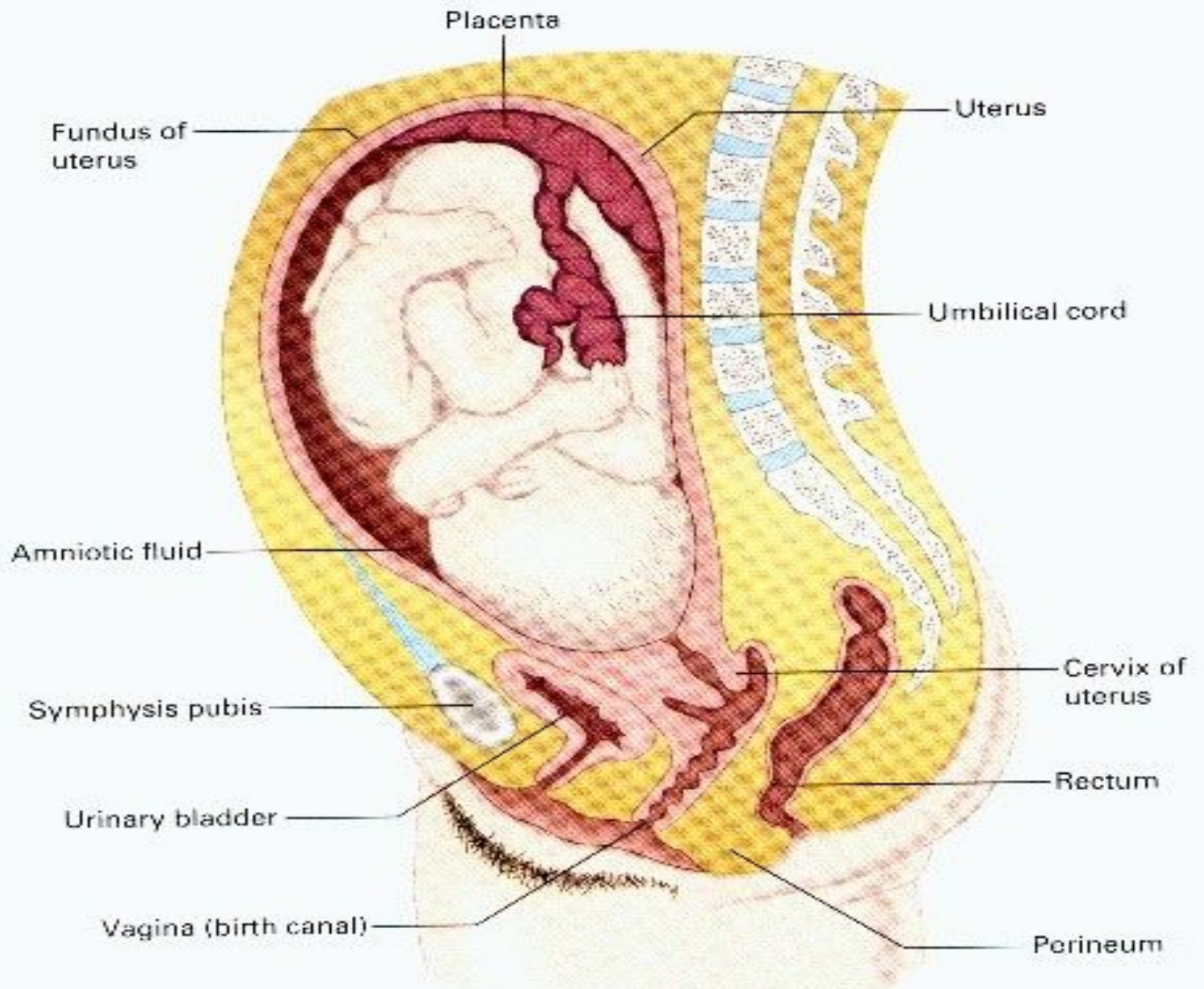


*Кровотечения во II половине
беременности и в родах*



Волков Валерий Георгиевич
Кафедра акушерства и гинекологии
ТулГУ


ANATOMY OF PREGNANCY





Всякое более или менее значительное кровотечение из родовых путей при беременности, особенно во второй ее половине и в первые два периода родов, представляет собой явление патологическое и может служить серьезной угрозой для жизни матери и плода.

*Кровотечения при беременности могут быть
следствием 2-х причин:*

- 
1. Патологических процессов не связанных с самой беременностью
 2. Акушерской патологии

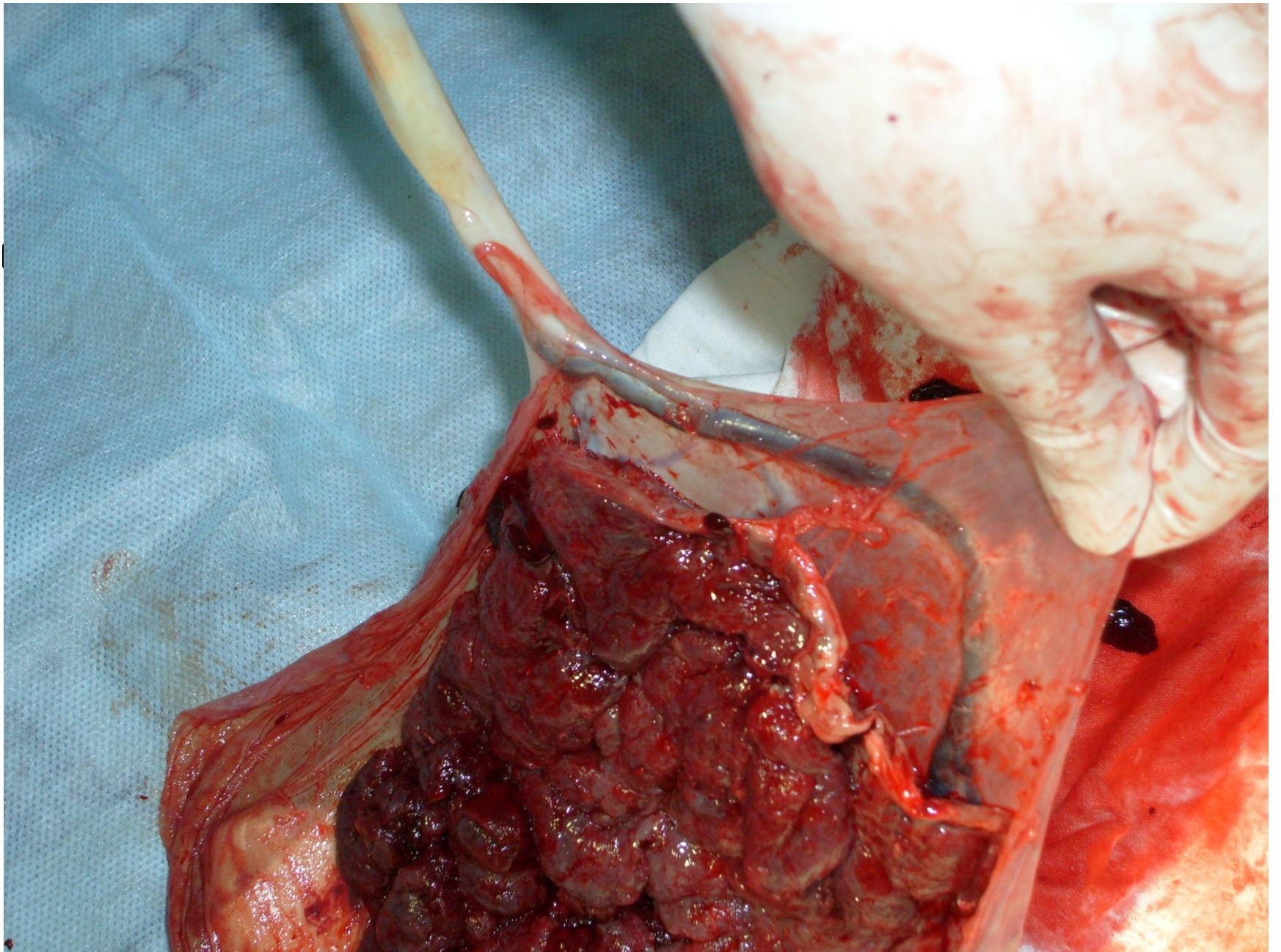
Патологические процессы не связанные с беременностью:

