

Лекция № 6 ПМ.02 МДК.02.01

Тема: Акушерские кровотечения во время беременности

Кровотечения во время беременности всегда являются признаком серьезной патологии. Самостоятельная остановка кровотечения во время беременности не происходит, так как это возможно только при условии полного опорожнения матки от плода, плаценты и плодных оболочек. В этом случае миометрий сокращается и пережимает кровоточащие сосуды и дополнительно включается механизм тромбообразования. Акушерские кровотечения отличаются массивностью и молниеносностью, что быстро приводит к развитию геморрагического шока и синдрома ДВС.

К основным причинам кровотечений во время беременности относятся:

1. Самопроизвольные аборты раннего и позднего срока
2. Замершая беременность (несостоявшийся самопроизвольный аборт)
3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
4. Предлежание плаценты

Самопроизвольные аборты

Раннего срока – до 12 недель

Позднего срока – с 13 по 21 неделю

Этиология: гормональные нарушения, скрытая инфекция, резус-конфликт, опухоли женской половой сферы, генетическая неполноценность плодного яйца.

Независимо от срока, в клиническом течении самопроизвольного аборта выделяют несколько последовательных стадий:

I стадия – угрожающий самопроизвольный аборт (угроза прерывания). При этом плодное яйцо отслаивается на небольшой площади, поэтому остается жизнеспособным и беременность можно сохранить.

Клиническая картина: жалобы на ноющие нерегулярные боли внизу живота и поясничной области; повышение тонуса матки; из половых путей отмечаются незначительные кровянистые выделения; общее состояние не нарушено.

II стадия – начавшийся самопроизвольный аборт: плодное яйцо отслаивается на большей площади, но беременность можно сохранить.

Клиническая картина: жалобы на ноющие и слабые/умеренные нерегулярные схваткообразные боли внизу живота, ноющие боли в поясничной области; повышение тонуса матки; из половых путей умеренные кровянистые выделения. (рис. 1)

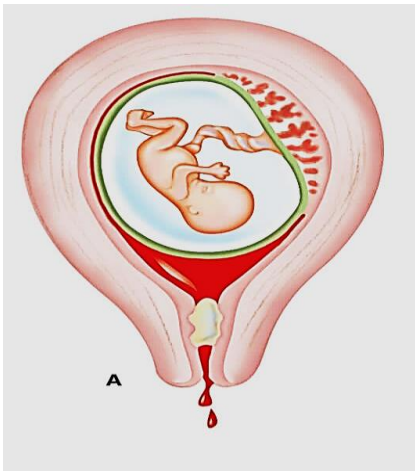


Рисунок 1. Схема угрозы прерывания беременности

Угрожающий и начавшийся самопроизвольный аборт объединены общим понятием «угроза прерывания беременности»

Алгоритм доврачебной медицинской помощи при угрозе прерывания на любом сроке беременности:

1. Вызов БСМП;
2. Уложить, успокоить, расстегнуть стесняющую одежду;
3. Обеспечить доступ свежего воздуха;
4. Оценить состояние: ЧСС, АД, характер выделений (дать подкладную для контроля выделений);
5. Госпитализация в горизонтальном положении.

На догоспитальном этапе при оказании помощи при угрозе прерывания беременности категорически запрещено местное применение холода и сокращающих препаратов, так как это приведет к прерыванию беременности и массивному кровотечению!

Принципы лечения угрозы прерывания в стационаре:

1. Строгий постельный режим, лечебно-охранительный режим;
2. Выявление причины и лечение основного заболевания;
3. Токолитики (гинипрал, партусистен) в/в, затем перорально;
4. Гестагены;
5. Оксигенотерапия;
6. Витаминотерапия.

Курс лечения в стационаре должен быть не меньше 3-4 недель.

III стадия – аборт в ходу: плодное яйцо полностью отделяется от стенки матки и погибает – беременность сохранить нельзя. (рис. 2)

Клиническая картина: жалобы на резкие схваткообразные боли внизу живота; кожные покровы бледные, холодные и влажные; АД резко снижается (до критических цифр); одышка; выражена тахикардия; из половых путей обильные кровянистые выделения со сгустками.

Ведущий синдром – синдром острой кровопотери.

Осложнение – геморрагический шок.

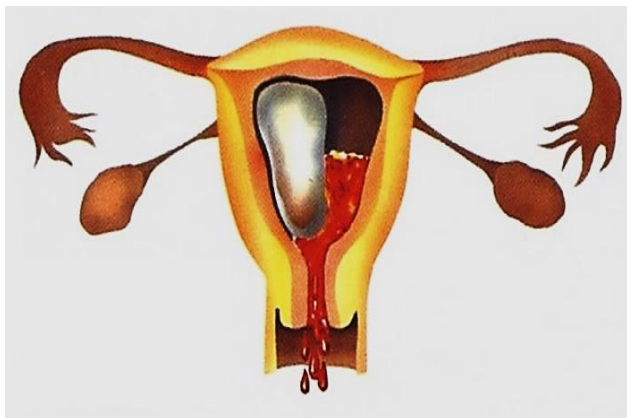


Рисунок 2. Схема самопроизвольного аборта в ходу

IV стадия – свершившийся самопроизвольный аборт, который может протекать в двух клинических вариантах:

1. **Полный самопроизвольный свершившийся аборт** – в этом случае плодное яйцо полностью изгоняется из полости матки, она сокращается и кровотечение останавливается самостоятельно.
2. **Неполный самопроизвольный свершившийся аборт** – в полости матки остаются остатки плодного яйца и сокращения матки не происходит: продолжается массивное кровотечение. (рис. 3)

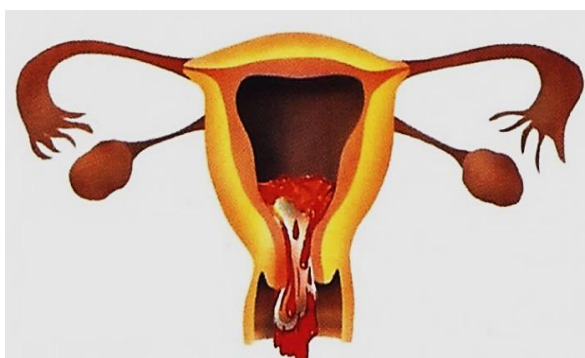


Рисунок 3. Схема неполного свершившегося самопроизвольного аборта

Алгоритм доврачебной медицинской помощи при самопроизвольном аборте в ходу и неполном самопроизвольном свершившемся аборте

1. Вызов БСМП
2. Горизонтальное положение с приподнятым ножным концом
3. Оценить состояние: сознание, ЧСС, ЧДД, АД
4. Контроль подкладной
5. Холод на низ живота
6. Обеспечить контакт с веной
7. Приготовить и ввести по назначению врача:
 - изотонический раствор 500 – 1000 мл
 - окситоцин, транексам, этамзилат
8. Экстренная госпитализация в горизонтальном положении

В стационаре единственным способом остановки кровотечения является операция выскабливания полости матки. Затем назначается симптоматическая терапия. В условиях ЖК рекомендовано дообследование для установления причины самопроизвольного аборта и контрацепция в течение 1 года.

Замершая беременность (несостоявшийся самопроизвольный аборт)

В этом случае под влиянием неблагоприятных факторов, плодное яйцо погибает, но не изгоняется из полости матки. Может произойти на любом сроке: до 21 недели – замершая беременность, после 21 недели – антенатальная гибель плода. (рис. 4)



Рисунок 4. Замершая беременность

Этиология: внутриутробная инфекция, генетические аномалии плодного яйца, нарушение функции рецепторного аппарата матки.

В отношении внутриутробной инфекции, особенно опасны инфекции из группы TORCH (рис.5)



Рисунок 5. Возбудители внутриутробной инфекции

Клиническая картина: женщина не ощущает себя беременной; после 20 недели – не ощущает шевелений плода; тошнота; рвота; отсутствие или снижение аппетита; головные боли; раздражительность; могут быть тянущие боли внизу живота и поясничной области; нерегулярные темно-коричневые выделения из половых путей. Диагноз подтверждается при гинекологическом и акушерском исследовании и на УЗИ. Прогноз серьезный, так как при запоздалой диагностике может развиваться сепсис и синдром ДВС.

Лечение комплексное: антибактериальная терапия, инфузионная терапия; до 12 недель выскабливание полости матки; позже – родовозбуждение.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

В норме плацента отделяется от стенки матки только после рождения ребенка. Если этот процесс происходит во время беременности, то это является серьезной патологией.

В этиологии преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП) ведущая роль принадлежит тяжелым стадиям ОРН-гестоза (преэклампсия, эклампсия).

По патогенезу – это кровоизлияние в плаценту на фоне высокой артериальной гипертензии. Между стенкой матки и плацентой образуется гематома (ретроплацентарная гематома) значительных размеров. Развивается картина геморрагического шока и острой гипоксии плода. Через 2-4 часа кровь из гематомы пропитывает стенку матки (матка Кувелера), в результате чего матка утрачивает способность к сокращению и возникает атоническое кровотечение и синдром ДВС. (рис. 6, 7)

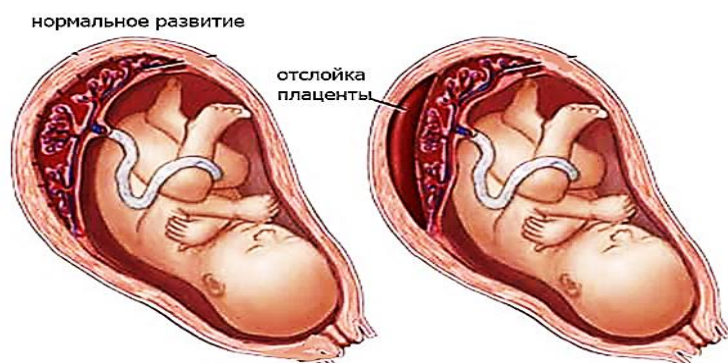


Рисунок 6. Кровоизлияние в плаценту

ПАТОГЕНЕЗ ПОНРП



СПб ГБПОУ "МТ № 2" преподаватель
Галинская И.А.

