

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения

Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой:

ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

«Кровотечения в 3 периоде родов и раннем послеродовом периоде. Классификация, клиника,
диагностика, лечение.»

Выполнила: клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии
лечебного факультета
Носова Л.А.

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

г. Красноярск

2018г.

Оглавление

Введение	3
Физиология III периода	3
Классификация	4
Клиническая картина	5
Показания к операции ручного отделения плаценты и выделения последа	5
Лечение	7
Гипотоническое кровотечение	8
Тактика	9
Акушерский травматизм	12
Список использованной литературы:	14

Введение

В настоящее время кровотечения остаются одной из основных причин материнской смертности, часто осложняют течение послеродового периода, часто приводят к развитию нейроэндокринной патологии в отдаленном периоде.

Физиология III периода. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах представляют грозную патологию, которая занимает одно из ведущих мест в структуре материнской смертности.

Кровопотеря в родах в пределах 0,3 % массы тела роженицы является неизбежной, она обусловлена гемохориальным типом плацентации и рассматривается как физиологическая. Прекращение кровотечения при нормальных родах обусловлено механизмами гемостаза. Во-первых, это контракция и ретракция мышечных волокон тела матки, благодаря которым кровь из маточных сосудов частично задерживается в межворсинчатых пространствах, частично выталкивается обратно в магистральные сосуды. Ретракция и контракция в свою очередь определяются тонусом матки. Во-вторых, при отделении плаценты происходит разрыв терминальных артериальных сосудов, просвет их сокращается, и они смещаются в глубокие слои миометрия, где подвергаются сдавливанию. В-третьих, большое значение имеет механизм тромбообразования, в результате которого останавливается кровотечение из мелких сосудов и капилляров. Способность крови к тромбообразованию связана с активацией ее свертывающих свойств, особенно в области плацентарной площадки, где создаются условия для повышенного местного тромбообразования. Доказано, что свертывание ретроплацентарной крови наступает в 12 раз быстрее, чем капиллярной. Причиной этого является избыток в плаценте и децидуальной ткани тромбопластических веществ и плазменных факторов свертывания. Все указанные механизмы обеспечивают относительно малую кровопотерю при неосложненных родах. При нарушении хотя бы одного из них возникают условия для кровотечения.

Для обеспечения гемостаза необходим нормальный механизм отделения плаценты. Продолжительность отделения плаценты в норме около 6 мин, а продолжительность последового периода составляет примерно 10 мин. При отсутствии кровотечения продолжительность наблюдения в последовом периоде не должна превышать 30 мин. С увеличением этого временного промежутка вероятность самостоятельного отделения плаценты снижается до 2-3 %, а вероятность кровотечения резко возрастает.

Нормальный механизм отделения плаценты в третьем периоде родов обеспечивается сокращениями матки после рождения плода, включая плацентарную площадку, резким падением внутриматочного давления. При этом

площадь плацентарной площадки резко уменьшается и рыхло соединенная со стенкой матки, не способная к сокращению плацента отделяется от стенки матки. Собственная тяжесть плаценты, растущая ретроплацентарная гематома также способствуют ее отделению. Плацента опускается в нижний сегмент и с помощью сокращения мышц брюшного пресса и влагалища выталкивается наружу. Процесс отделения плаценты может начинаться с центра или с периферии (центральное по Шульце и краевое отделение по Дункану).

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

Классификация

Плотное прикрепление плаценты встречается в среднем до 1% от общего количества родов, чаще встречается **частичное, реже полное**.

Приращение плаценты - результат частичного или полного отсутствия губчатого слоя децидуальной оболочки, вследствие чего ворсины хориона могут проникать в миометрий на всю глубину, вплоть до висцеральной брюшины. Различают **placenta accreta** - губчатый слой атрофирован, но ворсинки хориона не прорастают в миометрий, **placenta increta** - ворсинки хориона прорастают в миометрий, **placenta percreta** - ворсинки хориона прорастают в миометрий на всю глубину, вплоть до брюшины.

