

Лекция для студентов 4 курса лечебного факультета

Кровотечения во второй половине беременности и в родах

(неотложные хирургические состояния)

2014 г.

**Главная (первая) цель действий
врача при работе с пациентом:
не допустить преждевременной
смерти пациента !!!**

**Главная (первая) задача студента
при обучении специальности:
уметь диагностировать угрожающее
жизни пациента состояние и
оказать соответствующую помощь!!!**

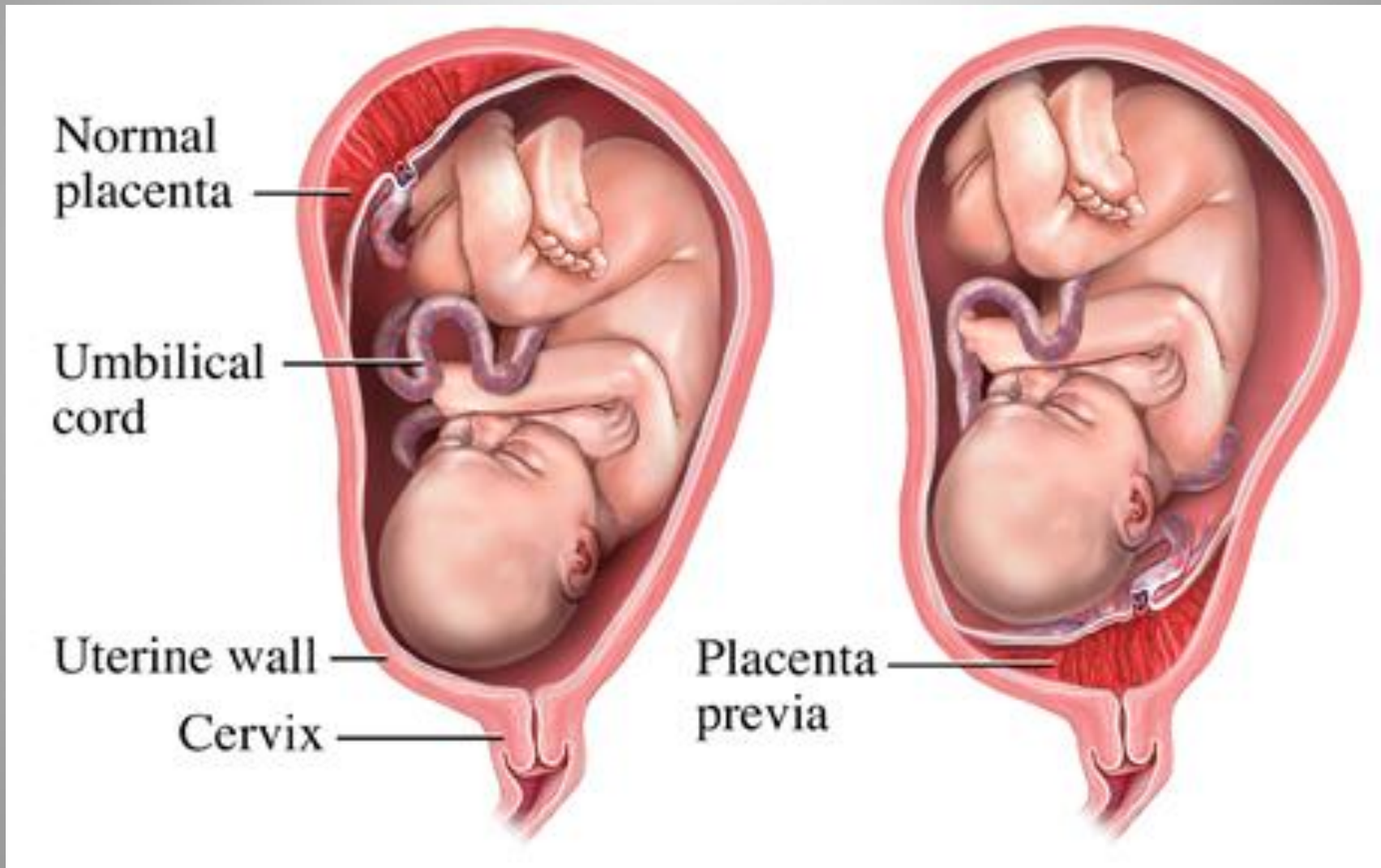
Неотложные ситуации в акушерстве, требующие экстренной хирургической помощи

