

Акушерские кровотечения во время первого триместра беременности.

Внематочная беременность.

Акушерские кровотечения во второй половине беременности, в родах и послеродовом периоде. Интенсивная терапия и реанимация при кровотечении в акушерстве

Н.БАГНИЙ

Кровотечения в I половине беременности :

- Непроизвольный выкидыш;
- Пузырный занос;
- Внематочная беременность .



Кровотечения во II половине беременности:

- предлежание плаценты;
- преждевременное отслойки нормально расположенной плаценты;
- разрыв матки.

Кровотечения во время родов:

Первый период:

- преждевременное отслойки нормально расположенной плаценты;
- предлежание плаценты;
- разрыв матки;
- разрыв шейки матки.

Второй период:

- преждевременное отслойки нормально расположенной плаценты;
- разрыв матки.

Третий период:

- патология прикрепления плаценты;
- задержка, защемления плаценты;
- разрыв мягких тканей родовых путей.

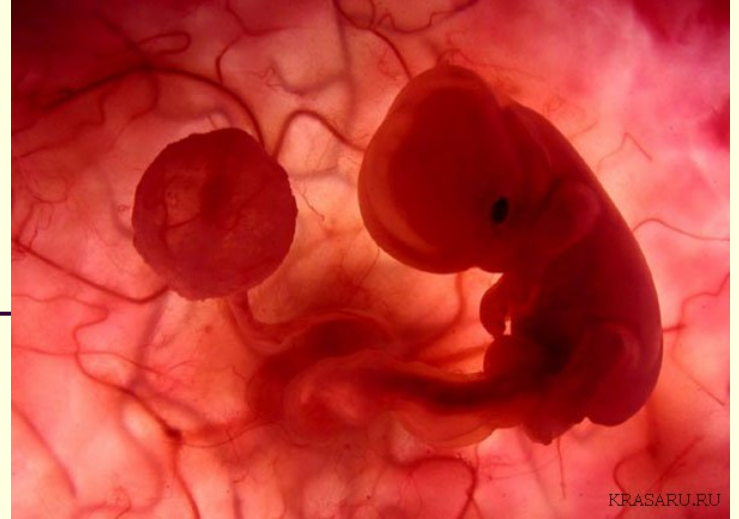
Послеродовое кровотечение:

- гипотонические кровотечения;
- задержка частей последа;
- разрыв мягких тканей родовых путей;
- разрыв матки;
- эмболия околоплодными водами;
- коагулопатические кровотечения.

Кровотечения, несвязанных с беременностью :

- полип шейки матки;
- рак шейки матки.

НЕПРОИЗВОЛЬНЫЙ ВЫКИДЫШ (АБОРТ)



Классификация

- угроза прерывания беременности (угроза выкидыша);
- начавшийся аборт;
- аборт в ходу;
- неполный аборт;
- полный аборт;
- аборт, который не состоялся погибшим плодным яйцом.

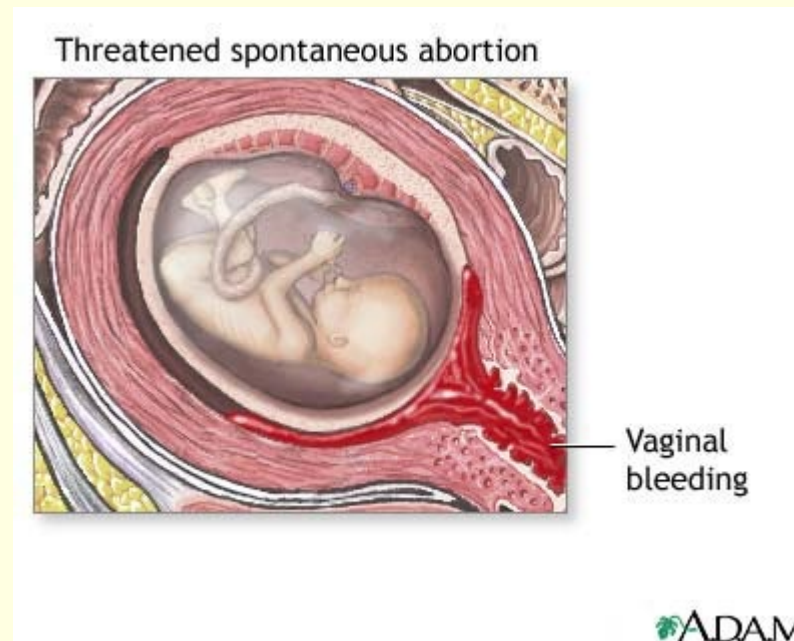
Клинико-диагностические критерии угрозы аборта:

- болевой синдром: боль, связанная с сокращением матки;
- повышенный тонус матки;
- структурные изменения шейки матки отсутствуют



Клинико-диагностические критерии начавшегося аборта:

- болевой синдром: боль, связанная с сокращением матки;
- повышенный тонус матки;
- кровотечение;
- структурные изменения шейки матки отсутствуют



Клинико-диагностические критерии аборта в ходу, неполного, полного аборта:

- боль схваткообразного характера;
- кровотечение разной интенсивности
- структурные изменения шейки матки .

Threatened abortion



Vaginal bleeding occurs.

Inevitable abortion



Membranes rupture, and cervix dilates.

Incomplete abortion



Some products of conception have been expelled, but some remain.

Диагностика:

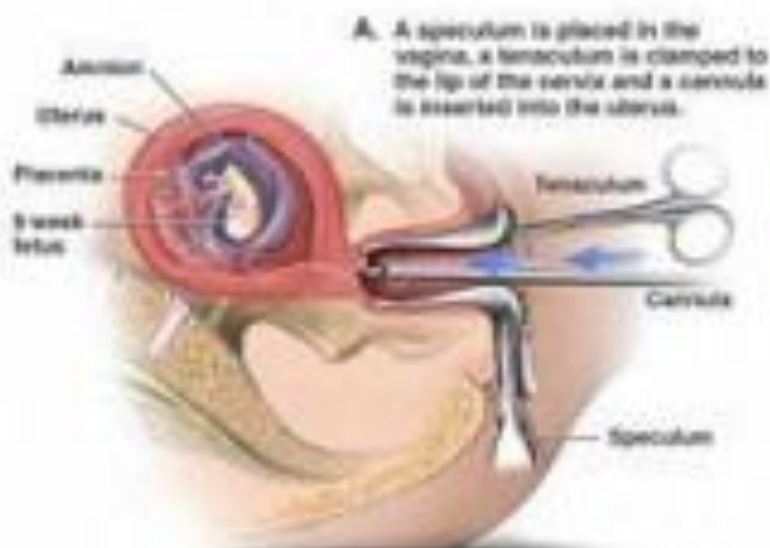
- оценка общего состояния беременной;
- осмотр шейки матки с помощью влагалищных зеркал, бимануальное исследование;
- оценка величины кровопотери.

Лечение угрозы выкидыша, начавшегося аборта

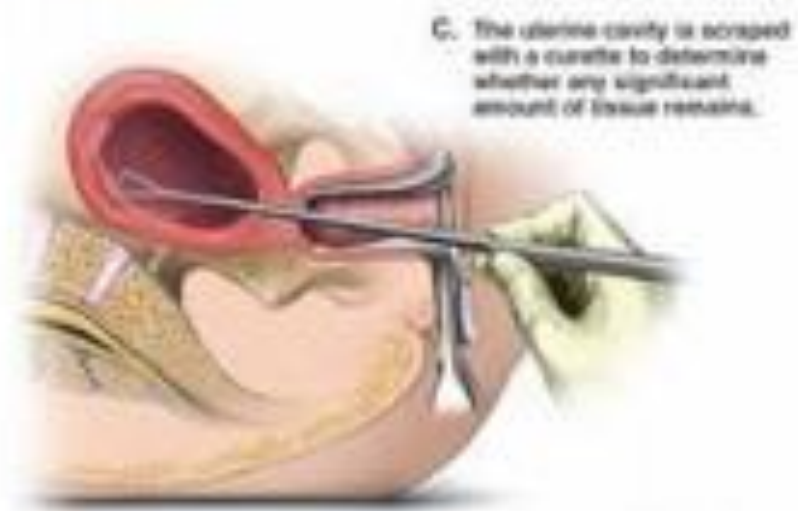
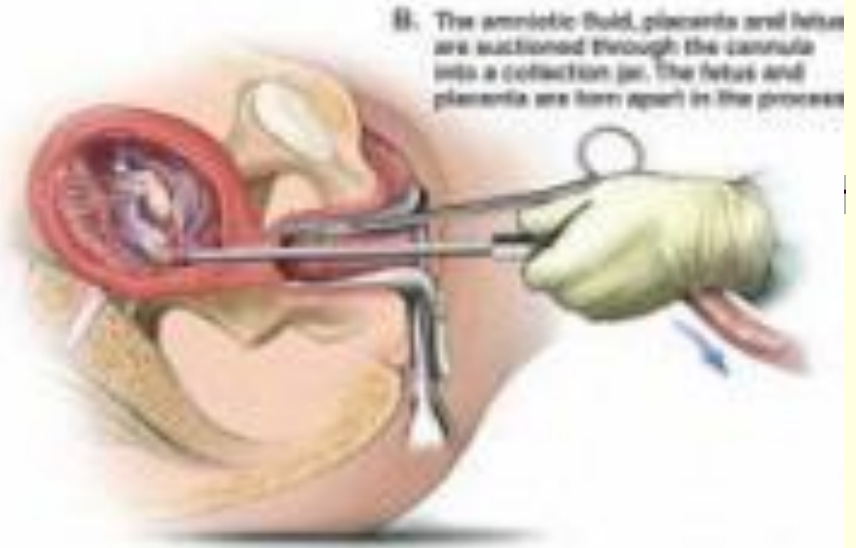
1. Госпитализация
2. Седативные препараты – персен, экстракт валерианы.
3. Спазмолитики – но-шпа, папаверина гидрохлорид, вибуркол свечи.
4. Прогестеронотерапия – дюфастон 10 мг дважды на день, утрожестан по 100 мг дважды на день, лютеина – 50 мг дважды на день интравагинально

Лечение аборта в ходу, неполного, полного, несостоявшегося аборта

- инструментальное выскабливание полости матки под в / в наркозом (обязательное гистологическое исследование полученного материала);
- препараты, которые сокращают матку (10 Од Окситоцин в / в капельно или 0,5 мкг метилергобревина в / в или в / м);
- при продолжении кровотечения - 800 мкг мизопростола ректально;
- восстановление величины кровопотери по показаниям;
- антибактериальная терапия по показаниям.



Cut away view of mother's pelvis



Пузырный занос

Заболевание плодного яйца, отличительными признаками которого являются перерождение ворсин хориона в пузырьки с жидкостью, разрастание эпителия ворсин, особенно синцития. При значительном накоплении жидкости в ворсинах сосуда трофобласта атрофируются. Синцитий, покрывающий пузырьки, способен пролиферировать и ферментативно расплавлять децидуальную оболочку, прорасти и внедриться в мышечный слой матки, разрушая мышечные элементы и сосуды.

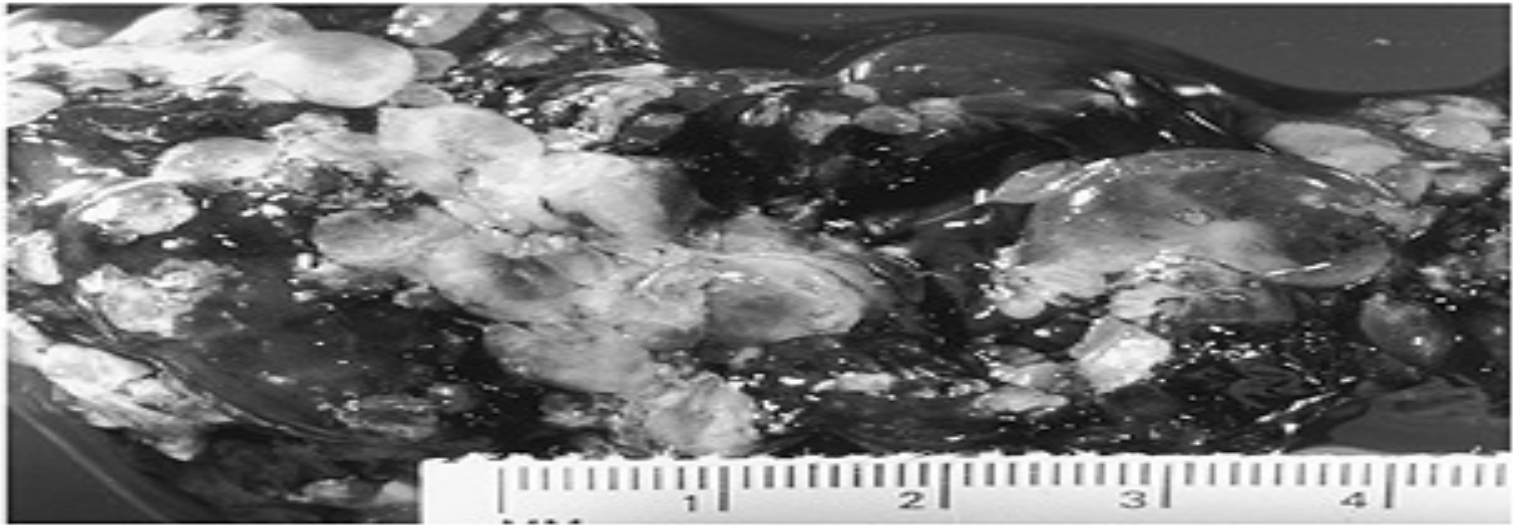
Иногда инвазивная способность покровного эпителия пузырьков столь значительна, что они разрушают стенку матки, проникают в брюшную полость и могут послужить причиной внутреннего кровотечения. Это деструктивная форма пузырного заноса, которая по характеру роста напоминает опухоль. Обычно она связана с опасным для жизни кровотечением.

