

Кровотечения 2

Лекция : Кровотечения 2

Классификация (этиологическая) кровотечений

1. Кровотечения во время беременности.

а) в ранних сроках (до 22 нед);

б) в поздних сроках.

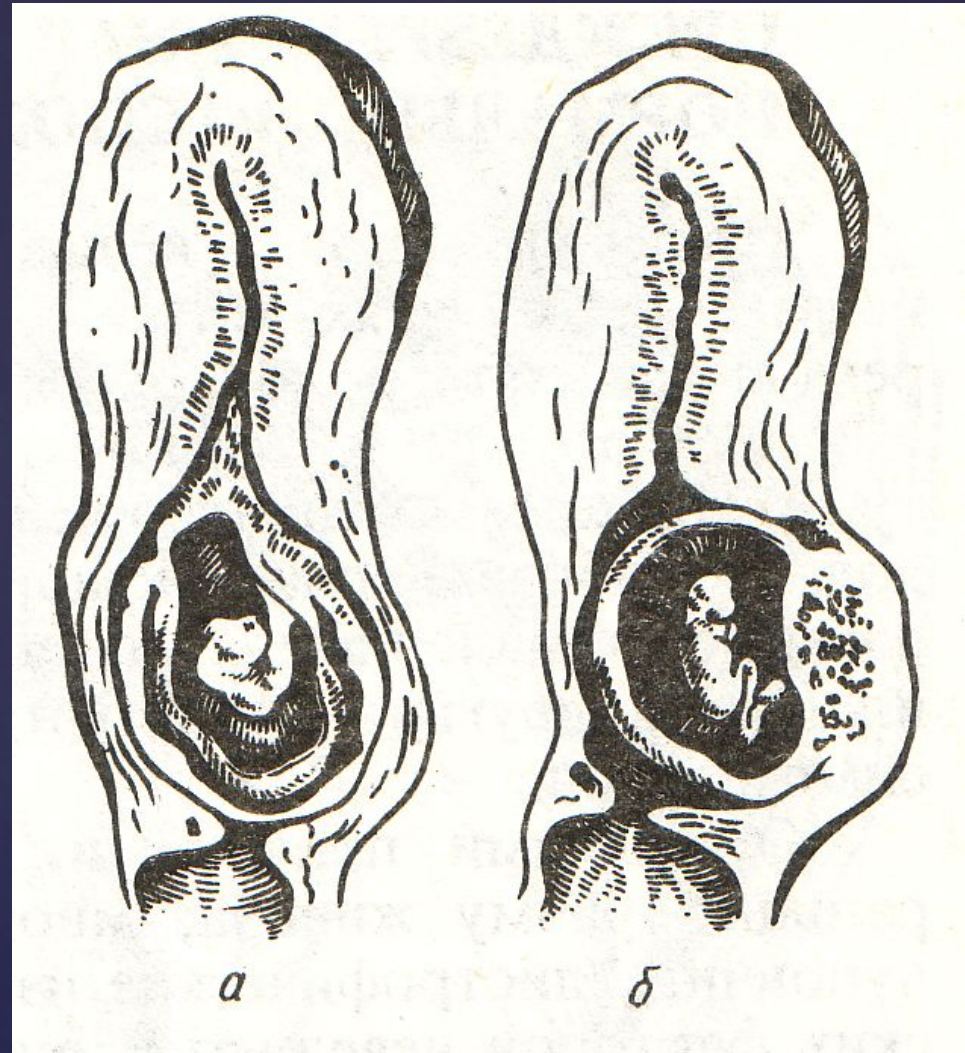
2. Кровотечения в родах.

3. Послеродовые кровотечения.

Лекция : Кровотечения 2

Причины :

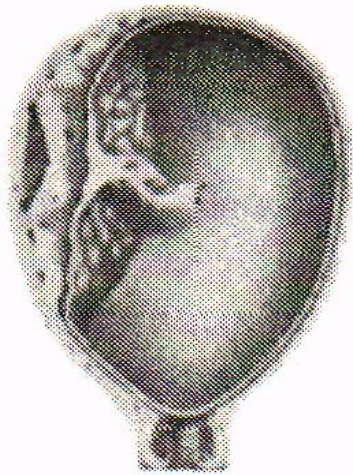
1. Кровотечений в ранние сроки:
 - выкидыш;
 - шеечная беременность.