- *Предлежание плаценты - ПП*

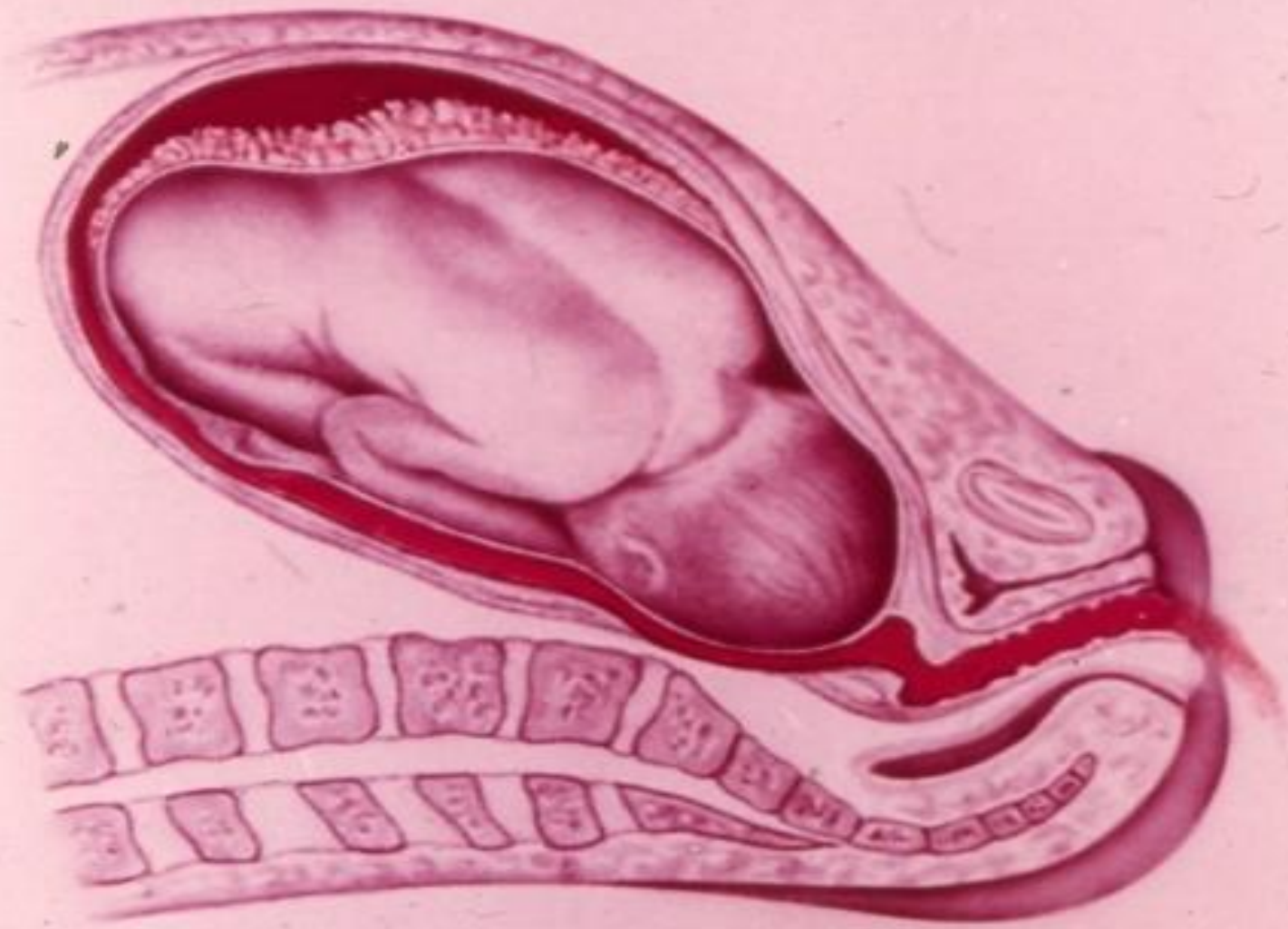
- *Преждевременная отслойка
нормально расположенной
плаценты - ПОНРП*

