

ГОУ ВПО СОГМА Росздрава

Кафедра акушерства и гинекологии

Лекция для студентов IV курса
лечебного факультета

Тема: «Патология последового и раннего послеродового периодов»

Доцент Л.С. Попова

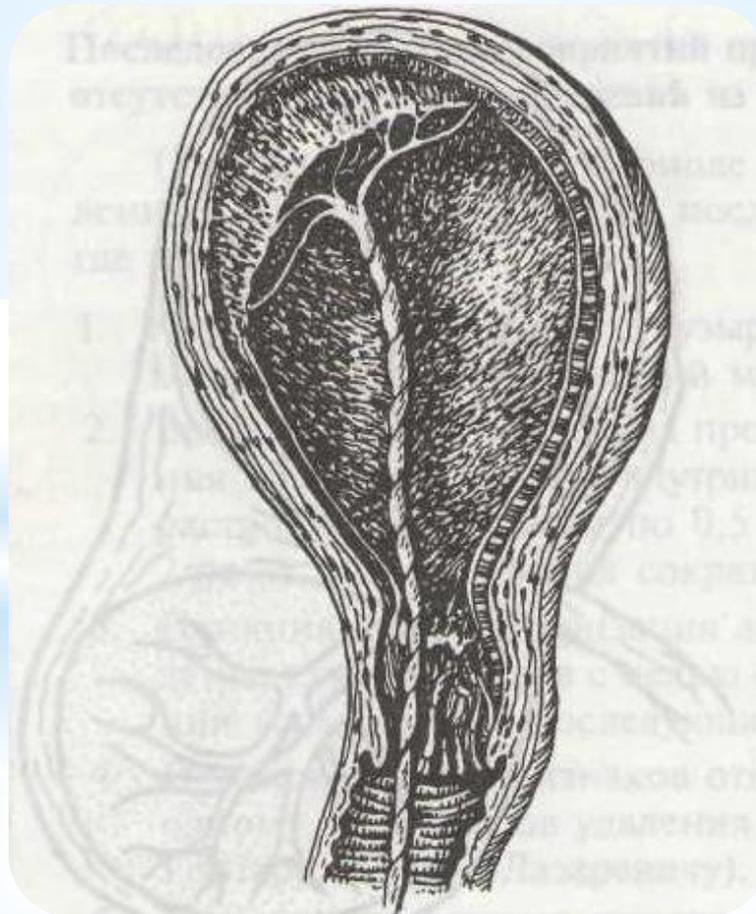
Кровотечение в последовом периоде

Наиболее опасным осложнением последового периода является **кровотечение**. Кровопотеря, превышающая 0,5 % от массы тела (250–400 мл), считается патологической, а 1000 мл и более (1 % и более от массы тела) — массивной.

Причинами кровотечения в третьем периоде родов являются:

- нарушение отделения плаценты и выделения последа из матки (частичное плотное прикрепление или приращение плаценты, аномалии строения и расположения плаценты, ущемление отделившегося последа в матке);
- травмы мягких тканей родовых путей;
- наследственные и приобретенные нарушения гемостаза.