Причины пузырного заноса

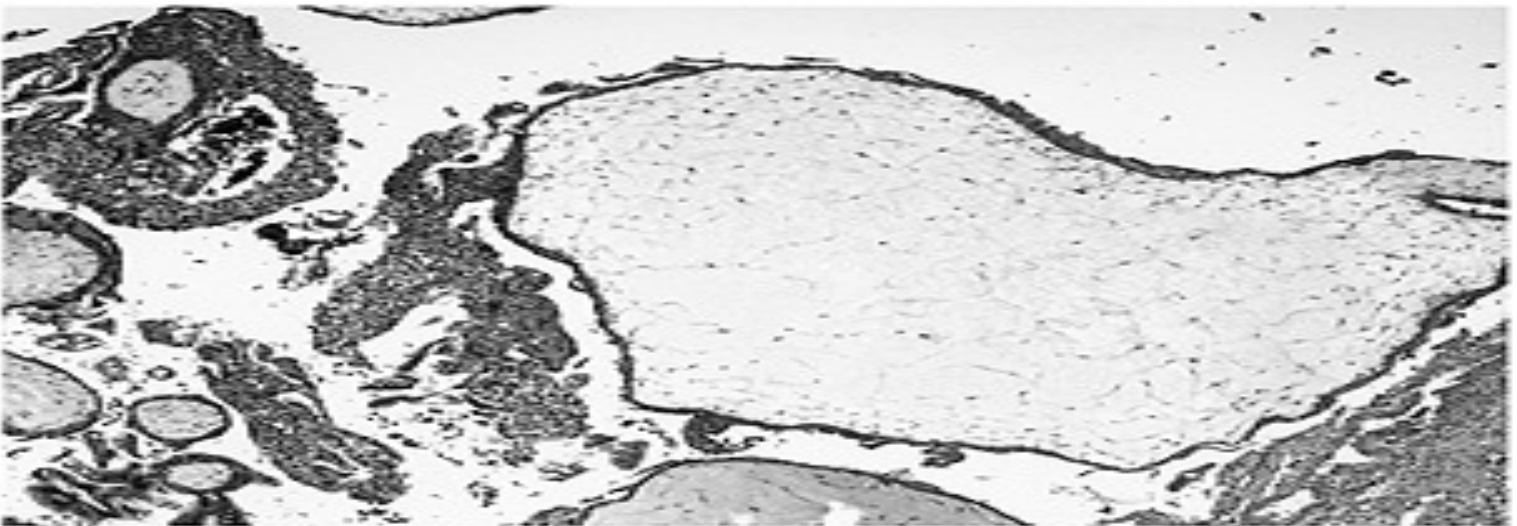
- Полный пузырный занос возникает при однородительской дисомии, когда по неизвестным причинам происходят потеря материнских генов и дублирование отцовского генома. Иногда полный пузырный занос вызван оплодотворением «пустой» (безъядерной) яйцеклетки двумя сперматозоидами. Эмбрион погибает на ранних стадиях развития
- Неполный пузырный занос вызван оплодотворением яйцеклетки двумя сперматозоидами с задержкой набора материнских хромосом. Клетки эмбриона содержат один набор материнских хромосом и двойной набор отцовских хромосом. Плод погибает.

Клиника пузырного заноса

- Кровотечение, обычно возникающее в I триместре беременности
- Матка большего размера, чем можно предположить, учитывая дату последней менструации, на данном сроке беременности
- Тошнота и рвота, возникающие примерно у трети пациенток
- Признаки гестоза в I триместре беременности
- Отсутствуют достоверные признаки беременности в виде определения частей плода, сердцебиения, движений плода, при УЗИ в матке выявляют только мелкокистозную ткань в отсутствие плода
- Двухсторонние лютеиновые кисты яичников
- Боли в животе беспокоят 15% пациенток



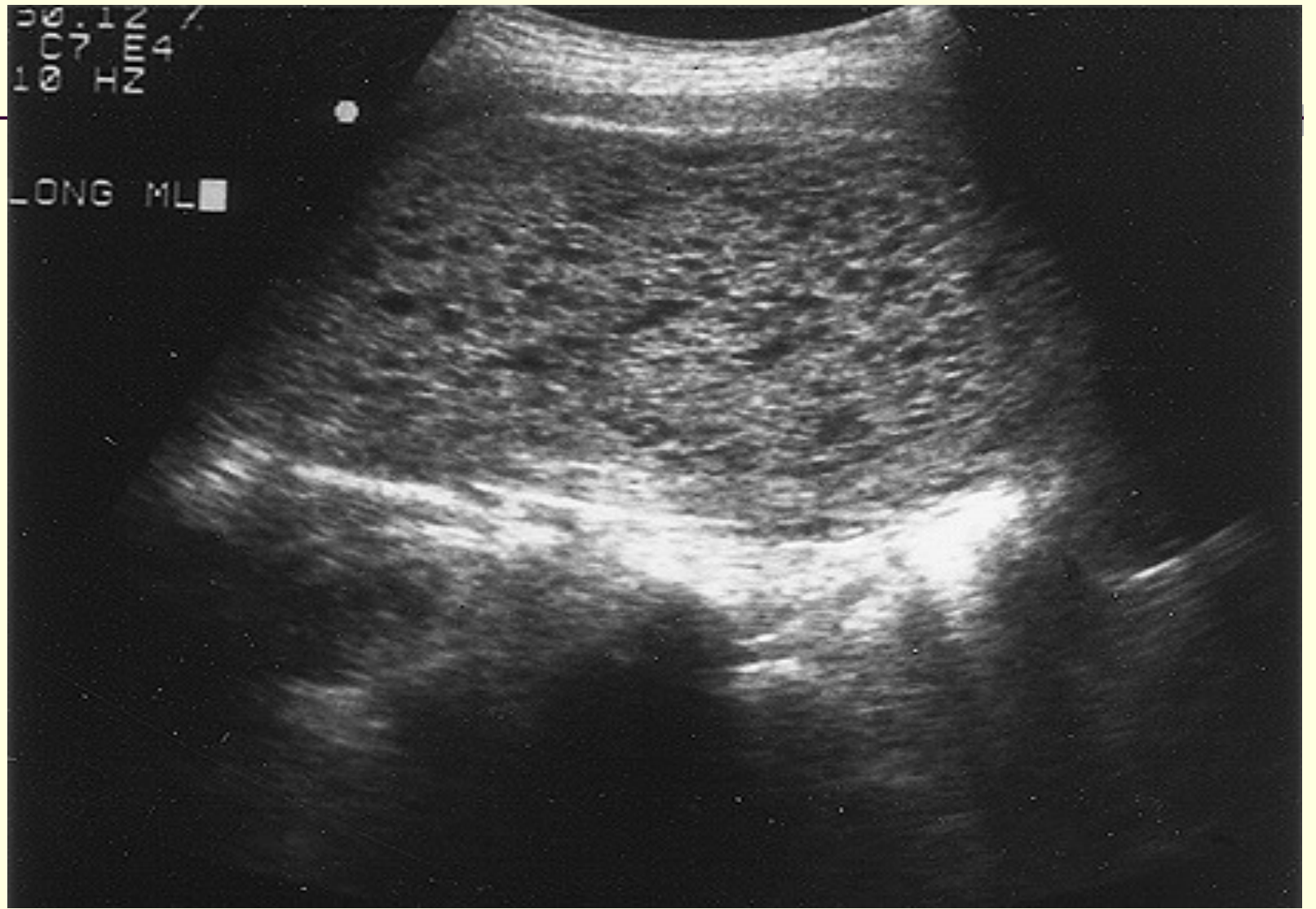
A



B

36
107.12
10 HZ

LONG ML ■



Злокачественная форма пузырного заноса: ткань пузырного заноса проникает в толщу стенки матки и распространяется с током крови в лёгкие, влагалище. Проявления злокачественной формы пузырного заноса — продолжающиеся кровянистые выделения из матки после удаления пузырного заноса; матка не сокращается; сохраняются боли внизу живота, крестце, пояснице

Диагностика пузырного заноса

- Главное доказательство пузырного заноса — наличие множества пузырьков с прозрачным содержимым в выделениях из влагалища
- Повышение содержания ХГТ (хориогонадотропина) более 100 000 мМЕ/мл при увеличении матки и кровотечении
- При УЗИ — признаки нормального плодного яйца или плода отсутствуют. Симптом “снежной бури”.

Лечение пузырного заноса

- **Вакуум-аспирация.** Для удаления пузырного заноса применяют чаще других методов, даже если матка увеличена до размеров, соответствующих 20 неделям беременности. После вакуум-аспирации внутривенно вводят окситоцин для лучшего сокращения матки.
- **Выскабливание полости матки тупой кюреткой**
- **Пальцевое удаление элементов плодного яйца**

- При значительном кровотечении и больших размерах матки (свыше 20 недель беременности) может быть произведена лапаротомия с удалением матки. Яичники не удаляют. Если в яичниках присутствуют множественные кисты, после падения уровня ХГТ происходит их обратное развитие.
- **Профилактическая химиотерапия.**
Профилактическую химиотерапию проводят после удаления пузырного заноса, если титр ХГТ растёт или долго находится на постоянном уровне, а также при выявлении метастазов. У 80% пациенток с пузырным заносом наступает самостоятельное выздоровление без проведения дополнительной терапии. Систематическое определение содержания ХГТ помогает своевременно выявить развивающуюся хорионэпителиому; поэтому, учитывая высокую вероятность токсических эффектов, профилактическую химиотерапию всем пациенткам не проводят.

Наблюдение за пациентками после удаления пузырного заноса включает ряд мероприятий

- Определение уровня ХГТ с интервалом 1—2 недели до получения 2 отрицательных результатов. Затем исследования проводят ежемесячно в течение 2 лет. Пациенткам рекомендуют предохраняться от беременности на протяжении 2 лет пероральными контрацептивами
- Физикальное обследование органов малого таза каждые 2 недели вплоть до ремиссии

Прогноз при пузырном заносе

- В 20% случаев полного пузырного заноса в дальнейшем наблюдают развитие злокачественной опухоли.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

- Внематочная беременность - имплантация оплодотворенной яйцеклетки вне полостью матки. Наиболее частая локализация - маточные трубы.