- *Разрывы матки:
гистопатические
и насильственные*

Предлежание плаценты ПП



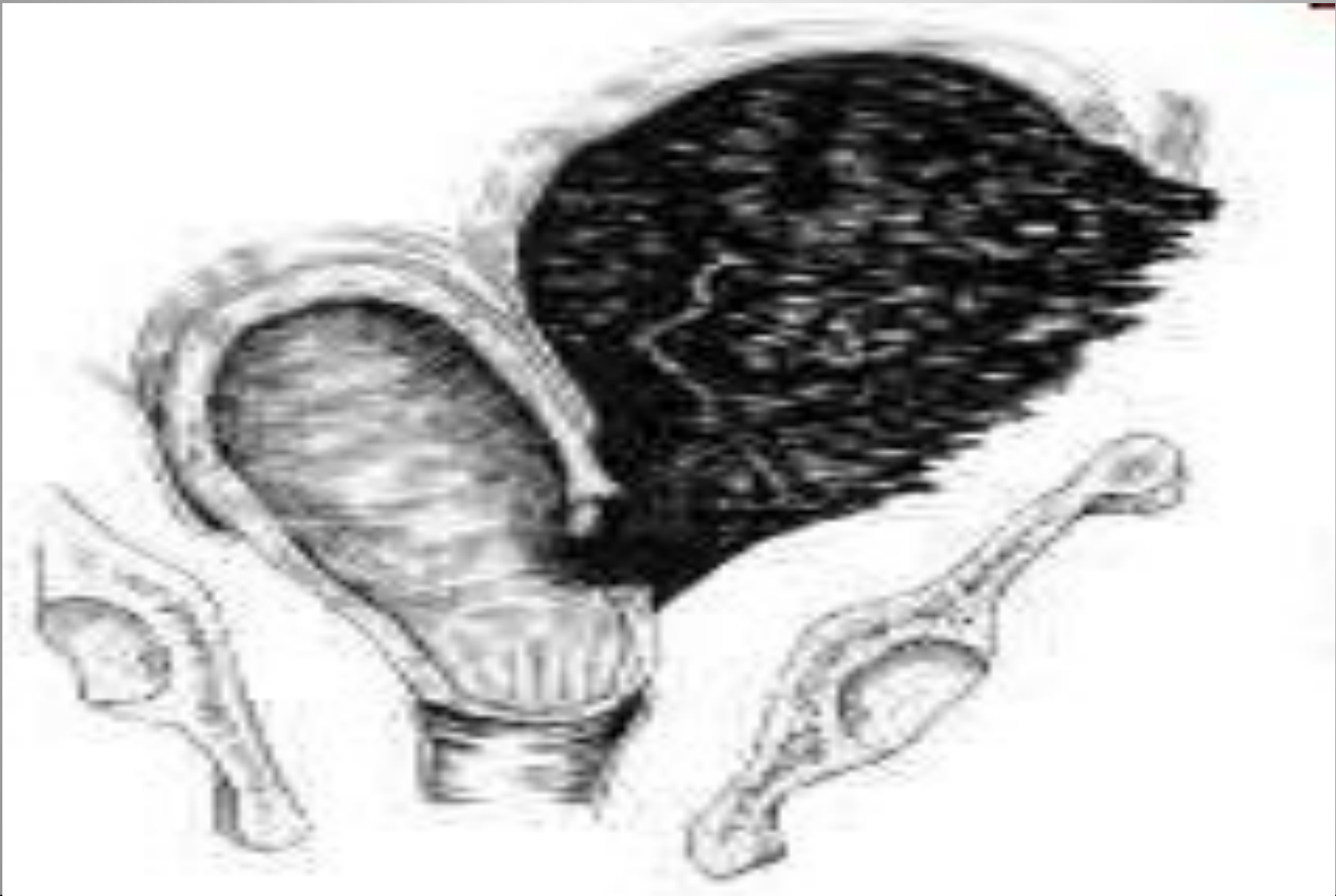
П О Н Р П



Полный гистопатический разрыв матки



Свершившийся насильственный разрыв матки в нижнем сегменте

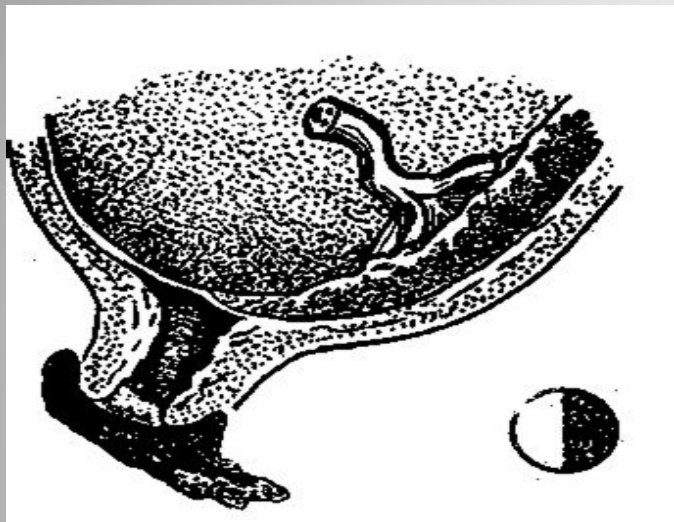


Предлежание плаценты

- **Расположение плаценты во второй половине беременности в нижнем сегменте с частичным или полным перекрытием внутреннего зева**

Клинически предлежание плаценты манифестирует кровотечением из половых путей различной интенсивности и продолжительности во второй половине беременности и в начале родов (наиболее часто 34-36 недель).

Предлежание плаценты ПП



- В ранние сроки предлежание хориона при УЗИ выявляется очень часто.
- Значительная часть таких беременностей прерывается в ранние сроки.
- При первом скрининге УЗИ (обязательном) предлежащая плацента обнаруживается в одном случае из трёх.
- В большинстве таких случаев предлежащая плацента ко второму скринингу (19-21 неделя) мигрирует в безопасное место.
- Предлежание плаценты сохраняется к

**Почему формируется
предлежащая плацента в
первом триместре?**

**Почему, сформировавшись в
неположенном месте,
плацента не мигрирует в
безопасное ???**

Предрасполагающие факторы к формированию предлежания плаценты к концу первого триместра:

отягощенный гинекологический
(бесплодие, воспалительные заболевания матки)

и\или

отягощенный акушерский
(самопроизвольные и\или искусственные аборты, послеоперационные (КС) рубцы на матке) **анамнезы.**

Факторы, препятствующие миграции плаценты в безопасное место:

- **Комбинации полиморфизмов генов, отвечающих за тромбообразование;**
- **Гипертензионный синдром;**
- **Носительство вирусов гепатита В и С;**
- **Эндокринная патология (АИТ, гестационный СД)**

Течение беременности при ПП

- Угроза прерывания постоянная;
- Анемия беременной;
- Аномалии положения плода (тазовое, косое, поперечное);
- Задержка развития плода