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

Развитию плотного прикрепления 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

Во избежание осложнений последовый период ведется строго выжидательно, при постоянном наблюдении за роженицей. Транспортировка рожениц в этом периоде недопустима. После рождения ребенка и опорожнения мочевого пузыря наблюдают за признаками отделения плаценты. Для того чтобы установить, что

плацента отделилась, достаточно 2-3 признаков. Если отделившаяся плацента не рождается самостоятельно и отсутствует кровотечение, прибегают к выделению последа наружными приемами с осмотром материнской поверхности.

Клиническая картина плотного прикрепления 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. Дифференцировать плотное прикрепление от истинного приращения плаценты возможно только при проведении ручного отделения плаценты. Плотное 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).

В случаях отсутствия кровотечения и признаков отделения плаценты в течение 30 минут приступают к операции ручного отделения плаценты и выделения последа.

Кровопотеря в количестве 200-250 мл (150-200 мл при анемии, гестозе, экстрагенитальной патологии) и продолжающееся кровотечение при отсутствии эффекта от наружных методов выделения отделившегося последа является показанием к операции ручного отделения плаценты и выделения 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
- Кровопотеря, превышающая физиологическую (200-250мл) и продолжающееся кровотечение при отсутствии эффекта от наружных методов выделения отделившегося последа

Опасность возникновения кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах увеличивается при нарушениях моторной функции матки, которые возникают у женщин после абортов, с воспалительными процессами в анамнезе, при многоводии, многоплодии, перерастяжении матки крупным плодом, при запоздалых родах, быстрых и стремительных родах, при эндокринных заболеваниях и патологии обмена. Патологическая плацентация, затрудняющая отслойку плаценты от стенки матки, чаще наблюдается у женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, при низкой плацентации, предлежании плаценты, при перенашивании, тяжелых формах гестоза, хронических инфекциях, аномалиях развития матки.

В случае угрозы кровотечения роженицам следует проводить профилактику внутривенным капельным введением препаратов тономоторного действия, начиная с конца второго периода родов: 5 ЕД окситоцина или 1 мл 0,02 % раствора метилэргометрина; 1 мл (5 мг) простагландина F_{2a} или 0,5 мг простаглаздина E-2 (простенон) в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия или 5 % раствора глюкозы с частотой 10-12 капель в минуту. Введение растворов продолжают в течение 20-30 мин последового периода.

Показанием к неотложному вмешательству в последовом периоде служит кровопотеря, превышающая физиологические границы (0,5 % массы тела), продолжительность последового периода свыше 30-40 мин при отсутствии кровотечения.

Следует помнить, что кровотечение может отсутствовать при спазме внутреннего зева или рогов матки с ущемлением отделившегося последа. Кровь при этом скапливается в полости матки, которая увеличивается в объеме, может приобретать шаровидную форму, становится напряженной. У роженицы отмечаются явления острой анемии. В подобных случаях следует применять спазмолитики, атропин, обезболивающие средства или давать наркоз для устранения спазма, после чего нередко плацента выделяется самостоятельно.

Нарушения процесса плацентации. Кровотечение при отсутствии признаков отделения плаценты наблюдается в случае нарушения процесса плацентации при приращении плаценты. В основе этого состояния лежит изменение структуры губчатого слоя базальной децидуальной оболочки (при метроэндометритах, рубцовых изменениях, в результате операций, нейротрофических нарушений вследствие выскабливания слизистой оболочки матки, при опухолях, инфантилизме, пороках развития, при слаборазвитой, неполноценной слизистой оболочке, при ее пониженной способности к воздействию ферментов трофобласта). Патология возникает и при имплантации плодного яйца в области перешейка и шейки матки (участки с физиологической гипотрофией эндометрия).

