

# КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ

Кафедра акушерства,  
гинекологии и  
перинатологии  
Доцент Назаренко Е.И.

- Частота акушерских кровотечений колеблется от 2,7% до 8% по отношению к общему количеству родов. Ежегодно в мире умирает от акушерских кровотечений 127 000 женщин (25% от всей материнской смертности)
- Наиболее часто кровотечения с летальным исходом возникают на фоне гестоза (58%) и экстрагенитальной патологии (59%).

# Физиология последового периода

- Кровопотеря в родах в пределах 0,3 % массы тела роженицы является неизбежной, она обусловлена гемохориальным типом плацентации и рассматривается как физиологическая.

# МЕХАНИЗМЫ ГЕМОСТАЗА

- **контракция и ретракция мышечных волокон**
- **при отделении плаценты происходит разрыв терминальных артериальных сосудов, просвет их сокращается, и они смещаются в глубокие слои миометрия, где подвергаются сдавливанию.**
- **В области плацентарной площадки создаются условия для повышенного местного тромбообразования**

# Нормальный механизм отделения плаценты в третьем периоде родов обеспечивается

- сокращениями матки после рождения плода
- резким падением внутриматочного давления
- При рыхло соединенная со стенкой матки, не способная к сокращению плацента отделяется от стенки матки.

**Кровотечения в  
последовом периоде  
развиваются при  
нарушении процессов  
отделения и выделения  
последа**

# Различают плотное прикрепление и истинное приращение плаценты

- Плотное прикрепление плаценты встречается в среднем до 1% от общего количества родов
- При плотном прикреплении плаценты ворсины хориона достигают до базального слоя эндометрия.

# При истинном приращении плаценты

- Различают:
- **placenta accreta** - ворсинки хориона контактируют с миометрием, не внедряясь в него и не нарушая структуры,
- **placenta increta** - ворсинки хориона прорастают в миометрий,
- **placenta percreta** - ворсинки хориона прорастают в миометрий на всю глубину, вплоть до брюшины.



# Развитию плотного прикреплению и приращения плаценты способствуют

- Имплантация плодного яйца на участках с гипотрофией эндометрия (область перешейка)
- Атрофия эндометрия вследствие оперативных вмешательств (ручное отделение и выделение последа при предыдущих родах, искусственные аборты, в том числе осложненные, рубцы на матке после кесарева сечения, миомэктомии)

- **Патологические изменения матки после перенесенных воспалительных заболеваний**
- **Миомы матки**
- **Аномалии развития матки**
- **Эндокринные заболевания и патология обмена веществ**

- Приращение может быть полным и частичным.
- Полное приращение плаценты встречается крайне редко

- Во избежание осложнений последовый период ведется строго выжидательно, при постоянном наблюдении за роженицей.
- Транспортировка рожениц в этом периоде недопустима
- Если отделившаяся плацента не рождается самостоятельно и отсутствует кровотечение, прибегают к выделению последа наружными приемами

# Клиническая картина плотного приращения и приращения плаценты

- характеризуется нарушением процесса отделения последа в третьем периоде родов. Признаки отделения плаценты отсутствуют
- При **частичном** плотном прикреплении или истинном приращении плаценты возникает **кровотечение**
- При **полном** плотном прикреплении или истинном приращении плаценты - **кровотечения нет**

- Дифференцировать плотное прикрепление от истинного приращения плаценты возможно только при проведении ручного отделения плаценты.
- Плотна прикрепленная плацента при ручном отделении с некоторым затруднением **отслаивается** от стенки матки на всем протяжении

- В случаях **истинного** приращения плаценты - при ручном отделении плацента **не отделяется** от стенки матки, приложение усилий приводит к разрывам плацентарной ткани и травматизации стенки матки, **усиливается кровотечение**.

- В этом случае необходимо прекратить ручное отделение плаценты, роженица транспортируется в операционную, где экстренно производится лапаротомия, экстирпация или ампутация матки (при расположении плаценты в дне или теле матки и не массивной кровопотере).



# При **полном** плотном прикреплении или истинном приращении плаценты

- Кровотечение отсутствует и признаков отделения плаценты нет в течение 30 минут. Показано проведение операции ручное отделение плаценты и выделение последа.