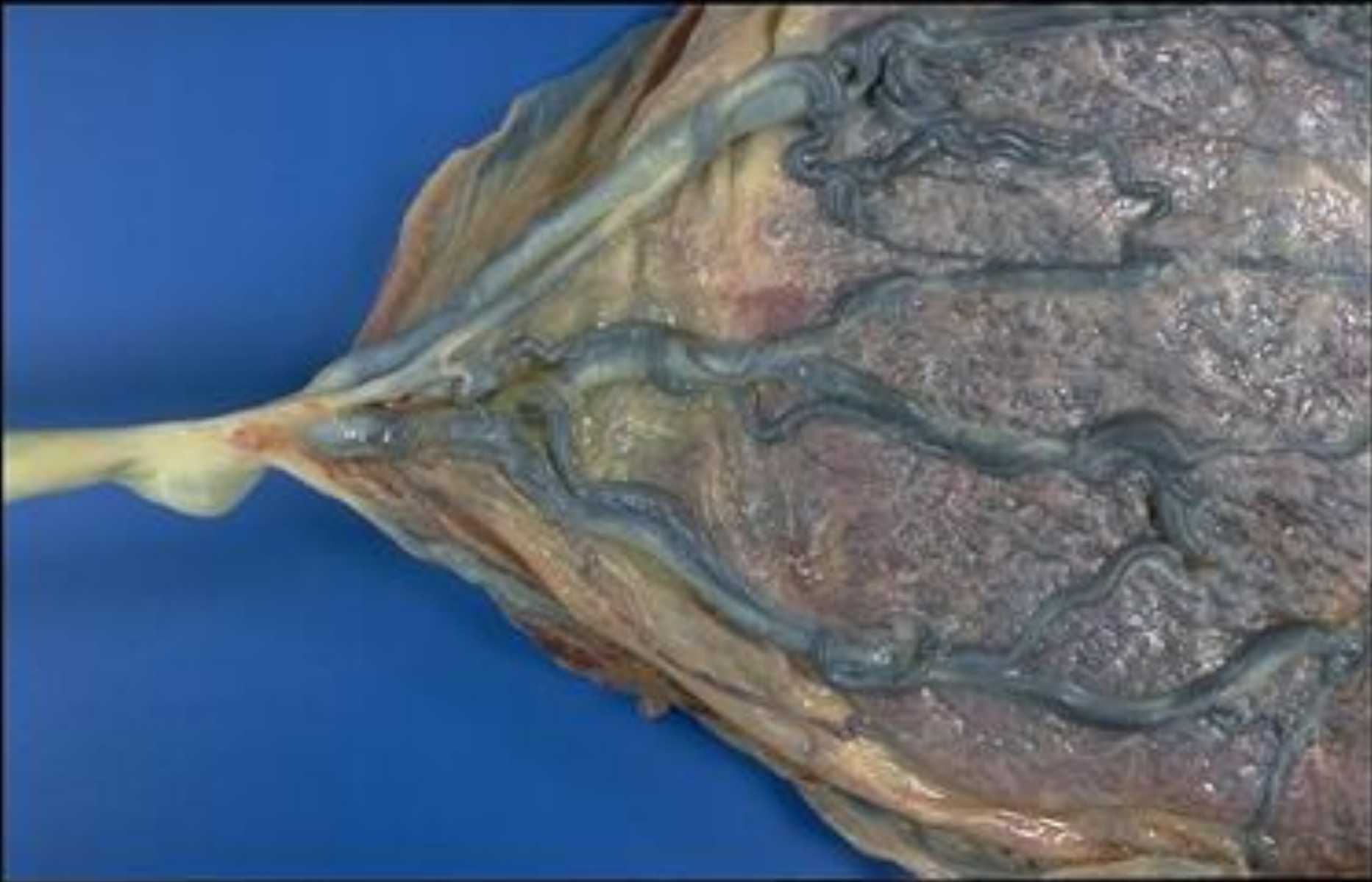
- рак шейки матки;
- полипы шейки матки и цервикального канала;
- разрывы варикозно расширенных венозных узлов в области шейки матки, влагалища или других отделов мягких родовых путей.

Акушерская патология:

- Предлежание плаценты; (1/200)
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (1/100);
- Разрыв матки (<1% при рубце на матке);
- Разрыв сосудов пуповины при ее оболочечном прикреплении (1/2000-3000)

