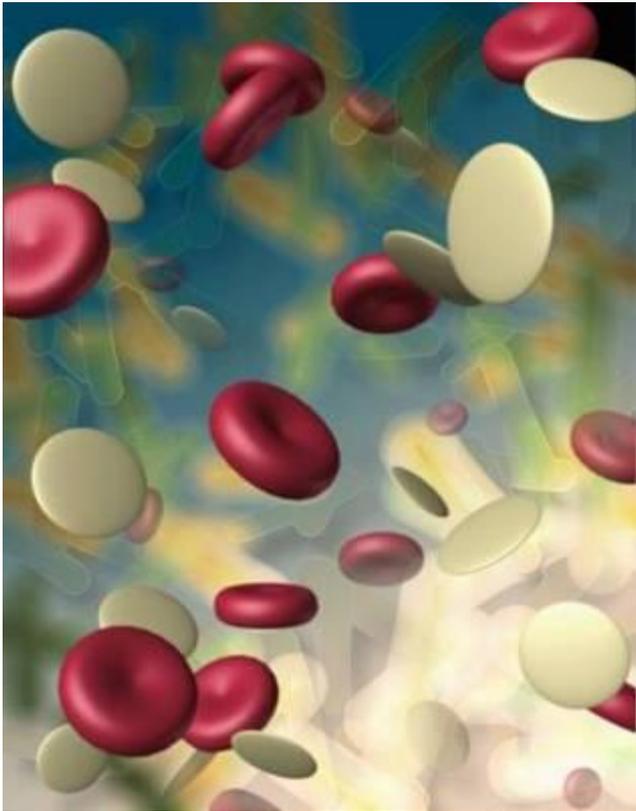


Кровотечения в родах и послеродовом периоде

Лекция 7

Кровопотеря в родах



- Физиологическая – до 0,5% от массы тела роженицы
- Патологическая (кровотечение) – более 0,5% от массы тела роженицы
- Массивная – $> 1\%$ от массы тела

Акушерские кровотечения в родах

- Общая частота – 2-3%
- Частота кровотечений от общего количества родов
 - в первом и втором периодах 0,5 -1%
 - в третьем периоде 1,5-2%



Причины кровотечений в первом и втором периодах родов



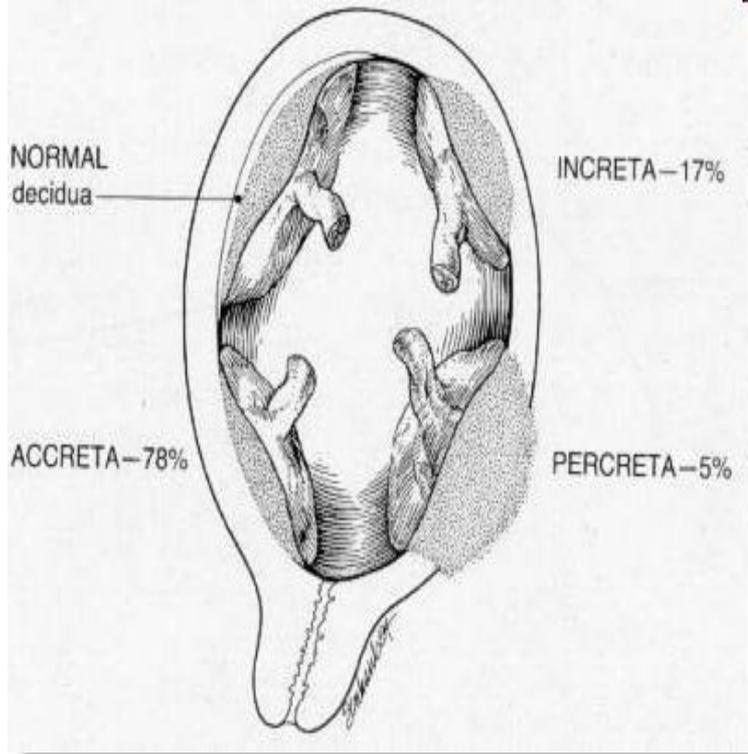
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Предлежание плаценты
- Разрыв матки
- Разрыв предлежащих сосудов

Причины кровотечений в третьем периоде родов

- Нарушения сократительной деятельности матки
- Патологическое прикрепление плаценты
- Травмы родовых путей
- Задержка последа в полости матки из-за спазма внутреннего зева
- Экстрагенитальные причины



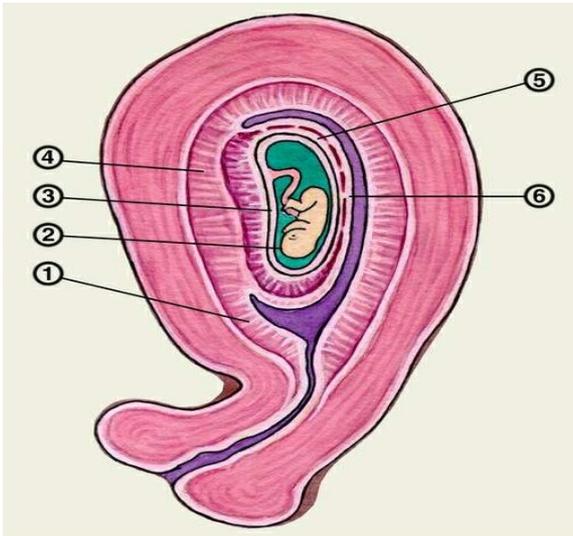
Патологическое прикрепление плаценты



- Плотное прикрепление плаценты (placenta adhaerens)
- Приращение плаценты:
 - placenta accreta
 - placenta increta
 - placenta percreta
- *Частичное или полное*

