- перенесенные воспалительные процессы матки и придатков;
- перенесенные аборты и самопроизвольные выкидыши, осложненные воспалительными процессами;
- перенесенные оперативные вмешательства на матке (рубец на матке);
- нейроэндокринные нарушения (генитальный инфантилизм, бесплодие, нарушение функции яичников);
- экстрагенитальную патологию, сопровождающуюся застойными явлениями в малом тазу.

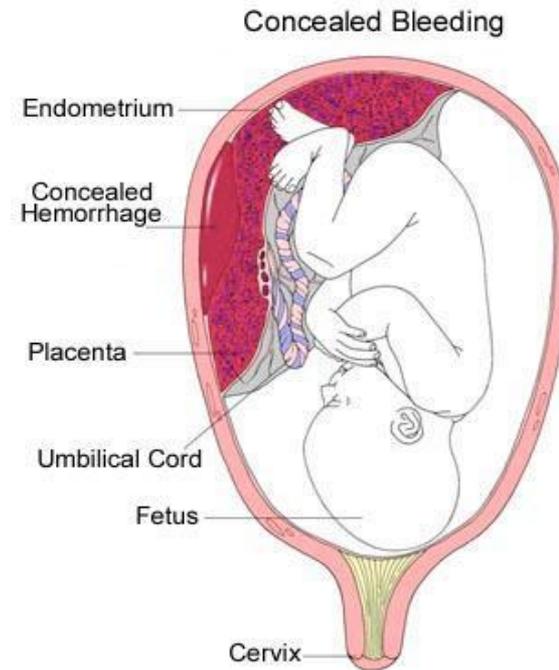
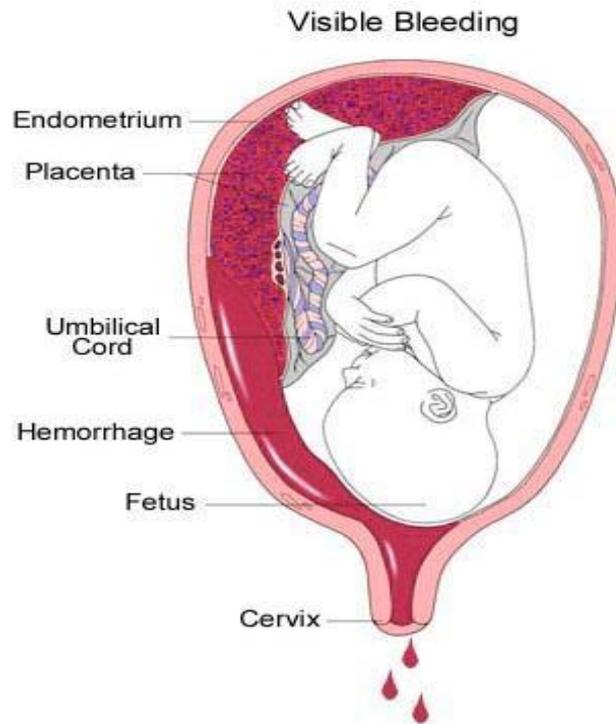
# *ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ*

- **отделение плаценты от базальной оболочки после 20 недель беременности и до рождения плода.**
- Частота 1 на 100 беременностей (0,5 - 1,5%)



