

Лекция для студентов 4 курса лечебного факультета

# **Кровотечения во второй половине беременности и в родах**

**(неотложные хирургические состояния)**

**2014 г.**

**Главная (первая) цель действий  
врача при работе с пациентом:  
не допустить преждевременной  
смерти пациента !!!**

**Главная (первая) задача студента  
при обучении специальности:  
уметь диагностировать угрожающее  
жизни пациента состояние и  
оказать соответствующую помощь!!!**

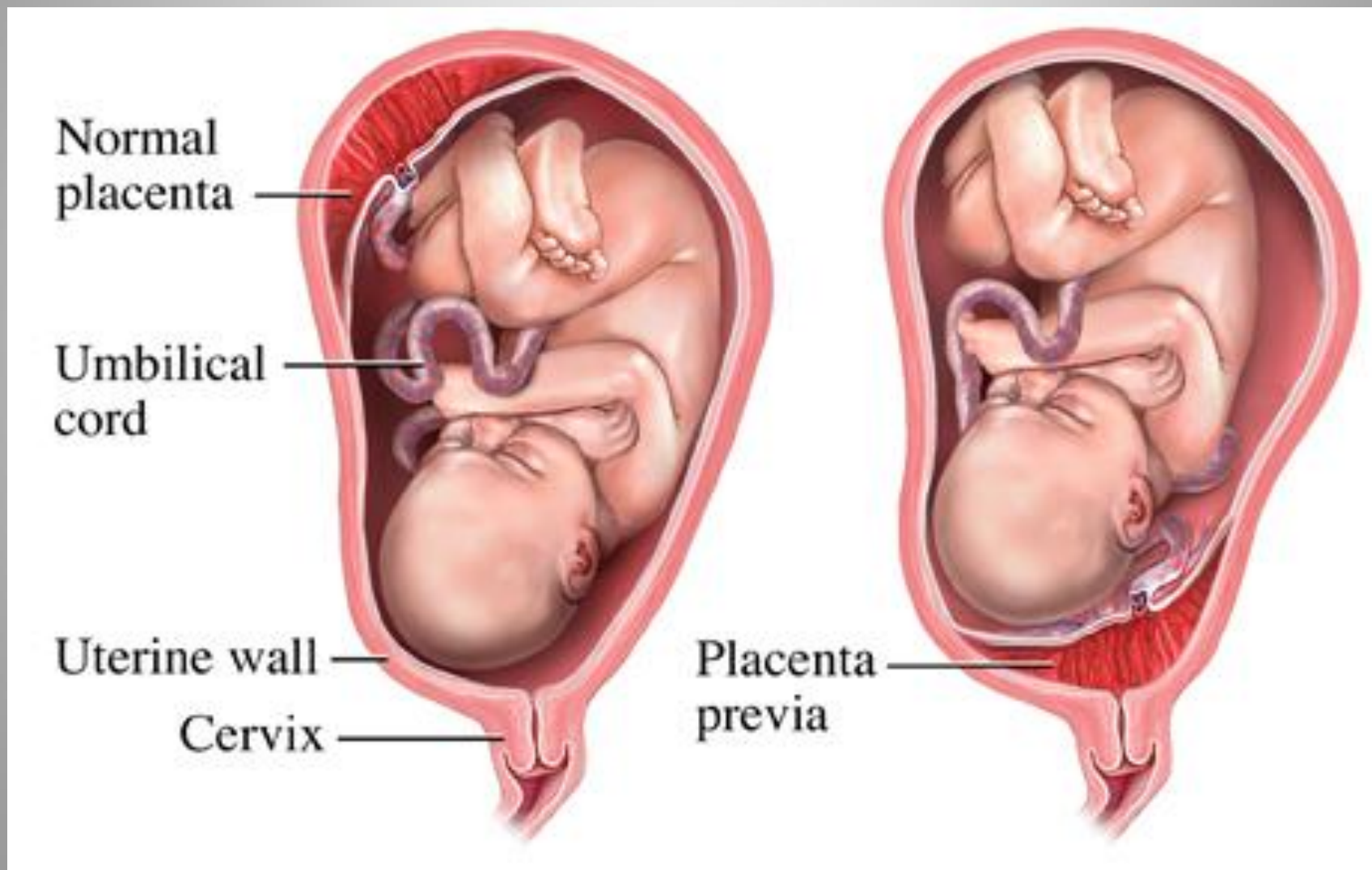
# Неотложные ситуации в акушерстве, требующие экстренной хирургической помощи