Децидуальная оболочка матки

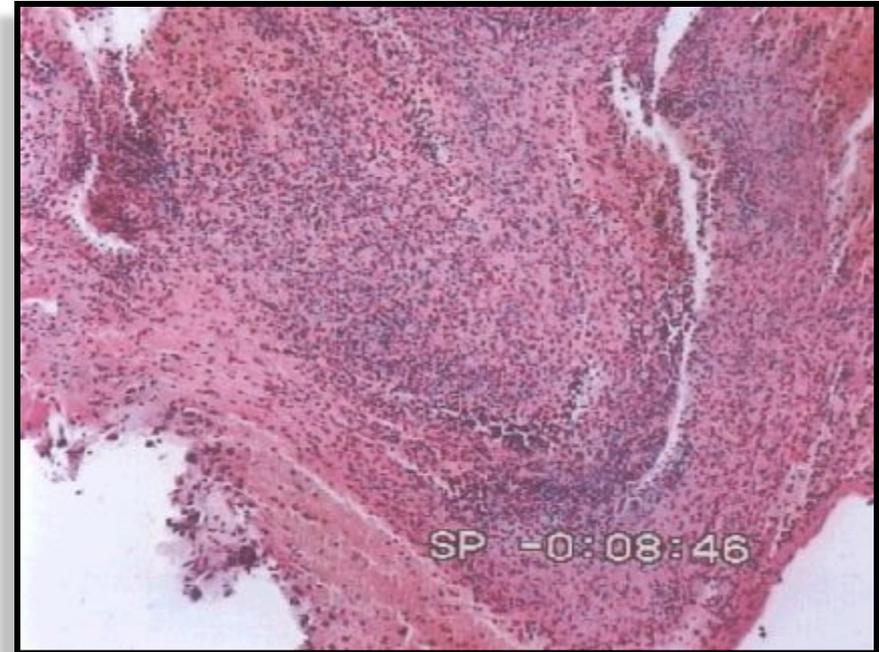
- Состоит из *париетальной, капсулярной* и *базальной* оболочек
- В базальной оболочке различают *губчатый* и *компактный* слой
- Компактный слой и цитотрофобласт ворсин хориона формируют *базальную пластину* плаценты
- Физиологическое отделение плаценты происходит на уровне губчатого слоя



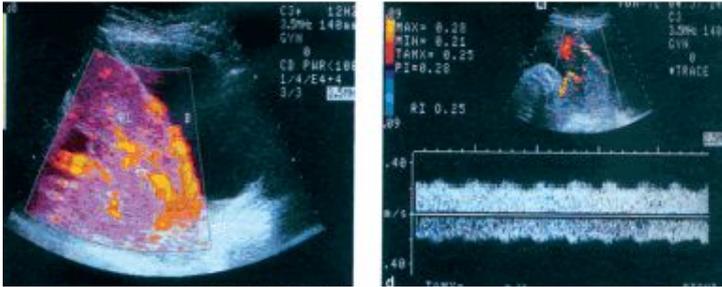
- 1 — *париетальная децидуальная оболочка;*
2 — *эмбрион;*
3 — *амнион;*
4 — *базальная децидуальная оболочка;*
5 — *хорион;*
6 — *капсулярная децидуальная оболочка.*

Этиология патологического прикрепления плаценты

- Изменение губчатого слоя (частичное или полное его отсутствие):
 - Воспалительные процессы в матке
 - Гипотрофия или атрофия эндометрия после оперативных вмешательств
 - Аномалии развития матки, миома матки
 - Повышенная активность ферментативных систем трофобласта



Патогенез патологического прикрепления плаценты



*Патологическое сосудистое
соединение плаценты с
мочевым пузырем*

- **Плотное прикрепление** – ворсины хориона срастаются с измененным губчатым слоем базальной децидуальной оболочки
- **Приращение** – ворсины хориона прилежат непосредственно к мышечному слою или проникают в его толщу вследствие атрофии губчатого слоя децидуальной оболочки.

Нарушение отделения плаценты

- Связано с особенностями строения и прикрепления плаценты:
 - Большая площадь плаценты
 - Относительно тонкая плацента
 - Аномальное дольчатое строение плаценты
 - Аномальная локализация плаценты



- 1 – поясная плацента;*
- 2 – головка плода;*
- 3 – животик плода*

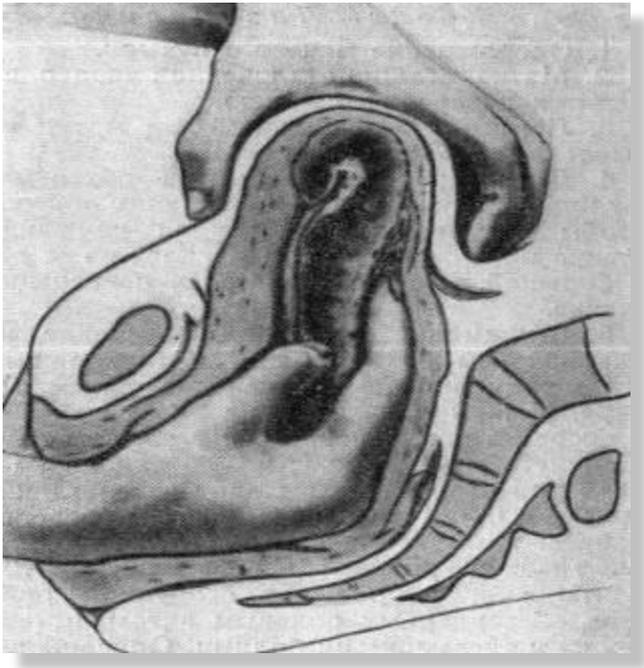
Клиника патологического прикрепления плаценты



- В третьем периоде родов
 - Отсутствие признаков отделения плаценты от стенки матки
 - При частичном патологическом прикреплении – кровотечение развивается всегда.
 - При полном прикреплении и приращении – кровотечение отсутствует.

