

# **АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ**

*Доцент В.Г. Сюсюка*

*«Драматизм ситуации,  
непредсказуемость результата,  
необходимость быстрого мышления и  
оперативности принятия решений – вот  
поистине благодатное поле  
деятельности для тех, кто устал решать  
посильные задачи...»*

Согласно оценкам ВОЗ, более чем из 130 миллионов родоразрешений, происходящих ежегодно, **303 000** приводят к смерти матери, **2,6** миллиона – к мертворождению и еще **2,7** миллиона – к смерти новорожденных в течение первых 28 дней после рождения.

Большинство этих случаев смерти происходят в учреждениях с ограниченными ресурсами, часто не имеющих квалифицированных специалистов.



Основные осложнения, которые являются причиной  
(до 75% всех случаев) материнской смерти  
*[Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic  
Analysis.Lancet, 2014.]*

- сильное кровотечение (в основном, послеродовое кровотечение);
- инфекции (обычно после родов);
- высокое кровяное давление во время беременности (преэклампсия и эклампсия);
- послеродовые осложнения;
- небезопасный аборт.



# Характерная особенность акушерских кровотечений

- ❑ Внезапность.
- ❑ Массивность.
- ❑ Быстрое развитие геморрагического шока.
- ❑ Раннее присоединение коагулопатического синдрома.

# Эпидемиология

- по данным ВОЗ от послеродовых акушерских кровотечений в год погибает около 60 тыс. женщин;
- среди причин материнской летальности послеродовые акушерские кровотечения составляют 20-25%;
- послеродовые акушерские кровотечения составляют от 3 до 8% по отношению к общему числу родов;
- в 50–90% является причиной послеродовых кровотечений является атония матки;
- при кесаревом сечении наиболее частым осложнением являются кровотечения, частота которых в 4 раза выше, чем при самопроизвольных родах.

# Эпидемиология (Украина)

- за последние 5 лет акушерские кровотечения стойко занимают второе место в структуре причин материнской смертности;
- причиной смерти беременных, рожениц и родильниц является не любое кровотечение, а массивная кровопотеря, которая сопровождается тяжелым геморрагическим шоком;
- вместе с тем, смерть от массивных акушерских кровотечений является результатом несвоевременной и неадекватной медицинской помощи или вообще ее отсутствие.

# Дородовое кровотечение

Кровотечение, возникающее после 22 нед. беременности и до родов.

Составляет 3-5% от общего количества беременностей и занимает одно из первых мест среди причин материнской и перинатальной смертности во всем мире.

# Дородовое кровотечение

## Мажущие выделения

- пятна крови на белье и гигиенических прокладках;

## Небольшое кровотечение

- кровопотеря оценена в 250 мл и не продолжается;

## Большое кровотечение

- кровопотеря оценена от 250 до 1000 мл, которая остановилась, при отсутствии признаков геморрагического шока;

## Массивное кровотечение

- кровопотеря более 1000 мл и/или признаки геморрагического шока;

## Повторное или рецидив кровотечения

- термин применяют, если эпизод состоялся более одного раза.



# Какую кровопотерю можно считать патологической?

Экспертами ВОЗ патологическим послеродовым кровотечением считается кровопотеря:

*более 500 мл (при родах через естественные родовые пути);*

*более 1000 мл (при операции кесарево сечение).*

Приказ МЗ Украины №205:

*кровотечение превышающее 500 мл или любое кровотечение, сопровождающееся нарушением гемодинамического состояния роженицы в течение 6 недель после рождения ребенка.*

# Причины акушерских кровотечений

## Кровотечения в I половине беременности:

- самопроизвольный выкидыш;
- пузырьный занос, хорионэпителиома;
- внематочная беременность (в том числе шеечная и перешеечная беременность);

## Кровотечения во II половине беременности:

- предлежание плаценты;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- разрыв матки.

# Причины акушерских кровотечений

## Кровотечения в родах

### I период:

- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- Предлежание плаценты;
- Разрыв матки;
- Разрыв шейки матки.

### II период:

- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- Разрыв матки.

### III период:

- Патология прикрепления плаценты;
- Ущемление, задержка плаценты или ее фрагментов;
- Разрыв мягких тканей родовых путей.

# *Причины акушерских кровотечений*

## Послеродовое кровотечение

- атоническое кровотечение;
- задержка частей последа и сгустков крови;
- разрыв мягких тканей родовых путей;
- разрыв матки;
- выворот матки;
- коагулопатическое кровотечение, в т.ч. обусловленное эмболией околоплодными водами;

полип шейки матки (не связанные с беременностью);  
рак шейки матки (не связанные с беременностью).