- **Недопустимо** пытаться выделить послед наружными приемами при кровотечении и отсутствии признаков отделения плаценты. В таких случаях также необходимо прибегнуть к операции ручного отделения плаценты и выделения последа.

# **показания к операции ручного отделения плаценты и выделения последа**

- **Кровопотеря, превышающая физиологическую (200-250мл) при отсутствии признаков отделения плаценты**
- **Отсутствие кровотечения и признаков отделения плаценты в течении 30 минут последового периода**
- **Ухудшение общего состояния роженицы при отсутствии наружного кровотечения**

# **показания к операции ручного отделения плаценты и выделения последа**

- **Кровопотеря, превышающая физиологическую (200-250мл) и продолжающееся кровотечение при отсутствии эффекта от наружных методов выделения отделившегося последа**

# Причины кровотечений в раннем послеродовом периоде

- Гипотонические кровотечения
- Разрывы матки и мягких родовых путей
- Коагулопатические кровотечения (ДВС-синдром)

- Гипотоническое состояние матки считают ведущей причиной акушерских кровотечений в раннем послеродовом периоде (2-2,5 % общего числа родов).
- *Гипотоническим кровотечением* называют кровотечение, вызванное снижением тонуса матки в раннем послеродовом периоде. Полная потеря тонуса миометрия - атония

# Факторы риска гипотонических кровотечений

- многоводие,
- многоплодие,
- крупный плод,
- запоздалые роды,
- аномалии родовой деятельности,
- Миома матки,
- Рубцы на матке,
- Аномалии развития матки

# Факторы риска гипотонических кровотечений

- Многорожавшие,
- после абортов,
- с воспалительными процессами в анамнезе,
- тяжелых формах гестоза,
- хронических инфекциях
- при эндокринных заболеваниях и патологии обмена



# **Факторы риска гипотонических кровотечений**

- **истощение нервно-мышечного аппарата при длительном родовом акте, при форсированном ведении родов; применение в процессе родов лекарственных средств, снижающих тонус миометрия**

# Гипотоническое кровотечение клинически характеризуется волнообразностью

- Кровотечение с самого начала может принимать массивный характер.
- Матка при этом дряблая, увеличенная, недостаточно отвечает на механические и медикаментозные раздражители.

- В ряде случаев начальная кровопотеря может быть небольшой, кровотечения рецидивируют, чередуясь с временным восстановлением тонуса миометрия, кровь теряется порциями по 150-300 мл. Это обеспечивает временную адаптацию организма к развивающейся гиповолемии.

- **Однако сократительная реакция матки все более ослабевает, кровопотеря быстро нарастает, теряется значительное количество коагуляционно-активных веществ и возникают вторичные нарушения свертываемости крови.**

- **Физиологическая** кровопотеря – 0,3-0,5% от массы тела (до 250 мл) соответствует количеству крови, содержащейся в межворсинчатых пространствах.
- **Пограничная** кровопотеря (до 400 мл), требует перерасчета для определения ее конкретного значения, так как допустимая кровопотеря (до 0,5 % массы тела), как правило, переносится без осложнений.

- **Патологическая** кровопотеря - свыше 400 мл. При этом включаются механизмы компенсации:  
мобилизация крови из депо;  
централизация кровообращения;  
аутогемодилюция
- **Массивная** кровопотеря – свыше 1000 мл

# Принципы борьбы с гипотоническими кровотечениями

- Мероприятия должны проводиться планомерно, в рациональной последовательности.
- Не следует возвращаться к повторному проведению манипуляций, оказавшихся неэффективными.
- Определяющим является фактор времени, и при кровопотере 300-400 мл должен быть использован весь арсенал средств борьбы с гипотонией

