

Казанский государственный медицинский
университет

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Кровотечения во второй половине беременности

Профессор Габидуллина Р.И.

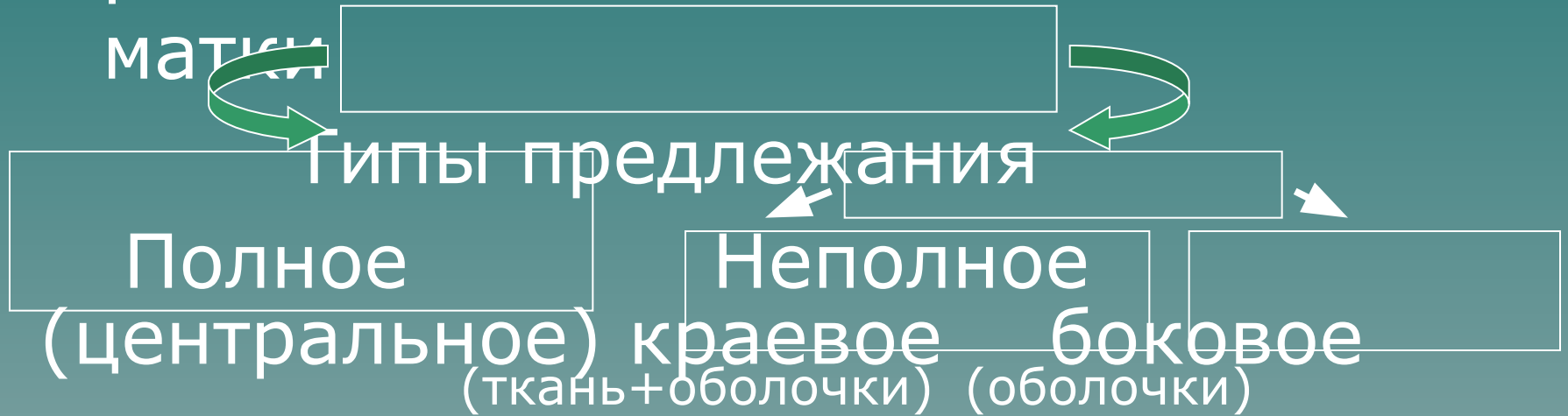
[Сайт презентаций](#)

