

Кафедра акушерства и гинекологии ГГМУ с
курсом ФПК и П

Акушерские кровотечения



Зав. кафедрой, к.м.н.,
доцент Захаренкова Т.Н.

Определение. Актуальность темы

Акушерскими называют кровотечения из продуктов зачатия, половых органов, возникающие во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

- Занимают первое место в структуре акушерских причин материнской смертности.
- Частота встречаемости 4-8 % от всех родов, чаще при кесаревом сечении.



Причины акушерских кровотечений во время беременности

Первая половина беременности:

1. Самопроизвольный выкидыш.
2. Кровотечения, связанные с пузырьным заносом.
3. Эktopическая (шеечная) беременность.
4. Патология шейки матки – псевдоэрозия, полипы цервикального канала, децидуальные полипы, рак шейки матки.

Вторая половина беременности:

1. Предлежание плаценты
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП).
3. Разрыв матки.



Многоводие
при беременности

Причины акушерских кровотечений во время родов

В I периоде родов:

1. Разрыв шейки матки
2. ПОНРП
3. Разрыв матки

Во II периоде родов:

1. Разрыв матки
2. ПОНРП



В III периоде родов (последовом):

1. Частичное плотное прикрепление или истинное приращение плаценты.
2. Ущемление последа в области внутреннего зева (спазм зева).

Особенности акушерских кровотечений

- Массивность и внезапность их появления;
- Страдает плод, необходимость срочного родоразрешения и не позволяет дождаться стойкой стабилизации гемодинамических показателей и проведения инфузионно-трансфузионной терапии в полном объеме;
- Нередко сочетание кровопотери с выраженным болевым синдромом;
- Быстрое истощение компенсаторно-защитных механизмов, особенно при позднем гестозе, осложненном течении родов;
- Острый дефицит объема циркулирующей крови (ОЦК), нарушения сердечной деятельности, анемическая и циркуляторная формы гипоксии;
- Опасность развития развернутой картины ДВС и массивного кровотечения.

Основные причины послеродовых кровотечений

Принцип «четырёх Т»

- ТОНУС (70%) –гипо-, атония матки
- ТРАВМА (20%)- мягких тканей
- ТКАНЬ (10%)- остатки плацентарной
- ТРОМБИН (1%) – ДВС, коагулопатия

Коагулопатические кровотечения могут быть в любой период

Диагностика причин акушерского кровотечения во время беременности

- Опрос, анамнез (паритет беременности и родов, исходы предыдущих беременностей, срок беременности).
- Клиническая картина (после чего появилось кровотечение, количество выделений и их динамика, есть ли боль);
- Наружное акушерское исследование (приемы Леопольда), аускультация сердцебиения плода;
- Осмотр наружных половых органов (травмы);
- Осмотр в зеркалах (патология шейки матки, источник кровотечения);

Диагностика причин акушерского кровотечения во время беременности

- Ультразвуковое исследование (расположение плаценты, наличие ретроплацентарных гематом, состояние плода – сердцебиение, доплерометрия сосудов матки и плода, размеры плода и соответствие сроку беременности).
- Влагалищное исследование при отсутствии предлежания плаценты (для оценки раскрытия шейки матки).



Дифференциальная диагностика основных причин кровотечения во второй половине беременности

Предлежание плаценты



Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)



Виды предлежаний плаценты



Полное, центральное



Частичное (боковое)



Частичное краевое



Низкая плацентация (менее 5 см от внутреннего зева)

Клиническая картина предлежания плаценты и ПОНРП

Предлежание плаценты

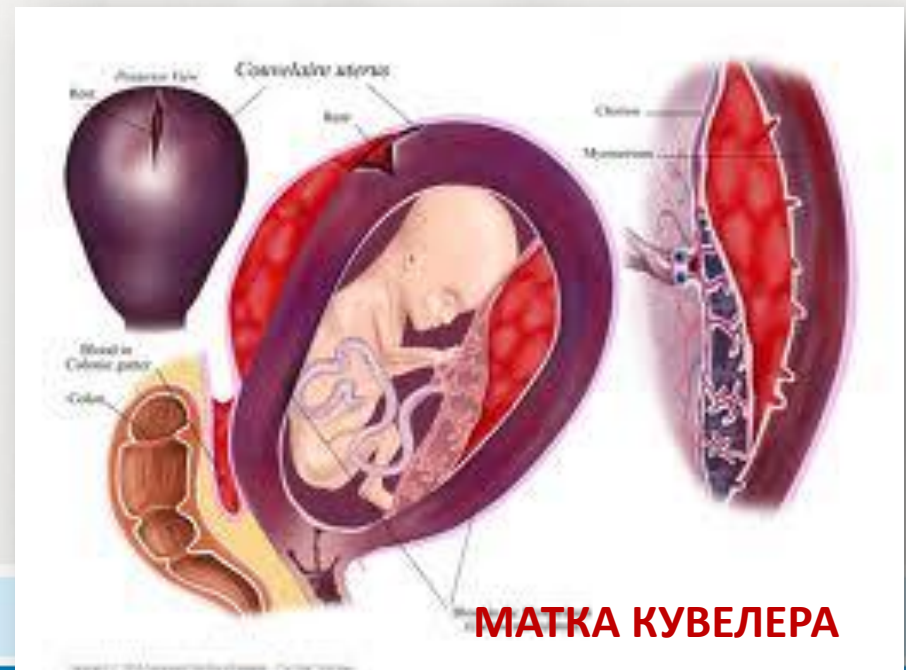
- может начаться внезапно в покое, иногда провоцируется поднятием тяжести, дефекацией, кашлем, влагалищным исследованием,
- всегда наружное,
- не сопровождается болевым синдромом, тонус матки в норме,
- алой кровью,
- степень анемизации соответствует наружной кровопотере;
- это повторяющееся кровотечение, начинается, как правило, во второй половине беременности в 28-32 недели.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

- сильные боли в нижних отделах живота в поздние сроки беременности или в родах;
- чувство напряжения матки (ее гипертонус), может пальпироваться выбухание матки над гематомой;
- кровотечение — наружное (из родовых путей), внутреннее (в область ретроплацентарной гематомы до 500–1500 мл), комбинированное;
- слабость, головокружение, недомогание;
- бледность кожных покровов, тахикардия, артериальная гипотензия;
- значительное снижение или исчезновение движений плода.