# Placental Abruption

- Tearing away of the placenta from the uterine wall, characterized by bleeding



# ОТСЛОЙКА ПЛАЦЕНТЫ

## ВЕДУЩИЕ ПРИЧИНЫ

- Гипертензия
- Многоплодие
- Травма
- Анемия
- Многоводие



# *Классификация:*



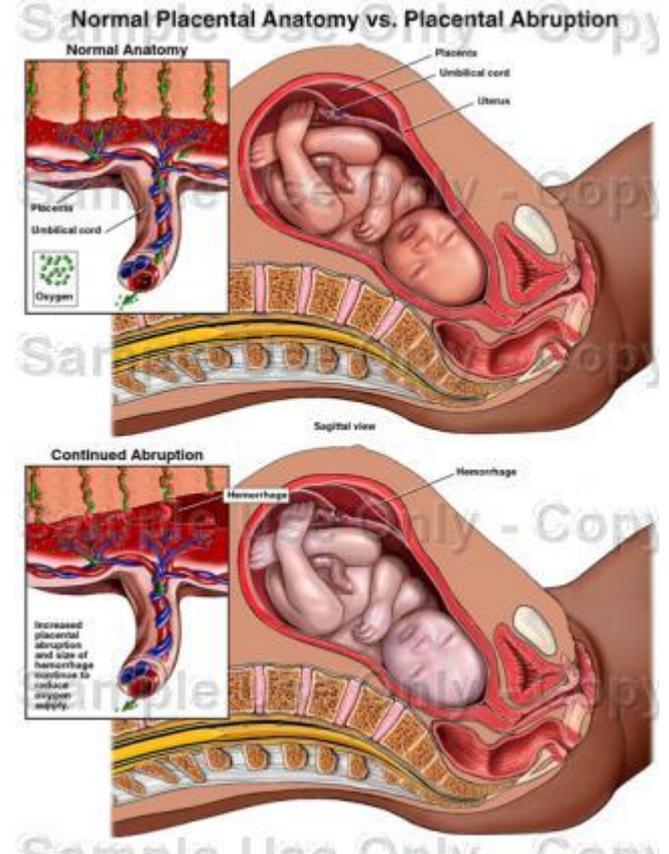
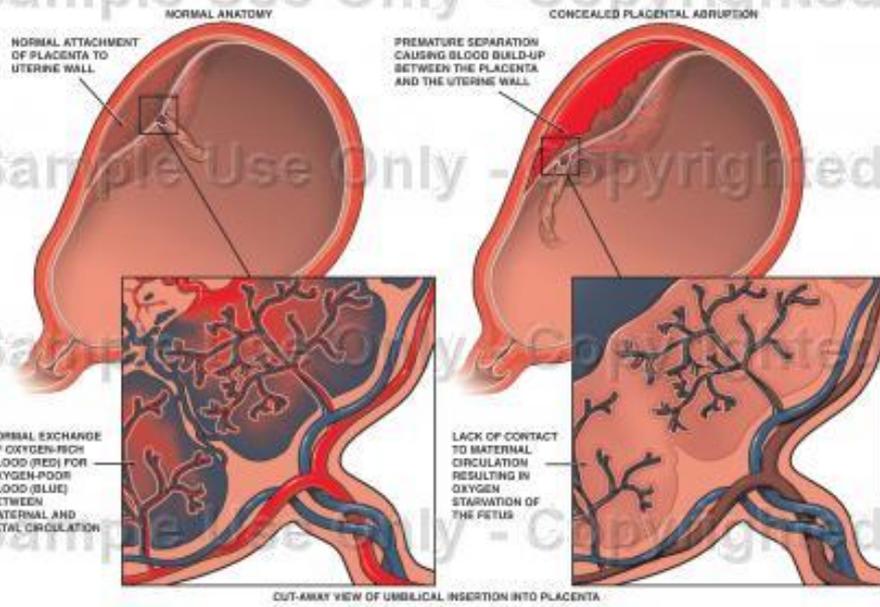
- Полная
- Частичная
- Прогрессирующая
- Не прогрессирующая
- Легкая и тяжелая

## *Симптомы:*

- Боли в животе.
- Кровотечение.
- Гипертонус матки.
- Локальная болезненность и асимметрия матки.
- Гипоксия и гибель плода



## Normal Anatomy of the Placenta vs. Placental Abruption



# *Лабораторное обследование:*



- протеинурия
- коагулопатия потребления: снижение уровня фибриногена, протромбина, фактора V, и VIII, тромбоцитов. Повышением уровня ПДФ.