Диагностика патологического прикрепления плаценты

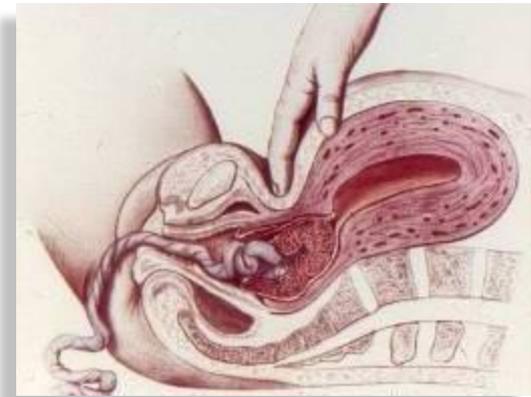
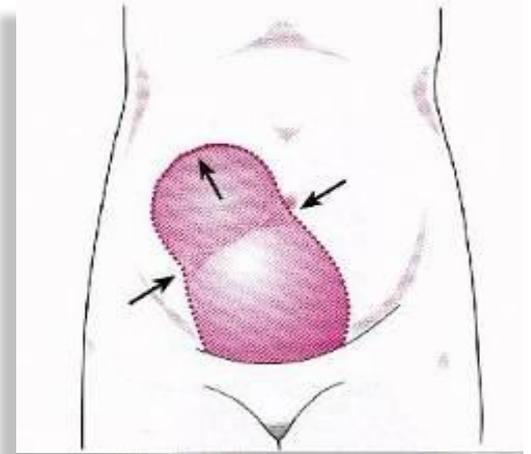
Во время операции ручного отделения плаценты и выделения последа.



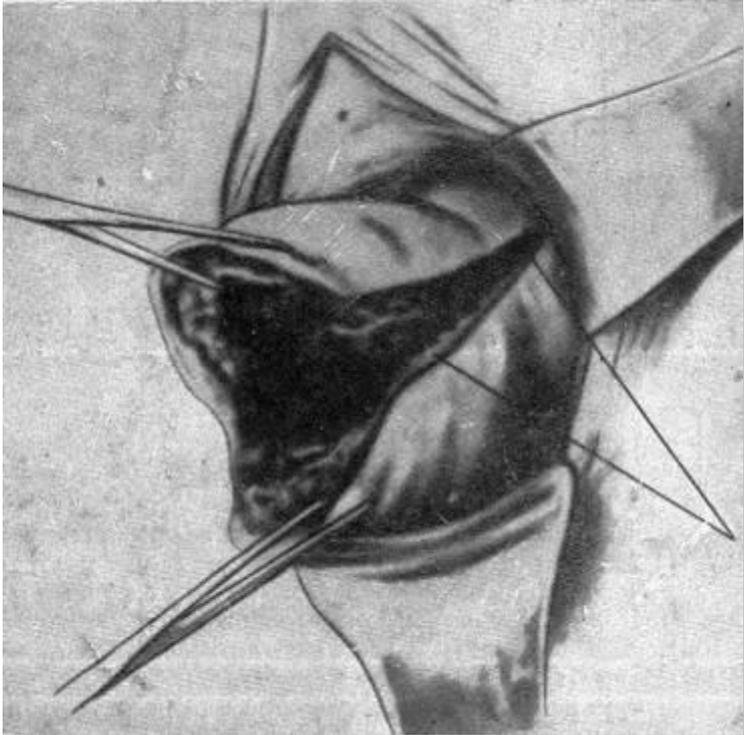
- **При плотном прикреплении**
 - Удастся рукой отделить и удалить все доли плаценты,
 - Кровотечение останавливается
- **При приращении**
 - Не удастся рукой отделить и удалить все доли плаценты,
 - Возникает обильное кровотечение,
 - Развивается атония матки.

Нарушение выделения последа

- Причина – неправильное ведение последового периода
- Механизм – развитие спазма шейки матки
- Признаки отделения плаценты от стенки матки положительные



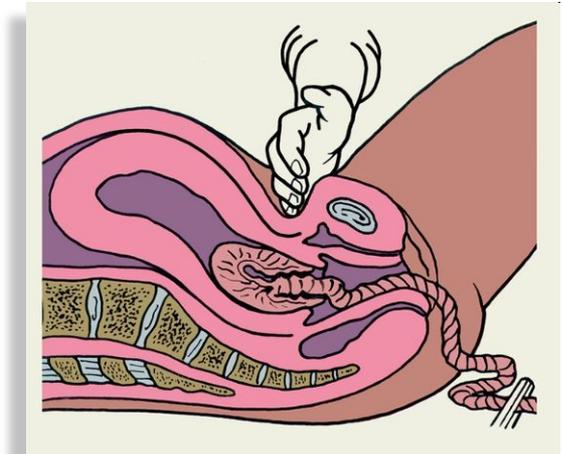
Клиника кровотечения при разрыве мягких родовых путей



- Кровотечение возникает сразу после рождения ребенка
- Матка плотная, хорошо сократившаяся
- Кровь не успевает свернуться и вытекает из половых путей жидкой струей яркого цвета

Действия врача в последовом периоде

- Не отходить от роженицы до окончания родов
- Контролировать процесс отделения плаценты и выделения последа
- Признаки отделения последа:
 - Микулича, Шредера, Альфельда, Клейна, Довженко, Кюстнера-Чукалова, Штрассмана



Тактика при кровотечении в третьем периоде родов



- Катетеризация мочевого пузыря
- Пункция или катетеризация локтевой вены
 - в/в струйно 0,5 мл метилэргометрина
 - в/в кап окситоцин 1мл (5 ЕД) в 400 мл 5% р-ра глюкозы со скоростью 10-15 кап в мин
- Инфузионная терапия для адекватного восполнения патологической кровопотери
- Определение признаков отделения плаценты

Тактика при кровотечении в третьем периоде родов

- Признаки отделения плаценты положительные:
 - приступить к выделению последа
 - самостоятельно
 - с помощью способов выделения последа (Абуладзе, Креде-Лазаревича)