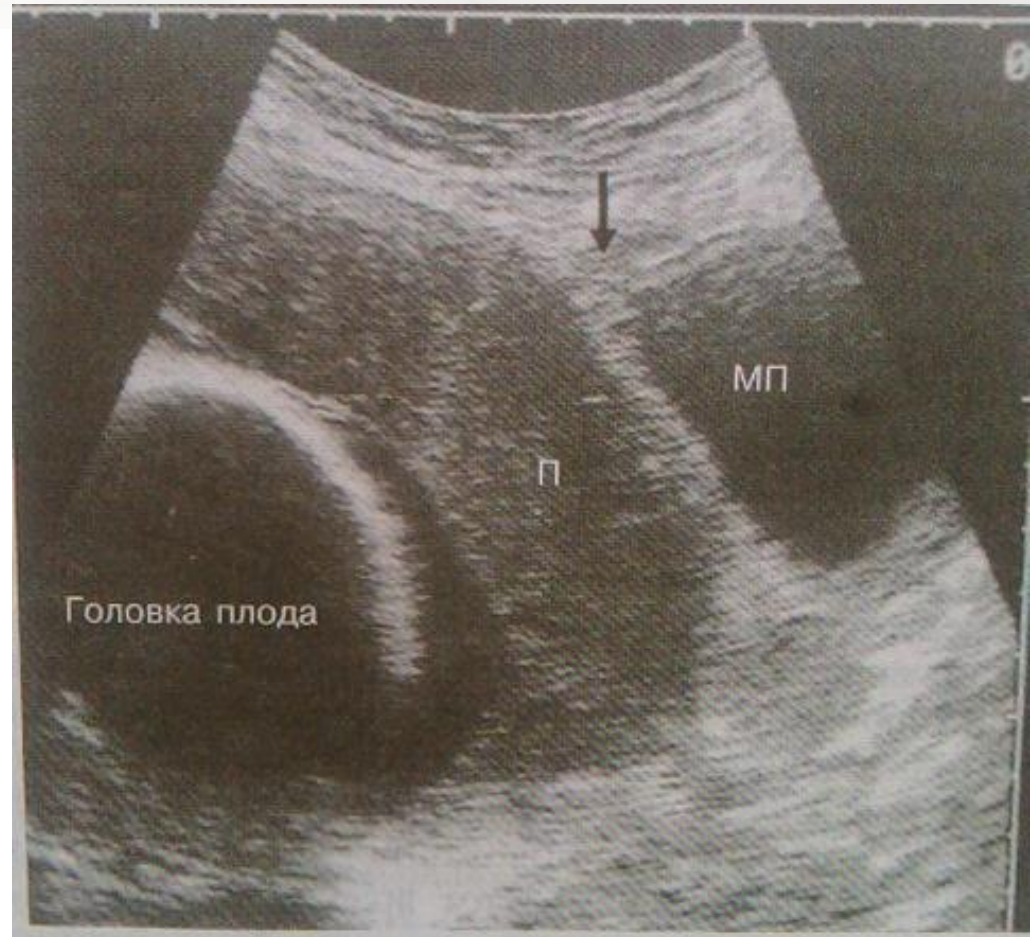
Формирование ретроплацентарной гематомы без наружного кровотечения при ПОНРП

Осложнение ПОНРП – маточно-плацентарная апоплексия или

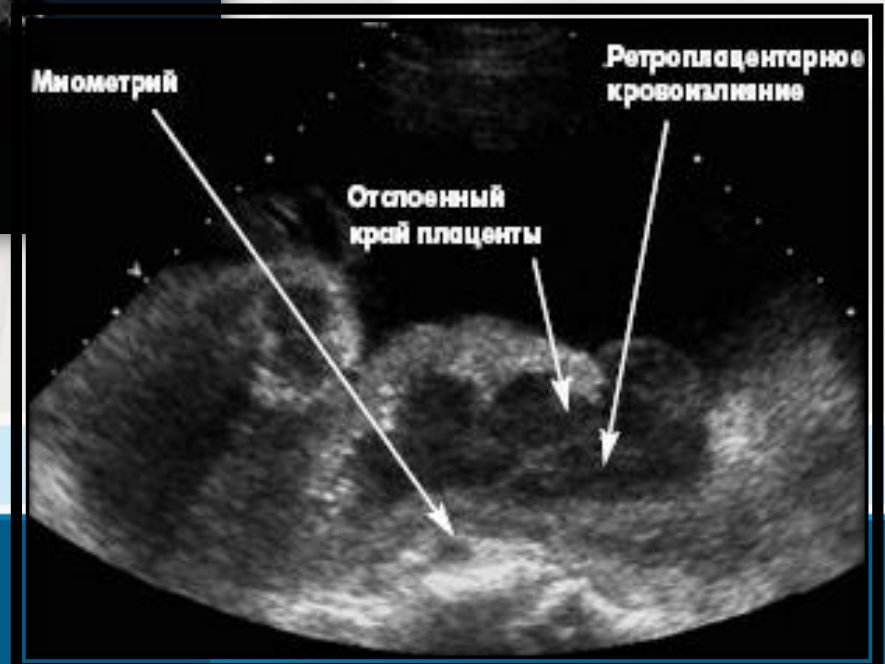


УЗИ картина предлежания плаценты

1. Можно установить сам факт предлежания плаценты и вариант предлежания (полное, неполное).
2. УЗ диагноз основывается на одновременной визуализации внутреннего зева, края плаценты, пояса соприкосновения предлежащей части со стенками матки.



