

# АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Дисциплина «Акушерство»

Специальность

060101 «Лечебное дело»

# Вопросы лекции

1. Причины кровотечений в 1-й половине беременности:  
Самопроизвольный выкидыш, внематочная беременность, эрозия ш\м, шеечная беременность, пузырный занос, полип цервикального канала;
2. Предлежание плаценты: этиология, клиника, диагностика.
3. ПОНРП;
4. Профилактика кровотечений во время беременности;  
Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах;
5. Неотложная помощь, принципы лечения.
6. Геморрагический шок, причины, диагностика, лечение.

# Причины кровотечений в 1-й половине беременности

- Эрозия шейки матки,
- Полипы и рак шейки матки;
- Самопроизвольный аборт;
- Шеечная беременность;
- Внематочная беременность;
- Пузырный занос;
- Травмы влагалища;
- Варикозное расширение вен влагалища и НПО;

# Эрозия шейки матки

- ▣ Встречается часто, кровянистые выделения, как правило, - контактные, незначительные, не сопровождаются болями.
- ▣ Исключить рак шейки матки - осмотр на зеркалах, кольпоскопия, цитология мазков;
- ▣ Лечение при бер-ти- консервативное – ванночки с дез. р-ми, мазевые тампоны, нормализация микрофлоры влагалища.
- ▣ Если кровоточивость сохраняется – биопсия, гистологическое исследование;
- ▣ Эрозии специфической природы: спец. Лечение.

# Полип шейки матки

- Одиночные и множественные, различных размеров, с ножкой, располагаются у края наружного зева или глубоко в цервикальном канале;
- Кровянистые выделения контактные;
- Осмотр на зеркалах, госпитализация в г.о. при кровоточащем полипе
- Лечение хирургическое – полипэктомия, гистологическое исследование;
- Выскабливание не производится,
- Рецидивирующие полипы – травматизация, м.б. распад или некроз ткани, малигнизация.

# Рак шейки матки

- ▣ Обнаруженный в 1-й половине беременности, требует госпитализации в онкологическ. диспансер;
- ▣ Производится радикальная операция – расширенная экстерпация матки;
- ▣ Травмы половых путей, разрывы варикозных узлов влагалища или вульвы устанавливаются при осмотре;
- ▣ Целостность восстанавливают ушиванием поврежденных тканей;
- ▣ Кровотечение м.б. обильным, иногда приходится перевязывать вены;

# Шеечная беременность

- ▣ Плодное яйцо прикрепляется в канале ш/матки, прерывание ведет к сильному кровотечению из сосудов шейки, поврежденных ворсинами хориона;
- ▣ Причины: неполноценность слизистой оболочки матки
- ▣ Кровотечение появляется в I триместре беременности, обильное, которому предшествуют периодические скудные кровянистые выделения;
- ▣ Диагностика: сомнительные, вероятные признаки, результаты влагалищного исследования.

- РV: влагалищная часть ш/матки укорачивается, ш\м приобретает бочкообразную форму, наружный зев располагается эксцентрично, стенки истончены и растянуты, цианотичны.
- Укороченная влагалищная часть ш/м переходит в плодместище – мягкое образование по величине соответствующее сроку беременности.
- Над плодместищем и несколько сбоку от него пальпируется тело матки – более плотное, чем ш/м, меньше ее по размерам;
- Кровянистые выделения появляются с 6-7 недели, яркие, пульсирующей струйкой из цервикального канала.
- Лечение - экстерпация матки.

