

Житомирський інститут медсестринства

Фондова лекція

Кровотечі під час вагітності і в пологах

План

1. Кровотечі під час вагітності:

- мимовільний аборт: класифікація, клінічний перебіг, невідкладна допомога.
 - трофобластична хвороба. Клініка. Діагностика, Тактика. Ускладнення.
 - передлежання плаценти. Причини. Клінічні прояви, ускладнення. Невідкладна допомога.
 - передчасне відшарування нормально відшарованої плаценти. Причини. Клініка, Діагностика. Невідкладна медична допомога.
- ## 2. Кровотеча в пологах та післяпологовому періоді.

Кровотечі – одна з центральних проблем в акушерстві.

Серед причин смертності вагітних, роділь, породіль акушерські кровотечі часто посідають перше місце. Частота акушерських кровотеч в Україні становить 8,0 до 11,0%.

Акушерським кровотечам властиві:

- гострий дефіцит ОЦК,
- порушення серцевої діяльності,
- анемічна та циркуляторна форми гіпоксії,
- тканинна гіпоксія з ураженням центральної нервової системи, нирок, печінки.

Класифікація акушерських кровотеч:

- кровотеча в I половині вагітності;
- кровотеча в II половині вагітності;
- кровотеча в послідовому та ранньому післяпологовому періодах.

Причини виникнення маткових кровотеч в акушерстві :

- **під час вагітності:** передлежання плаценти, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНРП);
- **у пологах :** передлежання плаценти, ПВНРП, розрив матки, травма м'яких родових шляхів; часткове прирощення плаценти;
- **у ранньому післяпологовому періоді:** гіпо- або атонія матки, розриви матки та м'яких тканин пологових шляхів, затримка частин посліду в матці, коагулопатична кровотеча.

Наказ МОЗ України від 24.03.14 № 205

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ "Акушерські кровотечі"

Мимовільний аборт-

це мимовільне переривання вагітності в ранніх термінах (до 12 тижнів) та пізній аборт (до 21 тижня).

Мимовільні аборти з кровотечею складають від 2 до 8% від загальної кількості вагітностей.

Етіологія

Причини: нейроендокринні розлади, інфантилізм, патологія яєчників, наднирників, цукровий діабет, гіпо – або гіпертиреоз, хромосомні або генні аномалії, гострі та хронічні інфекційні захворювання, ізоантигенна несумісність крові матері та плода за резус – фактором та системою АВО, інтоксикації, іонізуюча радіація, фізичні, психологічні травми тощо.

Патогенез

Відбувається процес посилення скоротливої діяльності матки, в результаті чого виникає відшарування плідного яйця від слизової оболонки матки. Виникає переймоподібний біль внизу живота і маткова кровотеча різного ступеню інтенсивності.

За клінічною картиною розрізняють:

- загроза аборту;
- аборт, що розпочався;
- аборт в ході;
- неповний аборт;
- повний аборт.

Загроза аборту

Плідне яйце зв'язане зі стінкою матки або відшарувалось на невеликій ділянці.

Скарги:

- на незначний біль внизу живота, крижах;
- кров'яні виділення відсутні;
- шийка матки сформована, зовнішній зів закритий;
- розміри матки відповідають терміну вагітності, тонус її підвищений.

На цій стадії дотримуватись ліжкового режиму. Проводити консервативну терапію, вагітність у переважній більшості випадків зберігається.

Аборт, що розпочався

- плідне яйце відшаровується частково. Виникає переймоподібний біль внизу живота, незначна кровотеча. При вагінальному дослідженні цервікальний канал закритий або ледь відкритий. Матка відповідає терміну вагітності.
- Проводиться зберігаюча терапія.

Аборт в ходу

- відшароване плідне яйце відштовхується із порожнини матки через шийковий канал. Переймоподібний біль внизу живота інтенсивний. При вагінальному дослідженні виявляють розкритий канал шийки матки, в ньому визначається плідне яйце, нижній полюс якого виходить у піхву.

Невідкладна медична допомога:

- оцінити стан хворої (скарги, колір шкіри та видимих слизових, підрахувати пульс, виміряти артеріальний тиск, уточнити крововтрату;
- викликати лікаря (машину швидкої допомоги), передати діагноз, групу та резус – фактор;
- підключити чергову крапельницю з кровозамінником (0.9% NaCl);
- за життєвими показниками з метою зупинки кровотечі операція «пальцеве видалення плідного яйця»;
- ввести кровоспинні препарати;
- контроль пелюшки;
- госпіталізація в стаціонар.