УЗИ при ПОНРП



Лабораторно-инструментальные методы исследования при акушерском кровотечении

- Пульс, АД,
- ОАК: гемоглобин, гематокрит, эритроциты;
- Коагулограмма, тромбоэластограмма;
- БАК;



Оценка объема кровопотери:

- визуальный метод (ошибка 30%)
- гравиметрический метод – взвешивание операционного материала (ошибка 15%-30%)
- измерение мерной емкостью – лоток, градуированная кружка (ошибка 20%)
- формула Нельсона – $V_{\text{крови}} \text{ (мл/кг)} = 24/0,86 \times \text{Ht} \times 100$
- шоковый индекс Альговера – $\text{ЧСС/АД}_{\text{сист.}}$

Шоковый индекс		Объем кровопотери (% ОЦК*)
0,8	и менее	10
0,9-1,2		20
1,3-1,4		30
1,5	и более	40 и более

– ОЦК = масса тела × 75 мл

Гематокритный метод Moore

$$KB = OЦК(n) \cdot (ГТ(n) - ГТ(ф)) / ГТ(n)$$

где KB - кровопотеря; OЦК(n) - нормальный OЦК;
ГТ(n) - гематокрит в норме (у женщин - 42); ГТ(ф) -
гематокрит фактический, определенный после
остановки кровотечения и стабилизации
гемодинамики



Ведение беременности при предлежании плаценты

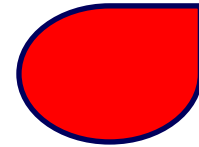
Лечение в условиях стационара (ОПБ) с 24 недель;

- Постельный режим;
- Этамзилат 0,5г(в/венно 4 мл 12,5% раствора) ,
- Транексамовая кислота по 250 мг 3-4 раза в день
- Спазмолитики (папаверин, но-шпа, спазматон, препараты магния);
- Лечение анемии;



При прекращении кровотечения:

- Токолитики (гинипрал);
- Средства улучшающие маточно-плацентарный кровоток и обменные процессы в плаценте (дипиридамола, пентоксифиллин)



Ведение родов при предлежании

Кесарево сечение ЭКСТРЕННОЕ

- Одномоментная кровопотеря 250 мл,
- Повторяющиеся кровотечения превышающие 250 мл;
- Нарастающая анемия и ухудшение плода на фоне небольших кровотечений.

ПЛАНОВОЕ

- Полное предлежание плаценты в сроке 37-38 недель;
- Неполное предлежание но другие акушерские показания (неправильное положение, узкий таз незрелая шейка и др..).

Тактика при ПОНРП



- Остановка кровотечения при прогрессирующей ПОНРП – кесарево сечение с осмотром матки и решением вопроса о ее сократительной способности (реакция на массаж, введение утеротоников).
- При матке Кувелера – ее экстирпация.
- При непрогрессирующей небольшой отслойке – спазмолитики, профилактика фетоплацентарной недостаточности, контроль за состоянием плода (КТГ, УЗИ, коагулограмма).

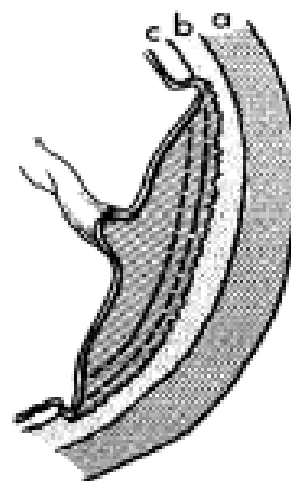
Последовый период

- В III периоде родов наблюдается физиологическая кровопотеря, составляющая 0,5% от массы тела но не более 400 мл; 0,5-0,7% - пограничная и более 0,7% - патологическая кровопотеря.
- Длится III период – до 30 минут.
- Ведение III периода: наблюдение за кровопотерей, состоянием женщины, признаками отделения плаценты (Альфельда, Кюстнера-Чукалова, Шредера, Долженко, Микулича и др.)

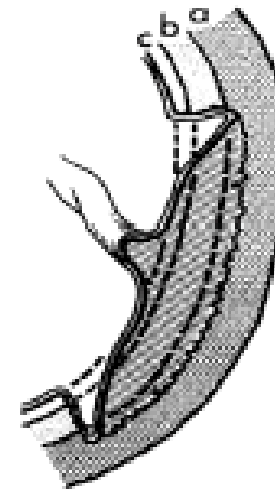
Аномальное прикрепление плаценты



Норма



Placenta accreta



Placenta increta



Placenta percreta

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



Патологическое прикрепление ПЛАЦЕНТЫ (формы)

ПЛОТНОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ Placenta adhaerens

ИСТИННОЕ ПРИРАЩЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ Placenta accreta, (increta, percreta)

- **Полное:** Через 30 минут признаков отделения нет. Кровотечения нет.
- **Частичное:** Кровотечение превышающее уровень физиологического при отсутствии признаков отделения плаценты.

↓

Операция под внутривенным наркозом:
Ручное отделение плаценты и выделение последа