Лекция : Кровотечения 2

2. В поздние сроки беременности:

- предлежание плаценты;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП);
- разрывы матки.



Частичная отслойка
с образованием ретро-
плацентарной гематомы



Частичная отслойка
с наружным кровотечением

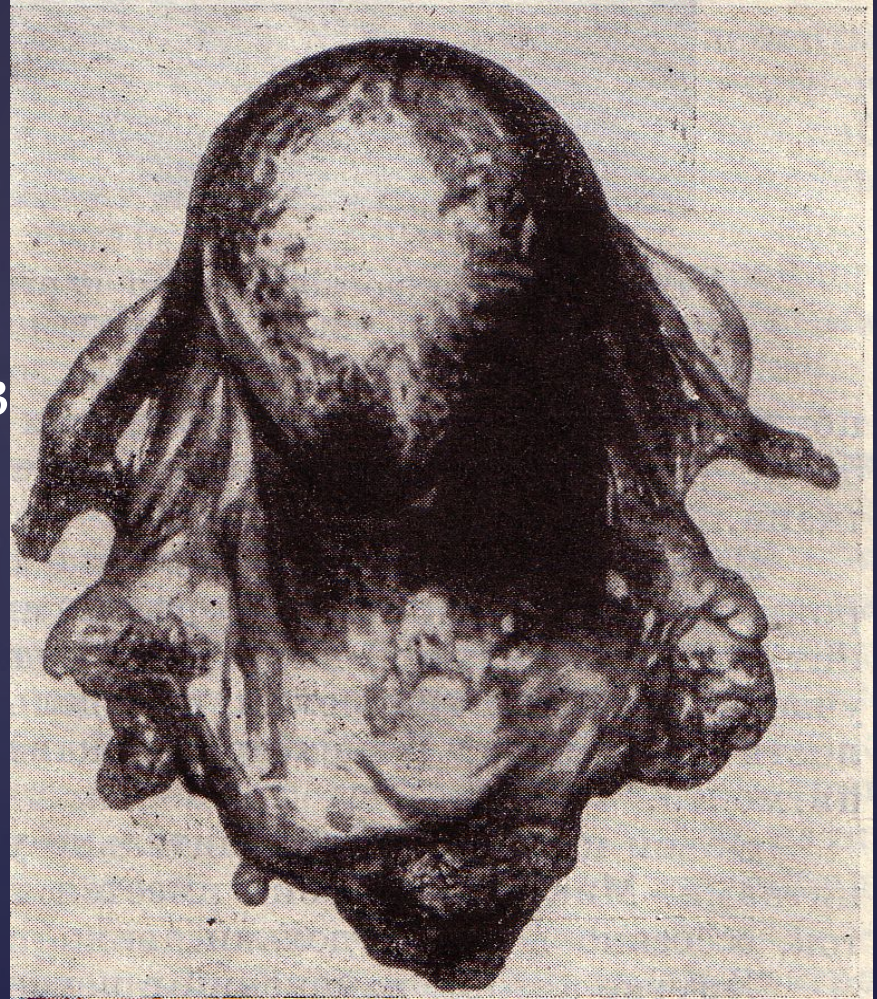


Полная отслойка с обра-
зованием ретроплацен-
тарной гематомы

Лекция : Кровотечения 2

3. В родах:

- ПОНРП в 1 и 2 периоде родов;
- приращение плаценты в 3 периоде родов;
- разрыв матки в родах;
- опухоли влагалища, шейки матки, наружных половых органов; И варикозное расширение вен влагалища и тд.