- *Предлежание плаценты - ПП*

- *Преждевременная отслойка  
нормально расположенной  
плаценты - ПОНРП*

- *Разрывы матки:  
гистопатические  
и насильственные*

# Предлежание плаценты ПП



# П О Н Р П

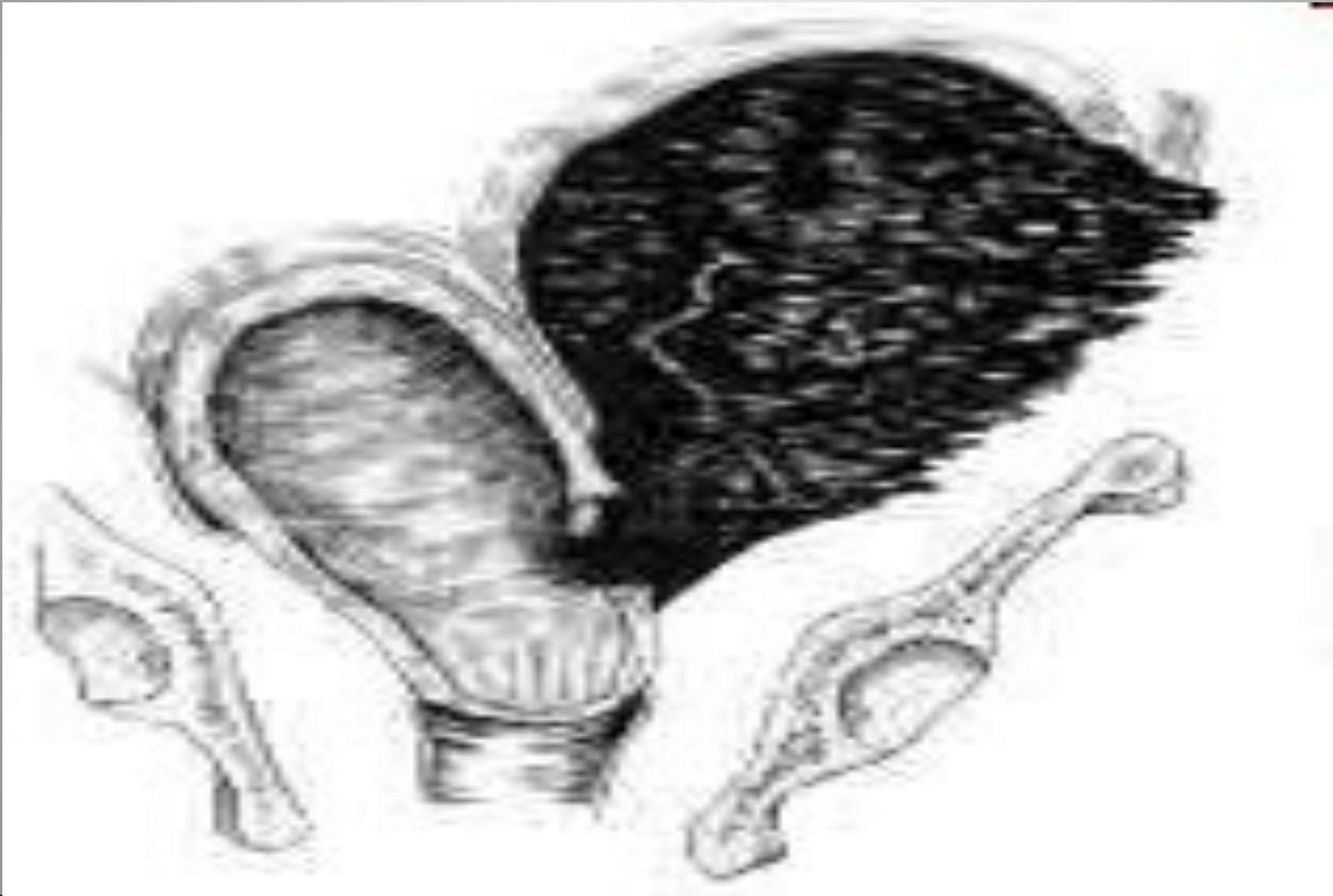


# Полный гистопатический разрыв матки





# Свершившийся насильственный разрыв матки в нижнем сегменте



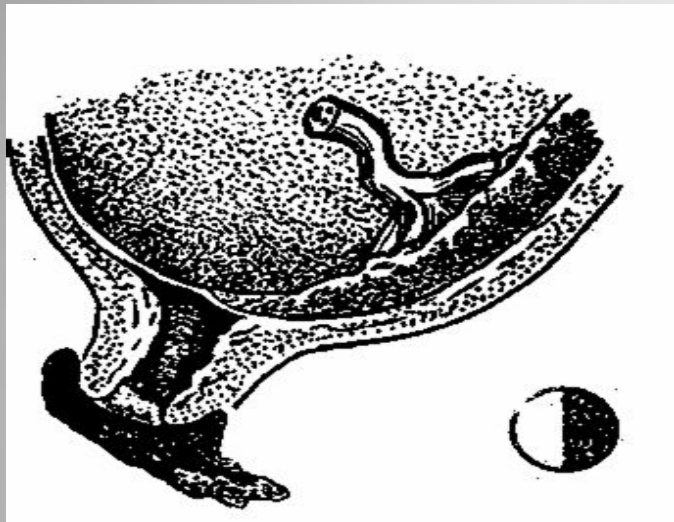
# ***Предлежание плаценты***

- **Расположение плаценты во второй половине беременности в нижнем сегменте с частичным или полным перекрытием внутреннего зева**

**Клинически предлежание плаценты манифестирует кровотечением из половых путей различной интенсивности и продолжительности во второй половине беременности и в начале родов (наиболее часто 34-36 недель).**



# Предлежание плаценты ПП



- В ранние сроки предлежание хориона при УЗИ выявляется очень часто.
- Значительная часть таких беременностей прерывается в ранние сроки.
- При первом скрининге УЗИ (обязательном) предлежащая плацента обнаруживается в одном случае из трёх.
- В большинстве таких случаев предлежащая плацента ко второму скринингу (19-21 неделя) мигрирует в безопасное место.
- Предлежание плаценты сохраняется к

**Почему формируется  
предлежащая плацента в  
первом триместре?**

**Почему, сформировавшись в  
неположенном месте,  
плацента не мигрирует в  
безопасное ???**

Предрасполагающие факторы к формированию предлежания плаценты к концу первого триместра:

**отягощенный гинекологический**

(бесплодие, воспалительные заболевания матки)

**и\или**

**отягощенный акушерский**

(самопроизвольные и\или искусственные аборты, послеоперационные (КС) рубцы на матке) **анамнезы.**

