



# АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Выполнила ст. Христофорова.В.А  
.гр п-508А.

## **Актуальность.**

**Кровотечения во время беременности, в родах и послеродовом периоде являются одним из тяжелых осложнений, при которых возможна гибель матери и плода.**

**Врачи любой специальности должны знать о причинах такой патологии, заподозрить ее и в ряде случаев оказать неотложную помощь.**

# Классификация кровотечений по времени возникновения

- **Акушерские кровотечения:**



**в I половине беременности**



**во II половине беременности**



**в родах: в I периоде, во II периоде**



**в последовом периоде**



**в раннем послеродовом периоде**



**в позднем послеродовом периоде**

# Кровотечения в первом триместре беременности

- 1. Самопроизвольные выкидыши
- 2. Кровотечения, связанные с пузырным заносом
- 3. Шеечная беременность
- 4. Патология шейки матки – полипы цервикального канала, децидуальные полипы, рак шейки матки – встречаются реже, чем первые 3 группы.

# Самопроизвольные выкидыши. Диагностика

- При самопроизвольном прерывании беременности двумя ведущими симптомами является: болевой синдром и симптомы кровопотери.
- Самопроизвольные выкидыши характеризуются своим поэтапным течением: угрожающий выкидыш, начавшийся выкидыш, аборт в ходу, неполный и полный самопроизвольный выкидыш.

# Угрожающий выкидыш:

- кровянистые выделения могут быть очень скудными, боли или отсутствуют или носят ноющий, тупой характер внизу живота. При влагалищном исследовании мы находим неизмененную шейку матки.

# Начавшийся выкидыш:

- кровотечение может быть медленным, боли носят схваткообразный характер, шейка матки может слегка укорочена, наружный зев может быть приоткрыт. Угрожающий и начавшийся выкидыш протекают на фоне удовлетворительного состояния женщины. Неотложных мероприятий по остановке кровотечения не требуется

# Аборт в ходу:

- кровотечение обильное, боли носят схваткообразный характер; общее состояние меняется, и зависит от величины кровопотери. Р.У. или в зеркалах: шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для одного загнутого пальца. Необходима неотложная помощь в виде срочной госпитализации, в стационаре выполняется выскабливание полости матки, с возмещением кровопотери, в зависимости от ее объема и состояния женщины.



- **При неполном самопроизвольном аборте** кровянистые выделения носят темно-красного цвета, со сгустками, могут быть значительны.
- Все это сопровождается схваткообразными болями внизу живота. Р.У. или в зеркалах: в цервикальном канале определяется плацентарная ткань, части плодного яйца, шейка матки значительно укорочена, цервикальный канал свободно пропускает 1.5 – 2 пальца.
- неотложная помощь заключается в выскабливании полости матки, удалении остатков плодного яйца; возмещение кровопотери в зависимости от ее объема и состояния женщины.

# При полном самопроизвольном выкидыше

- кровотечения нет, плодное яйцо полностью выделилось из матки. Неотложной помощи не требуется.
- Необходимо проверить полость матки путем выскабливания, для того чтобы удостовериться нет ли там остатков плодного яйца.

# Пузырный занос

- Основная характеристика этой патологии заключается в том, что ворсины хориона превращаются в груздевидные образования. И все ворсины могут превратиться в пузырьки, содержащие большое количество эстрогенов, а может быть частичное превращение.
- Группой риска по развитию пузырного заноса являются женщины: перенесшие пузырный занос, женщины с воспалительными заболеваниями гениталий, с нарушениями гормональной функции яичников.

- При пузырьном заносе очень рано появляются симптомы позднего токсикоза: отечный синдром, протеинурия. Гипертензия также появляется, но только позже.
- Диагноз пузырьного заноса ставится на основании несоответствия размеров матки сроку задержки менструации, что можно определить по данным влагалищного исследования и УЗИ.
- Важнейшим критерием диагностики пузырьного заноса является титр хорионического гонадотропина, который по сравнению с нормально протекающей беременностью, увеличивается более чем в тысячу раз

# Шеечная беременность.

- Практически никогда не бывает доношенной. Беременность прерывается чаще всего до 12 недель. В группу риска по развитию шеечной беременности являются женщины с отягощенным акушерским анамнезом, перенесшие воспалительные заболевания, заболевания шейки матки, нарушение менструального цикла по типу гипоменструального синдрома. Имеет значение высокая подвижность оплодотворенного яйца не в теле матки, а в нижнем сегменте или в шеечном канале.

