Текст лекции по теме занятия№16: Акушерские кровотечения во время беременности и в родах. Принципы диагностики и оказания неотложной помощи.

Изучаемые вопросы:

причины, клиника, диагностика, шеечной беременности. Оказание неотложной помощи.

причины, клиника, диагностика предлежания плаценты, ПОНРП. Оказание неотложной помощи

Причины, клиника, диагностика шеечной беременности. Оказание неотложной помощи.

*Кровотечения в первой половине беременности*

Кровотечения, возникшие до 22 нед беременности, называют кровотечениями в первой половине беременности, или кровотечениями в раннем периоде беременности (ВОЗ, 2002).

По этиологии кровотечения во время беременности разделяют на не связанные с беременностью и связанные с беременностью, или на неакушерские и акушерские (ВОЗ, 2002). Кровотечение может возникнуть при сочетании акушерских и неакушерских причин.

Причины неакушерских кровотечений:

- псевдоэрозия шейки матки;

- полип шейки матки;

- рак шейки матки;

- варикозное расширение вен влагалища и наружных половых органов;

- травмы и ушибы влагалища и наружных половых органов

Причины кровотечений, связанных с беременностью:

- самопроизвольный аборт (начавшийся, аборт в ходу, неполный аборт);

- кровотечение после медицинского аборта;

- попытка криминальиоrо прерывания беременности (в любом сроке, чаще в раннем сроке);

- прервавшаяся внематочная беременность (шеечная беременность);

- трофобластическая болезнь;

- предлежание или низкое прикрепление плаценты;

- ПОНРП.

*Шеечная беременность* подразумевает локализацию плодного яйца в перешейке или шеечном канале матки. Шеечная беременность из-за недостаточного кровоснабжения ворсин хориона, которые часто прорастают в мышечную ткань, прерывается в ранние сроки. Прерывание шеечной беременности сопровождается обильным, трудно останавливаемым кровотечением. Развитию шеечной беременности способствуют либо отсутствие выраженного децидуального слоя (аборты или кесарево сечение в анамнезе, внутриматочные синехии, миома матки, ЭКО), либо пониженная ферментативная активность плодного яйца.

Диагностика основывается на следующих данных:

- при двуручном исследовании определяется растянутая шарообразная шейка, над которой пальпируется плотное тело матки, имитирующее миоматозный узел;

- с началом манипуляции - введения зонда, кюретки - появляется обильное кровотечение;

- при кровотечении из шеечного канала матка плотная;

- по данным УЗИ полость матки без плодного яйца - оно обнаруживается в шеечном канале.

Шеечную беременность дифференцируют с абортом в ходу (плодное яйцо переместилось в шеечный канал); с раком шейки матки и шеечным миоматозным узлом (отсутствуют признаки беременности).

*Лечение и оказание неотложной помощи.* Как временное мероприятие для остановки кровотечения можно использовать тугую тампонаду или ввести в шеечный канал баллонный катетер с последующим его раздуванием. После остановки кровотечения следует удалить плодное яйцо, затем наложить поперечные швы на ложе. Эффективным методом остановки кровотечения является эмболизация маточных артерий, после чего плодное яйцо легко удаляется кюреткой. При отсутствии возможности эмболизации и продолжающемся кровотечении показана экстирпация матки без придатков.

Шеечная и перешеечно-шеечная беременность. При истинной шеечной беременности плодное яйцо развивается только в шеечном канале. При шеечно-перешеечной беременности плодовместилищем являются шейка матки и область перешейка.

Трофобласт, а затем и ворсины хориона плодного яйца, имплантировавшегося в шейке и области перешейка, пенетрируют слизистую оболочку и проникают в мышечный слой. Расплавление мышечных элементов и сосудов приводит к кровотечению и нарушению развития беременности.

В ранние сроки беременность протекает без специфических проявлений. Затем появляются кровянистые выделения из половых путей. Позже появляется кровотечение, которое может быть умеренным, обильным или профузным.

Диагностика шеечной и перешеечно-шеечной беременности затруднена. При истинной шеечной беременности шейка матки колбообразно увеличена, тело матки не соответствует сроку беременности, наружный зев располагается эксцентрически.