Неповний аборт

При цьому виходить не все плідне яйце, його частини залишаються в порожнині матки. Виникає переймоподібний біль та кровотеча різної інтенсивності, від незначної до великої, інколи призводить до геморагічного шоку.

Вагінальне дослідження: шийковий канал вільно пропускає палець.

Матка м'яка, її розмір не відповідає терміну вагітності. Для зупинки кровотечі необхідно зробити вишкрібання матки, видалити залишки плідного яйця і тим самим припинити кровотечу.

Повний аборт

У даній ситуації плідне яйце повністю виходить з матки, кровотеча припиняється за рахунок скорочення матки.

Тактика необхідна термінова госпіталізація в гінекологічне відділення та вишкрібання порожнини матки.

Пухирцевий занесок

являє собою перетворення ворсинок хоріона у гроноподібні утворення (гроно винограду), які заповнені прозорою рідиною (зустрічається у 0,5 – 0,6% випадків вагітності).

Розрізняють дві клінічні форми простого міхурцевого занеску: повний (класичний) і неповний (частковий).

Клініка

Виникає кровотеча, яка починається з 8 тижнів вагітності і досягає частіше найвищого ступеню на 12 – 24 тижні вагітності. Кровотечі бувають різної інтенсивності від незначних до значних і тривалих.

Іноді буває внутрішня кровотеча, тому що виникає перфорація стінки матки за рахунок «роз'їдання» і проростання ворсин через матку. Така ситуація вимагає оперативного втручання.

Скарги на переймоподібний біль внизу живота, виділення крові з прозорими пухирцями, симптоми переривання вагітності. Матка набагато більша передбачувальному терміну вагітності. З'являється тека – лютеїнові кисти яєчників.

В крові зростає рівень хоріонічного гонадотропіну.

Можливі септичні ускладнення і в окремих випадках смерть хворої.

Діагностика пухирцевого занеску:

- анамнез;
- визначення ознак вагітності;
- невідповідність розмірів матки терміну вагітності та її швидкий ріст;
- дані УЗД;
- при малих термінах вагітності поява виражених симптомів раннього та пізнього гестозів;
- збільшення яєчників та їх болючість за рахунок росту тека – лютеїнових кіст;
- при пізніх термінах вагітності не визначаються достовірні ознаки вагітності:
- в крові зростає ХГ;
- доказовою ознакою даного ускладнення є виділення крові з великою кількістю пухирців з прозорою рідиною;
- гістологічне дослідження матеріалу після вишкрібання порожнини матки.

Лікування

До 12 тижнів – обережне вишкрібання матки тупою великою кюреткою (можлива перфорація розм'ягченої матки). Доцільно використовувати вакуум – аспірацію.

Якщо великий термін вагітності і масивна кровотеча, підозра на деструючу форму – проводиться лапаротомія з подальшим вирішенням тактики.

Ускладнення - хоріонепітеліома (злаякісна пухлина)

найчастіше з'являється на 6 - 8 тиждень після видалення або народження плідного яйця, інколи через рік і більше. Тому після видалення пухирцевого занеску не залежно від його форми хворі мають бути на диспансерному обліку не менше трьох років.

Пацієнткам слід рекомендувати запобігання вагітності протягом двох років оральними контрацептивами, які знижують рівень ХГ.

Кровотечі в II половині вагітності

Передлежання плаценти – патологічне розташування її в ділянці нижнього маткового сегмента, нижче від передлеглої частини плода з повним чи частковим перекриттям вічка шийки матки.

Розрізняють залежно від розташування плаценти такі види передлежання:

- центральне (повне) – внутрішній зів повністю закритий плацентою;
- часткове (неповне):
 - а) бічне – плацента частково перекриває внутрішній зів;
 - б) крайове – плацента міститься на рівні краю внутрішнього зіва.
- низьке прикріплення - край плаценти міститься на 2-3 см від краю внутрішнього зіва.

Вид передлежання можна визначити тільки при відкриті шийки матки на 4-6 см.