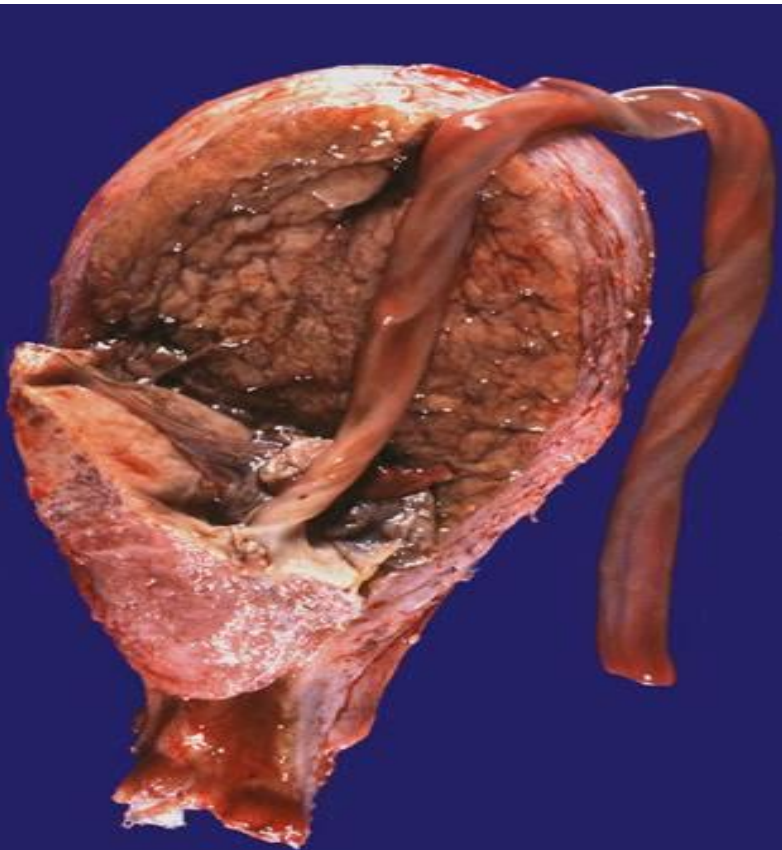




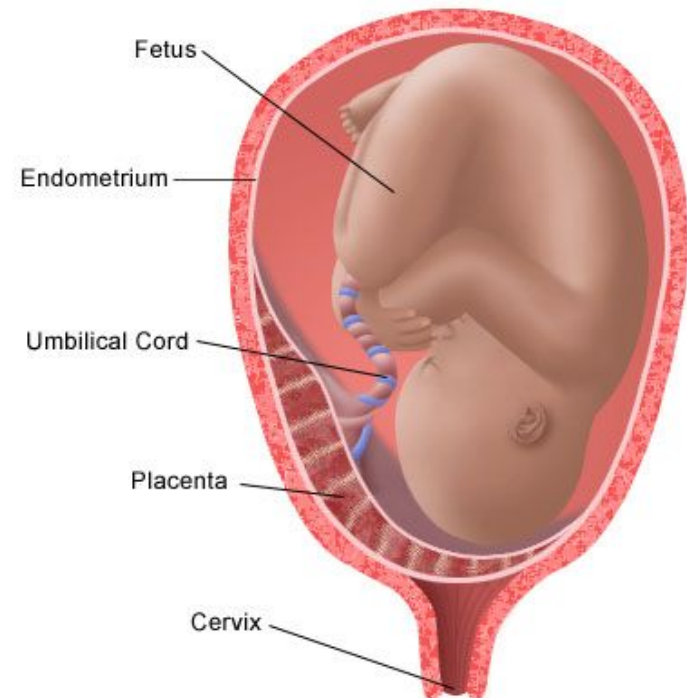


ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. (*Placenta praevia*)

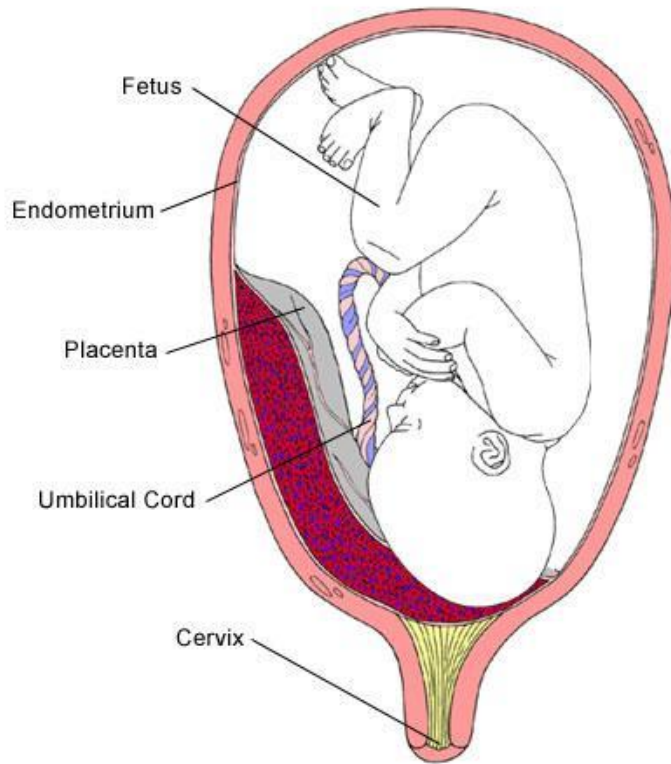
- **Определение:** такое осложнение беременности при котором плацента частично или полностью перекрывает область внутреннего маточного зева.