Различают ложное и истинное приращение плаценты. Ложное приращение, или плотное прикрепление плаценты (*placenta abhaerens*), - это состояние, при котором ворсины хориона проникают в глубокий базальный слой децидуальной оболочки. Отделение плаценты от стенки матки возможно только с помощью операции ручного отделения плаценты. В зависимости от глубины прорастания ворсин различают три варианта истинного приращения плаценты: *placenta accreta* (ворсины контактируют с миометрием, не внедряясь в него и не нарушая структуры); *placenta increta* (ворсины проникают в миометрий и нарушают его структуру); *placenta percreta* (ворсины прорастают миометрий до париетальной брюшины).

Приращение плаценты может быть полным и частичным. Кровотечение обычно отсутствует при полном приращении и появляется, когда отслаивается часть плаценты, нормально связанная с децидуальной оболочкой. На участке приращения плацента, естественно, не отделяется, что препятствует ретракции мышечных волокон в области плацентарной площадки, сосуды которой остаются открытыми и обильно кровоточат.

Диагноз основан на клинической картине и подтверждается отсутствием признаков отделения плаценты.

Лечение

данной патологии начинается с попытки ручного отделения плаценты. При ложном приращении удается сравнительно легко отделить плаценту от стенки матки и выделить послед, после чего кровотечение прекращается. В конце операции целесообразно произвести массаж матки на кулаке. Если в процессе операции обнаруживается серьезное препятствие ребру ладони, проникающему между плацентарной тканью и стенкой матки, то следует считать это истинным приращением плаценты. В подобной ситуации не следует применять усилия для отделения плаценты, так как это ведет к усилению кровотечения или прободению матки (насильственный разрыв). Единственным методом остановки кровотечения будет являться экстренная операция в объеме надвлагалищной ампутации или экстирпации (при шеечном расположении плаценты) матки без придатков.

В клинической практике встречаются ситуации, когда послед рождается самостоятельно, а приросшая часть плаценты (или ее добавочная доля) остается в матке и служит источником кровотечения. Диагноз устанавливается при тщательном осмотре последа. Задержка его частей в матке служит безусловным показанием к ручному обследованию стенок полости матки, при котором удаляют остатки плаценты. Кровотечение, связанное с задержкой частей последа в матке, может развиваться и в более поздние сроки послеродового периода. При этом также необходимо опорожнение матки. По прошествии 10-15 ч после родов применяют инструментальное обследование стенок матки большой тупой кюреткой (кюретаж).

Гипотоническое состояние матки считают ведущей причиной акушерских кровотечений в **раннем послеродовом периоде** (2-2,5 % общего числа родов).

Гипотоническое кровотечение

Гипотоническим кровотечением называют кровотечение, вызванное снижением тонуса матки в последовом и раннем послеродовом периодах. Полная потеря тонуса миометрия - атония. В акушерской практике подобное деление имеет чисто теоретическое значение, так как дифференцировать эти состояния очень трудно.

Причинами гипо- и атонических кровотечений служат нарушения функциональной способности миометрия к началу родов и в процессе родового акта: нарушение функции нервной системы, сосудистого тонуса, эндокринного баланса; истощение нервно-мышечного аппарата при длительном родовом акте, при форсированном ведении родов; применение в процессе родов лекарственных средств, снижающих тонус миометрия; дистрофические, рубцовые, воспалительные процессы при предыдущих абортах, операциях; опухоли, перерастяжение миометрия при многоводии, многоплодии, крупном плоде; инфантилизм, гипофункция яичников.

Гипотония - это чередующееся снижение и восстановление тонуса матки, а *атония* - пролонгированная тяжелая недостаточность сократительной функции миометрия, его неспособность обеспечить длительный и надежный гемостаз.

Гипотоническое кровотечение клинически характеризуется волнообразностью. Начинаться оно может в последовом или в первые минуты послеродового периода. Гипотония матки способствует нарушению процессов отделения и выделения последа или может быть их следствием. 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.