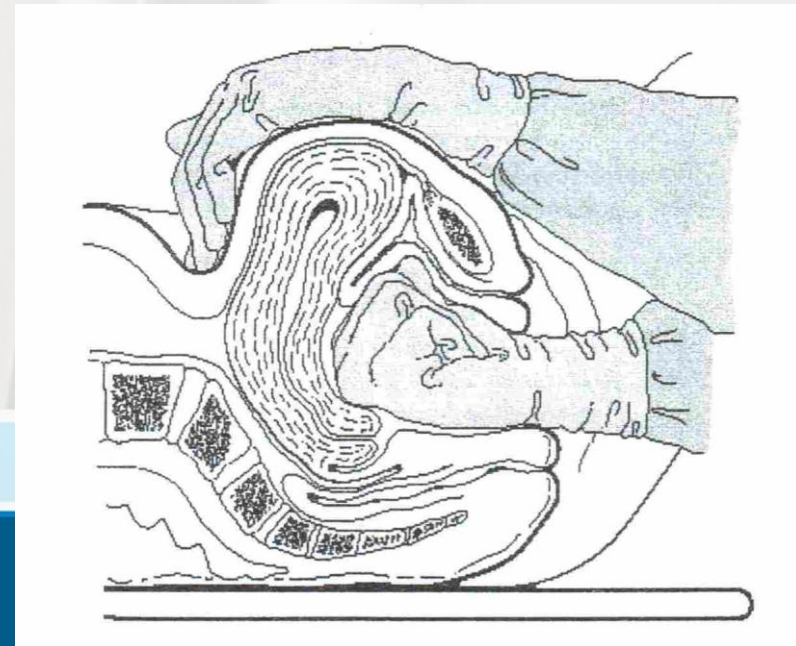
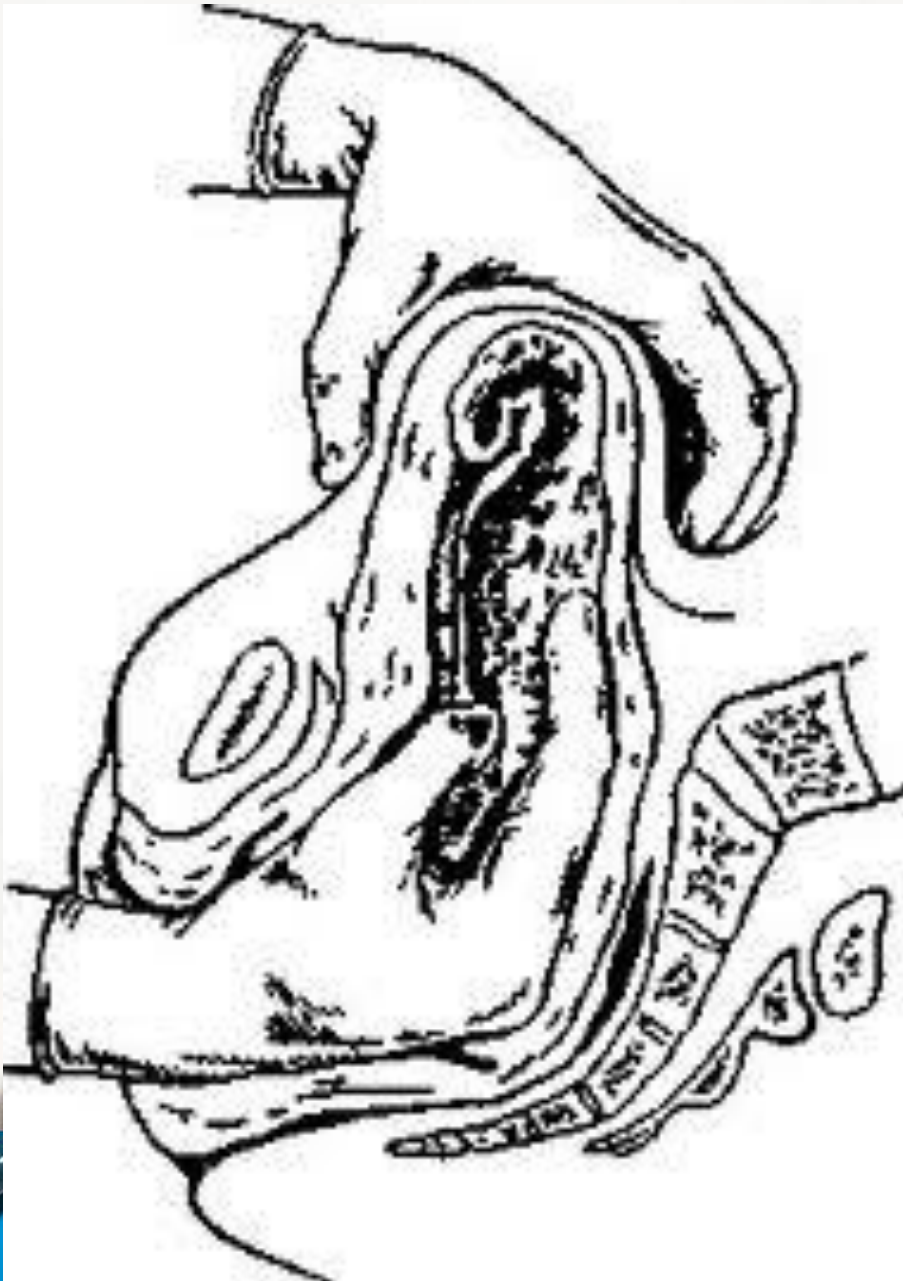
↓

Удалось отделить плаценту,
матка сократилась.

↓

Отделить плаценту не удастся.
Показана ампутация (экстирпация)
матки или иссечение стенки матки.

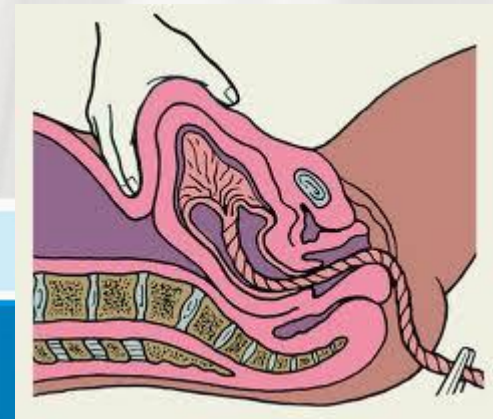
Ручное отделение плаценты и выделение последа с бимануальной компрессией матки



Ущемление последа в области внутреннего зева

Признаки отделения плаценты есть, а выделение последа не происходит. Продолжается кровотечение.

Тактика: В\венное введение спазмолитика (атропина сульфат);
Применение приемов выделения последа (Абуладзе, Креде-Лазаревича, Гентера)



Послеродовые кровотечения

- Ранние – до 24 часов после родов
- Поздние – после 24 часов



Дифференцирование причин послеродовых кровотечений

«Травма?»



