



АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

*Выполнила: Журавлева К.Л.
Группа Л1-С-О-163(1)*

Преподаватель: и.о. зав. Каф. Акушерства и гинекологии Румянцева З.С.

Эпидемиология

Акушерские кровотечения занимают первое место среди причин материнской смертности. Основными осложнениями массивной кровопотери являются шок, полиорганная недостаточность, острая почечная недостаточность, РДС взрослых, ДВС синдром, некроз гипофиза (синдром Шихана) и потеря фертильности.

Акушерские кровотечения — это выделение крови из наружных половых путей на любом сроке беременности, во время родов и в послеродовом периоде. Чаще всего кровотечения возникают во втором и третьем триместрах беременности. Из-за увеличенного кровообращения матки во время беременности акушерские кровотечения часто носят стремительный и массивный характер и требуют безотлагательного начала лечения, так как представляют опасность для жизни плода и матери.

Этиология

• Во время беременности:

• 1) В первом триместре:

- Самопроизвольное прерывание беременности (выкидыш);
- Внематочная беременность (зародыш находится вне полости матки);
- Пузырный занос (опухолеподобное разрастание, продукт неправильного соединения мужской и женской половых клеток);
- Эктопия шейки матки (изменения строения слизистой оболочки шейки матки);
- истинная эрозия шейки матки (дефект слизистой оболочки шейки матки, следствие механической, химической травмы);
- Плацентарный полип шейки матки (доброкачественное образование шейки матки);
- Рак шейки матки (злокачественное новообразование шейки матки);

• 2) Во втором и третьем триместрах:

- ПОНРП – плацента отделяется от стенки матки до рождения плода;
- Предлежащие плаценты – плацента располагается низко в полости матки и перекрывает внутренний зев шейки матки (выход из полости матки);
- Эктопия шейки матки (изменения строения слизистой оболочки шейки матки);
- истинная эрозия шейки матки (дефект слизистой оболочки шейки матки, следствие механической, химической травмы);

• Плацентарный полип шейки матки;

• Рак шейки матки.

• Во время родов:

◦ В первом и втором периодах родов:

• ПОНРП;

- Предлежащие плаценты — плацента располагается низко в полости матки и перекрывает внутренний зев шейки матки (выход из полости матки);
- предлежание пуповины (петля пуповины пересекает внутреннее отверстие шейки матки);
- Разрыв матки (нарушение целостности стенки матки);
- травмы шейки матки (разрыв шейки матки).

◦ В третьем периоде родов:

- травмы родовых путей (шейки матки, влагалища, промежности (тканей между входом во влагалище и задним проходом));
- Нарушение отделения плаценты (патологическое прикрепление плаценты (плотное прикрепление плаценты, приращение плаценты, врастание плаценты, прорастание плаценты));
- гипотония матки (мышечный слой матки сокращается слабо, что препятствует остановке кровотечения и выделению плаценты).

• В послеродовом периоде:

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).

Самопроизвольный выкидыш (аборт)

Наиболее частая причина акушерских кровотечений.

Самопроизвольное прерывание беременности зависит от различных нарушений в организме женщины:

- сердечно-сосудистых заболеваний;
- острых и хронических инфекций;
- инфантилизма;
- патологии самого плодного яйца;
- эндокринных нарушений и многих других причин.

В течение самопроизвольного аборта различают следующие стадии:

1) Угрожающий самопроизвольный аборт

2) Начавшийся самопроизвольный аборт

3) Аборт в ходу

Угрожающий аборт (abortus imminens)

Угроза прерывания беременности.

Жалобы: тянущие боли внизу живота, схваткообразные, скудные кровянистые выделения из влагалища.

Размеры матки соответствуют сроку гестации, матка легко возбудима, гипертонус, плодное яйцо соединено со слизистой стенки матки, связь может быть нарушена лишь на незначительном участке.

Осмотр шейки матки в зеркалах: не укорочена, наружных зев закрыт.

УЗИ-признаки: деформация контура плодного яйца, вдавление за счет гипертонуса матки, наличие участка отслойки хориона или плаценты.

При

По клиническому течению

аборты делятся на:

угрожающий,

начавшийся,

аборт в ходу,

неполный аборт,

полный аборт,

несостоявшийся аборт.