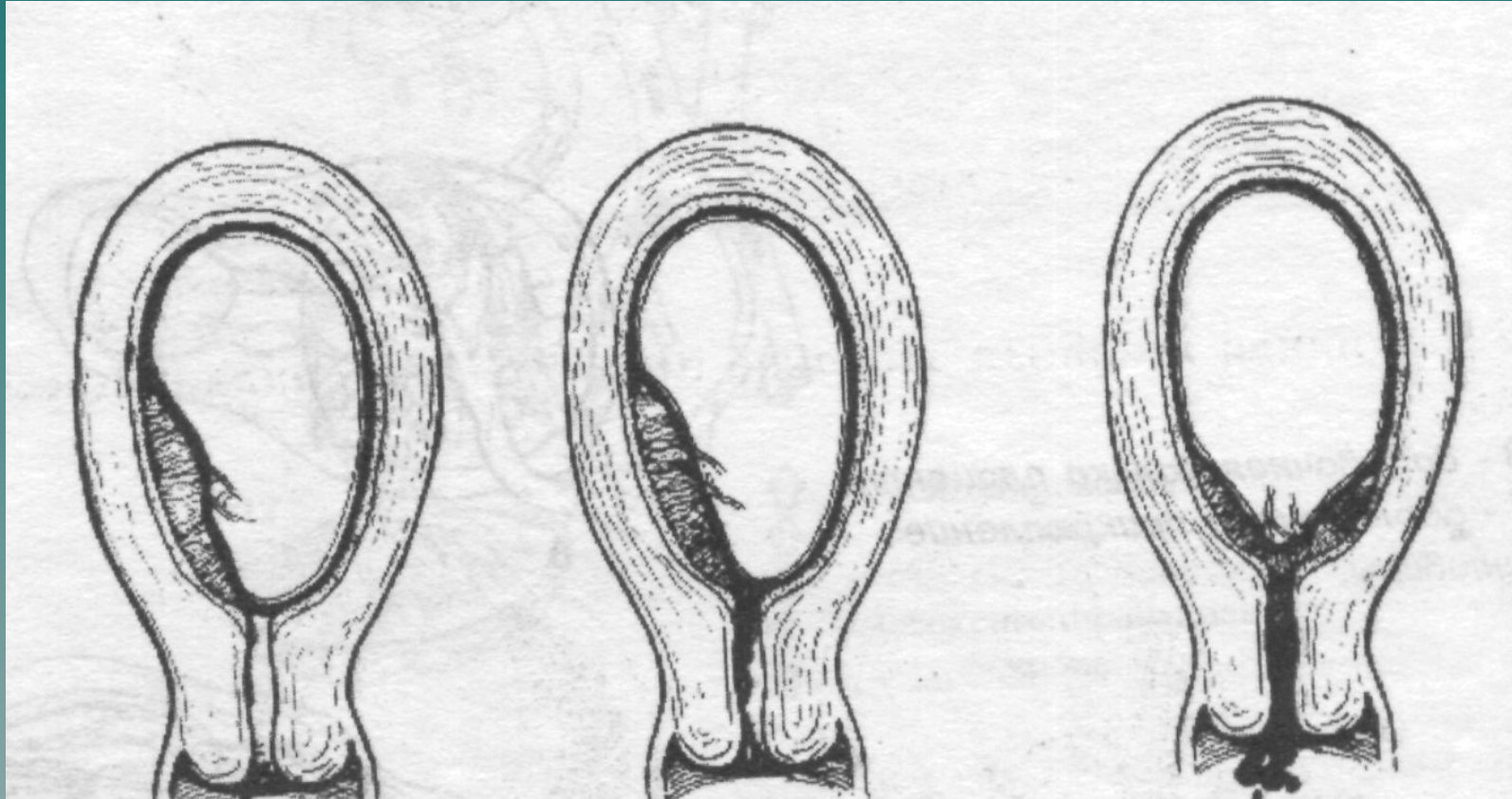
Кровотечение

- ◆ Одна из основных причин материнской смертности и составляет в структуре 20-25%
- ◆ Среди погибших преобладают женщины с гипо- и атонией матки
- ◆ Высокая частота материнской смертности при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты


Предлежание плаценты

Патология, при которой плацента расположена в нижнем сегменте матки





Факторы риска

- ◆ Аборты
 - ◆ Воспалительные заболевания гениталий
 - ◆ Много родов
 - ◆ Рубец на матке
- 

Клиническая картина

- ◆ Внезапное безболезненное кровотечение из половых путей алой кровью среди полного покоя (**типичный симптом!**). Обычно прекращается самостоятельно и возобновляется вновь.
- ◆ Степень анемизации женщины соответствует величине **наружного кровотечения**.
- ◆ Болевой синдром отсутствует.
- ◆ **Тонус матки не изменен!** В 25% случаев кровотечение начинается на фоне схваток. Однако при их прекращении **матка мягкая, расслабляется полностью**.
- ◆ У 30% пациенток наблюдается косое или поперечное положение плода. В продольном положении головка плода может определяться высоко над входом в таз.

Диагностика

1. Характерная клиническая картина
2. В 95% случаев предлежание плаценты удается диагностировать с помощью УЗИ на ранних сроках беременности. К концу беременности в 90% случаев определяют нормальное расположение плаценты за счет ее миграции

Диагностика

3. По данным влагалищного исследования:

- ◆ тестоватость, пастозность в сводах,
- ◆ за внутренним зевом – плацентарная ткань.