При нетяжелой начальной гипотонии и правильном лечении кровотечение может быть купировано в течение 15-30 мин. При тяжелой гипотонии быстро развиваются гиповолемия, геморрагический шок, синдром ДВС, что ухудшает прогноз.

В связи с этим необходимо распознать причину кровотечения, определить объем потерянной крови, реакцию организма на кровопотерю (компенсированная, декомпенсированная, геморрагический коллапс). Объем физиологической

кровопотери (до 250 мл) соответствует количеству крови, содержащейся в межворсинчатых пространствах. Потеря такого объема не отражается на общем состоянии роженицы, не требует включения компенсаторных механизмов. 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. Кровопотеря свыше 400 мл должна оцениваться как патологическая. При этом включаются механизмы компенсации: мобилизация крови из депо; централизация кровообращения; аутогемодилюция. При хороших адаптационных возможностях организма кровопотеря до 1-1,2 л может быть скомпенсирована, но иногда механизмы компенсации быстро истощаются, возникает и нарастает несоответствие ОЦК объему сосудистого русла и появляются признаки декомпенсации - геморрагического шока. Такие факторы, как анемия, хроническая гипоксия, хронический синдром ДВС, врожденные дефекты системы гемостаза, осложнения родов, экстрагенитальные заболевания, определяют индивидуальную реакцию на кровопотерю, которая не всегда предсказуема. Поэтому различают патологическую и декомпенсированную кровопотери.

Тактика

Тактику акушера при гипотонических кровотечениях следует соотносить с тяжестью общего состояния больной. При тяжелом состоянии поражение матки, как правило, необратимо и единственным методом лечения является ее оперативное удаление. При удовлетворительном и среднетяжелом состоянии больной применение методов консервативной остановки кровотечения следует считать условно перспективным. 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.

Оказывая помощь при гипотоническом кровотечении, целесообразно придерживаться следующей схемы: опорожнение мочевого пузыря; наружный массаж матки; применение холода на нижние отделы живота; использование утеротонических средств (одномоментное введение 1 мл окситоцина или 1 мл 0,02 % раствора метилэргометрина в 20 мл 40 % раствора глюкозы в вену; капельно внутривенно 5 мг простагландина F_{2a} или E₂ в 500 мл изотонического раствора хлористого натрия, возможно введение простагландинов в тех же дозах в шейку матки).

Сразу же по выявлении неэффективности тономоторных средств следует применять операцию ручного обследования послеродовой матки. Эффективность операции прямо пропорциональна величине кровопотери. Кроме того, ручное обследование позволяет своевременно диагностировать разрыв матки, который может протекать под видом гипотонического кровотечения. Безуспешность

указанных мероприятий служит показанием к оперативным методам лечения. От тампонады матки как метода борьбы с гипотоническим кровотечением следует отказаться, так как врач дезориентируется в величине кровопотери и оперативное вмешательство может быть запоздалым. Наложение клемм на параметрии, клеммирование шейки матки с ее низведением с целью прижатия сосудов могут быть использованы как временная мера при подготовке к операций (рис. 3-8).

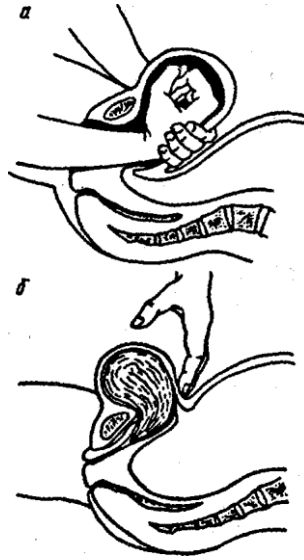


Рис. 3. Механические методы остановки маточного кровотечения:

а - метод сдавления матки и сосудов по Бакшееву; б - метод сдавления матки по Губареву—Рачинскому

