



Акушерские кровотечения

**Доцент кафедры акушерства и гинекологии №3
Муслимова С.Ю.**

Кровотечения во время беременности наблюдают у 2–3% женщин.

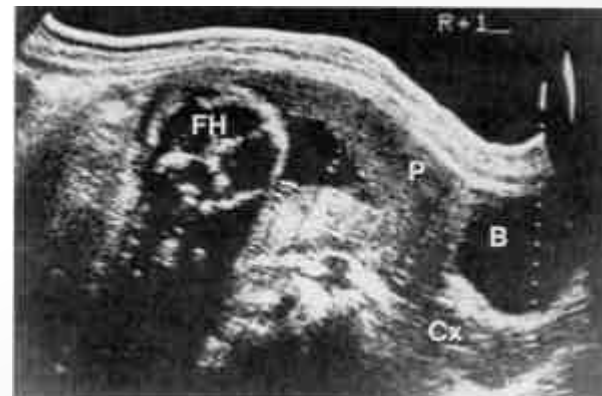
Наиболее частые причины кровотечения — предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Предлежание плаценты — неправильное прикрепление плаценты в матке, расположение ее в области нижнего маточного сегмента, над внутренним зевом, что приводит к частичному или полному его перекрыванию и нахождению плаценты ниже предлежащей части плода, т.е. на пути рождающегося плода.

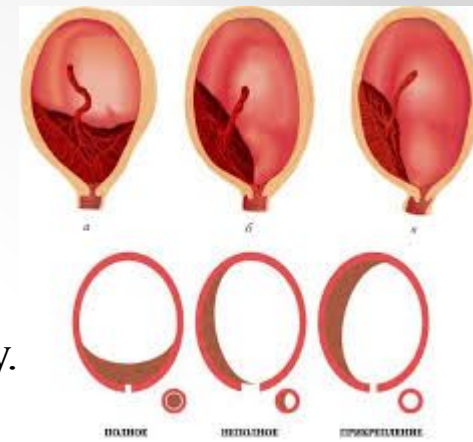
МКБ-10: • О46 Дородовое кровотечение, не классифицированное в других рубриках.

Эпидемиология

- Предлежание плаценты редкое осложнение частота его составляет 1 случай на 200 доношенных беременностей.
- Частота предлежания плаценты по отношению к общему количеству беременностей в России составляет 0,2–0,8% .
- Приблизительно в 80% случаев данную патологию наблюдают у многорожавших (более 2 родов в анамнезе)
- Материнская заболеваемость составляет 23%, преждевременные роды развиваются в 20% случаев.
- Материнская смертность при предлежании плаценты колеблется от 0 до 0,9%. Основные причины смерти — шок и кровотечение. Перинатальная смертность высока и варьирует от 17 до 26%.(



Определение



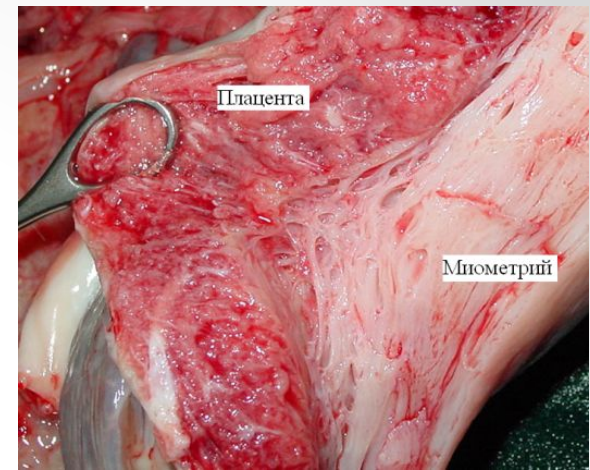
Предлежание плаценты – аномалия расположения плаценты. Она расположена в нижнем сегменте матки и полностью или частично перекрывает внутренний зев или располагается очень близко к нему.

Различают 4 степени предлежания плаценты:

- I. **Полное (центральное) предлежание плаценты** – плацента полностью перекрывает внутренний зев.
- II. **Частичное (боковое) предлежание плаценты** – плацента на $2/3$ перекрывает внутренний зев.
- III. **Краевое предлежание плаценты** – плацента на $1/3$ перекрывает внутренний зев.
- IV. **Низкое расположение плаценты** – плацента расположена близко к внутреннему зеву, но её край не доходит до внутреннего зева на 60-70 мм; при влагалищном исследовании через шейку матки пальцем можно пропальпировать край плаценты.