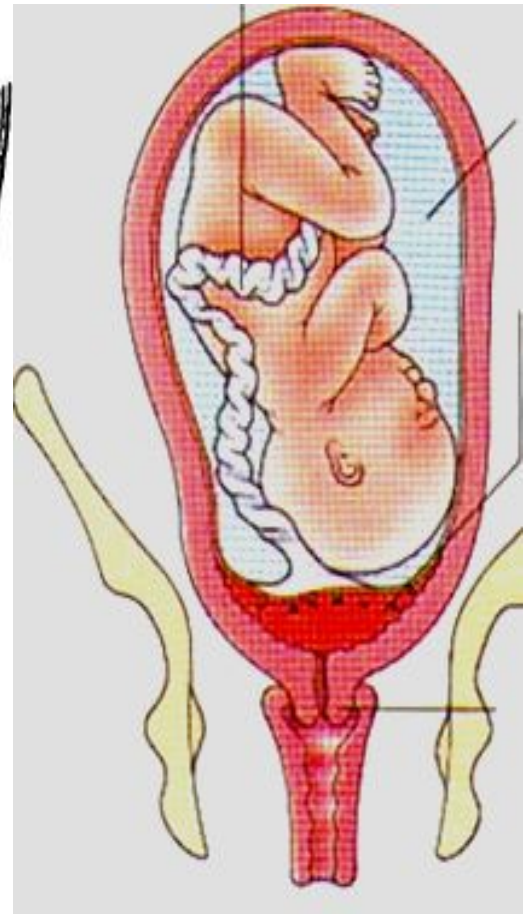
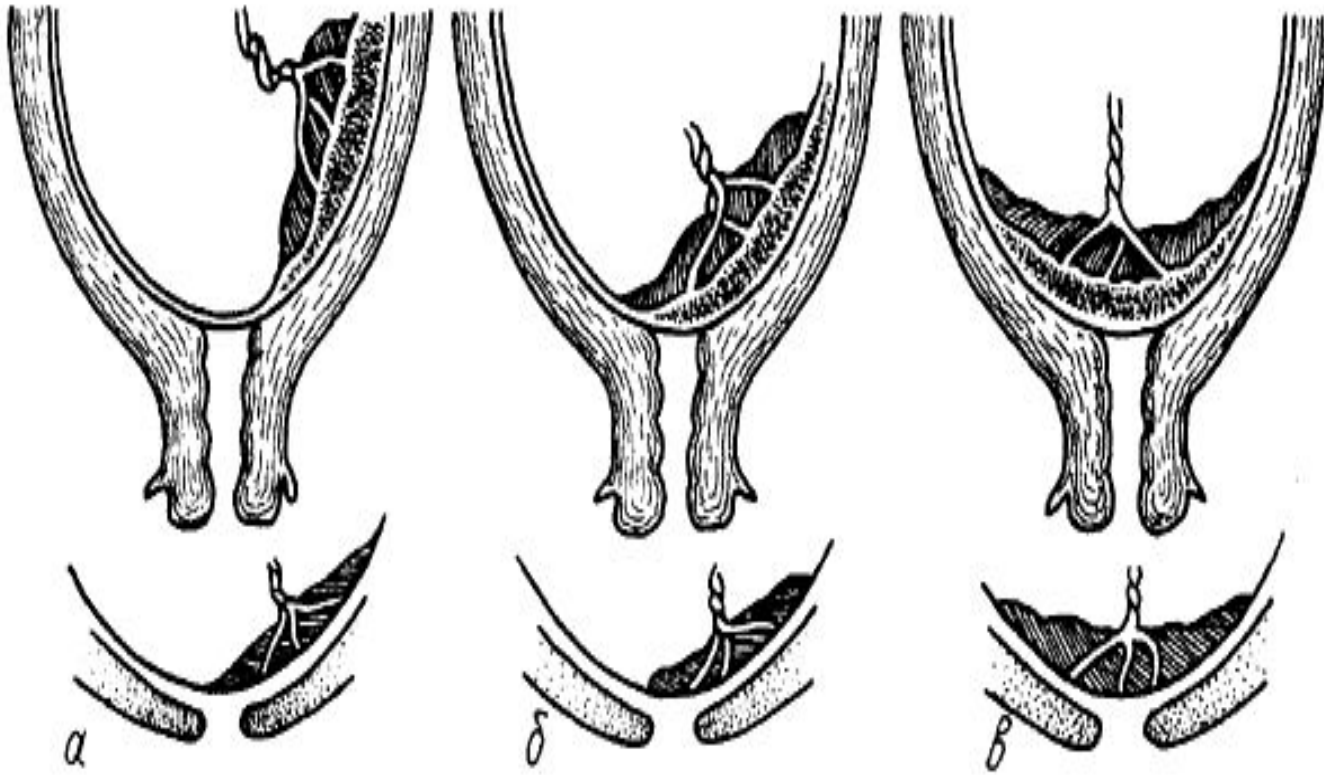