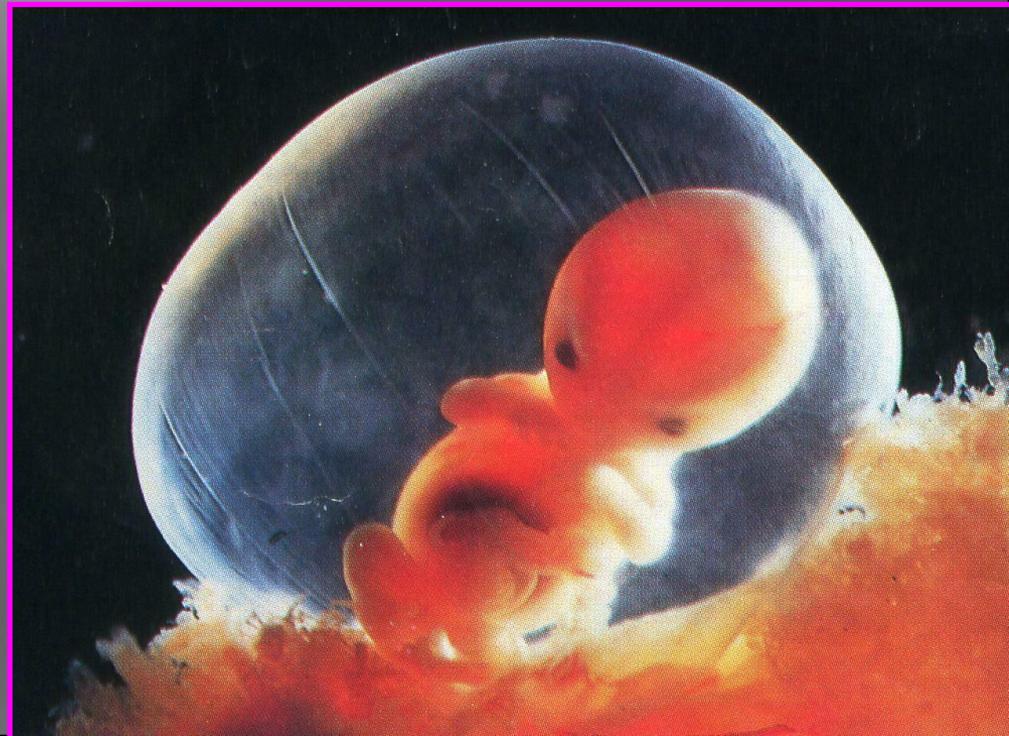
# Пузырный занос

- ▣ заболел при котором происходит перерождение ворсин хориона и превращение их в гроздьевидные образования, состоящие из прозрачных пузырьков разной величины, с прозрачной жидкостью,
- В ранние сроки, захватывает все ворсины, эмбрион чаще погибает, рассасывается
- ▣ в поздние сроки наблюдается частичный пузырный занос, если захватывает меньше трети плаценты нормальное развитие плода может не нарушаться,

- Этиология вирусная, не уточнена полностью;
- Кровотечение появляется к 8-12 неделе, умеренного хар-ра, рецидивизирующее, не сопровождается болевым симптомом. Могут отходить пузырьки, что облегчает диагноз,
- Части плода не определяются, с/биение не выслушивается, не движения плода;
- Диагностика- УЗИ, определение ХГЧ;
- Госпитализация в г.о., вакуум – аспирация в ранние сроки, при отсутствии кровотечения в поздние сроки – применение утеротоников;
- Осложнения – хорионэпителиома, химиотерапия, Д-учет: ан. мочи на ХГЧ, Ренгенография органов грудной клетки

# Самопроизвольный выкидыш

- ▣ Прерывание беременности до 22 недель;
- ▣ Ранние до 12 недель, поздние до 22 недель,
- ▣ В течение СВ различают стадии: угрожающий, начавшийся выкидыш, аборт в ходу, неполный, полный аборт;



# Причины СВ

- ▣ СС заб-я, острые и хронические инфекции,
- ▣ Эндокринные нарушения, инфантилизм;
- ▣ Патология плодного яйца;
- ▣ Одни факторы ведет к прерыванию беремме – и, вызывая гибель плодного яйца или его изменения,
- ▣ Другие вызывают рефлекторные сокращения матки, а гибель плодного яйца наступает уже в результате отслойки плаценты;

- СВ характеризуется схваткообразными болями внизу живота и кровянистыми выделениями различной интенсивности;
- Кровотечение м.б. обильным и приводит к резкой анемизации пациентки;

**УГРОЖАЮЩИЙ АБОРТ:** тянущие боли внизу живота, в крестце, кровянистых выделений нет, матка соответствует сроку беременности, ш/м сформирована, канал закрыт. Бер-ть сохранить.