4. В раннем послеродовом периоде:

- гипотония матки
- атония матки
- разрывы матки, шейки матки, влагалища, половых губ
- дефекты гемостаза

Кровотечения в поздние сроки беременности

- 📄 Кровянистые выделения в сроке более 22 недель никогда не являются симптомом преждевременных родов, это всегда симптом патологии плаценты
- 📄 До 22 недель - это может быть симптом угрожающего выкидыша

Лекция : Кровотечения 2

ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

(аномалия расположения плаценты)

плодное яйцо имплантируется в шейке
матки



прорастание ворсин хориона через все слои
шейки матки вплоть до мышечного и
серозного слоя



кровотечения в очень раннем сроке
беременности.

Лекция : Кровотечения 2

Ps: шейка матки

гипертрофированна,
бочкообразной формы,
имеется выраженный её
цианоз; эксцентричное
расположение наружного
зева; может быть
деформация шейки
плодным яйцом.

Лечение: экстирпация матки
(удаление и тела, и шейки
матки), придатки
удаляются по показаниям.



В норме плацента расположена в дне матки или на какой-либо стенке матки (лучше на задней),

но нижний край плаценты должен быть выше уровня внутреннего зева на 7 см.

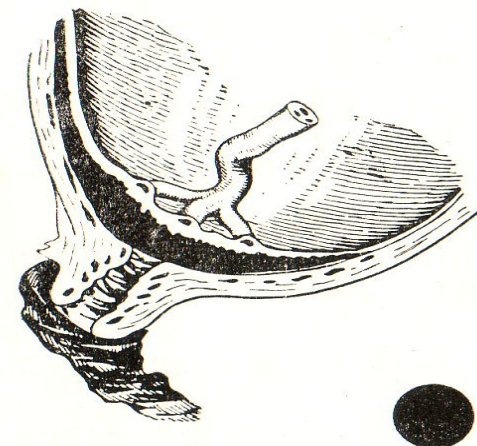
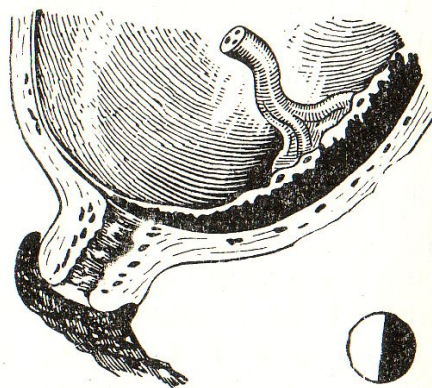
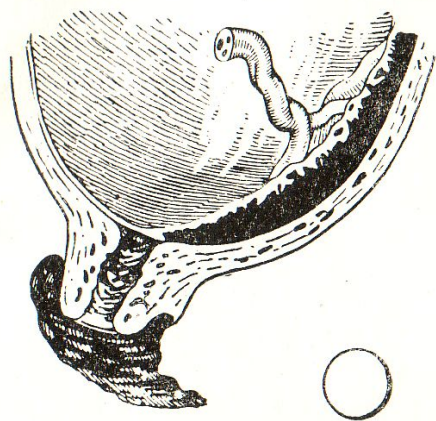
Если он ниже 7 см –низкое расположение плаценты.

Лекция : Кровотечения 2

Лекция : Кровотечения 2

Если край плаценты частично или полностью перекрывает внутренний зев - предлежание плаценты

- полностью перекрыт - полное (центральное) предлежание плаценты
- не полностью - неполное предлежание плаценты (боковое или краевое).



Симптомы	Предлежание плаценты	ПОНРП
Анамнез	<ul style="list-style-type: none">✓ <u>аборты</u>✓ ОАА (обязательно) → рубец → плодное яйцо оседает на внутреннем зеве → предлежание плаценты✓ <u>хронический эндометрит</u>	<p><u>сочетанный гестоз</u> на фоне ГБ, сахарного диабета (т.е. есть изменение стенки сосудов ↓ Хр. ДВС-синдром ↓ подострый и острый ДВС ↓ кровоизлияния и ПОНРП</p>