Рисунок 6. Нормально розташована плацента та передлежання плаценти

Причини виникнення передлежання плаценти:

- **з боку матері** - багатоплідна вагітність, кесарський розтин, аборти в анамнезі, пухлини матки, запальні захворювання статевих органів, внутрішньоматкова контрацепція, старший вік вагітної, аномалії розвитку матки, велика кількість пологів, статевий інфантилізм;
- **з боку плідного яйця** - недостатня протеолітична активність яйцеклітини, пізнє запліднення у матковій трубі.

Клінічні прояви- маткові кровотечі різної інтенсивності із статевих органів, що не супроводжуються болем внизу живота, кровотеча виникає раптово, серед повного спокою, фізичного навантаження, акту дефекації, статевого акту т.д. :

- при центральному передлежанні кровотеча спостерігається в 27 – 28 тижнів;
- при бічному передлежанні кровотеча виникає в кінці вагітності або на початку пологів;
- при крайовому передлежанні кровотеча спостерігається в основному під час пологів (при цьому кровотеча не сильно інтенсивна).

Другим важливим симптомом є анемія у вагітних та дистрес плода.

Діагностика:

- кров'янисті виділення із статевих шляхів різної інтенсивності, що не супроводжується болем внизу живота;
- в анамнезі у вагітної штучні аборти, ендометрити...;
- при зовнішньому акушерському дослідженні передлегла частинна (голова) чітко не пальпується, розташована високо над входом в малий таз (через передлежання плаценти). Визначається симптом «подушки»;
- при аускультатії в нижньому сегменті матки вислуховуються маткові шуми;
- піхвове дослідження проводиться при розвернутій операційній на випадок кровотечі,

Невідкладна медична допомога:

- оцінити стан хворої (скарги, колір шкіри та видимих слизових, підрахувати частоту пульсу, виміряти артеріальний тиск, підрахувати крововтрату);
- поставити сестринський діагноз;
- негайно викликати лікаря або швидку допомогу для госпіталізації в стаціонар, передати діагноз, групу крові, резус – фактор;
- забезпечити суворий ліжковий режим;
- підключити крапельницю з кровозамінниками;
- ввести кровоспинні препарати 5% розчин ЕАКК, дицинон 12,5% - 2-4мл т.д.
- контроль пелюшки.

Принципи ведення пацієнток у стаціонарі:

- У разі невеликої крововтрати (до 250 мл), відсутності симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, відсутності пологової діяльності, незрілості легень плода при вагітності до 37 тижнів - вичікувальна тактика.
- При припиненні кровотечі - УЗ-дослідження, підготовка легень плода. Мета очікувальної тактики - пролонгування вагітності до терміну життєздатності плода.
- У разі прогресуючої кровотечі, що стає неконтрольованою (більше 250 мл), супроводжується симптомами геморагічного шоку, дистресом плода, незалежно від терміну вагітності, стану плода (живий, мертвий, дистрес)- термінове розродження.

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти - це відшарування плаценти розташованої поза нижнім сегментом матки під час вагітності або у І - ІІ періодах пологів. Ця патологія спостерігається у 0,07 – 0, 2% роділь.

Причини:

- васкулопатія – підвищена проникність і ламкість судин (спостерігається при пізньому гестозі вагітних, пієлонефриті, гіпертонічній хворобі, гестозі вагітних т. д.);
- багатоводдя, багатопліддя;
- коротка пуповина;
- дистрофічні зміни слизової оболонки матки т. д.

Класифікація

1. Повне відшарування (відшарування всієї плаценти).
2. Часткове відшарування: крайове, центральне.

При тяжких формах відшарування плаценти з масивними крововиливами, усі шари матки просочуються кров'ю – утворюється матка Кувелера.

При наростаючій гематомі виникають явища гострої крововтрати – загальний стан погіршується, виникає тахікардія, артеріальний тиск знижується т.д.



Рисунок 7. Нормальне положення плаценти та відшарування плаценти

Клініка:

- скарги жінки на сильний розпираючий біль в животі, особливо в місці відшарування плаценти;
- кровотеча (зовнішня, внутрішня, комбінована);
- об'єктивне обстеження - визначається асиметрія, напруження, гіпертонус матки, болючість під час пальпації (матка між переймами не розслабляється);
- утруднення або неможливість пальпації та аускультації серцебиття плода;
- розвивається дистрес плода, а при важких формах – смерть плода.