Классификация

1. По МКХ-10 (локализации):

Брюшная беременность

Трубная беременность

- прогрессирующая беременность в маточной трубе

- разрыв маточной трубы вследствие беременности

- трубный аборт

Яичниковая беременность

Другие формы внематочной беременности

Шеечная

Комбинированная

В углу матки

Интралигаментарная

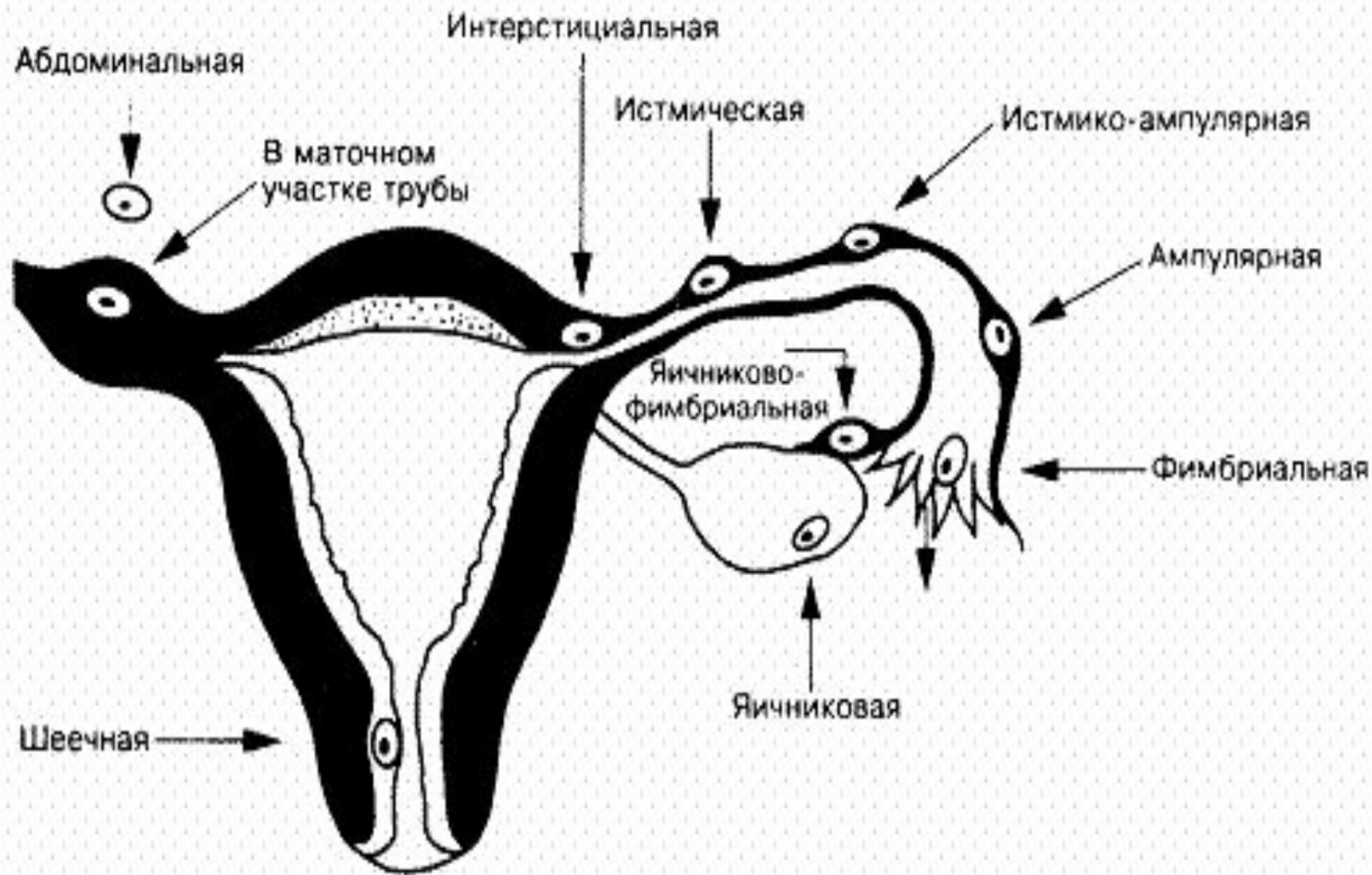
В брижейке матки

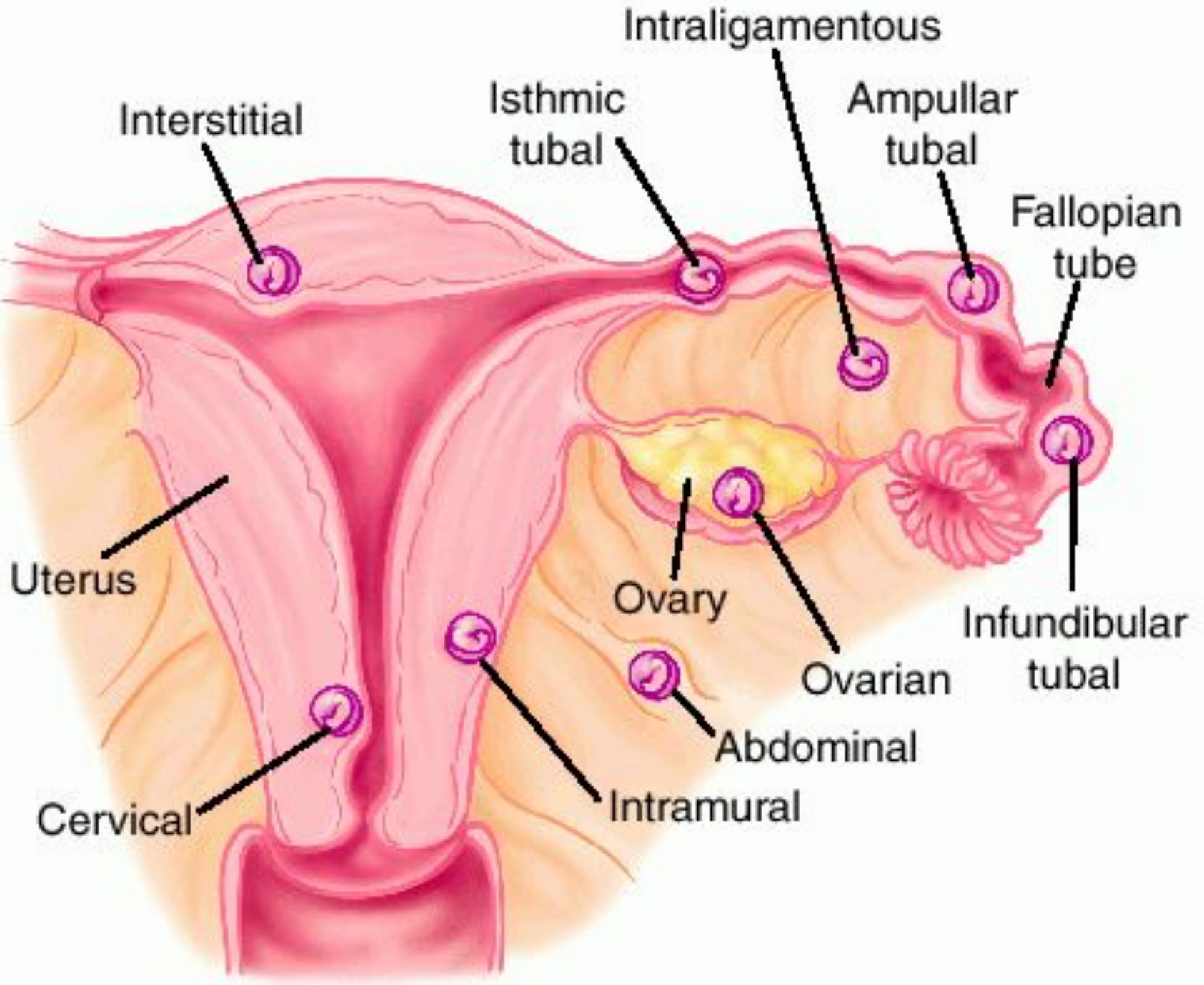
2. По течению:

-прогрессирующая;

-нарушенная (трубный аборт, разрыв маточного трубы);

-замершая беременность.





Факторы риска

1. Воспалительные заболевания матки и придатков матки в анамнезе.
2. Спаечные изменения органов малого таза вследствие перенесенных ранее операций на внутренних половых органах, пельвиоперитонита, абортов.
3. Нарушение гормональной функции яичников.
4. Генитальный инфантилизм.
5. Эндометриоз.
6. Длительное использование внутриматочную контрацептивов.
7. Вспомогательные репродуктивные технологии.

Клинические признаки

1. Признаки беременности:

- Задержка менструаций;
- Нагрубание молочных желез;
- Изменение вкусовых, обонятельные и других ощущений характерных для беременности;
- Признаки раннего гестоза (тошнота, рвота и др.);
- Положительные иммунологические реакции на беременность (ХГТ в сыворотке крови и моче).

2. Нарушение менструального цикла – мажучие кровянистые выделения из половых путей:

- После задержки менструаций;
- С началом следующей менструации;
- До наступления ожидаемой менструации;

3. Болевой синдром:

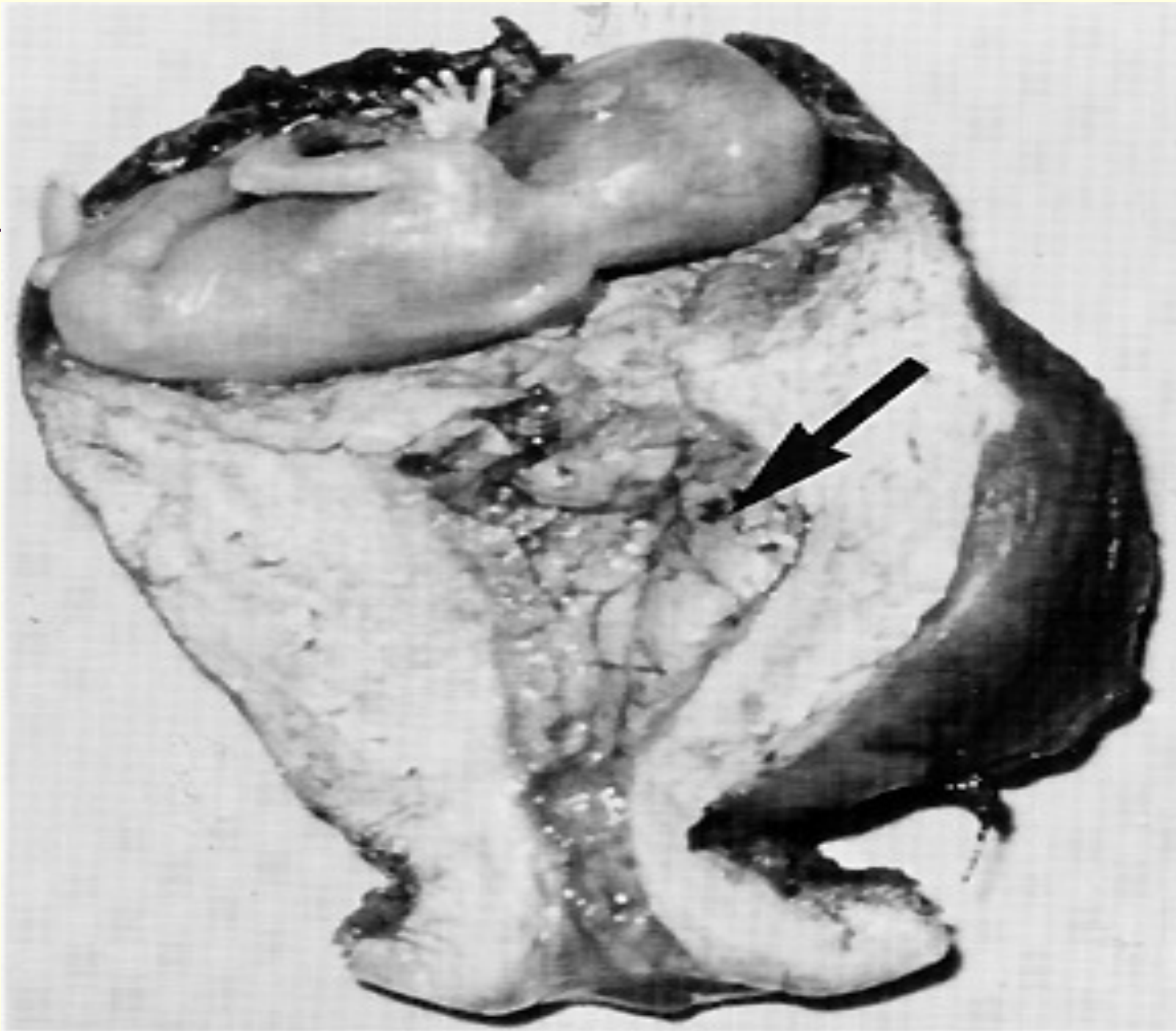
- Односторонний схваткообразный или постоянный боль внизу живота;
- Внезапный интенсивный боль в нижней части живота;
- Перитонеальный симптомы в нижнем отделе живота, разной степени выраженности;
- Ирадиация боли в прямую кишку, область промежности.

4. Признаки внутрибрюшинного кровотечения (в случае нарушенной ВБ):

- Притупления перкуторного звука в фланках живота;
- Положительный симптом Куленкампа (наличие признаков раздражения брюшины при условии отсутствия локального мягкую язового напряжения в нижних отделах живота);
- В горизонтальном положении больного положительный двусторонний "френикус" симптом, а в вертикальном - головокружение, потеря сознания;
- В случае значительного гемоперитонеума - симптом Щеткина-Блумберга;
- Прогрессирующее снижение показателей гемоглобина, эритроцитов, гематокрита по результатам анализа крови.

