

Акушерские кровотечения

Классификация

1. Кровотечения первой половины беременности:
 - А. Связанные с патологией плодного яйца
 - Внематочная беременность
 - Самопроизвольный аборт
 - Пузырный занос
 - Б. Не связанные с патологией плодного яйца (эрозия шейки матки, полип, рак шейки матки)

Классификация

2. Кровотечения второй половины беременности:

- Предлежание плаценты
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

3. Кровотечение в родах и послеродовом периоде

Предлежание плаценты

Определение

Предлежание плаценты – плацента полностью или частично перекрывает внутренний зев.

Классификация

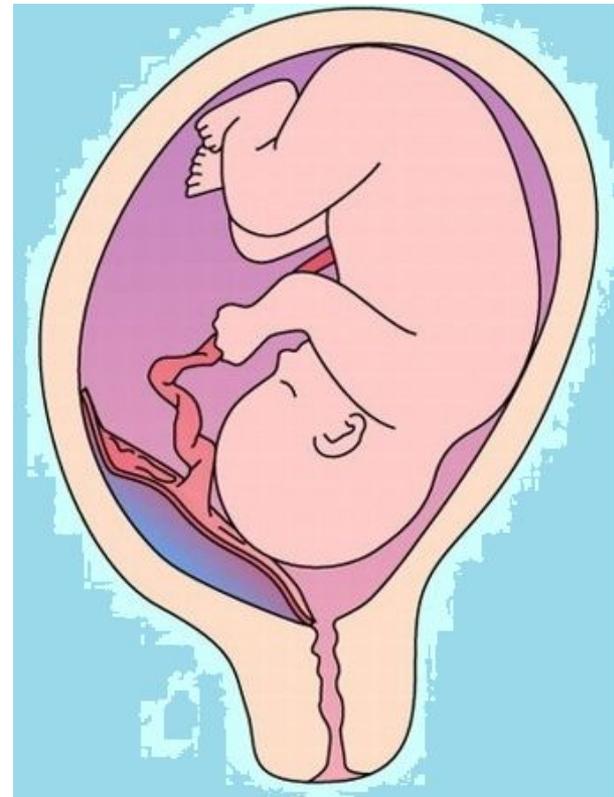


Полное (центральное)

Неполное

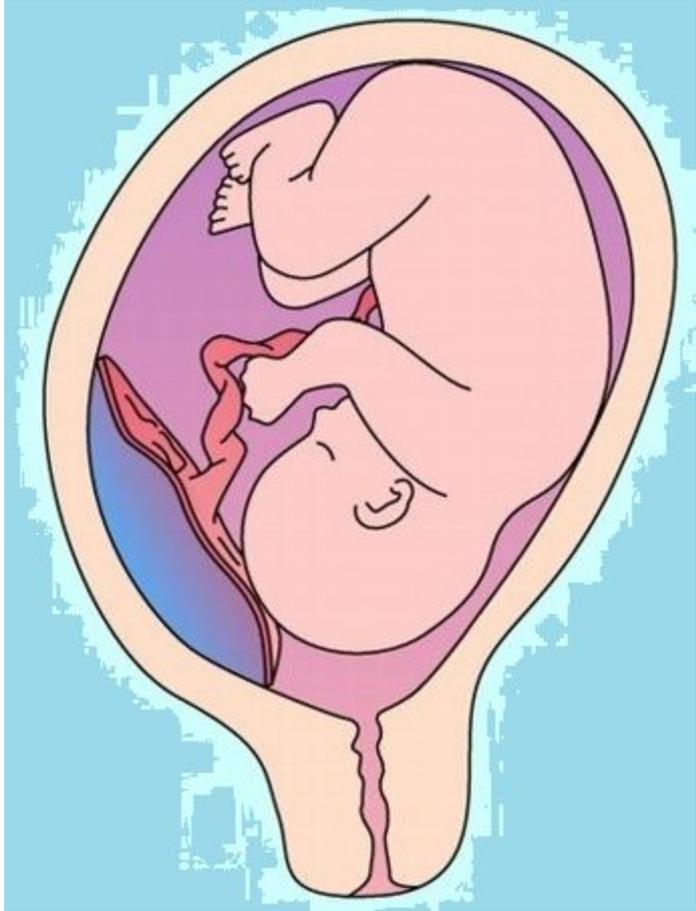


боковое



краевое

Низкое прикрепление плаценты



Нижний край плаценты располагается на 7 см и менее от внутреннего зева.