Признаки угрожающего аборта –
утолщение стенки матки (гипертонус)



беременность

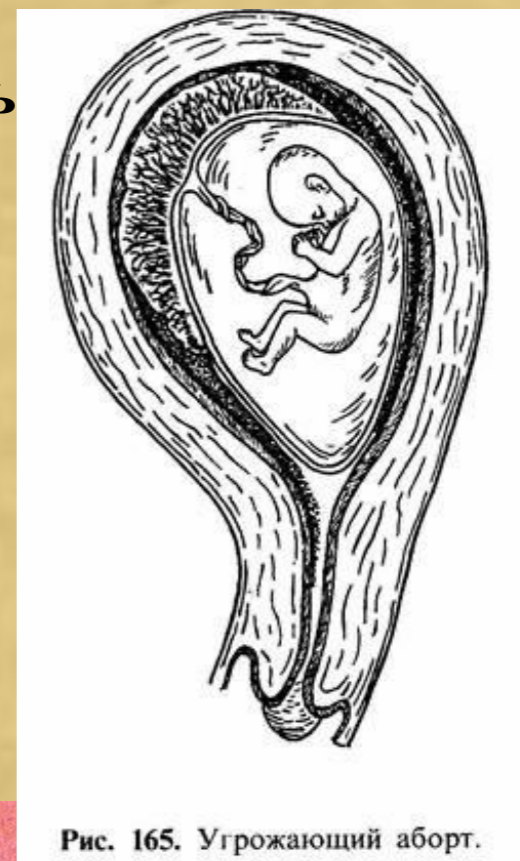


Рис. 165. Угрожающий аборт.

Начавшийся аборт (abortus inci-piens)

Жалобы: схваткообразные боли, небольшие кровянистые выделения, но уже более обильные.

Плодное яйцо отслоилось на небольшом участке, находится в полости матки, величина матки соответствует сроку гестации.

Осмотр шейки матки в зеркалах: м.б. укорочена, цервикальный канал приоткрыт.

Следует принимать меры по сохранению беременности, но успех достигается уже реже.

Аборт в ходу (abortus progrediens)

Отслоившееся плодное яйцо выходит из полости матки через расширенный цервикальный канал.

Жалобы: схваткообразные боли внизу живота, живота, обильные кровянистые выделения из влагалища.

Осмотр шейки матки в зеркалах: наружный и внутренний зев открыты.

Влагалищное исследование: раскрытие цервикального канала, части плодного яйца в нем.

УЗИ-признаки: полная (почти полная) отслойка плодного яйца.

Сохранение беременности невозможно, плодное яйцо удаляется из матки.

Тактика ведения зависит от срока беременности: до 12 нед. - вакуум-аспирация или кюретаж в ургентном порядке с обязательным гистологическим исследованием материала. После 16-18 нед. - вакуум-аспирация и кюретаж после самопроизвольного выкидыша.

При кровотечении - эвакуация содержимого матки и стабилизация гемодинамики.

Неполный аборт (abortus incompletus)

Часть плодного яйца вышла, а часть осталась в полости матки.

Жалобы: схваткообразные боли, кровянистые выделения.

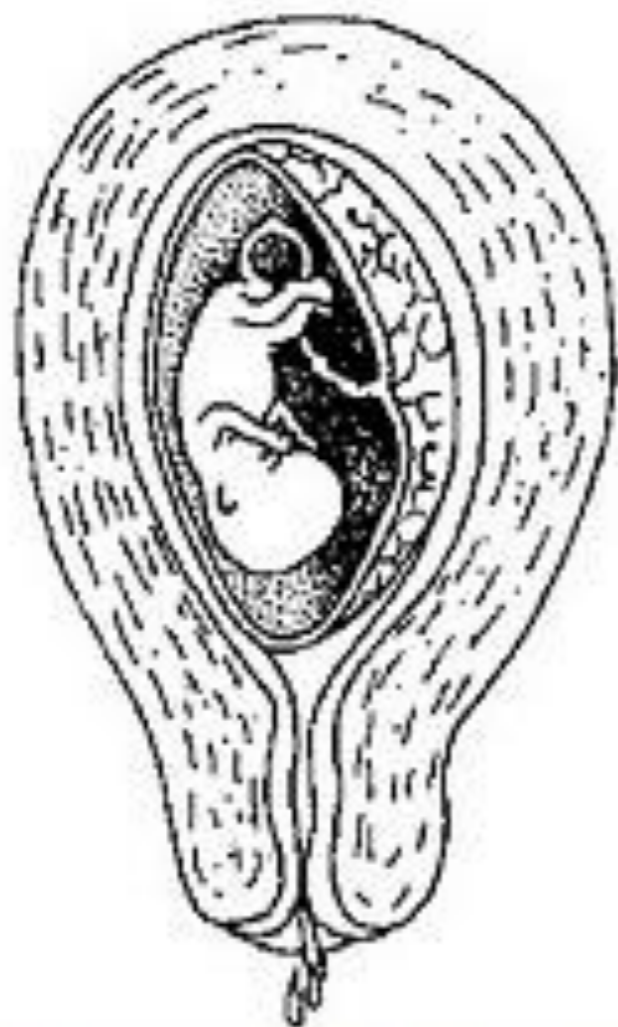
Кровотечение продолжительное, умеренное или обильное.