Тактика при кровотечении в третьем периоде родов

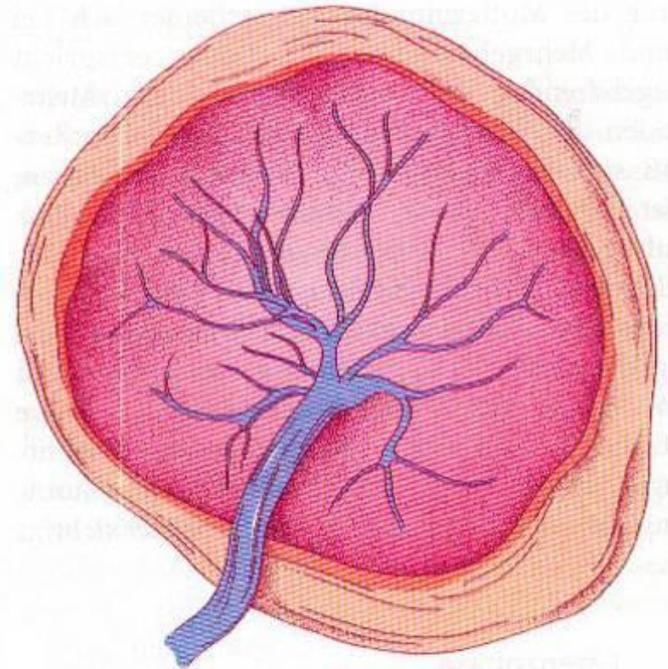
- Признаки отделения плаценты отрицательные:
 - ручное отделение плаценты и выделение последа
 - при приращении плаценты – экстирпация матки



Приращение плаценты

Ручное отделение плаценты и выделение последа

- Показания к проведению
 - отсутствие рождения плаценты в течение 30 минут
 - кровотечение в третьем периоде родов (300 мл и продолжается)



Тактика при кровотечении в третьем периоде родов



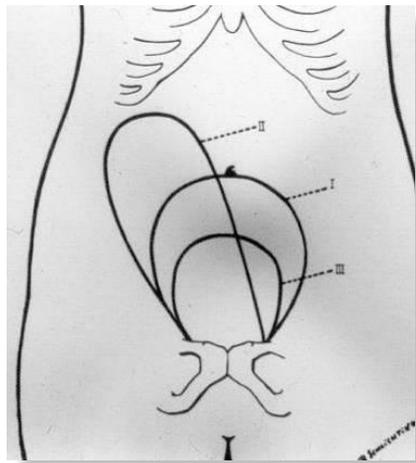
- Снятие спазма шейки матки возможно путем применения спазмолитических препаратов с последующим выделением последа
- После выделения последа проводят контроль за состоянием тонуса матки и продолжают введение утеротонических препаратов
- Тщательный осмотр последа
- Кровотечение из травм родовых путей останавливают после выделения последа

Для нормы беременности характерно

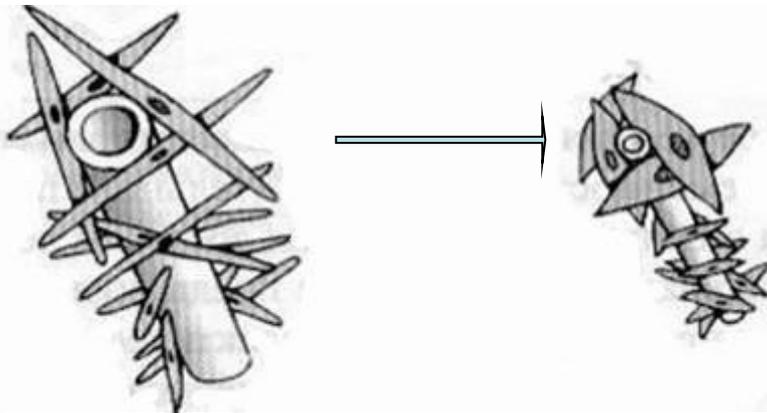
- Гиперволемиа
- Гипоосмолярное состояние
- Гиперкоагуляция
- Физиологический иммунодефицит
- Повышение активности фибриногена, протромбина, факторов свертывания (VII, VIII, X)
- Увеличение адгезивности тромбоцитов



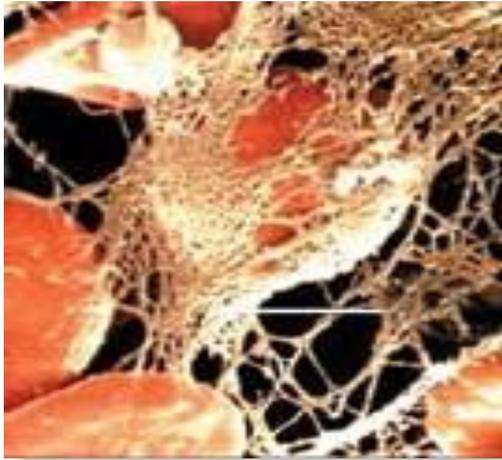
Физиологический гемостаз в послеродовом периоде



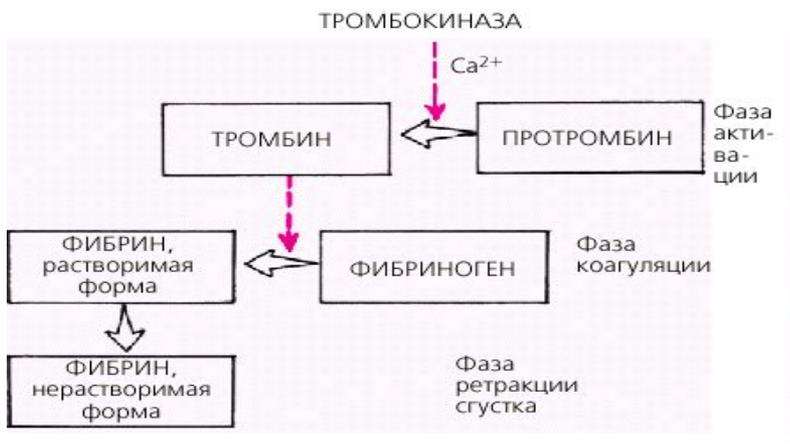
- Сокращение матки
- Сокращение спиралевидных сосудов плацентарной площадки
- Тромбообразование
- Снижение внутриматочного давления