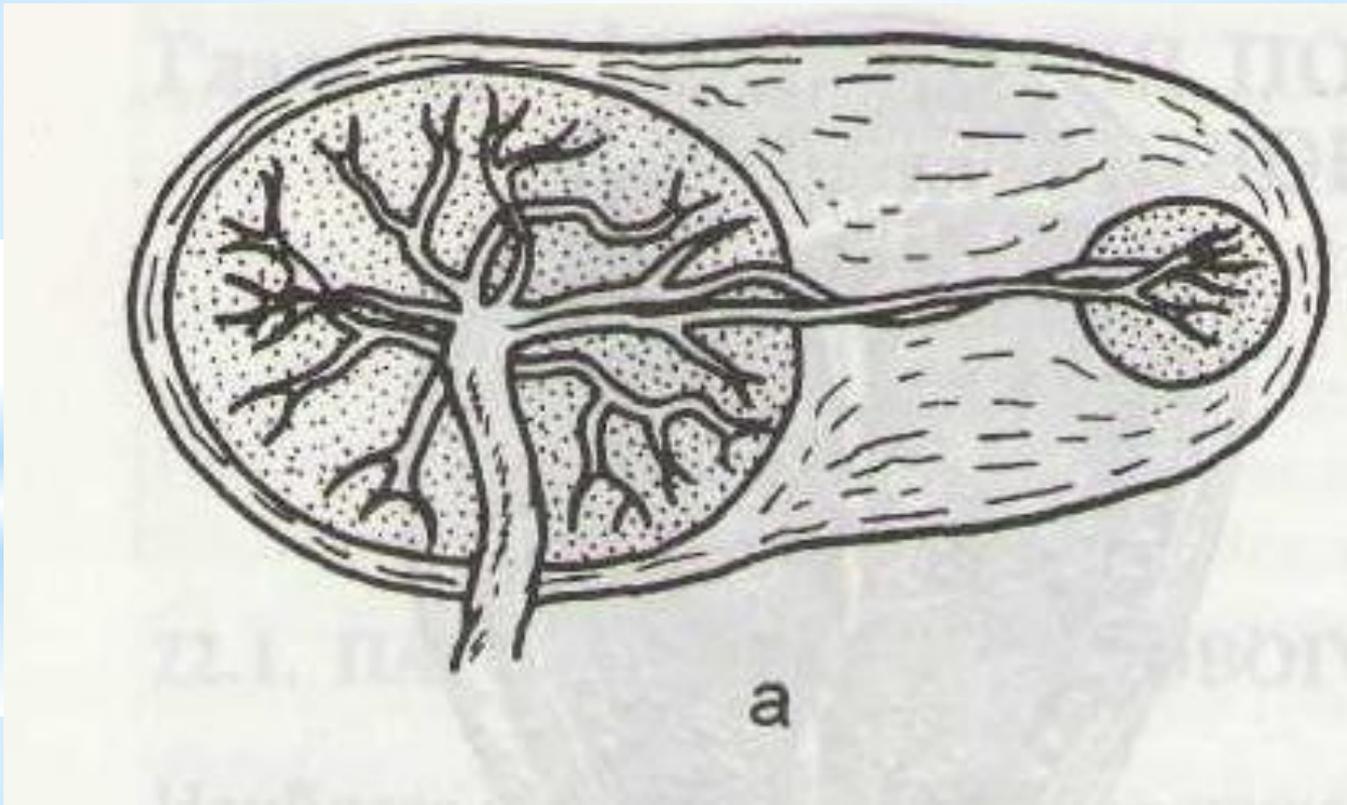
Частичное плотное прикрепление плаценты



Частичное плотное приращение плаценты