5. Нарушение общего состояния (в случае нарушенной ВБ):

- Слабость, головокружение, потеря сознания, холодный пот, коллапс, гемодинамические нарушения;
- Тошнота, рефлекторные рвота;
- Метеоризм, однократно диарея.



Данные гинекологического обследования:

- Цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки;
- Размеры матки меньше ожидаемого срока беременности;
- Одностороннее увеличение и болезненность придатков матки;
- Нависания сводов влагалища (в случае гемоперитонеума);
- Резкая болезненность заднего свода влагалища ("крик Дугласа");
- Болезненность при смещении шейки матки

Специфическое лабораторное обследование

Качественный и количественный тест на ХГЛ.
Качественное определение ХГЛ в моче возможно в любом учреждении здравоохранения, β -ХГЛ в сыворотке крови (уровень меньше тогда как количественный анализ ожидаемого срока физиологической беременности) производится в медицинских учреждениях III уровня.

Инструментальные методы обследования

УЗИ:

- Отсутствие плодного яйца в полости матки;
- Визуализация эмбриона вне полостью матки;
- ~~Выявление образуют неоднородной структуры в области проекции маточных труб;~~
- Значительное количество свободной жидкости в дугласовому пространстве.

Лапароскопия - визуальное установление внематочной беременности в виде:

- Ретортоподобного утолщение маточного трубы багровый - синюшной цвета;
- Разрыва маточного трубы;
- Кровотечение из ампулярного отверстия или с места разрыва маточного трубы;
- Наличие в брюшной полости и в дугласовому пространстве крови в виде свертков или в жидком состоянии;
- Наличие в брюшной полости элементов плодного яйца.

Диагностическое выскабливание стенок полости матки:

- Отсутствие в соскобе элементов плодного яйца;
- Наличие в соскобе децидуальной ткани.

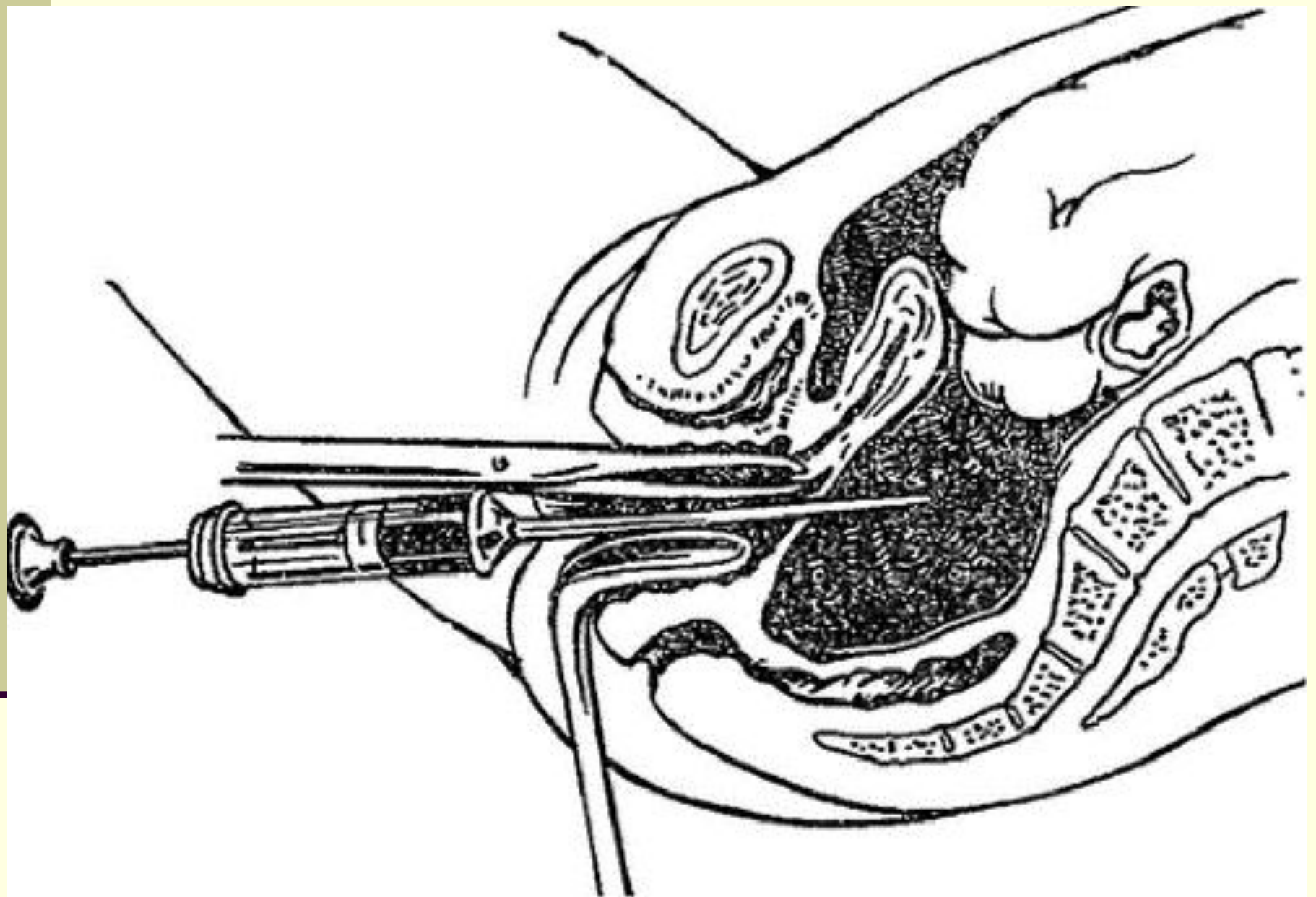
Диагностическое выскабливание стенок полости матки выполняется при отсутствии аппарата УЗИ и при условии информированного согласия пациентки на эту манипуляцию.

В случае малого срока задержки менструации, заинтересованности женщины в сохранении маточного беременности и отсутствии симптомов внутрибрюшно кровотечения необходимо выбрать ожидательную тактику, ориентируясь на клинические признаки, УЗИ в динамике наблюдения и –ХГТ в сыворотке крови.

Пункция брюшной полости через задний свод влагалища.

Проводится при отсутствии аппарата УЗИ для диагностики трубного аборта. Наличие в пунктате жидкой крови - один из признаков ПВ.

В случае клинических признаков внутрибрюшинно кровотечения пункция брюшной полости через заднее свода влагалища не проводится - задержка времени начала лапаротомии.



Лечение внематочной беременности

Применяют комплексный подход к лечению женщин с внематочной беременностью, который включает:

- а) оперативное лечение;
- б) борьбу с кровотечением, геморрагический шоком, кровопотерей;
- в) ведение послеоперационного периода;
- г) реабилитацию репродуктивной функции.

Операции, которые применяют в случае трубной беременности

1. Сальпингостомия (туботомия). Выполняется продольные сальпингостомия. После удаления плодного яйца сальпингостому, обычно не ушивают. В случае, когда ворсины хориона НЕ прорастают в мышечную оболочку маточной трубы ограничиваются ее выскабливание.
2. Сегментарная резекция маточной трубы. Удаляют сегмент маточной трубы, где находится плодное яйцо, после чего выполняют анастомозов двух концов трубы. При невозможности выполнения сальпинго-сальпинго анастомозов можно перевязать оба конца и наложить анастомозов позже.
3. Сальпингэктомия. Эту операцию выполняют в случае нарушенной трубной беременности, сопровождающейся массивной кровотечением. Операцию и гемотрансфузии в таком случае проводят одновременно.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

■ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Лечение прогрессирующей внематочной беременности метотрексатом может проводиться только в учреждениях здравоохранения третьего уровня, -субъединицы ХГЛ в сыворотке крови и/где есть возможность определения УЗИ трансвагинальным датчиком.

- Показания к применению метотрексату при ПВ.
 - Повышенный уровень β -субъединицы ХГТ в сыворотке крови после органосохраняющие операции на маточных труб, которая выполнена по поводу прогрессирующей внематочной беременности.
 - Стабилизация или повышение уровня β -субъединицы ХГТ в сыворотке крови в течение 12-24 часов после раздельного диагностического выскабливание или вакуум-аспирации, если размер плодного яйца в области придатков матки не превышает 3,5 см.
- 3. Определение при УЗИ трансвагинальным датчиком плодного яйца диаметром не более 3,5 см. в области придатков матки при уровня β -субъединицы ХГТ более 1500 МЕ / л при отсутствии плодного яйца в полости матки.

Доза метотрексата 75-100 мг внутримышечно

ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Диагностика.

1. Анамнез, в том числе гинекологический. Обращают внимание на количество абортотв и ход послепортного периода, перенесенные воспалительные заболевания внутренних гениталий, в том числе шейки матки.

2. Осмотр шейки матки в зеркалах. Визуализация цианотичной бочкообразной шейки матки.

3. Осторожное бимануальное гинекологическое обследование. Матка вместе с шейкой в виде «песочной часов».

4. Ультразвуковое исследование органов малого таза.

Ультразвуковые признаки шийковой беременности:

- Отсутствие плодного яйца в полости матки;
- Гиперэхогенность эндометрия (децидуальная ткань);
- Неоднородность миометрия;
- Матка в виде песочной часов;
- Расширение канала шейки матки;
- Плодотворное яйцо в канале шейки матки;
- Плацентарная ткань в канале шейки матки;
- Закрытый внутренний маточный зев.

Лечение.

1. Категорический отказ от проведения выскабливание стенок полости матки, которое может привести к развитию профузной кровотечения.

2. Метод лечения - хирургический (экстирпация матки).

3. После подтверждения диагноза шеечной беременности определяют группу крови и Rh-фактор, устанавливают венозный катетер, получают информированное письменное согласие больного на выполнение экстирпации матки. В отделении трансфузиологии заказывают одногруппную свежезамороженную плазму, готовят препараты гидроксизетил крахмала.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Предлежание плаценты - осложнение беременности, при которой плацента располагается в нижнем сегменте матки ниже передлеглои части плода, перекрывая полностью или частично внутреннее отверстие шейки матки. При физиологических беременностях нижний край плаценты не достигает 7 см до внутреннего зева. Предлежание плаценты отмечается в 0,2-0,8% от общего числа родов.

Основная причина развития предлежания плаценты - изменения слизистой оболочки матки после перенесенных воспалительных процессов, после многократных аборт при наличии фибромиомы матки или при патологическом развитии плодного яйца.

Классификация

1. Полное предлежание - плацента полностью перекрывает внутренний зев.

2. Неполное предлежание - плацента частично перекрывает внутренний зев:

- боковое предлежание - внутренний зев перекрыт на 2 / 3 его площади;
- краевое предлежание - к внутреннему зеву подходит край плаценты.

3. Низкое прикрепление плаценты - расположение плаценты в нижнем сегменте ниже 7 см от внутреннего зева без его перекрытия.

В связи с миграцией плаценты или ее разрастанием вид предлежания может меняться с увеличением срока беременности.



Клинические симптомы

Патогномоничный симптом - обязательная кровотечение, которое может периодически повторяться в течение срока беременности с 12 до 40 недель, возникает спонтанно или после физической нагрузки, приобретает угрожающий характер:

- с началом сокращений матки в любом сроке беременности;
- не сопровождается болью;
- не сопровождается повышенным тонус матки.

Тяжесть состояния определяется объемом кровопотери:

- при полном предлежании - массивная;
- при неполном - может варьироваться от небольшого до массивной.

Анемизация как результат кровотечений, которые повторяются. При этой патологии наиболее низкое содержание гемоглобина и эритроцитов в сравнении с другими осложнениями беременности, сопровождающихся кровотечениями.

Частым является неправильное положение плода: косое, поперечное, тазовое предлежание, неправильное вставление головки.

Возможны преждевременные роды.

Алгоритм обследования при поступлении беременной с кровотечением до стационара:

- уточнение анамнеза;
- оценка общего состояния, объема кровопотери;
- общеклинические обследования (группа крови, резус-фактор, общий анализ крови, коагулограмма);
- внешнее акушерское обследования;
- обследование шейки матки и влагалища при развернут операционной с помощью влагалищных зеркал для исключения таких причин кровотечения, как полип шейки матки, рак шейки, разрыв варикозного узла, оценки выделений;
- дополнительные методы обследования (УЗИ) по показаниям при отсутствии необходимости в срочном родоразрешении.