An anatomical illustration of a fetus in the uterus, showing the placenta positioned low in the uterus, covering the cervix. The fetus is shown in a curled position, and the placenta is depicted in a reddish-pink color, contrasting with the blue-tinted uterus. The illustration is set against a light blue background.

***ПРЕДЛЕЖАНИЕ  
ПЛАЦЕНТЫ  
PLACENTA  
PRAEVIA***

# Предлежание плаценты

осложнение беременности, при котором плацента располагается в нижнем сегменте матки ниже предлежащей части плода, перекрывая полностью или частично внутренний зев шейки матки

*При физиологической беременности нижний край плаценты не достигает 7 см до внутреннего зева*

# Классификация предлежания плаценты

- **Полное предлежание** – плацента полностью перекрывает внутренний зев.
- **Неполное предлежание** – плацента частично перекрывает внутренний зев.
- **Краевое предлежание** – край плаценты доходит до внутреннего зева.
- **Низкое прикрепление плаценты** – расположение плаценты в нижнем сегменте ниже 7 см от внутреннего зева без его перекрытия .

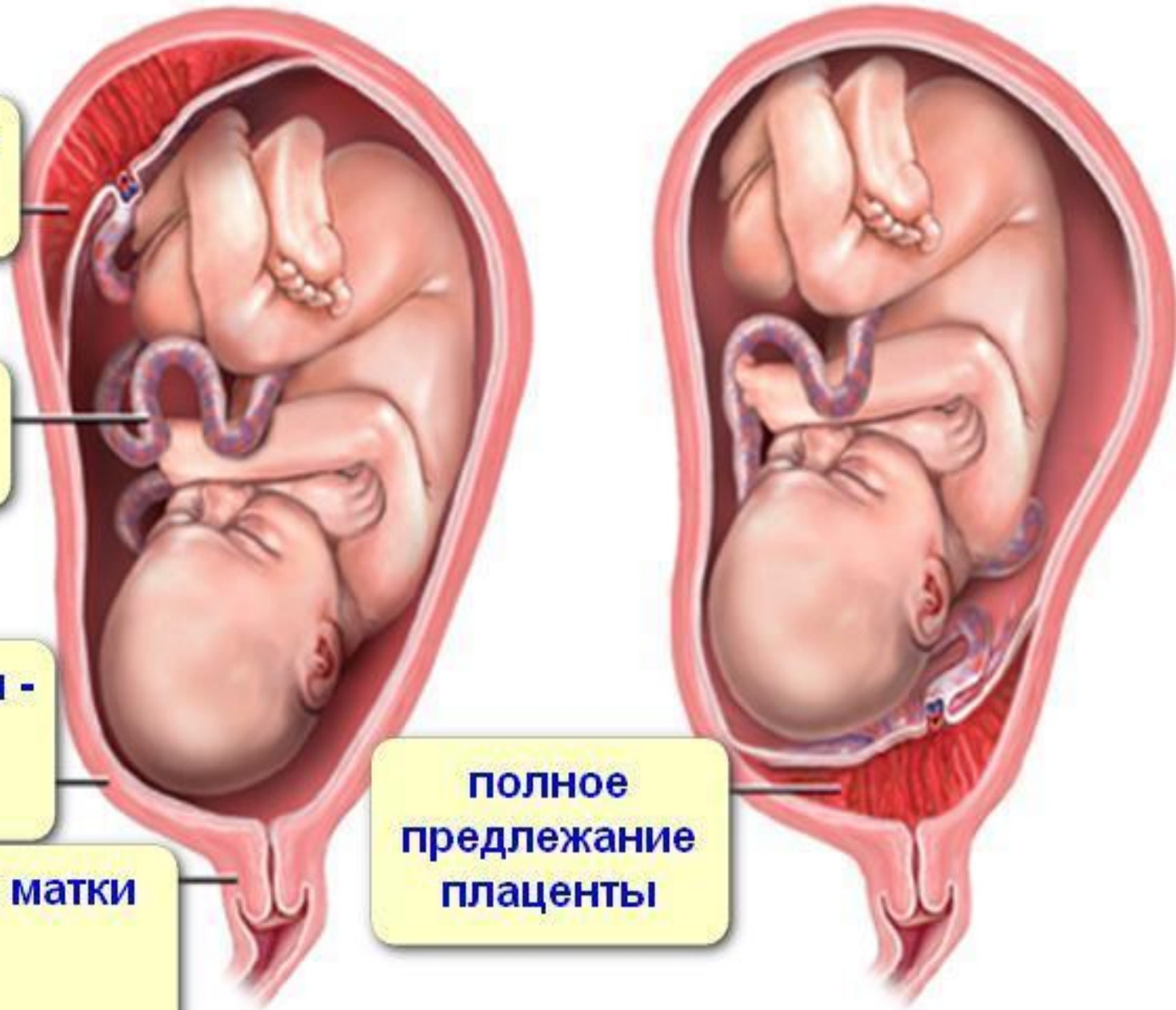
**нормальная  
плацента**

**пуповина**

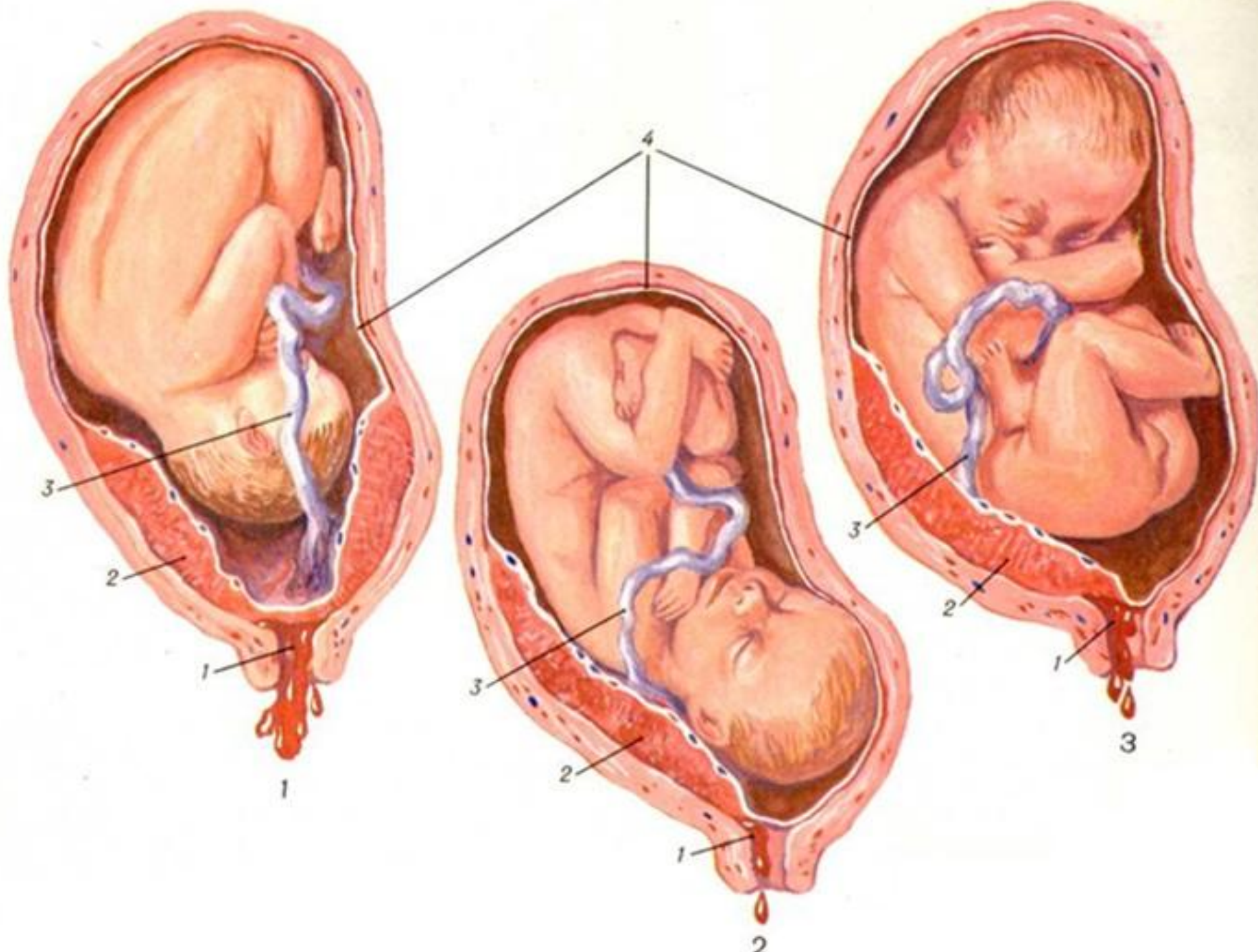
**стенка матки -  
нижний  
сегмент**

**шейка матки**

**полное  
предлежание  
плаценты**



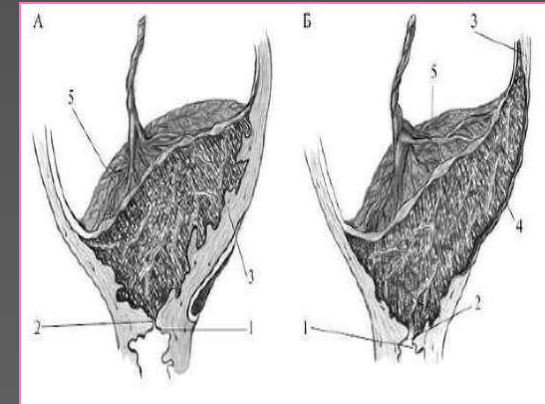