ЭТИОЛОГИЯ



1. Материнские факторы:

- a)** Большое количество родов в анамнезе.
- b)** Возраст женщины (> 35 лет).

2. Факторы обусловленные патологией плаценты.

- a)** Нарушение васкуляризации децидуальной оболочки.
- b)** Рубцовые изменения эндометрия.
- c)** Сосудистые изменения в месте прикрепления плаценты.
- d)** Увеличение поверхности плаценты (многоплодная беременность).
- e)** Эритробластоз плода.

Клиника



Кровотечение из влагалища, не сопровождающееся болью, усиливающееся или возобновляющееся с началом родовой деятельности.

- Влагалищное исследование может усилить кровотечение. При острой кровопотере возникает шок и дистресс у плода**



Дифференциальная диагностика

- преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты;
- разрывом краевого синуса плаценты;
- разрывом сосудов пуповины при их оболочечном прикреплении;
- разрывом матки; 178

Кровотечения во II и III триместрах беременности

- эктопией шейки матки;
- разрывом варикозно-расширенных вен влагалища;
- кровоточащей эктопией;
- полипами;
- карциномой шейки матки.

ЛЕЧЕНИЕ

Цель лечения

Остановка кровотечения.

Показания к госпитализации

Полное предлежание плаценты даже при отсутствии клинических симптомов; возникновение кровяных выделений из половых путей.

Немедикаментозное лечение

Исключение физических нагрузок, постельный режим, половой покой.

Консервативное лечение

- 1.** Тщательный контроль и наблюдение за беременной оправданы если плод недоношен.
- 2.** Выжидательная тактика допустима лишь при отсутствии родовой деятельности. Стабильном состоянии плода и незначительном кровотечении.

Мероприятия:

- Госпитализация.
- Тщательный осмотр в зеркалах для исключения локальных повреждений шейки матки и влагалища.
- Определение расположения плаценты и вида её предлежания.

Лекарственная терапия

Терапия направлена на снятие возбудимости матки, укрепление сосудистой стенки:

- дротаверина 2% раствор (2 мл в/м);
- гексопреналина сульфат (500 мкг — 1 таблетка каждые 3 ч, затем каждые 4–6 ч);
- фенотерол по 10 мл в/в капельно в 400 мл 5% раствора глюкозы;
- менадиона натрия бисульфит 1% раствор (1,0 в/м);
- этамзилат 12,5% раствор (2,0 в/в, в/м)В

При недоношенной беременности (до 34 нед) с целью профилактики респираторного дистресс-синдрома плода показано введение больших доз глюкокортикоидов — дексаметазона 8–12 мг (по 4 мг 2 раза в сутки в/м в течение 2–3 дней или per os по 2 мг 4 раза в 1-й день, по 2 мг 3 раза во 2-й день, по 2 мг 2 раза в 3-й день)

Хирургическое лечение

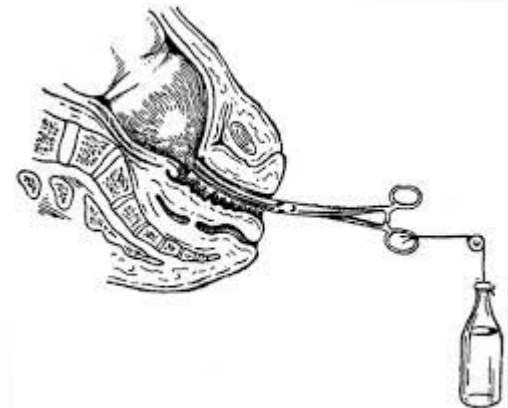
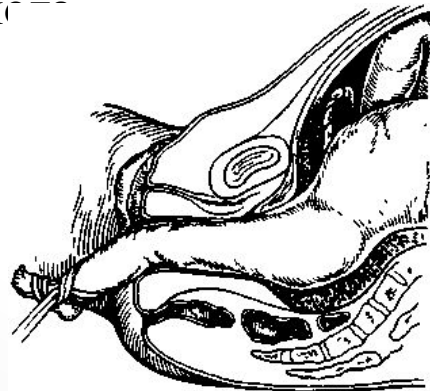
Выбор метода терапии зависит от величины кровопотери, общего состояния беременной, вида предлежания плаценты, срока беременности, положения плода



- При центральном предлежании плаценты без кровотечения показано родоразрешение путем операции кесарева сечения в срок 37 нед. в плановом порядке.
- При кровотечении в объеме 250 мл и более независимо от степени предлежания плаценты показано экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения в любой срок беременности.
- Вследствие недостаточного развития децидуальной оболочки в области нижнего сегмента матки часто возникает плотное прикрепление плаценты, иногда истинное ее приращение. В таких случаях показано удаление матки.
- При краевом предлежании плаценты можно использовать выжидательную тактику до спонтанного начала родовой деятельности, а в родах показана ранняя амниотомия.