Осмотр в зеркалах.
Ушивание разрывов мягких тканей родовых путей.
УЗИ брюшной полости для исключения свободной жидкости
Лапаротомия при разрыве матки.

«Ткань?»



Ручное обследование полости матки обязательно, однократно.

Причины атонии, гипотонии матки

- Воспалительные, дистрофические, рубцовые изменения миометрия в результате хронических заболеваний матки, перенесенных аборт, диагностических выскабливаний, операций на матке,
- Миома матки,
- Гипоплазия матки, недостаток эстрогенов, нервно-мышечного аппарата матки, пороки развития матки;
- Перерастяжение миометрия при многоводии, многоплодии;
- Не рациональное использование утеротоников в родах;
- Матка Кувелера.



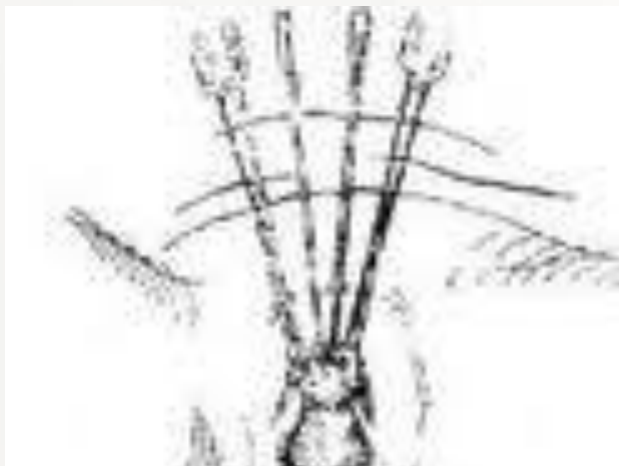
Клиника гипотонического кровотечения (два сценария)

1. Кровотечение сразу массивное. Матка атоничная, не реагирует на введение утеротоников, механические раздражения. Быстро развивается геморрагический шок, ДВС, полиорганная недостаточность.
2. Чередуются состояние нормального тонуса и гипотонии. Кровь выделяется порциями по 150-200мл. Матка реагирует на введение утеротоников, массаж, но временно. Организм адаптируется к медленной кровопотере, без снижения АД, с легкой тахикардией. Затем энергетические резервы матки истощаются, тонус не восстанавливается. Нарастают явления шока, ДВС-синдрома.

Мероприятия по восстановлению тонуса матки

- Катетеризация мочевого пузыря;
- Наружный бережный массаж матки;
- **Введение утеротоников:**
- окситоцин 5-10 ЕД в/в,
- **карбетоцин 100 мкг/мл,**
- метилэргометрин 0,2 мг в/в,
- мезопростол (простагландин E1) ректально 800-1000 мкг

Методы наложения зажимов для временной остановки кровотечения



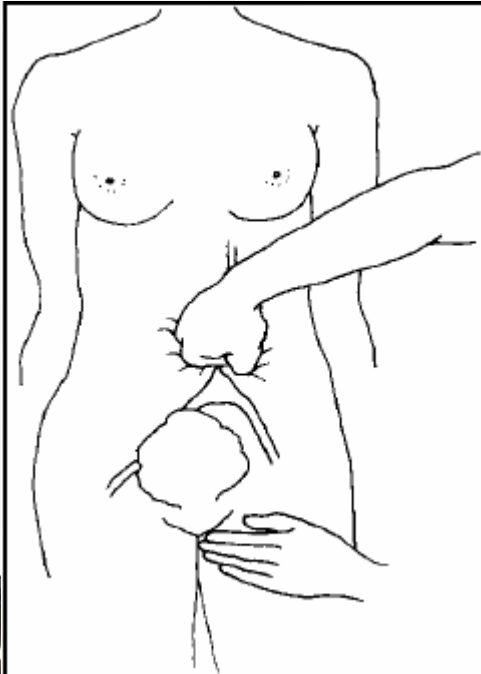
В большей степени как исторический метод

По Бакшееву

По Генкелю-Тиканидзе

Методы временной остановки кровотечения

1. Сдавление брюшной аорты:



2. Управляемая
внутриматочная баллонная
тампонада (250-350 мл)