# *Дифференциальный диагноз*

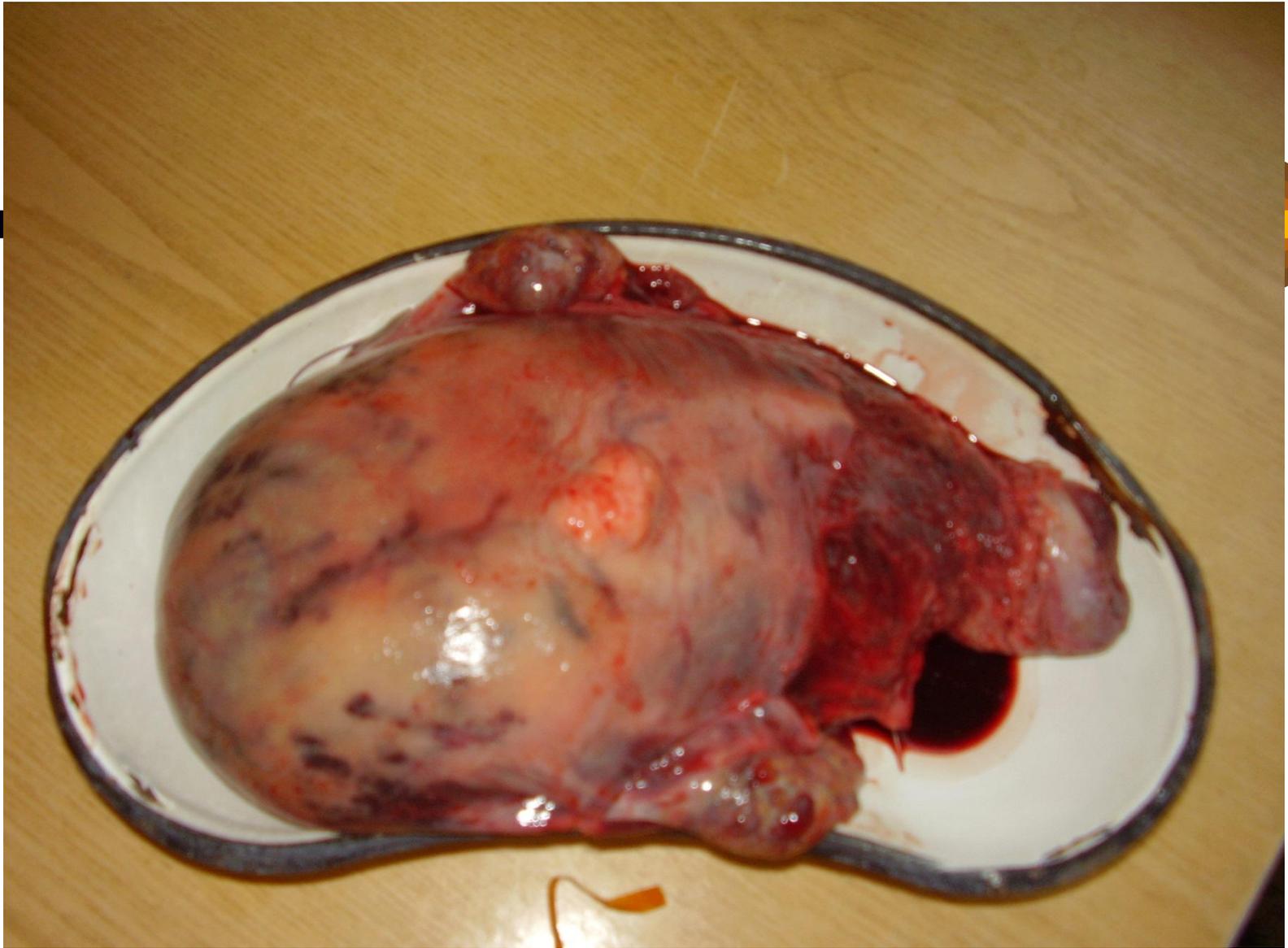


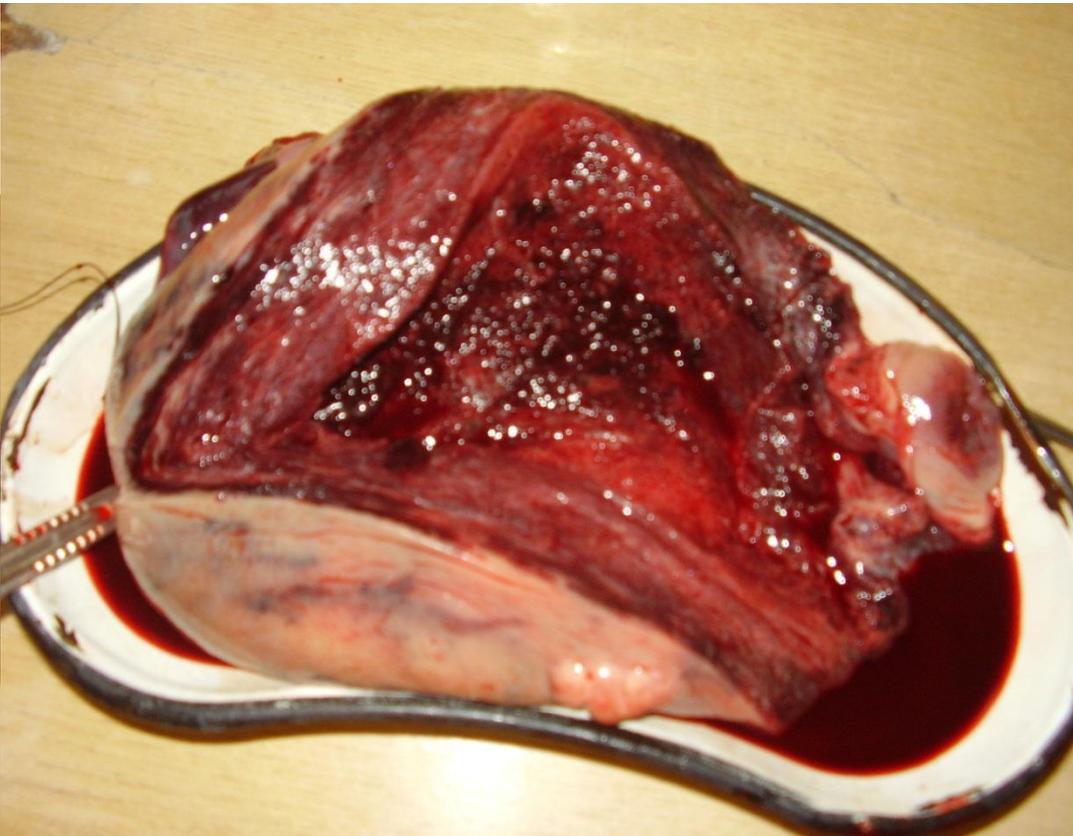