Роды

- А. Амниотомия** проводится при удовлетворительном состоянии женщины и незначительном кровотечении.
- В. Плановое кесарево сечение** проводят при массе плода более 2500 г и сроке беременности не менее 37 недель (по данным УЗИ) и зрелости легких плода.
- С. Экстренное кесарево сечение** проводят если кровотечение представляет угрозу для жизни женщины вне зависимости от размеров и гестационного возраста плода.
- Д. Наложение кожно-головных щипцов по Уилт-Иванову** проводят при невозможности кесарева сечения и в случае гибели или нежизнеспособности плода.
- Е. Низведение ножки при смешанном ягодичном предлежании** также проводят при невозможности кесарева сечения и в случае гибели и нежизнеспособности плода.



Осложнения для матери

- **Некроз гитпофиза (Синдром Шихена) или повреждение почек (острый некроз почечных канальцев)** как результат массивной кровопотери и длительной гипотензии.
- **Сильное послеродовое кровотечение.**
- **Приращение плаценты.**

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Преждевременное (до рождения ребенка) отделение нормально расположенной плаценты от стенки матки.

ПОНРП возникает приблизительно в 1 случае из 100-120 родов. В России частота её не превышает 0,3-0,5% всех беременностей, причем 56,6% случаев происходят во время беременности, а 43,4% - в период раскрытия и изгнания.

**Материнская смертность при данной патологии составляет 1,6–15,6%,
перинатальная смертность — 20–35,0‰ .**

Классификация

- отслойку с наружным или видимым кровотечением — выделение крови из влагалища;
- отслойку с внутренним или скрытым кровотечением — кровь скапливается между плацентой и стенкой матки, образуя ретроплацентарную гематому;
- отслойку с комбинированным или смешанным кровотечением — наличествует как скрытое, так и видимое кровотечение.

По площади отслойки различают:

- частичную (прогрессирующую или непрогрессирующую);
- полную.

По степени тяжести клинической картины отслойку делят на:

- легкую (отслойка небольшого участка плаценты);
- среднюю (отслойка 1/4 поверхности плаценты);
- тяжелую (отслойка более 2/3 поверхности плаценты).

Причины

- I.** Токсикоз II половины беременности (45% случаев происходят на фоне длительного вялотекущего гестоза).
- II.** Гипертоническая болезнь.
- III.** Заболевания почек сопровождающиеся гипертензией.
- IV.** Острые инфекционные заболевания.
- V.** Травма (в результате удара в живот, падения, наружного акушерского поворота плода, амниоцентеза).
- VI.** Быстрое изменение объема матки после излития околоплодных вод при многоплодии или двойне.

Клиника ПОНРП

Клинические проявления	Лёгкая	Средняя	Тяжелая
Плацентарное кровотечение	< 500 мл	500-1000 мл	>1000 мл или скрытая
Отслойка поверхности плаценты	<1/4	1/4-1/2	>1/2
Боль в животе	Дискомфорт в нижних отделах	Продолжительная болезненность	Кинжальная, разрывающая
Тонус матки	Неполное расслабление	Непрекращающиеся сильные схватки	Матка не расслабляется между схватками
Дистресс плода	нет	дистресс	выраженный дистресс или гибель
Коагулопатия у женщины	Удлинение времени свертывания, гипофибриногенемия	Ранняя коагулопатия потребления	Шок, олигурия, Коагулопатия потребления

Оценка степени тяжести кровопотери

Биохимический анализ крови (белок менее 60 г/л).