## **Факторы, препятствующие миграции плаценты в безопасное место:**

- **Комбинации полиморфизмов генов, отвечающих за тромбообразование;**
- **Гипертензионный синдром;**
- **Носительство вирусов гепатита В и С;**
- **Эндокринная патология (АИТ, гестационный СД)**

# Течение беременности при ПП

- Угроза прерывания постоянная;
- Анемия беременной;
- Аномалии положения плода (тазовое, косое, поперечное);
- Задержка развития плода

# Клиника предлежания плаценты

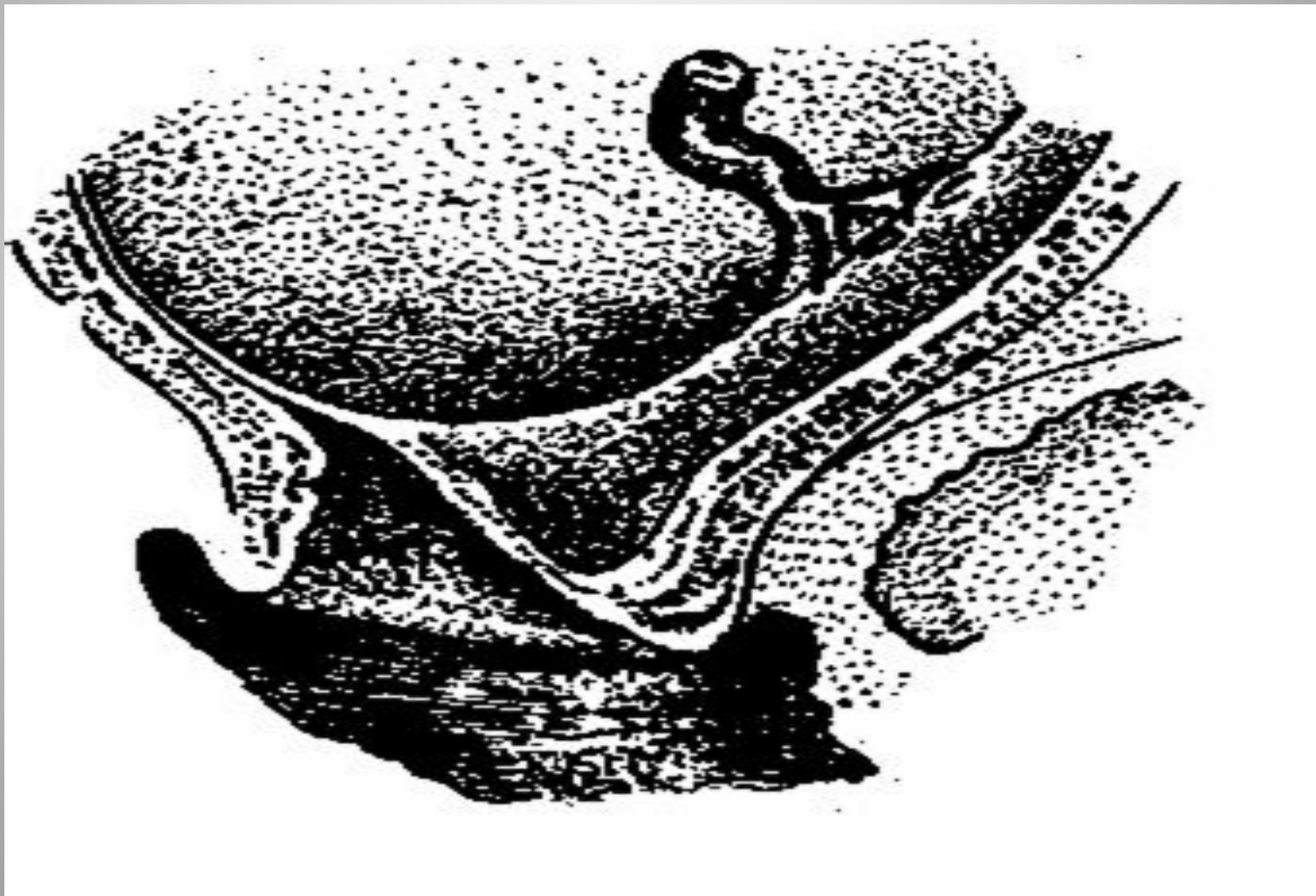
- Патогномоничный симптом – **наружное кровотечение при нормальном тоне матки во второй половине беременности, наиболее часто в 34-36 недель:**
- **Внезапное!!!**
- **Различной интенсивности!!**
- **Безболезненное!**
- **Повторяющееся!!!**



# Почему кровотечение?

- При стареющей плаценте и страдающем плоде - гормональная **перестройка** и **подготовка к родам**:
- Созревание шейки, **развертывание нижнего сегмента** и возбудимость матки.
- При растяжении мышцы нижнего сегмента губчатая ткань плаценты не растягивается: **отрыв якорных ворсин – обнажение просвета артерий плацентарной площадки.**

# Кровотечение при предлежании плаценты неизбежно !



**Что делать???**

# Диагностика ПП !!!

Диагноз должен быть поставлен до начала кровотечения!

Второй скрининг УЗИ в 19-20 недели!!!