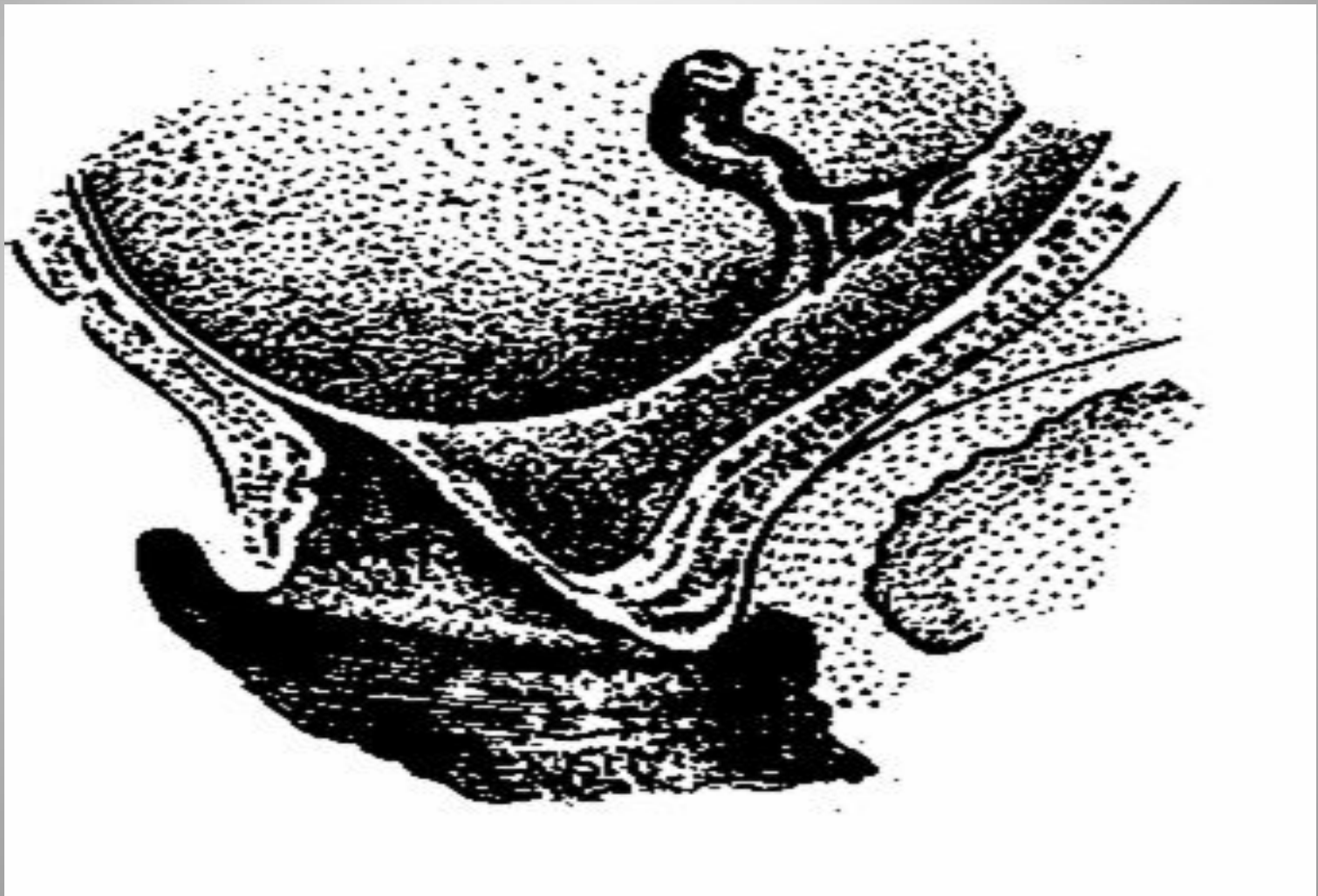
Клиника предлежания плаценты

- Патогномоничный симптом – **наружное кровотечение при нормальном тоне матки во второй половине беременности, наиболее часто в 34-36 недель:**
- **Внезапное!!!**
- **Различной интенсивности!!**
- **Безболезненное!**
- **Повторяющееся!!!**

Почему кровотечение?

- При стареющей плаценте и страдающем плоде - гормональная **перестройка** и **подготовка к родам**:
- Созревание шейки, **развертывание нижнего сегмента** и возбудимость матки.
- При растяжении мышцы нижнего сегмента губчатая ткань плаценты не растягивается: **отрыв якорных ворсин – обнажение просвета артерий плацентарной площадки.**

**Кровотечение при предлежании
плаценты неизбежно !**



Что делать???

Диагностика ПП !!!

Диагноз должен быть поставлен до начала кровотечения!

Второй скрининг УЗИ в 19-20 недели!!!

а) Расположение плаценты;

*б) Диагностика патологии плода:
эмбриопатий, задержки развития
плода, параклинических маркёров
плацентарной недостаточности.*

-

Беременные с установленным предлежанием плаценты в 20 недель и проживающие в населенном пункте без наличия ургентного хирургического стационара госпитализируются в межрайонные перинатальные центры или городские родильные дома.

При наличии многопрофильной больницы

Контроль УЗИ в динамике:

- При сохранении предлежания плаценты к 34 неделям или при появлении кровотечения любой интенсивности - дородовая госпитализация в стационар высокой степени риска (многопрофильная больница)
- При отсутствии кровотечения или незначительных кровянистых выделениях – пролонгирование беременности в стационаре до срока максимального созревания плода, т.е. до 36-37 недель

ЗАКОН!!!

**Появление кровянистых
выделений в любом сроке
второй половины беременности
из половых путей является
показанием для
госпитализации и уточнения
причины кровотечения!**

На дородовой госпитализации:

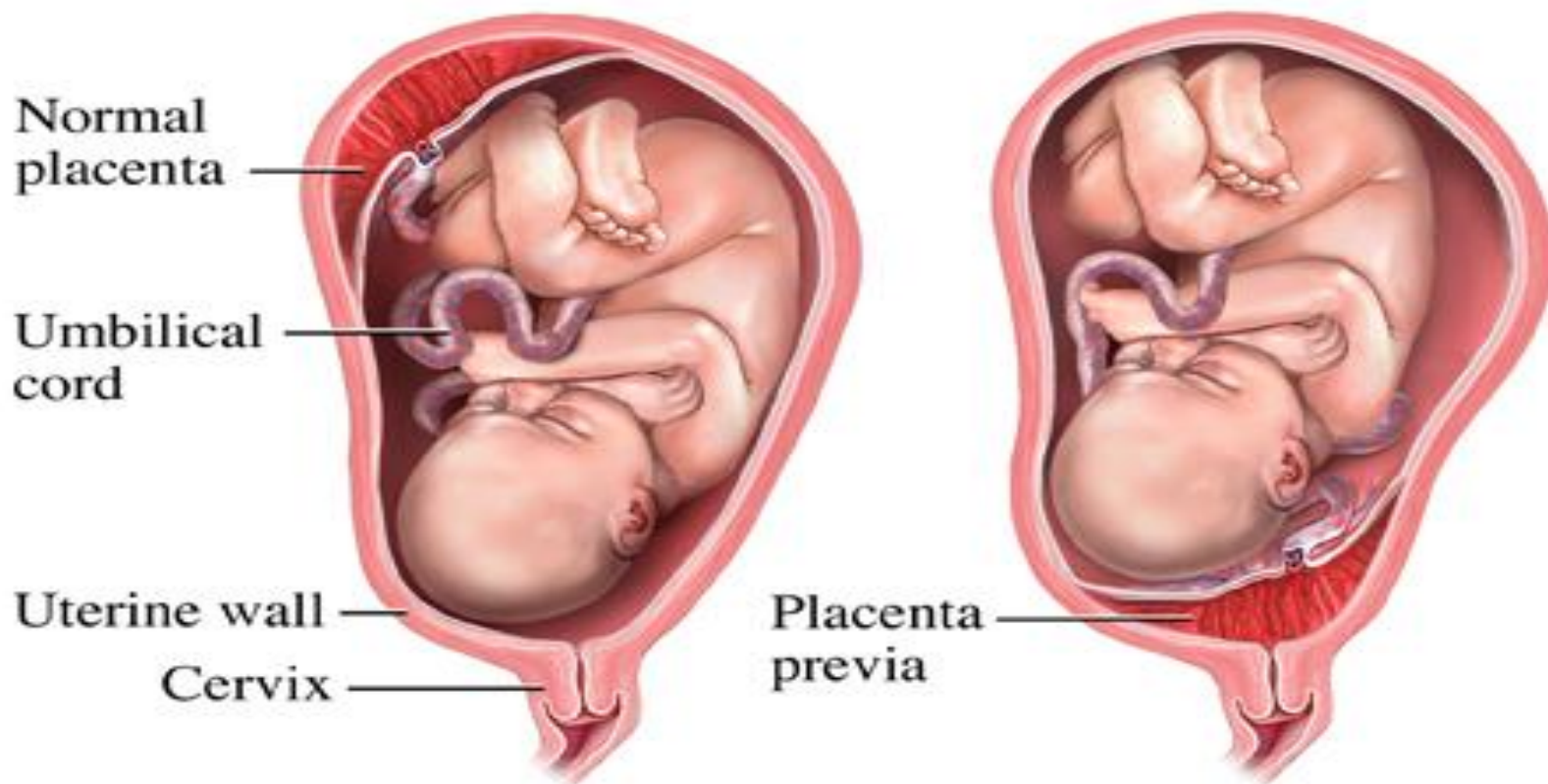
- При появлении обильного кровотечения или повторяющегося умеренного в любом сроке беременности – **экстренное оперативное родоразрешение путём кесарева сечения** в интересах матери и плода.
- При **отсутствии кровотечения** или незначительных кровянистых выделениях – **продолгование беременности** в стационаре до срока максимального созревания плода, т.е. **до 36-37 недель**

Особенности оперативного родоразрешения при ПП:

**Предпочтительнее плановое КС в
дневное время в связи с риском
формирования истинного вращения
плаценты:**

- Диагноз вращения плаценты (риск до
30% случаев) по результатам УЗИ и МРТ;**
- Расширение объёма до экстирпации;
матки**
- Участие ангиохирургов:**

**Особенности оперативного
родоразрешения: при расположении ПП
по передней стенке возможен
продольный разрез в теле матки**



Особенности оперативного родоразрешения при ПП:

- Максимальная готовность к угрожающей жизни кровопотере:**
- Запас кровезаменителей и препаратов крови !**
- Расширение объёма операции до удаления матки (квалификация хирургов) !**
- Присутствие ангиохирургов (плановая или экстренная перевязка подвздошной артерии) !**

Резюме:

- Обязательный скрининг УЗИ в 19-21 неделю на экспертном аппарате квалифицированным специалистом.
- Госпитализация в зависимости:
- Проживание в населенном пункте без родильного стационара после 20 недель в межрайцентры или городские роддома (средняя степень риска)
- Прочие пациентки при появлении кровянистых выделений или в 34 недели до родоразрешения.

Резюме:

- **На дородовой госпитализации максимальное пролонгирование в интересах плода.**
- **Родоразрешение путём КС, по возможности в плановом порядке при сроке 36 и более недель.**
- **Готовность к борьбе с массивным кровотечением.**
- **По возможности участие ангиохирургов.**

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - ПОНРП

- *Наблюдается преимущественно в третьем триместре: после 22-28 недель, наиболее часто в 34-37 недель, реже в первом периоде родов*
- *Морфологическая основа ПОНРП: локальная или тотальная ангиопатия.*
- *Непосредственная причина, запускающая процесс, – острое нарушение микроциркуляции в зоне плацентарной площадки – повышение давления крови в межворсинчатом пространстве.*

Патогенез ПОНРП

- Повышение давления в межворсинчатом пространстве приводит к отрыву якорных ворсин от стенки матки, что сопровождается излитием материнской крови между стенкой матки и плацентой с образованием ретроплацентарной гематомы.

Патогенез ПОНРП

- **Образование гематомы способствует дальнейшей отслойки плаценты и продолжению материнского кровотечения из сосудов плацентарной площадки.**
- **Увеличивается кровопотеря – растет гематома – увеличивается кровопотеря.**
- **Редко процесс останавливается на начальной стадии.**