Выделяются кровяные сгустки, частицы оболочек.

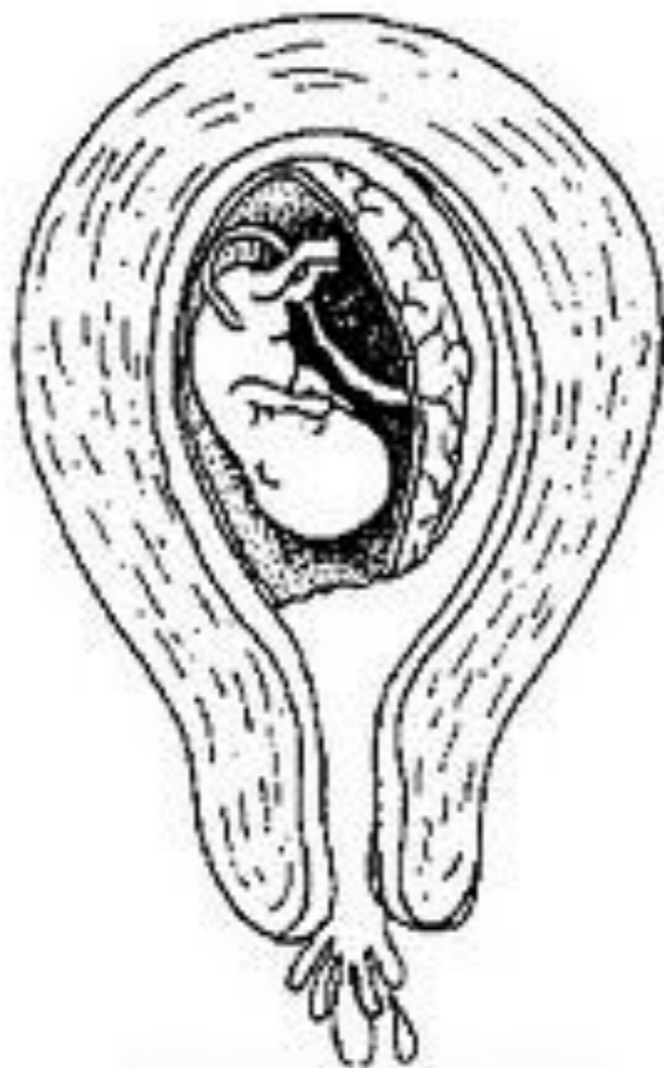
Консистенция матки мягкая, размеры не соответствуют сроку гестации за счет частичного опорожнения полости. В матке чаще всего задерживаются: водная, децидуальная, ворсистая оболочки и плацента.

Осмотр шейки матки в зеркалах: цервикальный канал укорочен, пропускает указательный палец, наружный и внутренний зев открыты.