При шеечной беременности, когда плодное яйцо прикрепляется в верхней части шеечного канала, и перешеечно-шеечной беременности данные гинекологического исследования не являются показательными. Основными симптомами, позволяющими заподозрить заболевание, служат периодически возобновляющиеся кровотечения, которые с увеличением срока беременности становятся более интенсивными.

Диагноз устанавливается на основании данных ультразвукового обследования.

Причины, клиника, диагностика предлежания плаценты, ПОНРП. Оказание неотложной помощи.

Кровотечения вследствие предлежания и преждевременной отслойки плаценты возникают после 22 нед беременности и могут быть массивными.

Кровотечения, возникающие после 22 нед беременности, называют кровотечениями во второй половине беременности, или дородовыми кровотечениями (ВОЗ, 2002).

Причины кровотечений в первом и во втором периодах родов такие же, как и после 22 нед беременности. Они могут быть акушерскими и неакушерскими. Все акушерские кровотечения являются маточными.

Срок беременности 22 нед - условное разделение, так как методы борьбы с кровотечением при любом сроке беременности и в родах основаны на одинаковых принципах. Полностью остановить кровотечение удается только после удаления плодного яйца из матки. Только при таком условии можно добиться сокращения матки и в полном объеме проводить противошокоые мероприятия, позволяющие спасти жизнь матери.

Предлежанием плаценты называют ее аномальное расположение: в области нижнего сегмента под предлежащей частью плода; при этом плацента частично или полностью перекрывает внутренний зев.

Причины аномалий расположения плаценты окончательно не выяснены.

В формировании предлежания плаценты выделяют два фактора: маточный и плодовый, точнее, плодного яйца.

 Аномалии прикрепления плаценты возникают при атрофических и дистрофических процессах в слизистой оболочке матки. Оплодотворенная яйцеклетка (зигота) не может имплантироваться в патологически измененную слизистую оболочку дна и тела матки и спускается в нижние отделы.

Причинами развития патологических процессов в эндометрии могут быть хроническое воспаление и дистрофические изменения в нем после абортов и родов, рубцы после операций на матке (кесарево сечение, консервативная миомэктомия, перфорация матки и др.), многократные роды, пожилой возраст первородящих, курение, прием наркотиков, септические осложнения в послеродовом периоде и после абортов в анамнезе.

Правильному прикреплению зиготы мешают изменения пространственных соотношений в матке и состояние ее стенок при миоме матки, аномалиях развития матки, инфантилизме. Ангиопатии у матери, обусловленные заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек и печени, СД, курением, нарушают кровообращение в органах малого таза, в том числе

в матке, и способствуют неправильной имплантации оплодотворенного яйца и образованию предлежания плаценты. Внутриматочные вмешательства ухудшают характеристики эндометрия с последующим формированием недостаточности плацентарного ложа и плаценты.

Иногда возникновение предлежания плаценты связано с особенностями самого плодного яйца. Оплодотворенное яйцо не может своевременно имплантироваться в области дна матки из-за запоздалого появления ферментативных процессов в трофобласте. Оно приобретает имплантационную способность, опускаясь уже в нижние отделы матки, при этом ворсинчатый хорион разрастается в области внутреннего зева. Вследствие недостаточного развития децидуальной оболочки в области нижнего сегмента матки при предлежании плаценты часто возникает плотное прикрепление плаценты, иногда истинное врастание, особенно если имеется рубец на матке после предыдущего кесарева сечения.

Кровотечение при предлежании плаценты возникает вследствие отслойки плаценты от стенки матки. Такое расположение плаценты приводит к ее непрочному прикреплению к матке, разрыву плацентарных сосудов - возникает спонтанное кровотечение, не связанное с травмой.

*Классификация*

Различают полное, неполное предлежание плаценты и низкое ее прикрепление. В родах по мере раскрытия маточного зева степень предлежания может меняться, потому что отслойка нижнего края плаценты происходит медленнее, чем раскрытие маточного зева.

• Полное предлежание плаценты - ситуация, при которой внутренний маточный зев полностью перекрыт плацентой.

• Неполное предлежание плаценты - ситуация, при которой внутренний маточный зев не полностью перекрыт плацентой.