# начавшийся аборт

- Боли сваткообразного характера, появляются кровянистые выделения, вызванные частичной отслойкой плодного яйца от стенок матки,
- Матка соответствует сроку беременности, ш/м укорочена, наружный зев приоткрыт

АБОРТ В ХОДУ: выкидыш прогрессирует, схватки усиливаются, кровотечение обильное, может достигать угрожающей степени, нарушается гемодинамика.

Матка уменьшена, ш/м укорочена, свободно пропускает палец.

НЕПОЛНЫЙ АБОРТ – плодное яйцо частично изгоняется из полости матки, схваткообразные боли внизу живота и кровотечение различной интенсивности.

Канал ш/м раскрыт, матка мягкой консистенции, величина ее меньше, чем срок беременности

В матке остатки плодовых оболочек, плаценты или ее частей

# Полный аборт

- Наблюдается в поздние сроки бер-ти;
- Плодное яйцо полностью изгоняется из полости матки;
- Матка сокращается, кровотечение прекращается, ш/м формируется, закрывается цервикальный канал;
- Показана ревизия полости матки, т.к. м.б. задержка мелких кусочков плодных оболочек, кровотечение, септические осложнения, развитие хорионэпителиомы.

# Предлежание плаценты - ПП

- прикрепление ее какой-либо части или полностью в области нижнего сегмента матки,
- Возникает чаще у повторнородящих – 75%,
- Кровотечения во время беременности у 34%, во время родов – у 66% женщин;
- Материнская смертность при интенсивных кровотечениях – 3%;

# Причины ПП

1. *Патологические изменения в слизистой матки:*  
хр. воспаление эндометрия, рубцы на стенке матки, миома, аномалии развития, инфантилизм, многократные роды, инфекционные осложнения в послеродовом периоде;
2. Особенности состояния самого плодного яйца:  
вследствие нарушения нидационной функции трофобласта яйцо опускается в нижние отделы матки, где и прививается.

# Классификация ПП

- Различают полное (центральное) и неполное (боковое, краевое) предлежание и низкое прикрепление плаценты;
- Полное предлежание – внутренний маточный зев полностью перекрыт тканью плаценты, абсолютное показание для кесарева сечения;
- Неполное предлежание плаценты – внутренний зев не полностью перекрыт плацентой, при влагалищном исследовании за внутренним зевом определяют плацентарную ткань и околоплодные оболочки.

# Низкое прикрепление плаценты

- это такая клиническая ситуация, при которой нижний край плаценты располагается на расстоянии менее 7 см от внутреннего зева, но не захватывает его край и при влагалищном исследовании пальпации не доступен.

# КЛИНИКА

- Кровотечение - основной с - м. Вследствие формирования и растяжения нижнего сегмента плацента к растяжению не способна, поэтому она отслаивается от стенки матки, и возникает кровотечение. Степень анемии высокая.
- Чаще в сроке 28 – 32 нед, всегда наружное, появляется внезапно без видимой причины, не сопровождается болью,
- Часто начинается в покое, ночью, так же внезапно может прекратиться,
- Обязательно повторяется, характер кровотечения нельзя предусмотреть

- Спонтанное кровотечение из половых путей преимущественно в II половине беременности или в I периоде родов; повторяющиеся;
- Усиление кровотечения при появлении или усилении родовой деятельности;
- Слабость, недомогание,
- Острая анемия развивается очень быстро;
- Развивается гипоксия плода, снижение или исчезновение движений плода;
- Предрасполагающие факторы: рубец на матке, ОАГА, миома матки.

# Диагностика ПП

- ▣ Анамнез: хар-р возникновения кровотечения,
- ▣ Наружное ак. исследование: высокое стояние предлежащей части, неустойчивое положение плода,
- ▣ При осмотре на зеркалах- исключить патологию ш/м;
- ▣ Вагинальное исследование очень осторожно, определяют «тестоватость», пастозность в сводах
- ▣ УЗИ, точная локализация плаценты.