Лечение

Тактика лечения зависит от объема кровопотери, состояния пациентки и плода, характера предлежания, срока беременности, зрелости легких плода.

Принципы ведения пациенток

с предлежанием плаценты:

1. В случае небольшого кровопотери (до 250 мл), отсутствии симптомов геморрагического шока, дистресс плода, отсутствия родовой деятельности, незрелости легких плода при беременности до 37 недель - выжидательная тактика.
2. При прекращении кровотечения - УЗИ, подготовка легких плода. Цель ожидательной тактики - пролонгированием беременности до срока жизнеспособности плода.
3. При прогрессирующей кровотечения, которое становится неконтролируемой (более 250 мл) и сопровождается симптомами геморрагического шока, дистресс плода, независимо от срока беременности, состояния плода (живой, дистресс, мертв) - срочное родоразрешение

Клинические варианты

1. Кровопотеря (до 250 мл), отсутствуют симптомы геморрагического шока, дистресс плода, срок беременности до 37 недель:

- госпитализация;
- токолитическая терапия по показаниям;
- ускорения созревания легких плода до 34 недель беременности (дексаметазон 6 мг через 12 часов в течение 2-х суток);
- мониторинг за состоянием беременной и плода.

При прогрессировании кровотечения (более 250 мл) – родоразрешение путем кесарева сечения.

2. Кровопотеря значительная (более 250 мл) при недоношенных беременности - независимо от степени предлежания – срочное кесарево сечение.

3. Кровопотеря (до 250 мл) при доношенной беременности.

При развернутой операционной уточняется степень предлежание:

- в случае частичного предлежание плаценты, возможности достижения амниотичных оболочек и головного предлежание плода, активных сокращений матки проводят амниотомию. При прекращении кровотечения роды ведутся через естественные родовые пути. После рождения плода - в / м введения 10 ЕД Окситоцин, внимательное наблюдение за сокращением матки и характером выделений из влагалища. При восстановлении кровотечения - кесарево сечение;
- при полном или неполном предлежание плаценты, неправильном положении плода (тазовые, косе или поперечное) выполняют кесарево сечение;
- при неполном предлежание, мертвом плоде возможна амниотомия, при прекращении кровотечения – родоразрешение через естественные родовые пути.

4. Кровопотеря (более 250 мл) при доношенной беременности независимо от степени предлежания - срочное кесарево сечение.

5. Полное предлежание, диагностированы с помощью УЗИ, без кровотечения - госпитализация до срока рождения, кесарева сечения в сроке 37-38 недель.

В раннем послеродовом периоде - тщательное наблюдение за состоянием роженицы. При восстановлении кровотечения после операции кесарева сечения и достижении величины кровопотери более 1% от массы тела - срочная релапаротомии, экстирпация матки без придатков; при необходимости - перевязка внутренних подвздошной артерий специалистом, который владеет этой операцией.

Восстановление величины кровопотери, лечение геморрагического шока и ДВС-синдрома проводят по показаниям.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Это отслоение плаценты, расположенной вне нижнего сегмента матки во время беременности или в I-II периодах родов.

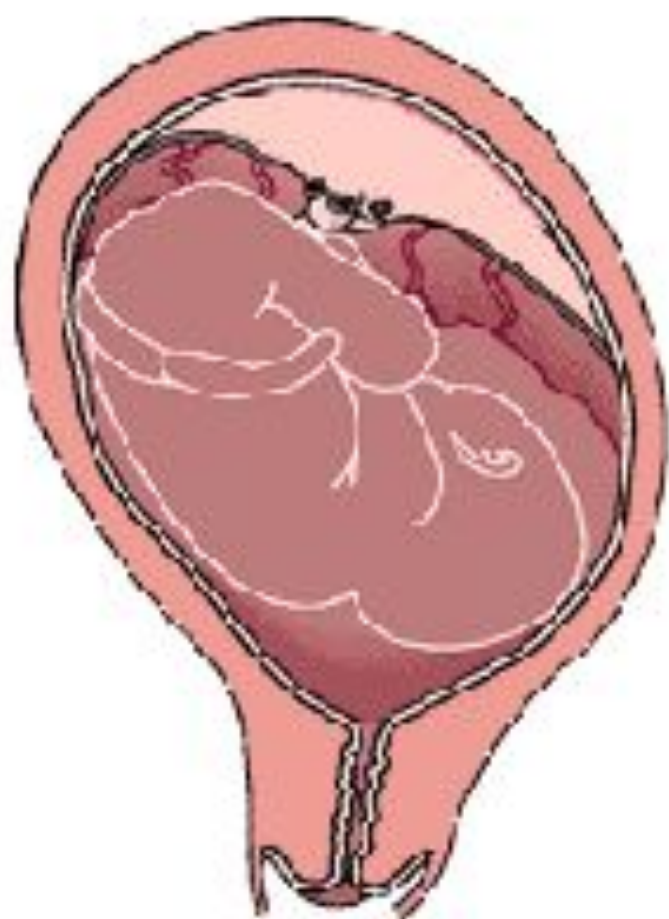
Классификация

1. Полная отслойка (отслойка всей плаценты).

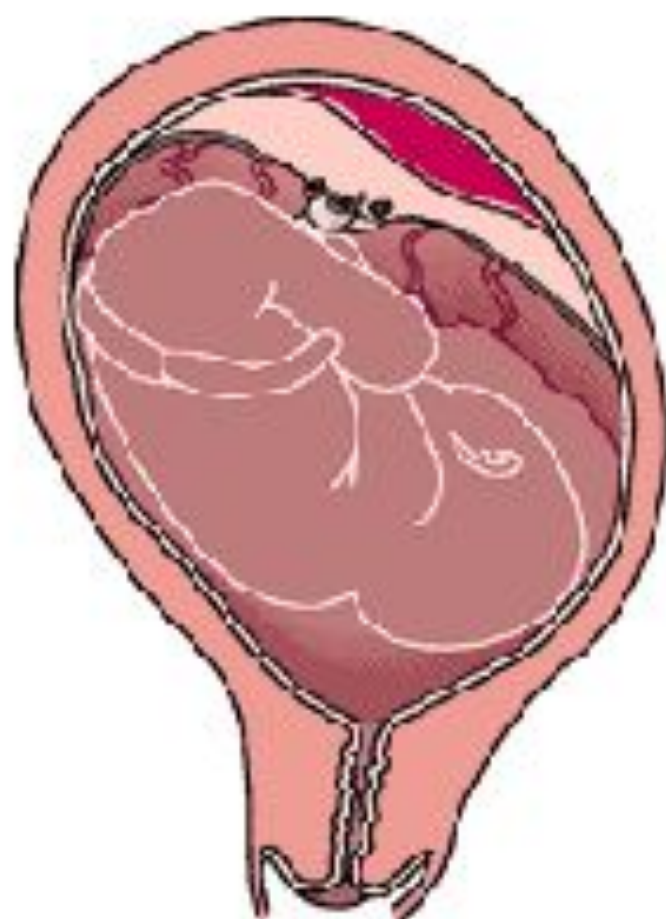
2. Частичная отслойка:

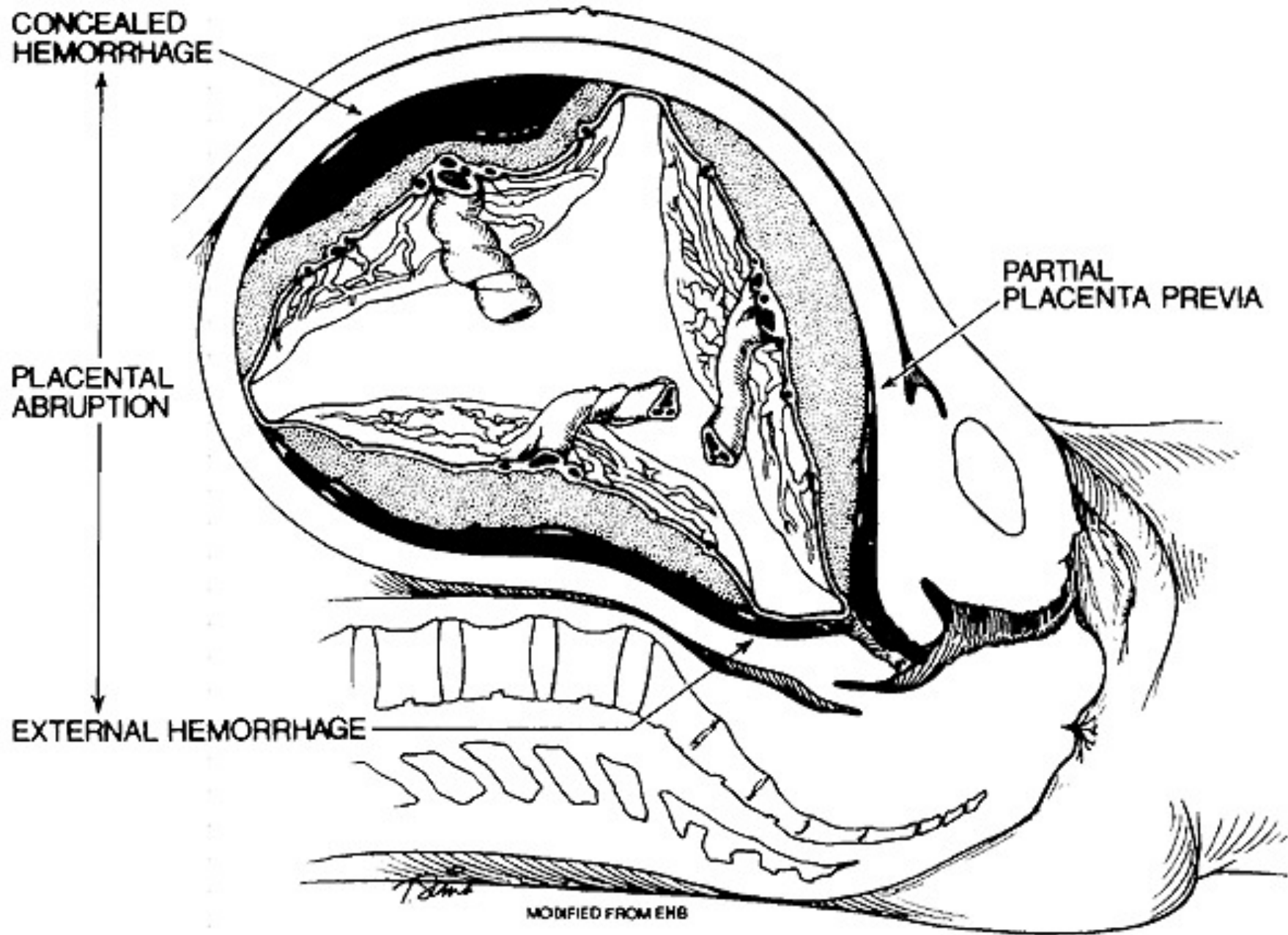
- краевая;
- центральная.

Норма



Отслойка плаценты





Факторы риска

- гестозы;
- заболевания почек;
- изоимунный конфликт между матерью и плодом;
- перерастяжение матки (крупный плод, многоводие, двойня);
- заболевания сосудистой системы;
- сахарный диабет;
- заболевания соединительной ткани;
- воспалительные процессы матки, плаценты;
- аномалии развития или опухоли матки.

Клинические симптомы

1. Болевой синдром: острая боль в проекции локализации плаценты, который затем распространяется на всю матку, поперек, спину и становится диффузным. Боль наиболее выражен при центральном отслоении и может быть не выражен при краевом отслоении. При отслоении плаценты, которая расположена на задней стенке, боль может имитировать почечной колики.
2. Гипертонус матки до тетании, который не снимается спазмолитиков, токолитиками.
3. Кровотечение из влагалища может варьировать в зависимости от степени тяжести и характера отслойки (краевое или центральное) от незначительной до массивной. Если формируется ретроплацентарна гематома, внешняя кровотечение может быть отсутствует.



MODIFIED FROM
BIRCH

Диагностика

1. Оценка состояния беременной, который будет зависеть от величины отслойки, объема кровопотери, появления симптомов геморрагического шока и ДВС-синдрома.