# Полипы цервикального канала.

- Редко дают значительные кровотечения, чаще это незначительные кровотечения. Децидуальный полип – разрастание децидуальной ткани, и ее избыток спускается в цервикальный канал.
- Такой полип чаще всего отпадает сам, или его можно удалить осторожно откручивая. Кровоточащий полип должен быть удален, но без выскабливания полости матки, с проведением гемостатической терапии, и сохраняющей беременность терапии.

# Кровотечения во второй половине беременности.

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

# **ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ (PLACENTA PRAEVIA)**

- В норме плацента прикрепляется в области боковых стенок матки, реже в области дна ее.
- PLACENTA PRAEVIA – впереди дороги
- Частота 0,1 – 1% по отношению ко всем родам:
  - полное предлежание - 51,2%,
  - неполное предлежание – 48,8%

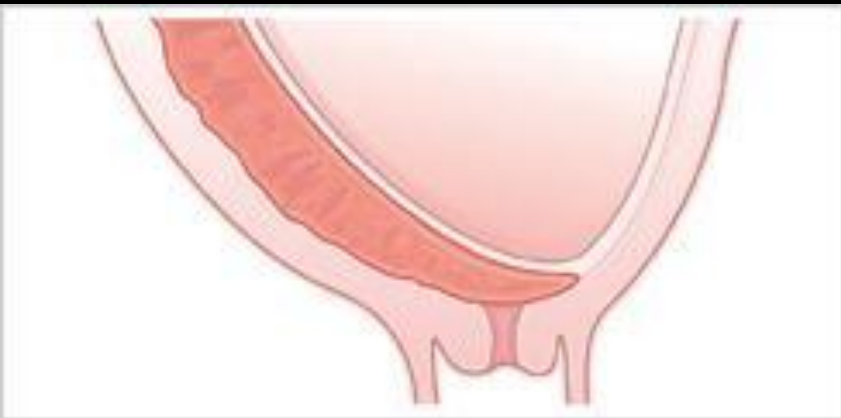


# Предлежание плаценты

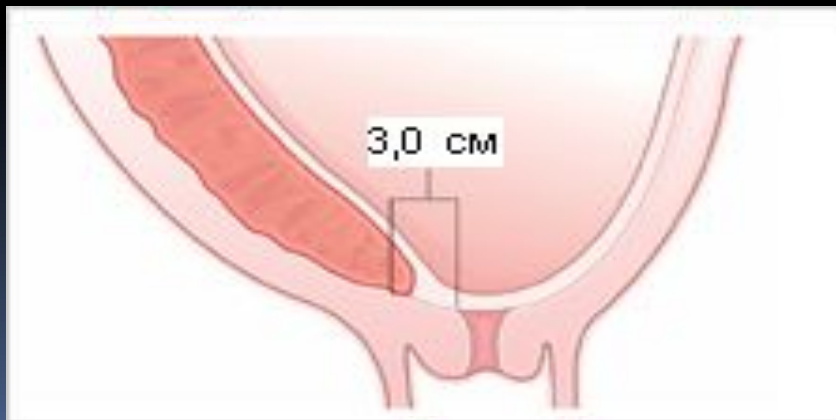
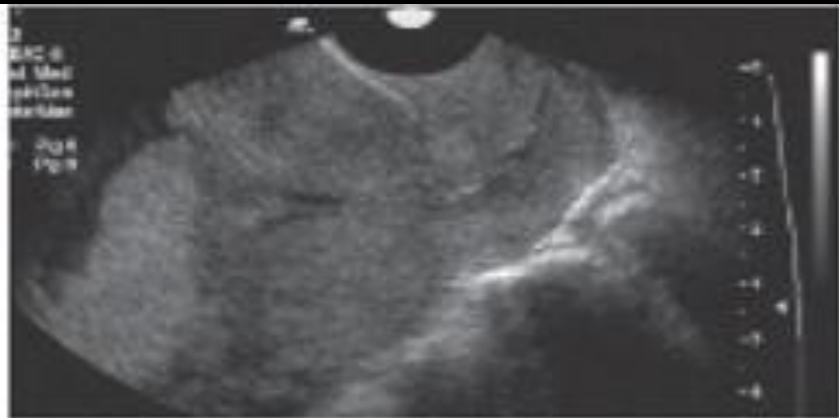
Во время беременности различают:

- Полное – плацента полностью перекрывает внутренний зев
- Неполное (частичное) – внутренний зев прикрыт частично или плацента нижним краем доходит до него
- Низкое предлежание - плацента расположена на расстоянии 7,0 см и менее от внутреннего зева

# Вариант предлежания плаценты во время беременности определяют с помощью УЗИ



полное предлежание



неполное предлежание



# ПОЛНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ



# НЕПОЛНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ




# НИЗКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ



# Причины предлежания плаценты

- 1. Маточный фактор
- 2. Плодовый фактор



**Причины, приводящие к имплантации  
плодного яйца в области нижнего сегмента и  
внутреннего маточного зева**

Дистрофические

Атрофические изменения слизистой матки



## **К предполагающим причинам ПП относятся:**

- **Чрезмерное выскабливание слизистой полости матки при операциях искусственного прерывания беременности;**
- **Изменение эндометрия вследствие воспалительных заболеваний разной этиологии;**
- **Изменения эндометрия в результате различных внутриматочных вмешательств (ВМС);**
- **Атрофические изменения эндометрия в результате общего или генитального инфантилизма.**



## Причины, приводящие к предлежанию плаценты


- Вышеперечисленные причины приводят к недостаточной децидуальной реакции слизистой оболочки матки

- при наступлении беременности оплодотворенное яйцо, не найдя в полости матки благоприятной почвы для имплантации прикрепляется *в области внутреннего зева* или над ним.

# Клиника предлежания плаценты (ПП)

## 1. Кровотечение

- Кровотечение возникает всегда внезапно, без видимой причины, всегда повторяется, имеет волнообразный характер, интенсивность не зависит от вида предлежания.
- Причина кровотечения при ПП – это нарушение целостности межворсинчатых пространств.
- Рост матки во время беременности происходит за счет нижнего сегмента, однако плацентарная площадка не растягивается вслед за нижним сегментом, межворсинчатые пространства и краевые синусы вскрываются.

- 
- **Несмотря на то, что плод не теряет ни капли своей крови, кровопотеря у матери и отслойка плаценты от стенок матки нарушает нормальный газообмен плода и приводит к острой внутриутробной гипоксии плода.**

# Симптом кровотечения

- Начинается всегда с внутреннего кровотечения, реже сочетается с наружным.
- В 25% случаев наружного кровотечения вообще нет. Кровотечение темной кровью, со сгустками. Развивается на фоне полиорганной недостаточности.
- Степень анемизации не соответствует величине наружной кровопотери.
- Состояние женщины не адекватно объему наружного кровотечения. Кровотечение развивается на фоне хронической стадии синдрома ДВС. При отслойке начинается острая форма ДВС синдрома.

# Состояние плода

- Страдает вплоть до гибели при отслойке более чем  $1/3$  плаценты. Может быть антенатальная гибель плода.

## ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ (SEPARATIO PLACENTAE NORMALITER INSERTAE SPONTANEA)

- ПОД ПОНРП ПОДРАЗУМЕВАЕТСЯ ТАКАЯ ПАТОЛОГИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПЛАЦЕНТА БУДУЧИ РАСПОЛОЖЕННОЙ НА ОБЫЧНОМ МЕСТЕ, ОТСЛАИВАЕТСЯ РАНЬШЕ РОЖДЕНИЯ ПЛОДА.
- ПОНРП МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ НЕ ТОЛЬКО В I И II ПЕРИОДАХ РОДОВ, НО И ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.
- ПОНРП ОСЛОЖНЯЕТ РОДЫ ОТ 0,5% ДО 2% И ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ 17,5 ДО 62,2% (ЗАЙДИЕВА З.Н.).

# Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

- – это итог длительно развивающегося процесса, возможно запускаемый еще в первом триместре.
- За это говорят похожие изменения в плаценте при отслойке и преэклампсии, частое сочетание нарушения маточно-плацентарного кровообращения и отслойки плаценты,
- а так же то, что при патогистологическом исследовании плацент значительно чаще находят признаки хронических деструктивных процессов после отслойки, чем в случае нормальных родов.

# Факторы риска отслойки РЛ

- отслойка плаценты во время предыдущих беременностей (ОР - 15.0-20.0)
- наркомания (ОР – 5.0-10.0)
- маловодие (ОР – 2.5-10.0)
- присоединившаяся преэклампсия на фоне хронической гипертензии (ОР – 7.8)
- хроническая гипертензия (ОР- 1.8-5.1)
- высокий материнский возраст и паритет (ОР – 1.1-3.7)
- многоплодная беременность (ОР – 1.5-3.0)
- курение (ОР – 1.4-2.5)
- дородовое излитие вод при недоношенной беременности (ОР – 1.8-2.5)
- хориоамнионит (ОР - 2.0-2.5)
- К другим факторам риска относятся: травма, тромбофилии, многоводие, эпизоды кровотечений в первую половину беременности



# КЛИНИКА ПОНРП:

- БОЛИ
- КРОВОТЕЧЕНИЕ,



# ΠΟΗΡΠ



# Матка Кувелера



## ■ *ОСЛОЖНЕНИЯ:*

- ДВС – СИНДРОМ
- ГИПО- АТОНИЧЕСКОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.
- ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ И ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИЙ ШОК.
- ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ (50%)
- МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ (0,8%)
- ЭМБОЛИЯ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ.
- ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ (42,1%)

# Дифференциальная диагностика кровотечения при предлежании и отслойке плаценты

Признак	Предлежание плаценты	Отслойка плаценты
Анамнез	Возможны эпизоды кровотечений во время беременности	Внезапно
Кровотечение	Сразу наружное – визуально определенный объем кровопотери соответствует состоянию беременной	Больше внутреннее - визуально определенный объем кровопотери не соответствует состоянию беременной
Болевой синдром	Нет	Есть
Тонус матки	Не изменен	Повышен
Расположение предлежащей части	Высоко/неправильное положение плода	Трудно определяемо
Признаки дистресса плода	Чаще нет/могут быть вторичными при ухудшении состояния матери	Чаще есть

# ПОНРП

## Группа риска:

- Женщины с чистым гестозом (возник на соматически здоровом фоне) и сочетанным гестозом (на фоне гипертонической болезни, сахарного диабета и др.).
- В основе гестоза лежит сосудистая патология. Так как гестоз идет на фоне полиорганной недостаточности, то симптом кровотечения протекает более тяжело

# Лечение ПОНРП

Оперативное родоразрешение:

- КС при беременности, I периоде родов
- Во II-м периоде родов – акушерские щипцы

# Разрыв матки.

- Во второй половине беременности к причинам акушерских кровотечений кроме вышеперечисленных причин, может относиться разрыв матки в результате наличия рубца на матке после консервативной миоэктомии, кесарева сечения, или в результате деструктирующего пузырного заноса и хориоэпителиомы



# Симптоматика

- наличие внутреннего или наружного кровотечения. Если разрыв матки происходит во вторую половину беременности, то очень часто эта ситуация заканчивается летально, так как никто не ждет этого состояния.
- боли постоянные или схваткообразные, яркие кровянистые выделения, на фоне которых изменяется общее состояние с характерной клиникой геморрагического шока.
- Необходима неотложная помощь – лапаротомия, ампутация матки или ушивание разрыва матки при позволяющей сделать это локализации, восполнение кровопотери.

# Неотложная помощь при кровотечении включает:

- 1. Остановка кровотечения
- 2. Своевременное восполнение кровопотери
- Лечение осложняется тем, что при ПОНРП на фоне гестоза имеется хронический ДВС синдром, при предлежании плаценты может быть приращение плаценты, учитывая небольшую толщину мышечного слоя в нижнем сегменте и дистрофические изменения, которые там развиваются.

# Кровотечения в родах.


- Причинами кровотечения в 1 периоде родов:
  - 1. Разрыв шейки матки
  - 2. ПОНРП
  - 3. Разрыв матки

# Разрыв шейки матки.

- Из разрыва шейки матки редко бывают обильные кровотечения, но бывают обильные, если разрыв доходит до свода влагалища или переходит на нижний сегмент матки.