Діагностика:

- враховується дані анамнезу;
- клінічна картина;
- диференціацію потрібно проводити з передлежанням плаценти та розривом матки;
- дані УЗД.

Невідкладна допомога при ПВНРП:

- оцінити стан жінки (скарги, колір шкіри та видимих слизових, підрахувати пульс, виміряти артеріальний тиск, крововтрата, стан плода);
- поставити сестринський діагноз;
- терміново викликати лікаря або машину швидкої допомоги (передати діагноз, групу та резус – фактор крові);
- підключити крапельницю з кровозамінником;
- увести кровоспинні препарати дицинон 12,5% - 2-4мл; 5% розчин 100мл. амінокапронової кислоти т.д.;
- увести 2,0 50% анальгіну, 1,0 2% димедролу;
- провести протишокову терапію – ввести преднізолон або гідрокортизон;
- викликати донорів;
- контроль пелюшки.

Принципи ведення пацієнток у стаціонарі:

- 1** У разі прогресуючого передчасного відшарування плаценти під час вагітності, або у першому періоді пологів, при появі симптомів геморагічного шоку, ДВЗ- синдрому, ознак дистресу плода, незалежно від терміну вагітності - термінове розродження шляхом кесаревого розтину. При наявності ознак матки Кувелера - екстирпація матки без додатків.
- 2** Відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ- синдрому .
- 3** У разі непрогресуючого відшарування плаценти можливе динамічне спостереження при недоношеній вагітності до 34 тижнів (проведення терапії для дозрівання легень плода) у закладах, де є цілодобове чергування кваліфікованих лікарів акушер-гінекологів, анестезіологів, неонатологів

- **Тактика при відшаруванні плаценти наприкінці I або у II періодах пологів:**
- негайна амніотомія, якщо навколоплодовий міхур цілий;
- при головному передлежанні плода - накладання акушерських щипців;
- при тазовому передлежанні - екстракція плода за тазовий кінець;
- при поперечному положенні другого з двійні плода - кесарський розтин;
- ручне відділення плаценти та видалення посліду;
- скорочуючі засоби - в/в 10 ОД окситоцину, при відсутності ефекту 800 мкг мізопростолу;
- ретельне динамічне спостереження у післяпологовому періоді;
- відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому .

Кровотечі у третьому періоді пологів.

Причини кровотечі у послідовому пологів є:

- патологія прикріплення плаценти;
- защемлення плаценти.

Розрізняють:

- щільне прикріплення (несправжнє прирощення) плаценти – ворсини хоріона проникають у базальний шар ендометрія;
- справжнє прирощення плаценти – ворсини хоріона проникають у м'язову ендометрія.

Щільне прикріплення (прирощення) плаценти буває: повне, неповне (часткове).



Клініка часткового щільного прикріплення (прирощення) плаценти:

- ознаки відшарування плаценти негативні;
- маткова кровотеча.

Невідкладна допомога:

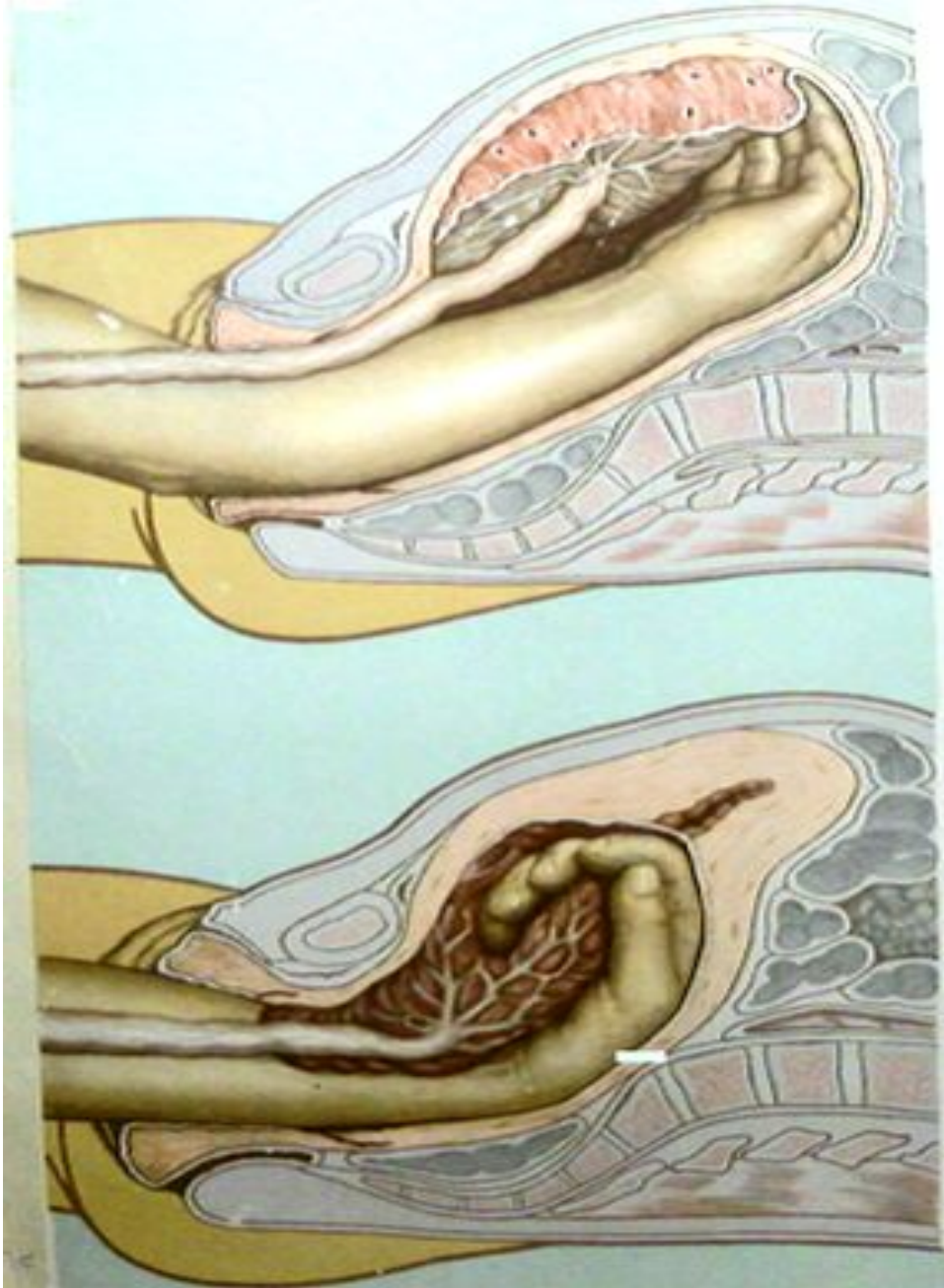
- оцінити стан роділлі;
- поставити сестринський діагноз;
- терміново викликати чергового лікаря (машину швидкої допомоги), передати діагноз, групу і резус – фактор;
- підключити чергову крапельницю з кровозамінником;
- готуватись до операції «ручне відокремлення та видалення посліду».

Операцію проводити притримуючись правил асептики, антисептики, при розвернутій операційній.

Техніка операції «ручне відшарування та видалення посліду»:

- лівою рукою розвести статеві губи;
- скласти пальці правої руки в вигляді конуса;
- ввести праву руку в порожнину матки, після чого ліву руку разом з стерильною пелюшкою розмістити на дні матки;
- ідучи по пуповині, дійти до плаценти, знайти її край;
- правою рукою пилоподібними рухами відшарувати плаценту від стінки матки;
- потягуванням лівою рукою за пуповину видалити послід;
- права рука при цьому залишається в матці, допомагаючи видаленню посліду;

- зробити ревізію стінок матки, а потім зовнішньо - внутрішній масаж матки на кулаці;
- вивести праву руку з матки;
- зняти рукавички і занурити їх в дезрозчин;
- холод на низ живота ;
- контроль пелюшки;
- госпіталізувати породіллю машиною швидкої допомоги в стаціонар.



Клініка повного щільного прикріплення (прирощення) плаценти:

- ознаки відшарування плаценти від стінки матки негативні, маткової кровотечі немає.

Швидка медична допомога:

- оцінити стан роділлі (скарги, колір шкіри та видимих слизових, підрахувати пульс, виміряти артеріальний тиск, перевірити ознаки відшарування плаценти від стінки матки, визначити крововтрату);
- поставити сестринський діагноз;
- терміново викликати чергового лікаря (машину швидкої допомоги), передати групу крові, резус – фактор;
- підключити чергову крапельницю, контроль пелюшки

Защемлення плаценти

Кровотеча починається після народження дитини. Ознаки відшарування плаценти від стінки матки — позитивні.