# Акушерское исследование

## Наружное акушерское исследование:

- высокое стояние предлежащей части;
- косое, поперечное положение плода;
- тонус матки не повышен.



## Внутреннее исследование (выполняется только в условиях развернутой операции):

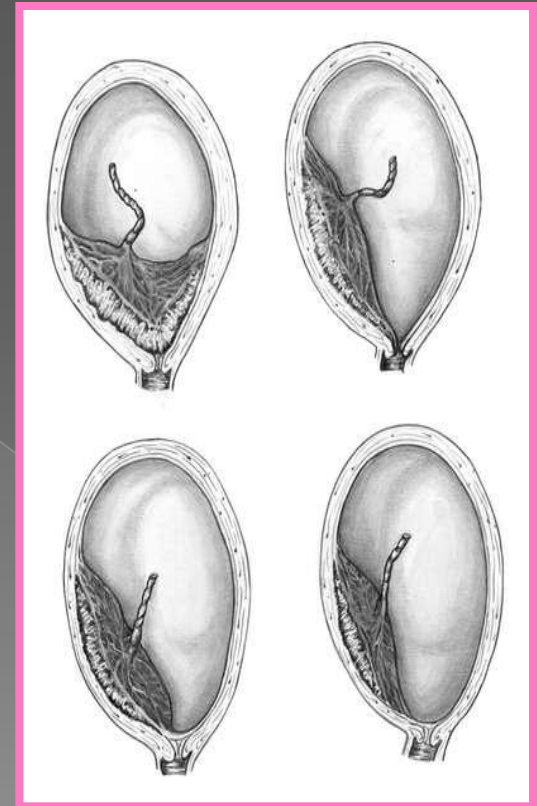
- тестоватость тканей свода, пастозность, пульсация сосудов;
- невозможность через свод пальпировать предлежащей части.

На сегодняшний день, классическое определение типов предлежания плаценты, которое проводилось с помощью пальцевого обследования области внутреннего зева во время родов (полное, неполное, краевое) недопустимо.

Четкий диагноз должен быть установлен с помощью УЗИ.