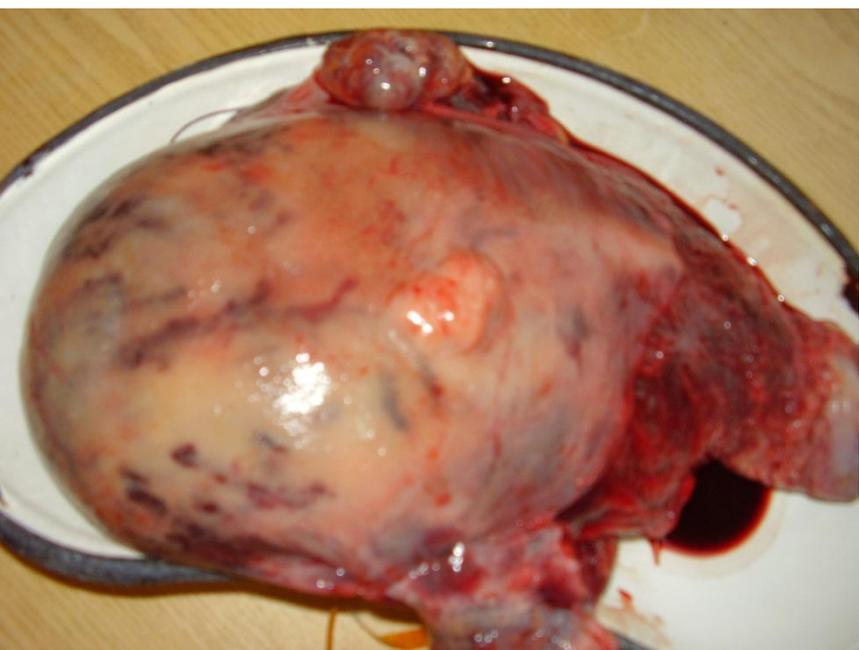
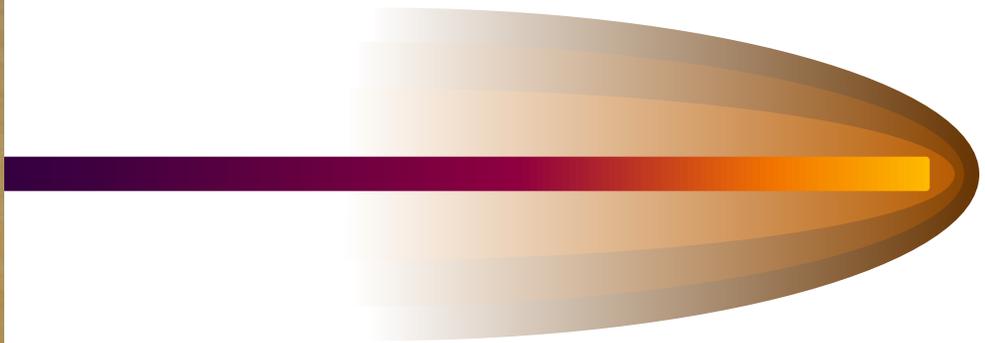
- Предлежание плаценты
- Разрыв матки