Тактика — видалення посліду із порожнини матки.

Кровотеча в післяпологовому періоді.

Причини ранньої післяпологової кровотечі є:

- гіпотонія або атонія матки (90% випадків);
- затримка частин плаценти або оболонок;
- травматичні пошкодження пологових шляхів;
- порушення згортання крові (афібриногенемія, фібриноліз);
- первинні захворювання крові і інше.

Причини гіпотонії та атонії:

- порушення функціональної здатності міометрія (пізні гестози, ендокринопатії, пухлини матки, рубець на матці, великий плід, багатоводдя, багатопліддя тощо);
- переповнений сечовий міхур;
- перезбудження з наступним виснаженням функцій біометрія (тривалі зтяжні пологи, застосування ліків, які знижують тонус міометрія застосування спазмолітичних, токолістичних засобів) тощо.

Гіпотонія матки – стан, при якому знижується тонус мускулатури матки, її здатність до скорочення. Гіпотонічна кровотеча має хвилюподібний характер. Кров виділяється невеликими порціями, матка періодично скорочується і розслабляється.

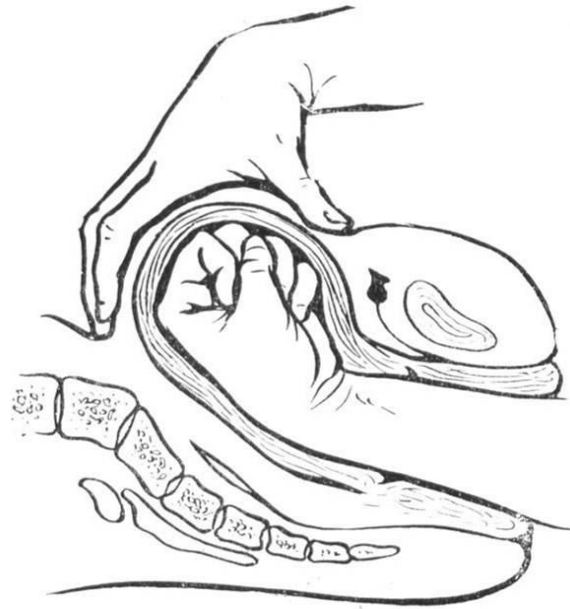
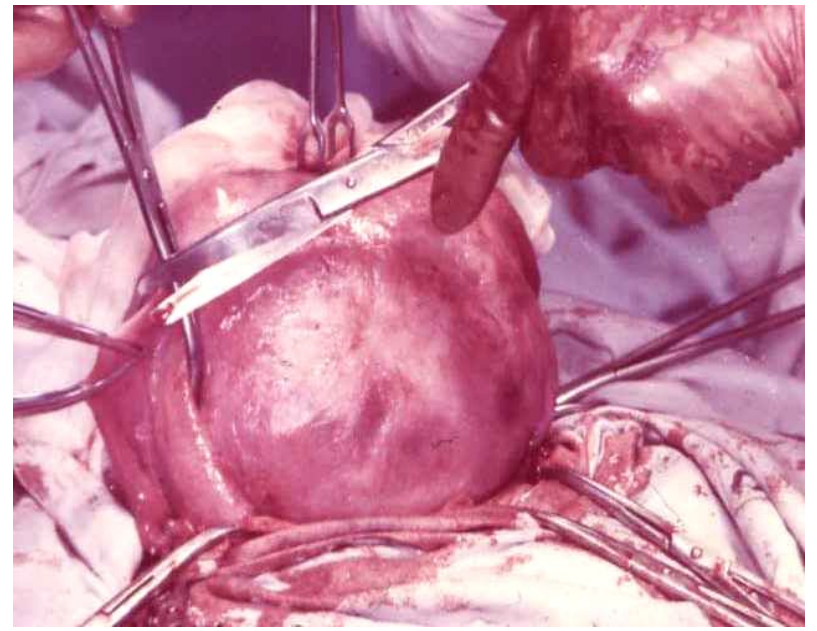
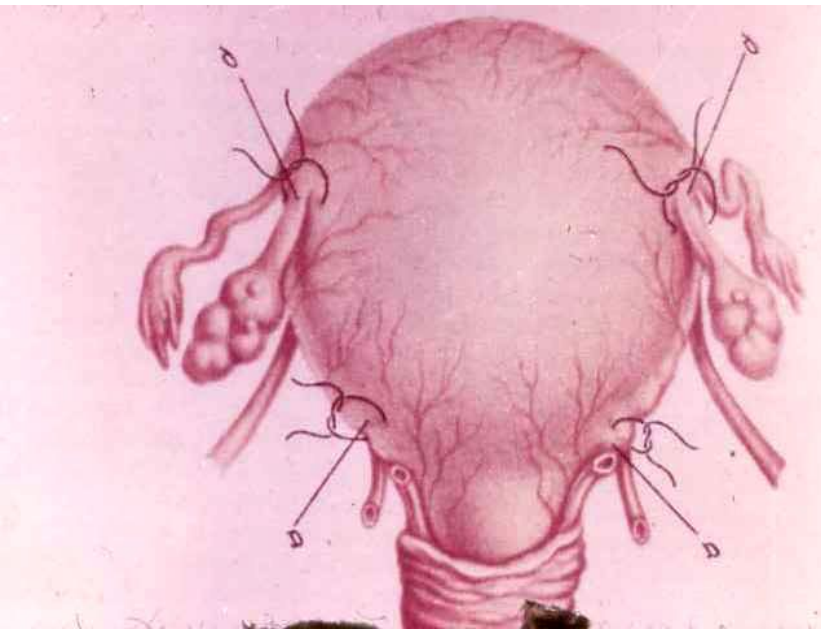
Атонія – повна втрата здатності матки до відновлення тону. Атонія матки клінічно проявляється профузною кровотечею. Скорочень матки не має, вона постійно дрябла, не реагує на механічні, фізичні та фармакологічні подразнення.