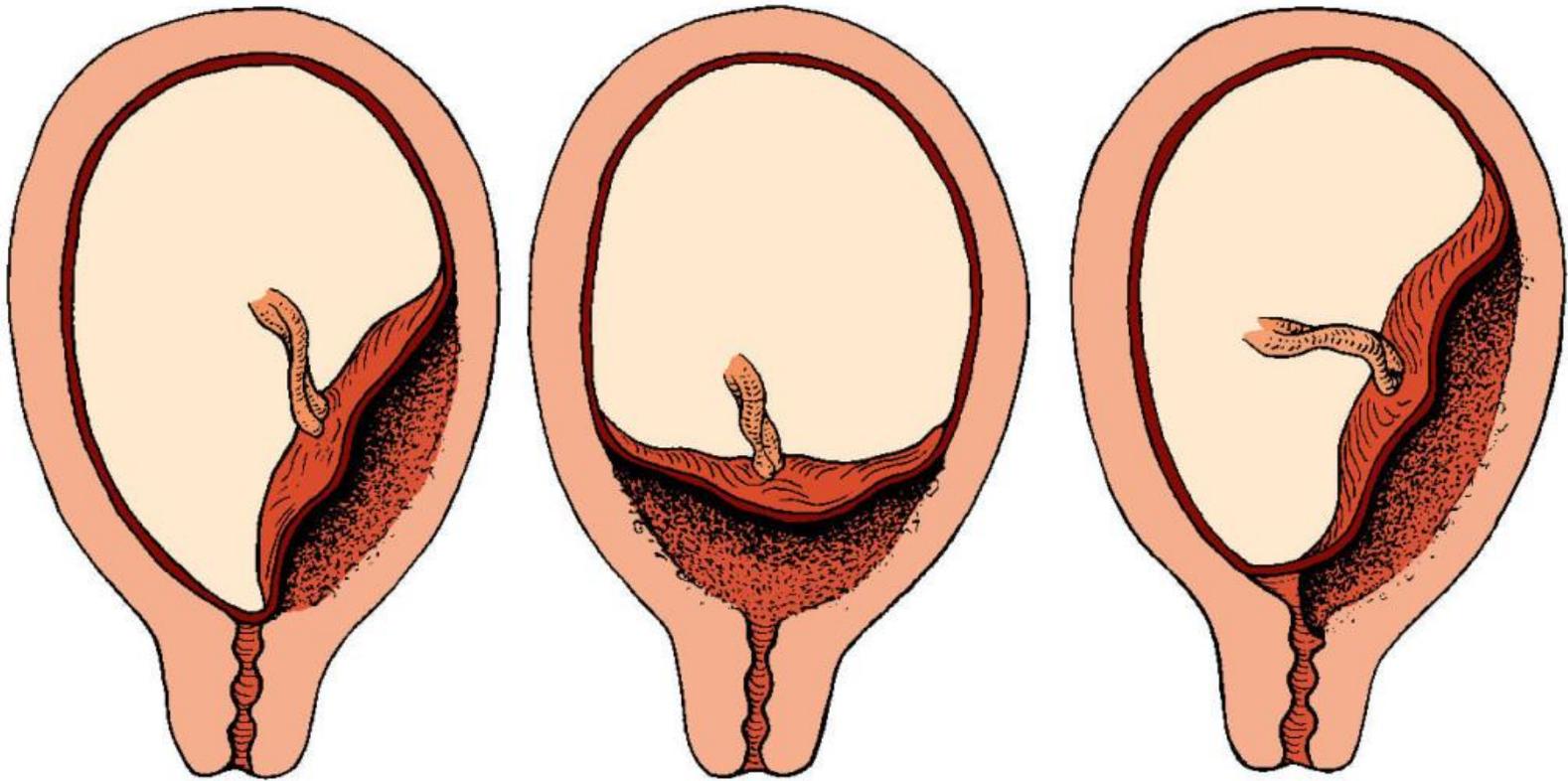
Группа риска

- Нарушение менструального цикла
- Воспалительные заболевания ЖПО
- Аномалии, опухоли матки
- Оперативные роды в анамнезе

Возможна миграция плаценты

Клиника

1. Ведущий симптом кровотечения



Характер кровотечения

- Внезапное начало
- Может быть обильным или незначительным
- Повторяемость кровотечений
- Кровотечение всегда наружное, алой кровью
- Нет болевых ощущений

Клиника (продолжение)

2. Хроническая анемия.
3. Хроническая гипоксия плода
4. Неправильное положение плода (косое, поперечное), тазовое предлежание.

Диагностика

- Анамнез
- Характерные жалобы
- Осмотр в зеркалах (для исключения патологии шейки матки)
- Влагалищное исследование (**только при развернутой операционной, так как в момент исследования кровотечение может усилиться**)

УЗИ, может установить сам факт
предлежания плаценты и вариант
предлежания.

Тактика

Зависит от срока беременности,
характера кровотечения и вида
предлежания.

При обильном кровотечении (более 250 мл), вне зависимости от срока беременности показано кесарево сечение, восполнение ОЦК.

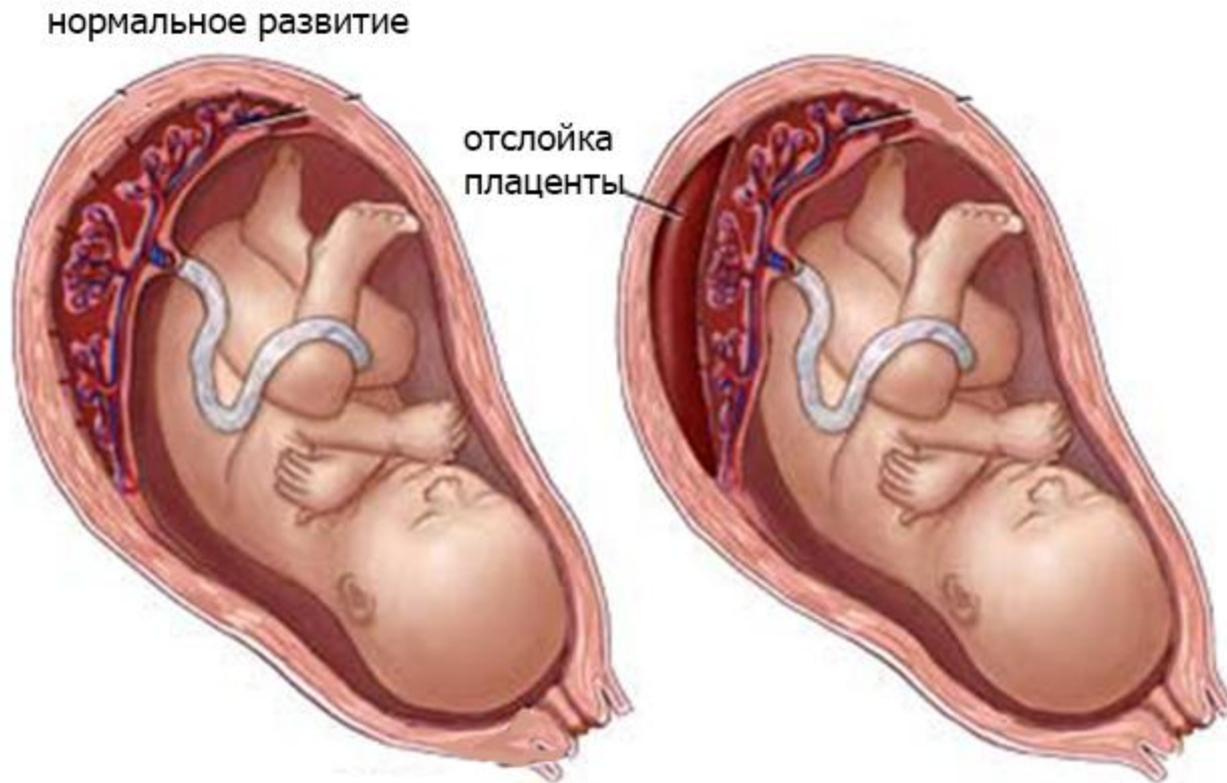
При не обильном кровотечении (менее 250 мл) до 36 недель:

- Наблюдение,
- Токолиз (магния сульфат, спазмолитики), противопоказаны б-адреномиметики
- Антианемическая терапия

При не обильном кровотечении (менее 250 мл) после 36 недель, показано кесарево сечение.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

ПОНРП происходит до рождения плода во время беременности или родов (чаще в первом периоде).



Предрасполагающие причины

- Поздний гестоз
- Артериальная гипертензия
- Пиелонефрит, гломерулонефрит
- Аллергические реакции
- Заболевания крови (тромбоцитопения)
- Многоводие, многоплодие
- Анатомические дефекты матки