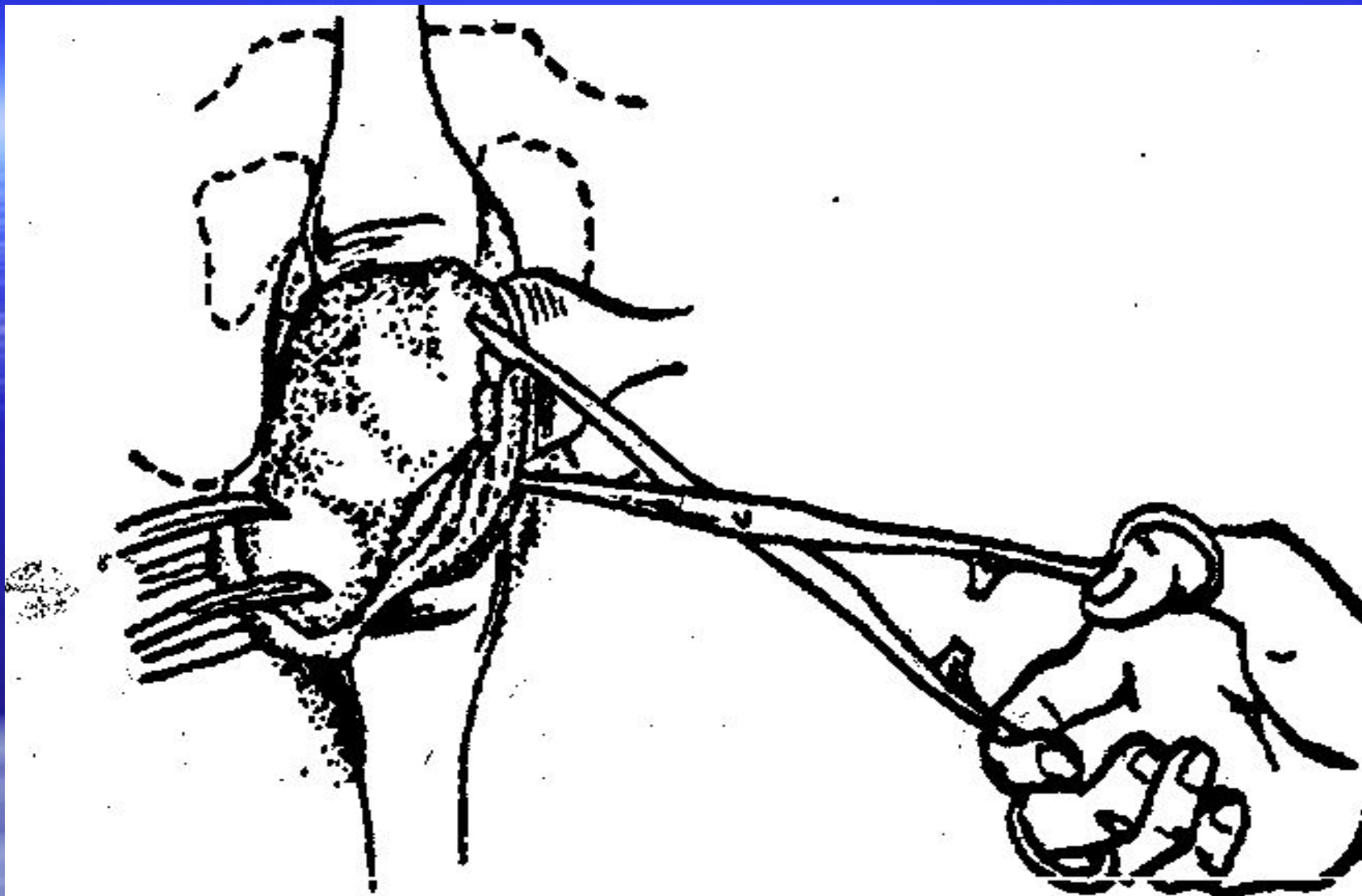
# Очередность мероприятий

- Контакт с веной, использование утеротонических средств (капельное введение 1 мл окситоцина на 200 мл физраствора)
- опорожнение мочевого пузыря
- наружный массаж матки
- операция ручное обследование послеродовой матки