• Низкое прикрепление плаценты - ситуация, при которой нижний край плаценты расположен на расстоянии менее 7 см от внутреннего маточного зева при доношенной беременности (край плаценты при влагалищном исследовании пальпации не доступен).

*Клиническая картина*

Основной клинический симптом предлежания плаценты - кровотечение из матки. Вследствие формирования и растяжения нижнего сегмента во второй половине беременности или с началом родовой деятельности плацента отслаивается от стенок матки, и возникает кровотечение.

Кровотечение во время беременности появляется внезапно, без болевых ощущений, может прекратиться, а спустя некоторое время возникнуть вновь. Не всегда сила кровотечения соответствует степени предлежания плаценты: при полном предлежании плаценты может быть небольшое кровотечение, неполное предлежание может сопровождаться сильным кровотечением. Чем ниже расположена плацента, тем раньше возникает и обильнее бывает кровотечение. В связи с постоянной кровопотерей у беременных развивается анемия. При полном предлежании плаценты кровотечение начинается рано, во II триместре беременности, может быть сразу обильным или в виде скудных кровяных выделений, может прекратиться на некоторое время и вновь возникнуть.

В последние недели беременности, когда появляются предвестники родов, кровотечение возобновляется и/или усиливается. Впервые кровотечение может возникнуть с первыми схватками.

В процессе родовой деятельности плацента все более отслаивается, и кровотечение усиливается. Перекрывающая внутренний зев плацента не позволяет предлежащей части вставиться во вход в малый таз, а тем более нет возможности вскрыть плодный пузырь, чтобы прекратить дальнейшую отслойку предлежащей плаценты.

При неполном предлежании плаценты кровотечение начинается в самом конце беременности, чаще в начале периода раскрытия или даже позже, когда произошло сглаживание и раскрытие маточного зева на 4-5 см.

При неполном предлежании плаценты сила кровотечения зависит от величины предлежащего участка плаценты.

В настоящее время для определения предлежания плаценты во время беременности и в родах используют ультразвуковое исследование.

*Дифференциальная диагностика*

С целью исключения других источников кровотечения из родовых путей обязателен осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал, проводимый при развернутой большой операционной. Кровяные выделения сопровождают такие состояния, как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, шеечно-перешеечное предлежание плаценты, шеечная беременность.

Если во время родов кровотечение возникает вслед за излитием вод, сердцебиение плода становится угрожающим или исчезает совсем, то следует подумать о разрыве сосудов пуповины при оболочечном ее прикреплении. Иногда кровяные выделения, появившиеся вследствие начинающегося разрыва матки, ошибочно принимают за низкое прикрепление плаценты.

*Лечение и оказание неотложной помощи*

Беременных с предлежанием плаценты относят к группе высокого риска. Лечение следует проводить в стационарах второго или третьего уровня в зависимости от конкретного клинического случая. УЗИ во время беременности позволяет диагностировать аномальное расположение плаценты, начиная со II триместра беременности, проследить процесс «миграции» плаценты, обнаружить признаки ее отслойки.

При поступлении в стационар после обследования и постановки диагноза намечают план ведения и метод родоразрешения.

Тактика зависит от варианта предлежания плаценты, срока беременности или периода родов, состояния плода, сопутствующих осложнений беременности и соматических заболеваний, возраста женщины, исходов предыдущих беременностей, а главное - от объема и интенсивности кровотечения

При необильных кровяных выделениях с началом родовой деятельности возможно ведение родов через естественные родовые пути. При хорошей родовой деятельности и раскрытии маточного зева 4 см и более для профилактики или остановки кровотечения проводят раннюю амниотомию. Разрыв околоплодных оболочек способствует опусканию в малый таз головки плода, которая прижимает отслоившийся участок плаценты, прекращает дальнейшую отслойку и останавливает кровотечение. В дальнейшем роды могут протекать без осложнений.

Важно активное ведение третьего периода родов. Сразу после рождения плода обязательно производят ручное отделение плаценты и выделение последа, которое позволяет своевременно диагностировать истинное врастание плаценты, гипотонию матки или разрыв нижнего ее сегмента. Обязательно и назначение антибактериальной терапии.

Если после амниотомии кровотечение продолжается, производят кесарево сечение в экстренном порядке.