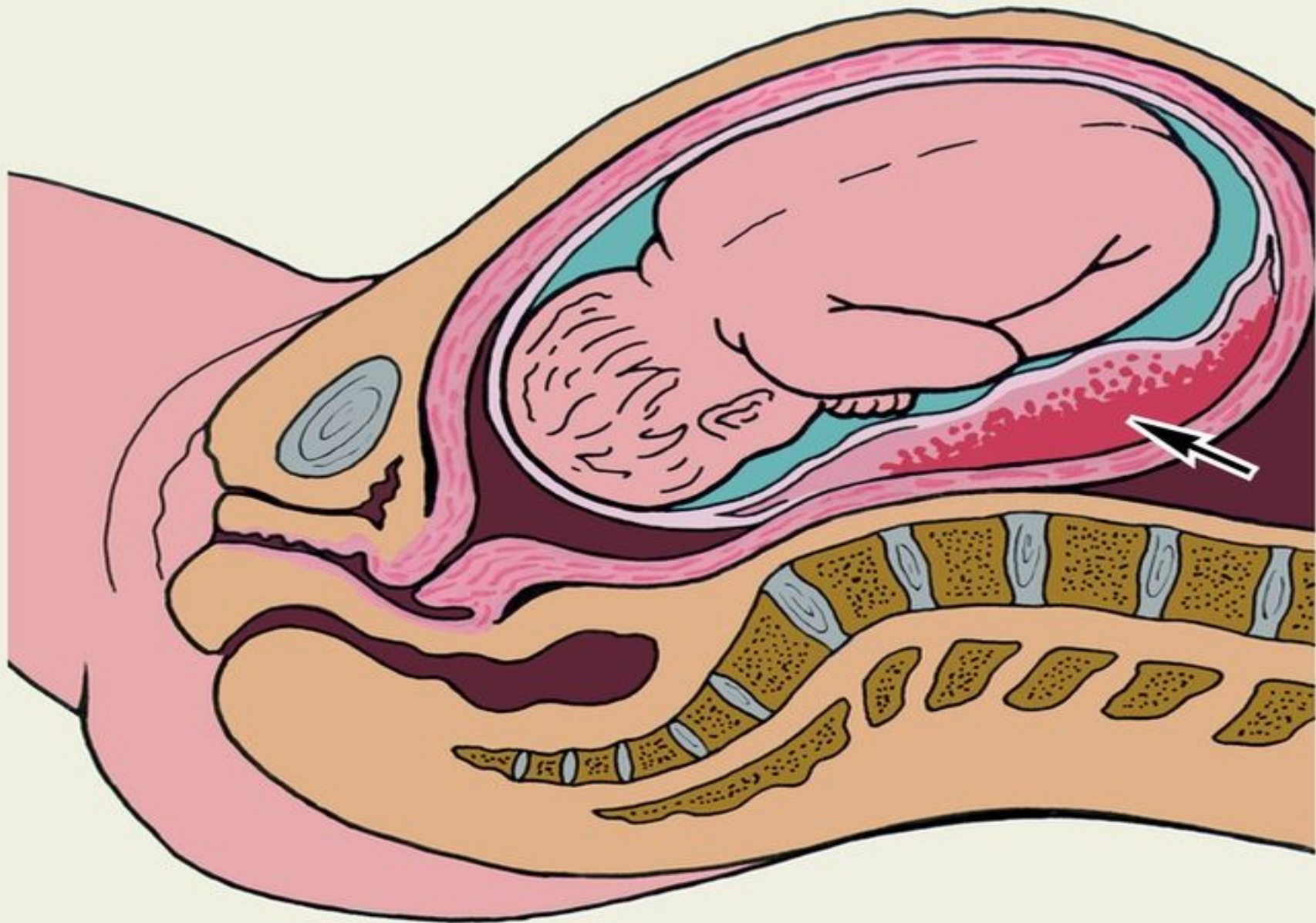
2. Внешнее акушерское исследование:

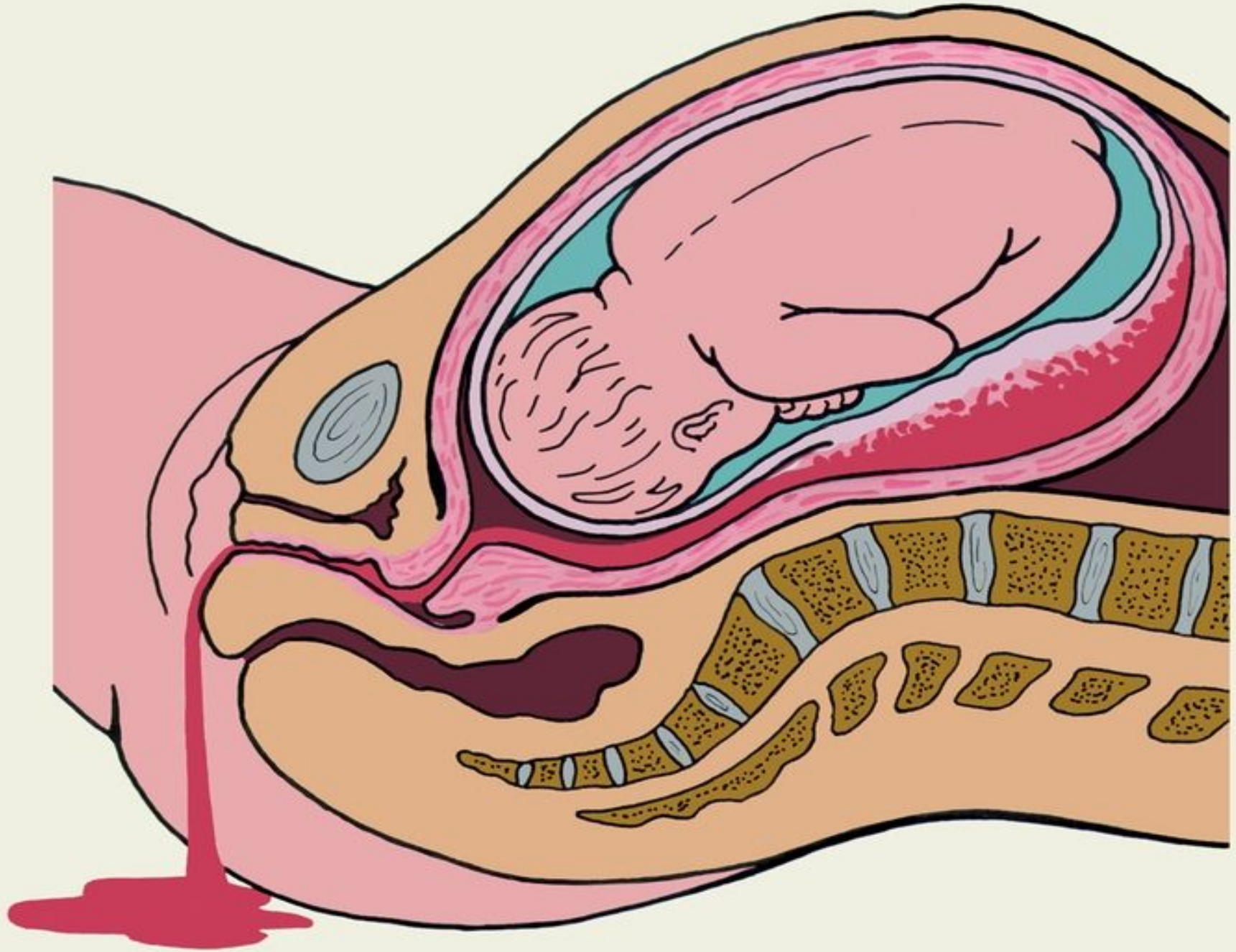
- гипертонус матки;
- Матка увеличена в размерах, может быть деформирована с локальным выпячиванием, если плацента расположена по передней стенке;
- болезненность при пальпации;
- затруднения или невозможность пальпации и аускультации сердцебиения плода;
- появление симптомов дистресс плода или его гибель.

3. Внутреннее акушерское исследование:

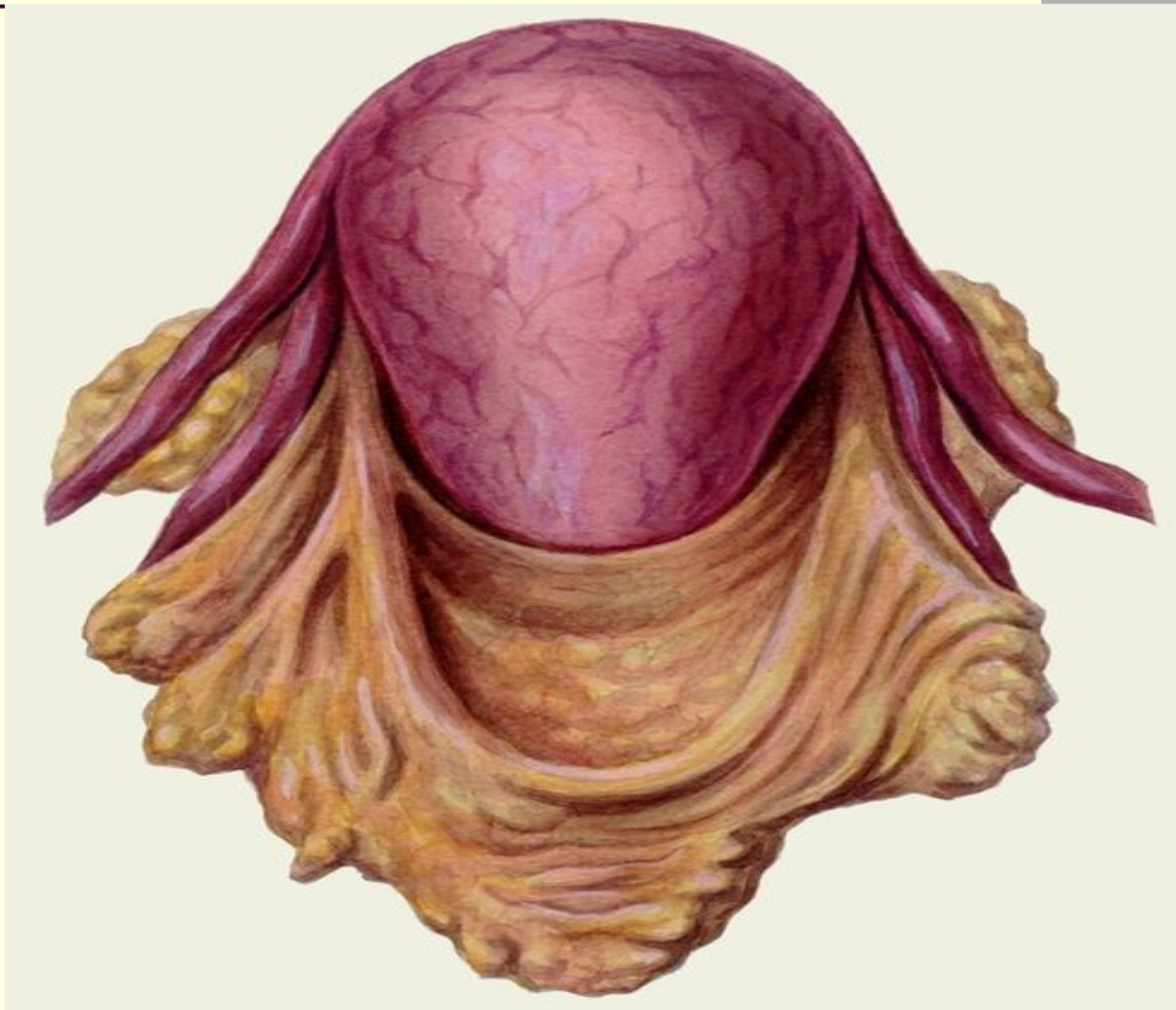
- напряженность плодного пузыря;
- при излитии навколоплодных вод - возможно их окраска кровью;
- кровотечение различной интенсивности из матки.

4. УЗИ (эхонегативне очаг между матки и плацентой), но этот метод не может быть абсолютным диагностическим критерием, так как гипоехогенна зона может визуализоваться у пациенток и без отслойки.





Маточно-плацентарная апоплексия (матка Кувелера) при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты (массивные кровоизлияния в стенку матки, под брюшину)



Лечение

1. В случае прогрессирующего преждевременного отслойки плаценты во время беременности или в первом периоде родов, при появлении симптомов геморрагического шока, ДВС-синдрома, признаков дистресс плода, независимо от срока беременности - срочное родоразрешение путем кесарева сечения. При наличии признаков матки Кувелера - экстирпация матки без придатков.
2. Восстановление величины кровопотери, лечение геморрагического шока и ДВС-синдрома.
3. В случае непрогрессирующего отслоение плаценты возможно динамическое наблюдение при недоношенных беременности до 34 недель (проведение терапии для созревания легких плода) в заведениях, где есть круглосуточное дежурство квалифицированных акушеров-гинекологов, анестезиологов, неонатологов. Проводят мониторинг за состоянием беременной и плода, КТГ, УЗИ в динамике.