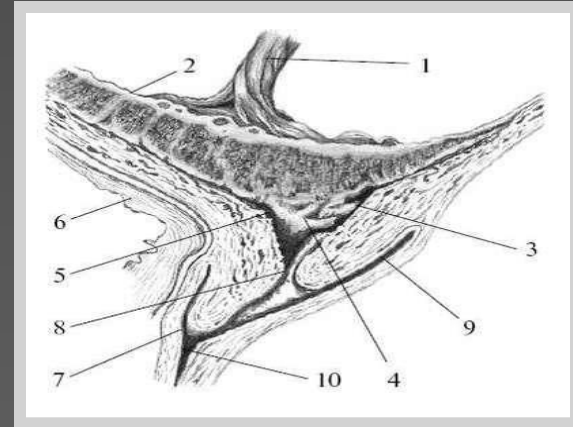
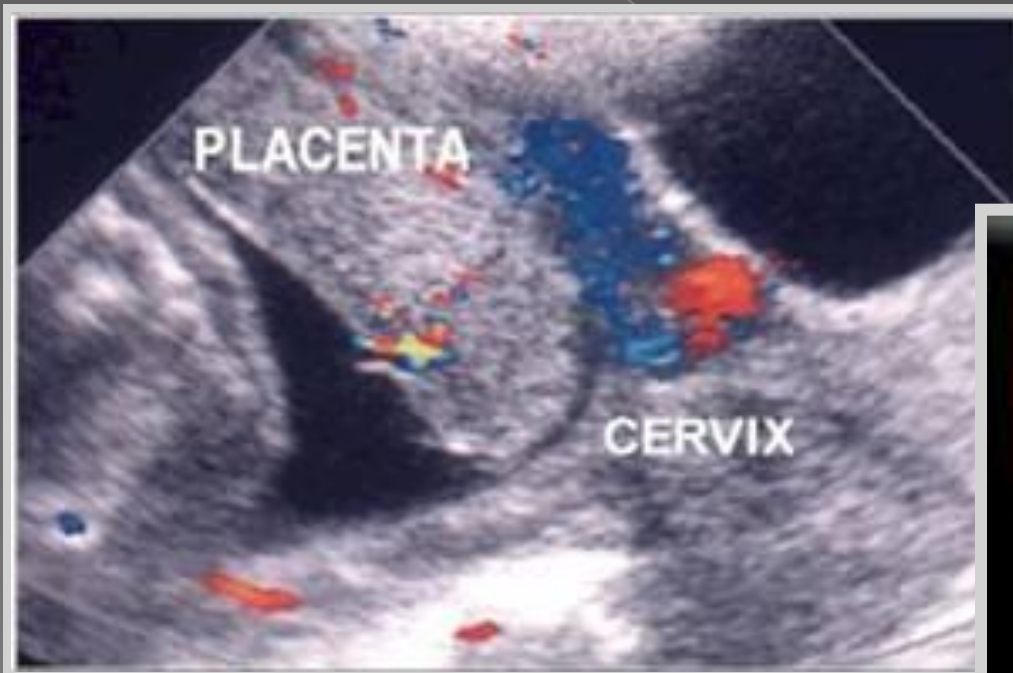
# ДИАГНОСТИКА

- патогномоничный симптом — кровотечение, которое может периодически повторяться, возникает спонтанно или после физической нагрузки;
- не сопровождается болью;
- не сопровождается повышенным тонусом матки;
- может быть связано с началом сокращений матки в любом сроке беременности.



# ДИАГНОСТИКА

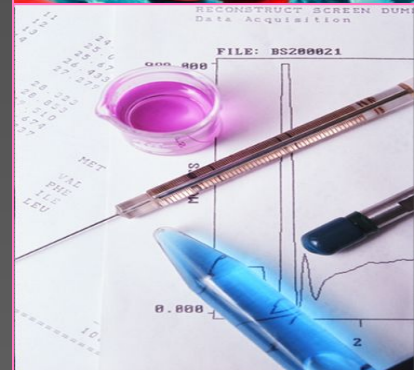
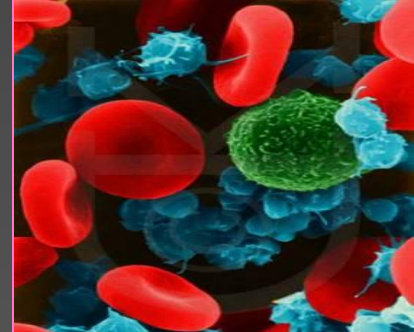
## Ультразвуковое сканирование



# Алгоритм обследования в стационаре

*Общеклиническое обследование (группа крови, резус-фактор, общий анализ крови, коагулограмма).*

*Дополнительные методы обследования (УЗИ) по показаниям при отсутствии необходимости срочного родорозрждения.*



# АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

В случае, когда после 35-36 недель беременности, край плаценты находится более чем на 20 мм от внутреннего зева – с высокой вероятностью можно прогнозировать успешные вагинальные роды

# АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

Если внутренний зев перекрыт плацентой после 35-36 недель беременности ( $> 0-20\text{мм}$ ) это является показанием к операции КС

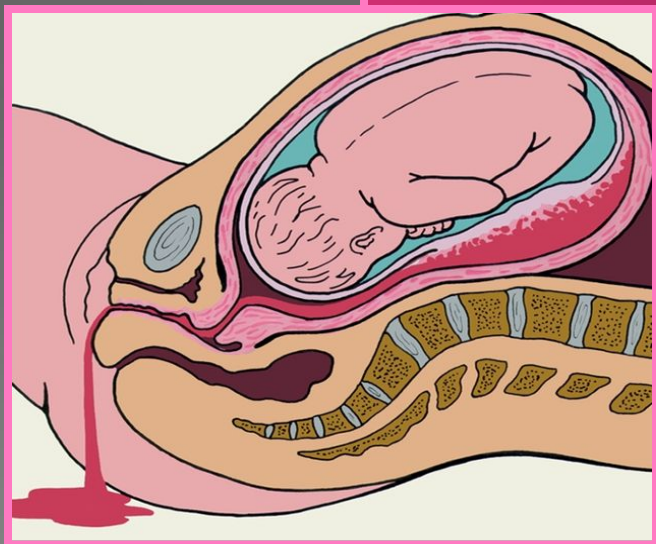


# АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

Плановое КС в случае предлежания плаценты  
и отсутствии симптомов кровотечения  
.рекомендуют проводить в 38-39 недель