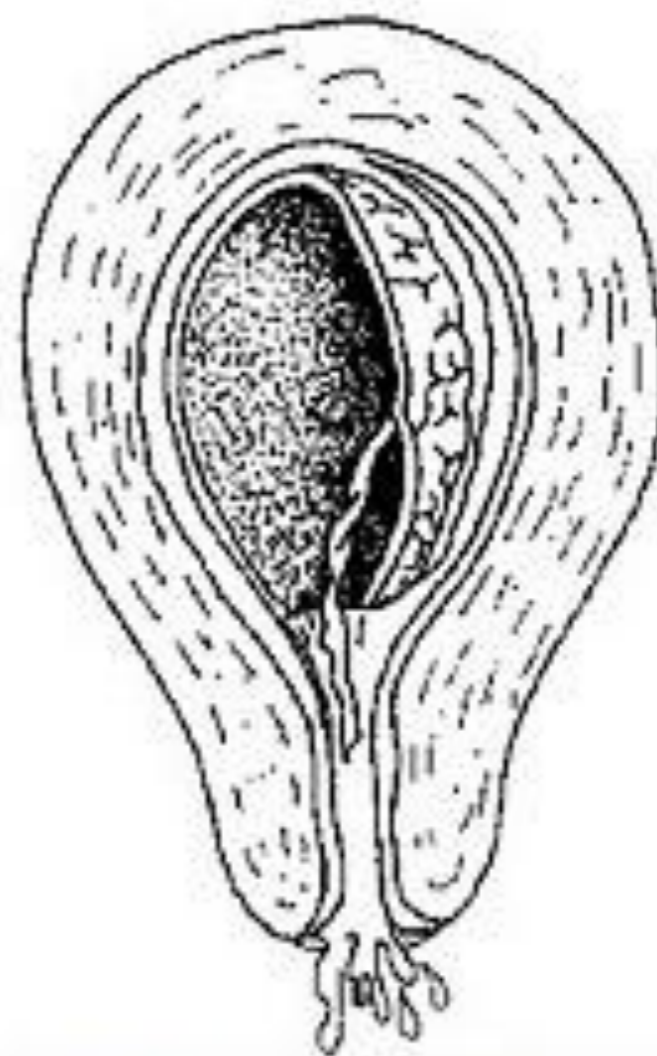
Остатки плодного яйца в матке - источник кровотечения и инфекции.



Угрожающий аборт



Начавшийся аборт



Неполный аборт

Полный аборт (abortus completus)

Плодное яйцо полностью вышло из полости матки. Матка сокращается, цервикальный канал закрывается.

Жалобы: могут отсутствовать или тянущие боли внизу живота, незначительные кровянистые выделения.

Влагалищное исследование: матка плотная, размеры меньше срока гестации, наружный зев приоткрыт.

При отсутствии жалоб, кровотечения, тканей в полости матки по УЗИ, инструментальную рев



Несостоявшийся аборт (замершая беременность)

Прекращение развития эмбриона с задержкой эмбриональных тканей в матке.

Жалобы: иногда кровянистые выделения, повышение температуры тела.

УЗИ-признаки: несоответствие размеров плодного яйца или эмбриона сроку гестации, отсутствие сердечных сокращений (на 7-8 нед) и движений эмбриона (9-12 нед).

При подтверждении диагноза - срочная эвакуация эмбриональных тканей из матки хирургическим или медикаментозным путем, так как нахождение их в матке более 1 мес. - это риск инфекционных и коагуляционных нарушений.

Лечение

А) Угрозы выкидыша, начавшегося аборта:

- Госпитализация
- Седативные препараты (персен)
- Спазмолитики: дроперидол, папаверин
- Препараты прогестерона: дюфастон 10 мг 2р/день, лютеин 50 мг 2р/день интравагинально

Б) Аборта в ходу, неполного, полного и несостоявшегося аборта:

- Госпитализация
- Инструментальное выскабливание полости матки с в/в наркозом с обязательным гистологическим исследованием материала
- Уреотоники - 10 ЕД окситоцина в/в капельно или метилэргометрина в/в или в/м
- При продолжающемся кровотечении - 800 мг мизопростола ректально
- Восстановление объема кровопотери по показаниям
- Антибиотикотерапия по показаниям

Предлежание плаценты (placenta praevia)

Это опасное осложнение беременности, при котором плацента прикрепляется в нижнем сегменте матки, закрывая полностью или частично внутренний зев шейки матки. При этом плацента располагается ниже предлежащей части плода. При физиологической беременности плацента локализуется в области тела матки, чаще всего по задней стенке.

Эпидемиология: частота 0,5-0,9%, смертность 5-25%.