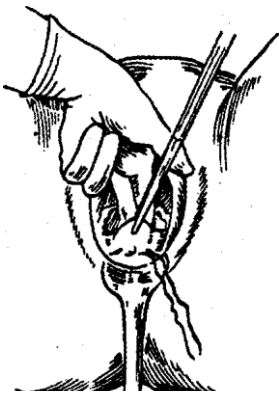


Рис.4. Наложение поперечного шва
маточного
на шейку матки по Лосицкой
Тиканадзе

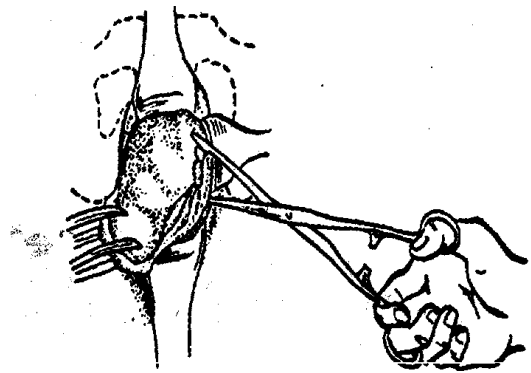


Рис.5. Метод остановки
кровотечения по Генкелю-
Тиканадзе

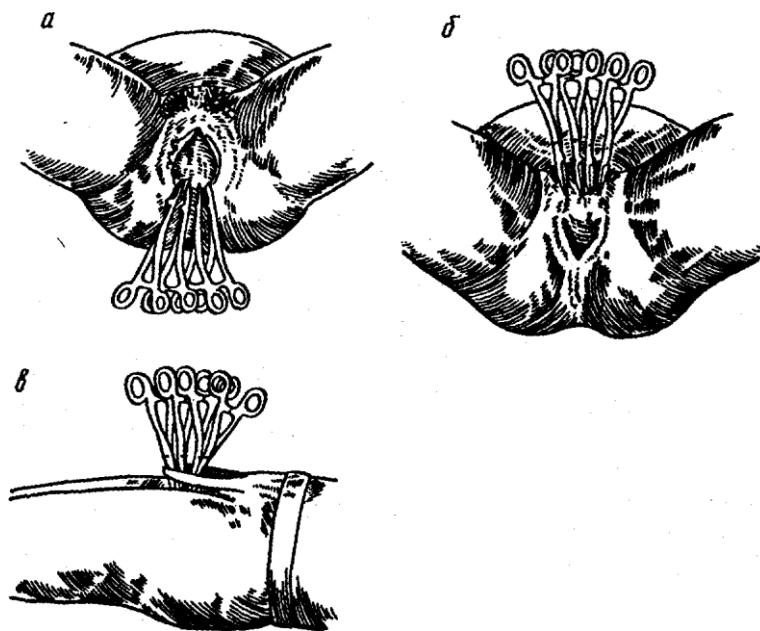


Рис. 6. Метод остановки кровотечения по Квантилиани:

a - вытягивание захваченной щипцами шейки матки книзу; *б*- поднятие шейки
матки кверху;