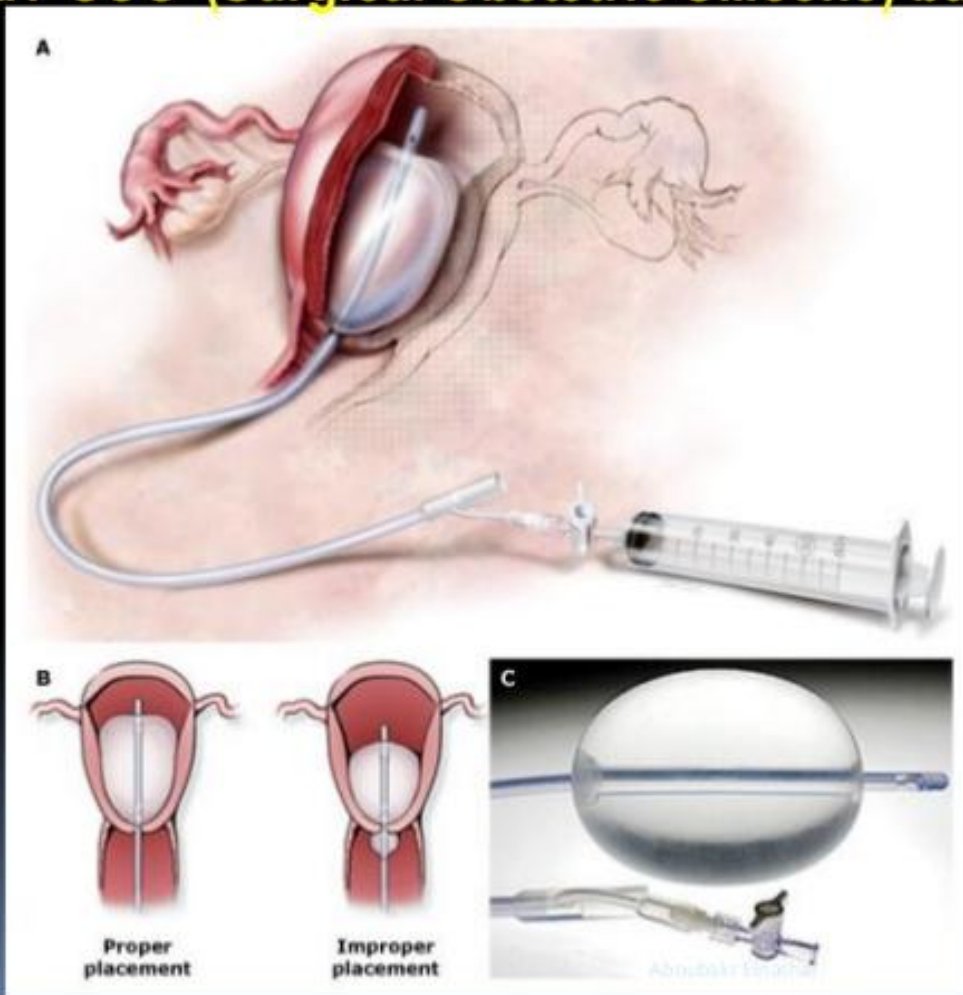


3.

Введение внутриматочного гемостатического баллона

Bakri 'SOS' (Surgical Obstetric Silicone) balloon

Может быть в матке до 24 часов.
ЗАПОЛНЯЕТСЯ 350-500 мл стерильного физраствора



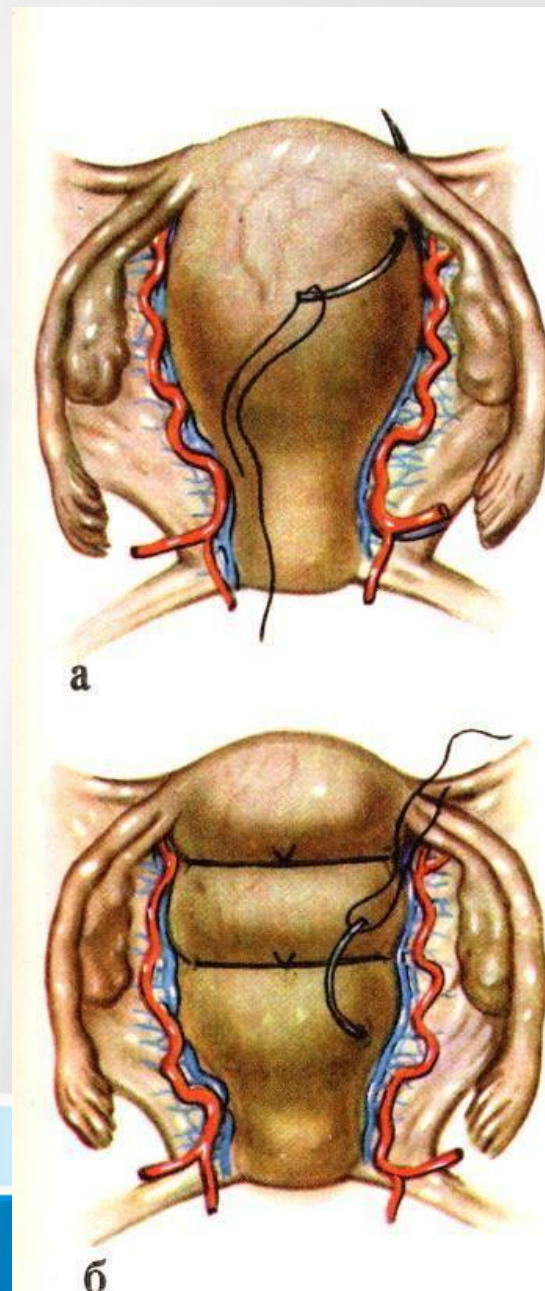
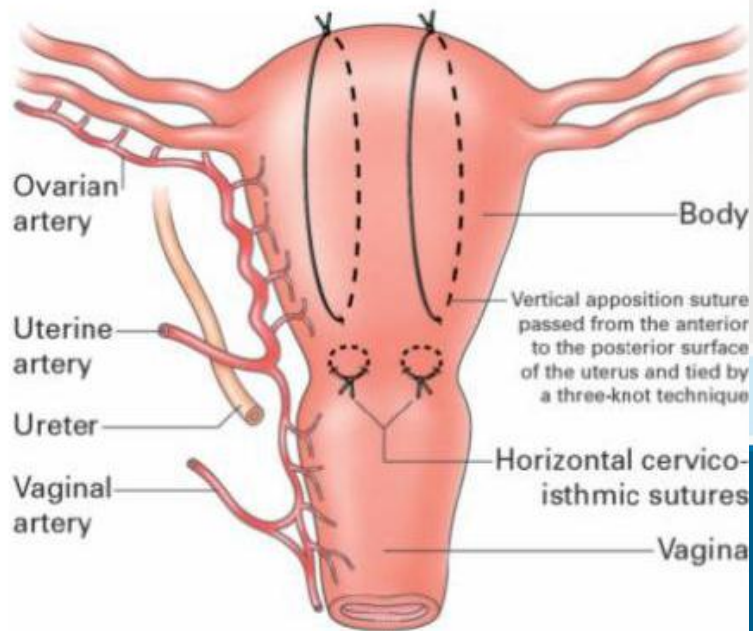
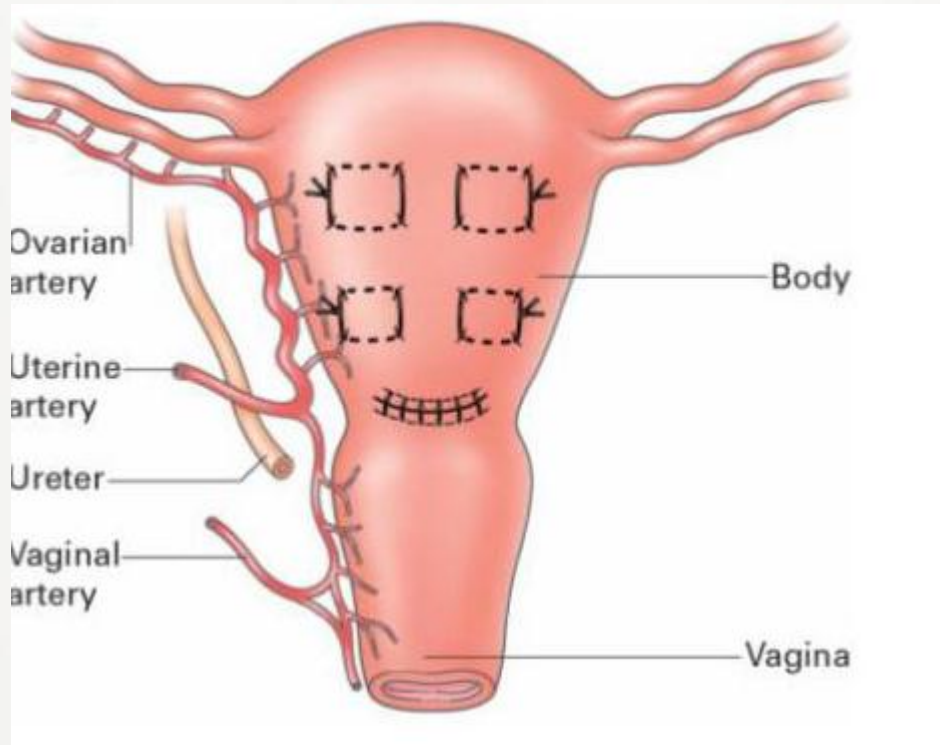
Хирургический поэтапный гемостаз