Симптомы	Предлежание плаценты	ПОНРП
Кровотечение	<ul style="list-style-type: none">✓ Кровотечение всегда наружное,✓ Кровь всегда алая✓ Тяжесть состояния женщины <p style="text-align: center;">Зависит ↓ от степени кровотечения</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Кровотечение - неповторяющееся,✓ может быть как внутренним, так и наружновнутренним ✓ тяжесть состояния не зависит от степени наружного кровотечения

✓ **характерны**

повторяющиеся

скудные или

умеренные

кровянистые

выделения

✓ **чем центральнее**

предлежание

плаценты, тем в

более раннем сроке

начинается

кровотечение и

становится

обильным

✓ **кровянистых**

выделении на фоне

клиники анемии

может не быть

✓ **это связано с**

формированием

ретроплацентарной

гематомы (между

стенкой матки и

плацентой);

✓ **кровь тёмная или**

алая

Декция
Боли

: Кровотечения 2
Боли нет!

• пальпация матки
безболезненна

• Локальная болезненность в
месте отслойки,
• Матка в гипертонусе и не
расслабляется,
• пальпация её болезненна,
• выпячивание брюшной
стенки (за счёт
ретроплацентарной
гематомы)

• Может быть болевой шок!

<p>Наружное акушерское исследование</p>	<ul style="list-style-type: none">•матка мягкая•определяется положение и предлежание плода• чаще предлежание косое, поперечное, тазовое	<ul style="list-style-type: none">•Матка в гипертонусе•Положение и предлежание плода не определяется
<p>сердцебиение плода</p>	<ul style="list-style-type: none">•страдает поздно	<ul style="list-style-type: none">•страдает рано•прогрессирует с увеличением степени отслойки

в роддоме высокой степени риска!)

влагалищное исследование	•определяем насколько перекрывает внутренний зев	•определяется предлежащая часть (плацента не определяется) •амниотомия для уменьшения дальнейшего прогрессирования отслойки плаценты
УЗИ	•вид предлежания плаценты (центральное, боковое, краевое)	•ретроплацентарная гематома (5 x 5 см)

тактика врача
женской
консультации

1. Выяснение анамнеза.
2. Осмотр в зеркалах для исключения «шеечных» причин кровотечения.
3. Производство **влагалищного исследования** врачу женской консультации **противопоказано** (только в условиях операционной, так как оно может усилить отслойку плаценты).
4. Вызов скорой помощи и госпитализация в стационар высокой степени риска.
5. Сообщить в род дом о доставке женщины с подозрением на предлежание плаценты или ПОНРП. 6. Инфузионно-гемотрансфузионная терапия.

Игла в вене !

Тактика
врача
стационара

Зависит от степени
наружного кровотечения:

1. Скудные, мажущие
кровянистые
выделения —
беременность
продолжается
2. Умеренные кровянистые
выделения —
беременность
возможно
продолжить при
строгом постельном
режиме, под
наблюдением врача.

Тактика зависит от диагноза!

ПОНРП



Беременность нужно
прервать

- ПОНРП во 2 периоде родов



немедленно наложить
акушерские щипцы

- ПОНРП во время
беременности



КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Лекция : Кровотечения 2

Тактика
врача
стационара

3. Повторяющиеся умеренные кровянистые выделения в течение 4 дней и более - прерывание беременности (КС)

4. Обильные кровянистые выделения →немедленное родоразрешение

Матка Кювелера –

- Матка синюшного (бордового) цвета вследствие пропитывания стенки матки содержимым ретроплацентарной гематомы,

- Матка дряблая, гипотоничная, не сокращается

Лекция : Кровотечения 2

Тактика
врача
стационара

5. **Центральное** предлежание плаценты - абсолютное показание к КС,
6. **Боковое и краевое** - относительные (тактика определяется степенью кровотечения)

Обязательно
удаление матки !!