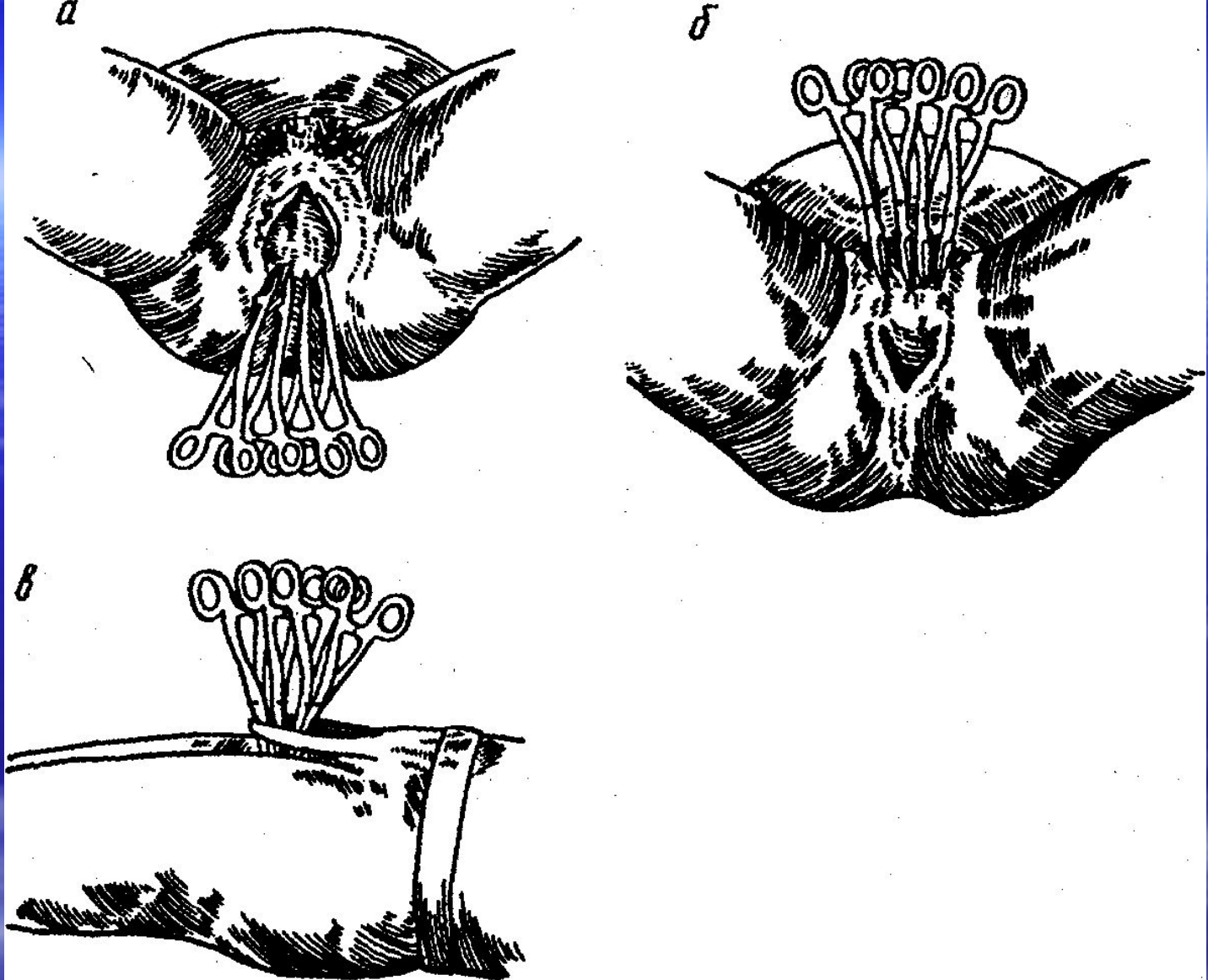


# Очередность мероприятий

- Наложение клемм на параметрии, клеммирование шейки матки с ее низведением с целью прижатия сосудов могут быть использованы как временная мера при подготовке к операции



Наложение клемм по  
Генкелю



**Наложение клемм по  
Квантилиани**

# Очередность мероприятий

- Перевязка маточных сосудов,
- Операция Б.Линча, Перейра
- Перевязка внутренних подвздошных артерий
- Экстирпация матки

- **Необходимым компонентом эффективного лечения кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах является адекватная по объему и времени инфузионно-трансфузионная терапия, направленная на восполнение кровопотери, профилактику геморрагического шока**

- **В состав инфузионной терапии включаются препараты крови, коллоидные и кристаллоидные растворы в количествах и соотношениях, определяемых степенью кровопотери и состоянием женщины**