При ожидании патологического прикрепления  
.плаценты в 36-37 недель беременности

***ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ  
ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО  
РАСПОЛОЖЕННОЙ  
ПЛАЦЕНТЫ***

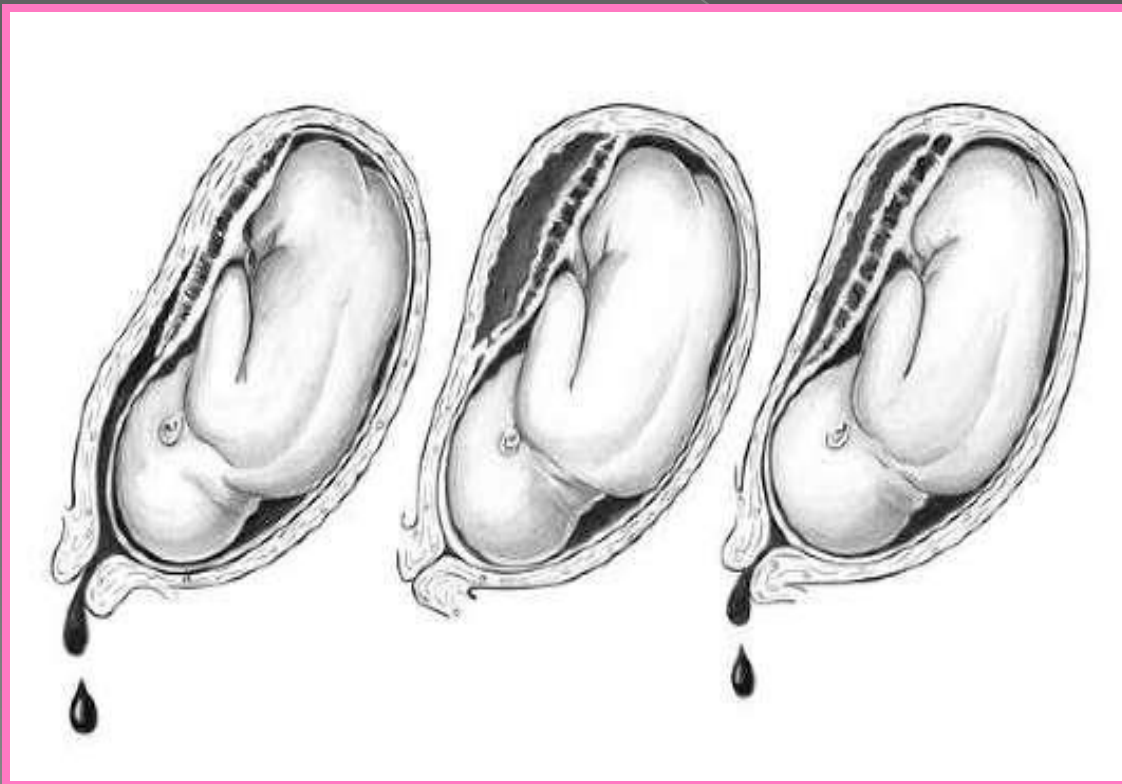


# Классификация

Полная отслойка  
(отслойка всей плаценты)

Частичная  
отслойка:

- краевое
- центральное



# *Факторы риска:*

## **сосудистый**

(васкулопатия, ангиопатия плацентарного ложа, поверхностная инвазия цитотрофобласта в неполноценный эндометрий)

## **гемостатический (тромбофилия)**

**механический (травма, акушерские осложнения и манипуляции)**

# ДИАГНОСТИКА

## Болевой синдром

острая боль в проекции локализации плаценты, которая затем распространяется на всю матку, поясницу, спину и становится диффузной.

При отслойке плаценты, расположенной по задней стенке, боль может имитировать почечную колику.

# ДИАГНОСТИКА

Гипертонус матки до тетании, не снимается спазмолитиками, токолитиками.