Если не удалить
матку



развивается
ДВС-синдром



коагулопатическое
кровотечение

При **центральном**
предлежании возможно
продолжить
беременность



(женщина всю
беременность находится
в стационаре)



досрочное
родоразрешение путём
операции КС
в сроке 37 недель

•Иногда диагноз
ПОНРП ставят после
родов при осмотре
плаценты :
ретроплацентарный
сгусток

• При неполном предлежании возможны роды через естественные родовые пути, но чаще - КС

При полной отслойке плаценты и внутриутробной гибели плода может быть выполнена



операция ПОРРО -
экстирпация матки вместе с плодом

Немая отслойка :

- УЗИ
- Госпитализация
- Контроль УЗИ через 2-3 дня

ПРИРАЩЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

аномалия прикрепления

- ❏ При нормальном прикреплении плаценты ворсины хориона находятся в функциональном слое эндометрия.
- ❏ Если ворсины, пройдя весь функциональный слой, прикрепляется к базальной мембране - ложное приращение плаценты.
- ❏ Если ворсины достигли миометрия, периметрия или брюшной полости - истинное приращение плаценты.

Приращение может быть полным (вся плацента) и неполным (часть плаценты).

Плацентез приращенная плацентой.

ворсины, развиваясь попадают на
рубец и «начинает искать себе
другое место»



выходят в миометрий,
а если и там рубец - в брюшную
полость.

Основным симптомом
приращения плаценты является
кровотечение в 3 периоде родов.

Лекция : Кровотечения 2

Тактика врача: определить наличие признаков отделения плаценты.

«Положительные»



способы выделения отделившегося последа



Если признаки отделения «Отрицательные»



Ручное отделение плаценты и выделения последа



если это удаётся –

«ложное» приращение плаценты

Тактика врача:

Если вручную не удаётся удалить плаценту



«ИСТИННОЕ»

приращения плаценты



в экстренном порядке

экстирпация матки

Причины:

1. Атония матки - полное отсутствие сократительной деятельности матки
2. Гипотония матки - матка реагирует на лечебные мероприятия, но сокращения её непродолжительны, вскоре она вновь расслабляется

Причины гипотонии и атонии.

1. Отягощённый акушерский анамнез (ОАА, аборты)
2. Гестоз → гипоксия всех тканей, в том числе и матки → снижение сократительной функции миометрия.
3. Задержка частей последа в матке (поэтому обязателен осмотр последа на целостность).
4. Хронические воспалительные заболевания матки.
5. Крупный плод, многоплодие, многоводие.
6. Аномалии родовой деятельности (родоусиление).

1. Катетеризация мочевого пузыря

2. Наружный массаж матки

3. Внутривенно **утеротоники**

Последовательность мероприятий
(сокращающие матку средства)

по борьбе с гипотоническим
Если это не помогло (кровоотечение
кровоотечением
не останавливается)

то женщине даём наркоз и далее:



1. 1-е исследование
полости матки (для
определения оставшихся
в полости матки долек).

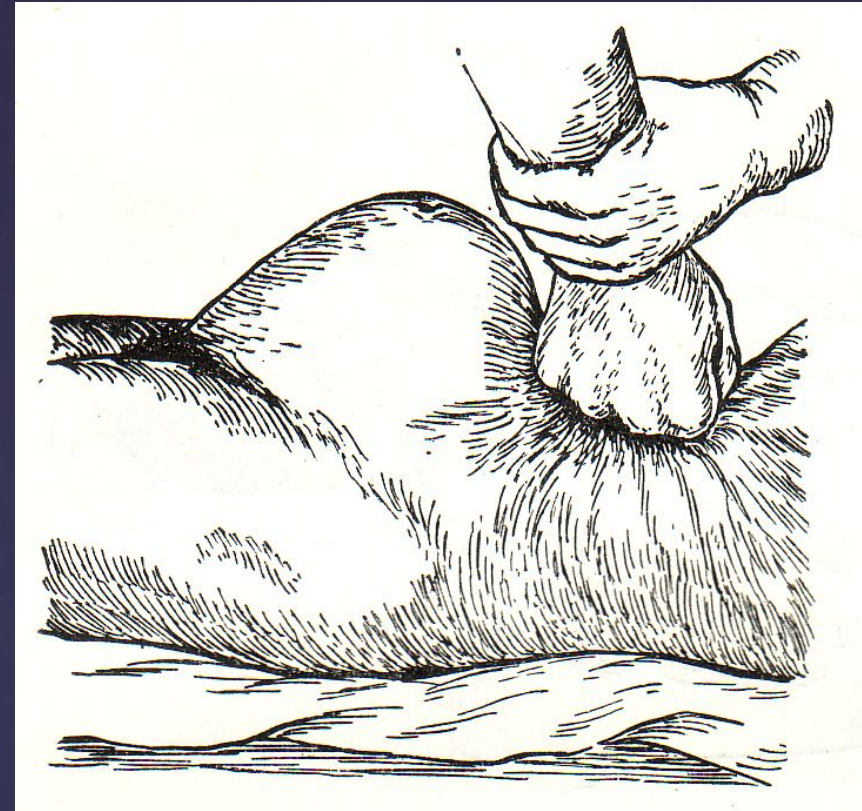
6. Если дольку не нашли -
осторожно массаж матки
на кулаке