Непосредственные причины

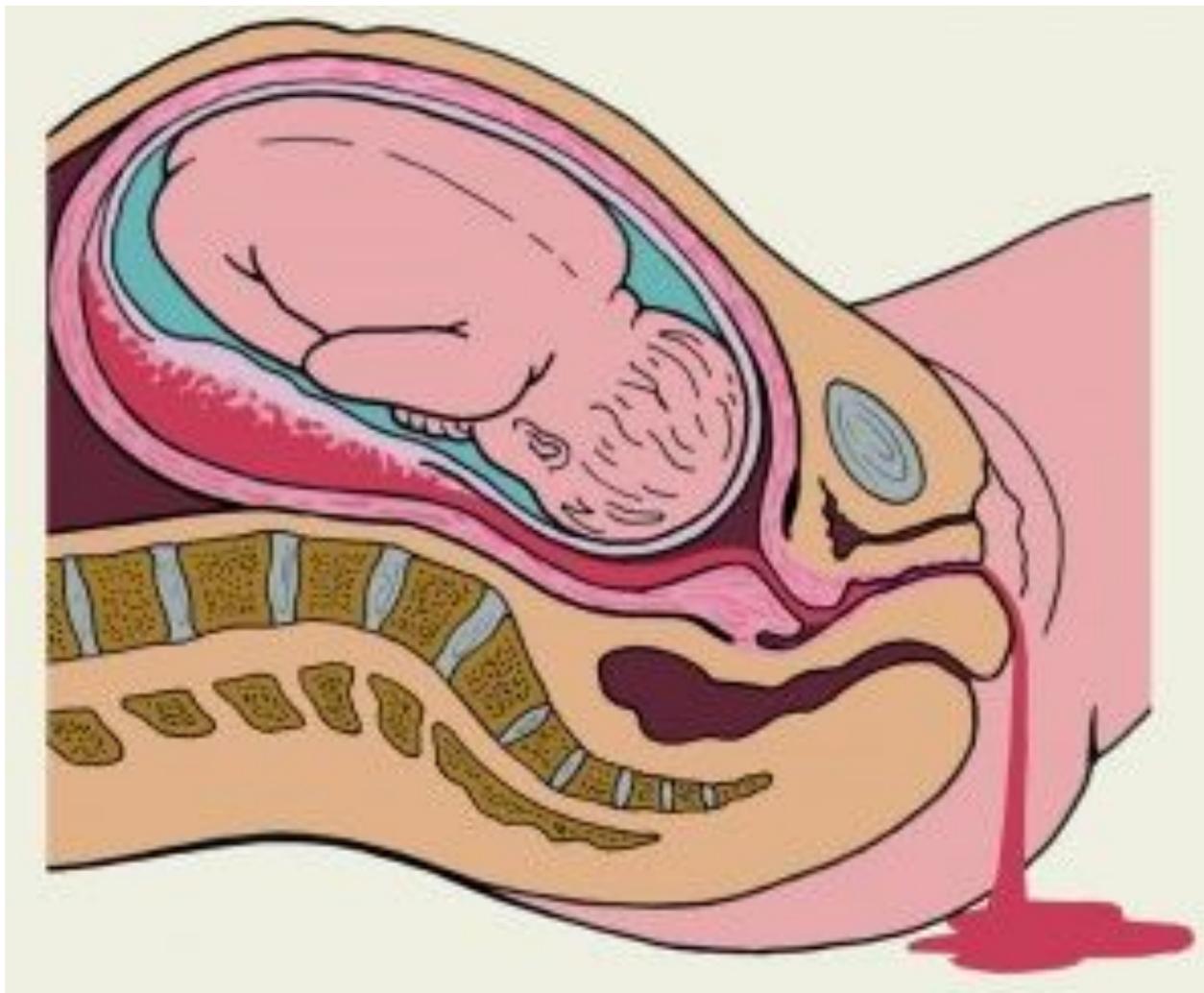
- Непосредственная травма
- Косвенная травма (короткая пуповина, стремительные роды)
- Нервно-психические факторы (испуг, стресс)

Патогенез ПОНРП

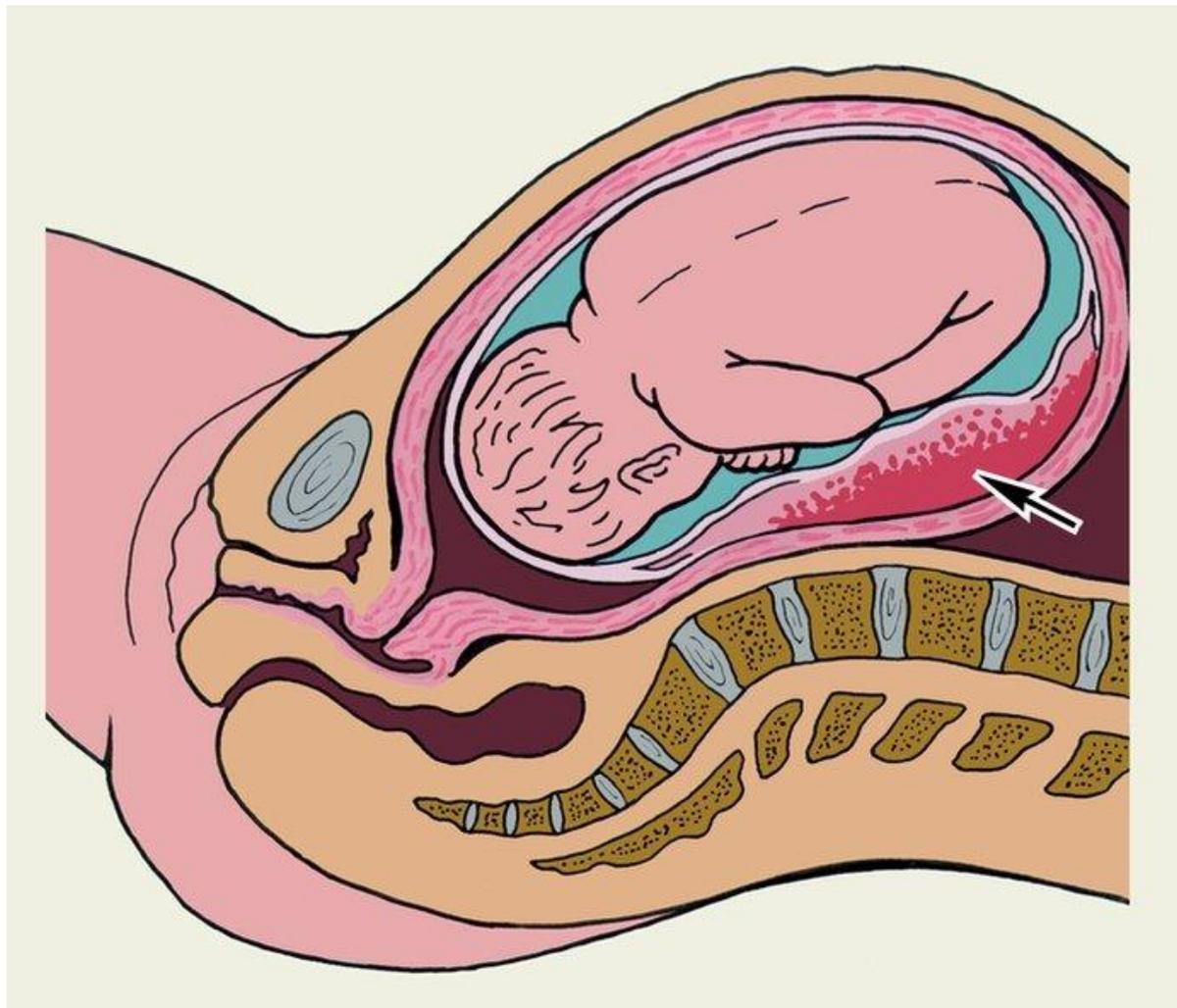
- Спазм артериол и капилляров базального отдела децидуальной оболочки
- Повышение вязкости крови
- Лизис эритроцитов и высвобождение тканевого тромбопластина
- Развитие ДВС

Классификация по характеру кровотечения

Отслойка с наружным кровотечением



Отслойка с внутренним кровотечением



Отслойка с комбинированным или смешанным кровотоком

Классификация по степени отслойки

1. Частичная отслойка плаценты:
 - а. непрогрессирующая
 - б. прогрессирующая
2. Полная отслойка плаценты

Клиническая картина

Основные симптомы

- Боль в области матки
- Кровотечение (определяет тяжесть состояния)
- Острая гипоксия плода

Легкая форма

Боли нет, матка между схватками полностью расслабляется, (если женщина в родах), сердцебиение плода не страдает. Единственный симптом - скудные темные выделения из половых путей.