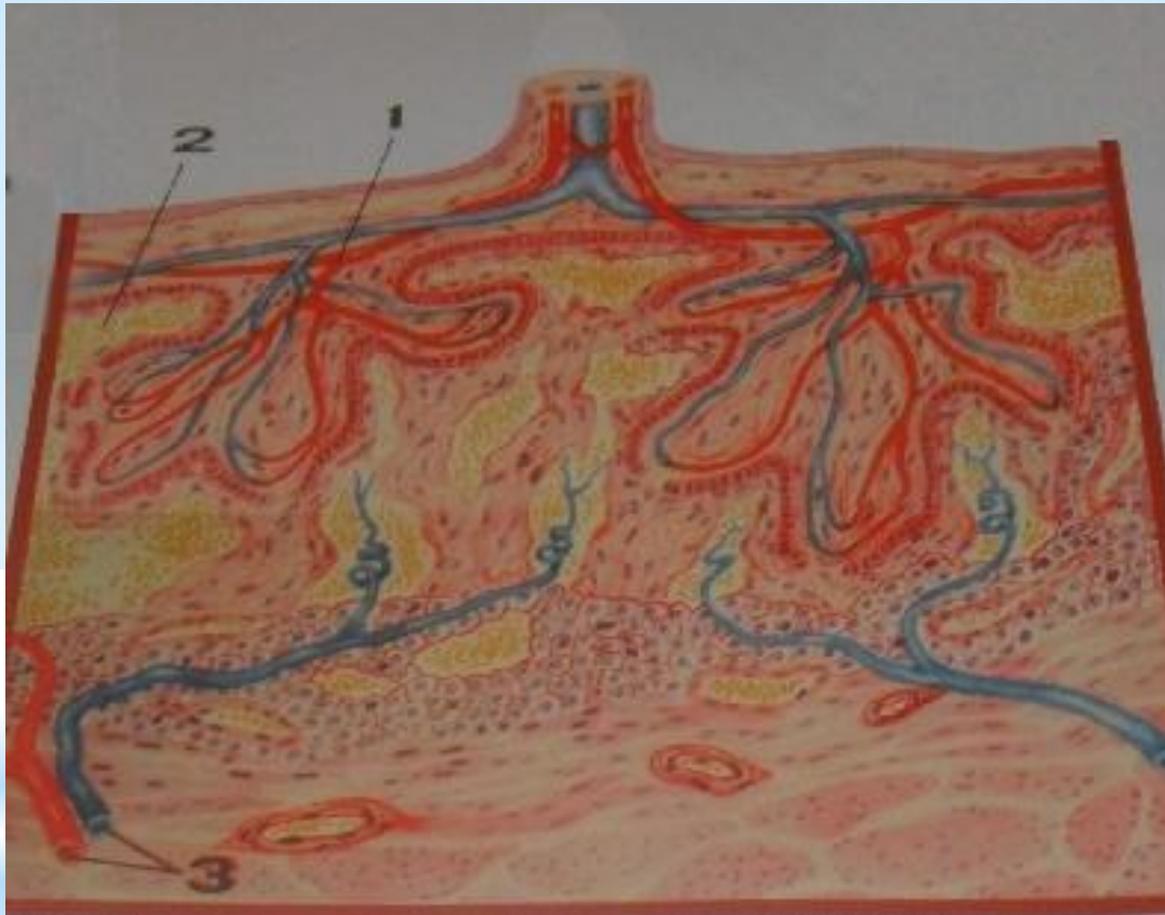
Плацента с добавочной долькой

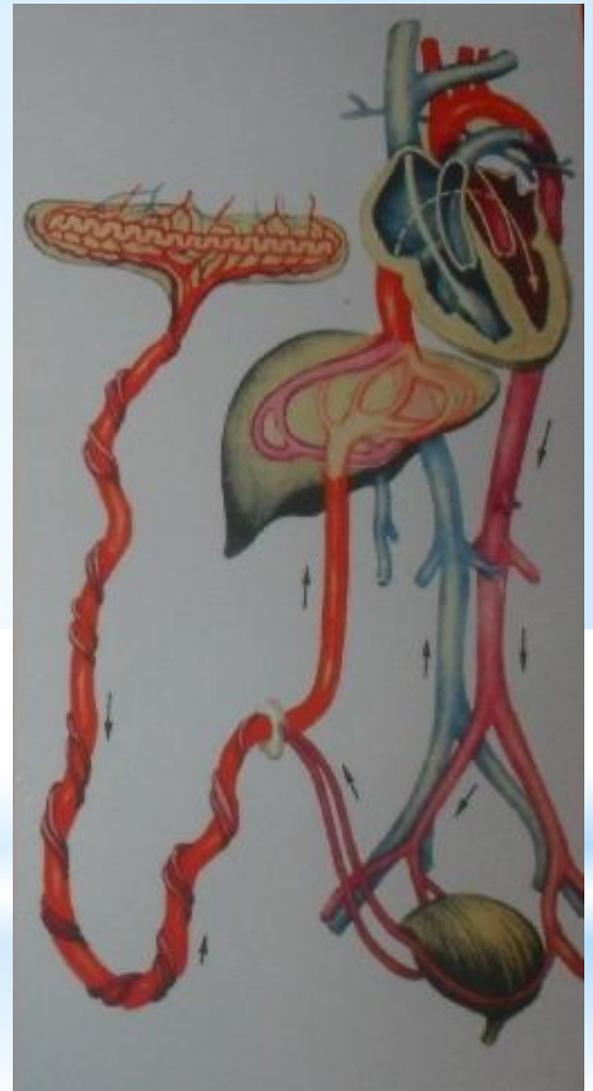
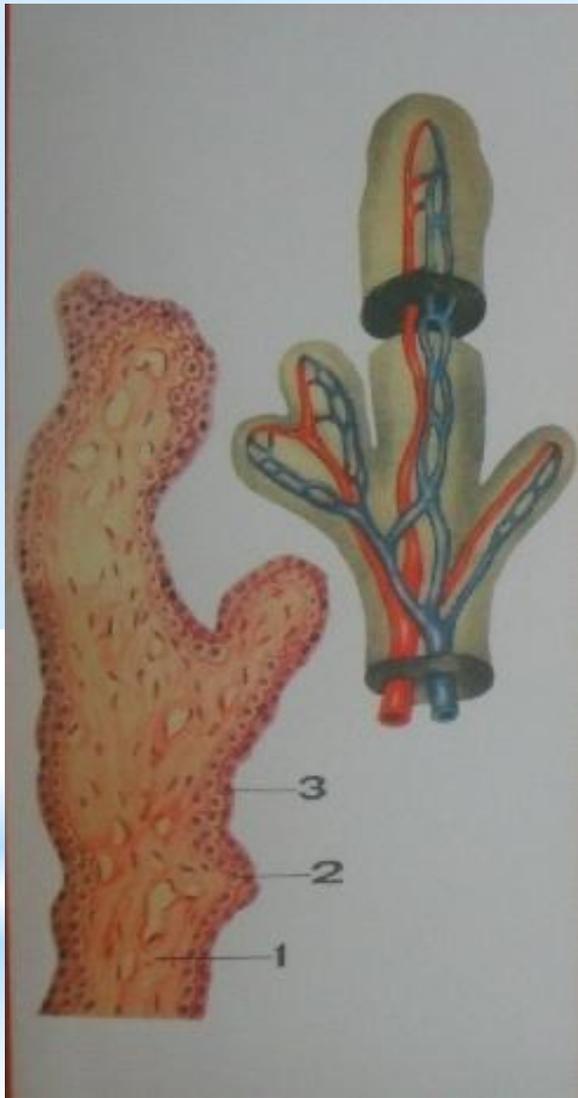