6. Если 6 неэффективно -
экстирпация или
надвлагалищная
ампутация матки

Лекция : Кровотечения 2

8. На время подготовки женщины к операции могут быть применены способы временной остановки кровотечения:

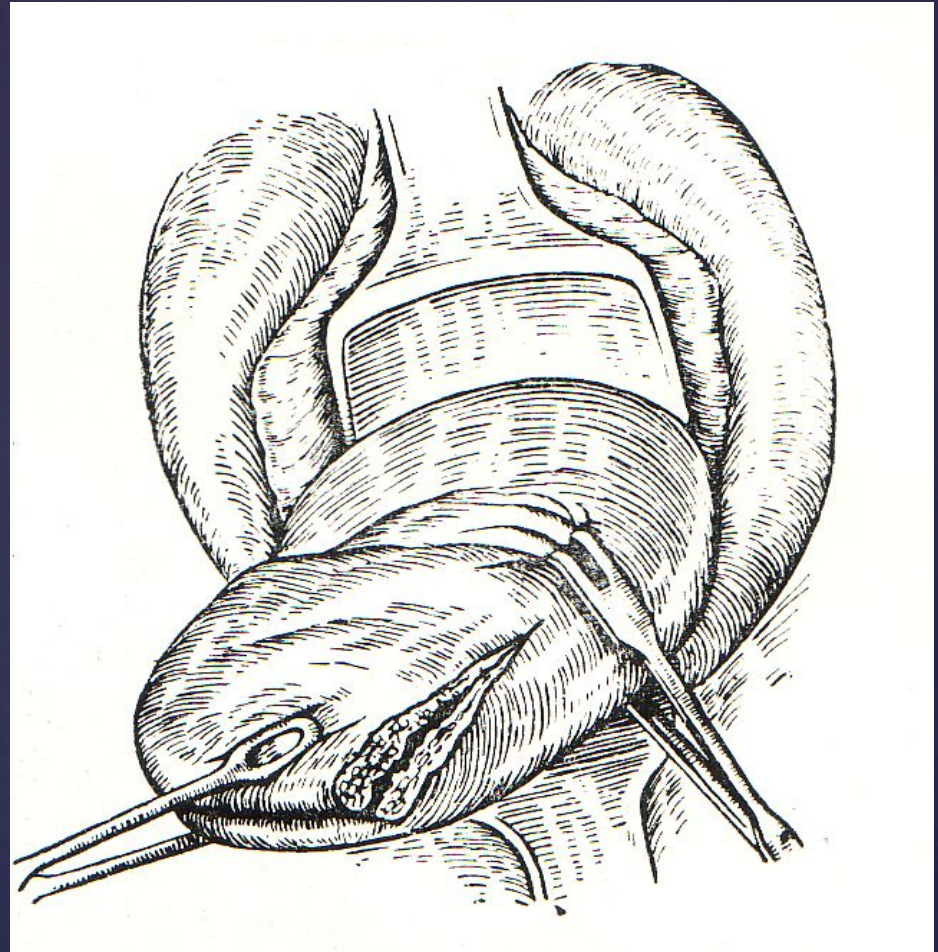
- прижатие абдоминального отдела аорты кулаком