Тромбообразование в родах определяется:



- Состоянием сосудистой стенки
- Плазменным компонентом – факторы свертывания и фибриноген
- Клеточным компонентом – тромбоциты
- Ингибиторами свертывания – АТ III
- Системой фибринолиза – фибриноген и фибрин лизируются плазмином



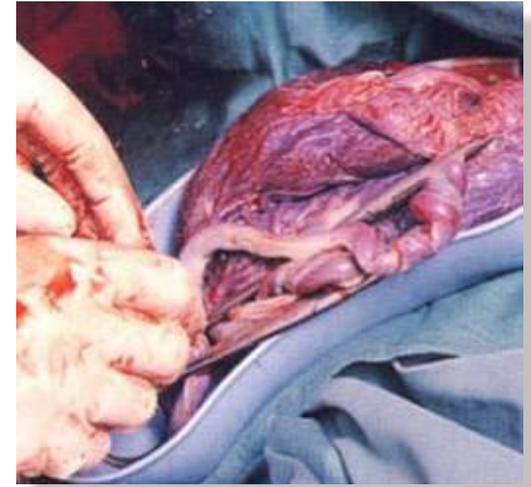
Послеродовые кровотечения

- Ранние
 - В первые 24 часа
- Поздние
 - через 24 часа, но не позднее 6 нед. после родов



Причины послеродовых кровотечений

- Маточные
 - Гипотония матки – 50-90%
 - Травмы матки – 20%
 - Дефект плаценты – 5-10%
- Другого происхождения
 - Повреждения родовых путей
 - Разрывы
 - Гематомы
 - Коагулопатии
 - болезнь Виллебранда
 - гемофилия
 - тромбоцитопения



Позднее послеродовое кровотечение

- Основные причины:
 - задержка частей плаценты в полости матки
 - метроэндометрит
 - коагулопатия



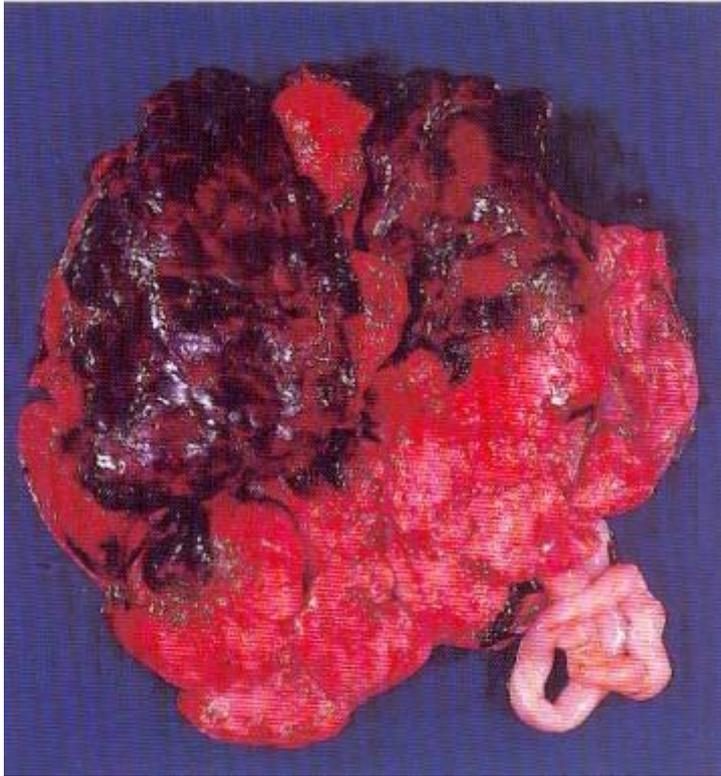
Факторы риска развития ГИПОТОНИИ МАТКИ

- Перерастяжение матки
- Аборты в анамнезе
- Высокий паритет родов
- Использование токолитиков
- Аномалии родовой деятельности



*Многоплодная беременность
(6 плодов)*

Факторы риска развития гипотонии матки



- Инфекция
- Преждевременная отслойка плаценты
- Длительные роды
- Использование окситоцина
- Общая анестезия
- Дефект последа
- Гипотония матки в анамнезе

Профилактика гипотонии матки

- Введение утеротонических средств
 - окситоцин 5-10 ЕД,
 - метилэргометрин 0,2 мг(1мл)
- Немедленное пережатие и пересечение пуповины
- Катетеризация мочевого пузыря
- Немедленное выделение последа после отделения плаценты