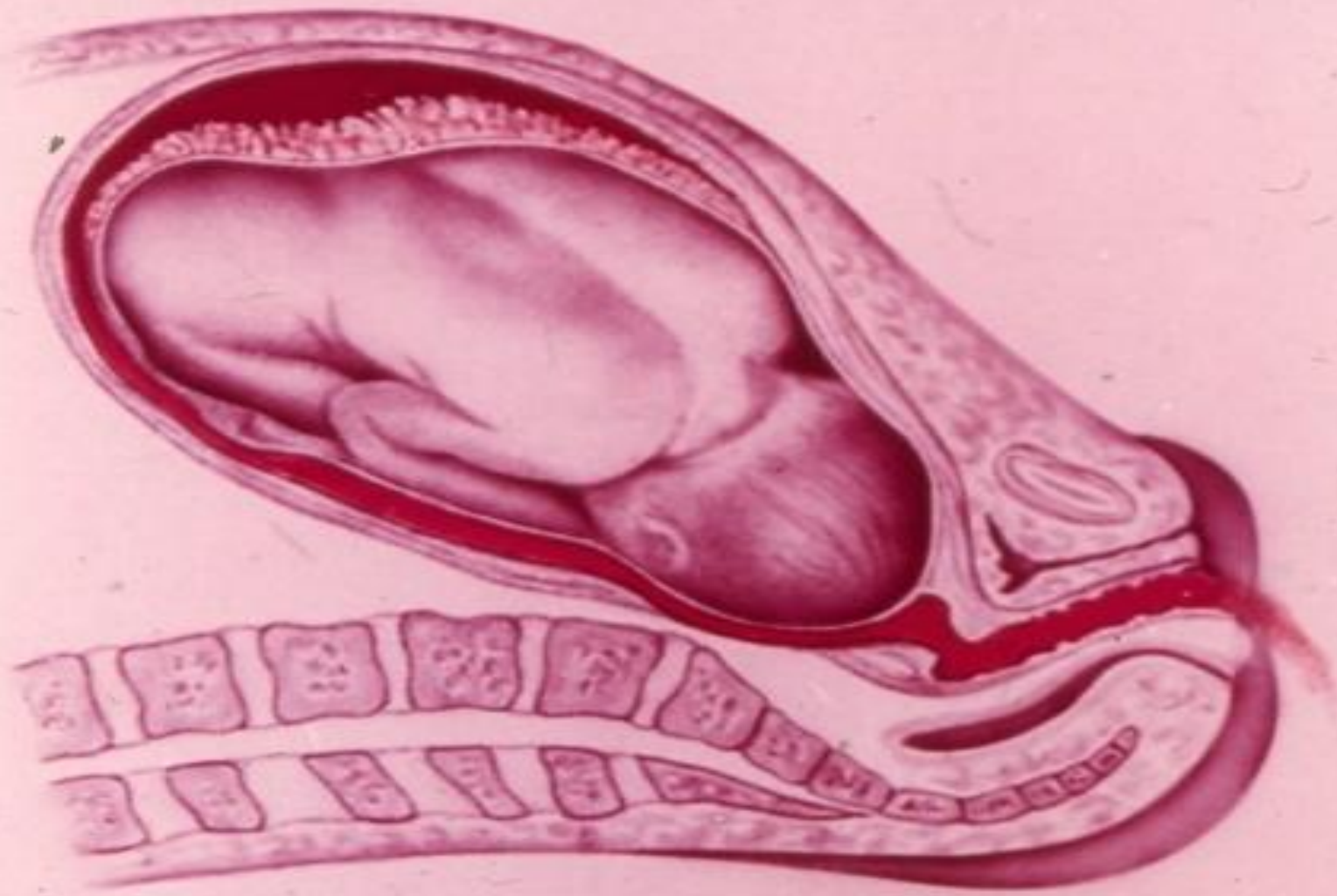
Патогенетические варианты ПОНРП

:

(открытый тип)

- **Изливающаяся материнская кровь отслаивает оболочки от стенки матки и находит выход из матки через цервикальный канал, что клинически проявляется кровотечением из половых путей.**
- **Кровотечение появляется через некоторое время после начала отслойки: от 20 минут до 4 и более часов. Кровь не содержит свертков.**
- **Учтенная наружная кровопотеря всегда меньше истинной кровопотери**

П О Н Р П

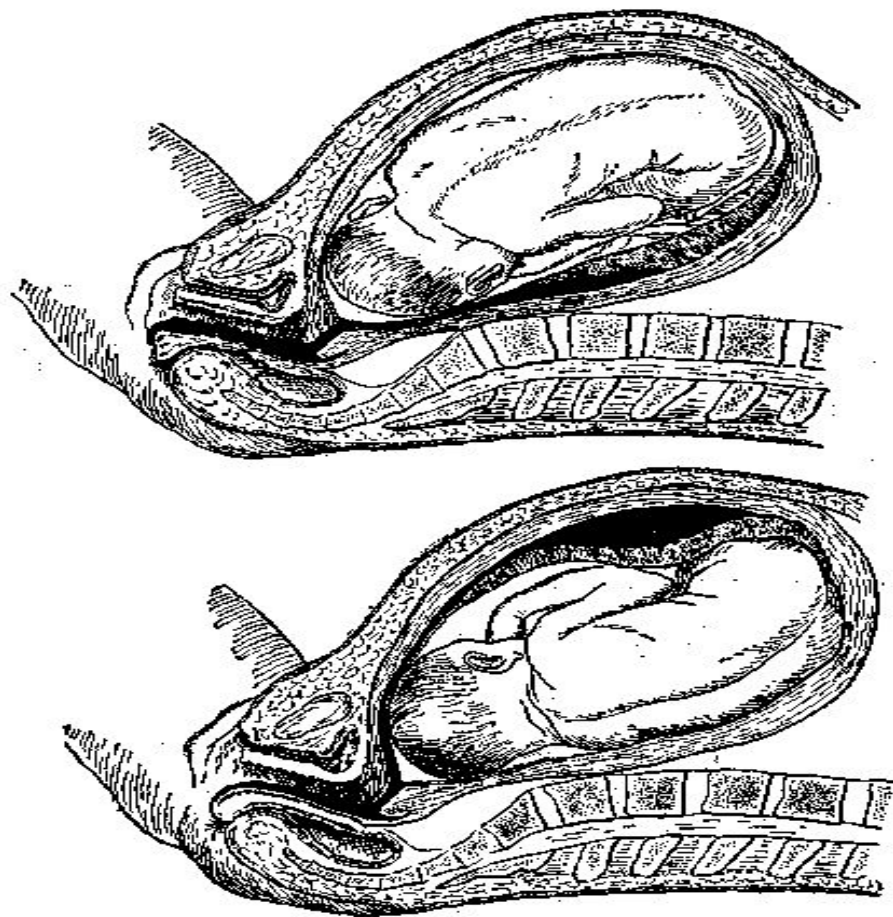


Патогенетические варианты ПОНРП

(з а к р ы т ы й т и п)