Кровотечение из влагалища может варьировать в зависимости от степени тяжести и характера (краевая или центральная отслойка) от незначительной до массивной.

Если формируется ретроплацентарная гематома, наружное кровотечение может отсутствовать.

# ДИАГНОСТИКА

## Ультразвуковое сканирование

Не является методом  
диагностики!



УЗИ признаки отслойки плаценты имеет низкую прогностическую ценность (ретроплацентарная эхоосвещенность, аномальное утолщение плаценты, «порванный» край плаценты) (*Healy DL., 2010; Rodger MA, 2010*).

Отсутствие ретроплацентарной гематомы на УЗИ не исключает отслойку плаценты.

# *Акушерское исследование*

## Наружное акушерское исследование:

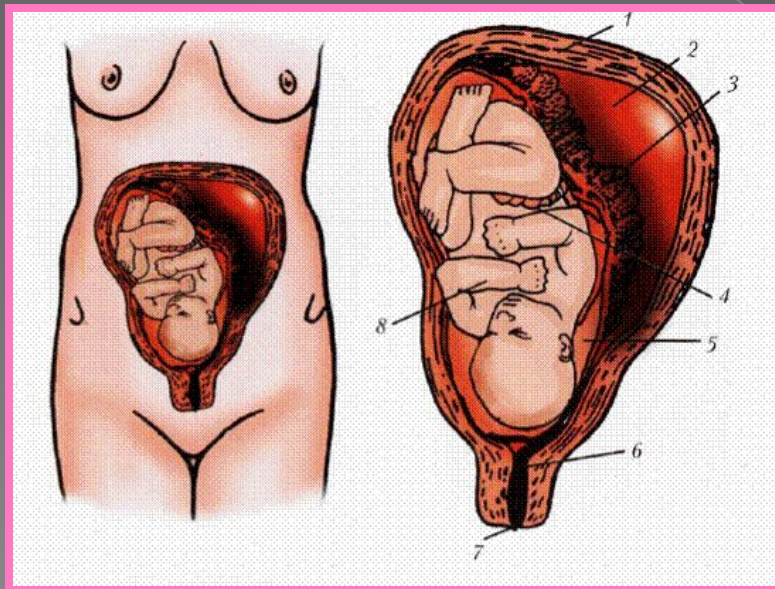
- гипертонус матки;
- матка увеличена в размерах, может быть деформирована с локальным выпячиванием, если плацента расположена по передней стенке;
- болезненность при пальпации;
- затруднение или невозможность пальпации и аускультации сердцебиения плода;
- появление симптомов дистресса плода или его гибель.



# Акушерское исследование

## Внутреннее исследование:

- напряженность плодного пузыря;
- при излитии околоплодных вод – возможно их окраска кровью;
- кровотечение различной интенсивности из матки.



# АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

При прогрессировании ПОНРП во время беременности или в первом периоде родов, при появлении симптомов геморрагического шока, ДВС-синдрома, признаков дистресса плода, независимо от срока беременности – срочное .родоразрешение путем кесарева сечения

# АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

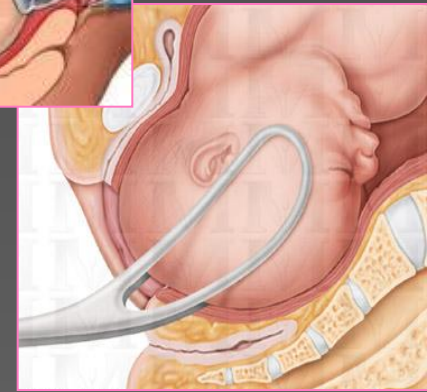
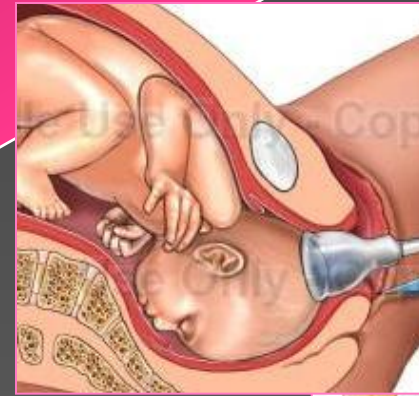


При непрогрессирующим отслойке  
плаценты возможно динамическое  
наблюдение при недоношенной  
.беременности до 34 недель

Проводится мониторинговое наблюдение за  
состоянием беременной и плода, КТГ,  
.УЗИ в динамике