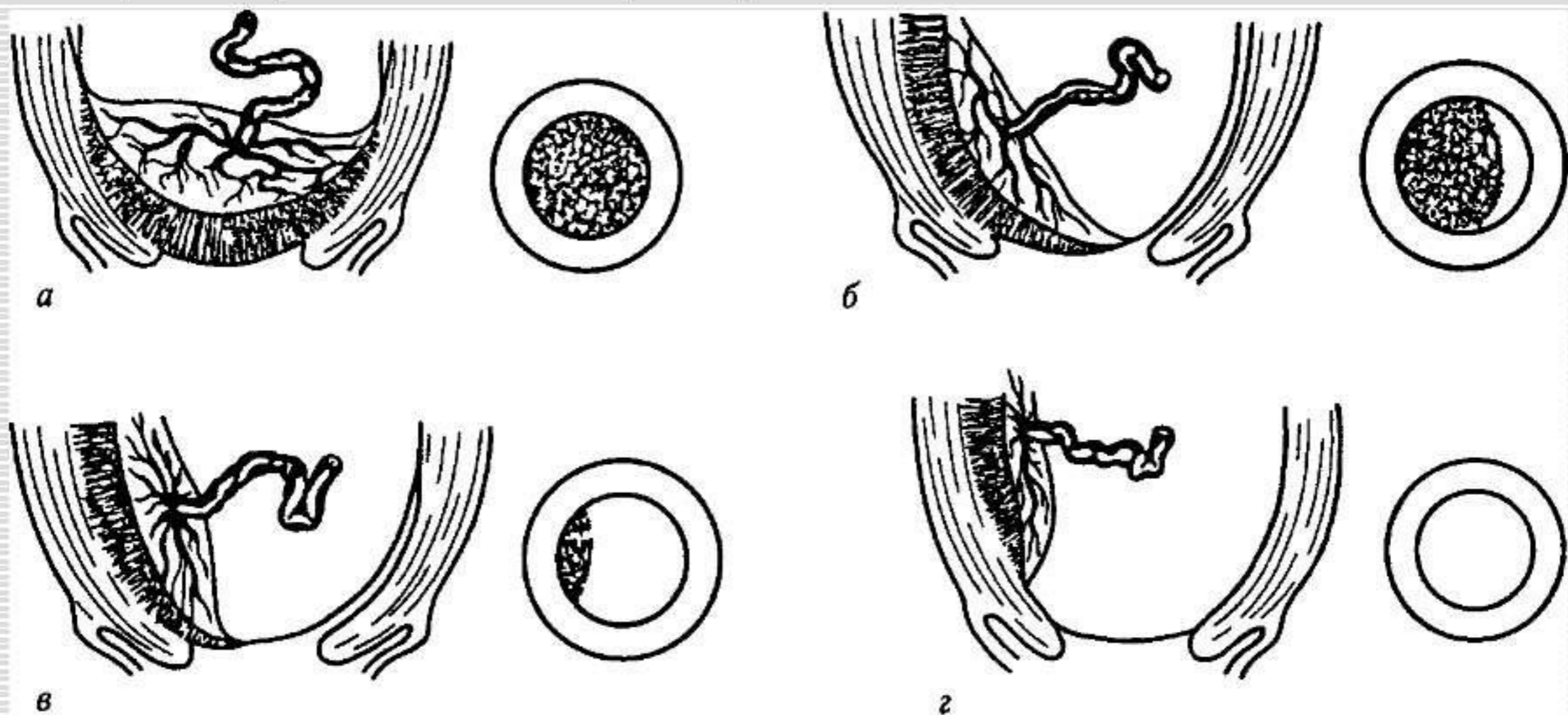
4 вида (степени):

- 1) полное (внутренний зев полностью покрыт плацентарной тканью);
- 2) неполное (плацента частично покрывает внутренний зев):
 - А) боковое неполное - внутренний зев закрыт на 2/3 площади
 - Б) краевое - возле внутреннего зева лишь край плаценты
 - В) низкое прикрепление (расположение) плаценты - когда

акушер при введении пальца через шейку матки может прощупать край (до 5 см) плаценты (не считается предлежанием, так как не мешает продвижению плода)

Виды предлежания

а – центральное, б – боковое,
в- краевое, г – низкая плацентация



Этиология

- 1) Травмы и дистрофические изменения слизистой матки (чаще у повторнородящих 75%)
- 2) Многократные роды, осложнения в послеродовом периоде
- 3) Эндометрит, выскабливания матки в анамнезе
- 4) Образования в миометрии (миома, рубец матки)
- 5) ИЦН
- 6) Генитальный инфантилизм, эндокринопатия
- 7) Экстрагенитальные заболевания с нарушением кровообращения в малом тазу - застойные явления в малом тазу (заболевания сердца, печени, почек)
- 8) Неполноценность плодного яйца (снижение его протеолитических свойств)

Клиническая картина

- **Кровотечения** из половых путей на фоне общего благополучия вследствие растяжения нижнего сегмента и отслойка плаценты. **Особенность - повторное их возникновение.** При полном предлежании кровотечения более обильные, при неполном - менее. Начавшееся кровотечение часто провоцирует преждевременные роды. Наиболее часто во 2 половине беременности - 27-28 нед.