# Группа риска:

- · женщины, вступающие в роды с незрелыми родовыми путями (ригидная шейка матки),
- · женщины с дискоординированной родовой деятельностью,
- · женщины с крупным плодом
- · при чрезмерном использовании утеротоников, при недостаточном введении спазолитиков

- 
- Разрыв шейки матки проявляется клинически яркими алыми кровянистыми выделениями, различной интенсивности. Разрыв чаще начинается после раскрытия маточного зева на 5-6 см, то есть когда начинается продвижение головки по родовому каналу. Разрыв шейки матки бывает у женщин с быстрыми родами

# ПОНРП.

- В родах ПОНРП может развиваться в результате чрезмерной родостимуляции, когда не регулируется введение утеротоников, и особенно у рожениц с наличием гестоза, дискоординированной родовой деятельности, гипертонической болезни, то есть когда имеется какая-то предпосылка к патологии сосудов.
- Как только поставлен диагноз в первый период родов – остановка кровотечения путем операции кесарева сечения.
- Очень редко лечение проводится консервативно, лишь в том случае если нет симптомов нарастания гипоксии плода, у повторнородящих женщин при полном раскрытии маточного зева – у таких рожениц возможно быстрое родоразрешение.

# Разрыв матки.

- Характеризуется неадекватным поведением женщины на фоне схваток. Врач оценивает схватки как недостаточные по силе, а женщину беспокоят сильные схватки и непроходящая боль.
- Появляются кровянистые выделения из влагалища. Возможно развитие симптомов внутриутробной гипоксии плода. При появлении симптомов несостоятельности рубца на матке, роды должны быть закончены операцией кесарева сечения.



# Кровотечение во втором периоде родов.

- 1. Разрыв матки
- 2. ПОНРП

- Если имеет место разрыв матки , то развивается очень быстро тяжелое состояние женщины, связанное с травматическим и геморрагическим шоком, наступает интранатальная гибель плода, и тогда диагноз ясен. Но может стертая симптоматика.
- Диагноз ПОНРП поставить очень сложно, потому что к схваткам присоединяются потуги, тонус матки значительно повышен, и чаще всего диагноз ставится после рождения плода, на основании выделения вслед за плодом темнокровянистых сгустков. Если имеет место разрыв матки во втором периоде и головка находится на тазовом дне, то необходимо наложение акушерских щипцов или извлечение плода за тазовый конец. При ПОНРП - укорочение периода изгнания перинеотомией или наложением акушерских щипцов.

# Кровотечение в третьем периоде родов

- 1. Плотное прикрепление
- 2. Истинное приращение (только при частичном истинном приращении или частичном плотном прикреплении возможно кровотечение).
- 3. Ущемление последа в области внутреннего зева (спазм зева).
- 4. Остатки плацентарной ткани в матке
- Кровотечение может быть очень обильным.

- Неотложная помощь при кровотечении в последовом периоде заключается в немедленной операции ручного отделения плаценты и выделения последа на фоне внутривенного наркоза и обязательного введения утеротоников, с обязательной оценкой общего состояния роженицы и величины кровопотери с обязательным ее возмещением.
- Приступать к этой операции необходимо при кровопотере в объеме 250 мл и продолжающемся кровотечении, никогда нельзя ждать объема кровопотери в патологическом количестве (более 400 мл). каждое ручное вхождение в полость матки равняется само по себе потере ОЦК в 1 л.

# Кровотечения в раннем послеродовом периоде.

- Группа риска:
- 1. Женщины с отягощенном акушерско-гинекологическим анамнезом
- 2. Беременность, осложненная гестозом
- 3. Роды крупным плодом
- 4. Многоводие
- 5. Многоплодие

- Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде — это выделение крови из наружных половых путей в последовом (третий период родов, наступающий после рождения ребенка, заключающийся в рождении плаценты (детского места)) или в раннем послеродовом периоде (первые 2 часа после окончания родов)) родов.

Выделение крови из половых путей женщины после рождения ребенка является нормальным и связано с отделением плаценты от стенки матки. Кровопотеря в норме не превышает 0,5% массы тела (то есть 300-400 мл).