- выполняется при продолжающемся кровотечении и достижении кровопотери объема более 1,5% от массы тела (1200 мл) или при картине геморрагического шока.
- **Лапаротомия** и ревизия органов малого таза, брюшной полости, массаж матки, повторное введение утеротоников.



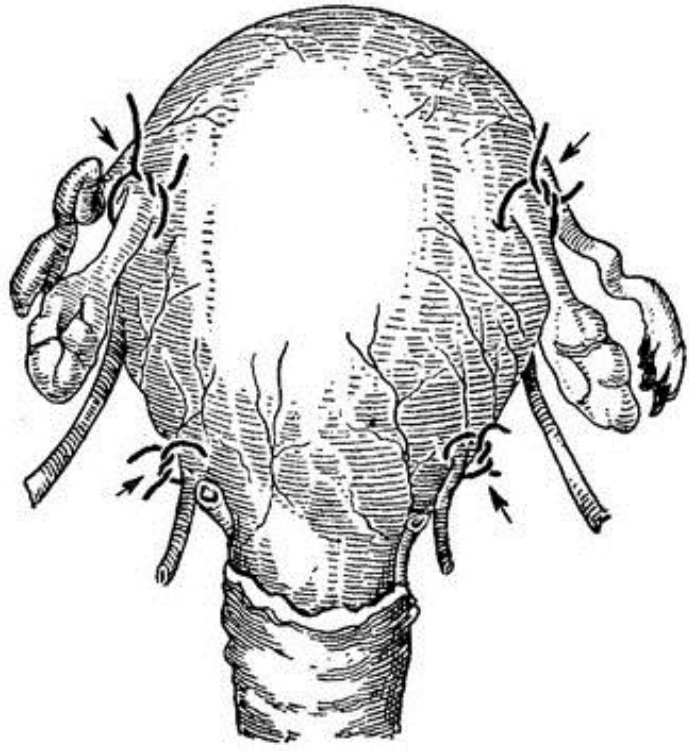
Гемостатический шов по В. Линч



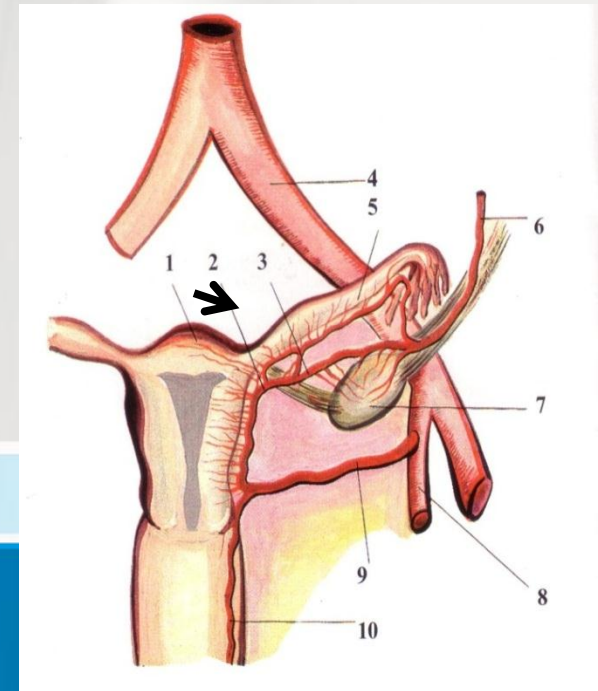


Шов по Перейра

Деваскуляризация матки, перевязка внутренней подвздошной артерии

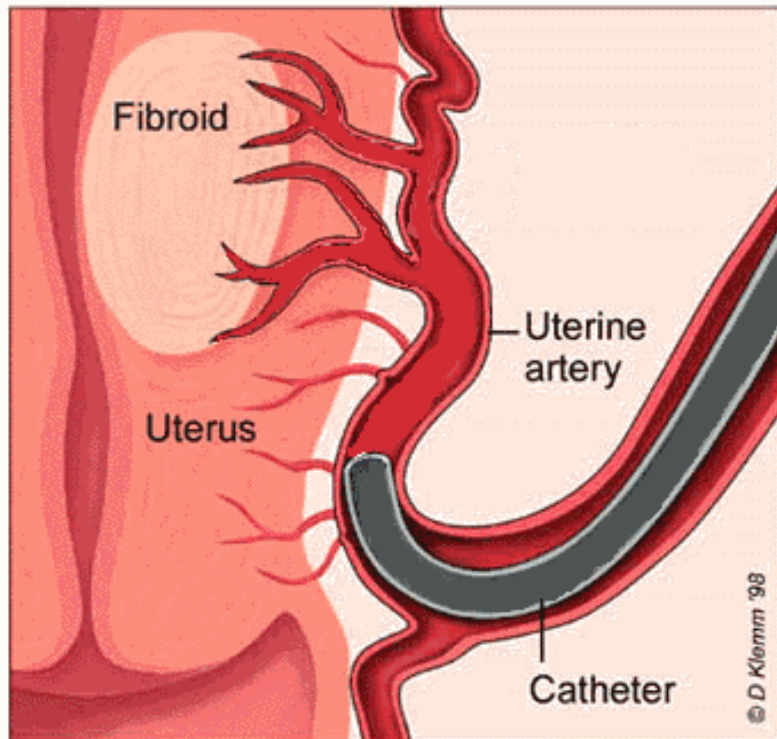
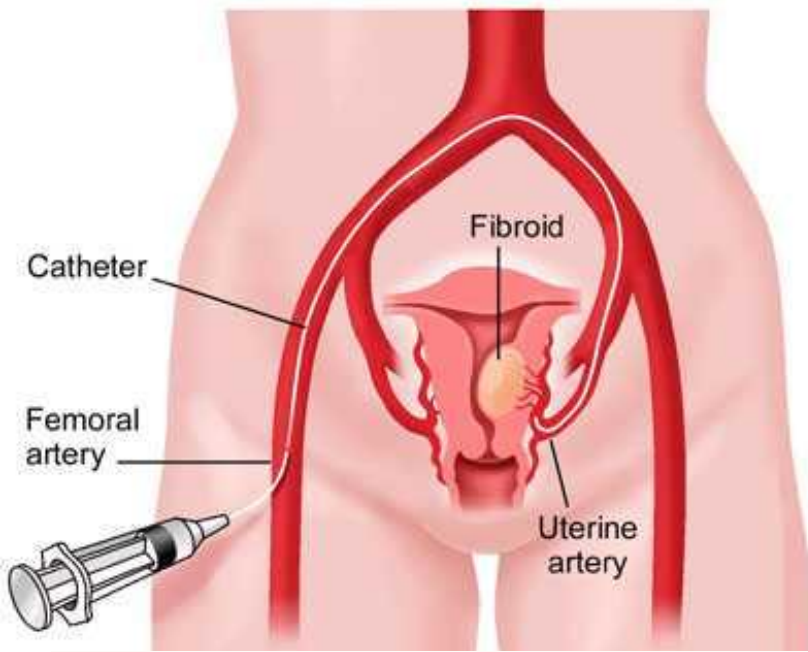


Поэтапная **девакуляризация матки**— лигирование синтетическими рассасывающимися нитями (викрил, ПГА №1,0) с двух сторон: ветвей маточных артерий, собственных связок яичников круглых маточных связок