Особенности кесарева сечения:

- предшествующий операции амниотомия (если есть условия);
- обязательная ревизия стенок матки (особенно внешняя поверхность) с целью исключения маточно-плацентарной апоплексии;
- в случае диагностирования матки Кувелера - экстирпация матки без придатков;
- при небольшой площади апоплексии - 2-3 очага диаметром 1-2 см, или одно - до 3 см, способности матки к сокращению, отсутствия кровотечения и признаков ДВС-синдрома, при необходимости сохранения детородной функции (первые роды, мертвый плод, на консилиум решают вопрос о сохранении матки. Хирурги некоторое время (10-20 мин) наблюдают за состоянием матки при открытой брюшной полости и при отсутствии кровотечения дренируют брюшную полость для контроля гемостаза. Такая тактика, в исключительных случаях, допускается только в заведениях, в которых имеется круглосуточное дежурство врачей - акушера-гинеколога, анестезиолог;
- в раннем послеоперационном периоде - тщательное наблюдение за состоянием роженицы.

Тактика при отслоении плаценты

в конце I или II периодах:

- амниотомия, если околоплодный пузырь цел;
- при головном предлежании плода - наложения акушерских щипцов;
- при тазовом предлежании - экстракция плода за тазовый конец;
- при поперечном положении второго из двойни плода выполняется акушерский поворот с экстракцией плода за ножку. В некоторых случаях более надежным является кесарева сечения;
- ручное отделение плаценты и удаление последа;
- сокращающие средства - в / в 10 ОД Окситоцин, пр. отсутствии эффекта - 800 мкг мизопростола (ректально);
- тщательное динамическое наблюдение в послеродовом периоде;
- восстановление величины кровопотери, лечение геморрагического шока и ДВС-синдрома.

КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕДОВОМ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ

Послеродовое кровотечение - это потеря крови 0,5% или более от массы тела после рождения плода.

Типы послеродовых кровотечений:

1. Кровотечения в третьем периоде родов.
2. Первичные (ранние) послеродовые кровотечения, которые возникают в раннем послеродовом периоде или в течение 24 часов после родов.
3. Вторичные (поздние) послеродовые кровотечения, которые возникают после 24 часов и в течение 6 недель после родов.

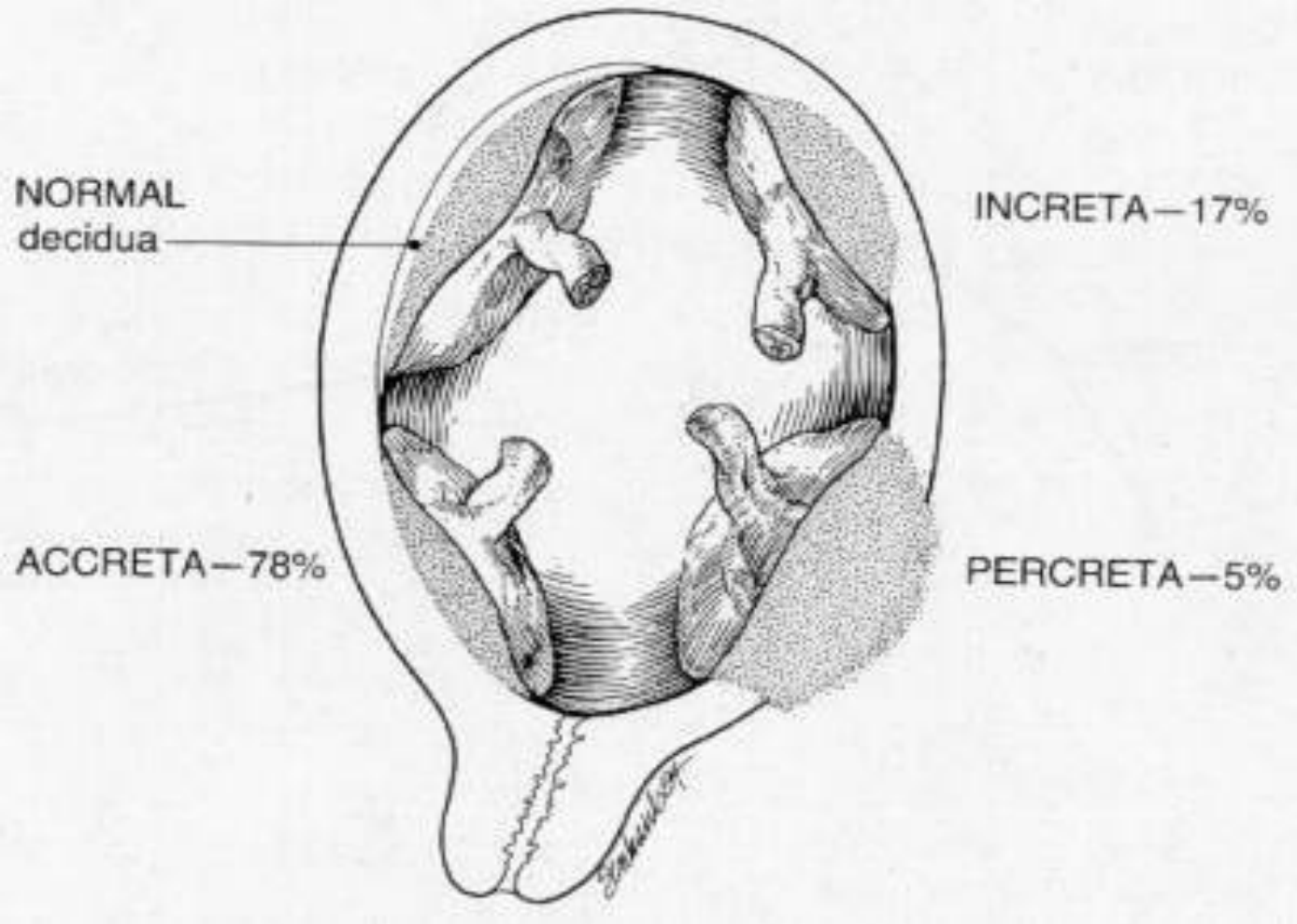
Кровотечение в последовом (третьем) периоде родов

Причины:

- задержка частей плаценты или оболочек;
- патология прикрепления плаценты;
- защемления плаценты.

Клинические проявления:

- Отсутствуют признаки отделения плаценты в течение 30 минут без значительной кровопотери - патология прикрепления или вrostания плаценты.
- Кровотечение начинается сразу после отхождения последа - задержка частей плаценты или оболочек.
- Кровотечение начинается после рождения ребенка без отделения плаценты - защемление, неполное вrostание плаценты.



NORMAL
decidua

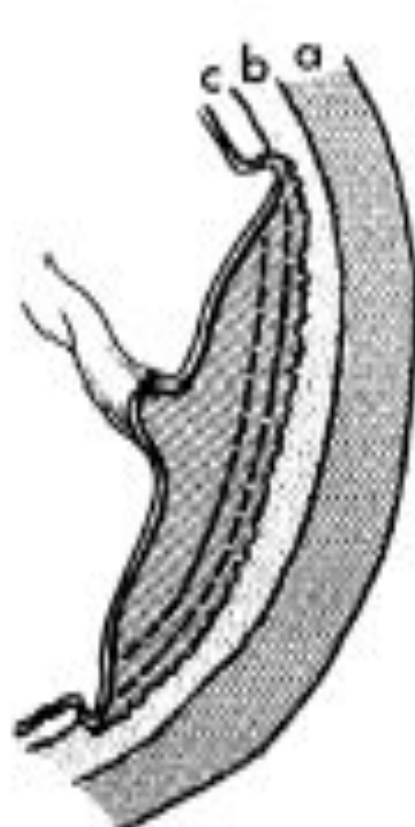
INCRETA—17%

ACCRETA—78%

PERCRETA—5%



Норма



Placenta accreta



Placenta increta



Placenta percreta

Рис. 2. Аномальное прикрепление плаценты:
а – миометрий; б – базальный слой децидуальной оболочки;
с – спонгиозный слой децидуальной оболочки; d – плацента

Алгоритм оказания медицинской помощи:

1. Катетеризация периферической или центральной вены в зависимости от величины кровопотери и состояния женщины.
2. Катетеризация мочевого пузыря.
3. Проверка признаков отделения плаценты и выделения последа ручными приемами.
4. В случае защемления последа - наружный массаж матки, внешние приемы удаления последа
5. В случае задержки частей плаценты или оболочек - ручное обследование полости матки под внутривенным наркозом.
6. В случае нарушения механизма отделения плаценты и отсутствии кровотечения - ожидание в течение 30 мин, (у беременных из группы риска - 15 мин); ручное отделение плаценты и выделения последа.
7. При появлении кровотечения - срочное ручное отделение плаценты и выделения последа под в / в наркозом.
8. Введение утеротоничных средств - 10-20 ЕД Окситоцин в / в на 400 мл физиологического раствора в / в капельно.
9. При условии истинного приращения или вращения плаценты - лапаротомия, экстирпация матки без придатков.
10. Оценка величины кровопотери и восстановление величины объема циркулирующей крови (ОЦК).

Раннее (первичное) послеродовое кровотечение

Причины :

- гипотония или атонии матки (в 90% случаев);
- задержка частей плаценты или оболочек;
- травматические повреждения родовых путей;
- нарушение свертываемости крови (афибриногенемия, фибринолиз);
- первичные заболевания крови.

Гипотония (атония) матки – снижение (отсутствие) сократительной функции матки на внешний раздражитель.

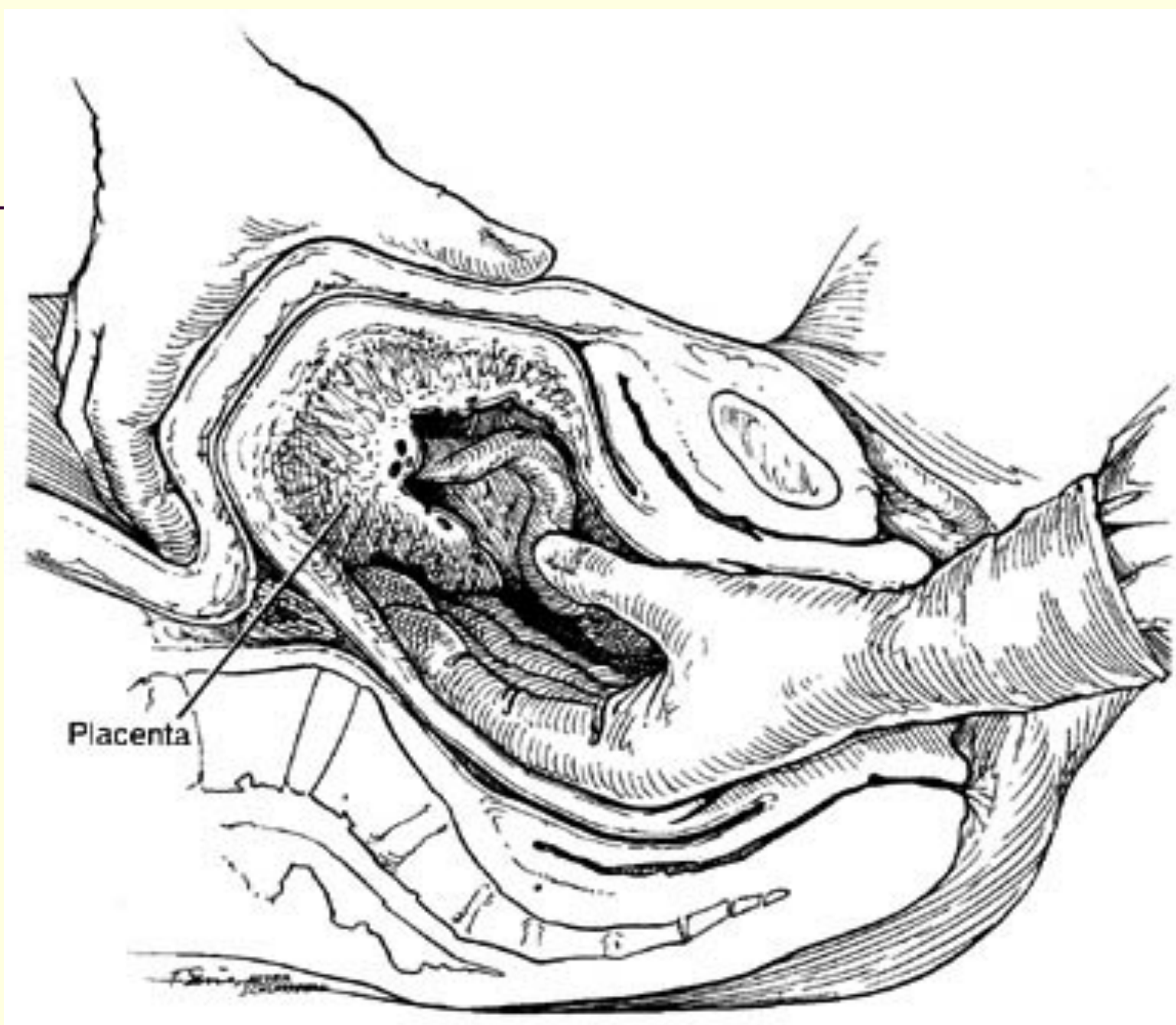
■ Причины:

- нарушение функциональной способности миометрию (поздний гестозы, эндокринопатии, соматические заболевания, опухоли матки, рубец на матке, крупный плод, многоводие, многоплодная беременность);
- перевозбуждение с последующим истощением функции миометрию (длительные или затяжные роды, оперативное окончание родов, применение лекарств, снижающих тонус миометрию (спазмолитиков, токолитиков), гипоксия во время родов и т.п.);
- нарушение сократительной функции миометрия вследствие нарушения биохимических процессов корреляции нейрогуморальных факторов;
- нарушении процесса прикрепления, отделения и выделения плаценты и последа;
- идиопатические (не установлены).