- **Нарушения расположения плода, его внутриутробная гипоксия** (хроническая гипоксия - при плацентарной недостаточности, острая - при отслойке плаценты).

Течение родов в 1 периоде при полном предлежании сопровождается кровотечением, которое не прекращается и роженица может умереть от кровопотери. При краевом предлежании кровотечение может быть остановлено после амниотомии и механическом прижатии головкой плода к костям таза матери.

Клинические признаки кровотечения при предлежании плаценты:

- возможные эпизоды кровотечений без болевого синдрома и повышенного тонуса матки;
- наружное кровотечение алой кровью, наружный объем кровопотери соответствует состоянию больной;
- высокое расположение предлежащей части плода или неправильное его положение;

- развитие признаков дистресса плода, степень дистресса плода

Диагностика предложения плаценты

1) Данные анамнеза

2) Данные объективного исследования: предлежащая часть плода высоко, косое или поперечное положение плода, матка вне тонуса, достаточное количество вод, сердцебиение плода не страдает.

+ Осмотр в зеркалах и бережный осмотр Per vies

NB! Влагалищное исследование только при развернутой операционной: если цервикальный канал закрыт - пальпируемая губчатая ткань, если боковое - шероховатые оболочки.

3) УЗИ

Дифференциальный диагноз с:

1) ПОНРП

2) разрывом краевого синуса плаценты

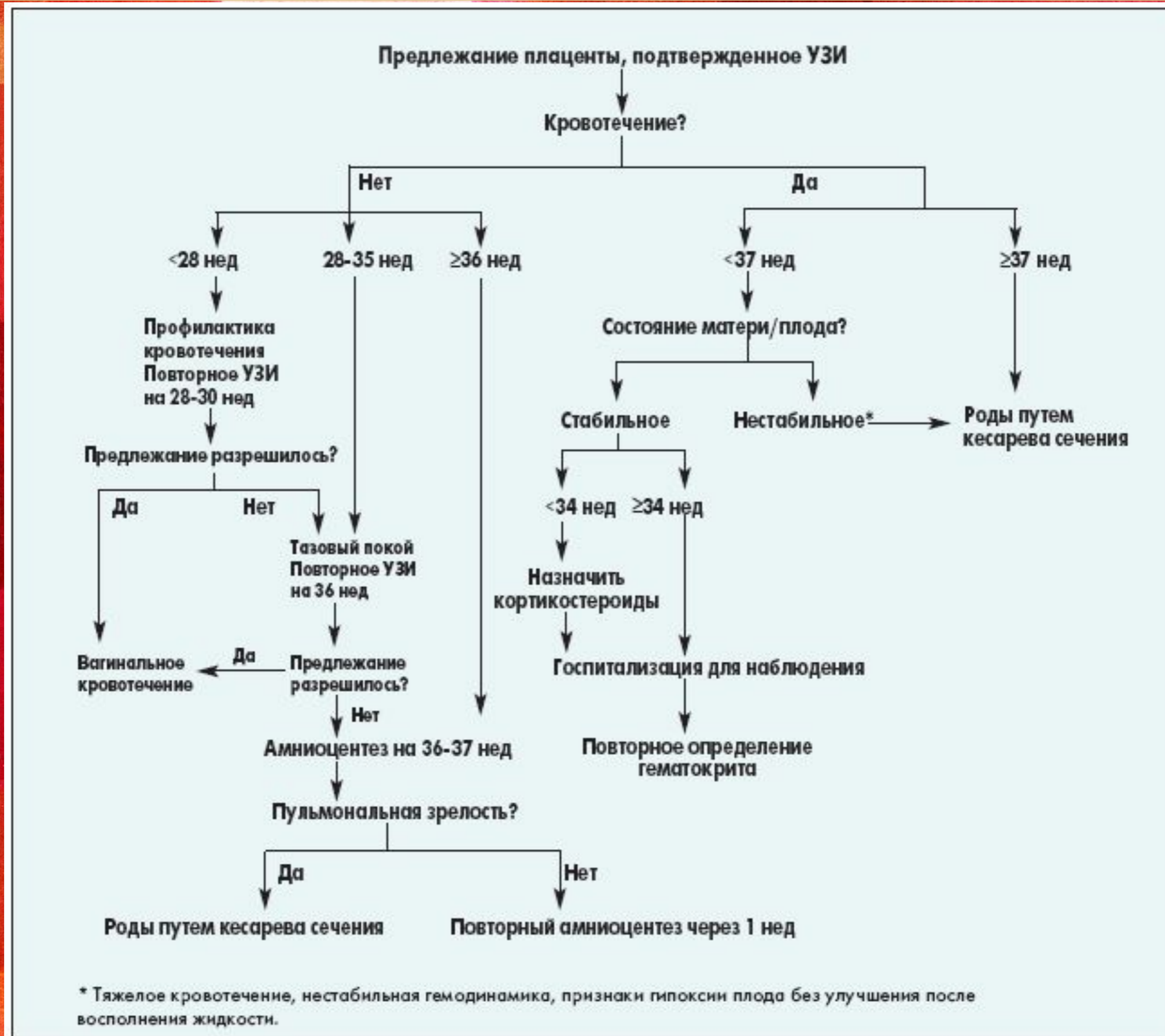
3) полипом цервикального канала

4) разрывом шейки матки

5) разрывом варикозное расширенной вены влагалища

6) разрывом пуповинного сосуда (при оболочечном прикреплении пуповины)

Алгоритм ведения беременной с предлежением плаценты



Преждевременная отслойка нормальной расположенной плаценты (ПОНРП)

Это отделение плаценты во время беременности или в 1-2 периоде родов.

Частота 0,05- 0,5%.

Варианты: 1) *частичная (неполная)* с наружным кровотечением
2) *полная (тотальная)* - ретроплацентарная гематома, внутреннее кровотечение.

Этиология: 1) нарушения МЦР в области материнской части плаценты и плацентарной площадки; 2) дегенеративные изменения в миометрии; 3) травма живота; 4) быстрое опорожнение полости матки (резкое снижение внутриматочного давления при быстром излети большого объема околоплодных вод, изгнании одного плода, задержка вскрытия плодного пузыря при продвижении головки).

Патогенез:

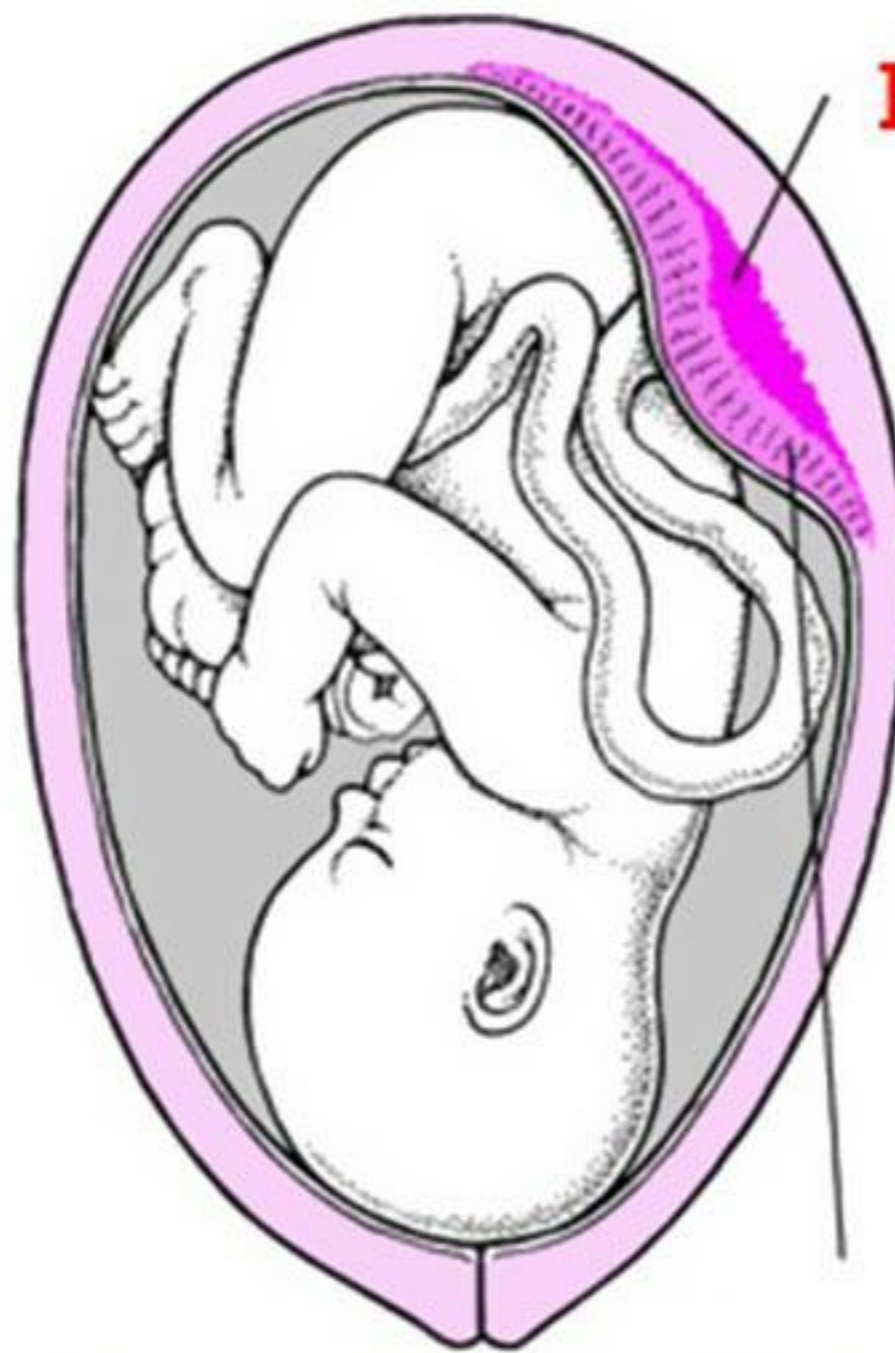
При центральном расположении гематомы: образование базальных гематом —> прорыв в межворсинчатое пространство с образованием участка отслойки плаценты от стенки матки