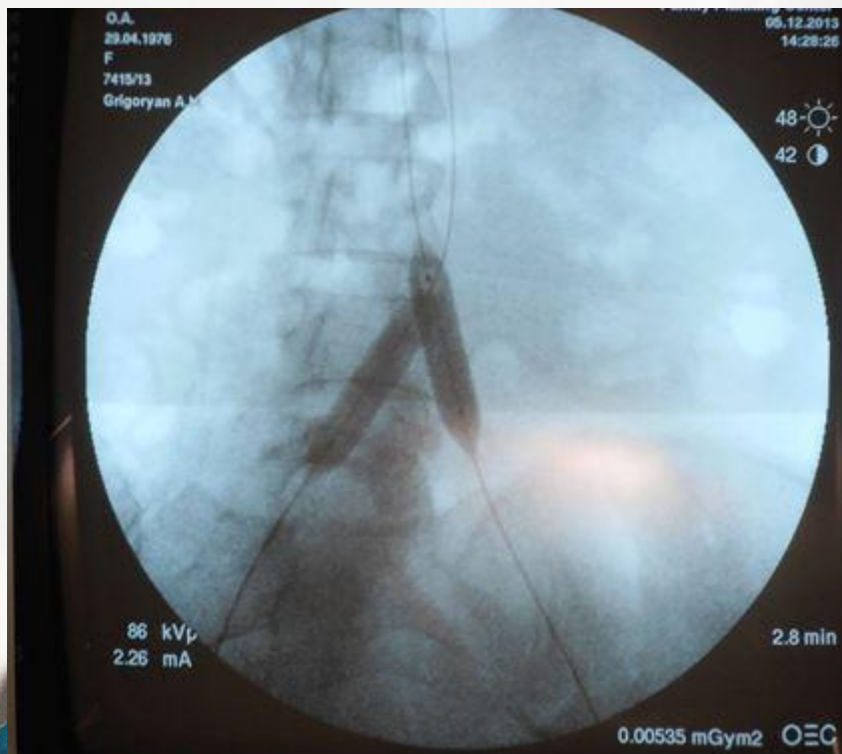
Вопрос о перевязке внутренних подвздошных артерий решается коллегиально с сосудистым хирургом

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) – эндоваскулярная эмболизация маточных артерий



Баллонная окклюзия общих подвздошных артерий

Необходима рентгеноперационная и квалифицированный ангиохирург



- Противопоказаниями для ЭМА и временной баллонной окклюзии подвздошных артерий являются:
- нестабильная гемодинамика; геморрагический шок II-III ст.;
- подозрение на внутрибрюшное кровотечение.

- При неэффективности органосохраняющих методов – удаление матки.



Благодарю за внимание