14

Рисунок 7. Патогенез преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

Клиническая картина: после 30 недели; внезапная выраженная локальная распирающая боль в животе; состояние резко ухудшается: АД вначале повышено за счет ОРН-гестоза, затем снижается за счет кровопотери, тахикардия, бледность, одышка; матка при пальпации в постоянном гипертонусе и резко болезненна; сердцебиение плода резко нарушено или отсутствует; околоплодные воды окрашены кровью; из половых путей умеренные кровянистые выделения. Кровотечение внутреннее, иногда внутренне-наружное, но с преобладанием внутреннего кровотечения.

Самопроизвольные роды невозможны – только экстренное кесарево сечение на живом или мертвом плоде. При обнаружении в ходе операции матки Кувелера и угрозе развития синдрома ДВС – производится радикальная операция: лапаротомия с удалением матки и придатков.

Предлежание плаценты

Предлежание плаценты (ПП) – это аномалия прикрепления плаценты, при которой она прикрепляется в нижних отделах матки (в области нижнего сегмента).

В норме плацента прикрепляется в верхних отделах тела матки или в области ее дна.

Этиология: опухоли матки; дистрофические процессы в эндометрии (аборты в анамнезе); воспалительные заболевания матки в анамнезе; наличие рубца на матке.

Виды предлежания плаценты:

- Частичное (боковое и краевое);
- Полное (центральное) – при этом плацента полностью перекрывает область внутреннего зева шейки матки и самопроизвольные роды невозможны даже при отсутствии кровотечения. (рис. 8)

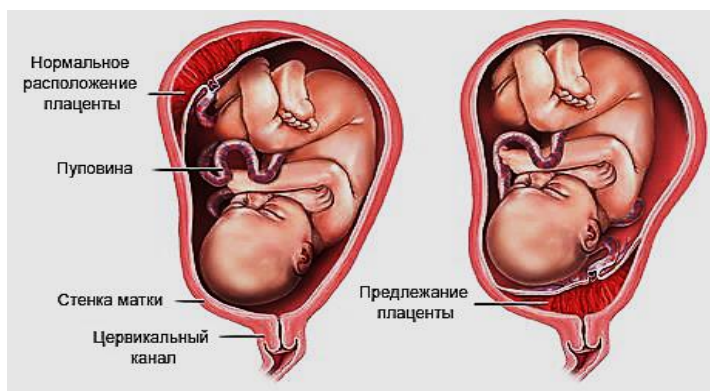


Рисунок 8. Схематическое изображение предлежания плаценты

Клиническая картина: основным симптомом является безболезненное кровотечение из половых путей. Кровотечение может быть спровоцировано половым контактом, влагалищным исследованием. Сроки появления кровотечения и его интенсивность зависят от вида предлежания плаценты: могут быть умеренными, но повторяющимися с II-III триместра беременности – это характерно для частичного предлежания, но надо помнить, что кровотечение в любой момент может усилиться. При полном предлежании плаценты более характерно однократное массивное кровотечение в конце III триместра, что приводит к развитию геморрагического шока у матери и острой внутриутробной гипоксии плода. Матка при пальпации в нормальном тоне, безболезненна.

Диагноз уточняется при УЗИ; при подозрении на эту патологию влагалищное исследование проводится только в стационаре, в условиях развернутой операционной.

Алгоритм доврачебной медицинской помощи при ПОНРП и ПП

1. Вызов БСМП
2. Горизонтальное положение с приподнятым ножным концом, успокоить
3. Оценка состояния: сознание, ЧСС, ЧДД, АД, тонус матки, контроль сердцебиения плода, контроль подкладной
4. Обеспечить контакт с веной и ввести по назначению врача:
 - изотонический раствор 1000 мл
 - транексам, этамзилат
 - допамин (при выраженном падении АД)
5. Экстренная госпитализация в горизонтальном положении

Независимо от места прикрепления плаценты, при кровотечении самопроизвольные роды невозможны!

Тактика в стационаре – уточнение диагноза, кесарево сечение в экстренном порядке.

Использованная литература:

1. Серов В.Н., Пырегов А.В., Баранов И.И. руководство для врачей «Неотложные состояния в акушерстве», ГЭОТАР-Медиа, 2013, с. 784
ISBN: 978-5-9704-2001-0
2. Учебное пособие «Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии» под ред. С.-М. А. Омарова, ГЭОТАР-Медиа, 2016, с. 845, ISBN: 978-5-9704-3860-2
3. Айламазян Э.К. «Неотложная помощь в акушерстве» руководство для врачей, изд.5-е переработанное и доп., ГЭОТАР-Медиа, 2015, с. 384, ISBN: 5970433314

Преподаватель СПб ГБПОУ «МТ № 2» И.А.Галинская