*а) Расположение плаценты;*

*б) Диагностика патологии плода: эмбриопатий, задержки развития плода, параклинических маркёров плацентарной недостаточности.*

- 

**Беременные с установленным предлежанием плаценты в 20 недель и проживающие в населенном пункте без наличия ургентного хирургического стационара госпитализируются в межрайонные перинатальные центры или городские родильные дома.**

# При наличии многопрофильной больницы

## Контроль УЗИ в динамике:

- При сохранении предлежания плаценты к 34 неделям или при появлении кровотечения любой интенсивности - дородовая госпитализация в стационар высокой степени риска (многопрофильная больница)
- При отсутствии кровотечения или незначительных кровянистых выделениях – пролонгирование беременности в стационаре до срока максимального созревания плода, т.е. до 36-37 недель

# **ЗАКОН!!!**

**Появление кровянистых выделений в любом сроке второй половины беременности из половых путей является показанием для госпитализации и уточнения причины кровотечения!**



## На дородовой госпитализации:

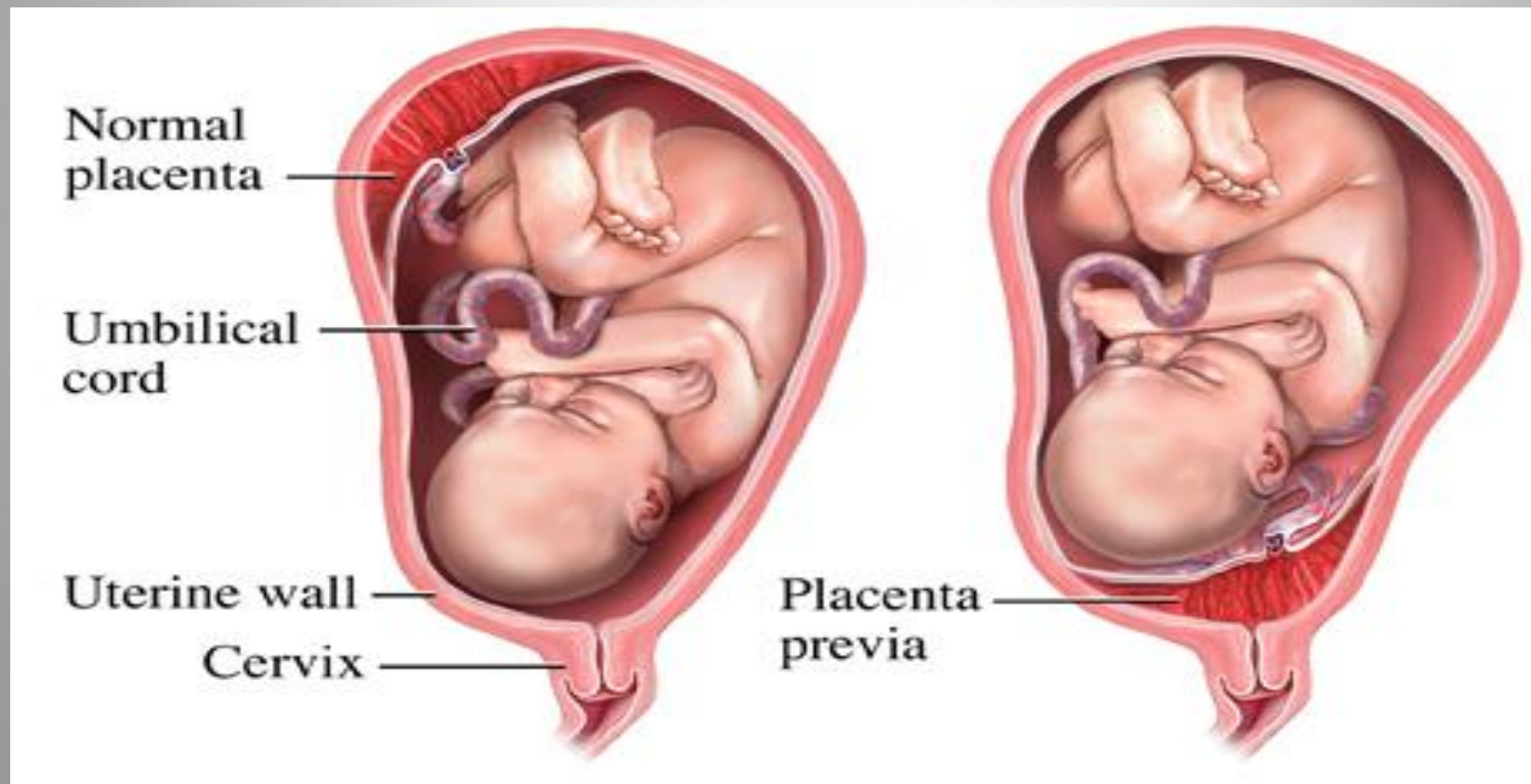
- При появлении обильного кровотечения или повторяющегося умеренного в любом сроке беременности – **экстренное оперативное родоразрешение путём кесарева сечения** в интересах матери и плода.
- При отсутствии кровотечения или незначительных кровянистых выделениях – **продолгование беременности в стационаре до срока максимального созревания плода, т.е. до 36-37 недель**

## **Особенности оперативного родоразрешения при ПП:**

**Предпочтительнее плановое КС в  
дневное время в связи с риском  
формирования истинного вращения  
плаценты:**

- Диагноз вращения плаценты (риск до  
30% случаев) по результатам УЗИ и МРТ;**
- Расширение объёма до экстирпации;  
матки**
- Участие ангиохирургов:**

**Особенности оперативного  
родоразрешения: при расположении ПП  
по передней стенке возможен  
продольный разрез в теле матки**



## **Особенности оперативного родоразрешения при ПП:**

- Максимальная готовность к угрожающей жизни кровопотере:**
- Запас кровезаменителей и препаратов крови !**
- Расширение объёма операции до удаления матки (квалификация хирургов) !**
- Присутствие ангиохирургов (плановая или экстренная перевязка подвздошной артерии) !**

# Резюме:

- Обязательный скрининг УЗИ в 19-21 неделю на экспертном аппарате квалифицированным специалистом.
- Госпитализация в зависимости:
- Проживание в населенном пункте без родильного стационара после 20 недель в межрайцентры или городские роддома (средняя степень риска)
- Прочие пациентки при появлении кровянистых выделений или в 34 недели до родоразрешения.