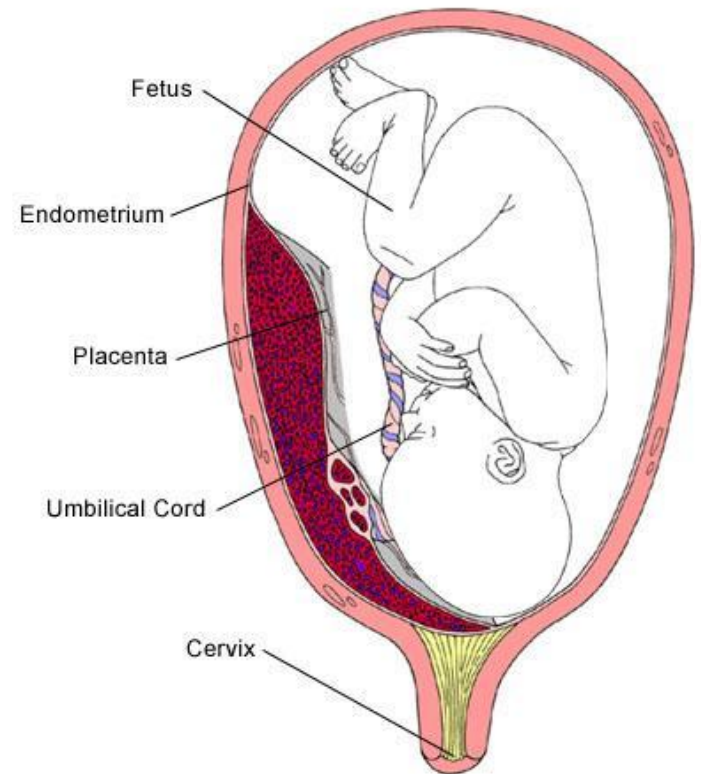
Total Placenta Previa

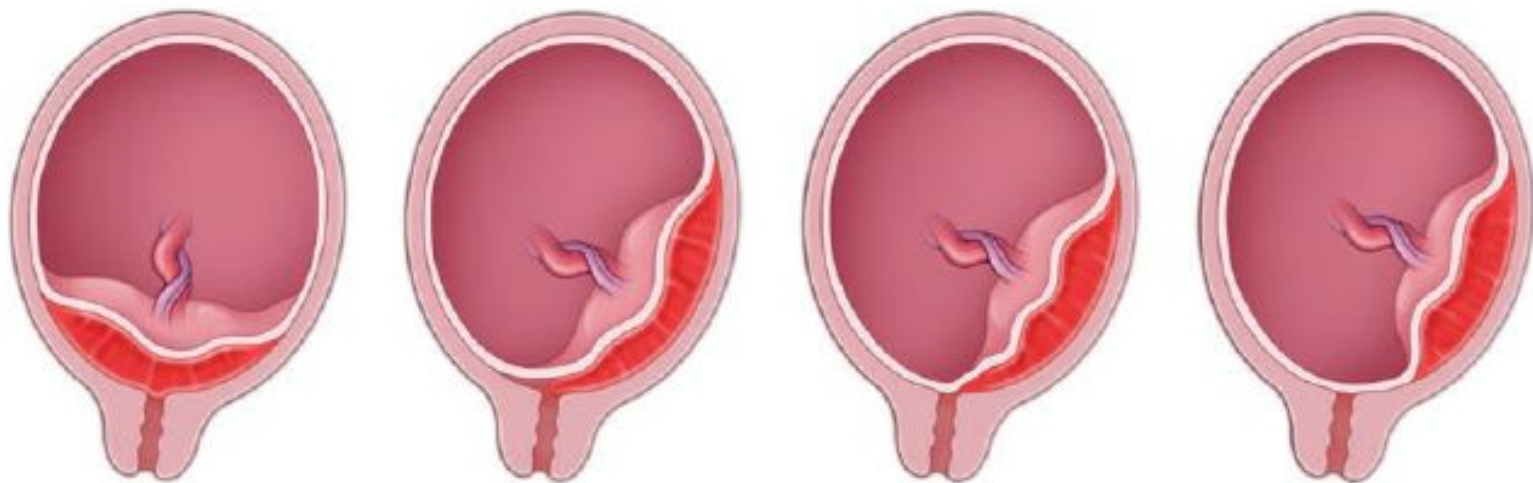


Total Placenta Previa



Partial Placenta Previa





Complete

Partial


Marginal

Low lying

FIGURE 21.1. Placenta previa. (Adapted from Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol.* 2006;10(4):927.)



На рисунке предлежание плаценты.

- 
- Частота предлежания плаценты колеблется от 0,3 до 0,85 %, и в среднем составляет 0,5 % к общему числу родов, примерно 1 на 200 беременностей.

Причины предлежания плаценты



1. Теории объясняющие этиологию предлежания плаценты несостоятельностью самого плодного яйца.
2. Теории ставящие возникновение данной патологии в зависимости от анатомофизиологических особенностей матки.

Факторы риска

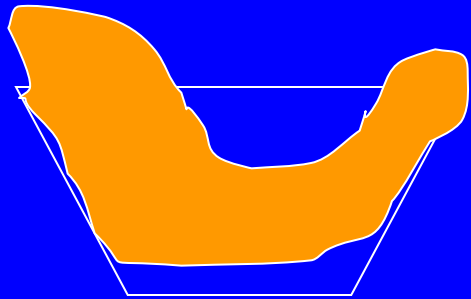


- Многорожавшие
- Предшествующее кесарево сечение
- Патология матки, препятствующая нормальной имплантации (миома матки, предшествующие выскабливания)
- Курение
- Многоплодная беременность
- Возраст матери (>35)

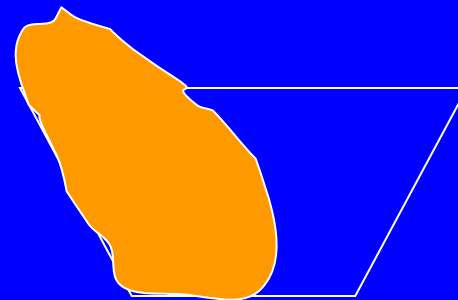
КЛАССИФИКАЦИЯ

- Классификация: основана на **анатомическом принципе** по размерам площади занятой плацентарной тканью при определенной степени открытия маточного зева

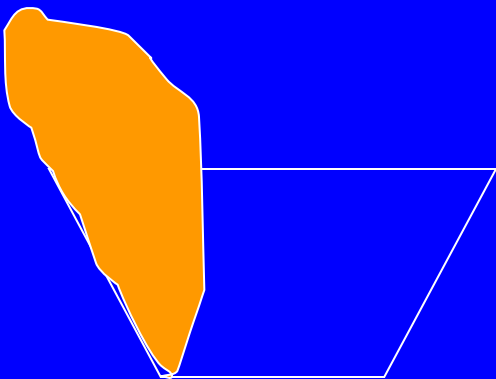
Виды предлежания плаценты



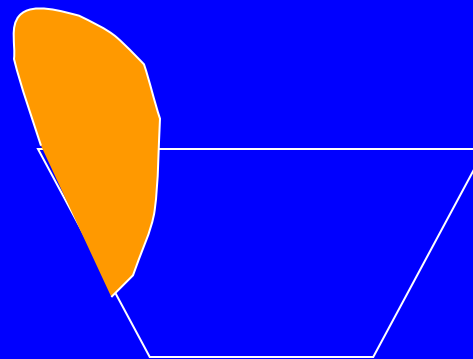
Полное



Боковое



Краевое



Низкая плацентация

Различают 4 степени предлежания плаценты:

- 1. **Низкое прикрепление** плаценты, когда акушер при введении пальца через шейку матки может прощупать край плаценты.
- 2. **Краевое** (*placenta praevia partialis*), когда низко расположенная плацента граничит своим краем с внутренним зевом, но не перекрывает его.
- 3. **Боковое предлежание** плаценты (*placenta praevia lateralis s. marginalis*), когда плацента располагается в нижнем сегменте матки, прикрывая частично внутренний зев. При влагалищном исследовании над зевом определяется плацентарная ткань и плодные оболочки.
- 4. **Центральное или полное** предлежание плаценты (*placenta praevia centralis s. totalis*), когда плацента располагается на столько низко, что полностью перекрывает внутренний зев.

КЛИНИКА

- **повторяющееся кровотечение,**
- **Обычно кровотечение начинается неожиданно на фоне полного здоровья, часто ночью, во время сна ярко-красной кровью.**
- **носит наружный характер, характерно отсутствие болей, матка спокойна (нормальный тонус).**

Повторяющееся кровотечение,



При предлежащей плаценте неизбежно происходит некоторое отделение плаценты, которое и вызывает кровотечение

Кровотечение возрастает с появлением родовой деятельности, при наличии непосредственной травмы матки или при влагалищном исследовании

Чрезмерное растяжение нижнего сегмента матки - Предлежание плаценты



Правило:

- **Появление внезапного кровотечения на фоне общего благополучия, особенно в III триместре беременности, должно насторожить врача и вести данную беременность следует как с предлежанием плаценты до полного установления диагноза.**

косвенные признаки

- **неправильное положение плода** (данный признак можно учитывать только после 34 нед когда плод принимает устойчивое положение);
- **высокое стояние и подвижность предлежащей части; анемия** (в результате частых повторяющихся кровотечений);
- **гипотензия** (за счет локализации плаценты).
- В анамнезе ***воспалительные заболевания матки.***
- Течение беременности часто осложняется ***угрозой прерывания.***