Лекция : Кровотечения клеммирование

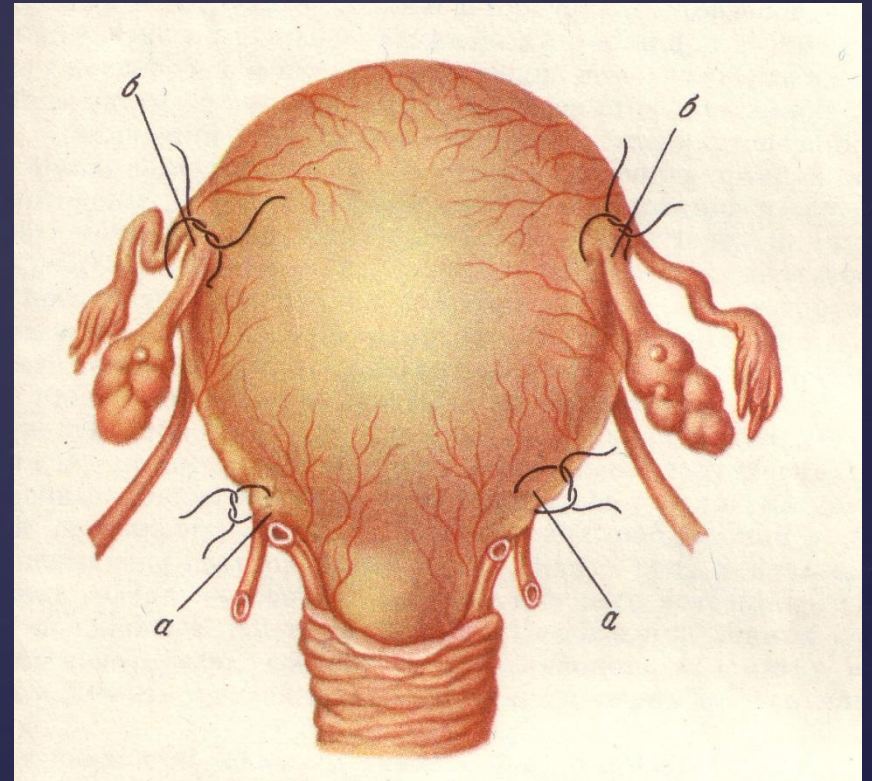
матки (клеммы по
Башкееву,
Васильеву, **Генкелю-
Тиканадзе**,
Квантилиани);

- электростимуляция
матки по Чиладзе;
- шов по Лосицкой;



лапаротомия с перевязкой
яичниковых сосудов по
Цицишвили;

- тампон с эфиром в
задний свод
влагалища



9. **Операция** (при массивной кровопотере, геморрагическом шоке, тяжёлом состоянии женщины) может проводиться в 3 этапа:

1. лапаротомия, остановка кровотечения (лигирование, перевязка маточных и яичниковых сосудов);
2. интенсивная терапия и реанимация;
3. собственно экстирпация матки.

Лекция : Кровотечения 2

Лекция : Кровотечения 2

10. Если кровотечение продолжается, то проводится перевязка внутренних подвздошных артерий

Лекция : Кровотечения 2

В борьбе с гипотоническим кровотечением очень важно соблюдать:

1. последовательность мероприятий,
2. чёткую организацию работы,
3. необходима постоянная готовность к

оказанию необходимой помощи (В

ТОМ ЧИСЛЕ И

ОПЕРАТИВНОЙ)

1. Выскабливание матки категорически запрещено.
2. Параллельно акушерской тактике проводится инфузионно-трансфузионная терапия.
3. Тампонада матки не применяется.
4. Холод на низ живота в интермиттирующем режиме (применяется и для профилактики кровотечений), особенно у женщин из групп риска.

Лекция : Кровотечения 2

Спасибо за внимание!