## *Осложнения*



- Имбибиция матки (матка Кювелера)
- ДВС
- Гибель плода
- Геморрагический шок
- Полиорганная недостаточность







# *ОТСЛОЙКА ПЛАЦЕНТЫ*



**ПОНРП = ДВС**

# Лечение

- Требуется лечение шока
- в. Коагулопатия
  - (1) Переливание крови и восполнение объема кровопотери.
  - (2) Восполнение факторов свертывания с применением криопреципитата или свежзамороженной плазмы. Одна единица свежзамороженной плазмы увеличивает содержание фибриногена на 10 мг/дл. Криопреципитат содержит 250 мг фибриногена в каждой единице; 4 г (15-20 Е) наиболее эффективная доза.
  - (3) Переливание тромбоцитов показано в случае, если количество тромбоцитов менее чем 50 000. Одна единица тромбоцитарной массы повышает количество тромбоцитов на 5000 - 10000/ мкл, от 4 до 6 Ед минимальная доза.
- с. Женщине следует давать кислород, контролировать выход мочи.
- d. Роды через естественные родовые пути показаны во всех случаях, когда состояние матери стабильно.
- Амниотомия и введение окситоцина может быть использовано.

# *Comparison of Presentation of Abruptio v. Previa v. Rupture*

ПОНРП Предлежание разрыв

<u>Боль</u>	да	нет	чаще да
<u>Кровотечение</u>	старое	свежее	свежее
<u>ДВС</u>	всегда	редко	редко
<u>Плод</u>	страдает	нет	всегда