Клініка:

- маткова кровотеча перевищує 300 мл, при пальпації матка велика, мішкоподібна, контури її визначити важко, дно матки вище пупка

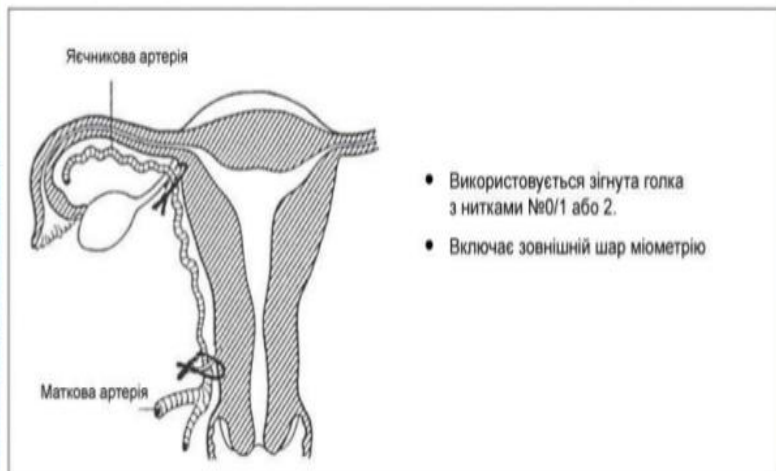
Невідкладна допомога:

- оцінити стан породіллі ...
- ставити сестринський діагноз;
- викликати чергового лікаря або машину швидкої допомоги, передати діагноз, групу, резус - фактор крові;
- підключити крапельницю з кровозамінниками;
- випустити сечу у породіллі;
- утеротонічні засоби 10-20 ОД окситоцину в/в на 0,9 % NaCl;
- зовнішній масаж матки;
- ревізія порожнини матки та масаж матки на кулаку; холод на низ живота;
- затискачі за Бакшеєвим;
- клеми за Генкелем – Тиканадзе;
- лапаротомія з перев'язкою кровоносних судин;
- балонна тампонада матки ампутація матки;
- контроль пелюшки.



Перев'язування магістральних судин матки

Перев'язування маткових та яєчникових судин



Перев'язування маткової та яєчникової артерії



Рис. 3. Рівні накладання лігатур на внутрішні клубові артерії. На схемі мі представлені варіанти зон для виконання цієї процедури

Література

1. С.Хміль «Медсестринство в акушерстві» - Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.
2. А.Громова «Клінічне медсестринство в акушерстві і гінекології»- Київ: «Здоров'я», 2004
3. І. Губенко, О. Шевченко «Медсестринський процес» - К: «Здоров'я», 2001.
4. Г. Степанковская «Неотложное акушерство» - Київ: Здоров'я, 1994
5. Нормативно – регламентуючі документи.