Одновременно с мероприятиями по остановке кровотечения проводят мероприятия по профилактике и борьбе с острой анемией, геморрагическим шоком, гипоксией плода и др.

*Осложнения и исход родов*

При кесаревом сечении после опорожнения матки возможно развитие ее атонии, которая при неэффективности органосохраняющих мероприятий потребует удаления матки.

Низкая сократительная способность нижнего сегмента матки и/или истинное врастание плаценты могут привести к массивному кровотечению в последовом и послеродовом периодах.

Самое серьезное осложнение при отслойке, предлежащей плаценты- это эмболия. Эмболия возникает вследствие того, что в сосудистое русло материнского организма из зияющих вен плацентарной площадки проникают пузырьки воздуха, кусочки инфицированных кровяных сгустков или околоплодные воды.

*Профилактика*

Профилактика предлежания плаценты заключается в борьбе с абортами, особенно криминальными, предупреждении и лечении воспалительных заболеваний половых органов, в частности эндомиометрита.

*Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) -* отделение нормально имплантированной плаценты от места своего прикрепления до рождения плода, т.е. во время беременности, в первом или втором периодах родов.

*Причины.*

• Чрезмерное растяжение матки (многоводие, многоплодная беременность, крупный плод).

• Непосредственная травма - падение, наружный поворот плода, грубое исследование и др.

• Косвенная травма - абсолютная и относительная короткость пуповины, поздний разрыв плодных оболочек, быстрое излитие околоплодных вод при многоводии, быстрое рождение первого плода при многоплодии, быстрые или стремительные роды.

• Нервно-психические факторы - испуг, стресс, возбуждение при половом сношении и др.

Патогенез

Механизм ПОНРП обусловлен разрывом сосудов, который приводит к нарушению кровообращения в межворсинчатом пространстве, кровотечению и образованию ретроплацентарной гематомы. При обширной отслойке возникает обильное внутреннее кровотечение. Если края плаценты связаны с маткой, ретроплацентарная гематома, увеличиваясь, смещается вместе с плацентой в сторону амниотической полости и при целом плодном пузыре повышает внутриматочное давление. Стенки матки растягиваются. Все слои стенки матки пропитываются кровью, которая попадает в околоматочную клетчатку, под серозную оболочку матки и даже в брюшную полость при нарушении целости серозной оболочки. Наружное кровотечение при этом отсутствует или незначительно.

При ретроплацентарной гематоме миометрий пропитывается кровью, вследствие чего матка теряет сократительную способность. Пропитывание матки может быть диффузным, а не только в месте плацентарной площадки. Такое состояние называют маточно-плацентарной апоплексией или маткой Кувелера.

Ведущие симптомы ПОНРП - локальная боль в области отслойки плаценты, гипертонус матки, анемия у матери вследствие внутреннего кровотечения и гипоксия плода.

По характеру боль может быть слабой или очень интенсивной; сначала боль локальная, а затем распространяется по всему животу.

При незначительной отслойке или отслойке по краю боль бывает незначительной или вообще отсутствует. При острой и обширной отслойке возникают острые распирающие постоянные боли в животе. Живот увеличивается в объеме.

Гипертонус матки проявляется ее напряжением, болезненностью (общей и локальной), при этом вне схваток матка не расслабляется.

У матери появляются признаки анемии и нарушения гемодинамики, головокружение, кратковременная потеря сознания. Сердцебиение плода изменяется или отсутствует.

Легкая форма, т.е. отслоение плаценты на небольшом участке (менее 1/3 поверхности плаценты), не сопровождается болевыми ощущениями.

При ПОНРП во время беременности могут появиться незначительные боли в животе, повышение тонуса матки, темные кровяные выделения из влагалища.

Если отслойка плаценты произошла в конце периода раскрытия или в периоде изгнания, возникает кровотечение, иногда ослабевает родовая деятельность, появляются признаки гипоксии плода. Роды обычно заканчиваются самопроизвольно, а признаки ПОНРП находят при осмотре плаценты.

При отслойке более 1/3 площади плаценты происходит гибель плода (сердцебиение плода не выслушивается).

В настоящее время своевременной диагностике ПОНРП помогает УЗИ.