В связи с риском массивного кровотечения исследование проводят при развернутой операционной с иглой в вене

Тактика ведения беременности и родов при предлежании плаценты

- ◆ При подозрении на предлежание плаценты - госпитализация в акушерский стационар
- ◆ Сильное кровотечение, угрожающее жизни матери – показание для экстренного кесарева сечения (КС) на любом сроке беременности
- ◆ При отсутствии или небольшом кровотечении и сроке беременности менее 36 недель проводят консервативное лечение
 - Строгий постельный режим при незначительных кровянистых выделениях или палатный
 - Токолитическая терапия сульфатом магния
 - Спазмолитики (но-шпа, папаверин)
 - Лечение анемии

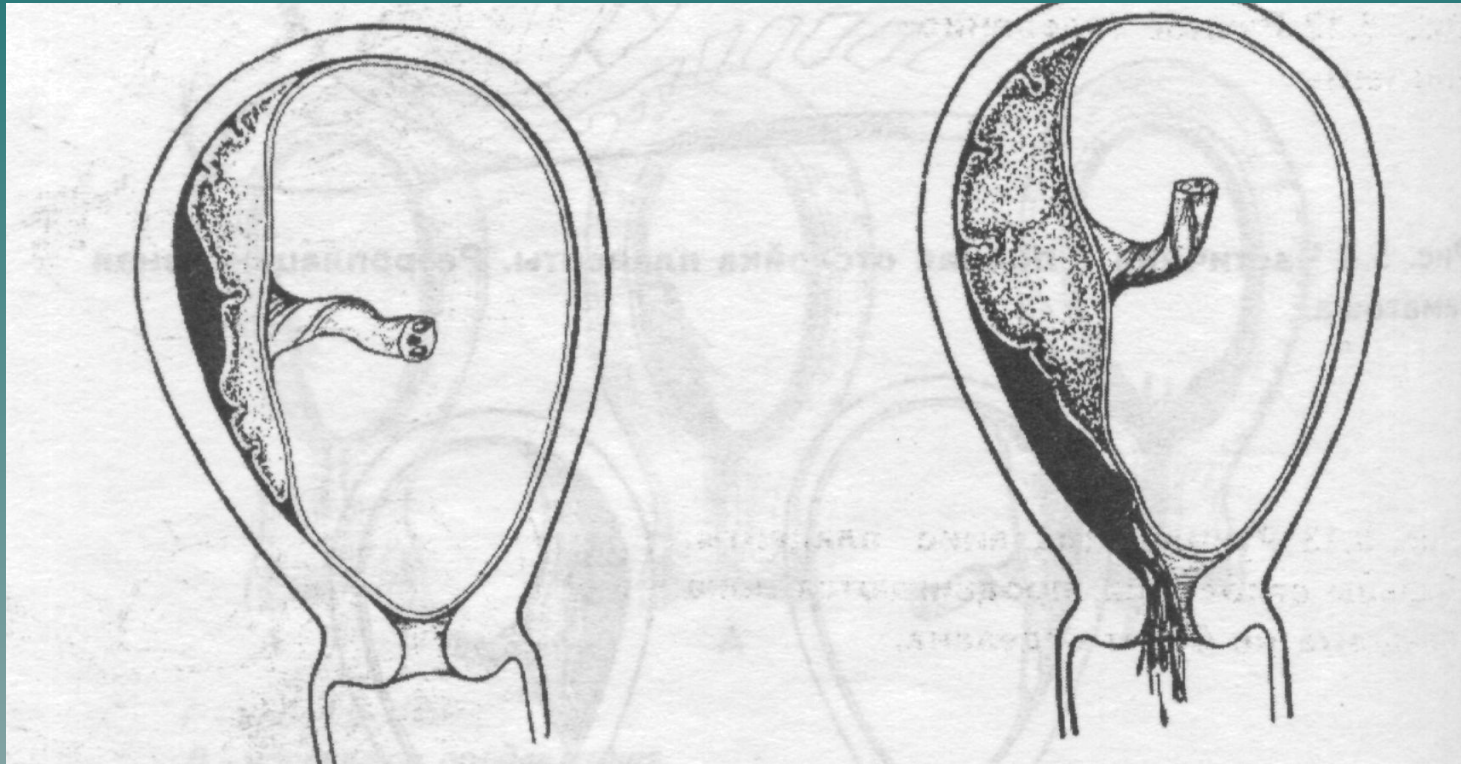
Тактика ведения беременности и родов при предлежании плаценты

- ◆ Полное предлежание плаценты при отсутствии кровотечения является абсолютным показанием для планового КС на сроке беременности более 36 недель. Разрез матки – корпоральный.
- ◆ При неполном предлежании плаценты, доношенном сроке беременности и зрелой шейке матки возможны роды через естественные родовые пути (амниотомия)

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

Частичное или полное отделение нормально расположенной плаценты от стенки матки, произошедшее во время беременности или в I-II периоде родов


ПОНРП – ведущая причина в структуре материнской смертности, 15% смерти плода!