# Неотложная помощь

- Госпитализация в акушерский стационар, госпитализация в горизонтальном положении, с приподнятой головной частью туловища;
- Плазмозамещающие р-ры: полиглюкин 400мл или желатиноль 400мл и предпочтительно инфукол (рефортан, HAES) 500мл;
- Уменьшение сократительной активности матки: магния сульфат 25%-10мл, папаверин 2%-2мл;
- Профилактика гипоксии плода;
- Дицинон 2 – 4 мл в/в:

# ПОНРП

- Это отделение нормально имплантированной плаценты от стенки матки ранее III периода родов, т.е. во время беременности, в I или II периодах родов;
- Встречается до 1,5% случаев:
- У многорожавших эта патология возникает в 2 раза чаще.

# Причины ПОНРП

- Гестозы – ведущая причина, особенно сочетания с экстрагенитальными заболеваниями;
- Пиелонефрит, др. заболевания почек;
- Артериальная гипертензия;
- Сахарный диабет и др;
- ОАГА: рубец на матке, воспаление, инфантилизм,
- Быстрое опорожнение матки при многоводии, многоплодии, крупном плоде;
- Травмы живота: падение, удар в живот, грубое исследование, резкое сотрясение туловища;

# патогенез

- Мех-зм ПОНРП обусловлен разрывом сосудов, возникает кровотечение, образуется ретроплацентарная гематома,
- Под воздействием тканевого тромбопластина, который освобождается из травмированных тк. децид. оболочки, кровь свертывается, тромбирование сосудов, остановка кровотечения при небольшой отслойке;

- При обширной ПОНРП кровотечение обильное, образуется ретроплацентарная гематома и при целом плодном пузыре повышает внутриматочное давление, Стенки матки растягиваются.
- Все слои матки пропитываются кровью,
- Наружное кровотечение отсутствует, а внутреннее будет значительным,
- Стенка матки пропитывается кровью, теряется сократительная способность матки – маточно-плацентарная апоплексия, «матка Кувелера»

# Клиника ПОНРП

Зависит от площади отслоения плаценты, величины и скорости кровотечения, реакции организма женщины на кровопотерю.

Ведущие с-мы ПОНРП: боль в области отслойки плаценты, гипертонус матки, анемия у матери, гипоксия плода;

- ▣ **Боль** возникает вследствие растяжения серозного покрова матки в месте отслойки. По характеру боль м.б. слабой или очень интенсивной, сначала локальной, затем распространяется по всему животу,
- ▣ При незначительной отслойке или отслойке по краю бывают незначительными или отсутствуют.
- ▣ При острой и обширной отслойке возникают острые распирающие постоянные боли в животе.
- ▣ Живот увеличивается в объеме.

- Гипертонус матки – матка напряженная, болезненная (общая и локальная), не расслабляется вне схватки;
- Появляются признаки анемии и нарушения гемодинамики (кратковременная потеря сознания, головокружение , гиповолемия, коагулопатия.
- Признаки внутреннего кровотечения, иногда появляется наружное кровотечение;
- Сердцебиение плода нарушается или отсутствует

- Изменение консистенции и конфигурации матки – матка твердая, поверхность ее болезненная, выражено выпячивание матки в области отслойки плаценты, и эта поверхность имеет эластическую консистенцию;
- Мелкие части плода из-за гипертонуса матки не пальпируются,
- Прогрессируют нарушения в системе гемостаза: при развитии синдрома ДВС, кровь, вытекающая из половых путей, образует рыхлые сгустки или не свертывается,
- Появляются кровоизлияния в местах инъекций, петехии на коже груди, лица, живота, гематурия.