Средняя степень тяжести

Отслойка 1/4-1/3 поверхности плаценты. Симптомы развиваться постепенно или внезапно с появлением постоянных болей в животе и последующим выделением из половых путей темной крови. Имеются симптомы шока. Тонус матки повышен, полное расслабление матки между схватками отсутствует. Плод страдает от гипоксии, может наступить его внутриутробная гибель.

Тяжелая форма

Отслойка более 2/3 плаценты.

Резкие боли в животе, слабость, головокружение. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, покрыты холодным потом, пульс учащен, АД снижено.

Живот вздут, матка напряжена, части плода и сердцебиение не определяются.

Наружное кровотечение из половых путей отсутствует или умеренное.

Последовательность действий при ПОНРП

- Оценить жалобы больной
- Оценить показатели гемодинамики
- Провести наружное исследование (тонус, напряжение, болезненность)
- Оценить состояние плода
- Наметить дальнейшую тактику

Тактика

- Кесарево сечение
- Одновременно восстановление ОЦК
- Внутривенное медленное введение транексамовой кислоты 15мг/кг

Осложнения

- Матка «Кувелера» - маточно-плацентарная апоплексия (кровь проникает в толщу миометрия, достигая серозной оболочки)
- ДВС - синдром

Матка А.Кувелера (описана в 1911 году).



Профилактика

Профилактика преждевременной отслойки плаценты сводится к своевременной диагностике и лечению гестоза, гипертензии беременных, заболеваний почек и др.

КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ

Определение

Кровотечение, возникшее после рождения плода, называется кровотечением в послеродовом периоде.

Максимальная продолжительность
последового периода в норме
составляет не более 30 минут.

Физиологически допустимая кровопотеря
0,5 – 0,6% от массы тела

Клиника

Время	Крово- течение	Признаки отделения плаценты	Диагноз	Тактика
Более 30 минут	Отсутствует	Отрицательные	Полное плотное прикрепление плаценты	Ручное отделение и выделение плаценты
Не имеет значение	Наружное	Отрицательные	Частичное плотное прикрепление плаценты	Ручное отделение и выделение плаценты
Не имеет значение	Наружное	Положительные	Задержка отделившейся плаценты	Наружные способы выделения плаценты

Ручное отделение и выделение плаценты

Показания:

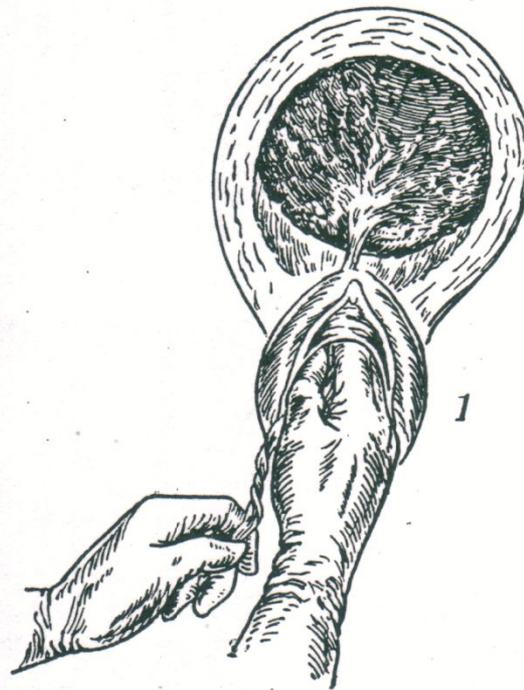
- Отсутствие признаков отделения плаценты в течении 30 минут и более
- Кровотечение на грани допустимой кровопотери при отрицательных признаках отделения плаценты

Условия:

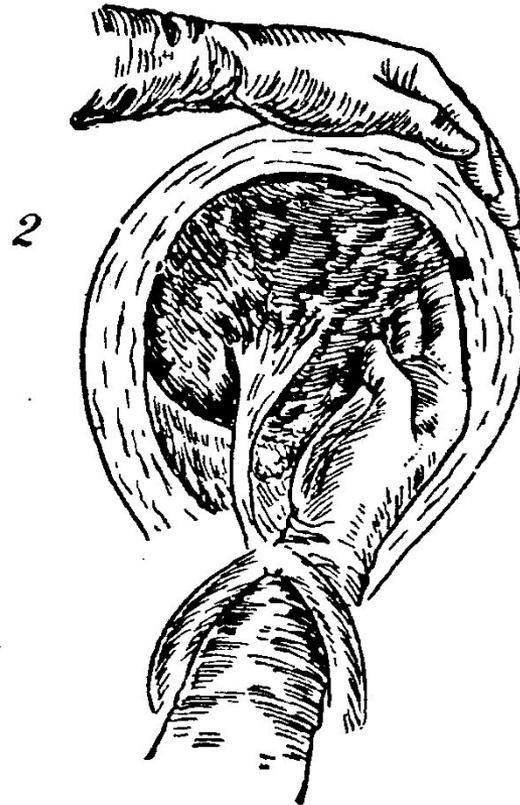
- Асептика и антисептика
- Внутривенный наркоз

Техника:

- Левая рука держит пуповину, а правая рука сложенная в акушерском положении по пуповине вводится во влагалище и находит край плаценты