ДИАГНОСТИКА

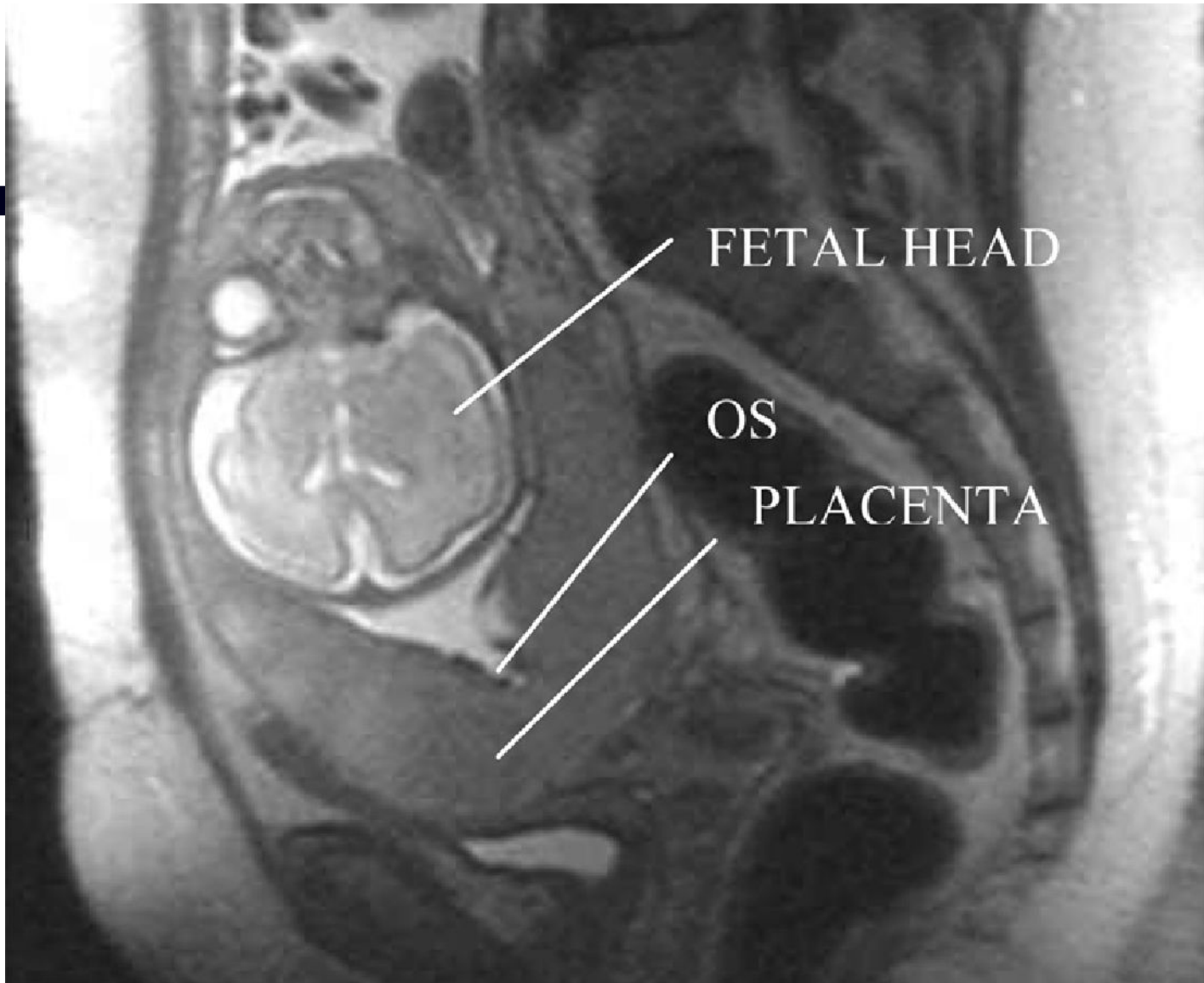
После проведения бережного наружного акушерского исследования, необходимо направить женщину санитарным транспортом в сопровождении акушерки в стационар, обязательно начать инфузионную терапию **(толстая игла)**.

- Производить внутреннее исследование в амбулаторных или домашних условиях **запрещено**, подобную тактику следует расценивать как грубую врачебную ошибку, так как подобные действия могут привести к усилению кровотечения.

В стационаре для постановки окончательного диагноза

следует:


- **выяснить особенности течения данной беременности и данные о детородной функции в целом;**
- **оценить данные наружного осмотра и исследования (характер выделений из половых путей и степень кровопотери);**
- **провести УЗИ для уточнения вида предлежания, проведения фетометрии и определения гестационного возраста плода.**
- **исключить другие возможные источники кровотечения**



FETAL HEAD

OS

PLACENTA

- 
- в условиях развернутой операционной проводится влагалищное исследование. **Отмечается размягчение шейки матки, предлежащая часть достигается с трудом, можно определить пульсацию сосудов. При низкой плацентации шероховатость оболочек.**

Методы лечения - Предлежание плаценты

**Проведение родов зависит от типа предлежания
плаценты**

**Полностью предлежащая плацента = кесарево
сечение**

**низкое расположение плаценты = можно
попытаться рожать через родовые пути**

**Боковая, краевая/ частичная = в зависимости от
ситуации!**

**В тех случаях, когда вы не уверены, следует
рассматривать “оба варианта”**

Показания к кесареву сечению во время беременности:

- **а) абсолютные:**

- Полное предлежание плаценты и начавшееся кровотечение.
- Полное предлежание плаценты и срок беременности более 35 - 36 нед.
- Повторяющиеся кровопотери объем которых превышает 200 мл.
- Сочетание небольших кровопотерь с анемией и гипотонией.
- Одномоментная кровопотеря 250 мл и более.
- Операция проводится по жизненным показаниям со стороны матери независимо от срока беременности и состояния плода.

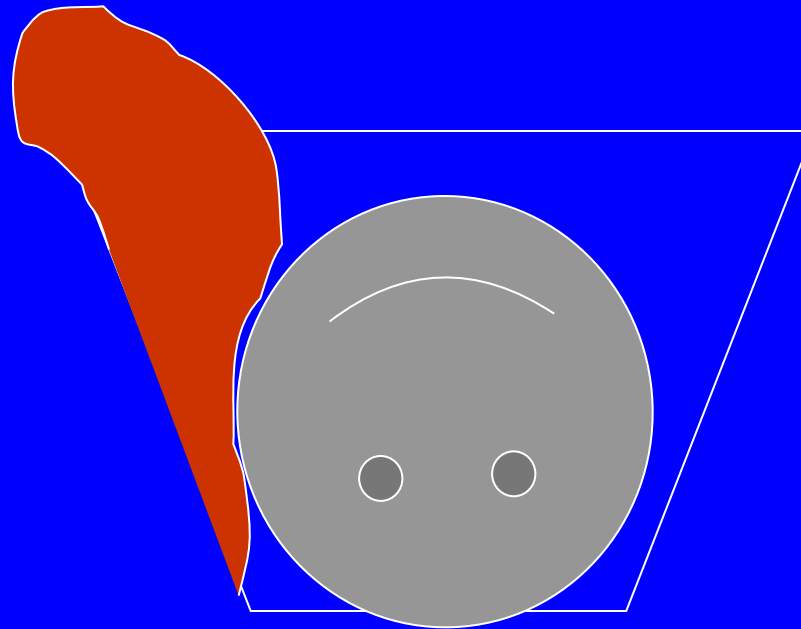
- **б) относительные:**

Сочетание неполного предлежания с продолжающейся кровопотерей, неправильным положением плода, крупным плодом, гипотонией, анатомически узким тазом, возрасте женщины при первых родах более 30 лет.