Наиболее частой формой патологического прикрепления плаценты является ее плотное прикрепление, когда имеется патологическое изменение губчатого слоя децидуальной оболочки, в котором при физиологических родах происходит отделение плаценты от стенки матки. В воспалительных или различных дистрофических изменениях губчатый слой рубцово перерождается, из-за чего нарушается процесс отделения долек всей или ее части плаценты.

В некоторых случаях изменение децидуальной оболочки выражено настолько значительно, что компактный слой неразвит, губчатый и базальный слои атрофируются, слой Нитабух (зона фибриноидной дегенерации) отсутствует.

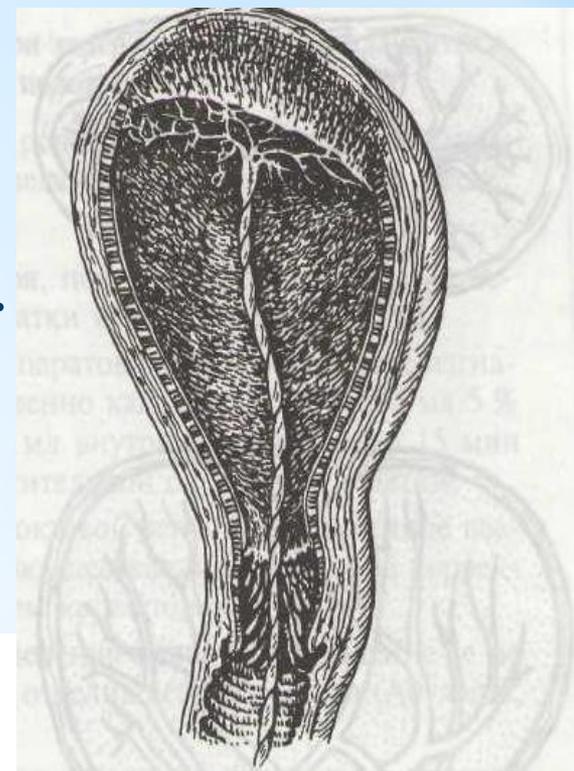
Особую роль в задержке отделения плаценты играют различные виды патологического прикрепления плаценты к стенке матки: плотное прикрепление (*placenta adhaerens*), истинное приращение (врастание) (*placenta accreta/increta, percreta*). Приращение плаценты может быть полным (на всем протяжении плацентарной площадки) или частичным. Полное приращение плаценты встречается крайне редко.





Когда один или более кателидонов плаценты непосредственно прилежат к мышечному слою матки или иногда проникают в его толщу.

При этом речь идет об истинном приращении. В зависимости от степени врастания ворсин в мышечную оболочку матки различают *placenta increta*, когда она прорастает мышечный слой, и *placenta percreta* — прорастание ворсинами всей толщи мышцы и серозного слоя матки. *Placenta percreta* встречается очень редко: по данным различных авторов, от 5 до 7 случаев на 70 тыс. родов.



Причинами развития дистрофических процессов в слизистом слое матки, способствующих плотному прикреплению или приращению плаценты, являются:

- а) перенесенные ранее септические послеродовые и послеабортные процессы (атрофический эндометрит),
- б) специфические поражения эндометрия (гонорея, туберкулез),
- в) чрезмерные выскабливания,
- г) наличие послеоперационных рубцов, например, после консервативных миомэктомий, кесарева сечения.