■ Гемостазиограмма: 182

Кровотечения во II и III триместрах беременности

✧ фаза гиперкоагуляции — увеличено количество тромбопластина и протромбина, время свертывания менее 4 мин, паракоагуляционные тесты (этаноловый, в-нафтоловый, протамин-сульфатный) не изменены;

✧ переходная фаза — количество фибриногена менее 2 г/л, паракоагуляционные тесты положительные, увеличено количество продуктов деградации фибрина, тромбиновое время больше 30–35 с, протромбиновое время больше 20 с, количество антитромбина III менее 75%;

✧ фаза гипокоагуляции: количество фибриногена менее 1,5 г/л, паракоагуляционные тесты часто отрицательные, содержание продуктов деградации фибрина более 2×10^{-2} г/л, тромбиновое время более 35 с, протромбиновое время более 22 с, количество антитромбина III 30–60%, количество тромбоцитов снижено.

Оценка степени тяжести кровопотери

(Воробьев А.И. и др., 1999)

Показатели	Степень тяжести			
	I	II	III	IV
Объем кровопотери в мл	< 750	750-1500	1500-2000	>2000
Объем кровопотери в % к ОЦК	<15	15-30	30-40	>40
Пульс	<100	>100	>120	>140
АД	нормальное	нормальное	снижено	снижено
Частота дыхания	14-20	20-30	30-40	>40
Почасовой диурез	>20	20-30	5-15	отсутствует
Состояние ЦНС	Легкое возбуждение	возбуждение	Заторможенность	прекома

Лекарственная терапия

Выбор метода лечения при преждевременной отслойке плаценты определяется выраженностью кровотечения, состоянием матери и плода.

□ При отслойке плаценты во время беременности (при сроке до 34–35 нед), если состояние беременной и плода значительно не страдает, нет выраженного наружного и внутреннего кровотечения, возможна выжидательная тактика.

□ Терапия направлена на лечение заболевания, послужившего причиной отслойки (гипертензия, гестоз и др.), уменьшение тонуса матки, коррекцию гемостаза, борьбу с анемией и шоком .

Лечение проводят под контролем УЗИ, доплерометрии, КТГ;



Лекарственные препараты

введение спазмолитических средств, дезагрегантов, поливитаминов, антианемических средств:

- дротаверина 2% раствора 2–4 мл в/м, в/в;
- этамзилата в/в, в/м 2–4 мл, затем через каждые 4–6 ч по 2 мл.

При отслойке плаценты нельзя использовать β -адреномиметики.

Основные принципы лечения геморрагического шока.

- Остановка кровотечения.
- Поддержание макро- и микроциркуляции (управляемая гемодилюция).
- Коррекция сопутствующего метаболического ацидоза (4% раствор натрия гидрокарбоната из расчета 2 мл/кг массы тела).
- Введение глюкокортикоидов (0,7–0,5 г гидрокортизона или эквивалентных доз преднизолона или дексаметазона).
- Поддержание адекватного диуреза на уровне 50–60 мл/ч малыми дозами фуросемида (10–20 мг) после введения каждого литра жидкости.
- Перевод больных на искусственную вентиляцию легких при нарастающей гиперкапнии (повышение PCO_2 до 60 мм рт. ст.), наличии симптомов дыхательной недостаточности.
- Применение антибиотиков начиная с препаратов цефалоспоринового ряда
- Адекватное обезболивание.

Шоковый индекс



**ШОКОВЫЙ ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА –
ОТНОШЕНИЕ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ
СОКРАЩЕНИЙ К СИСТОЛИЧЕСКОМУ АД**
Норма - индекс меньше 1

**Соотношение индекса и объема кровопотери
(в % от ОЦК)**

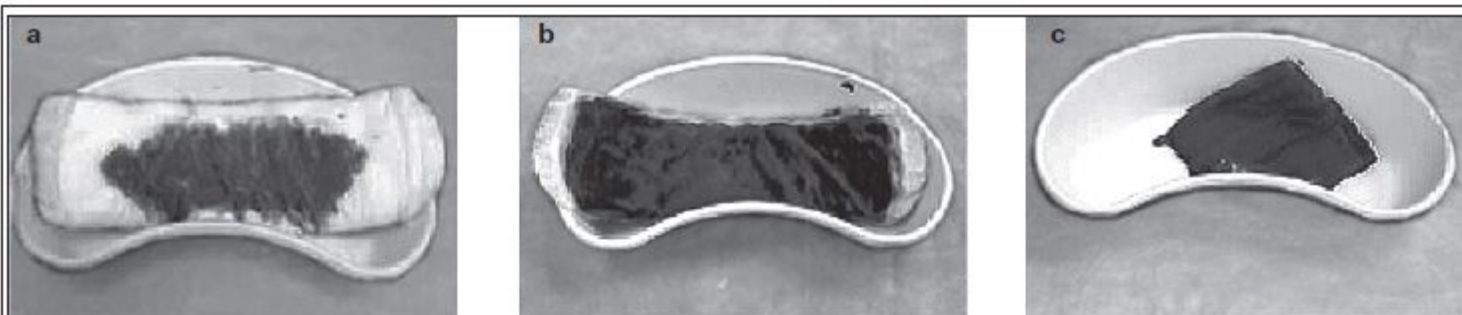
0,8 и менее	- 10%
0,9-1,2	- 20%
1,3 -1,4	- 30%
1,5 и более	- 40%