- Левая рука через стерильную салфетку располагается на дне матки



Правая пилящими движениями
отделяет плаценту от стенки матки

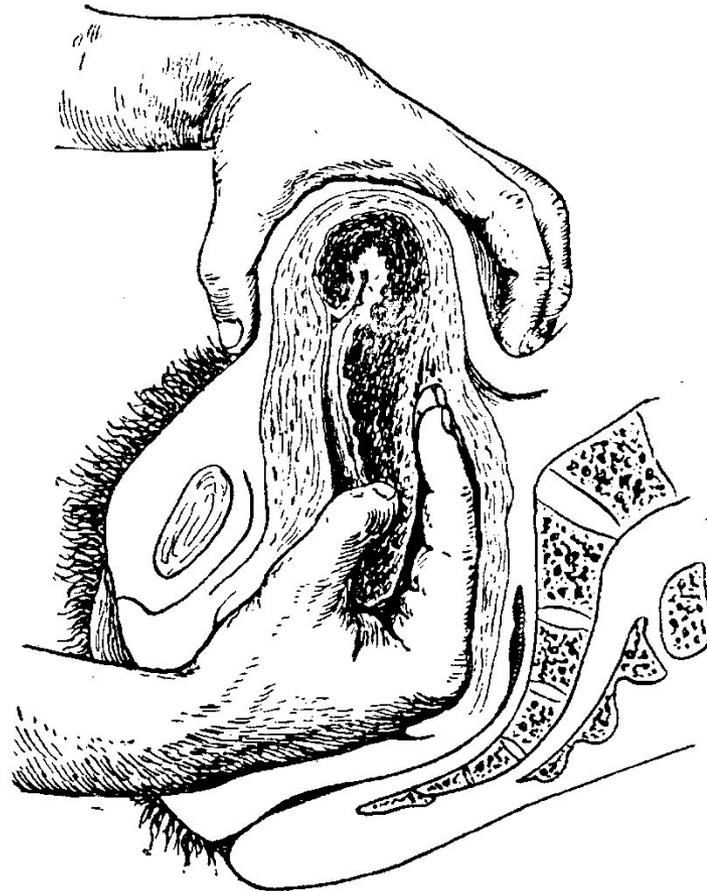
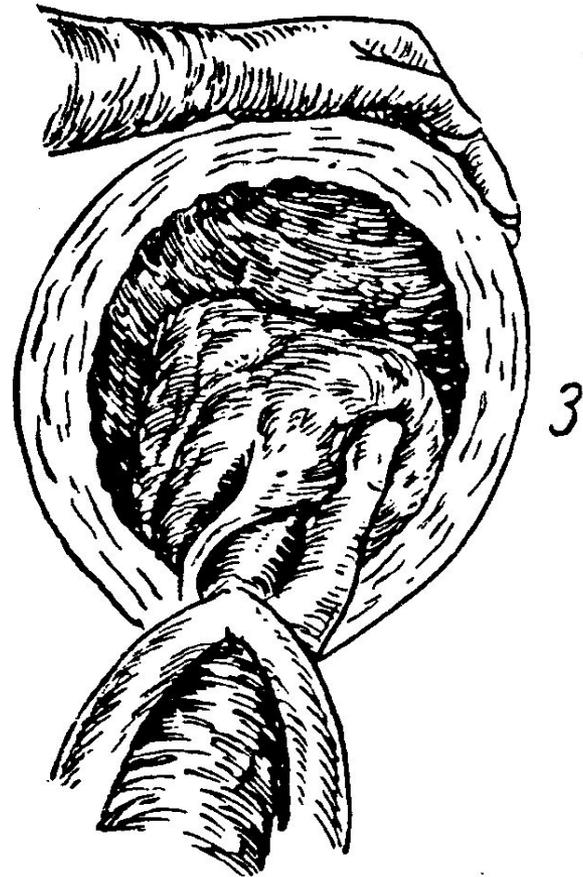


рис. 446. Ручное отделение пла-

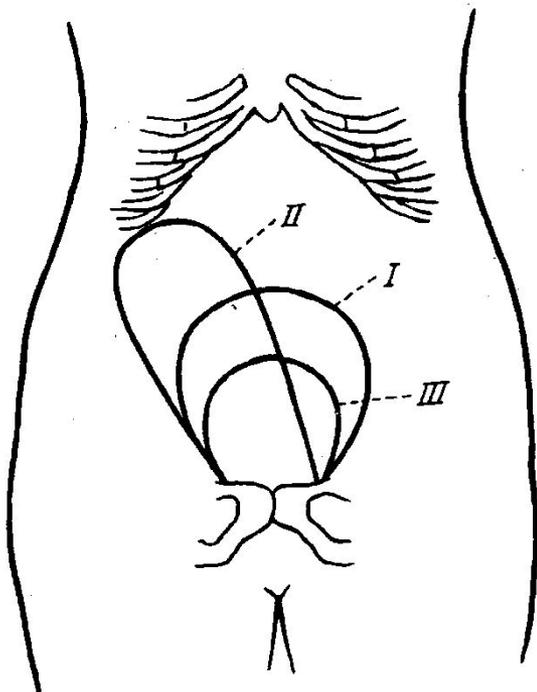
Отделившуюся плаценту спускают в
нижний сегмент матки



- Левая рука за пуповину с помощью правой руки находящейся в матке выводит пуповину
- Правая рука проводит ручной контроль полости матки

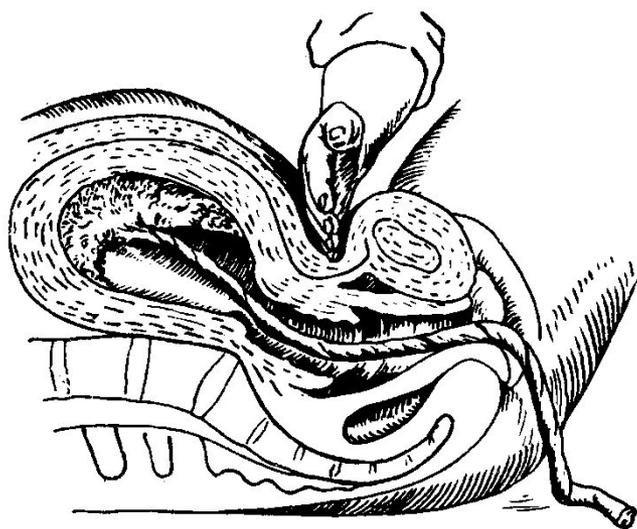
Признаки отделения плаценты

Признак Шредера



- После рождения плода матка округлая, дно ее на уровне пупка.
- После отделения плаценты матка уплощается, отклоняется вправо, дно ее поднимается выше пупка

