

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ

- Частота кровотечений в последовом периоде колеблется в пределах 3-5 % по отношению ко всем родам.
- Внимание ! Остановка кровотечения происходит за счет ретракции волокон миометрия, при этом происходит разрыв губчатого слоя децидуальной оболочки и отслойка плаценты. В том случае, если есть причины, препятствующие нормальному сокращению матки, развивается патологическая кровопотеря.

Этиология кровотечения в последовом периоде:

- 1.Пониженный тонус матки (опухоли, рубцы, хронический метроэндометрит, частые аборт) или аномалии развития матки, чрезмерное растяжение матки
- 2.Затяжное течение родов (аномалии родовой деятельности)
- 3.Частичное плотное или интимное прикрепление плаценты, когда ворсины хориона прорастают базальный слой слизистой стенки матки, но не доходят до мышцы матки.
- 4.Частичное истинное прикрепление плаценты - ворсины хориона прорастают мышцу матки.
- 5.Обширная плацента (прогестероновый блок матки), добавочная долька .
- 6.Нерациональное ведение последового периода.
- 7.Спазм шейки матки и/или нижнего сегмента и ущемление последа.
- 8. Низкое прикрепление плаценты, предлежание плаценты

Клиника

- Увеличение продолжительности последового периода более 30 минут и (или) появление кровотечения.
- При оценке значимости кровопотери для каждой роженицы необходимо исходить из следующих параметров: 250 мл или 0.2 % к массе тела - физиологическая кровопотеря, 250-400 мл - пограничная кровопотеря- (0.3 -0.5 % к массе тела); более 400 мл - патологическая кровопотеря- от 0,5 до 0,7 %
- Массивная кровопотеря (0.8- 1 % к массе тела).

Тактика

- При кровотечении, слегка превышающем физиологическую норму и появлении признаков отделения последа (признак Шредера- изменение формы и смещение матки вправо; признак Альфельда -пуповина после отделения последа спускается на 10-12 см ниже; признак Чукалова- надавливание ребром ладони над лоном) - произвести его выделение по Абуладзе, по Креде. Ввести утеротонические средства.
- При задержке выделения последа за счет спазма внутреннего зева - наркоз, спазмолитики.

Тактика

- При отсутствии признаков отделения плаценты – операция ручного отделения и выделения плаценты

Аномалии прикрепления плаценты

- Плотное прикрепление – ворсины хориона на выходят за пределы компактного слоя отпадающей оболочки, но плотно с ним соединены.
- Истинное приращение – губчатый слой отпадающей оболочки отсутствует, ворсины проникают в мышечный слой, прорастая его.

Аномалии прикрепления плаценты

- Плотное прикрепление плаценты и истинное ее приращение может быть полным и неполным.
- При полном прикреплении ли приращении плаценты, она не отделяется от стенки матки, кровотечения при этом нет. При частичном приращении или плотном прикреплении - имеет место обильное кровотечение.

Тактика

- Форму патологического прикрепления плаценты можно определить при попытке ее ручного отделения. При отсутствии кровотечения и признаков отслойки плаценты, показана операция ручного отделения и выделения плаценты

Тактика

- При частичном приращении плаценты обычно имеет место обильное маточное кровотечение.
- При плотном прикреплении плаценты ее удается отделить от стенки матки. При выявлении приращения плаценты показано срочное чревосечение и удаление матки. В процессе подготовки к операции показана гемотрансфузия и введение кровезаменителей, в частности, плазмы крови.

Тактика

- Обычно после чревосечения проводится операция субтотальной гистерэктомии.
- В последние годы появились сообщения об использовании метода эмболизации маточных артерий при этой патологии.

Эмболизация маточных артерий (ЭМА)

Неинвазивное лечение, сохраняющее матку¹

Маточные артерии доставляют приблизительно 94% крови к матке, нарушение кровотока через данные артерии уменьшает доставку крови к матке, что приводит к ее уменьшению кровопотери.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ (ЭМА)

В маточные артерии вводят триакрил-
желатиновые микросферы, для окклюзии сосудов¹

После введения развивается
длительная ишемия матки,
образуются тромбы в
сосудах миометрия, а в нем
самом развивается гипоксия¹

Тромбы в матке
растворяются после
перфузии миометрия за счет
коллатеральных артерий



1. Miller CE. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2009; 16:11-21