# Резюме:

- На дородовой госпитализации максимальное пролонгирование в интересах плода.
- Родоразрешение путём КС, по возможности в плановом порядке при сроке 36 и более недель.
- Готовность к борьбе с массивным кровотечением.
- По возможности участие ангиохирургов.

# Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - ПОНРП

- *Наблюдается преимущественно в третьем триместре: после 22-28 недель, наиболее часто в 34-37 недель, реже в первом периоде родов*
- *Морфологическая основа ПОНРП: локальная или тотальная ангиопатия.*
- *Непосредственная причина, запускающая процесс, – острое нарушение микроциркуляции в зоне плацентарной площадки – повышение давления крови в межворсинчатом пространстве.*



# Патогенез ПОНРП

- Повышение давления в межворсинчатом пространстве приводит к отрыву якорных ворсин от стенки матки, что сопровождается излитием материнской крови между стенкой матки и плацентой с образованием ретроплацентарной гематомы.

# Патогенез ПОНРП

- **Образование гематомы способствует дальнейшей отслойки плаценты и продолжению материнского кровотечения из сосудов плацентарной площадки.**
- **Увеличивается кровопотеря – растет гематома – увеличивается кровопотеря.**
- **Редко процесс останавливается на начальной стадии.**

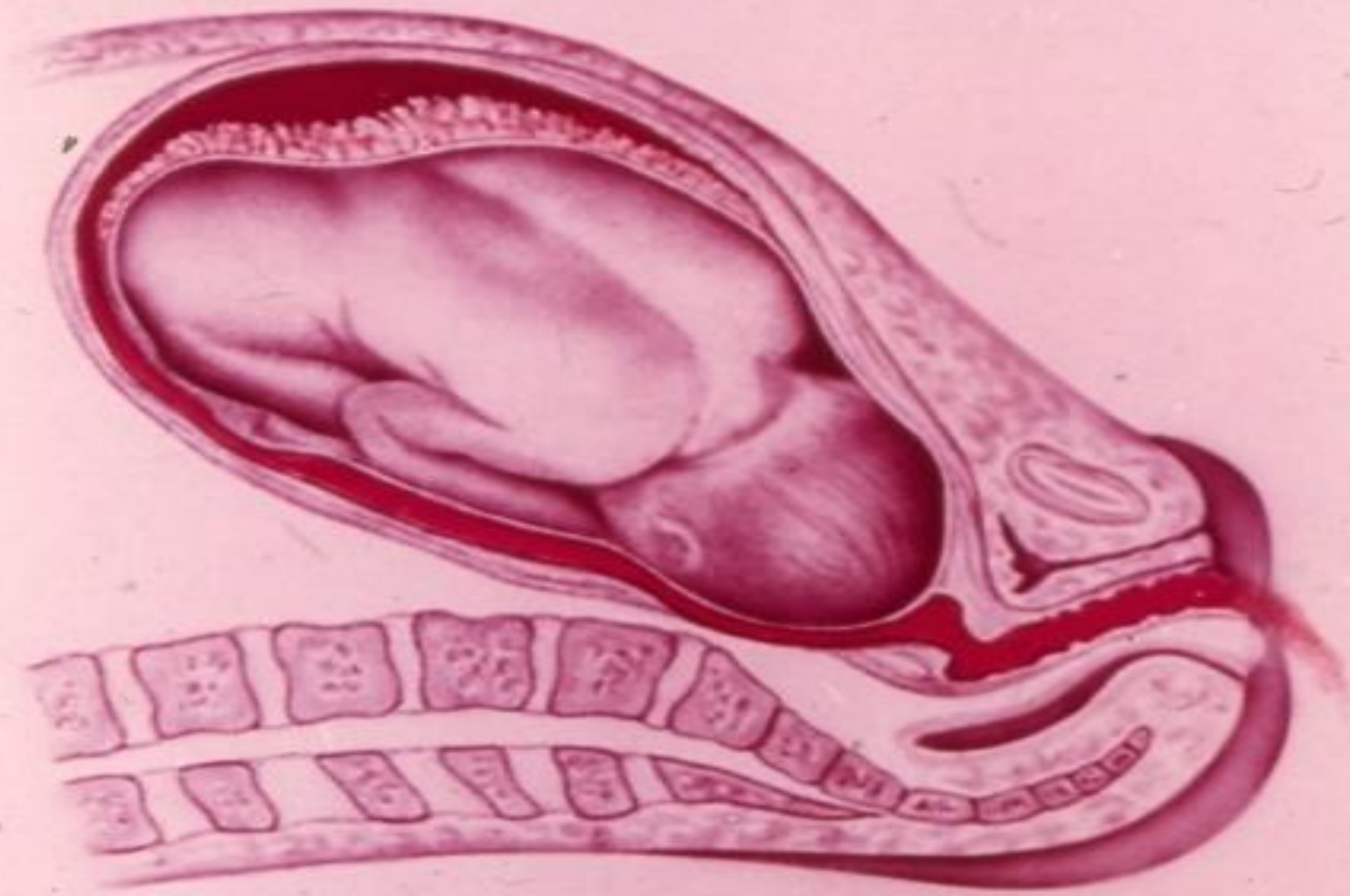
# **Патогенетические варианты ПОНРП**

**:**

**(открытый тип)**

- Изливающаяся материнская кровь отслаивает оболочки от стенки матки и находит выход из матки через цервикальный канал, что клинически проявляется кровотечением из половых путей.**
- Кровотечение появляется через некоторое время после начала отслойки: от 20 минут до 4 и более часов. Кровь не содержит свертков.**
- Учетная наружная кровопотеря всегда меньше истинной кровопотери**