Признак Кюстнера-Чукалова



a

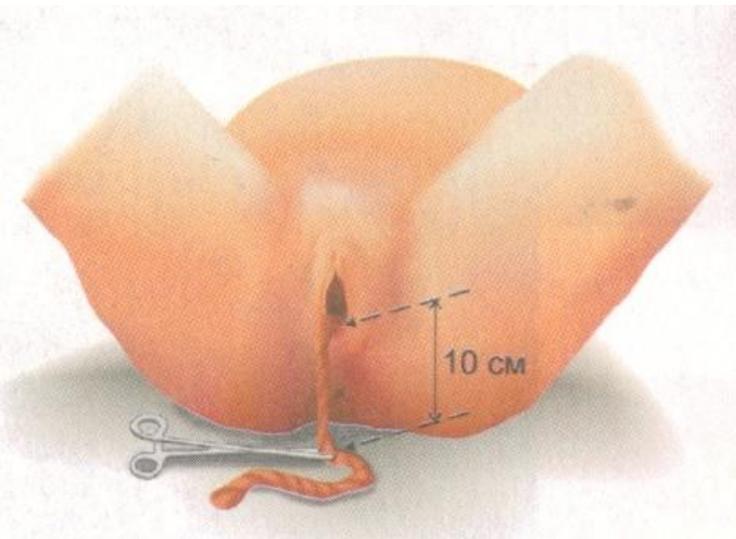
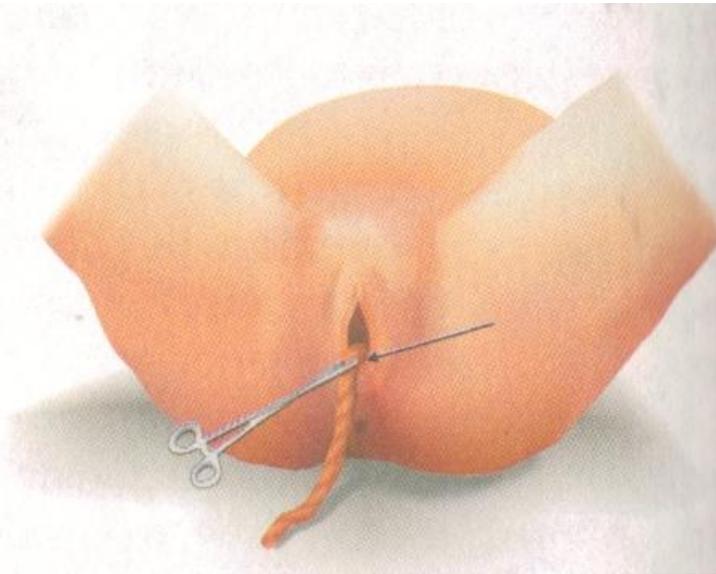
Надавить ребром ладони на надлобковую область, пуповина при не отделившейся плаценте втягивается во влагалище; При отделившейся плаценте пуповина не втягивается.

Признак Альфельда

Удлинение наружного
отрезка пуповины.

Отслоившаяся плацента
опускается в нижний
сегмент матки.

В связи с этим лигатура,
наложенная на пуповину у
половой щели, опускается
на 10-12 см

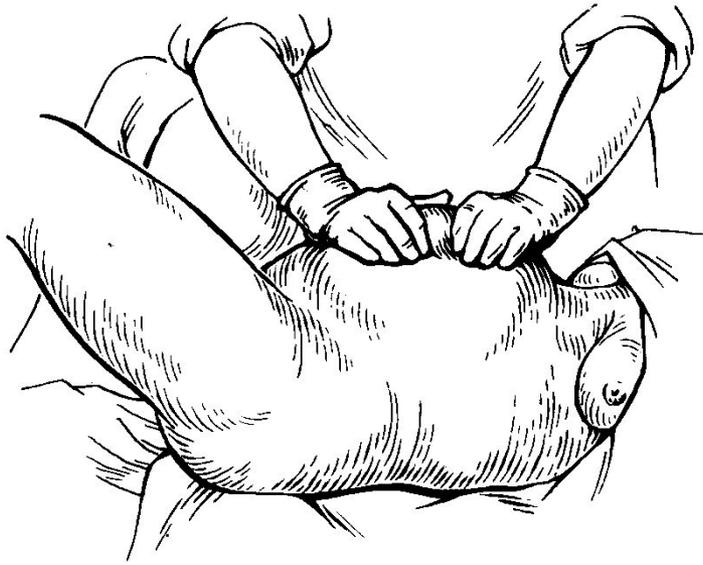


Наружные способы выделения отделившегося последа

Условия:

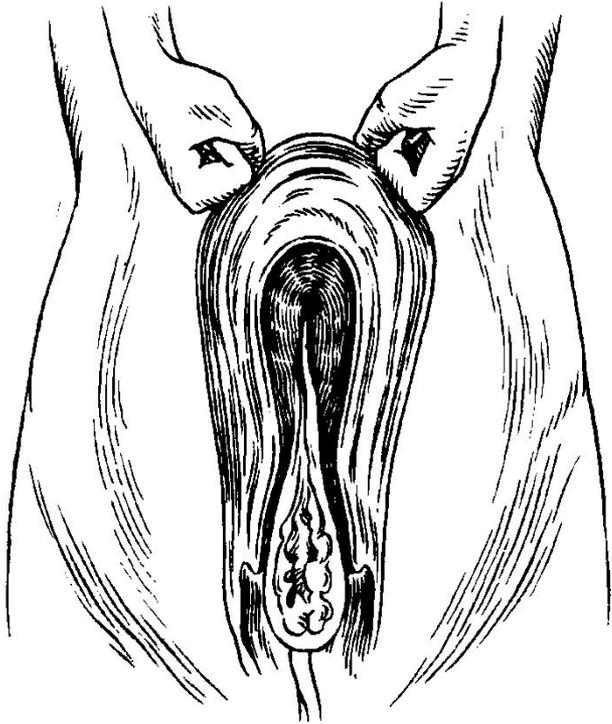
- Положительные признаки отделения плаценты
- Опорожненный мочевой пузырь
- Наружный массаж матки
- Матка приводится в срединное положение

Способ Абуладзе



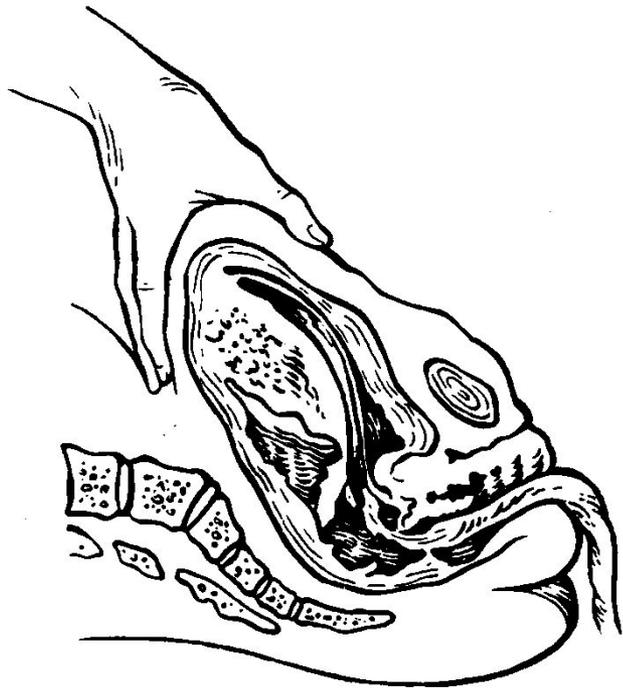
Обеими руками
берут брюшную стенку
в продольную складку
и предлагают
роженице
потужиться.

Способ Гентера



Кисти рук, сжатые в кулак, кладут тыльной поверхностью на дно матки (в области трубных углов) и постепенно надавливают в направлении книзу и внутрь, роженица при этом не тужиться.

Способ Креде-Лазаревича



Дно матки обхватывают:
I палец на передней
стенке матки, ладонь –
на дне, а 4 пальца -
на задней поверхности
матки и производят
выжимание последа, по
направлению вниз и
вперед вдоль оси таза.

КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Классификация

- Раннее послеродовое кровотечение - первые 2 - 4 часа после родов.
- Позднее послеродовое кровотечение – по истечении 2- 4 часов послеродового периода.