Первый клинический вариант гипотонии матки



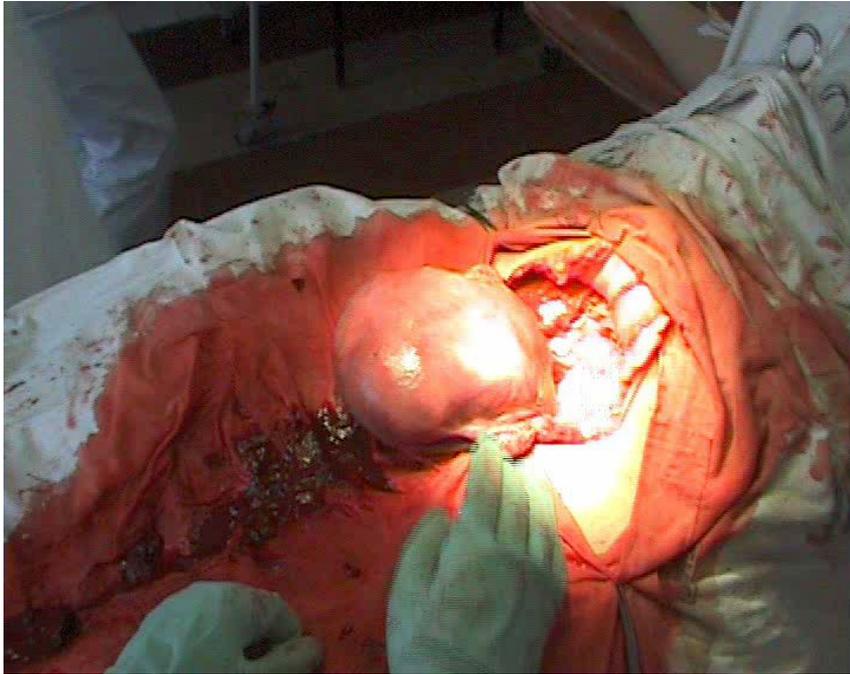
- Кровотечение массивное с самого начала
- Матка дряблая, вяло реагирует на введение утеротонических средств и манипуляции,
- Быстро прогрессирует гиповолемия
- Развивается геморрагический шок и ДВС-синдром
- Изменения в жизненно важных органах роженицы становятся необратимыми

Второй клинический вариант гипотонии матки

- Первоначальная кровопотеря небольшая
- Повторные кровотечения (по 150-250 мл)
- Кровотечение чередуется с эпизодами временного восстановления тонуса матки в ответ на консервативное лечение
- Происходит временная адаптация роженицы к развивающейся гиповолемии



Клиника атонии матки



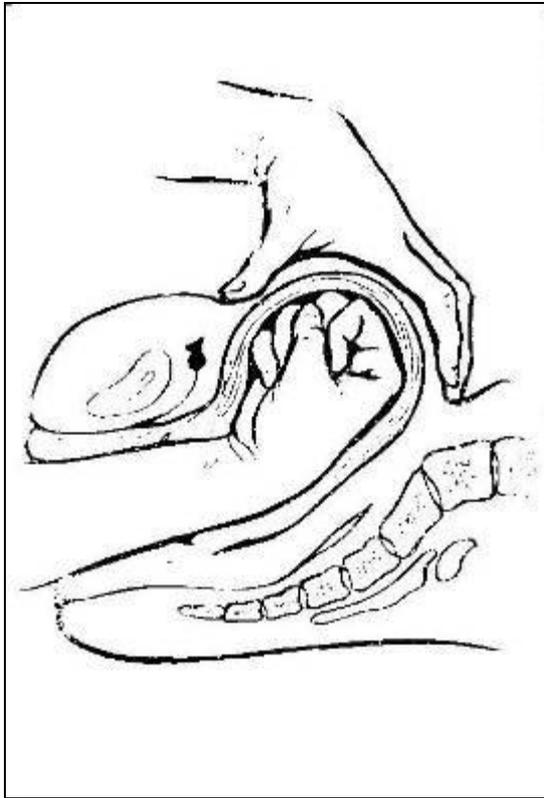
- Матка мягкая, дряблая,
- Дно матки доходит до мечевидного отростка
- Непрерывное и обильное кровотечение
- Быстрое развитие геморрагического шока

Принципы лечения гипо- и атонических кровотечений

- Максимально быстрая остановка кровотечения
- Предупреждение развития массивной кровопотери
- Восстановление дефицита ОЦК
- Недопущение снижения АД ниже критического уровня



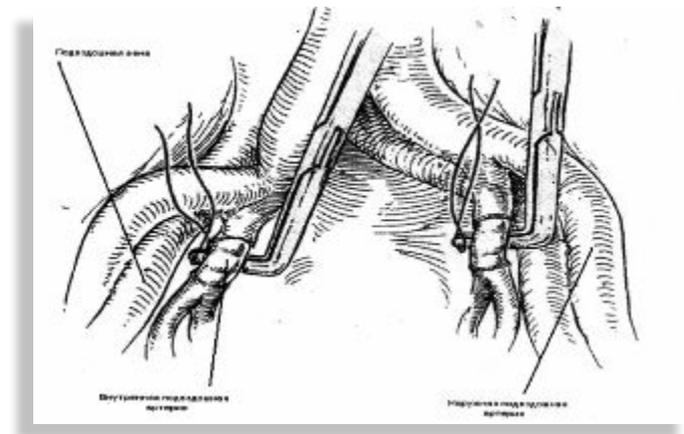
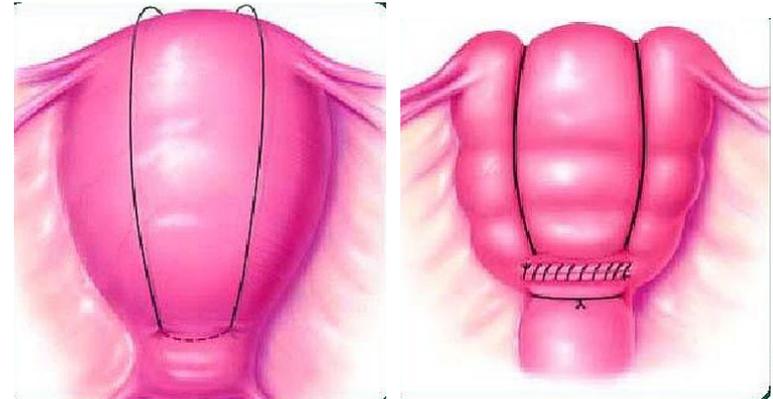
Остановка гипотонического кровотечения



- Консервативные методы:
 - Ручное обследование полости матки
 - Введение утеротонических средств
 - Массаж матки
 - Баллонная тампонада

Остановка гипотонического кровотечения

- Оперативные методы:
 - Гемостатические швы
 - Перевязка сосудов
 - Ампутация и экстирпация матки