*Лечение и оказание неотложной* *помощи.* Если матка пропитана кровью, не реагирует на механические и фармакологические воздействия (матка Кувелера), ее следует удалить. В случае развития ДВС-синдрома производят экстирпацию матки без придатков.

При живом плоде и наличии условий для влагалищного родоразрешения роды при головном предлежании заканчивают наложением акушерских щипцов, при тазовом - извлечением плода за тазовый конец, а при мертвом плоде - плодоразрушающей операцией (краниотомия).

При ПОНРП и родоразрешении через естественные родовые пути показано ручное отделение плаценты и выделение последа, ручное обследование стенок полости матки для исключения ее разрыва и гипотонии, а также для удаления возможных остатков плацентарной ткани и свертков крови.

*Профилактика*

Профилактика ПОНРП заключается в раннем выявлении и своевременном лечении гестоза, гипертонической болезни и хронических инфекций.

*Кровотечение, возникшее после рождения плода, но до выделения последа, называют кровотечением в последовом периоде.*

Кровотечение в последовом периоде происходит вследствие задержки последа или его частей в полости матки (нарушение сократительной деятельности матки, плотное прикрепление и истинное врастание плаценты), травмы мягких тканей родового канала (разрывы матки, шейки матки, влагалища, наружных половых органов, гематомы, врожденных нарушений свертывающей системы.

Диагноз задержки отделения плаценты от стенки матки ставят на основании отсутствия признаков отделения плаценты, а задержки частей последа в полости матки - на основании осмотра плаценты и оболочек после рождения последа.

Если на гладкой блестящей материнской поверхности плаценты обнаруживают неровности, шероховатости и углубления, из которых выделяется темная кровь, следует заподозрить дефекты плаценты. Обнаружение при осмотре оболочек обрывающихся сосудов свидетельствует о наличии добавочной дольки, которая осталась в матке. Если при осмотре последа есть сомнения в его целости, ставят диагноз «дефект последа» или «сомнение в целости последа».

*Лечение.* При задержке последа или его частей в матке применяют консервативные и оперативные методы лечения, при задержке частей последа - только оперативные.

Консервативные методы включают введение 5 ЕД окситоцина для усиления последовых схваток, способствующих отделению плаценты и прекращению кровотечения. Нельзя вводить препараты спорыньи, так как они вызывают спазм внутреннего зева. В случаях отделения плаценты от стенки матки появляются признаки отделения плаценты.

При задержке отделившегося последа в матке применяют наружные способы выделения последа из матки. Если консервативные методы не дают эффекта, и объем кровопотери приближается к 0,5% массы тела роженицы, приступают к оперативным методам лечения.

Оперативные методы лечения - это ручное отделение плаценты и выделение последа и контрольное ручное обследование стенок полости матки.

После ручного обследования стенок и полного опорожнения матка становится плотной. Оперативные методы лечения используют и при отсутствии кровотечения, если в течение 30 мин нет признаков отделения плаценты.

С целью предупреждения послеродовой инфекции во всех случаях оперативного вмешательства в последовом периоде назначают антибактериальную терапию.

При кровопотере 0,7% массы тела и более (420 мл при массе 60 кг или 560 мл при массе 80 кг) приступают к программированной инфузионно-трансфузионной терапии с целью восполнения ОЦК, одновременно проводят противошоковые мероприятия, симптоматическую терапию.

*Аномалиями* прикрепления плаценты называют нарушения самого процесса прикрепления плаценты к стенке матки, такие как плотное прикрепление плаценты или истинное ее врастание, приводящие к кровотечению в третьем периоде родов.

Врастание и плотное прикрепление плаценты возникают при морфологических изменениях стенки матки или самой плаценты.

Морфологические изменения в стенке матки появляются после перенесенных воспалительных заболеваний (эндомиометрит), при рубцах на матке (после операций, чрезмерного выскабливания стенок матки при абортах и диагностических вмешательствах), вследствие частых родов и абортов, опухолей (миома матки), пороков развития матки. Возникновению дегенеративных процессов в плаценте способствуют хронические инфекции, гестоз и перенашивание беременности.