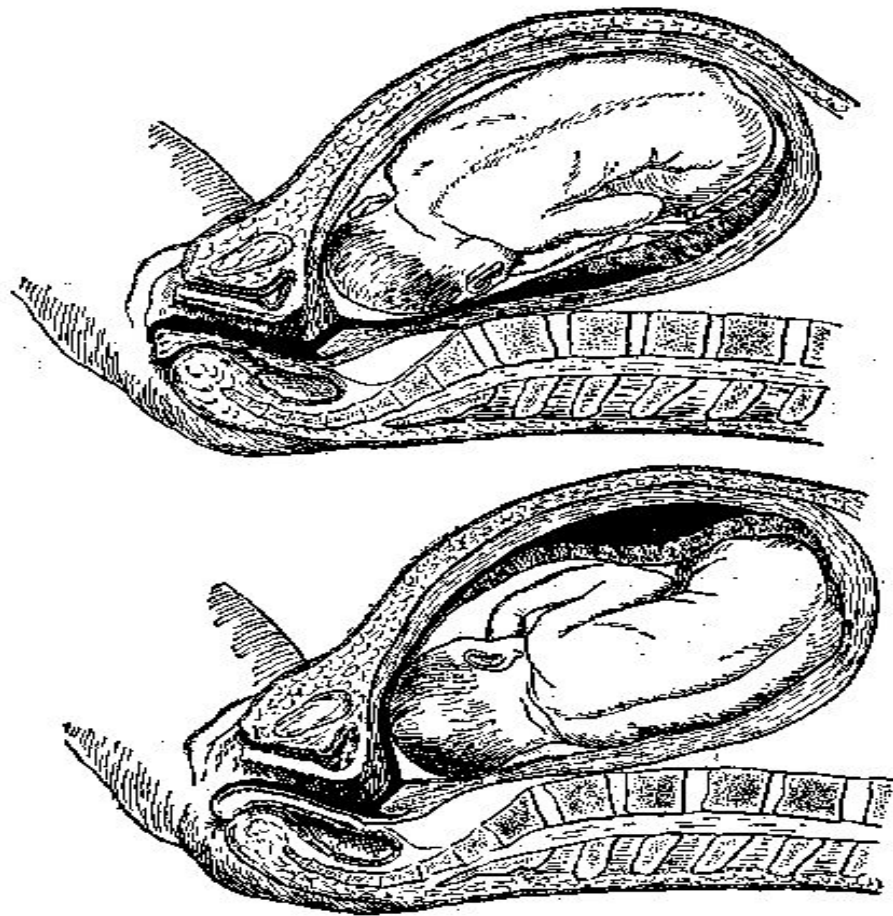
# П О Н Р П



# Патогенетические варианты ПОНРП (з а к р ы т ы й т и п)

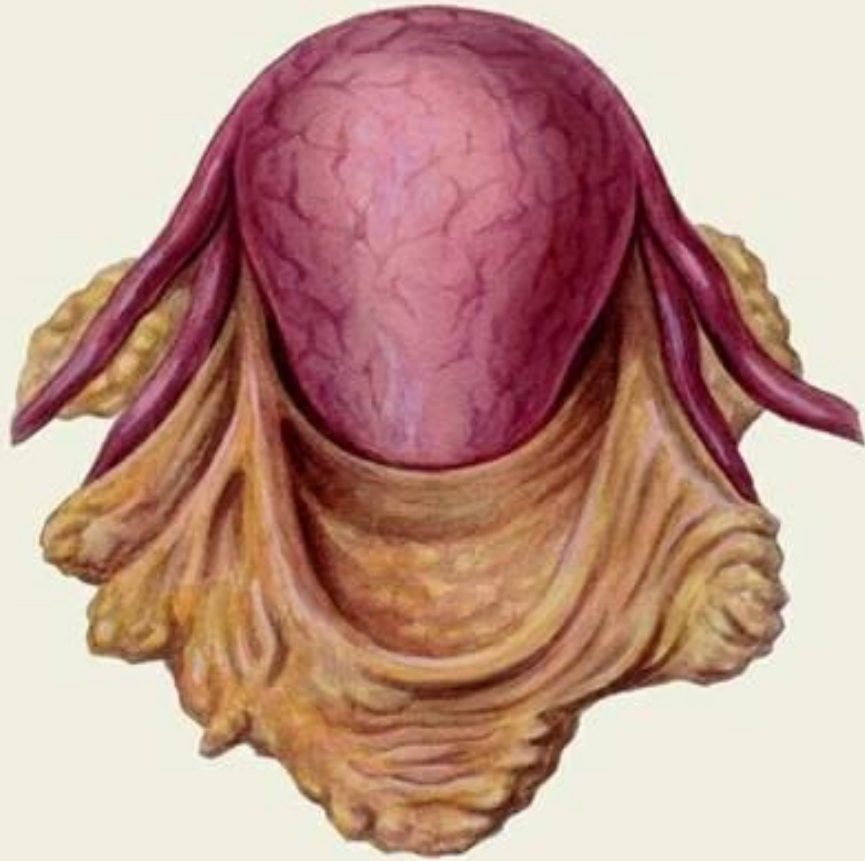
- Кровь не находит выхода из матки, ретроплацентарная гематома своим объемом растягивает мышцу матки и кровь проникает между мышечными волокнами, имbibируя стенку матки.
- **Формируется матка Кювелера (маточная апоплексия).**
- Наружного кровотечения нет или оно появляется намного позже и не соответствует истинной кровопотере

# П О Н Р П





**МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНАЯ АПОПЛЕКСИЯ  
«МАТКА КУВЕЛЕРА» (Couvelaire)**



# Клиника ПОНРП средней степени тяжести

- **Прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода: тахикардия – брадикардия – аритмия: более выраженная при закрытом типе.**
- **Локальная симптоматика (матка):**
  - **боль, болезненность в месте отслойки и повышение тонуса матки (закрытый тип),**



# Клиника ПОНРП тяжелой степени

!!!