Причинами развития дистрофических процессов в слизистом слое матки, способствующих плотному прикреплению или приращению плаценты, являются:

- а) в нижнем сегменте матки (placenta praevia),
- б) пороках развития матки (перегородка при двуугой матке),
- в) новообразованиях матки (подслизистые миоматозные узлы).

Приращение плаценты возможно также

- г) при снижении ферментативной активности базального слоя слизистой оболочки, препятствующей в норме внедрению ворсин в мышцу матки.
- д) повышение протеолитической активности ворсин хориона способствует прорастанию не только всех слоев слизистой оболочки матки, но и мышечного слоя.

Нарушение отделения и выделения последа может обуславливаться местом прикрепления плаценты:

В нижнем маточном сегменте (при низком расположении и предположения ее).

В углу или на боковых стенках матки, на перегородке, где мускулатура менее полноценна, не может развиваться достаточная сократительная деятельность, необходимая для отделения плаценты.

Возникают также нарушения при расположении плаценты над миоматозным узлом.

Клиническая картина.

Несмотря на различные причины задержки отделения плаценты, клиническое течение характеризуется общими симптомами – отсутствием признаков отделения плаценты и кровотечения:

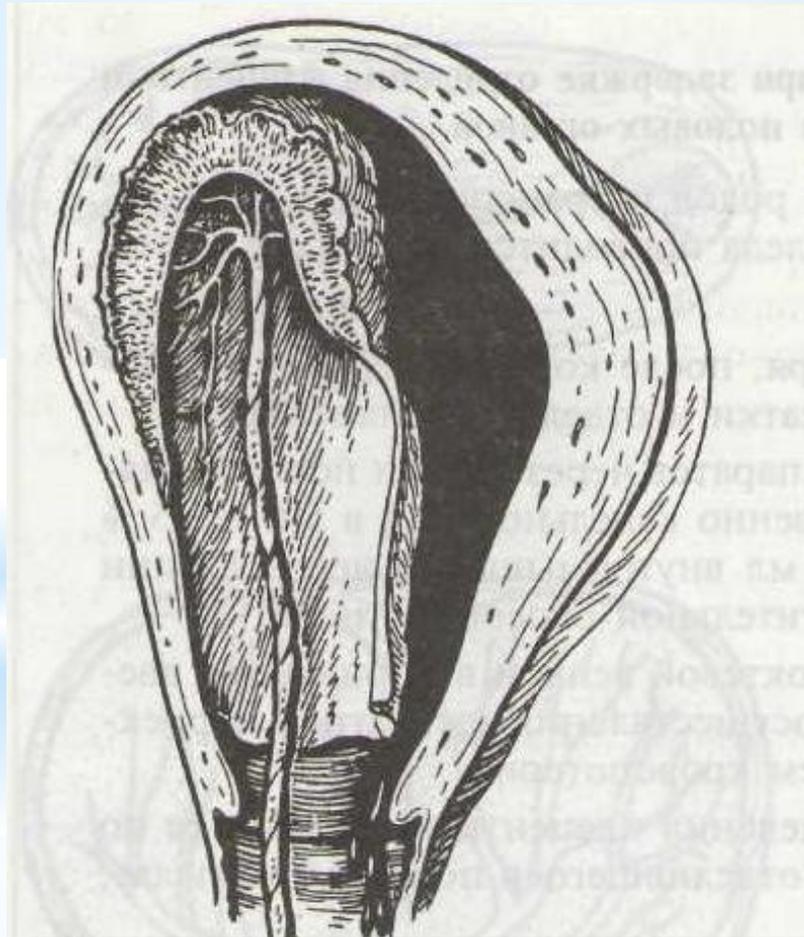
при частичном плотном прикреплении плаценты нет признаков отделения плаценты на фоне кровотечения, достигающего и превышающего физиологическую норму;

при приращении - нет признаков отделения плаценты и нет кровотечения.

Истинное приращение плаценты



Частичное плотное прикрепление плаценты



**Последовательность
мероприятий при задержке
отделения плаценты и
отсутствии кровяных
выделений
из половых органов**

Роженица в третьем периоде родов нетранспортабельна. Отделение плаценты и выделение последа проводится на том же месте, где произошли роды.