Показания к гистерэктомии



- Гипотония матки (40% от всех операций)
- Приращение плаценты (30%)
- Разрыв матки

Первый этап остановки гипотонического кровотечения

Если кровопотеря превысила 0,5% массы тела

- **Основные задачи:**

- остановить кровотечение
- обеспечить адекватную инфузионную терапию
- проводить точный учет кровопотери
- не допускать дефицита возмещения кровопотери более 500мл



Мероприятия первого этапа

1. Катетеризация мочевого пузыря
2. Пункция/катетеризация магистральных сосудов для проведения инфузионно-трансфузионной терапии
3. Внутривенное капельное введение 1 мл метилэргометрина, в/в кап окситоцина 10 ЕД в 400 мл 5% р-ра глюкозы со скоростью 35-40 кап/мин
4. Наружный массаж матки, лед и груз на низ живота (по 30-40 мин с интервалом 20 мин)
5. **Ручное обследование полости матки**
6. Восполнение кровопотери в соответствии с ее объемом и реакцией организма
7. Осмотр родовых путей и зашивание разрывов



Второй этап остановки гипотонического кровотечения

Если кровотечение не остановилось или возобновилось вновь и составляет 1-1,8% массы тела (600-1000 мл).



- **Основные задачи:**
 - Остановить кровотечение
 - Не допустить большей потери крови
 - Сохранить объемное соотношение вводимой крови и кровезаменителей 1:1
 - Предотвратить переход компенсированной кровопотери в декомпенсированную
 - Нормализовать реологические свойства крови

Мероприятия второго этапа

- Введение утотонических препаратов (простагландинов)
- Инфузионно-трансфузионная терапия в темпе кровотока:
 - гемотрансфузия
 - переливание плазмы
 - коллоидные и кристаллоидные препараты
- Подготовка операционной к экстренному чревосечению



Третий этап остановки кровотечения

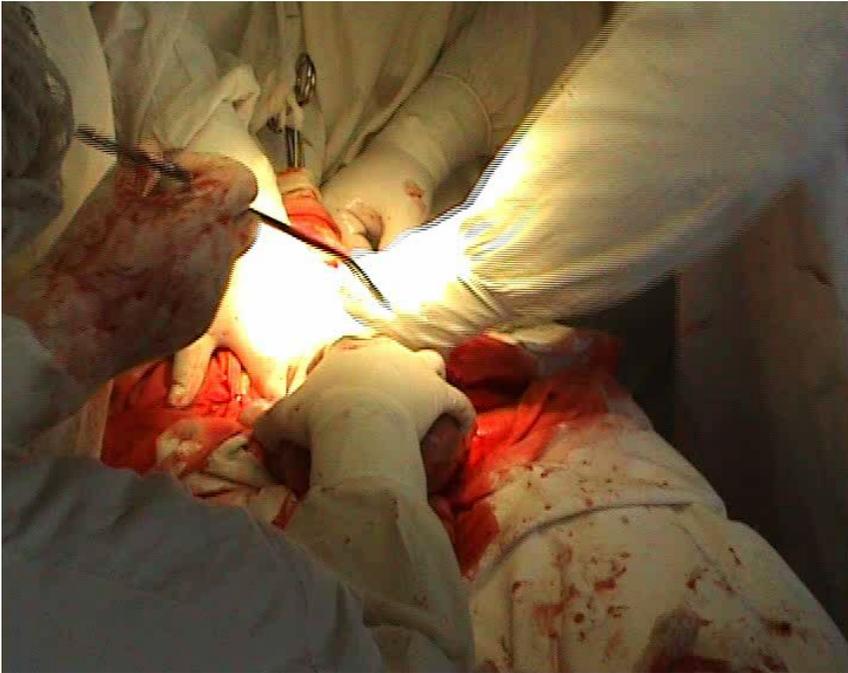
Если кровотечение не остановилось, кровопотеря достигла 1000-1500мл и продолжается.

- **Основные задачи**

- Остановка кровотечения путем удаления матки до момента развития гипокоагуляции
- Предупреждение дефицита возмещения кровопотери более чем 500 мл
- Своевременная компенсация функции дыхания и почек.



Мероприятия третьего этапа



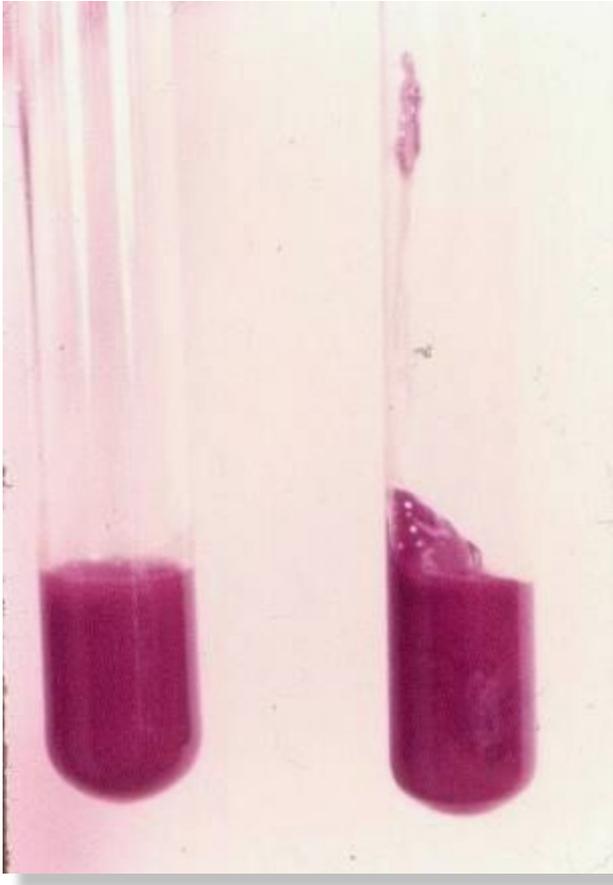
1. Интубация трахеи и ИВЛ
2. Эндотрахеальный наркоз
3. Чревосечение:
 - 1-й этап – лапаротомия с временным гемостазом путем перевязки магистральных сосудов
 - 2-й этап – операционная пауза для восстановления гемодинамических показателей
 - 3-й этап – радикальная остановка кровотечения – надвлагалищная ампутация или экстирпация матки
4. Активная многокомпонентная инфузионно-трансфузионная терапия