В остальных случаях лечение консервативное:

- госпитализация;
- соблюдение постельного режима;
- применение препаратов спазмолитического действия, токолитиков (улучшение координированного характера сократительной деятельности матки), происходит более плавное растяжение нижнего сегмента, одновременная коррекция фетоплацентарной недостаточности. В качестве токолитического препарата лучше использовать сульфат магния. В-миметики вызывают тахикардию, антагонисты кальция снижают артериальное давление.
- лечение анемии;
- гемостатическая терапия;
- нормализация маточно плацентарного кровотока и обменных процессов;
- динамическое УЗИ (фетометрия, миграция плаценты)
- коагулограмма.
- контроль за состоянием плода (КТГ).

Тампонада предлежащей плаценты предлежащей частью плода



ОСЛОЖНЕНИЯ

- **Геморрагический шок.**
- **Развитие ДВС**
- **Приращение плаценты.** Частота от 17,5 до 34 %. Приращение плаценты связано с отсутствием или недостаточным образованием децидуальной оболочки, создающим условия для прорастания трофобласта в миометрий, поэтому низкая плацентация предрасполагает к возникновению этого осложнения беременности.
- **Гипотония матки и атония нижнего сегмента.** В результате недостаточной децидуальной реакции в нижнем сегменте ворсины хориона проникают глубоко в маточную ткань, это обстоятельство затрудняет остановку кровотечения после родов и повышает опасность разрыва. Многочисленные надрывы могут так же давать кровотечение.

Факторы способствующие возникновению геморрагического шока:

- гипотензия;
- анемия;
- снижение ОЦК к моменту родов.

Шок может возникнуть в результате 2 причин:

- 1. Как следствие кровотечения в результате предлежания плаценты;
- 2. В результате гипотонического кровотечения в послеродовом периоде при низкой плацентации.

ОСЛОЖНЕНИЯ ДЛЯ ПЛОДА:



- 1. Гипоксия
- 2. Недоношенность
- 3. Анемия (частота составляет 20%)

ГРУППА РИСКА

К группе риска по развитию низкой плацентации следует относить женщин, имеющих в анамнезе:

- перенесенные воспалительные процессы матки и придатков;
- перенесенные аборты и самопроизвольные выкидыши, осложненные воспалительными процессами;
- перенесенные оперативные вмешательства на матке (рубец на матке);
- нейроэндокринные нарушения (генитальный инфантилизм, бесплодие, нарушение функции яичников);
- экстрагенитальную патологию, сопровождающуюся застойными явлениями в малом тазу.

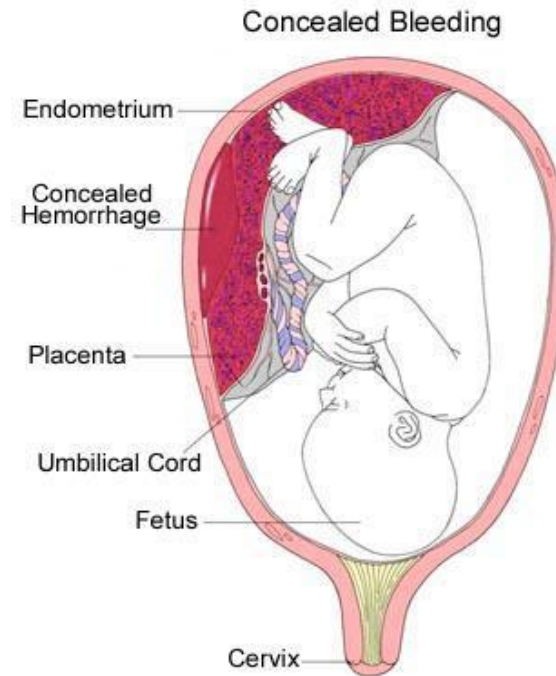
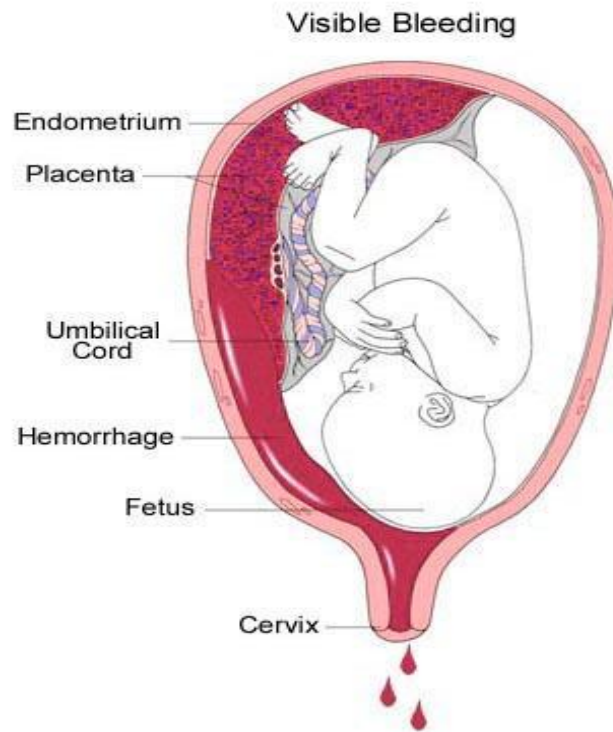
ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

- **отделение плаценты от базальной оболочки после 20 недель беременности и до рождения плода.**
- Частота 1 на 100 беременностей (0,5 - 1,5%)



Placental Abruption

- Tearing away of the placenta from the uterine wall, characterized by bleeding



ОТСЛОЙКА ПЛАЦЕНТЫ

ВЕДУЩИЕ ПРИЧИНЫ

- Гипертензия
- Многоплодие
- Травма
- Анемия
- Многоводие



Классификация:



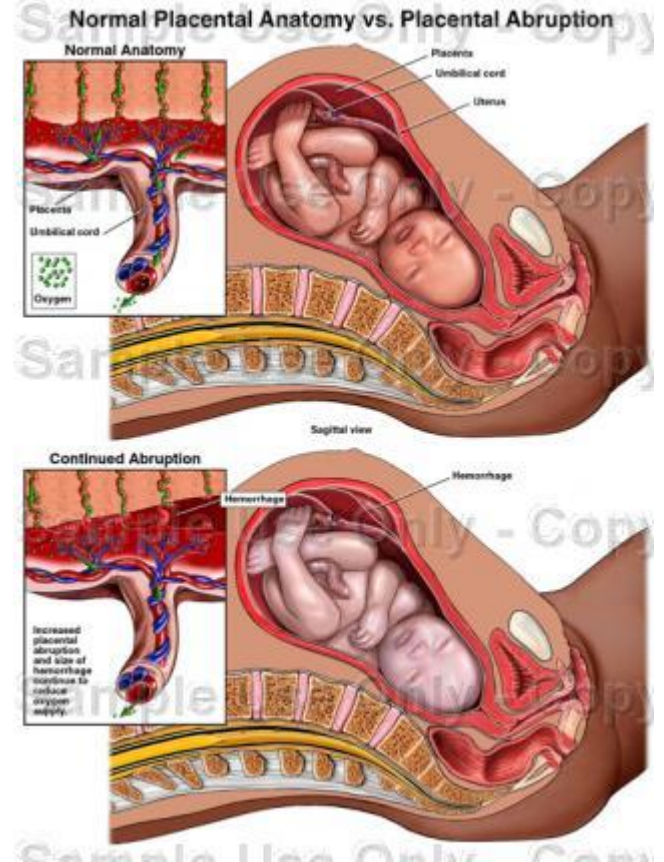
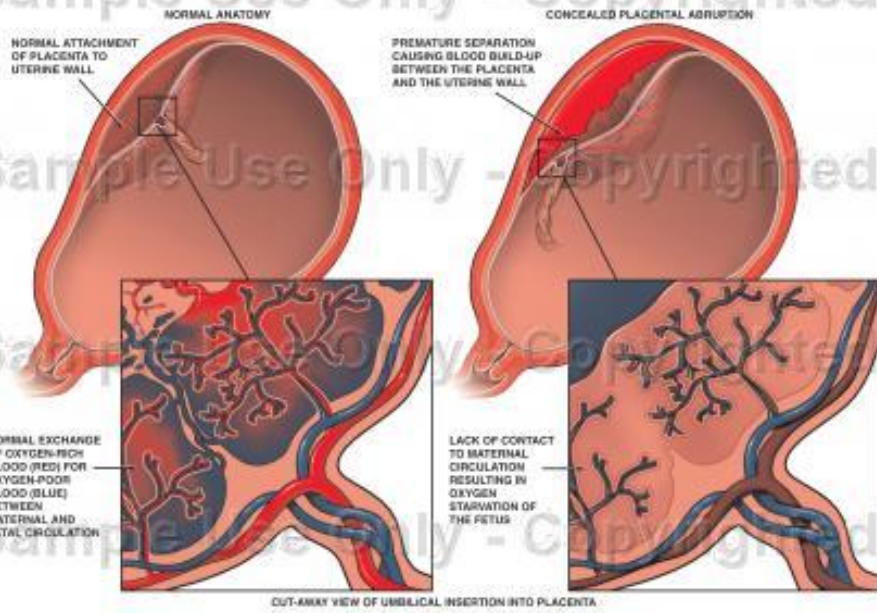
- Полная
- Частичная
- Прогрессирующая
- Не прогрессирующая
- Легкая и тяжелая

Симптомы:

- Боли в животе.
- Кровотечение.
- Гипертонус матки.
- Локальная болезненность и асимметрия матки.
- Гипоксия и гибель плода



Normal Anatomy of the Placenta vs. Placental Abruption



Лабораторное обследование:



- протеинурия
- коагулопатия потребления: снижение уровня фибриногена, протромбина, фактора V, и VIII, тромбоцитов. Повышением уровня ПДФ.