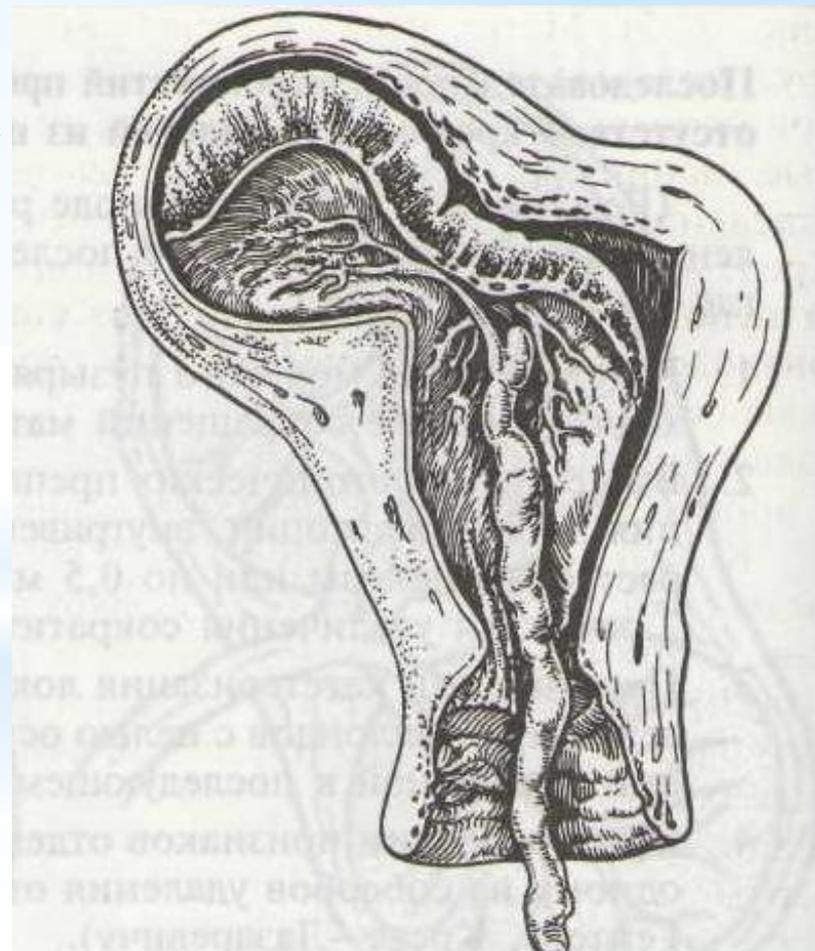
- 1) Катетеризация мочевого пузыря, после которой нередко происходят усиление сокращений матки и отделение плаценты.
- 2) Введение утеротонических препаратов через 15 мин после изгнания плода (окситоцин, внутривенно капельно 5 ЕД в 500 мл 5 % раствора глюкозы или по 0,5 мл внутримышечно через 15 мин. 2 раза) для увеличения сократительной способности матки.
- 3) Пункция или катетеризация локтевой вены и внутривенное введение кристаллоидов с целью осуществления адекватной коррекции возможной в последующем кровопотери.
- 4) При появлении признаков отделения плаценты выделение ее по одному из способов удаления отделившегося последа (Абуладзе, Гентеру, Креде-Лазаревичу).

5) В случае отсутствия признаков отделения плаценты в течение 20-30 мин на фоне введения сокращающих средств производятся ручное отделение плаценты и выделение последа под наркозом.

После отделения плаценты и удаления последа из матки тщательно обследуются ее внутренние стенки для выявления добавочных долек, остатков плацентарной ткани и оболочек. Одновременно удаляются сгустки крови. После удаления последа матка обычно сокращается, плотно обхватывая руку. Если тонус матки не восстанавливается, то дополнительно вводят утеротонические препараты, производится наружно-внутренний массаж матки на кулаке. После того как матка сократилась, руку выводят из полости матки.

6) При подозрении на истинное приращение плаценты необходимо прекратить попытку отделения ее и произвести удаление матки (ампутация, экстирпация матки). Последствиями чрезмерного усердия при попытках удалить ручным способом плаценту могут быть массивное кровотечение и прободение матки.

Причиной кровотечения может быть не только нарушение отделения плаценты, но и **нарушение выделения последа**, которое наблюдается при дискоординации сокращений различных отделов матки. При этом возможна задержка уже отделившейся плаценты в матке за счет ущемления ее в одном из маточных углов или в нижнем сегменте из-за их сокращения и спазма . Матка нередко приобретает форму "песочных часов", что затрудняет выделение последа.