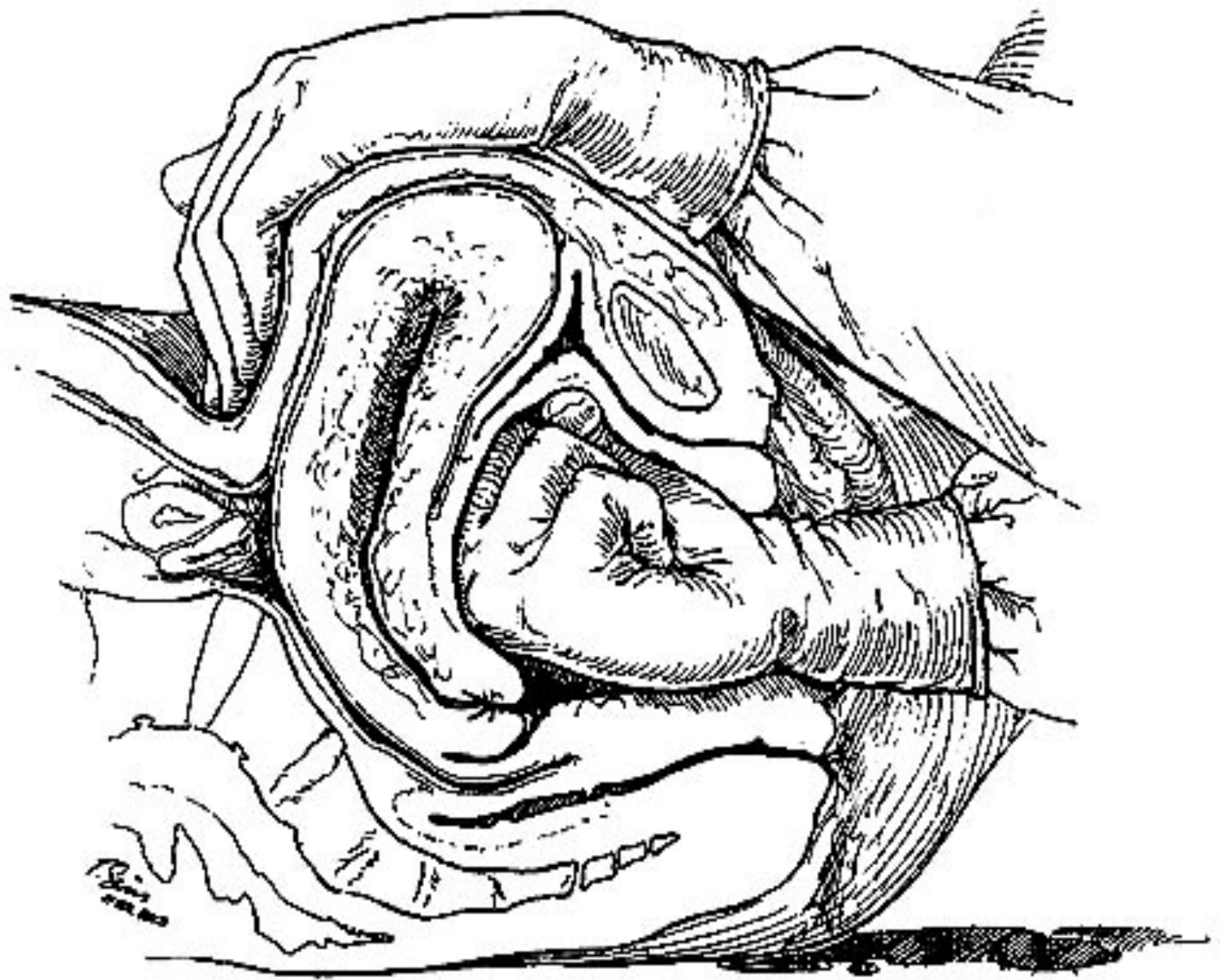
Алгоритм оказания медицинской помощи

1. Общий осмотр роженицы: оценка величины кровопотери доступными методами; • оценка состояния роженицы: жалобы, АД, частота пульса, цвета кожи и слизистых оболочек, количество мочи, наличие и стадия геморрагического шока.

2. Срочное лабораторное обследование:
 - определение уровня гемоглобина, гематокрита; коагулограмма;
 - определение группы крови и резус-фактора;
3. Катетеризация периферической или центральной вены
4. Катетеризация мочевого пузыря.
5. Начало или продолжение введения утеротоников: 10-20 ЕД Окситоцин в / в на 400 мл физиологического раствора.
6. Проведение ручного обследования полости матки под внутривенным наркозом (оценка целостности стенок матки, особенно левой стенки, удаление сгустков крови или остатков плаценты или оболочек).
7. Осмотр родовых путей и восстановления их целостности.
8. Наружный массаж матки.
9. В случае продолжения кровотечения дополнительно вводят 800 мкг мизопростаола ректально.
10. Восстановление ОЦК и кровопотери.
11. В случае возобновления кровотечения и при величине кровопотери 1,5% и более от массы тела - оперативное лечение: экстирпация матки без придатков; при условии продолжения кровотечения - перевязка внутренних подвздошной артерий опытным специалистом.
12. При подготовке к оперативному лечению с целью уменьшения кровопотери - временная бимануальная внешняя или внутренняя компрессия матки.
13. При продолжении кровотечения после экстирпации матки - тугая тампонада брюшной полости и влагалища (до остановки кровотечения брюшную полость НЕ зашивать).



Placenta



Позднее послеродовое кровотечение

Причины :

- задержка частей плаценты или последа;
 - отхождения некротических тканей после родов;
 - расхождение швов и раны матки (после кесарева сечения или разрыва матки).
- Зачастую позднее послеродовое кровотечение возникает на 7-12-й день после родов.

Алгоритм оказания медицинской помощи

1. Оценка величины кровопотери доступными методами .
 2. Катетеризация периферической или центральной вены.
 3. Инструментальная ревизия полости матки под в / в наркозом.
 4. Внутривенное введение утеротоников (Окситоцин 10-20 ЕД на физиологическом растворе - 400,0 или 0,5 мкг метилэргометрина).
 5. В случае продолжения кровотечения - мизопростол 800 мкг ректально (А).
 6. Восстановление объема ОЦК.
 7. При кровопотере > 1,5% массы тела - лапаротомия, экстирпация матки, при условии продолжения кровотечения - перевязка внутренних подвздошной артерий квалифицированным специалистом.
- Нарушение свертываемости крови (послеродовое афибриногенемия, фибринолиз):
- восстановление объема ОЦК;
 - коррекция гемостаза.

Профилактика послеродовых кровотечений

1. Во время беременности:

- оценка факторов риска возникновения кровотечений;
- диагностика и лечение анемии;
- госпитализация в родильный дом беременных группы риска.

2. Во время родов:

- обезболивание родов;
- избежание длительных родов;
- активное ведение третьего периода родов;
- применение утеротоничных препаратов в третьем периоде родов;
- рутинный осмотр и оценка целостности плаценты и оболочек;
- профилактика травматизма во время родов.

3. После родов:

- обследование и осмотр родовых путей;
- внимательное наблюдение в течение 2 часов после родов;
- у беременных группы риска в / в капельное введение 20 ЕД Окситоцина течение 2 часов после родов.

Методы определения величины кровопотери

1. Метод Либова

Объем кровопотери определяется после взвешивания пропитанных кровью салфеток по формуле:

Объем кровопотери = $V / 2 \times 15\%$
(при кровопотере меньше 1000 мл)
или $\times 30\%$ (при кровопотере более 1000 мл)

где V - вес салфеток, 15% и 30% - околоплодные воды, дезрастворы.

2. Формула Нельсона

Процентное соотношение общего объема кровопотери рассчитывается следующим образом:

0,036 x исходный объем крови

x гематокрит

масса тела

Исходный объем крови (мл / кг) = 24

0,86 x выходной гематокрит

x 100

3. Определения кровопотери по плотности крови и гематокриту

Визначення крововтрати за щільністю крові і гематокриту

Щільність крові, кг/мл	Гематокрит	Об'єм крововтрати
1057-1054	40-44	До 500
1053-1050	38-32	1000
1049-1044	30-22	1500
Менше 1044	Менше 22	Більше 1500

4. Шоковый индекс Альговера - = ЧСС / АДС

- В норме индекс Альговера = 1.

Індекс Альговера	Об'єм крововтрати (у % від ОЦК)
0,8 та менше	10
0,9-1,2	20
1,3-1,4	30
1,5 та більше	40

5. Гематокритный метод Moore

Для ориентировочного определения объема кровопотери у беременных используют модифицированную формулу Moore:

$$\text{КП} = \frac{0,42 - \text{Hтф}}{\text{M} \times 0,42}$$

где КП - кровопотеря (мл),

M - масса тела беременной (кг)

Hтф - фактический гематокрит больного (г / л).

Інфузійно-трансфузійна терапія акушерської крововтрати

Об'єм крововтрати		Інфузійні середовища					
ОЦК	% від маси тіла	Рінгер-лактат, л	Гелофузин, л	Свіжозаморожена плазма, мл	Альбумін (10-20%), л	Еритроцитарна маса, мл	Тромбоконцентрат
До 25% (1,25 л)	До 1,5	1-2	1-2				
До 50% (2,5 л)	До 3,0	2	2-2,5	1 x 250		1 x 250	
До 65% (3,25 л)	До 4,0	2	2-2,5	1-3 x 250	0,25-1	1-3 x 250	
До 75% (3,75л)	До 4,5	2	2-2,5	3-5 x 250	0,25-1	3-6 x 250	
> 75%	> 4,5	2	2-2,5	5 x 250 і більше	0,5-1	6 x 250 і більше	При необхідності

Кроковий підхід у лікуванні післяпологових кровотеч

Крок 1 Первинна оцінка та терапія

Реанімація

- катетеризація вени
- киснева маска
- моніторинг АТ, П, ЧД, діурезу
- сечовий катетер
- насичення крові киснем (Sat O₂)

Оцінка причини

- обстеження матки (тонус)
- обстеження пологових шляхів (травма)
- перегляд анамнезу (тромбін)
- обстеження кров'яних згустків

Лабораторні тести

- група крові та резус-фактор
- коагулограма
- загальний аналіз крові

Крок 2 Цілеспрямована терапія

«Тонус»

- зовнішній масаж
- скорочуючі препарати

«Тканина»

- ручне обстеження порожнини матки
- кюретаж

«Травма»

- діагностика та відновлення травматичних ушкоджень

«Тромбін»

- відновлення ОЦК
- антикоагуляція
- відновлення факторів згортання крові

Крок 3 Масивна післяпологова (або некерована) кровотеча

Надання допомоги:
відділення інтенсивної терапії та реанімації

Місцеві заходи:

- ручна компресія
- підготовка до оперативного лікування

АТ та згортання крові:
відновлення ОЦК

Крок 4 Хірургічне лікування

Екстирпація матки

Крок 5 Кровотеча після екстирпації матки

Відновлення травматичних ушкоджень

Тампонада черевної порожнини

Перев'язка внутрішніх клубових артерій



Спасибо за внимание