Кровотечение, превышающее 400 мл в объеме, считается опасным для здоровья женщины и требует скорейшего начала лечения.

# Причины поздних послеродовых кровотечений.

- К основным причинам поздних послеродовых кровотечений относятся:
  - задержка частей последа и/или оболочек плода;
  - нарушения свертываемости крови;
  - субинволюция матки;
  - сгустки крови в полости матки при закрытом цервикальном канале (кесарево сечение);
  - эндометрит.

# Клиника позднего послеродового кровотечения

- Кровотечение в позднем послеродовом периоде начинается внезапно. Нередко оно бывает очень массивным и приводит к резкой анемизации роженицы и даже к геморрагическому шоку.
- Позднее послеродовое кровотечение следует отличать от усиления кровянистых выделений во время кормления грудью (матка начинает сокращаться вследствие усиления выработки окситоцина).
- Характерным признаком позднего кровотечения является усиление кровянистых выделений ярко-красного цвета или смена прокладки чаще, чем каждые 2 часа.



# Сокращающие препараты

	<b>Oxytocin</b>	<b>Ergometrine/ Methyl-ergometrin e</b>	<b>15-methyl Prostaglandin F2<math>\alpha</math></b>
<b>Dose and route</b>	IV: Infuse 20 units in 1 L IV fluids at 60 drops per minute IM: 10 units	IM or IV (slowly): 0.2 mg	IM: 0.25 mg
<b>Continuing dose</b>	IV: Infuse 20 units in 1 L IV fluids at 40 drops per minute	Repeat 0.2 mg IM after 15 minutes If required, give 0.2 mg IM or IV (slowly) every 4 hours	0.25 mg every 15 minutes
<b>Maximum dose</b>	Not more than 3 L of IV fluids containing oxytocin	5 doses (Total 1.0 mg)	8 doses (Total 2 mg)
<b>Precautions/ Contraindications</b>	Do not give as an IV bolus	Pre-eclampsia, hypertension, heart	Asthma