# диагностика

- На основании анамнеза (гестозы, ЭГП,), указывающего на наличие причин и типичной клинической картины (признаки внутреннего кровотечения, боль в животе, гипертонус матки, нарушение сердечной деятельности плода);
- РV определяются кровянистые выделения из матки, но не всегда. Плодный пузырь постоянно напряжен.
- УЗИ – показывает площадь отслойки, ее прогрессирование и величину гематомы

# Неотложная помощь

- ▣ В/в введение плазмозамещающих р – ров: полиглюкин 400мл или желатиноль 400мл, инфукол (рефортан) 500мл;
- ▣ В/в 5% - 5мл р-ра аскорбиновой к-ты;
- ▣ Срочная госпитализация на носилках в род.дом,
- ▣ При выраженном болевом с-ме трамал,
- ▣ Дицинон – 2-4 мл в/в

# Кровотечения в последовом периоде

- ▣ Повреждения мягких тканей родовых путей;
- ▣ Задержка в матке плаценты или ее частей;
- ▣ Патологическое прикрепление плаценты (истинное или ложное);
- ▣ Нарушение механизма отслойки плаценты;
- ▣ Спазм нижнего сегмента матки, ущемление в нем отделившегося последа;
- ▣ Гипотония матки

# Повреждение мягких тканей

- ▣ Кровотечение начинается вслед за рождением ребенка, струйное, пульсирующее;
- ▣ М.б.незначительным или профузным, струйным;
- ▣ При рождении ребенка на нем есть помарки крови
- ▣ Матка плотная, хорошо сократившаяся;
- ▣ Диагностика: при осмотре на зеркалах – поврежденные ткани, пульсирующий сосуд;
- ▣ Лечение: наложение швов, временно – зажим на кровоточащий сосуд;

# Задержка в матке плаценты и ее частей

- ▣ Продолжительность последового периода 10-30мин,
- ▣ Сила кровотечения и кол-во теряемой крови зависят от размеров отслоившейся части плаценты; чем обильнее кровотечение – тем больше отслоившаяся часть плаценты;
- ▣ Кровотечение м.б. обильным,
- ▣ Матка мягкая, выше пупка или на уровне,
- ▣ Лечение: в\м окситоцин 1мл, ручное выделение последа;
- ▣ Применение наружных приемов при (+) признаках отд. плаценты

# Ущемление последа

- ▣ Кровотечение м. отсутствовать при спазме внутреннего зева или рогов;
- ▣ Кровь скапливается в полости матки, которая увеличивается в объеме, принимает шаровидную форму, становится напряженной;
- ▣ Признаки отделения плаценты вначале (+), затем – сомнительные,
- ▣ Отмечаются явления острой анемии;

Помощь: но – шпа 2 мл в/в, затем метилэргометрин 1 мл на 10мл физ. р-ра 10мл

# Приращение плаценты

- ▣ Ложное – прорастают ворсины хориона через базальный слой, есть возможность отделить послед рукой под анестезией;
- ▣ Истинное – прорастают ворсины плаценты через мышечный слой: ампутация матки,
- ▣ Частичное или полное приращение плаценты;
- ▣ Кровотечение возникает при частичном приращении,
- ▣ Признаки отделения плаценты (-), матка на уровне пупка, плотная,

# Показания для ручного отделения последа

1. Пребывание в матке последа более 30 мин. без  
нет кровотечения;
2. Кровотечение превышает ДПК (более 400мл),  
при отрицательных признаках отделения  
последа;

Провидится в асептических условиях, с  
последующей а/б терапией, восполнением  
кровопотери, МЭМ 1 мл в\в

# Кровотечения в раннем ПП

- Гипотония матки;
- Дефект плаценты,
- ДВС синдром;
- Травмы мягких тканей родовых путей;

Кровотечения возникают в течение первых 2 часов после родов;

# Гипотония, атония матки

- ▣ **Гипотония матки** – это состояние, при котором снижен тонус и сократительная способность матки, Под воздействием мероприятий и средств, возбуждающих сократительную активность матки, мышца матки сокращается, хотя нередко сила сократительной реакции не соответствует силе воздействия.
- ▣ **Атония матки** - это состояние, при котором возбуждающие матку средства не оказывают на нее никакого действия. Нервно-мышечный аппарат матки находится в состоянии паралича.