в -фиксирование вытянутой и поднятой шейки матки

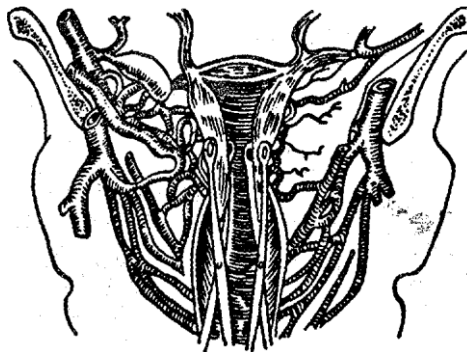


Рис.7.Метод клеммирования параметриев по Бакшееву

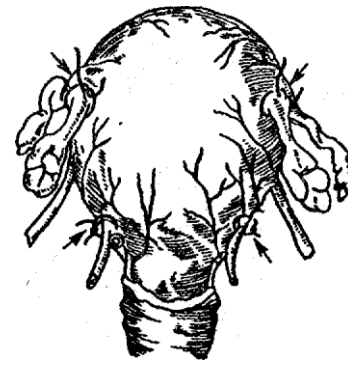


Рис.8. Перевязка сосудов матки (схема) по Цицишвили

Если операция выполнена при кровопотере 1300-1500 мл, имеется стабилизация функций жизненно важных систем, можно ограничиться надвлагалищной ампутацией матки. При явных нарушениях гемостаза, геморрагическом шоке, синдроме ДВС показана экстирпация матки. Для остановки паренхиматозного кровотечения после экстирпации матки производят перевязку внутренних подвздошных артерий.

Возможно применение эмболизации сосудов матки и таза (нехирургическое дотирование сосудов)..

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 включается донорская кровь, препараты крови, коллоидные и кристаллоидные растворы в количествах и соотношениях, определяемых степенью кровопотери и состоянием женщины.

Акушерский травматизм

Причиной кровотечения в раннем послеродовом периоде может служить разрыв матки, травма мягких родовых путей -шейки матки, стенок влагалища, промежности. При таких кровотечениях матка хорошо сократившаяся, дно ее располагается ниже пупка, изливающаяся кровь хорошо свертывается, образуя плотные сгустки.

Предрасполагают к повреждению мягких родовых путей снижение эластических свойств тканей у первородящих старшего возраста, рубцовые изменения, высокая промежность, быстрое продвижение головки плода, ее

прорезывание в разогнутом состоянии, роды крупным плодом, оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, извлечение плода при тазовом предлежании).

Разрывы шейки матки могут сопровождаться обильным кровотечением из нисходящих ветвей маточной артерии. Если разрыв распространяется на ткани свода влагалища или нижний сегмент матки, то кровотечение возникает из крупных венозных сосудов.

Диагноз уточняется при обязательном у всех родильниц осмотре матки с помощью зеркал. Кровотечение при разрывах шейки может быть причиной шока, а незашитые разрывы являются источником тяжелых гнойно-септических заболеваний в послеродовом периоде и в дальнейшем способствуют развитию истмико-цервикальной недостаточности. Устраняется кровотечение низведением шейки матки и наложением узловых кетгутовых швов от верхнего угла раны по направлению к началу разрыва. Для наилучшего заживления рекомендуется двухрядный шов на шейку матки и П-образный шов, который способствует лучшему сопоставлению краев раны.

В процессе родов возможен разрыв варикозно расширенных сосудов влагалища и наружных половых органов с обильным кровотечением. На поврежденные сосуды накладываются швы и давящий марлевый тампон или валик на наружные половые органы.

Кровотечение при глубоких разрывах влагалища останавливается при их зашивании. Дополнительно можно использовать цианакриловый клей, тугую тампонаду влагалища и прямой кишки тампоном, смоченным вазелиновым маслом. Гематомы влагалища прошивают (со вскрытием или без него) или туго тампонируют на 24 ч. Чаще всего влагалищные гематомы появляются в верхнем и среднем отделе влагалища и могут распространяться ко входу во влагалище и на область широких связок. Развитие гематомы сопровождается болями, чувством напряжения, позывами к дефекации, иногда, при больших гематомах, наблюдается анемизация. Помимо ушивания гематомы следует принять меры для профилактики инфекции.

Разрывы промежности обычно не сопровождаются значительным кровотечением, распознаются при осмотре и зашиваются с учетом характера и степени повреждения.

Тактика ведения родильниц зависит от степени кровотечения, состояния родовых путей, наличия признаков инфекции.

Список использованной литературы:

- 1) Клинические рекомендации (протокол) Профилактика, лечение, и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях. Адамян Л.В., Серов В.Е. и др. 2014
- 2) Национальное руководство по акушерству и гинекологии под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. 2015
- 3) Клинические рекомендации акушерство и гинекология под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих.