



Акушерские кровотечения

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

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

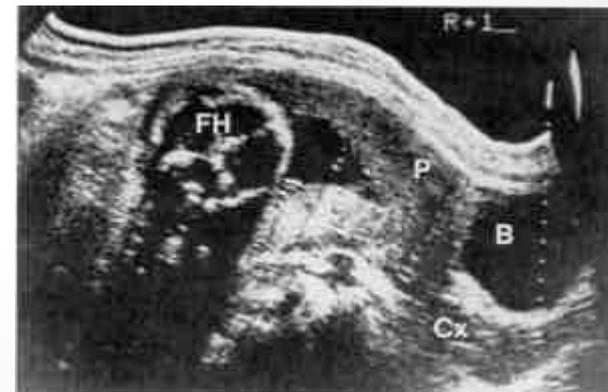
Наиболее частые причины кровотечения — предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

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.

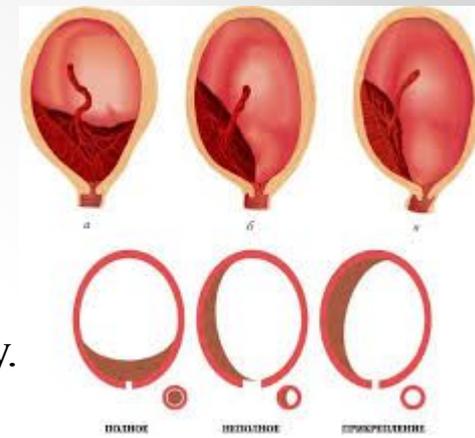
МКБ-10: • О46 Дородовое кровотечение, не классифицированное в других рубриках.

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



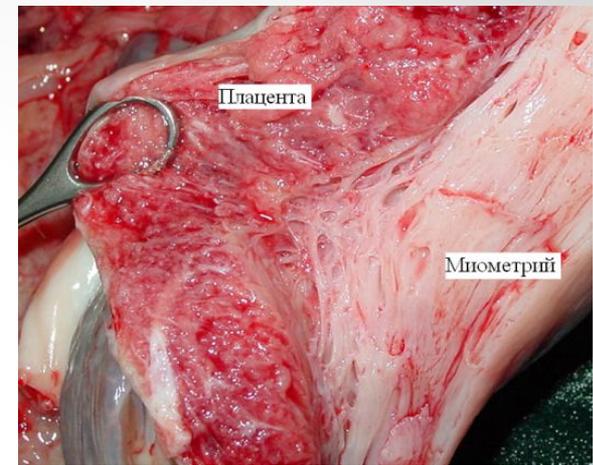
Предлежание плаценты – аномалия расположения плаценты. Она расположена в нижнем сегменте матки и полностью или частично перекрывает внутренний зев или располагается очень близко к нему.

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

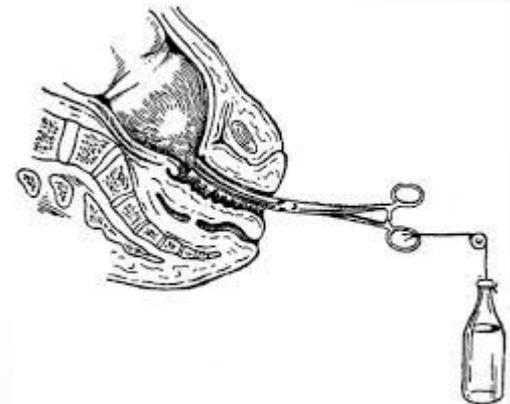
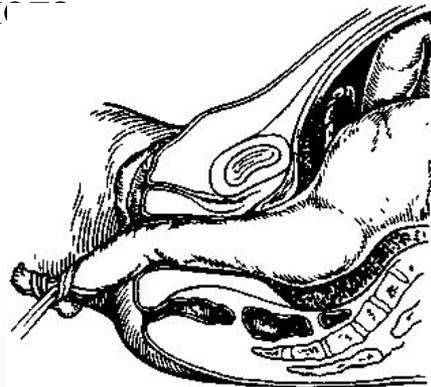
Выбор метода терапии зависит от величины кровопотери, общего состояния беременной, вида предлежания плаценты, срока беременности, положения плода



- 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)**

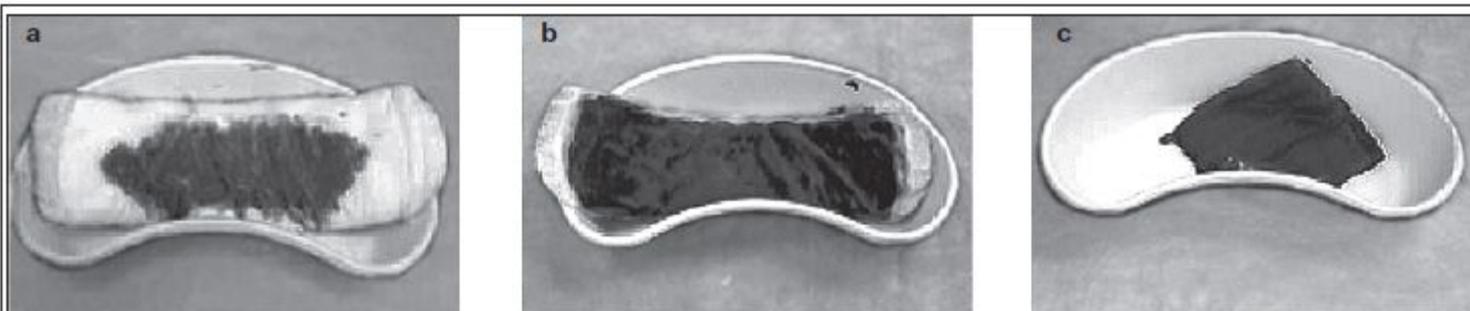
0,8 и менее	- 10%
0,9-1,2	- 20%
1,3 -1,4	- 30%
1,5 и более	- 40%

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

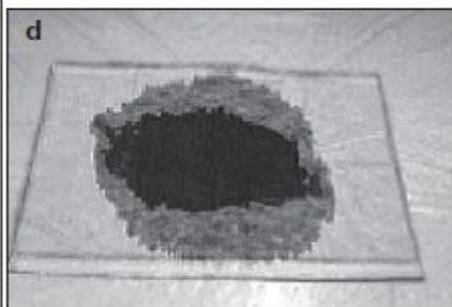
Декомпенсированный шок : $\frac{\text{пульс } 120 / \text{мин}}{\text{АД } 80 \text{ мм рт. ст.}} = \text{показатель } 1,5.$



Следы на прокладке
30 мл

Пропитанная прокладка
100 мл

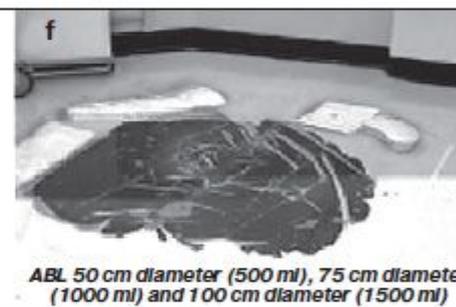
Пропитанная салфетка 10 x 10 см
60 мл



Подкладная пеленка
250 мл



Большая пропитанная салфетка
350 мл



ABL 50 cm diameter (500 ml), 75 cm diameter (1000 ml) and 100 cm diameter (1500 ml)

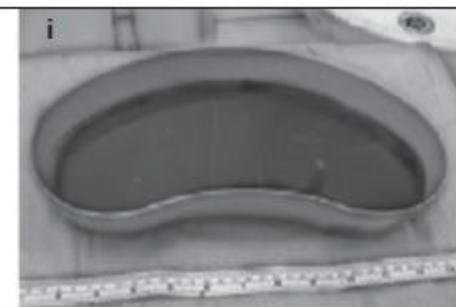
Пятно на полу диаметром 100 см
1500 мл



Кровь в пределах матраса
1000 мл



Кровь, стекающая на пол
2000 мл

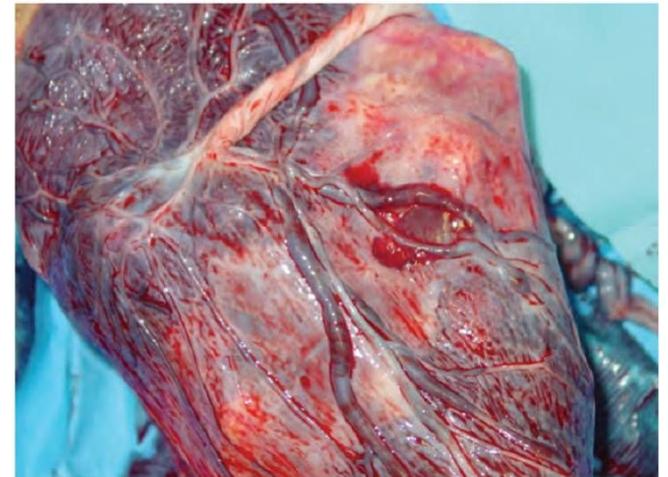


Полный почкообразный лоток
500 мл

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!