Первичная коагулопатия

- Кровотечение при хорошо сократившейся матке
- Замедленное образование сгустков крови
- Изменение лабораторных показателей свертывающей системы крови



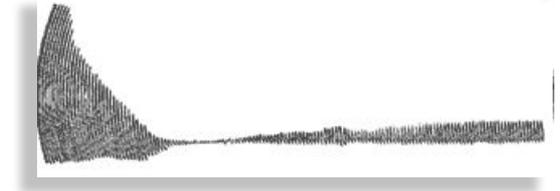
Признаки развития вторичной коагулопатии



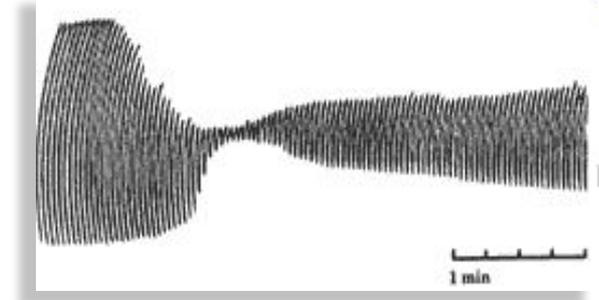
- Инъекции приводят к кровотечению
- Не формируются тромбы
- Кровотечение продолжается несмотря на тщательный гемостаз.

Лабораторные показатели при коагулопатии

- Удлинение времени свертывания
- Удлинение протромбинового времени, тромбинового времени, активированного частичного тромбинового времени
- Резкое повышение тромбин-антитромбинового теста
- Увеличение фрагментов протромбин 1+2, продуктов деградации фибрина
- Снижение содержания тромбоцитов и фибриногена



Нормальная электрокоагулограмма



Электрокоагулограмма при гипокоагуляции

Лечение коагулопатии



- Остановка кровотечения
- Заместительная терапия препаратами крови
- Применение ингибиторов протеаз



Клиническая тактика

- ***Кровопотеря менее 1 л***
 - Ингибция активаторов плазминогена и фибринолиза
 - Аминокапроновая кислота 2-4 г в/в медленно



Клиническая тактика



- **Кровопотеря 1-2,5 л**
 - Кристаллоиды до 3л
 - Коллоиды до 1500мл
 - Свежезамороженная плазма 275мл/ед
 - Эритроцитарная масса для поддержания гематокрита выше 30%

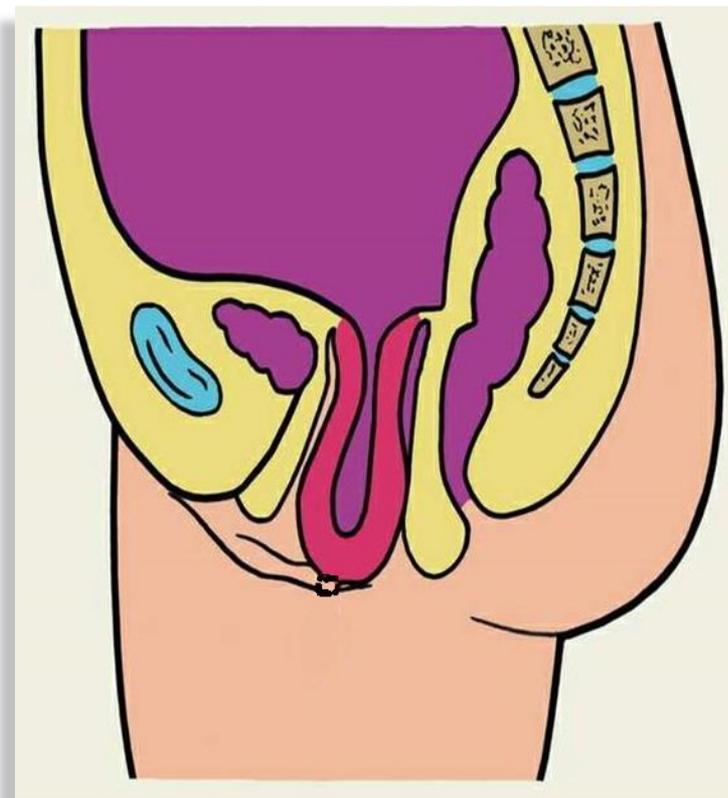
Клиническая тактика

- **Кровопотеря более 2,5 л**
 - Эритроцитарная масса, свежезамороженная плазма
 - Кристаллоиды и коллоиды более 1500мл, альбумин
 - Тромбовзвесь от 4 до 8 ед при снижении тромбоцитов ниже $50 \times 10^9/\text{л}$
 - Фибриноген



Выворот матки

- Полный и неполный
- Шок
- Кровопотеря
- Лечение
 - Немедленное вправление
 - Не пытаться отделять плаценту
 - При невозможности вправления – гистерэктомия



Осложнения у родильниц, перенесших массивную кровопотерю в родах



• *Ранние осложнения*

- синдром массивных трансфузий
- возникающая периодически сосудистая недостаточность
- нарушение ритма сердца (асистолия, брадикардия)
- симптомы или признаки почечной недостаточности
- возобновление маточного кровотечения

Поздние осложнения

- железодефицитная анемия
- тромбозы и эмболии
- гнойно-септические осложнения



ANNE GEDDES®

www.annegeddes.com