Дифференциальный диагноз

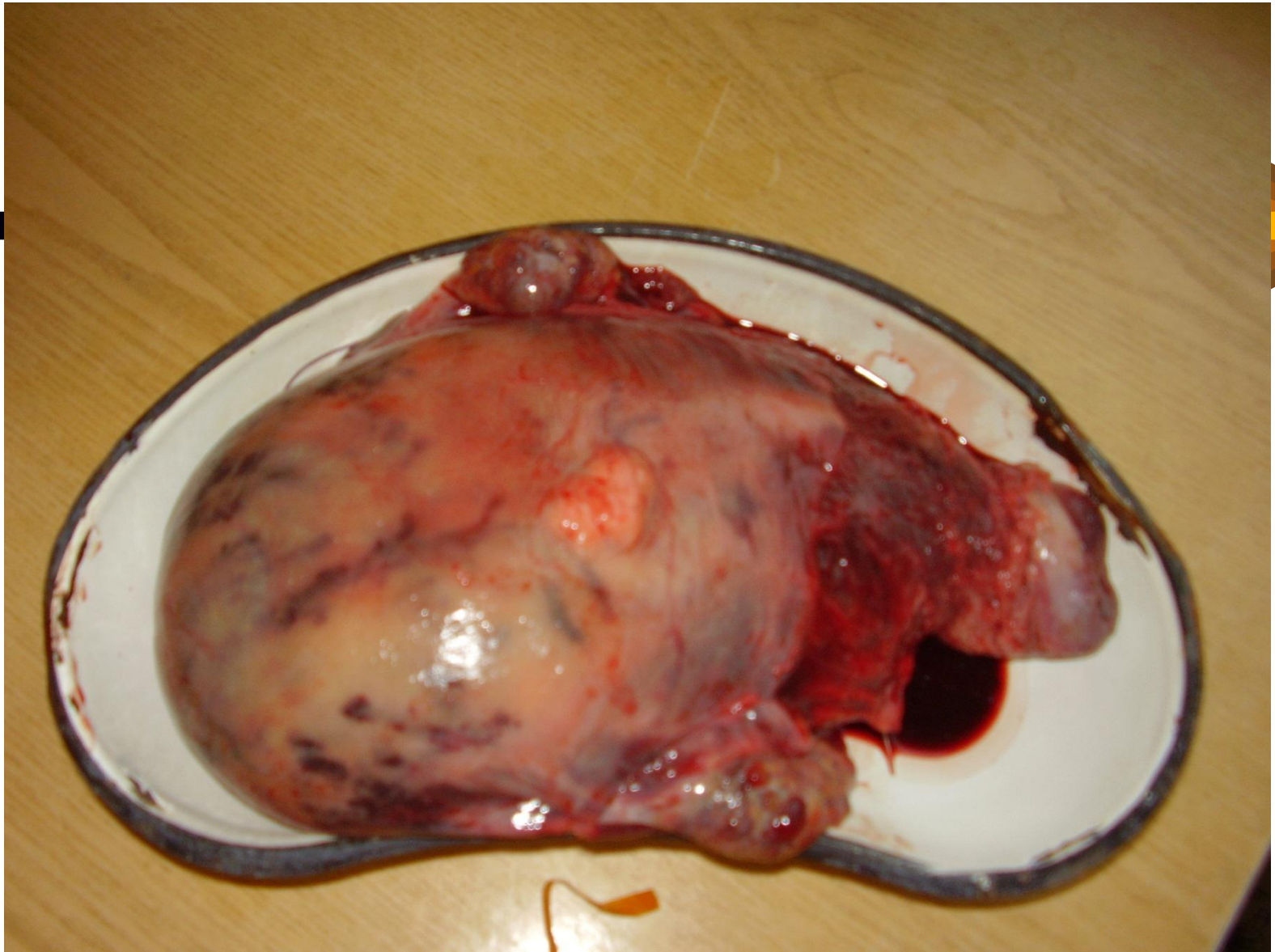


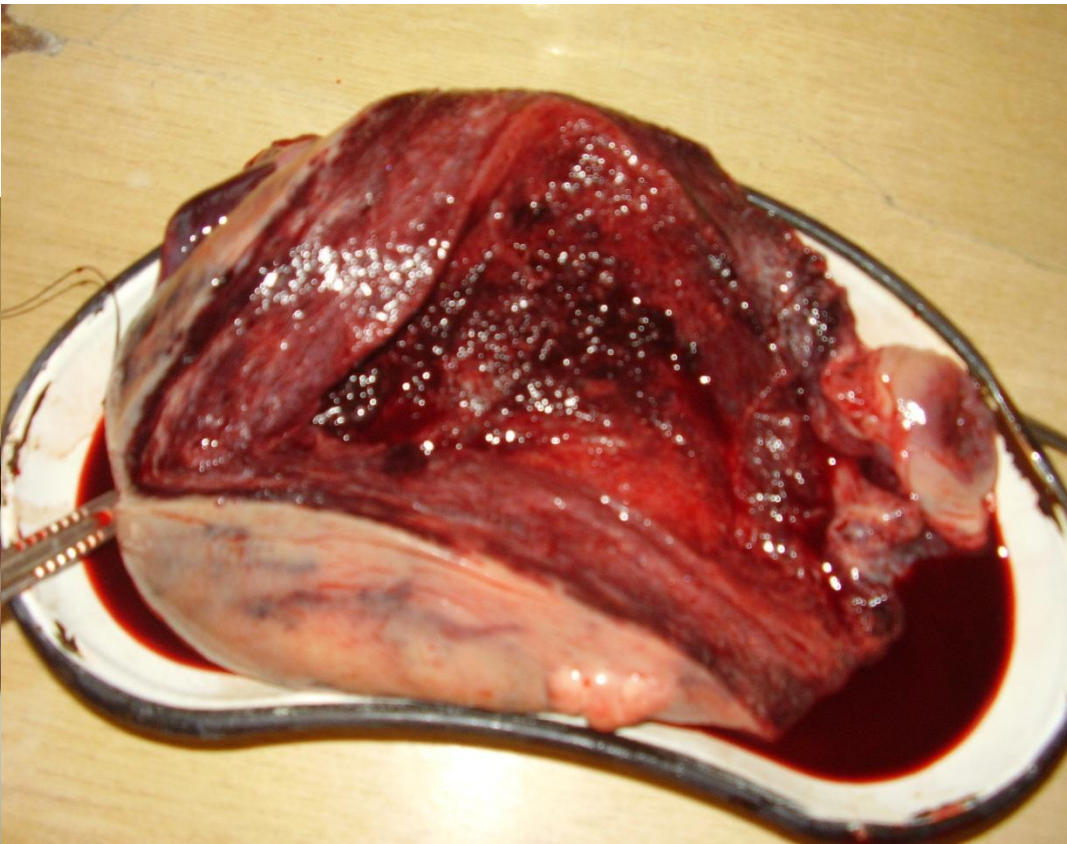
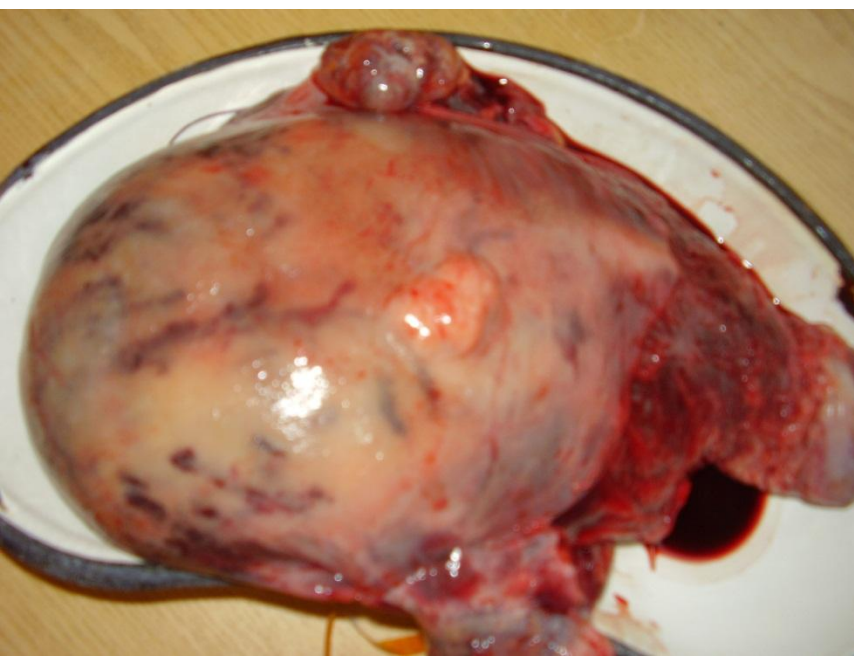
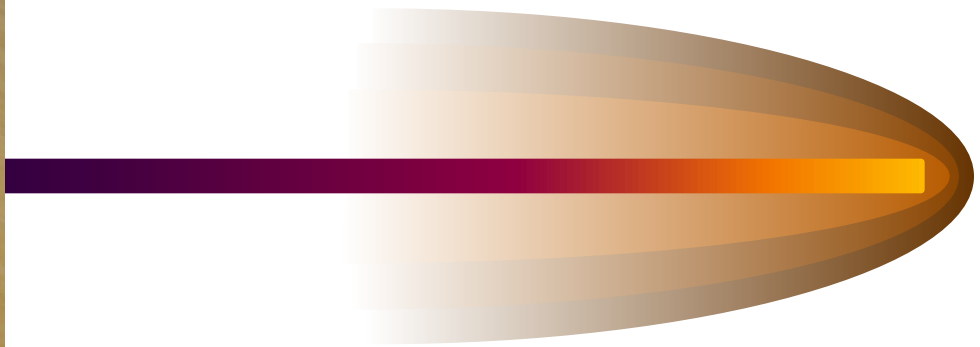
- Предлежание плаценты
- Разрыв матки

Осложнения



- Имбибиция матки (матка Кювелера)
- ДВС
- Гибель плода
- Геморрагический шок
- Полиорганная недостаточность







ОТСЛОЙКА ПЛАЦЕНТЫ



ПОНРП = ДВС

Лечение

- Требуется лечение шока
- в. Коагулопатия
- (1) Переливание крови и восполнение объема кровопотери.
- (2) Восполнение факторов свертывания с применением криопреципитата или свежзамороженной плазмы. Одна единица свежзамороженной плазмы увеличивает содержание фибриногена на 10 мг/дл. Криопреципитат содержит 250 мг фибриногена в каждой единице; 4 г (15-20 Е) наиболее эффективная доза.
- (3) Переливание тромбоцитов показано в случае, если количество тромбоцитов менее чем 50 000. Одна единица тромбоцитарной массы повышает количество тромбоцитов на 5000 - 10000/ мкл, от 4 до 6 Ед минимальная доза.
- с. Женщине следует давать кислород, контролировать выход мочи.
- d. Роды через естественные родовые пути показаны во всех случаях, когда состояние матери стабильно.
- Амниотомия и введение окситоцина может быть использовано.

Comparison of Presentation of Abruptio v. Previa v. Rupture

ПОНРП Предлежание разрыв

Боль да нет чаще да

Кровотечение старое свежее свежее

ДВС всегда редко редко

Плод страдает нет всегда