—> нарастание гематомы —> полная отслойка плаценты. В кровоток матери попадают тромбопластические тканевые

Отслойка плаценты



Нормальная плацента



Кровь

Отслойка плаценты

Клиническая картина ПОНРП

Клиника зависит от 3х факторов:

- площади отслоившейся поверхности плаценты
- локализации начального очага отслойка
- объема и скорости кровопотери

Основные симптомы ПОНРП:

- кровотечение
- болевой синдром (внезапная, нарастающая, локализованная боль)
- изменени тонуса и сократимости миометрия
- Внутривутробная гипоксия и гибель плода (глухие тоны, брадикардия аускультативно)

Диагностика ПОНРП

- 1) **Клинические симптомы**
- 2) **Физикальный осмотр** - прикосновение к матке вызывает боль, плод не пальпируется
- 3) **Инструментальные данные** - УЗИ матки: утолщение одной из стенок и новообразование между ней и плацентой (гематома). Доплерография: нарушение кровотока, разрыв сосудов. КТГ (при подозрении на маточно-плацентарную апоплексию) - регистрация ЧСС плода (брадикардия в результате гипоксии).

3 степени тяжести отслойки плаценты:

А) легкая - (<25% площади плаценты), состояние плода почти не страдает

Б) средняя - (25-50% площади плаценты), угроза жизни плода из-за гипоксии

В) тяжелая - (>50% площади плаценты), плод гибнет + угроза жизни матери



Рис. 5. Ультрасонограмма: преждевременная отслойка плаценты в сагиттальной плоскости. Кровоизлияние между миометрием и плацентой

Лечение ПОНРП

1) При прогрессирующем течении во время беременности и 1 периода родов с явлениями геморрагического шока, ДВС-синдрома, признаками дистресс плода, матки Кувелера - **экстирпация матки + восстановление величины кровопотери и лечение ДВС-синдрома, геморрагического шока.**

2) При непрогрессирующем течении - динамическое наблюдение до 34 нед. С проведением профилактики РДС плода преднизолоном 2-4 мг до созревания легких плода + мониторинг за состоянием беременной и плода, КТГ, УЗИ в динамике.

Тактика в конце 1 или 2 периода родов:

- амниотомия
- при головном предложении плода - наложение акушерских щипцов, при тазовом - экстирпация плода за тазовый конец
- при поперечном положении второго из двойни - акушерский поворот с экстирпацией плода за ножку
- операция ручного отделения плаценты и удаления последа
- уреотоники - 10 ЕД окситоцина в/в, при отсутствии эффекта - 800 мг мизопростола ректально
- восстановление величины кровопотери, лечение геморрагического шока и ДВС-синдрома
- динамическое наблюдение в послеродовом периоде.

Спасибо за внимание!