# Пабал – в/в болюсно

## Аналог окситоцина

- 1мл – 100 мкг карбетоцина
- Действие через 3 мин
- 1 інъекция на 6 часов



# Мизопростол

Действие через 30  
мин на 6 часов

**ФИГО – 1000мкг**

**Профилактика  
кровотечений!**



# Транексамовая кислота

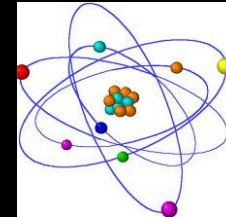
## Антифибринолитик

- 50 мг/мл
- 15-20 мг/кг



# Реместип - вазоконстриктор

- 0,2 -1, 0 мг каждые  
4-6 часов в/в, болюсно  
Эффект – через  
5-10 мин



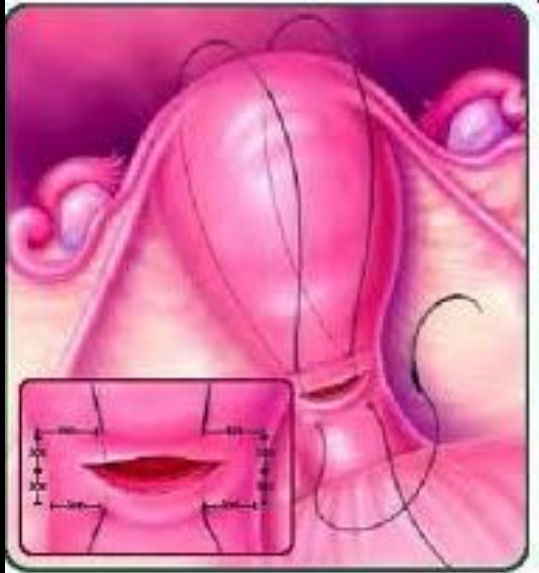
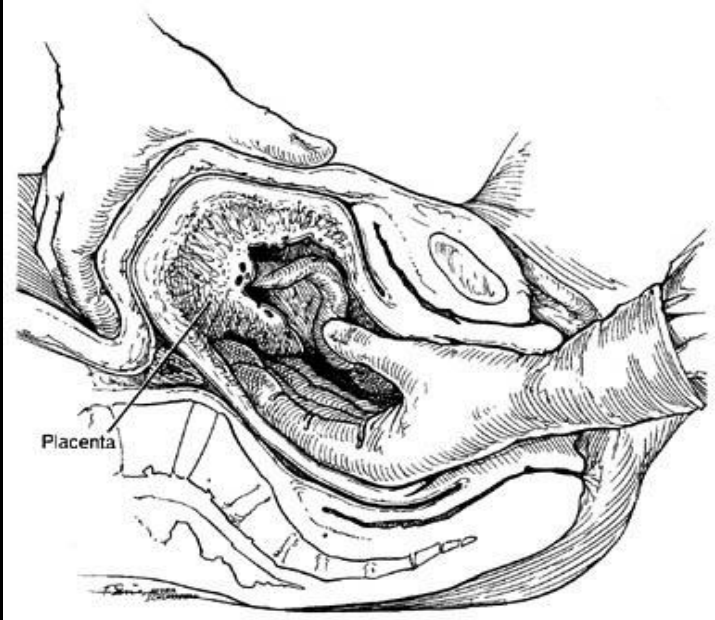
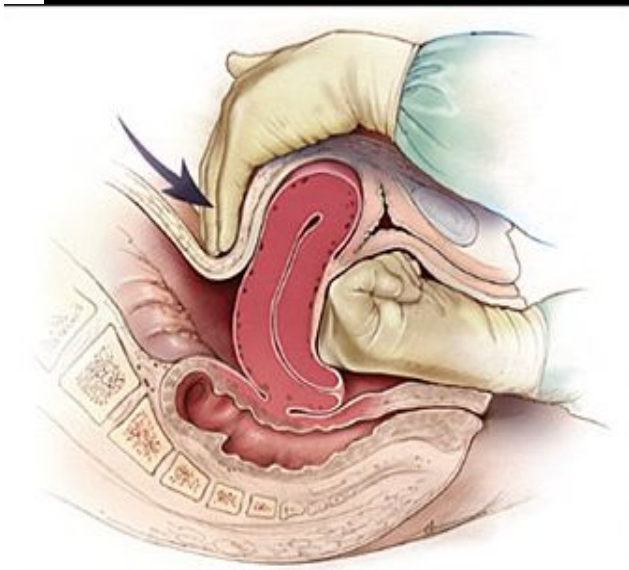
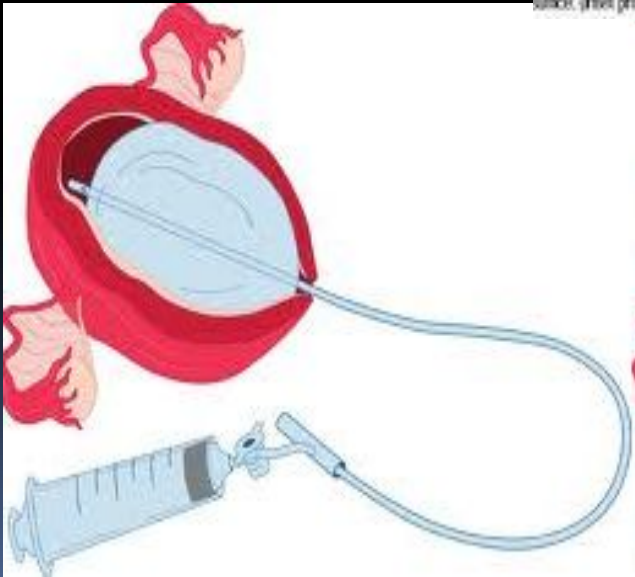


FIGURE 1. After criteria for the B-Lynch suture are met, the physician first performs a low transverse hysterectomy. With the bladder displaced inferiorly, the first stitch is placed 3 cm below the lower CS incision on the patient's left side and threaded through the uterine cavity, emerging about 4 cm from the lateral border of the uterus. We recommend using No. 2 chronic catgut suture on a 20-mm needle, but any absorbable suture material (e.g., Vicryl or Dexon) on a large needle should suffice. (Inset provides an enlarged view of the suture in place.)



© 2007 CHRISTY KRAMES





***Спасибо за внимание***