# Предрасполагающие факторы

- ▣ Длительные и болезненные роды, Быстрые, стремительные роды, АРД,
- ▣ Заб-я матери: гестоз, б-ни ССС, печени, почек;
- ▣ Анатомическая неполноценность матки: миома матки, половой инфантилизм,, эндометрит и др.;
- ▣ Функциональная неполноценность матки: чрезмерное растяжение;
- ▣ Предлежание и низкое прикрепление плаценты.

# Клиника гипотонии

Гипотоническое кровотечение характеризуется волнообразным течением.

2 варианта клинического течения.

- ▣ Кровотечение с самого начала обильное, массивное;
- ▣ Матка остается дряблой, атоничной, недостаточно отвечает на введение сокращающих ср-в, наружный массаж, ручной контроль полости матки
- ▣ Быстро прогрессирует гиповолемия, ГШ, ДВС.

## 2-й вариант гипотонии матки:

- ▣ Начальная кровопотеря небольшая,
- ▣ Матка периодически расслабляется, кровопотеря постепенно увеличивается,
- ▣ Кровь теряется порциями по 150 - 300 мл,
- ▣ Небольшие размеры повторных кровопотерь обеспечивают временную адаптацию роженицы к развивающейся гиповолемии,
- ▣ АД в пределах нормы, бледность кожных покровов, нарастающая тахикардия,
- ▣ Тяжесть нарушений постепенно прогрессирует,
- ▣ Наступает усиление кровотечения и быстрое ухудшение состояния: с-мы ГШ, с-м ДВС

- Степень тяжести клинической картины зависит от скорости и длительности кровотечения и исходного состояния роженицы;
- Матка мягкая, тонус ее снижен, дно матки выше пупка, плохо пальпируется через переднюю брюшную стенку;
- Кровопотеря превышает ДПК 0,5% от массы тела;
-

# лечение

- ▣ Комплексное, направленное на остановку кровотечения, повышение тонуса и сократительной способности мышцы матки на фоне восполнения ОЦК;
- ▣ Ручное обследование полости матки;
- ▣ 10Ед окситоцина в\м, 1 мл МЭМ в\в;
- ▣ Одновременно инфузионная терапия,
- ▣ Оценка величины кровопотери;
- ▣ Наружный массаж матки через переднюю брюшную стенку, холод на низ живота,

# Кровотечения в позднем ПП

кровянистые выделения, возникающие через 2 час. и в течение 42 дней после родов,

- ▣ Остатки плацентарной ткани;
- ▣ Послеродовые инфекции,
- ▣ Плацентарный полип,
- ▣ Субмукозная фибромиома матки,
- ▣ Хорионэпителиома,
- ▣ Рак шейки матки,
- ▣ Врожденные коагулопатии

# КЛИНИКА

- Основной с-м – кровотечения из матки, которое м.б. необильным, развиваться постепенно, часто сопровождается инфекцией;
- При остатках плаценты, миоме матки, гипотонии, хорионэпителиоме – кровотечение возникает внезапно, бывает обильным. Кровь со сгустками или без сгустков,
- При инфекции, плацентарном полипе, раке ш/м кровянистые выделения появляются периодически, м.б. длительными, скудными,

- Состояние родильницы зависит от количества теряемой крови, скорости кровотечения и наличия инфекции;
- При массивном кровотечении снижается А/Д, появляется тахикардия, бледность кожных покровов, развивается картина ГШ, ДВС синд-ма
- Немедленная госпитализация в г.о.
- УЗИ: полость матки увеличена, в ней пристеночные сгустки крови, жидкая кровь, плацентарная ткань,
- Лечение: опорожнение полости матки, соскоб на гистологическое исследование, инфузионная терапия, а\б, утеротоники, гистероскопия.

# профилактика

- Рациональное ведение родов и послеродового периода,
- Тщательный осмотр последа,
- Своевременное выявление и лечение воспалительных заб – й ЖПО,
- Выявление групп риска по возникновению кровотечений ,