По объему кровопотери

По объему кровопотери:

- физиологическая кровопотеря - до 10% ОЦК или до 500 мл во время и до 1000 мл во время кесарева сечения;
- патологическая кровопотеря - от 10 до 30% ОЦК более 500 мл во время и более 1000 мл во время кесарева сечения;
- массивная кровопотеря - превышающая 30% ОЦК.

Факторы риска

- Дегенеративные, воспалительные или рубцовые изменения миометрия
- Аномалия родовой деятельности
- Крупный плод, многоплодие, многоводие.
- Хронические экстрагенитальные заболевания
- Поздние гестозы
- Аномалии плаценты

- Пороки развития матки
- Миоматозные узлы
- Юный возраст.

Причины послеродовых кровотечений

- Задержка в полости матки частей детского места.
- Атония и гипотония матки.
- Травма мягких тканей родового канала.
- Нарушение свертывающей системы (коагулопатия).

Способы определения объема кровопотери

- Визуальный метод (ошибка 30%).
- Гравиметрический метод – взвешивание операционного материала (ошибка 15%).
- Измерение мерной емкостью.
- Снижение уровня гематокрита менее 10% от исходного.
- По шоковому индексу (отношение ЧСС к систолическому АД)

Клиника

- Наружное кровотечение различной интенсивности
- Картина геморрагического шока.

Тактика

- Оценка объема кровопотери.
- Оценка состояния и контроль жизненно важных функций организма
- Катетеризация мочевого пузыря
- Катетеризация 1 или 2-х периферических вен для начала инфузии
- Согревание женщины (накрыть одеялом, поменять влажные простыни на сухие)

Установить причину:

- Исследовать матку, плаценту (тонус, ткань)
- Осмотр родовых путей (травма)

Этиотропная терапия, которая зависит от причины :

Дефект плаценты или подозрение на дефект последа.

Тактика: Ручное обследование полости матки

Травма мягких тканей родовых путей

Тактика:

- Осмотр в зеркалах
- Ушивание разрывов мягких тканей родовых путей
- Лапаротомия при разрыве матки
- Коррекция выворота матки

Снижение сократительной способности матки

Гипотония матки - снижение тонуса и сократительной способности матки. Под воздействием мероприятий возбуждающих сократительную деятельность матки, матка сокращается, затем вновь расслабляются.

Атония матки - нервно-мышечный аппарат матки находится в состоянии паралича. Возбуждающие матку средства не оказывают на нее никакого действия.

Клиника

- Наружное кровотечение
- Матка большая, расслаблена, плохо контурируется через переднюю брюшную стенку, при наружном массаже сокращается, а затем вновь расслабляется.

Тактика

- Мобилизация свободного персонала
- Визуальная оценка объема кровопотери
- Наружный массаж матки
- Катетеризация периферических вен для начала инфузии
- Наружный массаж матки
- Применение утеротоников

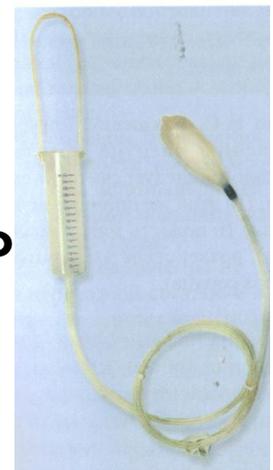
- 5ЕД окситоцина в/в медленно, затем 10ЕД внутривенно капельно в 500 мл раствора
- При затруднении катетеризации 10ЕД в/м
- Метилэргобревин 1,0 мл в/м (при отсутствии гипертензии)
- Ректально 800 мг мизопростола
- Катетеризация мочевого пузыря (постоянный катетер)

- Параллельно необходимо проведение прикроватного теста, определение гемоглобина, гематокрита, тромбоцитов
- Мониторинг жизненно важных функций

Прикроватный тест на коагуляцию

- В сухую пробирку набрать 2 мл венозной крови
- Согреть в руке в течении 4 минут до 37 градусов
- Медленно наклонять пробирку пока кровь не свернется
- Замедленное образование - более 7 минут

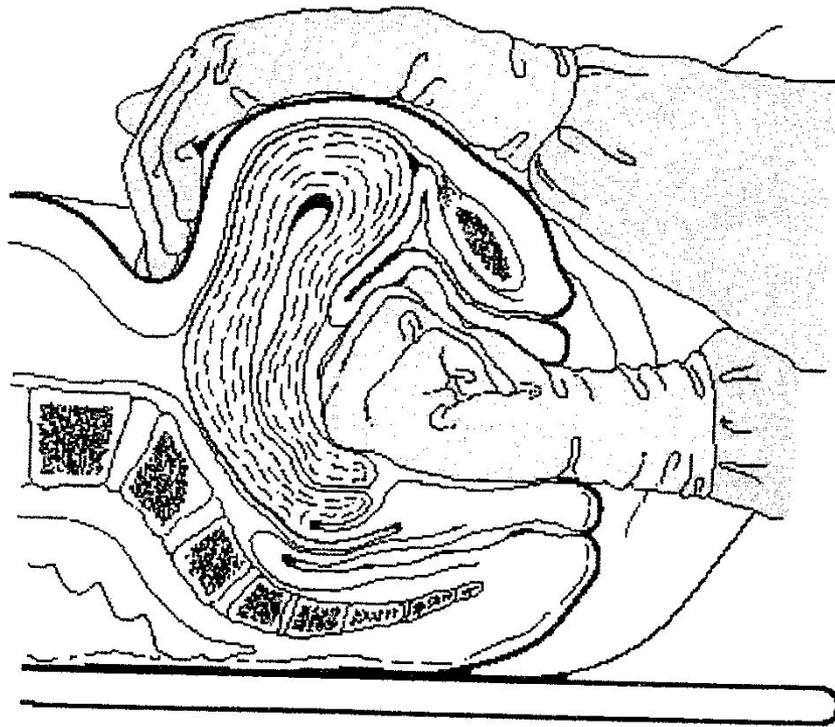
- Ручное обследование полости матки при подозрении на отсутствие целостности последа, задержке сгустков крови
- Проведение внутриматочной баллоной тампонады
- При отсутствии эффекта от применяемых методов лечение в условиях операционной.
- Введение транексамовой кислоты