**Интегральные показатели, отражающие
состояние гемодинамики
(индекс Алговера)**

Нормальное состояние : $\frac{\text{пульс } 60 / \text{мин}}{\text{АД } 120 \text{ мм рт. ст.}} = \text{показатель } 0,5;$

Компенсированный шок : $\frac{\text{пульс } 100 / \text{мин}}{\text{АД } 100 \text{ мм рт. ст.}} = \text{показатель } 1,0;$

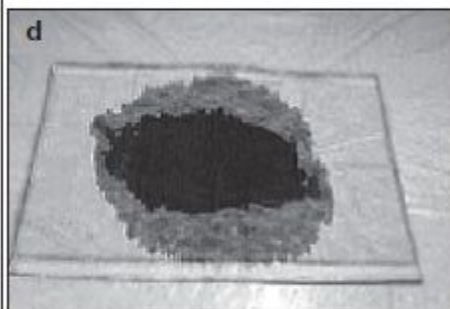
Декомпенсированный шок : $\frac{\text{пульс } 120 / \text{мин}}{\text{АД } 80 \text{ мм рт. ст.}} = \text{показатель } 1,5.$



**Следы на прокладке
30 мл**

**Пропитанная прокладка
100 мл**

**Пропитанная салфетка 10 x 10 см
60 мл**



**Подкладная пеленка
250 мл**



**Большая пропитанная салфетка
350 мл**



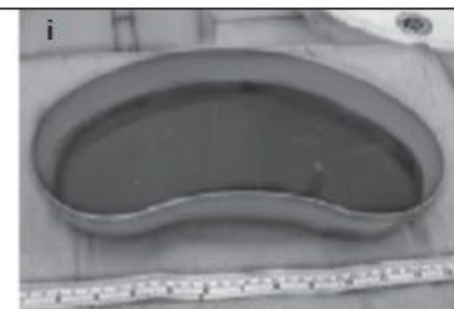
**Пятно на полу диаметром 100 см
1500 мл**



**Кровь в пределах матраса
1000 мл**



**Кровь, стекающая на пол
2000 мл**

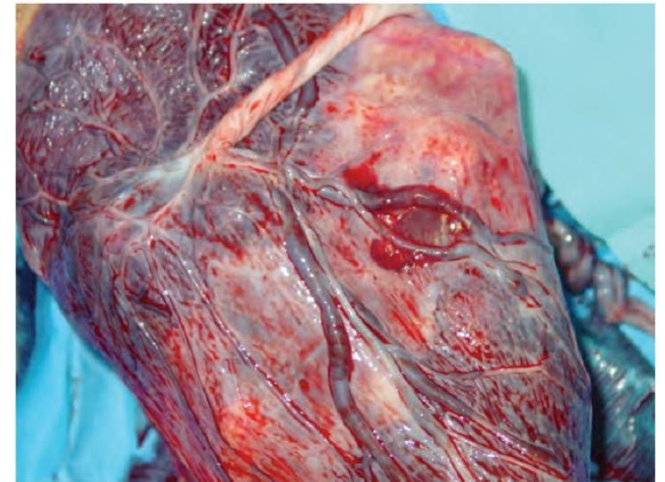


**Полный почкообразный лоток
500 мл**

Рисунок 1. Визуальная оценка объема кровопотери при кровотечении в акушерстве [75]

Разрыв предлежащих сосудов плаценты

- **Представляет большую опасность из-за угрозы гибели плода от кровотечения.**
- **Возникает дистресс плода на фоне безболезненного влагалищного кровотечения без сокращений матки. Чтобы отличить кровь матери от крови плода, исследуют мазок крови, окрашивая его по Райту. Эритроциты плода имеют ядро.**



Благодарю за внимание!