Истинное врастание плаценты - очень тяжелое осложнение, возникающее чаще при повторных родах. В последнее время, однако, распространенность этого осложнения имеет тенденцию к увеличению в связи с повышением частоты кесарева сечения и оперативных вмешательств на матке, оставляющих на ней рубец.

Различают плотное прикрепление плаценты и истинное врастание плаценты.

• Плотное прикрепление плаценты - ситуация, при которой ворсины хориона не выходят за пределы компактного слоя отпадающей оболочки, но плотно соединены с ним вследствие атрофии губчатого слоя отпадающей оболочки.

• Истинное врастание плаценты - нарушение, при котором губчатый слой отпадающей оболочки отсутствует, и ворсины хориона проникают в компактный слой, прорастая его, доходят иногда до серозной оболочки матки.

Плотное прикрепление и истинное врастание плаценты могут быть полными, когда вся материнская поверхность плаценты прочно соединена со стенкой матки, и неполными, когда прочно соединена поверхность только отдельных долек, что и определяет клиническое течение последового периода.

Клиническая картина проявляется отсутствием признаков отделения плаценты в течение 30 мин и более после рождения плода. При частичном плотном прикреплении и истинном врастании плацента отделяется от стенки матки самостоятельно не вся, а лишь на каком-то участке, поэтому кровяные выделения появляются сразу, так как матка не может сократиться и остановить кровотечение из-за не отделившейся еще части плаценты.

Интенсивность кровотечения зависит от площади плацентарной площадки, с которой плацента потеряла связь, состояния нервно-мышечного аппарата матки и свертывающей системы крови. Кровотечение может быть сразу обильным, так как на уже отслоившемся участке плаценты вскрываются межворсинчатые пространства, заполняемые материнской кровью. Признаки отделения плаценты отсутствуют. Реакция роженицы на кровотечение зависит от объема теряемой крови.

*Лечение*

В последовом периоде при наличии кровотечения и отсутствии признаков отделения плаценты проводят консервативные мероприятия, способствующие сокращению матки и отслойке плаценты от ее стенок (внутривенное введение утеротонических средств, выведение мочи по катетеру).

Если признаков отделения плаценты нет, кровотечение продолжается, а величина кровопотери приближается к 0,5% массы тела, приступают к ручному отделению плаценты и выделению последа.

Последовательность мероприятий при кровотечении в третьем периоде родов

1. Катетеризация мочевого пузыря.

2. Катетеризация локтевой вены, внутривенное введение кристаллоидов с целью адекватной коррекции возможной кровопотери.

3. Введение утеротонических препаратов (окситоцин внутривенно капельно в дозе 5 ЕД в 500 мл 0,9% раствора натрия хлорида или по 0,5 мл внутримышечно через 15 мин 2 раза) для усиления сокращений матки.

4. Определение признаков отделения плаценты (Кюстнера-Чукалова, Альфельда, Шредера). При их наличии необходимо извлечь послед потягиванием за пуповину или одним из принятых способов (Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича), осмотреть родовые пути для исключения родовой травмы как источника кровотечения. При отсутствии признаков отделения плаценты в течение 30 мин показаны ручное отделение плаценты и выделение последа.

5. Ручное отделение плаценты и выделение последа. Если во время родов применяли эпидуральную аналгезию, ручное отделение плаценты и выделение последа производят до окончания действия анестетика. Если в родах обезболивание не применяли, указанную операцию осуществляют на фоне внутривенного введения обезболивающих средств (пропофол). После удаления последа матка обычно сокращается, плотно обхватывая руку. После сокращения матки руку выводят.

6. При подозрении на истинное приращение плаценты необходимо прекратить попытку отделения во избежание массивного кровотечения и прободения матки. После лапаротомии производят перевязку внутренних подвздошных артерий. При наличии ангиографической установки производят эмболизацию сосудов матки (наиболее приемлемый метод при диагностике приращения плаценты во время беременности). В указанной ситуации возможна катетеризация сосудов матки, а после извлечения ребенка - эмболизация. При перевязке внутренних подвздошных артерий и эмболизации сосудов возникают условия для иссечения участка матки вместе с вросшим участком плаценты и для ушивания дефекта.

7. При неэффективности всех вышеперечисленных методов производят ампутацию или экстирпацию матки.