- *Превышение кровопотери сверх 1% от массы тела (патологическая компенсированная) приводит к появлению симптомов*

**геморрагического шока:**

*тахикардии, снижению систолического и диастолического АД, повышению шокового индекса.*

- **Картина геморрагического шока и (или) внутриутробная гибель плода являются показателями тяжелой степени ПОНРП**

# Клиника ПОНРП = ДВС синдром

- **Массивное поступление в кровеносное русло тканевого и тромбоцитарного тромбопластина способствует быстрому развитию ДВС-синдрома, особенно на фоне тяжелого гестоза второй половины беременности и (или) гибели плода:**
  - ***Фаза гиперкоагуляции (очень кратковременная)***
  - ***Фаза гипокоагуляции***
  - ***Фаза гипокоагуляции с активацией фибринолиза (лизируются уже образовавшиеся тромбы)***

# Параклиническая диагностика ПОНРП

- *УЗИ с ЦДК, КТГ плода.*
- *Лабораторные тесты на повышение в крови продуктов деградации фибрина (РФМК) и снижение количества тромбоцитов в динамике.*

# Лечение ПОНРП

- В современном акушерстве диагноз **«ПОНРП средней или тяжелой степени»** - показание к экстренному родоразрешению путем операции кесарева сечения.
- Подготовка к операции, операция и послеоперационный период проводятся на фоне ИТТ, целью которой является:
  - а) *восполнение кровопотери*
  - б) *профилактика и лечение ДВС-синдрома*

## Особенности оперативного родоразрешения при ПОНРП:

- После извлечения плода и последа производится оценка:
- *Состояния матки (матка Кювелера)*
- *Наличия и характера кровотечения (гипотоническое, гипокоагуляционное)*
- *Матка Кювелера и (или) продолжающееся кровотечение (не купированный ДВС-синдром) являются показанием для удаления матки.*

# Послеоперационный период при ПОНРП

- **Продолжение ИТТ**
- **Лечение ДВС-синдрома**
- **Массивная  
антибиотикопрофилактика  
ГСЗ**

# Профилактика ПОНРП !!!

Выделение групп риска в ЖК:

- ЭГЗ с проявлениями ангиопатий (*сахарный диабет, артериальная гипертензия, аутоиммунные заболевания*).
- Местные изменения, обусловленные травмой и (или) воспалением (ОАГА).

# Профилактика ПОНРП

- Борьба с абортами и ИППП (местный фактор)
- Санация ЭГЗ (тотальная ангиопатия) перед наступлением беременности и в ранние сроки
- Профилактика, своевременная диагностика и лечение преэклампсии (гестоза)
- Досрочное родоразрешение пациенток с преэклампсией на фоне ЭГЗ