- Кровь не находит выхода из матки, ретроплацентарная гематома своим объемом растягивает мышцу матки и кровь проникает между мышечными волокнами, имбибируя стенку матки.
- **Формируется матка Кювелера (маточная апоплексия).**
- Наружного кровотечения нет или оно появляется намного позже и не соответствует истинной кровопотере

П О Н Р П



МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНАЯ АПОПЛЕКСИЯ «МАТКА КУВЕЛЕРА» (Couvelaire)



Клиника ПОНРП средней степени тяжести

- **Прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода:** тахикардия – брадикардия – аритмия: более выраженная при закрытом типе.
- **Локальная симптоматика (матка):**
 - **боль, болезненность в месте отслойки и повышение тонуса матки (закрытый тип),**

Клиника ПОНРП тяжелой степени

!!!

- *Превышение кровопотери сверх 1% от массы тела (патологическая компенсированная) приводит к появлению симптомов*

геморрагического шока:

тахикардии, снижению систолического и диастолического АД, повышению шокового индекса.

- *Картина геморрагического шока и (или) внутриутробная гибель плода являются показателями тяжелой степени ПОНРП*

Клиника ПОНРП = ДВС синдром

- **Массивное поступление в кровеносное русло тканевого и тромбоцитарного тромбопластина способствует быстрому развитию ДВС-синдрома, особенно на фоне тяжелого гестоза второй половины беременности и (или) гибели плода:**
- *Фаза гиперкоагуляции (очень кратковременная)*
- *Фаза гипокоагуляции*
- *Фаза гипокоагуляции с активацией фибринолиза (лизируются уже образовавшиеся тромбы)*

Параклиническая диагностика ПОНРП

- *УЗИ с ЦДК, КТГ плода.*
- *Лабораторные тесты на повышение в крови продуктов деградации фибрина (РФМК) и снижение количества тромбоцитов в динамике.*

Лечение ПОНРП

- В современном акушерстве диагноз **«ПОНРП средней или тяжелой степени»** - показание к экстренному родоразрешению путем операции кесарева сечения.
- Подготовка к операции, операция и послеоперационный период проводятся на фоне ИТТ, целью которой является:
 - а) *восполнение кровопотери*
 - б) *профилактика и лечение ДВС-синдрома*

Особенности оперативного родоразрешения при ПОНРП:

- После извлечения плода и последа производится оценка:
- *Состояния матки (матка Кювелера)*
- *Наличия и характера кровотечения (гипотоническое, гипокоагуляционное)*
- *Матка Кювелера и (или) продолжающееся кровотечение (не купированный ДВС-синдром) являются показанием для удаления матки.*

Послеоперационный период при ПОНРП

- Продолжение ИТТ
- Лечение ДВС-синдрома
- Массивная
антибиотикопрофилактика
ГСЗ

Профилактика ПОНРП !!!

Выделение групп риска в ЖК:

- ЭГЗ с проявлениями ангиопатий (*сахарный диабет, артериальная гипертензия, аутоиммунные заболевания*).
- Местные изменения, обусловленные травмой и (или) воспалением (ОАГА).

Профилактика ПОНРП

- Борьба с абортами и ИППП (местный фактор)
- Санация ЭГЗ (тотальная ангиопатия) перед наступлением беременности и в ранние сроки
- Профилактика, своевременная диагностика и лечение преэклампсии (гестоза)
- Досрочное родоразрешение пациенток с преэклампсией на фоне ЭГЗ