Бимануальная компрессия матки

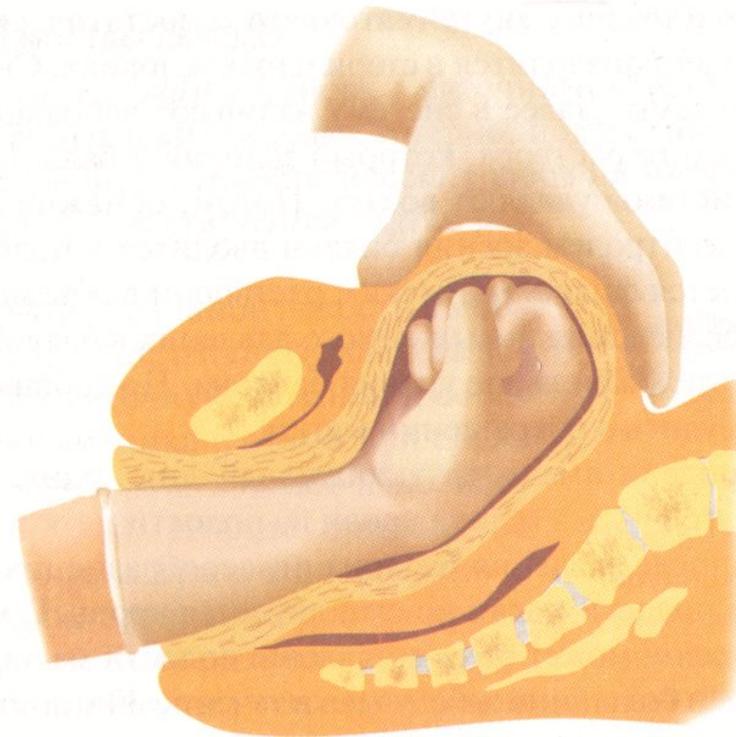
Техника:

- Надев стерильные перчатки, войдите рукой во влагалище и сожмите руку в кулак.
- Расположите кулак в переднем своде и надавите им на переднюю стенку матки.
- Другой рукой через переднюю брюшную стенку надавите на заднюю стенку матки по направлению к руке, введенной во влагалище.

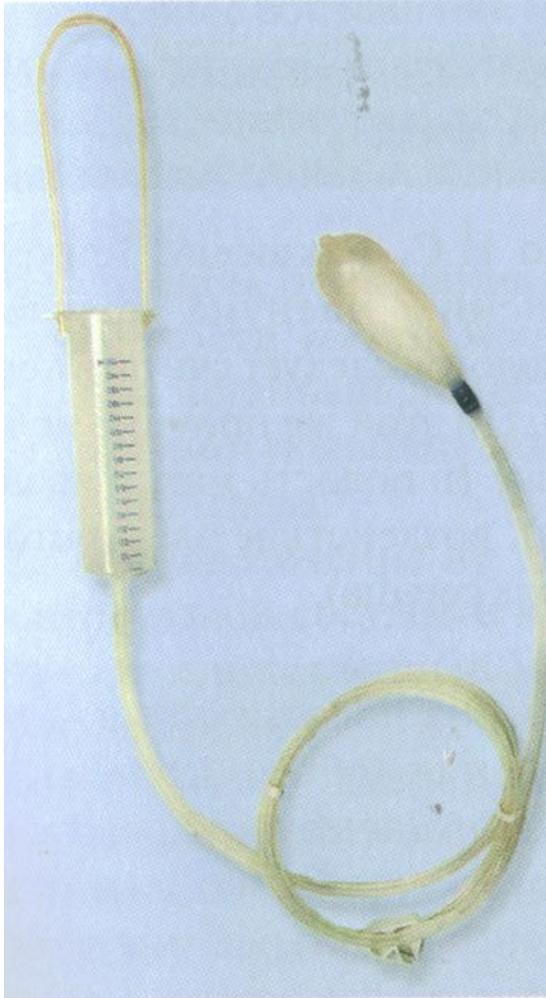


**Продолжайте
сдавливание, пока
кровотечение не
остановится и
матка не начнет
сокращаться.**

Ручное обследование полости матки

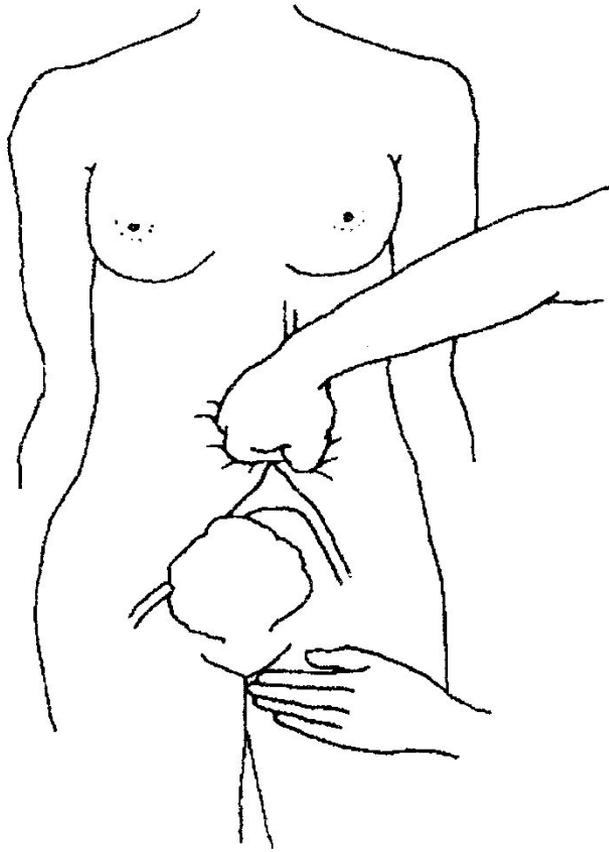


Внутриматочная тампонада



Введение в полость матки баллонного катетера и заполнение его физиологическим раствором 180 – 360 мл. (12 – 24 часа)

Временные способы остановки кровотечения



Брюшная аорта прижимается к позвоночнику слева на уровне пупка кулаком (если после прижатия аорты пульс на бедренной артерии не прощупывается, то аорта прижата достаточно)

ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ШОК

Геморрагический шок развивается вследствие уменьшения ОЦК при кровотечении, что приводит к критическому снижению тканевого кровотока и развитию гипоксии тканей.

Основная причина смертности при геморрагическом шоке в акушерстве — недооценка объёма кровопотери, запоздалые и недостаточно энергичные лечебные мероприятия.

1 стадия – компенсированный шок

Кровопотеря: 700 – 1100 мл

Снижение ОЦК: 10 % от ОЦК

ШИ: 0,8 – 1,2

Клиника: бледность кожных покровов, умеренная тахикардия (100 ударов в минуту), олигурия, АД в норме или слегка снижено.

2 стадия – субкомпенсированный (обратимый) шок

Кровопотеря: 1200 – 1500 мл

Снижение ОЦК: 25 - 40 % от ОЦК

ШИ: 1,3 – 1,4

Клиника: снижение САД до 90 мм.рт.ст., снижение пульсового давления, акроцианоз, бледность кожных покровов, холодный пот, тахикардия (120 ударов в минуту), олигурия, признаки ДВС – синдрома.

3 стадия – декомпенсированный (необратимый) шок

Кровопотеря: 2000 – 2500 мл

Снижение ОЦК: 50% от ОЦК

ШИ: 1,4 – 1,5

Клиника: снижение САД до 60 мм.рт.ст., ЧСС – 140 ударов в минуту, ЧДД 40 в минуту. Изменение микроциркуляции
цианоз, бледность кожных покровов.

Ступор, потеря сознания, кома, признаки ДВС – синдрома.

Профилактика

- Лечение анемии
- Венозный доступ в родах
- Пережатие пуповины не ранее 1 минуты
- Введение окситоцина 10ЕД в/м после рождения плода