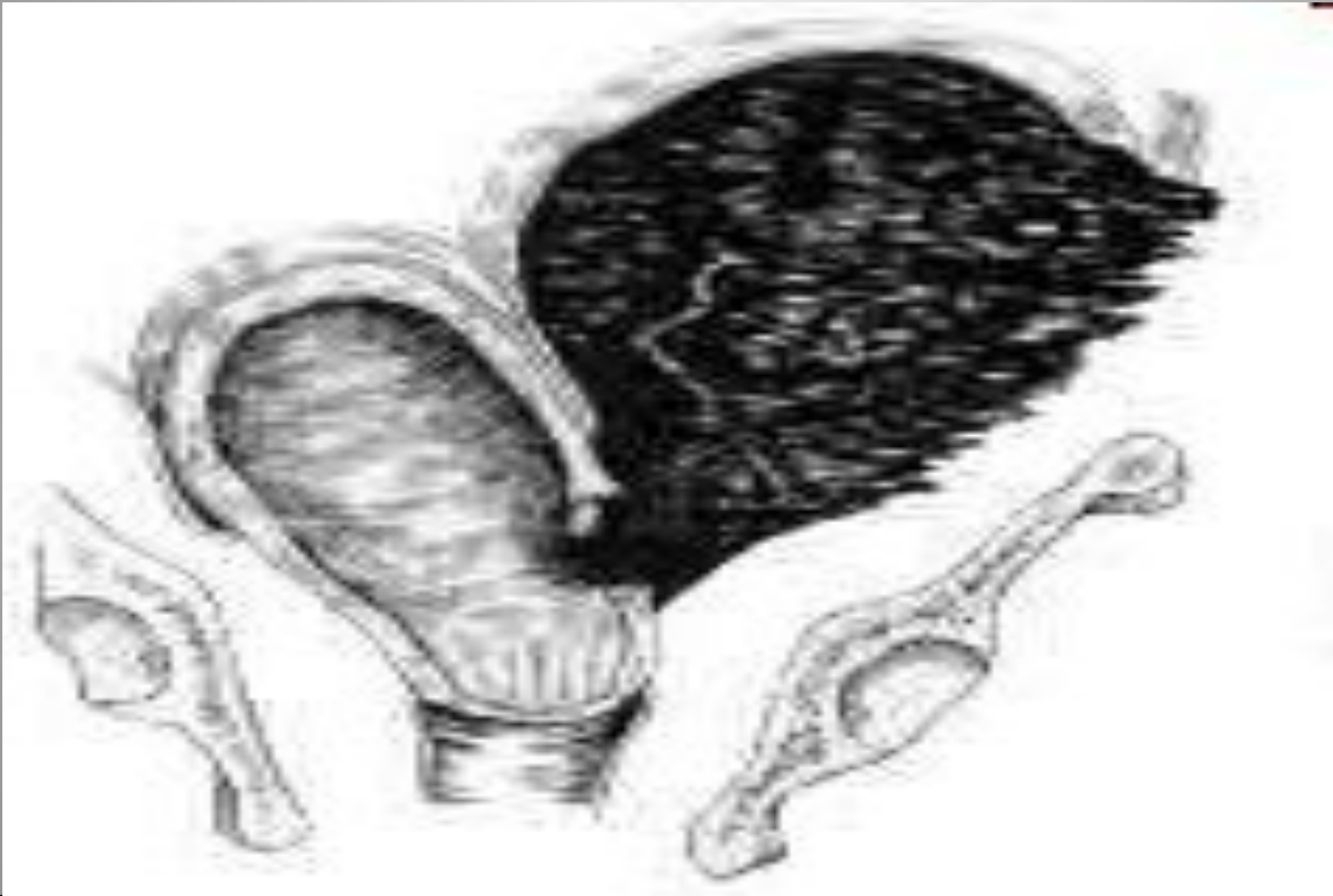
# Разрывы матки

- *Классический насильственный разрыв матки в втором периоде родов (Бандлевский)*
- *Гистопатический разрыв матки при беременности и в родах (Вербовский)*

# Классический разрыв матки

- **Перерастяжение нижнего сегмента в начале второго периода родов в связи с клиническим несоответствием размеров таза матери и головки плода**  
*(анатомически узкий таз, крупный плод, аномальные вставления головки плода, запущенное поперечное положение).*

# Свершившийся насильственный разрыв матки в нижнем сегменте



## Угроза классического разрыва матки

**В начале второго периода (полное открытие) наблюдаются симптомы перерастяжения нижнего сегмента:**

- **Головка плода малым сегментом во входе в таз**
- **Возможна бурная родовая деятельность (потуги) или развитие вторичной слабости родовой деятельности**
- **Боль сохраняется между схватками**
- **Нижний сегмент при пальпации болезненный**
- **Высокое стояние контракционного кольца (матка формы песочных часов)**
- **При влагалищном исследовании отёк стенок влагалища и шейки матки**
- **Признаки прогрессирующего страдания плода**

# Свершившийся классический разрыв матки

## **Местно: картина острого живота**

*(боль, болезненность, симптомы раздражения брюшины), возможна отдельная пальпация сократившейся матки и плода, находящегося вне матки, сердцебиение плода отсутствует*

**Общее состояние - нарастающий шок смешанного генеза ( кровопотеря и боль): тахикардия, снижение АД систолического и диастолического**

# Что делать?

- **Угрожающий разрыв матки – показание к экстренному КС.**
- **Свершившийся разрыв матки – показание к экстренной лапаротомии, ревизии брюшной полости, туалету, дренированию на фоне проведения ИТТ и антибиотикотерапии в максимальных дозах (высокий риск перитонита).**
- **Вопрос о матке (удаление или ушивание) решается индивидуально: наличие детей, давность и обширность разрыва, возможности лечебного учреждения**

# Гистопатический разрыв

- **Разрыв несостоятельного миометрия** (рубцовая ткань, дистрофические изменения) **от растяжения во время беременности и родов:**

## **1. Послеоперационные рубцы на матке**

(кесарево сечение, консервативная миомэктомия, метропластика, перфорация во время аборта).

## **2. Гистопатические изменения (операционного рубца нет):**

**посттравматические** (аборты) и\или

## **Клиника гистопатического разрыва:** *(разрежение изношенной ткани)*

- **Наблюдается во время беременности и в родах**
- **Клиника растянута во времени, стёртая, симптомы неспецифические (локальная боль и болезненность, вегетативные жалобы, симптом ниши): угроза прерывания беременности, патологический прелиминарный период)**



# Гистопатический разрыв по рубцу

- Несостоятельный рубец (*акушерский или гинекологический, локализация, течение послеоперационного периода, давность рубца, эхоскопическая характеристика в динамике*) – плановое оперативное родоразрешение.
- Угроза разрыва (*есть жалобы и симптомы*) является показанием к срочному родоразрешению

# Гистопатический разрыв матки

Послеоперационного рубца нет, но есть гистопатические изменения мышцы матки о которых мы не знаем!!

1. Манифестация при подготовке к родам и в родах аномалиями сократительной деятельности матки.
2. Провоцируется разрыв утеротониками (*родовозбуждение и стимуляция*) и форсированным ведением второго периода (*приём Кристеллера, щипцы, вакуум*).

# Клиника свершившегося гистопатического разрыва матки:

- Прекращение родовой деятельности.
- Гибель плода.
- Локальная симптоматика  
*(болезненность при пальпации, симптомы раздражения брюшины).*
- Нарастание картины шока (*тахикардия, снижение АД – систолического и диастолического*).

# **Профилактика гистопатических разрывов матки *(без рубца)*.**

- Борьба с абортами и воспалительными заболеваниями матки.**
- Мониторинг состояния плода и родовой деятельности в процессе проведения родовозбуждения и родостимуляции.**

**До новых встреч !**

**Желаю вам полного  
клинического соответствия  
ваших знаний акушерства и  
требований ГАК.**

**С уважением !**

**Н. Фадеева**