Неправильное ведении последового периода:

- а) несвоевременные, ненужные манипуляции,
- б) грубое захватывание матки или грубый контроль за отделением плаценты,
- в) массаж матки,
- г) попытки выжимания последа по Креде-Лазаревичу при отсутствии признаков отделения плаценты,
- д) влечение за пуповину,
- е) введение больших доз утеротонических препаратов.

Перечисленные факторы нарушают физиологическое течение третьего периода родов, правильную последовательность сокращений различных отделов матки. При преждевременном сдавлении матки рукой выжимается ретроплацентарная гематома, которая в норме способствует отделению плаценты.

Кровотечение, обусловленное травмой мягких тканей родовых путей:

- разрывов шейки матки;
- геморрагический шок;
- разрывы в области клитора;
- разрывы промежности.

Клинически кровотечение при разрыве мягких тканей родовых путей характеризуется следующими признаками:

- кровотечение возникает сразу после рождения ребенка;
- несмотря на кровотечение, матка плотная, хорошо сократившаяся;
- кровь не успевает свернуться и вытекает из половых путей жидкой струйкой яркого цвета.

Кровотечение, зависящее от разрывов шейки матки, клитора, промежности и влагалища, останавливается путем немедленного их зашивания и восстановления целостности тканей. На разрывы мягких родовых путей швы могут быть наложены только после выделения последа. Исключение составляют разрывы клитора, когда возможно восстановление его целостности сразу после рождения ребенка. Видимое кровотечение из сосудов раны промежности после эпизиотомии на первом этапе останавливают путем наложения зажимов, а после удаления последа из матки — ушиванием.

При наличии кровотечения в третьем периоде родов лечебные мероприятия должны быть четкими и быстрыми, направленными на отделение плаценты и выделение последа, поскольку только при этих условиях мышцы матки сокращаются, приводя к остановке кровотечения.

Кровотечение в раннем послеродовом периоде

Кровотечение из половых путей в раннем послеродовом периоде (в первые 2 ч после рождения последа) может быть обусловлено:

- задержкой части последа в полости матки;
- гипотонией и атонией матки;
- наследственными или приобретенными дефектами гемостаза
- разрывом матки и мягких тканей родовых путей.

Послеродовые кровотечения встречаются в 2,5 % случаев от общего количества родов.

Кровотечение, которое начинается после рождения последа, нередко зависит от того, что часть его (дольки плаценты, оболочки) задержалась в матке, препятствуя тем самым ее нормальному сокращению.



Причины:

- а) частичное приращение плаценты,
- б) неумелое ведение последового периода (чрезмерная активность).

Эта патология выявляется сразу после рождения последа, при его тщательном осмотре, когда определяется дефект тканей.

Необходимо срочно произвести ручное обследование матки и удалить ее содержимое. Эта операция при дефектах последа производится и при отсутствии кровотечения, поскольку нахождение частей последа в матке в конечном итоге рано или поздно приводит к кровотечению, а также к инфицированию.

Гипотония и атония матки.

Гипотония матки такое состояние, при котором происходят значительное снижение ее тонуса и уменьшение сократительной способности; мышцы матки при этом реагируют на различные раздражители, но степень этих реакций неадекватна силе раздражения. Гипотония — обратимое состояние

При атонии миометрий полностью теряет тонус и сократительную способность. Мышцы матки не реагируют на раздражители. Наступает своеобразный "паралич" матки. Атония матки встречается чрезвычайно редко, но она может быть источником массивного кровотечения.

К гипотонии и атонии матки предрасполагают:

- а) чрезмерно молодой или пожилой возраст рожениц,
- б) нейроэндокринная недостаточность,
- в) пороки развития матки,
- г) миома,
- д) дистрофические изменения мышц (перенесенные ранее воспалительные процессы)
- е) наличие рубцовой ткани,
- ж) большое число предшествующих родов и абортсв,
- з) перерастяжение матки во время беременности и родов (многоплодие, многоводие, крупный плод);
- и) стремительные или затянувшиеся роды при слабости родовой деятельности и длительной активации окситоцином,
- к) наличие обширной плацентарной площадки, особенно в нижнем сегменте.

Тяжелые формы гипотонии матки и массивные кровотечения, как правило, сочетаются с нарушениями гемостаза, протекающими по типу диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром).

Клиническая картина. Гипотония матки.