Классификация ПОНРП

- I. Легкая степень тяжести (40%)
- II. Средняя -//- (45%)
- III. Тяжелая -//- (15%)

Легкая степень тяжести ПОНРП

- ◆ Объем кровопотери менее 100 мл
 - ◆ Часто не диагностируется
 - ◆ Проходит без клинической симптоматики
 - ◆ Наружное кровотечение отсутствует
 - ◆ Выявляют случайно на УЗИ или после родов
- 

Средняя степень тяжести ПОНРП

- ◆ Объем кровопотери от 100 до 500 мл
- ◆ Тонус матки повышен
- ◆ Возможна болезненность матки при пальпации
- ◆ Изменяется характер сердцебиения плода (признаки внутриутробной гипоксии). При отслойке более 1/3 поверхности плаценты возможна антенатальная гибель плода

Тяжелая степень ПОНРП

- ◆ Объем кровопотери более 500 мл
- ◆ Отслойка более 1/2 поверхности плаценты
- ◆ Матка резко напряжена, болезненна (на дыбах). Между схватками не расслабляется
- ◆ Плод обычно погибает
- ◆ Геморрагический шок, часто развивается ДВС-синдром

В патогенезе ПОНРП ведущей
причиной является патология
сосудов, чаще при гестозе



Факторы риска

- ◆ Гестоз
- ◆ ПОНРП в анамнезе
- ◆ Травма, большое количество родов
- ◆ Быстрое излитие вод при многоводии
- ◆ Миома матки, особенно в области плацентарной площадки

Диагноз определяется
клинической картиной в основе
которой:

- *кровотечение,*
- *боль в животе,*
- *болезненность и напряжение
матки*

Клиническая картина

Кровотечение наблюдается в 80% случаев, в 20% формируется ретроплацентарная гематома. Кровотечение темной кровью со сгустками.

Степень анемизации не соответствует объему наружного кровотечения.

Очень быстро развивается 2 стадия ДВС-синдрома – коагулопатическое кровотечение

Клиническая картина

Боль – частый симптом.


Внезапная, постоянная,
локализуется внизу живота и в
пояснице.

Больше выражена при отсутствии
наружного кровотечения

Клиническая картина

- ◆ Болезненность и напряжение матки обычно наблюдаются при более тяжелых формах. Гипертонус – матка не расслабляется.
- ◆ Ассиметрия матки – при ретроплацентарной гематоме
- ◆ Состояние плода страдает вплоть до гибели
- ◆ Преждевременная отслойка провоцирует преждевременные роды

Осложнения

- ◆ Геморрагический шок
 - ◆ ДВС-синдром
 - ◆ Матка Кювелера
 - ◆ Ишемический некроз внутренних органов
- 

Тактика ведения определяется акушерскими условиями, величиной отслойки, состоянием женщины и плода, выраженностью гемодинамических расстройств



Тактика ведения

- ◆ При подозрении на ПОНРП – госпитализация
- ◆ Осмотр в условиях операционной с иглой в вене, после УЗИ
- ◆ При небольшой кровопотере, удовлетворительном состоянии матери и плода, при сроке беременности менее 36 недель возможно пролонгирование беременности, в родах – роды через естественные родовые пути, с обязательной амниотомией (уменьшение поступления тканевого тромбопластина)
- ◆ Родовозбуждения и родостимуляции не проводят

Показания для экстренного кесарева сечения

- ◆ Острая внутриутробная гипоксия плода в отсутствие условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути
- ◆ Тяжелая ПОНРП с угрозой жизни матери