.Токолитики противопоказаны

# АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА



## *II период родов*

Амниотомия

Головное предлежание – наложение акушерских щипцов или  
;вакуум-экстрактора

;Тазовое предлежание – кесарево сечение

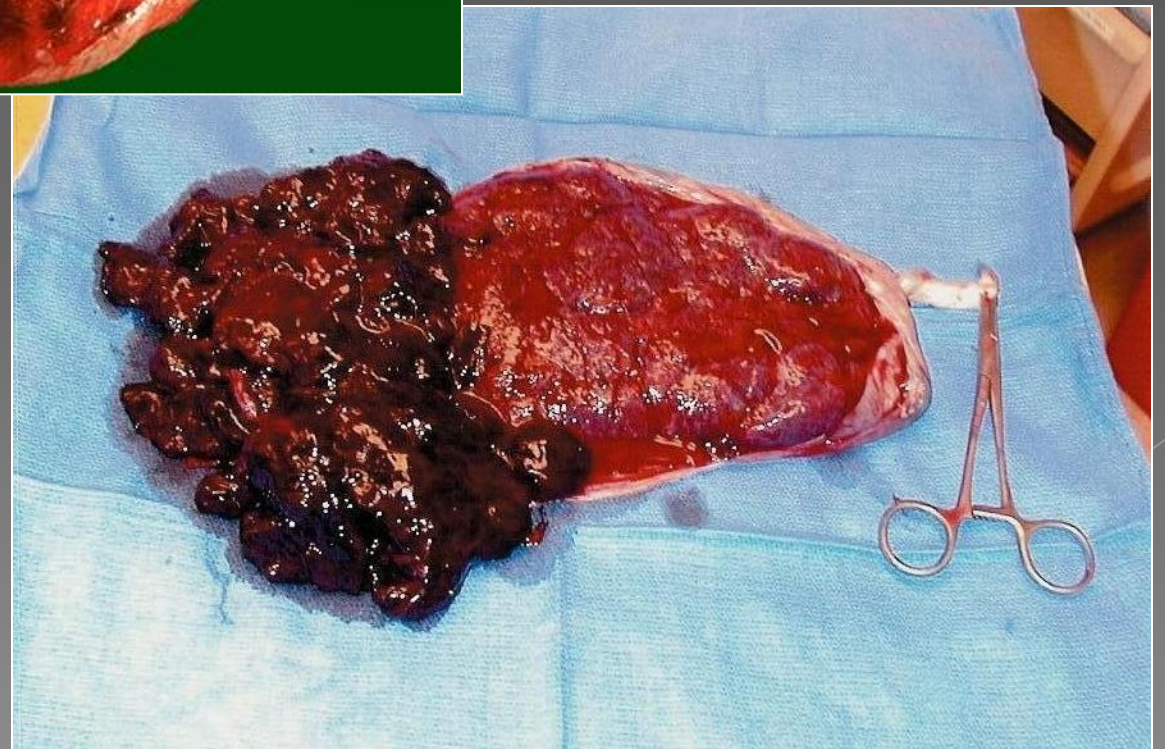
При поперечном положении второго двойни плода выполняется  
акушерский поворот с экстракцией плода за ножку. В некоторых

;случаях более надежным будет кесарево сечение

;Ручное отделение плаценты и удаление последа, ревизия матки

Сокращающие средства - в/в 10 ЕД окситоцина, 800 мкг  
мизопростола (ректально); ергометрин 0,5 мг; карбетоцин 100

;мкг в/в



Кровь из ретроплацентарной гематомы пропитывает стенку матки и формирует матку Кувелера (маточно-плацентарная апоплексия), которая теряет способность сокращаться, что ведет к развитию кровотечения и массивной кровопотери за счет коагулопатии и гипотонии.



A.  
Couvellair  
e

Обязательное ревизия стенок матки (особенно внешняя поверхность) с целью исключения маточно-плацентарной апоплексии

В случае диагностирования матки Кувелера – экстирпация матки без придатков

При небольшой площади апоплексии – 2-3 очага малого диаметра 1-2 см , или одно – до 3 см ), и способности матки к сокращению, отсутствие кровотечения и признаков ДВС-синдрома, при необходимости сохранить детородную функцию (первые роды, мертвый плод), консилиум решается вопрос о сохранении матки

Хирурги наблюдают некоторое время (10-20 мин). При открытой брюшной полости за состоянием матки и при отсутствии кровотечения дренируют брюшную полость для контроля гемостаза



*Благодарю  
за внимание!*