Основным симптомом гипотонии матки является кровотечение. Кровь выделяется сгустками различной величины или вытекает струей. Кровотечение может иметь волнообразный характер: останавливается, вновь возобновляясь. Последовые схватки редкие и короткие. При осмотре матка дряблая, большого размера, верхняя граница ее доходит до пупка и выше. При проведении наружного массажа матки из нее выделяются сгустки крови, после чего тонус матки может восстанавливаться, но затем вновь возможна гипотония.

Атония матки

При атонии матка мягкая, контуры ее не определяются. Матка как бы расплывается по брюшной полости. Дно ее доходит до мечевидного отростка. Возникает непрерывное и обильное кровотечение.

Клиническая картина во многом зависит от исходного состояния родильницы и от скорости кровотечения. При быстрой кровопотере геморрагический шок может развиваться в считанные минуты.

Диагностика

С учетом характера кровотечения и состояния матки, диагностика гипотонии матки не представляет трудностей.

При атонии сокращений нет, матка не реагирует на механические раздражения, в то время как при гипотонии отмечаются слабые сокращения в ответ на механические раздражения.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика обычно проводится между гипотонией матки и травматическими повреждениями родового канала. Сильное кровотечение при расслабленной большой и плохо контурируемой через переднюю брюшную стенку матке свидетельствует о гипотоническом кровотечении; кровотечение при плотной, хорошо сократившейся матке указывает на повреждения мягких тканей, шейки матки или влагалища, которые окончательно диагностируются путем осмотра с помощью влагалищных зеркал.

Мероприятия по остановке кровотечения при нарушении сократительной способности матки

Все мероприятия по остановке кровотечения проводят на фоне инфузионно-трансфузионной терапии в такой последовательности.

1. Опорожнение катетером мочевого пузыря.
2. При кровопотере, превышающей 350 мл, через переднюю брюшную стенку производят:
 - 1) Под наркозом произвести ручное обследование матки, во время которого удаляют ее содержимое (оболочки, сгустки крови), после чего производится наружно-внутренний массаж матки на кулаке.
 - 2) наружный массаж матки. Положив руку на дно матки, начинают делать легкие массирующие движения. Как только матка становится плотной, применяя прием Креде-Лазаревича, выжимают из нее скопившиеся сгустки.
 - 3) вводят утеротонические препараты (окситоцин, метилэргометрин). Хорошо зарекомендовал себя отечественный препарат ораксопростол.
 - 4) На нижнюю часть живота кладут пузырь со льдом.

- 5) При продолжающемся кровотечении, объем которого составил 1000-1200 мл, следует решить вопрос об оперативном лечении и удалении матки.
- 6) В процессе подготовки к операции используют ряд мероприятий, препятствующих притоку крови к матке:
 - а) Этого добиваются прижатием брюшной аорты к позвоночнику через переднюю брюшную стенку.
 - б) Для усиления сокращений матки можно применять наложение клемм на шейку матки по Бакшееву.
- 7) Хирургическое лечение при гипотонии матки должно проводиться на фоне интенсивной комплексной терапии, инфузионно-трансфузионной терапии с применением современного наркоза, искусственной вентиляции легких.
- 8) После экстирпации матки на фоне развернутой картины ДВС-синдрома возможно кровотечение из культи влагалища. В этой ситуации необходимо произвести перевязку внутренних подвздошных артерий.
- 9) Перспективным представляется метод остановки кровотечения путем эмболизации маточных сосудов.

Профилактика

В послеродовом периоде профилактика кровотечения включает в себя следующее:

1. Своевременное лечение воспалительных заболеваний, борьба с искусственными абортами и невынашиванием.
2. Рациональное ведение беременности, профилактика гестозов и осложнений беременности, полноценная психофизио-профилактическая подготовка к родам.
3. Рациональное ведение родов: правильная оценка акушерской ситуации, оптимальная регуляция родовой деятельности, обезболивание родов и своевременное решение вопроса об оперативном родоразрешении.
4. Рациональное ведение последового периода, профилактическое введение медикаментозных средств, вызывающих сокращение матки, начиная с конца периода изгнания, включая последовый период и первые 2 ч раннего послеродового периода.
5. Повышение сократительной способности послеродовой матки.

Обязательны опорожнение мочевого пузыря после рождения ребенка, лед на низ живота после рождения последа, периодический наружный массаж матки, тщательный учет количества теряемой крови и оценка общего состояния родильницы.

Спасибо за внимание!