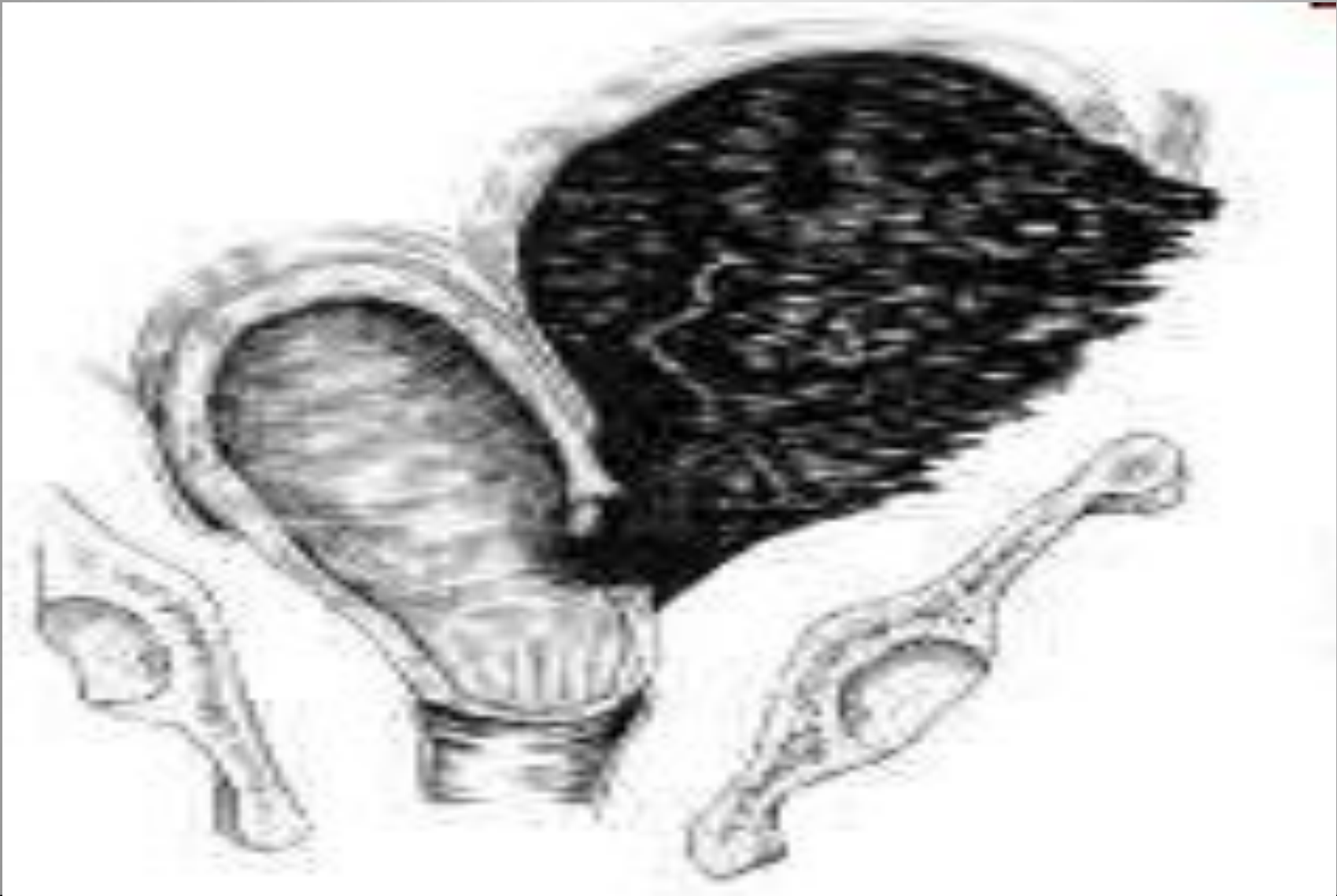
Разрывы матки

- *Классический насильственный разрыв матки в втором периоде родов (Бандлевский)*
- *Гистопатический разрыв матки при беременности и в родах (Вербовский)*

Классический разрыв матки

- **Перерастяжение нижнего сегмента в начале второго периода родов в связи с клиническим несоответствием размеров таза матери и головки плода**
(анатомически узкий таз, крупный плод, аномальные вставления головки плода, запущенное поперечное положение).

Свершившийся насильственный разрыв матки в нижнем сегменте



Угроза классического разрыва матки

В начале второго периода (полное открытие) наблюдаются симптомы перерастяжения нижнего сегмента:

- *Головка плода малым сегментом во входе в таз*
- *Возможна бурная родовая деятельность (потуги) или развитие вторичной слабости родовой деятельности*
- *Боль сохраняется между схватками*
- *Нижний сегмент при пальпации болезненный*
- *Высокое стояние контракционного кольца (матка формы песочных часов)*
- *При влагалищном исследовании отёк стенок влагалища и шейки матки*
- *Признаки прогрессирующего страдания плода*

Свершившийся классический разрыв матки

Местно: картина острого живота

(боль, болезненность, симптомы раздражения брюшины), возможна раздельная пальпация сократившейся матки и плода, находящегося вне матки, сердцебиение плода отсутствует

Общее состояние - нарастающий шок смешанного генеза (кровопотеря и боль): тахикардия, снижение АД систолического и диастолического

Что делать?

- Угрожающий разрыв матки – показание к экстренному КС.
- Свершившийся разрыв матки – показание к экстренной лапаротомии, ревизии брюшной полости, туалету, дренированию на фоне проведения ИТТ и антибиотикотерапии в максимальных дозах (высокий риск перитонита).
- Вопрос о матке (удаление или ушивание) решается индивидуально: наличие детей, давность и обширность разрыва, возможности лечебного учреждения

Гистопатический разрыв

- **Разрыв несостоятельного миометрия** (рубцовая ткань, дистрофические изменения) **от растяжения во время беременности и родов:**

1. Послеоперационные рубцы на матке

(кесарево сечение, консервативная миомэктомия, метропластика, перфорация во время аборта).

2. Гистопатические изменения (операционного рубца нет):

посттравматические (аборты) и\или

Клиника гистопатического разрыва: *(разрежение изношенной ткани)*

- Наблюдается во время беременности и в родах
- Клиника растянута во времени, стёртая, симптомы неспецифические (локальная боль и болезненность, вегетативные жалобы, симптом ниши): угроза прерывания беременности, патологический прелиминарный период)

Гистопатический разрыв по рубцу

- Несостоятельный рубец (*акушерский или гинекологический, локализация, течение послеоперационного периода, давность рубца, эхоскопическая характеристика в динамике*) – плановое оперативное родоразрешение.
- Угроза разрыва (*есть жалобы и симптомы*) является показанием к срочному родоразрешению

Гистопатический разрыв матки

Послеоперационного рубца нет, но есть гистопатические изменения мышцы матки о которых мы не знаем!!

1. Манифестация при подготовке к родам и в родах аномалиями сократительной деятельности матки.
2. Провоцируется разрыв утеротониками (*родовозбуждение и стимуляция*) и форсированным ведением второго периода (*приём Кристеллера, щипцы, вакуум*).

Клиника свершившегося гистопатического разрыва матки:

- Прекращение родовой деятельности.**
- Гибель плода.**
- Локальная симптоматика**
(болезненность при пальпации, симптомы раздражения брюшины).
- Нарастание картины шока (**
тахикардия, снижение АД – систолического и диастолического).

Профилактика гистопатических разрывов матки (*без рубца*).

- **Борьба с абортами и воспалительными заболеваниями матки.**
- **Мониторинг состояния плода и родовой деятельности в процессе проведения родовозбуждения и родостимуляции.**

До новых встреч !

**Желаю вам полного
клинического соответствия
ваших знаний акушерства и
требований ГАК.**

С уважением !

Н. Фадеева