

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

М.Ф. Киселевич, М.М. Киселевич

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Учебное пособие



ЭПИЦЕНТР

Белгород 2025

УДК 618.3/7-005.1-092-07-08

ББК 57.1я 162

К 44

Печатается по разрешению редакционно – издательского совета
Белгородского государственного национального
исследовательского университета

Р е ц е н з е н т ы:

Н.В. Сухих – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии
НИУ «БелГУ»;

О.Н. Козаренко – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии
НИУ «БелГУ»

Киселевич М.Ф.

К 44 АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ : учебное пособие /
М.Ф. Киселевич, М.М. Киселевич. – Белгород : ООО «Эпицентр»,
2025. – 108 с.

ISBN 978-5-6053538-7-4

В учебном пособии в доступной форме излагаются кровотечения, возникающие во время беременности, в родах и в послеродовом периоде. В пособии представлены данные об этиологии и патогенезе акушерских кровотечений, методах диагностики, современные методы оказания неотложной медицинской помощи и тактика при различных видах кровотечений.

Пособие предназначено студентам и преподавателям медицинских вузов, ординаторам и практическим врачам.

УДК 618
ББК 57.1я 162

ISBN 978-5-6053538-7-4

© Киселевич М.Ф., Киселевич М.М., 2025
© НИУ «БелГУ», 2025

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
<i>Глава 1. КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</i>	6
1.1. КРОВОТЕЧЕНИЯ В I ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ	6
1.1.1 Кровотечения, не связанные с беременностью	6
1.1.1.1. Беременность и кровоточащая псевдоэрозия (эктопия) шейки матки	6
1.1.1.2. Беременность и кровоточащий полип шейки матки	7
1.1.1.3. Беременность и рак шейки матки.....	7
1.1.1.4. Беременность при травмах влагалища, наружных половых органов и кровотечения из варикозно расширенных вен	8
1.1.2. Причины кровотечений, связанных с беременностью... ..	8
1.1.2.1. Самопроизвольный аборт.....	8
1.1.2.2. Внематочная беременность.....	15
1.1.2.3. Шеечная и перешеечно-шеечная беременность	19
1.1.2.4. Пузырный занос	21
1.2. КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО II ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ	24
1.2.1. Предлежание плаценты	25
1.2.2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.....	35
1.2.3. Разрыв матки по рубцу	44
1.2.4. Разрыв предлежащих сосудов пуповины	44
1.2.5. Рак шейки матки.....	45
1.2.6. Трофобластическая опухоль	45
1.2.7. Алгоритм обследования беременных с кровянистыми выделениями	49

<i>Глава 2. КРОВОТЕЧЕНИЯ В РОДАХ</i>	50
2.1. Кровотечения в I и II периоде родов	50
2.2. Кровотечения в последовом (III) периоде родов	51
2.3. Аномалии прикрепления (врастания) плаценты	56
2.4. Травмы родовых путей	59
2.5. Дефекты гемостаза	60
<i>Глава 3. КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ</i>	61
3.1. Кровотечения в раннем послеродовом периоде.....	61
3.1.1. Задержка частей последа в полости матки	61
3.1.2. Гипотония матки и атония матки	62
3.2. Методы измерения кровопотери в родах.....	70
3.3. Кровотечения в позднем послеродовом периоде	71
3.4. Профилактика акушерских кровотечений.....	75
<i>Глава 4. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ШОК В АКУШЕРСТВЕ</i>	78
<i>Глава 5. СИНДРОМ ДИССЕМНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ В АКУШЕРСТВЕ (ДВС)</i>	88
<i>Глава 6. ЭМБОЛИЯ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ</i>	95
КОНТРОЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ. ЗАДАЧИ	100
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	105

ВВЕДЕНИЕ

Акушерские кровотечения является одним из частых и грозных осложнений беременности и родов. Акушерские кровотечения занимают первое место среди причин материнской смертности во всем мире. Распространенность послеродовых кровотечений в мире составляет примерно 6% от всех беременностей, а тяжелых послеродовых кровотечений около 2%. От кровотечений, связанных с родами, в мире ежегодно умирают более 100000 женщин. В Российской Федерации в структуре материнской смертности кровотечения занимают второе-третье место после экстрагенитальных заболеваний и составляют около 14–15%. Это объясняется особенностями акушерских кровотечений, обычно внезапных и массивных. Отмечается тенденция к росту кровотечений, связанных с отслойкой нормально расположенной плаценты, патологией плацентации, нарушением состояния гемостаза.

Залогом успеха в лечении кровопотери в акушерстве является единый методологический подход и согласованность действий врачей различных специальностей: акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, трансфузиологов. Акушерские кровотечения относят к предотвратимым ситуациям, однако в развивающихся странах они остаются лидерами среди причин акушерских трагедий.

Все акушерские кровотечения разделяют по времени возникновения. Так, по данным ВОЗ принята классификация: 1) кровотечения во время беременности (акушерские и не акушерские); 2) кровотечения в последовом и послеродовом периодах (ранние послеродовые и поздние).

Отечественная классификация кровотечений в РФ: 1) в первой и во второй половине беременности; 2) в первом и во втором периодах родов; 3) в последовом периоде; 4) в послеродовом периоде: раннем и позднем.

Классификация США: 1) дородовое кровотечение (отслойка плаценты, предлежание плаценты); 2) послеродовое кровотечение: кровотечение в третьем периоде родов, атония матки, кровотечение при задержке частей плаценты, при истинном вращении плаценты, выворот матки, разрывы генитального тракта, послеродовые гематомы, разрыв матки.

В учебном пособии реализован поэтапный подход к изучению этиологии, клиники, постановки диагноза и лечения акушерских кровотечений. Пособие дополняет имеющуюся литературу для студентов.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кровотечения во время беременности наблюдаются в первой и во второй половине. Однако они в I и II половине беременности встречаются реже, чем кровотечения в родах и послеродовом периоде. Кровотечения в первой половине беременности необильные и не представляют опасности здоровью женщины. Во второй половине беременности они встречаются чаще до 0,3-0,5% и могут быть обильными и даже угрожать здоровью женщины.

1.1. КРОВОТЕЧЕНИЯ В I ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Кровотечения в первой половине беременности по определению ВОЗ считают от периода начала зачатия и до 22 недель.

Этиология кровотечений во время беременности может быть вызвана многими причинами, а некоторые из них представляют серьезную опасность для здоровья женщин.

В настоящее время причины возникновения кровотечения в первой половине беременности можно разделяют на две группы: а) кровотечения, не связанные с беременностью; б) кровотечения, связанные с беременностью.

1.1.1. Причины кровотечений, не связанных с беременностью, являются.

- псевдоэрозия шейки матки;
- полип шейки матки;
- рак шейки матки;
- варикозное расширение вен влагалища и наружных половых органов;
- травмы, ушибы влагалища и наружных половых органов.

1.1.1.1. Беременность и кровоточащая псевдоэрозия (эктопия) шейки матки

Кровяные выделения при псевдоэрозии шейки матки незначительные, безболезненные. Они могут возникать самопроизвольно, при напряжении (запор, поднятие тяжестей) или при механическом контакте (коитус, влагалищное исследование). При сочетании беременности с кровоточащей псевдоэрозией шейки матки для исключения начинающегося самопроизвольного аборта и рака шейки матки врач должен выполнить специальное обследование: осмотр шейки матки с помощью зеркал, бимануальное исследование, кольпоскопию, забор мазков для

микробиологического и цитологического исследования. При осторожном выполнении этих манипуляций обследование обычно не влияет на течение беременности. Лечение. Консервативное лечение (спринцевание, ванночки и тампоны) проводить нельзя из-за угрозы прерывания беременности. Хирургическое лечение также противопоказано т.к. возможны осложнения во время беременности и родах. Беременной дают совет избегать тяжелых физических нагрузок и половой связи. Лечение эрозии необходимо проводить после родов. При вагините и цервиците возможно назначение местного противовоспалительного лечения (вагинальные таблетки или свечи), после которого восстанавливают нормобиоценоз влагалища.

1.1.1.2. Беременность и кровоточащий полип шейки матки.

При полипе шейки матки беременная жалуется на скудные кровяные выделения из половых путей, которые возникают внезапно, без видимых причин, иногда после коитуса, не сопровождаются болями.

Диагноз ставят на основании осмотра шейки матки с помощью зеркал: в цервикальном канале или за пределами наружного зева виден полип багрово-синюшного цвета на длинной ножке, кровоточащий или не кровоточащий при осмотре или контакте. При полипе шейки матки врач проводит соответствующее исследование для исключения начинающегося аборта и рака шейки матки.

Лечение. Полипы требуют хирургического лечения – полипэктомии, Удаление полипа и выскабливание цервикального канала при беременности производить нельзя. Рекомендуют удалять полипы после родов. Децидуальные полипы могут самоампутироваться. Удаленный полип обязательно подвергают гистологическому исследованию.

1.1.1.3. Беременность и рак шейки матки.

При обнаружении рака шейки матки в первой половине беременности женщину немедленно госпитализируют в онкологический стационар. Прерывание беременности категорически противопоказано, поскольку это может спровоцировать массивное кровотечение и способствовать распространению злокачественного процесса. В таких случаях проводят радикальное хирургическое лечение – расширенную экстирпацию беременной матки.

При сроках беременности более 16 нед сначала производят малое кесарево сечение, затем удаляют матку, придатки, лимфоузлы. При выявлении заболевания в конце II или в III триместре целесообразно пролонгировать беременность до срока 34 нед, выполнить кесарево сечение,

затем после консультативного осмотра онкологом проводят расширенную гистерэктомию.

1.1.1.4. Беременность при травмах влагалища, наружных половых органов и кровотечении из варикозно расширенных вен.

Кровотечения могут возникнуть при механической травме (разрывы слизистой оболочки влагалища при падении, дорожно-транспортном происшествии, изнасиловании и др.), химической травме (ожоги химическими, лекарственными веществами) и при повреждении варикозно расширенных вен влагалища или наружных половых органов.

Беременную госпитализируют. Тактика и объем терапии зависят от обширности, глубины повреждения и интенсивности кровотечения. При механической травме устанавливают источник кровотечения, находят и лигируют кровоточащие сосуды. После остановки кровотечения и при отсутствии признаков инфекции восстанавливают нарушенную целостность тканей влагалища или наружных половых органов.

Ожоги слизистой оболочки влагалища и наружных половых органов могут быть обширными или проявляются в единичных или множественных язвах, легко кровоточат. Таким больным назначают обработку дезинфицирующими растворами и мазями (гели), обладающими противовоспалительными свойствами и способствующими эпителизации поврежденных поверхностей.

Варикозное расширение вен вульвы. При варикозном расширении вен кровотечения могут быть обильными, поэтому иногда приходится перевязывать кровоточащие сосуды.

1.1.2. Причины кровотечений, связанные с беременностью:

- самопроизвольный аборт (начавшийся, аборт в ходу, неполный аборт);
- кровотечение после медицинского аборта;
- попытка криминального прерывания беременности (в любом сроке, чаще в раннем сроке);
- прервавшаяся внематочная беременность;
- пузырный занос.

1.1.2.1. Самопроизвольный аборт

Самопроизвольный аборт является одной из самых частых причин кровотечения в 1 половине беременности. Самопроизвольный аборт это прерывание беременности до 22 недель. Частота самопроизвольных абортов

составляет от 10 до 20%. Около 80% этих потерь происходит до 12 нед беременности.

При учёте беременностей по определению уровня ХГЧ частота потерь возрастает до 31%, причём 70% этих абортот происходит до того момента, когда беременность может быть распознана клинически. В структуре спорадических ранних выкидышей 1/3 беременностей прерывается в сроке до 8 нед. по типу анэмбрионии.

Этиология. Лидирующим фактором в этиологии самопроизвольного прерывания беременности выступает хромосомная патология, частота которой достигает 82–88%.

Наиболее частые варианты хромосомной патологии при ранних самопроизвольных выкидышах – аутосомные трисомии (52%), моносомии X (19%), полиплоидии (22%). Другие формы отмечают в 7% случаев. В 80% случаев вначале происходит гибель, а затем экспульсия плодного яйца.

Вторым по значимости среди этиологических факторов выступает метроэндометрит различной этиологии, обуславливающий воспалительные изменения в слизистой оболочке матки и препятствующий нормальной имплантации и развитию плодного яйца. Хронический продуктивный эндометрит, чаще аутоиммунного генеза, отмечен у 25% так называемых репродуктивных здоровых женщин, прервавших беременность путём искусственного аборта, у 63,3% женщин с привычным невынашиванием и у 100% женщин с НБ.

Среди других причин спорадических ранних выкидышей выделяют анатомические, эндокринные, инфекционные, иммунологические факторы, которые в большей мере служат причинами привычных выкидышей. Причины спорадического самопроизвольного аборта чрезвычайно разнообразны и не всегда четко обозначены. К ним относят такие социальные факторы, как вредные привычки, вредные производственные факторы, неустроенность семейной жизни, тяжелый физический труд, стрессовые ситуации и др., а также медицинские факторы: генетические поломки кардио-типа родителей, эндокринные нарушения, пороки развития матки, инфекционные заболевания, предшествующие абортоты и др.

Факторы риска. Возраст выступает одним из основных факторов риска у здоровых женщин. По данным, полученным при анализе исходов 1 млн беременностей, в возрастной группе женщин от 20 до 30 лет риск самопроизвольного аборта составляет 9–17%, в 35 лет – 20%, в 40 лет – 40%, в 45 лет – 80%. Паритет. У женщин с двумя беременностями и более в анамнезе риск выкидыша выше, чем у нерожавших женщин, причём этот риск не зависит от возраста.

Наличие самопроизвольных аборт в анамнезе. Риск выкидыша возрастает с увеличением числа таковых. У женщин с одним самопроизвольным выкидышем в анамнезе риск составляет 18–20%, после двух выкидышей он достигает 30%, после трёх выкидышей – 43%. Для сравнения: риск выкидыша у женщины, предыдущая беременность которой закончилась успешно, составляет 5%.

Курение. Потребление более 10 сигарет в день увеличивает риск самопроизвольного аборта в I триместре беременности. Эти данные наиболее показательны при анализе самопроизвольного прерывания беременностей у женщин с нормальным хромосомным набором.

Применение нестероидных противовоспалительных средств в период, предшествующий зачатию. Получены данные, указывающие на негативное влияние угнетения синтеза ПГ на успешность имплантации. При использовании нестероидных противовоспалительных средств в период, предшествующий зачатию, и на ранних этапах беременности частота выкидышей составила 25% по сравнению с 15% у женщин, не получавших препараты данной группы.

Лихорадка (гипертермия). Увеличение температуры тела выше 37,7 С приводит к увеличению частоты ранних самопроизвольных аборт.

Травма, включая инвазивные методы пренатальной диагностики (хориоцентез, амниоцентез, кордоцентез), – риск составляет 3–5%.

Употребление кофеина. При суточном потреблении более 100 мг кофеина (4–5 чашек кофе) риск ранних выкидышей достоверно повышается, причём данная тенденция действительна для плода с нормальным кариотипом.

Воздействие тератогенов (инфекционных агентов, токсических веществ, лекарственных препаратов с тератогенным эффектом) также служит фактором риска самопроизвольного аборта.

Дефицит фолиевой кислоты. При концентрации фолиевой кислоты в сыворотке крови менее 2,1 нг/мл (4,9 нмоль/л) достоверно увеличивается риск самопроизвольного аборта с 6 до 12 нед беременности, что сопряжено с большей частотой формирования аномального кариотипа плода.

Гормональные нарушения, тромбофилические состояния служат в большей мере причинами не спорадических, а привычных выкидышей, основной причиной которых выступает неполноценная лютеиновая фаза.

По данным многочисленных публикаций, от 12 до 25% беременностей после ЭКО заканчиваются самопроизвольным аборт. В клинике в основном больные жалуются на кровянистые выделения из половых путей, боли внизу живота или в пояснице при задержке менструации.

Классификация. По времени возникновения аборт делятся на ранний до 16 нед. и поздний до 22 нед. В зависимости от клинической симптоматики различают стадии развития аборта: угрожающий аборт, начавшийся, аборт в ходу, неполный, полный и НБ (неразвивающаяся беременность) и привычный аборт (Рис. 1).

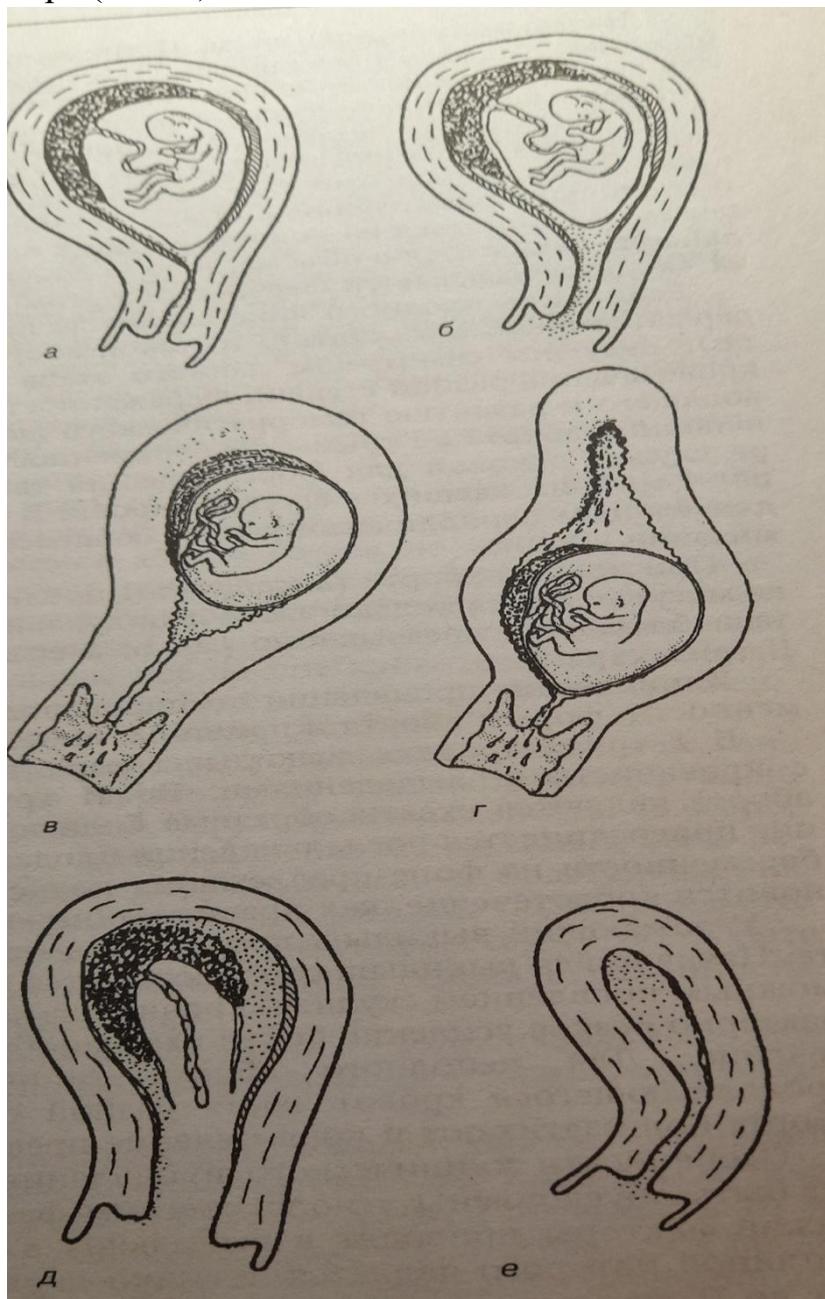


Рис. 1. Стадии аборта:

а – угрожающий аборт; б – начавшийся аборт; в – аборт в ходу;
г – шеечный аборт; д – неполный аборт; е – полный аборт

Кровотечения при самопроизвольно аборте в основном возникают в трех стадиях развития: начавшийся аборт, аборт в ходу и неполный аборт.

Угрожающий аборт проявляется повышением сократительной активности матки, тянущими болями внизу живота и пояснице. Тонус матки повышен, шейка матки не укорочена, внутренний зев закрыт, тело матки соответствует сроку беременности. Кровянистые выделения отсутствуют. При УЗИ регистрируют сердцебиение плода. Беременность можно сохранить.

Начавшийся аборт. При начавшемся аборте на фоне усилившихся сокращений матки происходит частичная отслойка плодного яйца от ее стенки и появляются кровянистые выделения. При этом усиливаются боли, нередко приобретающие схваткообразный характер, и появляются кровяные выделения из влагалища. Плодное яйцо отслаивается на небольшом участке, поэтому величина матки соответствует сроку беременности. Шейка матки сохранена, канал ее закрыт или слегка приоткрыт. Больная подлежит госпитализации и беременность можно сохранить.

Аборт в ходу. При аборте в ходу происходит полная отслойка плодного яйца от матки и определяются регулярные схваткообразные сокращения миометрия. Величина матки меньше предполагаемого срока беременности, в более поздние сроки беременности возможно подтекание околоплодных вод. Внутренний и наружный зев открыты, элементы плодного яйца в канале шейки матки или во влагалище. Кровянистые выделения могут быть различной интенсивности, чаще обильные. Сохранить беременность нельзя. Показана госпитализация в гинекологическое отделение с целью остановки кровотечения – выскабливание матки.

Неполный аборт. Характеризуется задержкой в полости матки элементов плодного яйца. Отсутствие полноценного сокращения матки и смыкания ее полости приводит к продолжающемуся кровотечению, что в некоторых случаях служит причиной большой кровопотери и гиповолемического шока. Чаще неполный аборт наблюдают после 12 нед беременности в случае, когда выкидыш начинается с излития околоплодных вод. При бимануальном исследовании матка меньше предполагаемого срока беременности, кровянистые выделения из канала шейки матки обильные, с помощью УЗИ в полости матки определяют остатки плодного яйца, во II триместре – остатки плацентарной ткани. Показана госпитализация в гинекологическое отделение и выскабливание матки.

Полный аборт. При полном аборте при беременности сроком менее 14–16 нед целесообразно провести УЗИ и при необходимости – выскабливание стенок матки, так как велика вероятность нахождения частей плодного яйца и децидуальной ткани в полости матки. В более поздние сроки при хорошо сократившейся матке выскабливание не производят. Целесообразно назначение антибактериальной терапии, лечение анемии по

показаниям и введение иммуноглобулина антирезус женщинам с резус-отрицательной кровью. В связи с тем, что окситоцин может оказывать антидиуретическое действие, после опорожнения матки и остановки кровотечения введение больших доз окситоцина должно быть прекращено.

В процессе операции и после неё необходимо введение внутривенно изотонического раствора натрия хлорида с окситоцином (30 ЕД на 1000 мл раствора) со скоростью 20 мл/ч (в ранние сроки беременности матка менее чувствительна к окситоцину). Проводят также антибактериальную терапию, при необходимости лечение постгеморрагической анемии. Женщинам с резус-отрицательной кровью вводят иммуноглобулин антирезус. Целесообразен контроль состояния матки методом УЗИ.

Инфицированный аборт – состояние, сопровождающееся лихорадкой, ознобом, недомоганием, болями внизу живота, кровянистыми, иногда гнойными выделениями из половых путей. При физикальном осмотре определяют тахикардию, тахипноэ, дефанс мышц передней брюшной стенки, при бимануальном исследовании – болезненную, мягкой консистенции матку; канал шейки матки расширен.

При инфицированном аборте (при микст бактериальных, вирусных инфекциях и аутоиммунных нарушениях у женщин с привычным невынашиванием, отягощённым антенатальной гибелью плода акушерским анамнезом, рецидивирующим течением генитальных инфекций) назначают иммуноглобулины внутривенно (50–100 мл 10% раствора гамимуна, 50–10 мл 5% раствора октагама и др.). Проводят также экстракорпоральную терапию (плазмаферез, каскадная плазмофильтрация), которая заключается в физикохимической очистке крови (удаление патогенных аутоантител и циркулирующих иммунных комплексов). Применение каскадной плазмофильтрации подразумевает дезинтоксикацию без удаления плазмы.

При отсутствии лечения возможна генерализация инфекции в виде сальпингита, локального или разлитого перитонита, септицемии.

Дифференциальная диагностика. Самопроизвольный аборт следует дифференцировать с доброкачественными и злокачественными заболеваниями шейки матки или влагалища. При беременности возможны кровянистые выделения из эктропиона. Для исключения заболеваний шейки матки проводят осторожный осмотр в зеркалах, при необходимости кольпоскопию и/или биопсию.

Кровяные выделения при выкидыше дифференцируют с таковыми при ановуляторном цикле, которые нередко наблюдают при задержке менструации. Отсутствуют симптомы беременности, тест на β субъединицу ХГЧ отрицательный. При бимануальном исследовании матка нормальных

размеров, не размягчена, шейка плотная, не цианотичная. В анамнезе могут быть аналогичные нарушения менструального цикла.

Дифференциальную диагностику также проводят с пузырьным заносом и внематочной беременностью.

При пузырьном заносе у 50% женщин могут быть характерные выделения в виде пузырьков; матка может быть больше срока предполагаемой беременности. Характерная картина при УЗИ.

При внематочной беременности женщины могут жаловаться на кровяные выделения, билатеральные или генерализованные боли; нередки обморочные состояния (гиповолемия), чувство давления на прямую кишку или мочевого пузырь, тест на бХГЧ положительный. При бимануальном исследовании отмечается болезненность при движении за шейку матки. Матка меньших размеров, чем должна быть на сроке предполагаемой беременности. Можно пропальпировать утолщенную маточную трубу, нередко выбухание сводов. При УЗИ в маточной трубе можно определить плодное яйцо, при её разрыве обнаружить скопление крови в брюшной полости. Для уточнения диагноза показаны пункция брюшной полости через задний свод влагалища или диагностическая лапароскопия. растительные седативные лекарственные средства (отвар пустырника, валерианы).

Лечение показано только при угрожающем и начавшемся аборте, если пациентка заинтересована в пролонгировании беременности, ее направляют на сохранение беременности. Лечение включает постельный режим, седативные средства, спазмолитики. При начавшемся аборте дополнительно назначают антифибринолитические средства, гестагены (дидрогестерон, вагинальный микронизированный прогестерон), при гиперандрогении используют кортикостероиды. При угрожающем выкидыше после 20-й недели применяют В-адреномиметики. Возможно использование немедикаментозных и физиотерапевтических методов лечения: иглоукалывания, электроаналгезии, эндоназальной гальванизации.

Гормональная терапия включает натуральный микронизированный прогестерон по 200-300 мг/сут (предпочтительнее) или дидрогестерон по 10 мг два раза в сутки, витамин Е по 400 МЕ/сут.

Дротаверин назначают при выраженных болевых ощущениях внутримышечно по 4 мг (2 мл) 2–3 раза в сутки с последующим переходом на пероральный приём от 3 до 6 таблеток в день (40 мг в 1 таблетке).

Метилксантины – пентоксифиллин (7мг/кг массы тела в сутки). Свечи с папаверином по 20–40 мг два раза в день применяют ректально.

Назначение при кровянистых выделениях беременным средств, влияющих на гемостаз (викасол, транексамовой кислоты, аминокaproновой кислоты и других препаратов), не имеет под собой оснований и доказанных

клинических эффектов в силу того, что кровотечение при выкидышах обусловлено отслойкой хориона (ранней плаценты), а не нарушениями коагуляции. Наоборот, задача врача – не допустить кровопотери, приводящей к нарушениям гемостаза.

Хирургическое лечение применяется у беременных с истмико-цервикальной недостаточностью.

1.1.2.2. Внематочная беременность

Внематочная беременность является одной из причин кровотечения в 1 половине беременности. Внематочная беременность – это беременность, при которой оплодотворенное яйцо имплантируется и развивается вне полости матки. Поэтому на практике часто ее называют *Gravitas extra uterina* или эктопическая беременность. Частота внематочной беременности варьирует от 4 до 12,6%. После перенесенной трубной беременности возникает бесплодие в 70 -80%.

Классификация. По месту локализации плодного яйца различают (Рис. 2):

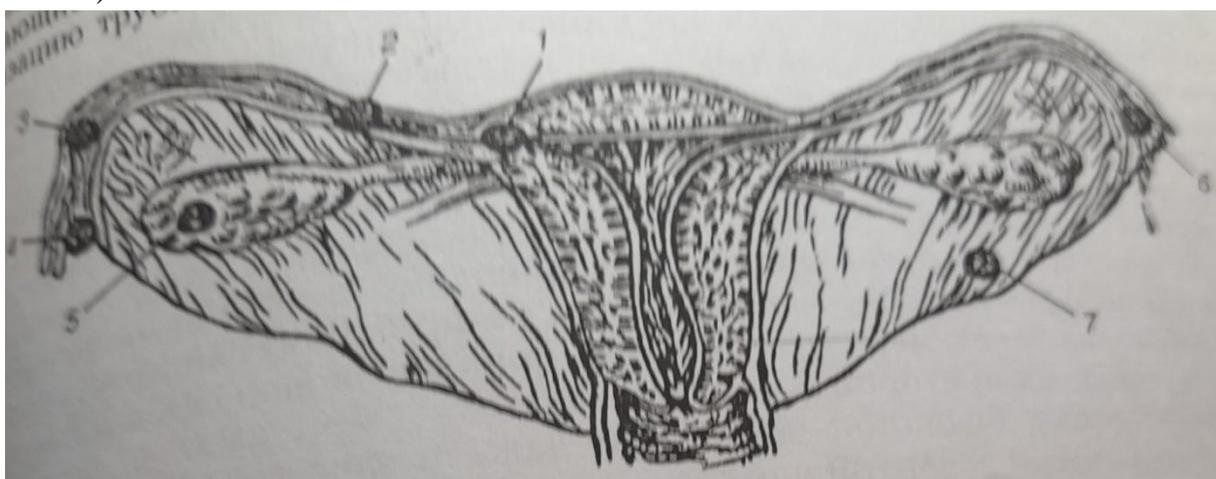


Рис. 2. Локализация внематочной беременности:

- 1 – интерстециальная; 2 – истмическая трубная; 3 – ампулярная трубная;
- 4 – трубно-яичниковая; 5 – яичниковая; 6 – трубный аборт;
- 7 – брюшная беременность

а) трубную беременность – оплодотворенное яйцо прикрепляется и развивается в просвете трубы;

б) яичниковую беременность – плодное яйцо развивается в лопнувшем фолликуле (0,1-0,7%);

в) брюшную беременность – плодное яйцо имплантируется в брюшной полости (на сальнике, кишечнике, печени и т.д.);

г) беременность в рудиментарном (добавочном) роге матки;

д) беременность в фимбриальном отделе маточной трубы.

На практике наиболее часто встречается трубная беременность (99%) (Рис. 3). Остальные разновидности внематочной беременности встречаются редко.

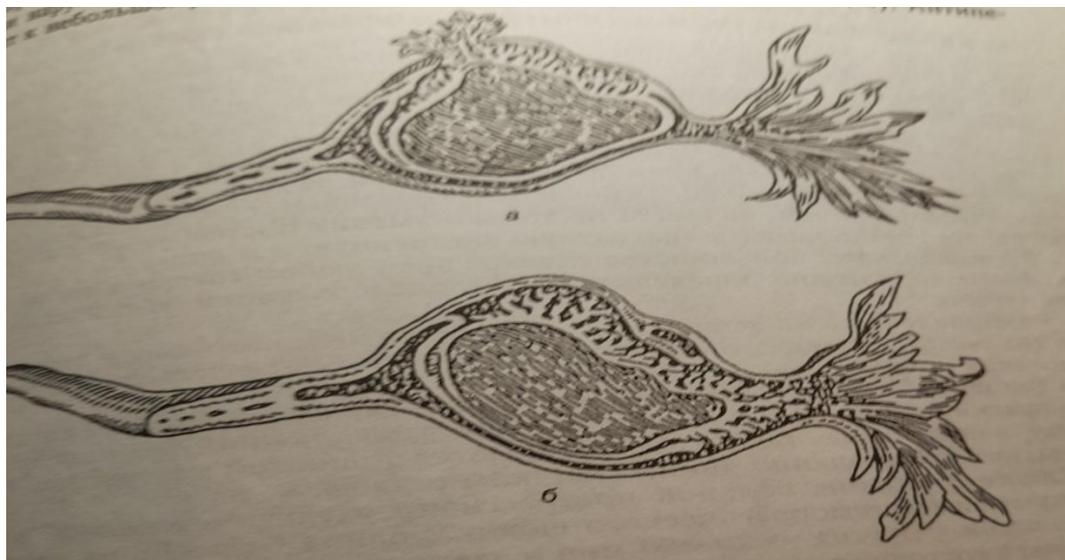


Рис. 3. Трубная беременность:

а – наружный разрыв плодместилища;

б – внутренний разрыв плодместилища

В зависимости от локализации плодного яйца выделяют:

а) ампулярную трубную беременность;

б) истмическую трубную беременность;

в) инстерстициальную трубную беременность.

Типичным местом имплантации плодного яйца является ампулярный отдел маточной трубы (80%), далее истмический отдел (17%) и редко инстерстициальный (1-3%). В редких случаях может встречаться многоплодная, двухсторонняя трубная беременность или сочетание трубной и маточной беременности.

Этиология трубной внематочной беременности:

- воспалительные изменения в трубе (изгибы, синехии, атрезии, рубцовые изменения и др.);

- инфантилизм внутренних половых органов (трубы тонкие, извитые, просвет их сужен);

- опухоли, сдавливающие маточные трубы (миома, кисты яичников).

Кроме того, способствующими факторами возникновения внематочной беременности являются: курение, алкоголизм, наркотические вещества, гормональные препараты (длительное лечение), ВМК,

эндометриоз, длительная послеродовая лактация, операции на маточных трубах.

По клиническому течению трубная беременность протекать в трех формах: прогрессирующая, по типу «трубного выкидыша» и разрыва маточной трубы. **Кровотечение возникает только при трубном выкидыше и разрыве маточной трубы.**

Клиника прогрессирующей трубной беременности. Прогрессирующая трубная беременность часто протекает по типу нормальной маточной беременности. Женщина жалуется на тошноту, рвоту, задержку менструации. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре на зеркалах отмечается синюшность слизистой половых губ, влагалища и шейки матки. При двуручном исследовании пальпируется слегка увеличенная матка. В области маточной трубы, где имплантировалось плодное яйцо, пальпируется образование тестоватой консистенции, ретортообразной формы или веретенообразной формы.

Прогрессирующую внематочную беременность дифференцируют с дисфункциональными маточными кровотечениями, маточной беременностью ранних сроков, гидросальпинксом, ретенционными кистами.

В диагностике заболевания важную роль имеют лабораторные исследования (ускоренное СОЭ, лейкоцитоз, глюкозурия, ХГ – хорионический гонадотропин), ультразвуковое сканирование, лапароскопия, диагностическое выскабливание матки.

Лечение прогрессирующей внематочной беременности только хирургическое в условиях гинекологического стационара. Некоторые авторы рекомендуют консервативные методы лечения прогрессирующей внематочной беременности. Для лечения применяют: метотрексат, винбластин, простагландины E2 и F2a, антипрогестероновый препарат RU- 486, трихосантин. Эти препараты применяют под контролем УЗИ

Клиника трубного выкидыша. При трубном выкидыше больная жалуется на схваткообразные боли внизу живота, постоянные или проходящие, мажущие кровянистые выделения из половых путей, задержку менструации. В маточной трубе происходит отслойка плодного яйца и в связи с этим у больной возникают схваткообразные боли в животе и кровотечение в брюшную полость. Часть крови из маточной трубы может забрасываться в матку, а за тем за ее пределы и возникает кровомазанье из половых путей. В дальнейшая у больной наступает клиника геморрагического шока, степень которого зависит от величины кровопотери.

Диагноз выставляют на основании анамнеза (жалобы на схваткообразные боли, задержку менструации, мажущих кровянистых выделений) и клиники больной. В диагностике важное значение имеет

гинекологический осмотр. При исследовании на зеркалах отмечаются незначительные кровянистые выделения из шейки матки. При двуручном исследовании задний свод влагалища выпяченный, болезненный, тело матки слегка увеличено, а в области пораженных придатков отмечается пастозность и болезненность придатков матки. В анализах крови картина гипохромной анемии. Для подтверждения диагноза широко используют УЗ-исследование, лапароскопию, пункцию заднего свода влагалища и др.

Заболевание дифференцируют с самопроизвольным абортom, обострением хронического сальпингоофорита, апоплексией яичника, острым аппендицитом и пищевым отравлением.

Клиника разрыва маточной трубы. Заболевание возникает внезапно с острой болью в животе («кинжальная» боль внизу живота). После разрыва маточной трубы возникает обильное кровотечение и постепенно возникает клиника геморрагического шока. Больная отмечает слабость, головокружение, шум в ушах. При осмотре кожные покровы бледные, дыхание учащенное, отмечается тахикардия (пульс до 100 уд. в мин), артериальное давление снижено. Живот слегка вздутый, при пальпации его отмечается положительный симптом Щеткина-Блюмберга, френикус-симптом и др.

Распознать разрыв маточной трубы не трудно, так как обычно он сопровождается клиническими признаками геморрагического шока: головокружение, обморок, бледность кожных покровов, холодный пот, похолодание кожных покровов, снижение АД и пульса и др. При пальпации живота отмечается локальная боль в подвздошной области, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, при перкуссии – притупление в пологих местах. Женщины часто жалуются на боли в животе с отдачей в прямую кишку, подреберье, желудок и др.

При влагалищном исследовании определяется выпячивание заднего свода и резкая болезненность при исследовании (симптом банки или «крик дугласового пространства»), увеличение матки, резкая болезненность в области разрыва трубы,

В анализах крови – снижение гемоглобина и эритроцитов, ускорение СОЭ. Для подтверждения диагноза широко используют УЗ-исследования, пункцию заднего свода и получают темную кровь со сгустками. Больной показана срочная хирургическая операция в гинекологическом стационаре.

Реабилитация больных после внематочной беременности – восстановление менструальной и репродуктивной функции.

1.1.2.3. Шеечная и перешеечно-шеечная беременность

Шеечная и перешеечно-шеечная беременность – редкое осложнение беременности, которое является вариантом дистальной эктопической беременности. При истинной шеечной беременности плодное яйцо развивается только в шеечном канале. При перешеечно-шеечной беременности плодвместилищем являются шейка матки и область перешейка.

Шеечная и перешеечно-шеечная беременность локализация наблюдается в 0,3—0,4% случаев от всех вариантов эктопической беременности. Частота данной патологии составляет от 1 на 12 500 до 1 на 95 000 всех беременностей (Рис. 4).

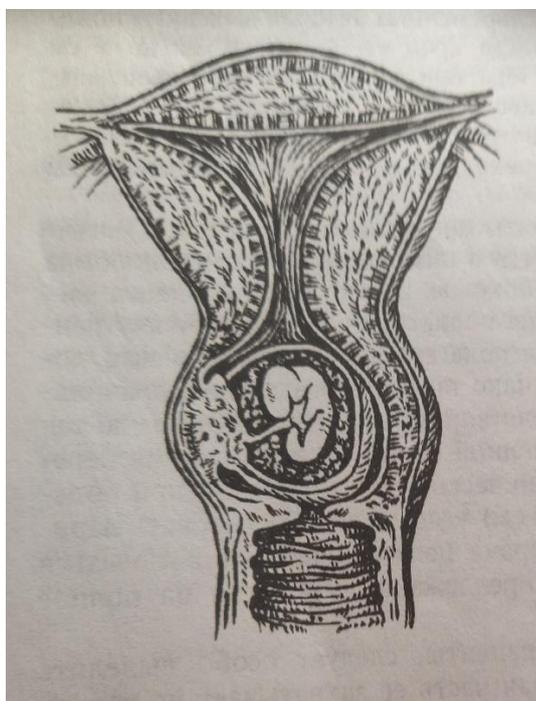


Рис. 4. Шеечная беременность

Шеечная и перешеечно-шеечная беременность представляет серьезную угрозу не только для здоровья, но и для жизни больной. Грозным осложнением данной патологии является материнская смертность и причиной ее чаще всего является кровотечение (в 75—85% случаев), реже – инфекция.

Этиология шеечной беременности обусловлена следующими факторами: 1) невозможность или затруднение имплантации плодного яйца в теле матки, которые связанные с неполноценностью эндометрия или с недостаточной зрелостью трофобласта; 2) при наличии факторов, благоприятствующих соскальзыванию бластоцисты в шеечный канал.

Такие условия возникают у женщин, имевших осложненное течение предыдущих родов и послеродового периода, многократные аборты,

оперативные вмешательства на матке, миому матки, истмико-цервикальную недостаточность.

При шеечной беременности трофобласт, а затем ворсины хориона плодного яйца, имплантируются в шейке или в области перешейки матки, проникают слизистую оболочку и в мышечный слой. Расплавление мышечных элементов и сосудов приводит к кровотечению и нарушению развития беременности. В некоторых случаях стенка шейки матки может оказаться полностью разрушенной, а ворсины хориона могут проникать в параметрий или во влагалище. Ввиду отсутствия защитных механизмов, свойственных децидуальной оболочке тела матки, стенка шейки матки довольно быстро разрушается развивающимся плодным яйцом.

Шеечная беременность наблюдается только на ранних сроках до 8 недель. При перешеечно-шеечной локализации беременность может существовать более длительное время: 16—20—24 нед. Чрезвычайно редко патологическая дистальная эктопическая беременность может донашиваться до срока родов.

Клиническая картина. Клинические проявления во многом определяются сроком беременности и уровнем имплантации плодного яйца.

Основным проявлением шеечной беременности является кровотечение из половых путей на фоне предшествующей задержки очередной менструации при отсутствии болевого симптома. Кровотечение может быть умеренным, обильным или профузным. У многих женщин до начала кровотечения наблюдаются периодически возникающие скудные, мажущего характера выделения крови. У некоторых беременных такие выделения появляются только в ранние сроки, а затем более или менее продолжительное время беременность протекает без патологических проявлений.

Диагностика шеечной беременности на ранних сроках представляет определенные трудности. Довольно просто поставить диагноз перешеечно-шеечной беременности с 8—12- недельного срока. В типичных случаях речь идет о беременных, имевших в анамнезе роды и аборт, которые поступают в стационар с кровотечением разной степени выраженности. Общее состояние больной соответствует объему кровопотери.

При осмотре с помощью зеркал обнаруживают эксцентрическое расположение наружного зева, а у ряда больных на влагалищной части шейки матки заметна сеть расширенных венозных сосудов.

При бимануальном исследовании шейка матки представляется шарообразно увеличенной, мягкой консистенции, и на ней в виде «шапочки» находится маленькое, более плотное тело матки, сразу же за наружным зевом пальпируется плодное яйцо, плотно связанное со стенками шейки матки;

попытка отделить его с помощью пальца или инструмента сопровождается усилением кровотечения.

В последние годы большую помощь для своевременной диагностики шеечной и перешеечно-шеечной беременности имеет ультразвуковое исследование. УЗИ позволяет определить колбовидное расширение шейки матки, превышающее по размерам тело матки. У некоторых женщин в расширенном шеечном канале не только визуализируется плодное яйцо, но и регистрируется сердечная деятельность эмбриона.

В редких случаях правильный диагноз при перешеечно-шеечной беременности устанавливается после рождения плода. Задержка последа или его частей требует инструментального или (реже) пальцевого вхождения в матку, при котором внимательный врач обнаруживает перерастяжение и истончение нижнего сегмента шейки и интактное тело матки.

Лечение. Лечение больных с шеечной и перешеечно-шеечной беременностью только хирургическое. К операции следует приступать сразу же, как только установлен диагноз. Малейшее промедление в действиях врача таит угрозу гибели больной от профузного кровотечения. Операцией выбора является экстирпация матки

1.1.2.4. Пузырный занос

Пузырный занос является одной из причин возникновения кровотечения в 1 половине беременности. Пузырный занос это крайне редкое заболевание, которое встречается 1 случай на 15 000 родов. Пузырный занос чаще возникает во время беременности и реже после аборта или родов. Ворсины хориона в матке перерождаются и образуются пузырьки, заполненные светлой жидкостью и по внешнему виду напоминающие собой гроздь белого винограда.

Для пузырного заноса характерны следующие изменения ворсин хориона: пролиферация синцитио-и цитотрофобласта, отек, ослизнение и исчезновение сосудов стромы. При полном пузырном заносе подобные изменения захватывают все плодное яйцо, элементы эмбриона отсутствуют. При частичном пузырном заносе изменения трофобласта носят очаговый характер, могут сохраняться элементы эмбриона и плода

Этиология пузырного заноса до настоящего времени недостаточно изучена. Существует эндокринная, вирусная, иммунологическая и генетическая природа заболевания. В клинике различают три вида пузырного заноса: полный пузырный занос, частичный пузырный занос и деструктирующий.

Полный пузырный занос целиком возникает из отцовского генома, чаще всего является диплоидным и содержит 46XX кариотип, в 5 % случаев может иметь 46-й генотип XY. При простом пузырном заносе отсутствуют элементы плода. Он характеризуется диффузным отеком ворсин, различной степенью пролиферации трофобласта (от незначительной до выраженной). После эвакуации ППЗ в 20 % наблюдений происходит опухолевая трансформация с развитием персистирующих ТО.

Частичный пузырный занос встречается значительно реже. Он возникает на больших сроках беременности и включает как материнский, так и отцовский генетический материал. Чаще возникает кариотип 69XXX, редко – 69XXY.

При частичном пузырном заносе обязательно присутствуют элементы плода. В отличие от простого пузырного заноса локальная пролиферация трофобласта выражена слабо. Частота малигнизации частичного пузырного заноса составляет – 4–7,5 %. Самой частой формой является персистирующая трофобластическая болезнь, которая развивается после пузырного заноса и характеризуется сохранением пролиферативной активности элементов трофобласта, что сопровождается повышенным или растущим уровнем бета-хорионического гонадотропина. При этом не всегда обнаруживаются те и иные проявления болезни (в матке, влагалище, легких и других локализациях). Морфологически персистирующие трофобластическая болезнь могут быть представлены простым пузырным заносом, хориокарциномой, эпителиоидной трофобластической опухолью или трофобластической опухолью плацентарного ложе.

Закономерности патогенеза являются общими для всех вариантов трофобластической болезни., в том числе и для пузырного заноса. Они заключаются в следующем: единый гистогенез из трофобласта, склонность к метастазированию, переход одного варианта в другой, общие биологические свойства выраженности способности продуцировать гормоны (хориальный гонадотропин, хориальный соматоммамотропин, хориальный тиреотропин).

Клиническая картина. К основным клиническим симптомам полного пузырного заноса относятся: влагалищное кровотечение (более 90 %), несоответствие размеров матки сроку гестации: размеры матки больше срока беременности (более 50 % при ППЗ), меньше срока – при ЧПЗ, двухсторонние текалютеиновые кисты 8 см и более (20–40 %).

У женщин детородного возраста первыми симптомами заболевания могут быть различные нарушения менструального цикла: от аменореи до гиперполименореи. Возможны симптомы беременности: тошнота, головокружения, вкусовые нарушения.

К другим проявлениям болезни относятся: увеличение живота в объеме, самостоятельное обнаружение опухоли во влагалище, пальпация опухоли в тазу

через переднюю брюшную стенку. Нередко встречаются такие симптомы, как кашель с кровохарканьем. При распространенных формах ТО возможны головные боли, головокружения, нарушение зрения, обмороки.

У женщин перименопаузального периода, а также у пациенток, перенесших ранее гистерэктомию, возможно случайное обнаружение очагов опухоли (в легких, печени и других паренхиматозных органах), что нередко ведет диагностический поиск по ошибочному пути.

Клиника пузырного заноса на первых этапах не имеет выраженных проявлений. У большинства женщин имеется задержка менструаций, что подтверждает беременность. Если женщина не заинтересована в беременности и хочет ее прервать, то при УЗИ и непосредственно при аборте обнаруживают характерные для пузырного заноса изменения плодного яйца. Это подтверждается гистологически.

Первым клиническим симптомом пузырного заноса являются кровянистые выделения, а сама женщина считает это угрозой прерывания беременности. Около 35% женщин отмечают признаки раннего токсикоза (тошнота, слюнотечение, рвота). У некоторых больных признаки раннего токсикоза наслаиваются признаками позднего гестоза (отеки, гипертензия и протенурия).

Бимануальное исследование у большинства женщин выявляет несоответствие матки предполагаемому сроку беременности. Чаще величина матки превышает срок беременности по данным анамнеза. Почти в половине случаев обнаруживаются двухсторонние лютеиновые кисты яичников.

На основании жалоб больной и гинекологического исследования можно заподозрить развитие пузырного заноса. Для подтверждения диагноза применяют УЗ – исследование (увеличена матка, отсутствие эмбриона, наличие в полости матки гомогенной мелкокистозной ткани). При неполном пузырном заносе может выявляться эмбрион (с признаками отставания в развитии) и очаговый отек ворсин хориона. Инвазивный пузырный занос проявляется дефектами контуров стенок полости матки. При УЗ-исследовании хорошо определяют лютеиновые кисты яичников.

Обязательно всем больных проводят ХГЧ исследования сыворотки крови. Окончательный диагноз пузырного заноса выставляют после гистологического исследования операционного материала.

Клиника пузырного заноса претерпевает изменения на основании данных его осложнения: перекрут ножки лютеиновой кисты, разрыв лютеиновой кисты яичника, перфорация стенки матки при инвазивном пузырном заносе, метастазирование пузырного заноса, переход в злокачественную форму – хорионкарциному.

Пузырный занос может давать гематогенные метастазы в легкие. Это осложнение чаще возникает при инвазивной форме, реже – при полном пузырном заносе. Поэтому рентгенограмма легких показана всем женщинам с пузырным заносом.

Самым тяжелым осложнением пузырного заноса является переход в злокачественную форму трофобластической болезни – хориокарциному.

Критериями высокого риска озлокачествления пузырного заноса являются: размеры матки, превышающие срок беременности, содержание ХГЧ в сыворотке крови – 10 5 МЕ / мл более, и более., диаметр лютеиновых кист – 6 см и более, возраст женщины 40 лет и старше.

Основным методом лечения пузырного заноса является его эвакуация с помощью вакуум-аспирации пузырного заноса. Операция состоит из следующего: расширение шейного канала с последующей вакуум-аспирацией содержимого с матки, контрольная ревизия матки после вакуум-аспирации, операция проводится под постоянным капельным введением окситоцина или простагландинов. В течении наблюдения женщине показана контрацепция от нежелательной беременности.

Черевосечение и гистероэктомия выполняется при перфорации матки или кровотечении неподдающееся консервативной терапии или кровотечению угрожающее жизни женщины.

При разрыве лютеиновой кисты проводится оперативное лечение с сохранением яичника (резекция), а пузырный занос у больной удаляют методом вакуум-аспирации.

После лечения больная год должна быть под врачебным наблюдением. Еженедельно проводится контроль ХГЧ сыворотки крови. Уровень ХГЧ должен снижаться через 3-4 недель и дальше исследование проводится ежемесячно.

Некоторым женщинам после удаления пузырного заноса рекомендуется химиотерапия. Показаниями к химиотерапии являются: цифры ХГЧ после 4-6 нед. наблюдения остаются высокими (превышают 20 000 ЕД/мл., наличие метастазов в легких, подозрение на хориокарциному.

Препаратом выбора для химиотерапии является дактиномицин в разовой дозе 0,5 мг, курсовой – 2,5 мг. Количество курсов определяется индивидуально

1.2. КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Кровотечения, возникающие после 22 нед беременности и до родов, называют кровотечениями во второй половине беременности.

Наиболее частые причины кровотечения во второй половине беременности являются: предлежание плаценты, преждевременная отслойка

нормально расположенной плаценты (ПОНРП)', вращение плаценты', разрыв сосудов пуповины при их оболочечном прикреплении. Реже во второй половине беременности кровотечения обусловлены изменениями шейки матки и влагалища, такими как эктопии и полипы, рак шейки матки и влагалища, разрывы варикозно расширенных вен влагалища.

1.2.1. Предлежание плаценты

Предлежанием плаценты (*placenta praevia*) называют ее аномальное расположение: в области нижнего сегмента, когда плацента частично или полностью перекрывает внутренний зев шейки матки.

В последнее время отмечено повышение частоты предлежания плаценты, что объясняют большим числом аборт, кесаревых сечений, реконструктивных операций на матке и внутриматочных вмешательств.

В России частота предлежания плаценты составляет 0,95% от общего числа родов. Предлежание плаценты у повторнородящих возникает чаще (75%), чем у первородящих.

Кровотечения во время беременности при предлежании плаценты встречаются у 34%, а во время родов – у 66% женщин. При массивных кровотечениях по поводу предлежания плаценты материнская заболеваемость составляет 23%, преждевременные роды происходят у 20%. Перинатальная смертность многократно возрастает – от 170 до 260‰.

Частота предлежания плаценты встречается редко 0,2-0,5 и не зависит от срока беременности. До 24-й – 28 недели предлежание плаценты встречается чаще, на более поздних сроках частота предлежания плаценты снижается. Это обусловлено тем, что плацента вместе с ложем перемещается вверх (миграция плаценты) за счет формирования и растяжения нижнего сегмента. В процессе миграции плаценты возможно появление небольших кровяных выделений из половых путей. До внедрения УЗИ в акушерскую практику классификация варианта степени предлежания плаценты основывалась на данных влагалищного исследования.

Классификация в прежние годы базировалась на локализации плаценты в родах при раскрытии шейки матки на 3–4 см: центральное (полное) предлежание плаценты (*placenta praevia centralis*) – внутренний зев перекрыт плацентой, плодные оболочки в пределах зева не определяются, боковое предлежание плаценты (*placenta praevia lateralis*) часть плаценты предлежит в пределах внутреннего зева, и рядом ей находятся плодные оболочки, обычно шероховатые; краевое предлежание плаценты (*placenta praevia marginalis*) – нижний край плаценты расположен у края внутреннего зева, в области зева находятся лишь плодные оболочки (Рис. 5).

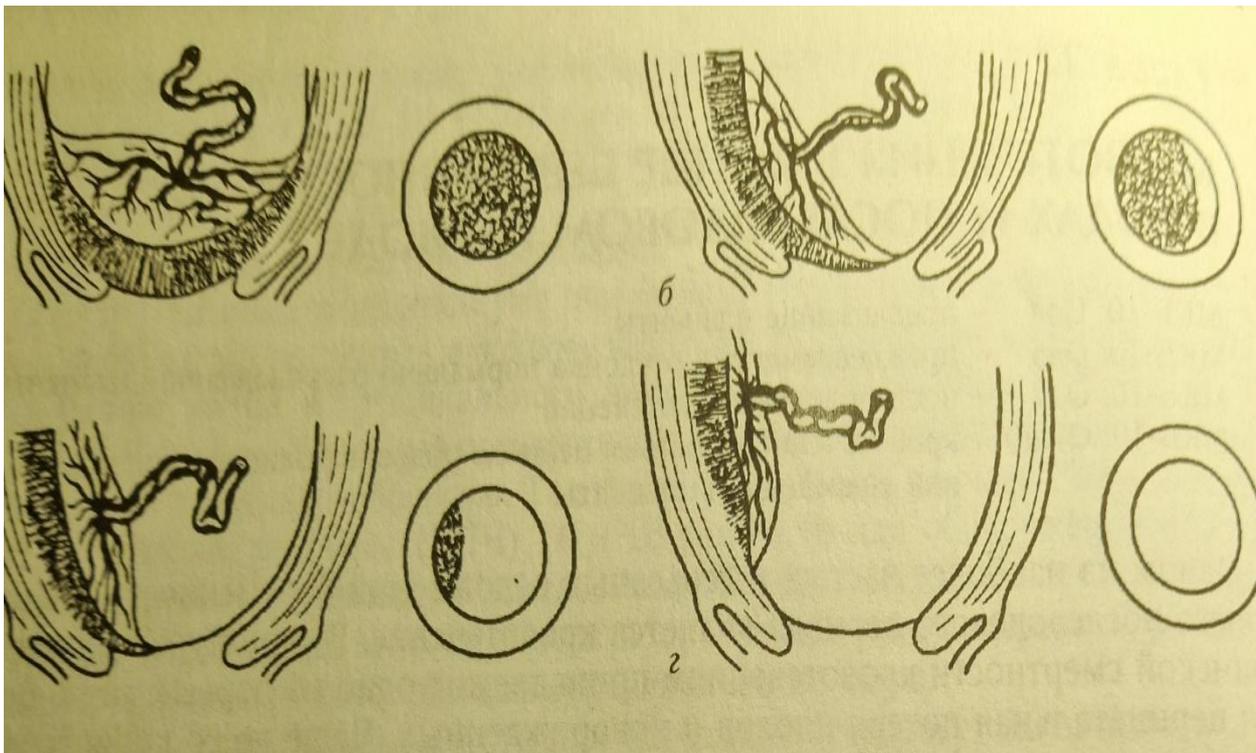


Рис. 5. Виды предлежания плаценты:

а – центральное; б – боковое; в – краевое; г – низкая плацентация

В настоящее время для определения локализации плаценты и варианта ее предлежания используют УЗИ, наиболее информативна ТВЭ. На основании ТВЭ выделяют два основных вида аномального расположения плаценты: низкое расположение плаценты – край плаценты находится в нижнем маточном сегменте на расстоянии от 3 до 5 см от внутреннего зева. Варианты предлежания плаценты: а – полное; б – боковое (неполное, частичное); в – краевое (неполное); г – низкое прикрепление плаценты.

Этиология и патогенез. Причины аномалий расположения плаценты окончательно не выяснены. Одни исследователи связывают это с патологическими изменениями в матке, а другие – с особенностями состояния самого плодного яйца. Таким образом, в формировании предлежания плаценты выделяют два фактора: маточный и плодовый.

Маточный фактор связан с дистрофическими изменениями эндометрия, в результате чего нарушаются условия плацентации. К дистрофическим изменениям эндометрия приводят: высокий паритет; рубцы на матке после оперативных вмешательств (КС, миомэктомии); выскабливания матки; хронический эндометрит; курение, употребление наркотиков. К плодовым факторам, способствующим предлежанию плаценты, относят снижение протеолитических свойств плодного яйца, которое опускается в нижние отделы матки, так как его нидация в верхних

отделах невозможна. При неблагоприятных условиях nidации плодного яйца в нижних отделах наблюдаются отклонения в развитии хориона – не происходит атрофии его ворсин в области decidua capsularis.

Наиболее часто аномалии прикрепления плаценты возникают при атрофических и дистрофических процессах в слизистой оболочке матки, нарушающих нормальную функцию эндометрия. Оплодотворенная яйцеклетка (зигота) не может имплантироваться в патологически измененную слизистую оболочку в области 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.

После кесарева сечения предлежание плаценты наблюдают в 3–5 раз чаще. 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 предлежанию плаценты. Внутриматочные вмешательства ухудшают структурно-метаболические характеристики эндометрия с последующим формированием недостаточности плацентарного ложа и плаценты.

Иногда предлежание плаценты связано с особенностями самого плодного яйца. Оплодотворенное яйцо не может своевременно имплантироваться в области дна матки вследствие нарушения nidационной функции трофобласта: 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.

Нижний сегмент матки при предлежании плаценты превращается в губчатую пещеристую ткань, которая плохо сокращается, легко травмируется

при хирургических вмешательствах и служит дополнительным источником кровотечения.

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. В начале второй половины беременности отслойка плаценты происходит в тот момент, когда перешеек матки несколько растягивается в стороны, происходит формирование нижнего сегмента, и нерастяжимая плацента теряет связь со стенкой матки. В последние недели беременности с усилением сокращений матки или появлением схваток предлежащая плацента отслаивается от стенки матки, и начинается кровотечение, которое усиливается во время родов.

Классификация. В клинической практике различают полное и частичное (неполное) предлежание плаценты. Кроме того, выделяют низкое ее прикрепление, боковое и краевое предлежание. Низкое прикрепление плаценты – наиболее благоприятный вариант из всех видов патологического расположения плаценты.

Полное предлежание плаценты – клиническая ситуация, при которой внутренний маточный зев полностью перекрыт плацентой. Варианты предлежания плаценты: а – полное предлежание; б – неполное предлежание; в – низкая плацентация.

Неполное предлежание плаценты – клиническая ситуация, при которой внутренний маточный зев не полностью (частично) перекрыт плацентой.

Приведенные варианты предлежания плаценты при оказании помощи в родах имеют относительный характер. По мере раскрытия маточного зева степень предлежания плаценты может меняться, поскольку отслойка нижнего края плаценты происходит медленнее, чем раскрытие маточного зева.

Низкое прикрепление плаценты – клиническая ситуация, при которой нижний край плаценты располагается на расстоянии менее 7 см от внутреннего маточного зева, но не захватывает его край. При влагалищном исследовании за внутренним зевом пальпируются плодные оболочки, иногда определяют шероховатую поверхность плодных оболочек, что позволяет подозревать близкое расположение плаценты.

Отдельно выделяют предлежание сосудов пуповины при оболочечном прикреплении пуповины. Это редкая ситуация, при которой сосуды пуповины, расположенные в плодных оболочках, предлежат к внутреннему зеву (1 случай на 5200 беременностей). При разрыве плодного пузыря

предлежащие сосуды рвутся, что приводит к плодovому кровотечению и гибели плода

Клиника, Основной клинический симптом предлежания плаценты ÷ кровотечение из матки. Маточные кровотечения при предлежании плаценты наиболее часто возникают в сроке беременности 28–30 нед в следствие формирования и растяжения нижнего сегмента.

Кровотечение при предлежании плаценты имеет свои особенности. Так, при полном (центральном) предлежании плаценты кровотечения во время беременности появляются внезапно, кровь алая, без болевых ощущений, могут прекратиться, но спустя некоторое время возникнуть вновь. Сила кровотечения не всегда соответствует степени предлежания плаценты: при полном предлежании плаценты может быть небольшое кровотечение, неполное предлежание может сопровождаться обильным кровотечением, если разрыв произошел в области краевого венозного синуса. Чем ниже расположена плацента, тем раньше возникает и обильнее бывает кровотечение.

В связи с постоянной кровопотерей у беременных очень быстро развивается прогрессирующая анемия. При полном предлежании плаценты кровотечение часто начинается рано, во II триместре беременности, может быть сразу обильным или в виде скудных кровяных выделений, может прекратиться на некоторое время и возникнуть вновь.

В последние недели беременности, когда появляются предвестники родов, кровотечение возобновляется и/или усиливается. Кровотечение может впервые возникнуть с первыми схватками. Если во время беременности были незначительные кровяные выделения, то с первыми схватками кровотечение усиливается.

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

В течение беременности возможны осложнения: преждевременные роды, плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия и ЗРП, анемия у матери.

Гипоксия плода – второй основной симптом предлежания плаценты, может быть хронической и острой. Во время беременности развивается хроническая гипоксия плода в связи с плацентарной недостаточностью из-за пониженного кровоснабжения нижнего сегмента матки. Другой причиной хронической гипоксии могут быть повторяющиеся незначительные кровотечения из матки, вследствие которых из маточно-плацентарного кровообращения выключается значительная часть сосудов отслоившейся

плаценты. Отслоившаяся часть плаценты не участвует в системе маточно-плацентарного кровообращения, поэтому выраженность гипоксии зависит от площади отслойки предлежащей плаценты и ряда других факторов.

При прогрессирующей отслойке плаценты и массивном кровотечении развивается острая гипоксия плода. При предлежании плаценты без кровотечения клиническая картина очень скудна. При наружном акушерском исследовании часто обнаруживают косое или поперечное положения плода, неустойчивое положение плода, тазовое предлежание, высокое стояние предлежащей части. Родоразрешение часто сопровождается кровотечением в связи с нарушением отделения плаценты из-за частичного плотного прикрепления (реже – врастания) ворсин хориона в нижний сегмент матки, атонией матки, эмболией амниотической жидкостью (ЭАЖ), тромбоэмболией, восходящей инфекцией. В послеродовом периоде кровотечение может продолжиться.

Диагностика основана на данных анамнеза, клинических симптомах, результатах специального акушерского обследования и УЗИ.

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза выявляют перенесенные воспалительные заболевания матки и придатков, септические осложнения после родов и аборт, число родов, аборт и операций (миомэктомия, кесарево сечение, перфорация матки), аномалии развития матки и нарушения функции яичников. Необходимо выяснить, как протекала настоящая беременность, не было ли угрозы ее прерывания, кровяных выделений из половых путей в ранних сроках беременности, анемии, неустойчивого положения плода и др. Важен срок беременности, в котором возникло кровотечение: во II триместре кровотечение связано, как правило, с полным предлежанием плаценты, в конце беременности или в начале первого периода родов оно чаще обусловлено неполным предлежанием плаценты или ее низким прикреплением.

Специальное акушерское исследование. При наружном акушерском исследовании обращают внимание на состояние матки (тонус, болезненность), положение плода в матке и его сердцебиение. Матка обычно в нормальном тонусе, с ровными контурами, при пальпации мягкая, безболезненная во всех отделах. Часто имеются неправильные положения плода (поперечное или косое), тазовое предлежание, высокое расположение предлежащей части плода.

При обращении беременной в женскую консультацию с жалобами на кровотечение проводят только общее и наружное акушерское исследование. В женской консультации осмотр шейки матки и влагалищное исследование при жалобах на кровотечение не проводят, так как они могут усилить его. УЗИ позволяет выяснить степень предлежания плаценты, площадь ее

отслойки и состояние плода). Влагалищное исследование противопоказано. Беременную срочно госпитализируют.

При появлении кровяных выделений из половых путей во время беременности и с началом родов показана срочная госпитализация в акушерский стационар. При поступлении беременной с кровотечением в стационар для установления окончательного диагноза необходим осмотр шейки матки с помощью зеркал. Осмотр шейки матки с помощью зеркал проводят только в стационаре, при развернутой большой операционной, так как в момент исследования кровотечение может усилиться и требуется срочное родоразрешение (кесарево сечение).

Осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал необходим для исключения других источников кровотечения из половых путей: эктопия, полип, злокачественная опухоль шейки матки, варикозная болезнь и травмы влагалища. При предлежании плаценты шейка матки и влагалище цианотичные, блестящие, из цервикального канала выделяется алая кровь. При установленном на УЗИ диагнозе предлежания плаценты влагалищное исследование не выполняют.

Во время влагалищного исследования при низком прикреплении плаценты в пределах маточного зева находят только оболочки плодного пузыря. Оболочки плотные, их поверхность шероховатая, так как ворсины гладкого хориона вблизи плаценты не подвергаются полной атрофии, а сохраняются в виде мелких сосочков до самого конца беременности. Они располагаются только в той части оболочек, которая непосредственно примыкает к краям плаценты. Плацентарная ткань не пальпируется, так как край плаценты находится выше внутреннего зева.

Диагноз предлежания плаценты должен быть установлен в женской консультации до появления кровотечения с помощью УЗИ, позволяющего точно оценить локализацию плаценты и степень ее предлежания. Более достоверные данные дает трансвагинальная сонография (выполняют при отсутствии кровотечения). Определение расположения плаценты входит в протокол скринингового УЗИ в 11–14, 18–21, 31–34 нед беременности.

Динамическое исследование позволяет оценить «миграцию» плаценты. При локализации нижнего края плаценты в области внутреннего зева во II триместре беременности в дальнейшем у 95% пациенток он смещается в сторону дна матки. На самом деле плацента, как уже было отмечено, никуда не передвигается, а происходит смещение плацентарной площадки вместе с плацентой за счет конверсии перешейка матки в нижний сегмент матки в начале III триместра беременности. УЗ-диагноз полного предлежания плаценты устанавливают, когда она полностью перекрывает внутренний зев шейки матки, переходя на стенки матки. При неполном

предлежании плаценты она частично перекрывает внутренний зев или находится у его края.

Дифференциальная диагностика. Не следует стремиться установить окончательную причину кровотечения в условиях женской консультации, так как полное обследование беременной невозможно из-за опасности усиления кровотечения. Это задача врачей стационара.

Предлежание плаценты необходимо дифференцировать от следующих состояний:

- позднего самопроизвольного аборта или преждевременных родов;
- ПОНРП;
- разрыва краевого синуса плаценты;
- разрыва пуповинных сосудов при их оболочечном прикреплении;
- разрыва матки;
- травмы мягких родовых путей;
- разрыва варикозно расширенных вен;
- эктопии шейки матки;
- полипа шейки матки;
- рака шейки матки;
- остроконечных кондилом.

Для исключения не акушерских причин кровотечения достаточен осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал при развернутой операционной.

Клиника. Основным симптом предлежания плаценты – кровотечение из влагалища, которое не сопровождается болями, возникает при «спокойной» матке, часто после физического напряжения (дефекации, мочеиспускания, полового акта) или с началом родовой деятельности. Оно может быть сразу обильным или в виде скудных кровяных выделений. Беременная обращается в женскую консультацию с жалобами на кровяные выделения из половых путей, которые появились неожиданно, во время отдыха или сна. Болей нет. **Вытекающая кровь из половых путей при предлежании плаценты яркой, красной окраски, алая (артериальная кровь).** Кровотечение может остановиться или возникнуть повторно.

Влагалищное исследование при предлежании плаценты проводить не рекомендуется, так как оно может привести к дальнейшей отслойке плаценты, усиливая кровотечение. При отсутствии возможности УЗИ влагалищное исследование проводят крайне осторожно при развернутой операционной и возможности экстренно выполнить КС.

Тактика ведения беременности и родов при предлежании плаценты определяется сроком беременности, наличием кровяных выделений и интенсивностью кровотечения.

Беременные с предлежанием плаценты относят к группе высокого акушерского риска, а поэтому лечение проводят только в стационаре высокой степени риска (перинатальный центр, роддом), куда поступает беременная или роженица при появлении кровяных выделений из половых путей.

В стационаре после обследования и установления диагноза намечают план ведения, метод родоразрешения и передают пациентку под наблюдение дежурной бригады. Тактика зависит от варианта предлежания плаценты, срока беременности или периода родов, состояния плода, а главное – от скорости кровотечения и количества теряемой крови. При отсутствии показаний к хирургическому лечению применяют консервативную терапию. В других случаях показано срочное оперативное вмешательство.

Консервативные методы лечения возможны при любом варианте предлежания плаценты при недоношенной беременности и отсутствии кровотечения или при скудном кровотечении, если общее состояние беременной удовлетворительное (САД выше 100 мм рт. ст., содержание в крови гемоглобина не менее 100 г/л).

Беременной назначают строгий постельный режим, исключают любые физические нагрузки, проводят медикаментозную терапию. При гипертонусе матки и скудных кровяных выделениях применяют токолиз (орально или внутривенно). При отсутствии показаний к быстрому родоразрешению и недоношенной беременности (до 34 нед) проводят профилактику РДС плода.

Если при недоношенной беременности отсутствует кровотечение из влагалища, беременная и плод находятся в удовлетворительном состоянии, пациентка может быть выписана под наблюдение женской консультации.

Показания к оперативному лечению в любом сроке беременности при предлежании плаценты – обильное кровотечение, острая гипоксия плода и анемия у матери. При одномоментном кровотечении в объеме 250 мл и более независимо от степени предлежания плаценты и срока гестации показано экстренное кесарево сечение.

Предлежание плаценты – это абсолютное показание к плановому кесареву сечению. При полном предлежании плаценты и отсутствии кровотечения скудных кровяных выделениях беременных госпитализируют в родовое отделение, где проводят консервативное лечение, направленное на пролонгирование беременности, и родоразрешение проводят путем кесарева сечения в плановом порядке на 38-й неделе беременности.

Учитывая высокий риск массивного кровотечения, операцию следует выполнять в стационаре III уровня с использованием кровосберегающих

технологий. При появлении обильного кровотечения на фоне консервативного лечения, прогрессировании анемии или признаках гипоксии плода беременных проводят родоразрешение путем кесарева сечения в экстренном порядке. Кровотечение при полном предлежании плаценты – абсолютное показание к кесареву сечению независимо от срока гестации. Полное предлежание плаценты без клинических проявлений не является абсолютным показанием для госпитализации (при отказе женщины), главное правило – не оставаться одной и вне пределов досягаемости лечебного учреждения.

При неполном предлежании плаценты у рожениц с необильными кровяными выделениями возможно ведение родов через естественные родовые пути. При хорошей родовой деятельности и раскрытии маточного зева на 4–5 см для остановки кровотечения проводят амниотомию. Разрыв околоплодных оболочек способствует опусканию в малый таз головки плода, которая прижимает отслоившийся участок плаценты, прекращает дальнейшую отслойку и останавливает кровотечение. Если после амниотомии кровотечение продолжается, производят кесарево сечение в экстренном порядке. Если роды велись через естественные пути, необходимо активное ведение третьего периода. Сразу после рождения плода показано ручное отделение плаценты и выделение последа, которое является обязательным и позволяет своевременно верифицировать аномалию прикрепления плаценты (плотное прикрепление, истинное врастание), гипотонию матки или разрыв нижнего сегмента матки. В процессе родоразрешения любым методом роженица нуждается в особом внимании.

Осложнения и исход при предлежании плаценты. При кесаревом сечении после опорожнения матки возможно развитие атонии, которая потребует хирургического лечения. При вагинальных родах низкая сократительная способность нижнего сегмента матки и/или истинное врастание плаценты могут привести к массивному кровотечению в послеродовом и послеродовом периодах. В послеродовом периоде инфекционные заболевания возникают чаще, чем при нормальных родах.

Самое серьезное осложнение при отслойке предлежащей плаценты, которое может привести к внезапной смерти во время беременности, в родах и послеродовом периоде, – эмболия. Эмболия возникает вследствие проникновения в сосудистое русло материнского организма из зияющих вен плацентарной площадки пузырьков воздуха, кусочков инфицированных кровяных сгустков или элементов амниотической жидкости (АЖ). Благоприятный прогноз для матери и плода зависит от своевременной диагностики и квалифицированной помощи (родоразрешении кесаревым

сечением), а также от многих других факторов, влияющих на исход родов. Важно учитывать реакцию организма на кровопотерю, состояние сердечно-сосудистой системы и органов крове творения.

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

1.2.2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) – патология, при которой отделение нормально расположенной плаценты происходит от места своего прикрепления до рождения ребенка. ПОНРП – тяжелое акушерское осложнение, наблюдаемое у 0,4–1,4% беременных. Она может произойти во время беременности или в родах и привести к осложнениям, опасным для жизни матери и плода. Летальность составляет 1,5–15%. Смерть женщины обусловлена в основном геморрагическим шоком и последующей полиорганной недостаточностью.

У многорожавших женщин это осложнение возникает в 2 раза чаще, чем у первородящих. В действительности ПОНРП встречается намного чаще, чем регистрируется. Так, самопроизвольное прерывание беременности в ранних и поздних сроках часто происходит вследствие отслойки плаценты, но в статистическую отчетность вносится как аборт. При отсутствии клинических проявлений, когда отслойка плаценты происходит на небольшом участке, после родов на материнской поверхности плаценты обнаруживают небольшие темные сгустки крови и «вдавления» от гематомы.

Этиология ПОНРП окончательно не определена. Плацента представляет собой губчатую и эластичную пластину, которая интимно связана соединительнотканными перегородками, разделяющими котиледоны, с функциональным слоем эндометрия. Плацента подвергается постоянному воздействию как маточной стенки, так и плодного яйца. Кроме того, в области прикрепления плаценты сократительная активность миометрия понижена. Плодное яйцо, занимая всю полость матки, оказывает сопротивление давящим на плаценту стенкам матки и прижимает плаценту к плацентарной площадке. При физиологически предусмотренном балансе этих сил плацента не отслаивается от плацентарной площадки. В случаях повышения давления на плаценту со стороны маточной стенки или снижения противодействия со стороны плодного яйца (например, разрыв

плодного пузыря и излитие вод) начинается ее преждевременная отслойка, которая всегда сопровождается кровотечением. Отслойка плаценты может произойти во время беременности и в первом или во втором периоде родов.

Гипотетически ПОНРП должны предшествовать тяжелые поражения сосудистой системы матери, нарушение эндотелия сосудов, вследствие чего происходят кровоизлияния в плацентарное ложе, повышается тонус. Кроме того, во время беременности и особенно в родах могут возникать условия, приводящие к изменению баланса сил, удерживающих плаценту на плацентарной площадке; не исключается роль внешнего воздействия. В то же время часто отслойка плаценты имеет место у молодых первородящих группы низкого перинатального риска без предсуществующих заболеваний. По-видимому, в этих случаях имеет место неполноценность плацентарного ложа.

Выделяют следующие факторы риска ПОНРП. 1) Экстрагенитальные заболевания матери и осложнения беременности, сопровождающиеся изменением сосудистой системы материнского организма (ангиопатии, капиллярнопатии), вызывающие ангиопатию матки и, следовательно, неполноценность плацентарного ложа (недостаточность первой и второй волн инвазии цитотрофобласта). Такие изменения возникают при гипертонической и гипотонической болезни, пороках сердца, синдроме сдавления нижней полой вены; мальформациях сосудов мозга, почек, селезенки; тиреотоксикозе, СД, заболеваниях почек (гломерулонефрит, пиелонефрит), туберкулезе, сифилисе, малярии и других хронических инфекциях.

Отслойка плаценты возможна при аутоиммунных состояниях (антифосфолипидный синдром, красная волчанка), аллергических реакциях. Особенно часто отслойка плаценты происходит при тяжелой ПЭ. 2) Гиперпластические процессы, воспалительные и дегенеративные изменения в матке и плаценте, вызывающие нарушение связи между ними: хроническое воспаление матки (эндомиометрит), субмукозные узлы миомы, пороки развития матки (перегородка матки, двурогая, седловидная матка), перенашивание беременности и др. 3) Чрезмерное растяжение матки, ведущее к истончению ее стенки и увеличению плацентарной площадки, что способствует увеличению и истончению самой плаценты (многоводие, многоплодная беременность, крупный плод). 4) Непосредственная травма – падение, удар в живот, наружный поворот плода, грубое исследование, влагалитические родоразрешающие операции и др. 5) 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. б) Нервно-психические факторы – испуг, стресс, возбуждение при половом акте.

Патогенез. Котиледоны плаценты омываются материнской кровью. При любом нарушении связи между плацентой и маткой возникает кровотечение. Сначала оно бывает ретроплацентарным, поэтому некоторое время остается скрытым.

При повреждении мембран капилляров и разрывах сосудов нарушается кровообращение в межворсинчатом пространстве, возникает кровотечение, и образуется ретроплацентарная гематома. В маточно-плацентарных артериях возникают тромбы, в межворсинчатом пространстве появляются отложения фибрина, что приводит к образованию сначала красных, а затем белых инфарктов плаценты. В свою очередь, множество инфарктов еще больше нарушает плацентарное кровообращение и способствует дальнейшей ПОНРП.

Под воздействием тканевого тромбопластина, который освобождается из травмированных тканей децидуальной оболочки и ворсин, кровь свертывается. Если участок отслойки плаценты небольшой, после образования ретроплацентарной гематомы в маточных сосудах образуются тромбы и ворсины сдавливаются.

Дальнейшая отслойка плаценты прекращается, на месте отслойки образуются инфаркты, которые постепенно кальцинируются. Распознают их при осмотре плаценты после родов. При обширной отслойке возникает обильное 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 иногда попадает в околоматочную клетчатку и даже в брюшную полость при нарушении целостности серозной оболочки матки. Наружное кровотечение отсутствует, а внутреннее будет значительным.

При пропитывании (имбибиции) кровью матка теряет сократительную способность, повреждаются мышца и серозный покров матки. Пропитывание матки может быть диффузным, а не только в месте плацентарной площадки. Такое состояние матки получило название маточно-плацентарной апоплексии, или «матки Кувелера». Если связь между маткой и плацентой нарушена у края плаценты, кровь проникает между плодными оболочками и стенкой матки во влагалище, появляется наружное кровотечение. Кровь может попадать и в околоплодные воды, если нарушена целостность плодных оболочек, и повышать тем самым давление

амниотической жидкости, что выражается в резком напряжении нижнего полюса плодного пузыря.

Отслойка более 2/3 поверхности плаценты приводит к быстрой гибели плода. Считают, что из поврежденной матки в результате нарушения в ней кровообращения и метаболизма в кровяное русло матери попадают тканевой тромбопластин, фибринолизин и их активаторы, препятствующие свертыванию крови, что усугубляет массивное кровотечение. При ПОНРП всегда возникает ДВС-синдром, так как в ретроплацентарной гематоме откладывается фибрин, и через вены матки в организм матери поступает кровь, лишенная фибриногена (коагулопатия потребления).

Классификация. Различают: 1) полную отслойку плаценты, когда отслоение происходит по всей ее материнской поверхности; 2) частичную отслойку плаценты, когда от плацентарного ложа отслаивается какая-либо часть ее материнской поверхности.

Частичная отслойка может быть прогрессирующей и не прогрессирующей. По степени выраженности клинических симптомов выделяют: а) легкую степень (отслойка небольшого участка); б) среднюю степень (отслойка 1/4 поверхности плаценты); в) тяжелую степень (отслойка более 1/3 поверхности плаценты).

Клиническая классификация ПОНРП построена на вариантах кровотечения: а) отслойка с наружным кровотечением (выделение крови из влагалища); б) отслойка с внутренним кровотечением (образование ретроплацентарной гематомы, кровь из влагалища не выделяется); в) отслойка с комбинированным кровотечением (внутреннее и наружное кровотечение).

Клиническая картина. Клинические проявления ПОНРП зависят от площади отслоения, скорости и объема кровотечения, реакции организма женщины на кровопотерю. **Кровь, вытекающая из половых путей темного цвета и со сгустками (венозная кровь)**. Ведущие симптомы ПОНРП – боль в области плацентации (отслойки плаценты), гипертонус матки, симптомы внутреннего кровотечения (снижение АД, тахикардия) и гипоксия плода вследствие кровотечения.

Клинические варианты преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты: а – частичная отслойка с наружным кровотечением; б – центральная отслойка плаценты (ретроплацентарная гематома, внутреннее кровотечение); в – полная отслойка плаценты с наружным и внутренним кровотечением (Рис. 6).

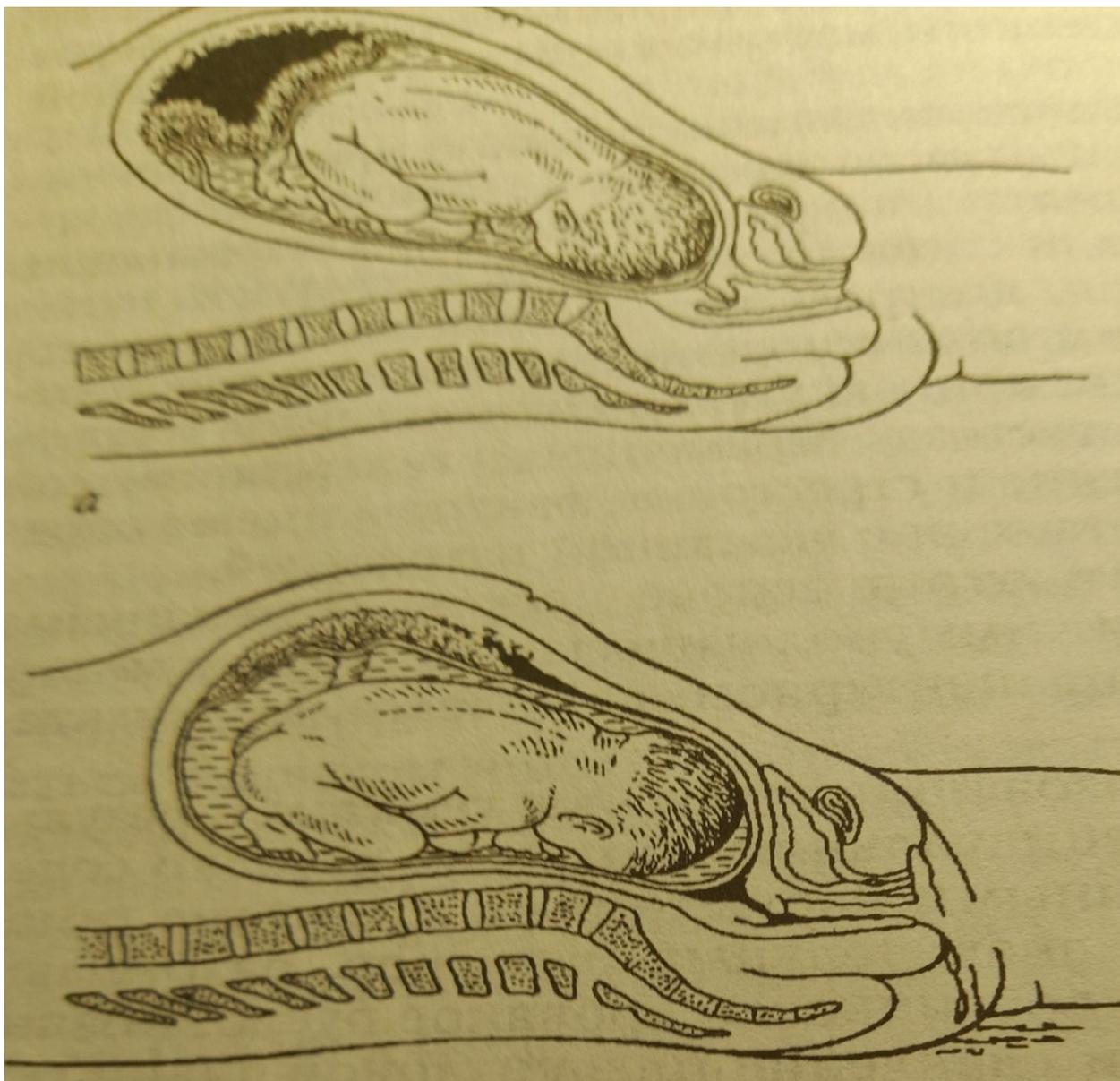


Рис. 6. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
а – центральная; б – краевая

Больная жалуется на боль в животе различной локализации и интенсивности, беспокойство, головокружение, слабость, кратковременную потерю сознания. Отмечают постоянное напряжение матки, ощущают изменения в поведении плода. Плод может проявлять повышенную двигательную активность или, наоборот, становиться менее активным, затем женщина перестает ощущать его шевеление. Боль возникает вследствие растяжения стенки матки и раздражения серозного покрова матки гематомой, образующейся в месте отслойки плаценты. Боль может быть слабой или очень интенсивной, сначала она локальная, а затем распространяется по всему животу. При незначительной площади отслойки болевой симптом мало выражен. При отслойке по краю плаценты боль бывает незначительной

или отсутствует, так как кровь вытекает наружу и внутриматочное давление не повышается.

При острой и обширной отслойке возникают острые постоянные распирающие боли по всему животу, появляются ощущения, что «что-то разорвалось», острое «жжение» в месте отслойки. Живот напрягается, увеличивается в объеме. Боли могут иррадиировать в бедро, в симфиз, в поясницу. Гипертонус матки взаимосвязан с ретроплацентарной гематомой, растягивающей ее стенку. Матка становится напряженной и болезненной при пальпации. Болезненность может быть общей и локальной в месте прикрепления плаценты.

При отслойке во время беременности матка постоянно сохраняет повышенный тонус, пальпировать плод не удастся из-за напряжения и болезненности матки.

При отслойке в родах матка не расслабляется вне схваток. Острая гипоксия плода обусловлена отслойкой плаценты, нарушением маточно-плацентарного кровообращения из-за гипертонуса матки, материнского и плодового кровотечения. При отслойке 1/3 материнской поверхности плаценты и более плод начинает страдать, а затем погибает от гипоксии. При полной отслойке плаценты гибель плода происходит быстро. Кровотечение часто бывает только внутренним, когда отслойка происходит по центру плацентарной площадки; образуется ретроплацентарная гематома. Наружное кровотечение возникает при отслойке плаценты по краю. Кровь, вытекающая из половых путей, бывает разного цвета.

Если кровотечение началось сразу после отслойки или крови потребовалось пройти незначительное расстояние от отслоившегося нижнего полюса плаценты до влагалища, она имеет алый цвет. Если после отслойки прошло какое-то время, кровь становится темной, в ней появляются сгустки.

При отслойке 1/4 плаценты у матери появляются признаки анемии и нарушения гемодинамики. Она жалуется на головокружение, слабость, возможна кратковременная потеря сознания, развиваются картина шока вследствие гиповолемии и коагулопатия. Выраженность клинической картины зависит от варианта отслойки плаценты. При отслойке на небольшом участке (1/4 поверхности плаценты) болевых симптомов нет. При ПОНРП во время беременности могут появиться незначительные боли в животе, повышение тонуса матки, темные кровяные выделения из влагалища.

В родах при незначительной отслойке матка между схватками расслабляется, сердцебиение плода не изменяется.

Единственным симптомом могут быть скудные темные кровяные выделения из влагалища. Если отслойка плаценты произошла в конце периода раскрытия или в период изгнания, возникает кровотечение,

ослабевают родовая деятельность, схватки становятся нерегулярными, появляются признаки гипоксии плода. Роды обычно заканчивают без вмешательств, а признаки ПОНРП находят при осмотре плаценты (на материнской поверхности плаценты могут быть вдавления, покрытые темными сгустками крови, в этих местах плацента заметно тоньше). Во время беременности и в родах обнаружить отслойку можно случайно при УЗИ. Выявляют ретроплацентарную гематому, по изменениям размеров которой в динамике определяют прогрессирующую или не прогрессирующую частичную отслойку. При средней степени отслойки, когда произошла отслойка 1/4–1/3 поверхности плаценты, клиническая картина может развиваться постепенно или внезапно.

Во время беременности среди полного благополучия появляются боли в животе – сначала локальные, а затем они распространяются по всему животу. Матка напряжена. Меняется характер шевелений плода. Беременная может жаловаться на слабость, головокружение, чувство «дурноты», т.е. появляются симптомы геморрагического шока. Кровяные выделения из половых путей бывают различной интенсивности и оттенка. При отслойке в родах клиническая картина такая же. Тяжелая степень соответствует отслойке более 1/3 поверхности плаценты. Отслойка значительной части плаценты или всей плаценты возникает внезапно, появляются сильные боли в животе. Больная становится беспокойной, стонет и кричит от боли. Из-за массивного внутреннего кровотечения быстро развивается картина геморрагического шока.

На тяжелую степень отслойки указывают: 1) нарушение гемодинамики – падение АД, слабый, частый пульс, бледность кожного покрова, холодный пот, мелькание мушек перед глазами, кратковременная потеря сознания или головокружение; 2) болевой синдром – боль сначала локализуется в месте отделившейся плаценты, а затем распространяется по всей поверхности матки, она сильная, тупая, постоянная; появляется рвота, живот резко вздут; 3) изменение консистенции и конфигурации матки – матка твердая, ее поверхность болезненная, матка выпячивается в области отслойки плаценты, эта поверхность имеет эластичную консистенцию; 4) гипоксия или гибель плода; 5) признаки гиповолемии, коагулопатии. Одновременно с симптомами внутреннего кровотечения иногда появляется наружное кровотечение. Оно часто бывает незначительным и не может служить показателем тяжести отслойки.

Диагноз ставят на основании жалоб, данных общего и специального анамнеза (ПЭ, частые эпизоды угрозы досрочного прерывания данной беременности), клинической картины (признаки внутреннего кровотечения, боли в животе, гипертонус матки, нарушение сердечной деятельности плода),

общего и специального обследования; используют лабораторно-диагностические методы.

Классическая клиническая картина ПОНРП бывает только у 10% женщин, у каждой второй отмечают только кровяные выделения и проявления гипоксии плода, у 1/3 – отсутствует болевой синдром, поэтому диагностика ПОНРП бывает затруднена. Незначительную ПОНРП во время беременности при отсутствии жалоб на боли и кровяные выделения можно определить только после родов, УЗИ не информативно. Значительная отслойка всегда сопровождается яркой клинической картиной и четко диагностируется с помощью УЗИ.

При объективном обследовании выявляют признаки геморрагического шока, при пальпации живота – напряженную, болезненную матку с локальной припухлостью в месте прикрепления плаценты, невозможно определить части плода. При влагалищном исследовании находят кровяные выделения из матки и постоянно напряженный плодный пузырь. При его вскрытии или при самостоятельном излитии околоплодные воды могут быть с примесью крови. Сердцебиение плода учащается, затем становится редким, аритмичным и пропадает.

Дифференциальная диагностика. Дифференциальную диагностику и лабораторно-диагностические исследования проводят только в стационаре. ПОНРП необходимо дифференцировать от: 1) позднего самопроизвольного аборта или преждевременных родов; 2) предлежания плаценты; 3) разрыва краевого синуса плаценты; 4) разрыва пуповинных сосудов при их оболочечном прикреплении; 5) разрыва матки; 6) травмы мягких родовых путей; 7) разрыва варикозно расширенных вен; 8) эктопии шейки матки; 9) полипов шейки матки; 10) рака шейки матки; 11) остроконечных кондилом.

При наружном кровотечении ПОНРП следует дифференцировать от предлежания плаценты и заболеваний, не связанных с беременностью, но сопровождающихся наружным кровотечением. При внутреннем кровотечении и явлениях геморрагического шока необходимо исключить другие источники внутрибрюшного кровотечения: разрыв селезенки, разрыв мешотчатой опухоли маточной трубы или яичника у беременной или роженицы.

Лечение ПОНРП. Своевременное распознавание этого осложнения, рациональное лечение отслойки и ее последствий (атонии матки, анемии, геморрагического шока, ДВС-синдрома) спасают жизнь матери и плода. Выбор метода лечения зависит от времени отслойки (беременность, роды), выраженности клинических симптомов и акушерской ситуации.

Цели лечения: а) остановка кровотечения; б) одновременно восполнение ОЦК, по показаниям – противошоковая терапия; в) лечение гипоксии плода. Остановить кровотечение и прогрессирование отслойки можно только при быстром и бережном опорожнении матки. При выраженной клинической картине и нарастающих симптомах внутреннего кровотечения (острая ПОНРП) в любом сроке беременности и в первом или начале второго периода родов производят кесарево сечение, независимо от состояния плода (живой плод или погибший).

Одновременно проводят противошоковую, противоанемическую терапию, коррекцию гемостаза. Если большая часть стенки матки пропитана кровью, имеет темно фиолетовый цвет, ее мышца дряблая, не реагирует на механические и фармакологические воздействия («матка Кувелера», маточно-плацентарная апоплексия), показана экстирпация матки без придатков. При отсутствии выраженной маточно-плацентарной апоплексии следует выполнить перевязку маточных и маточно-яичниковых сосудов, а при неэффективности – перевязку внутренних подвздошных артерий. Наличие в стационаре отделения ангиохирургии или ангиографической установки непосредственно в родовом отделении позволяет выполнить эмболизацию сосудов. При небольших участках пропитывания кровью матка хорошо сокращается и дополнительных мероприятий не проводят. Места расположения лигатур при ишемизации матки путем последовательного наложения лигатур на сосудистые пучки матки и яичников.

При выраженной клинической картине ПОНРП (острая отслойка во втором периоде родов) они могут быть закончены через естественные родовые пути, но только в мощных, хорошо оснащенных диагностической и лечебной аппаратурой стационарах. При живом плоде и соответствующих условиях второй период родов при головном предлежании экстренно заканчивают наложением акушерских щипцов, при тазовом – извлечением плода за тазовый конец.

После родоразрешения через естественные родовые пути при ПОНРП во всех случаях показаны ручное отделение плаценты и выделение последа или ручное обследование стенок полости матки. Операцию производят тотчас после рождения плода для исключения нарушения целостности стенок матки (разрыв матки), гипотонии и удаления возможных остатков плацентарной ткани и сгустков крови, что способствует лучшему сокращению матки. Производят осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал. Вводят лекарственные средства, сокращающие матку, с целью предупреждения инфекции назначают антибиотики, при анемии – соответствующее лечение

Профилактика заключается в предупреждении аборт, раннем выявлении своевременном лечении ПЭ, ГБ, хронических инфекций.

1.2.3. Разрыв матки по рубцу

Разрыв матки во время беременности по рубцу может быть полным и неполным. При неполном разрыве по рубцу происходит медленное расползание стенки матки. Плод чаще остается живым. Кровяные выделения, появившиеся вследствие начинающегося разрыва матки по рубцу, ошибочно принимают за низкое прикрепление плаценты. Клиническая картина при несостоятельности рубца на матке может быть стертой: незначительная болезненность в области рубца при пальпации или шевелении плода. Характерным симптомом является тошнота, реже – рвота. При полном разрыве матки плод чаще погибает. Он может переместиться целиком в брюшную полость и определяться под передней брюшной стенкой. Беременная находится в состоянии шока.

1.2.4. Разрыв предлежащих сосудов пуповины

Иногда причиной кровотечения может быть разрыв сосудов пуповины при оболочечном ее прикреплении. Оболочечное прикрепление пуповины встречается с частотой 1% при одноплодной беременности и 5% – при многоплодной.

Сосуды пуповины, расположенные на оболочках до вхождения в плаценту, не защищены вартоновым студнем, поэтому они легко подвергаются компрессии и разрыву, особенно часто это происходит, когда сосуды проходят в области нижнего маточного сегмента, впереди от предлежащей части плода.

Клинически предлежание сосудов пуповины в родах может проявляться брадикардией плода из-за их сдавления предлежащей частью или появлением кровотечения, внезапным изменением сердцебиения плода при самопроизвольном излитии околоплодных вод или амниотомии. Сосуды пуповины можно определить при влагалищном исследовании.

Дородовую диагностику предлежания сосудов пуповины проводят с помощью УЗИ с применением цветового доплеровского картирования. Подтверждение диагноза предлежания сосудов пуповины служит показанием для родоразрешения путем кесарево сечения в экстренном порядке.

1.2.5. Рак шейки матки и беременность

Среди злокачественных опухолей у беременных рак шейки матки занимает первое место. Беременность является не благоприятным фактором для прогноза рака шейки матки. Начиная со 11 триместра беременности ускоряются темпы развития роста и распространения опухоли. Во время беременности отмечается снижение темпа дифференцировки опухоли. У беременных женщин низкодифференцированный рак шейки матки встречается 2 раза чаще, чем у небеременных женщин. Метастазы в региональные узлы малого таза выявляются в 2 раза чаще, чем у небеременных женщин. Рак шейки матки у беременных диагностируется поздно и чаще во II или III стадии, из-за быстрого его распространения опухоли.

Особенности течения беременности. Рак шейки матки оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности. Увеличивается частота невынашивания беременности, преждевременные роды, гипоксия плода. Симптомы заболевания зависят от формы опухоли, роста опухоли, стадии заболевания и варианта распространения опухоли. При инвазивном раке симптомы отсутствуют. В первом триместре у беременных отмечаются кровянистые выделения, напоминающие начавшийся аборт. Во II и III триместре возникают симптомы как при предлежании плаценты или преждевременной ее отслойке. Инфицированные очаги опухоли могут приводить к септическим состояниям. У больной нарушается общее состояние, появляются боли и нарушение функции смежных органов.

Диагностика. При сборе анамнеза выясняется, что у больной были предраковые заболевания (псевдоэрозия, полипы, цервицит). Поэтому при первичной явке беременной в женскую консультацию необходимо тщательно обследовать предраковые состояния шейки матки (кольпоскопия, УЗИ, биопсия, обследовать на онкомаркеры 16 и 18 тип). Для определения наличия метастазов проводится эндоскопическая биопсия лимфатических узлов.

Лечение рака шейки матки у беременных зависит не только от стадии заболевания, но и от срока беременности. Лечение проводится в стационаре онкологического диспансера. В процессе лечения используют хирургические методы, лучевую терапию, химиотерапию.

1.2.6. Трофобластическая опухоль

Трофобластические неоплазии характеризуются высокой злокачественностью, быстрым отдаленным метастазированием и хорошими показателями излечения только с помощью химиотерапии даже при отдаленных метастазах.

Лечение больных со злокачественными трофобластическими опухолями проводится онкологами. При пузырьном заносе ворсины хориона резко увеличены в размерах, отечны, макроскопически представляя собой конгломерат кист, напоминающий грозди винограда. При микроскопическом исследовании выявляются резкое уменьшение количества кровеносных сосудов в строме ворсин хориона и выраженная пролиферация эпителия ворсин. При частичном пузырьном заносе изменения захватывают часть хориона, в матке определяются элементы эмбриона/плода. Частичный пузырьный занос обусловлен хромосомными нарушениями (чаще триплоидиями). Это объясняется тем, что во время оплодотворения происходит соединение одной яйцеклетки с обычным набором хромосом (23X) с двумя сперматозоидами, результатом становится возникновение триплоидного набора хромосом (69XXY или 69XXX). Перерождение частичного пузырьного заноса в злокачественную опухоль трофобласта бывает редко.

При полном пузырьном заносе изменения захватывают весь хорион, элементы эмбриона/плода отсутствуют. Хромосомный набор представлен 46XX, где обе X-хромосомы имеют отцовское происхождение вследствие оплодотворения яйцеклетки двумя сперматозоидами. Возможно также удвоение хромосом сперматозоида без материнской X-хромосомы. Полный пузырьный занос в 20% наблюдений может трансформироваться в злокачественные опухоли трофобласта. Клиническая картина пузырьного заноса, как правило, развивается в первые 18 нед беременности и включает: а) маточные кровотечения различной интенсивности (иногда вместе с кровью выделяются кистозные измененные ворсины хориона); б) несоответствующее сроку беременности увеличение матки, обусловленное большими размерами ворсин, скоплением крови в матке.

На ранних сроках у 10–30% пациенток с-пузырным заносом наблюдаются неукротимая рвота, артериальная гипертензия. Диагностика пузырьного заноса основывается на описанных выше клинических признаках и результатах дополнительных исследований. При УЗИ выявляются элементы пузырьного заноса в виде гомогенной мелкозернистой масс. При полном пузырьном заносе эмбрион/плод не определяется, при неполном пузырьном заносе с частичным повреждением ворсин. Эхографическая картина плаценты при пузырьном заносе. Патология плодных оболочек, пуповины, плаценты хориона возможна визуализация эмбриона/плода. У 50% больных определяются двусторонние большие текалютеиновые кисты яичников, которые после удаления пузырьного заноса самостоятельно подвергаются обратному развитию. Информативным методом диагностики является определение содержания β -субъединицы ХГЧ в сыворотке крови

беременной. При пузырьном заносе уровень ХГЧ в сыворотке крови резко увеличен (более 150 000 МЕ/л).

Тактика врача при пузырьном заносе включает вакуум-эвакуацию пузырьного заноса с контрольным кюретажем, гистологическое исследование материала. Пациенткам с резус-отрицательной кровью (без сенсибилизации) и частичным пузырьным заносом необходимо введение иммуноглобулина антирезус. Высокий риск рецидива пузырьного заноса, развития инвазивного пузырьного заноса и хориокарциномы требует тщательного контроля за состоянием больных в течение одного года, который осуществляют совместно с онкологами. Мониторинг после удаления пузырьного заноса включает еженедельное исследование сывороточного уровня β -ХГЧ до получения трех последовательных отрицательных результатов, затем исследуют ежемесячно до 6 мес., а следующие полгода – 1 раз в 2 мес. Повышенный уровень ХГЧ после 8 нед может свидетельствовать об озлокачествлении. Необходимо также УЗИ малого таза: через 2 нед после эвакуации пузырьного заноса, затем ежемесячно до нормализации уровня ХГЧ. Рентгенография легких проводится сразу после эвакуации пузырьного заноса, затем – через 4 и 8 нед.

После нормализации уровня ХГЧ на фоне лечения в течение одного года рекомендуется контрацепция. Инвазивный пузырьный занос характеризуется врастанием измененных ворсин хориона в миометрий (вплоть до серозного покрова) и реже – метастазированием во влагалище, наружные половые органы, легкие. Гистологическая картина содержимого матки аналогична таковой при простом пузырьном заносе (кистозно измененные ворсины хориона с резко выраженной пролиферацией клеток трофобласта, отсутствие кровеносных сосудов в строме ворсин). Точный диагноз инвазивного пузырьного заноса может быть установлен только при гистологическом исследовании удаленной матки (прорастание ворсин в миометрий).

У 75% больных инвазивный пузырьный занос развивается после простого пузырьного заноса, реже после родов, абортов, внематочной беременности. Клиническая картина характеризуется теми же симптомами, что и при простом пузырьном заносе. При инвазивном пузырьном заносе могут быть поражены вены матки и малого таза. Кроме обильного наружного кровотечения из матки, возможно и массивное внутрибрюшное кровотечение. Предварительный диагноз инвазивного пузырьного заноса после удаления из матки пузырьного заноса устанавливают на основании сохраняющихся увеличения матки, текалютеиновых кист яичников, высокого содержания ХГЧ в сыворотке крови, а также появления метастазов в других органах.

Лечение заключается в назначении курсов химиотерапии, при неэффективности которой (отсутствии снижения уровня ХГЧ, появлении или нарастании метастазирования) показана экстирпация матки с последующим продолжением курсов химиотерапии.

Хориокарцинома – злокачественная опухоль, происходящая из эпителиальных клеток ворсин хориона. Наиболее частая ее локализация – в теле матки, реже – в области патологической имплантации плодного яйца (в маточной трубе, яичнике, брюшной полости – эктопическая хориокарцинома). Опухоль характеризуется быстрым ростом, рост может быть экзофитным, в сторону полости матки, и эндофитным, который характеризуется внедрением опухоли в толщу миометрия вплоть до серозной оболочки матки.

Хориокарцинома метастазирует преимущественно гематогенным путем. Метастазы обнаруживают во влагалище, легких, головном мозге и печени. В 50% наблюдений хориокарциноме предшествует пузырный занос (особенно инвазивный), реже хориокарцинома развивается через несколько месяцев после аборта и родов. Заболевание проявляется кровяными выделениями из матки. Источником наружного кровотечения могут быть также метастазы хориокарциномы во влагалище. При эндофитном росте возникает обильное внутрибрюшное кровотечение. Причиной кровотечения в брюшную полость могут также быть метастазы в печень и кишечник. Важным симптомом заболевания является быстро прогрессирующая анемия вследствие кровотечений и интоксикации, обусловленной всасыванием продуктов распада опухоли.

При гинекологическом обследовании выявляются увеличение размеров матки, наличие текалютеиновых кист яичников, увеличение молочных желез, выделение молозива. При осмотре шейки матки с помощью зеркал возможно выявление метастазов опухоли во влагалище. Клиническая картина заболевания во многом определяется локализацией метастазов. При поражении легких характерны кашель с мокротой, боли в грудной клетке. Головные боли и неврологическая симптоматика отмечаются при метастазах в головной мозг. Метастазы в органы пищеварения могут быть причиной тошноты, рвоты, желудочно-кишечных кровотечений. Диагностика хориокарциномы основывается на клинической картине, показателях уровня ХГЧ в сыворотке крови, результатах УЗИ, гистологического исследования соскоба из матки.

Для выявления и уточнения локализации метастазов проводят компьютерную томографию и МРТ, УЗИ органов брюшной полости. Для лечения больных с хориокарциномой применяют противоопухолевые средства. Показаниями к хирургическому лечению (экстирпация матки)

являются массивное кровотечение и неэффективность лекарственной противоопухолевой терапии. Наблюдение за больными (гинекологическое исследование, УЗИ, рентгенография легких, ежемесячное определение [ХГЧ] продолжают в течение 2 лет.

1.2.7. Алгоритм обследования беременных с кровянистыми выделениями

Поступающих в родовспомогательное учреждение беременных с кровянистыми выделениями обследуют по следующей схеме: оценка общего состояния, сбор анамнеза, наружное акушерское исследование, кардиомониторинг плода, осмотр наружных половых органов и определение характера кровяных выделений, УЗИ (при массивной кровопотере – в операционной).

В настоящее время, в связи с широким внедрением УЗИ в практику женских консультаций, о предлежании плаценты известно заранее. При установленном диагнозе предлежания плаценты и кровотечении при поступлении в стационар пациентку переводят в операционную. Если диагноз заранее не известен, при массивном кровотечении в первую очередь необходимо исключить преждевременную отслойку плаценты.

Если при наружном акушерском исследовании и УЗИ преждевременная отслойка не подтверждена, необходим осмотр шейки матки и стенок влагалища в зеркалах для исключения эрозии и рака шейки матки, полипов шейки матки, разрыва варикозно расширенных вен, травмы. При выявлении указанной патологии проводят соответствующее лечение. Влагалищное исследование в родах выполняют для: определения степени раскрытия шейки матки; выявления сгустков крови во влагалище, в заднем своде для определения истинной кровопотери; амниотомии при ведении родов через естественные родовые пути. Влагалищное исследование проводится при развернутой операционной: при усилении кровотечения экстренно выполняют чревосечение.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В РОДАХ

Кровотечения в родах могут встречаться в I, во II и III периоде. Причинами кровотечений являются: предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, аномалии прикрепления плаценты, травмы родовых путей.

2.1. Кровотечения в I и II периоде родов

В I и во II периоде родов кровотечения возникают редко и в основном они наблюдаются при предлежании плаценты и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты. В родах самым неблагоприятным периодом является последовый или III период родов, в котором возникает грозное осложнение – обильное и даже массивное кровотечение, которое может угрожать жизни женщины.

При предлежании плаценты в родах, когда происходит раскрытие маточного зева, то аномально расположенная плацента все больше отслаивается. Перекрывающая внутренний зев плацента не позволяет лежащей части встаться во вход в малый таз и прижать кровоточащий участок к стенкам малого таза. При полном предлежании плаценты происходит разрыв ее сосудов, возникает обильное кровотечение и быстро развивается острая анемия.

При неполном предлежании плаценты кровотечение начинается, чаще в начале I периода раскрытия или даже позже, когда произошло сглаживание шейки матки и раскрытие маточного зева на 4–5 см.

Сила кровотечения зависит от величины отслоившегося участка плаценты. Следовательно, чем больше участок лежащей плаценты, тем раньше начинается кровотечение, и тем оно обильнее. При затылочном вставлении и неполном предлежании плаценты кровотечение может уменьшиться и даже приостановиться после излития околоплодных вод, так как головка плода опускается во вход в таз и прижимает отслоившуюся часть плаценты к стенке матки и таза, останавливая кровотечение. Роды при предлежаниях плаценты заканчивают экстерным кесаревым сечением.

При неправильных вставлениях головки нижний сегмент матки не может так же плотно охватить головку, как при затылочном предлежании, поэтому кровотечение не прекращается. При неправильных положениях плода (поперечное и косое), когда лежащая часть отсутствует, кровотечения даже усиливается. Низкое прикрепление плаценты – самое благоприятное из всех вариантов аномального расположения плаценты. Кровотечение появляется чаще в конце периода раскрытия, и оно

значительно слабее, чем при других аномалиях расположения плаценты. Роды при неправильных вставлениях заканчивают операцией кесарево сечение.

При отслойке нормально расположенной плаценты в первом периоде родов изменяется характер схваток. Они усиливаются или ослабевают либо становятся нерегулярными. Матка не расслабляется между схватками. Изменяется сердцебиение плода, который страдает от гипоксии и может погибнуть. Появляются симптомы геморрагического шока. Довольно сложно диагностировать отслойку во втором периоде родов. На фоне схваток или потуг могут появиться сильные боли в области матки, но это бывает редко.

При выраженной клинической картине ПОНРП (острая отслойка во втором периоде родов) они могут быть закончены через естественные родовые пути, но только в мощных, хорошо оснащенных диагностической и лечебной аппаратурой стационарах. При живом плоде и соответствующих условиях второй период родов при головном предлежании экстренно заканчивают наложением акушерских щипцов, при тазовом – извлечением плода за тазовый конец. После родоразрешения через естественные родовые пути при ПОНРП во всех случаях показаны ручное отделение плаценты и выделение последа или ручное обследование стенок полости матки. Операцию производят тотчас после рождения плода для исключения нарушения целостности стенок матки (разрыв матки), гипотонии и удаления возможных остатков плацентарной ткани и сгустков крови, что способствует лучшему сокращению матки. Производят осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал. Вводят лекарственные средства, сокращающие матку, с целью предупреждения инфекции назначают антибиотики, при анемии – соответствующее лечение

2.2. Кровотечения в последовом (III) периоде родов

Кровотечения в последовом периоде встречаются в 3–5% родов. Этиология. Наиболее частыми причинами кровотечений в последовом периоде являются: 1) задержка последа в полости матки вследствие нарушения сократительной деятельности матки; 2) задержка последа вследствие частичного плотного прикрепления или истинного врастания плаценты; 3) травмы мягких тканей родового канала (разрывы матки, шейки матки, влагалища, наружных половых органов, гематомы); 4) приобретенные и врожденные коагулопатии.

При физиологическом последовом периоде матка после рождения плода резко сокращается, вследствие чего плацентарная площадка уменьшается в размере и становится меньше плаценты. Во время последовых

схваток происходит ретракция мышечных слоев матки в области плацентарной площадки, в результате образуются разрыв губчатого слоя децидуальной оболочки и отслойка плаценты. Процесс отделения плаценты непосредственно связан с силой и длительностью ретракции. Продолжительность последового периода у большинства рожениц составляет 5–15 мин, но не превышает 30 мин. Физиологическая кровопотеря не превышает 0,5% массы тела.

Сократительная функция матки нарушается в результате дегенеративных изменений ее стенки после перенесенных инфекционно-воспалительных заболеваний половых органов, многократных родов и абортов, операций на матке, при миоме матки, пороках развития матки, преэклампсии.

К нарушению сократительной деятельности матки приводит ее чрезмерное растяжение при крупном плоде, многоводии, многоплодии. Сократительную способность миометрия снижают нерациональное использование утеротоников и проводниковой аналгезии в родах, быстрое опорожнение матки (быстрые или стремительные роды и оперативные пособия) и затяжные роды (слабость или дискоординация родовой деятельности). Миометрий не может развить полноценные сокращения и полностью отделить плаценту при одном ее предлежании, низком прикреплении, расположении в одном из трубных углов матки или на маточной перегородке.

Большое значение имеют особенности строения самой плаценты и размеры площади ее прикрепления к внутренней поверхности матки. Большая поверхность прикрепления препятствует нормальному сокращению миометрия и отделению плаценты от стенок матки. Плацента может занимать очень большую поверхность матки при ее удвоении, наличии добавочных долек; двухдольчатом, лопастном и кожистом строении. Одна из нередких причин кровотечения – нерациональное (агрессивное) ведение последового периода.

При отсутствии признаков отделения плаценты и отсутствии кровотечения показано внутривенное введение окситоцина. При нарушении сократительной активности матка не может полностью отделить плаценту. Отделяется только часть плаценты, матка не сокращается, из зияющих сосудов освобожденной плацентарной площадки начинается кровотечение. Скорость кровотечения и количество теряемой крови зависят от размеров отслоившейся части плаценты: чем больше отслоившаяся плацента, тем обильнее кровотечение. Скорость кровотечения зависит также от места прикрепления плаценты: оно обильнее там, где более тонкий мышечный слой

матки и меньшая ее сократительная способность (низкое прикрепление плаценты, локализация на перегородке матки или в трубном углу).

Если после рождения последа в матке остался фрагмент плаценты или ее дополнительная долька, кровотечение может быть обильным. При спазме маточного зева плацента, уже отделившаяся от стенки матки, не может родиться. При «инородном теле» в полости матки не может адекватно сократиться, что в результате провоцирует кровотечение. Сокращение матки не происходит при задержке в ее полости не только плаценты или ее дольки, но и при скоплении в полости сгустков крови.

Клиника. Обычно после рождения ребенка роженица находится в удовлетворительном состоянии и жалоб не предъявляет. Из половых путей выделяется темная кровь в умеренном количестве.

При нарушении отделения плаценты и выделения последа количество теряемой крови быстро увеличивается. Кровотечение может быть наружным и внутренним (если кровь скапливается в матке). При наружном кровотечении кровяные выделения из половых путей усилились, кровь становится алой, выделяется порциями, появляются сгустки. Внутреннее кровотечение возникает при закрытии внутреннего зева сгустком крови и обрывками околоплодных оболочек или при спазме. При отсутствии оттока кровь скапливается в матке и вместе с не отделившейся плацентой не дает матке сокращаться. В таком случае матка увеличивается из-за скапливающейся в ней крови, становится напряженной, болезненной при пальпации, дно матки находится на уровне пупка или выше.

Роженица жалуется на боли в животе. Основные симптомы при задержке последа или его частей в матке – кровотечение из половых путей при отсутствии признаков отделения плаценты. Если количество теряемой крови достигло 300 мл или 0,5% массы тела роженицы и кровотечение продолжается, его следует считать пограничным (0,5–0,7%) или патологическим (более 0,7%) и экстренно выполнить ручное вхождение в полость матки. Кровотечение может быть столь обильным, что приводит к развитию геморрагического шока (падение АД, учащение пульса, бледность кожного покрова и др.).

Диагностика. Задержку отделения плаценты от стенки матки диагностируют на основании наружных признаков отделения плаценты (Шредера, Альфельда, Кюстнера–Чукалова, Довженко, Клейна) до рождения последа. Задержку частей последа в полости матки определяют после рождения последа при осмотре плаценты и оболочек. Если при осмотре последа на гладкой блестящей материнской поверхности плаценты обнаруживают неровности, шероховатости и углубления, из которых постоянно выделяется темная кровь, это считают дефектами плаценты.

Обрывающиеся сосуды на детской стороне плаценты и оболочках свидетельствуют о добавочной дольке, которая осталась в матке.

Если при осмотре последа сомневаются в его целостности, устанавливают диагноз «сомнительный послед или дефект последа». Дифференциальную диагностику проводят с кровотечением из разрывов мягких родовых путей. При травмах кровотечение возникает сразу после рождения ребенка, кровь вытекает струйкой, она алого цвета, хорошо свертывается. Несмотря на кровотечение, матка обычно хорошо сокращена, плотная. При коагулопатиях кровь, вытекающая из матки, долго не свертывается.

Лечение. При кровотечении в последовом периоде матку необходимо опорожнить, после чего она быстро сокращается, и кровотечение прекращается. При задержке последа в матке применяют консервативные и оперативные методы лечения, при задержке частей последа – только оперативное лечение. Консервативные методы: внутривенное 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, когда по наружным признакам определяют отделение плаценты, возможна задержка последа в полости матки.

При задержке последа в матке применяют наружные способы выделения последа из матки (Креде–Лазаревича, Эндрю–Брандта, Байера–Абуладзе, Гентера). Если консервативные методы не дают эффекта и объем кровопотери превысил 300 мл или 0,5% массы тела роженицы, приступают к хирургическим методам лечения.

Если после рождения последа обнаруживают дефект плаценты, сразу производят ручное обследование стенок полости матки, удаляют фрагменты плаценты и сгустки крови. Оперативные методы лечения – это ручное отделение плаценты и выделение последа с последующим контрольным ручным обследованием стенок полости матки.

Лечебные мероприятия при патологии в третьем периоде родов заключаются: а) отделении плаценты и выделении последа; ушивании разрывов мягких тканей родовых путей; б) нормализации дефектов гемостаза.

Последовательность пособий при задержке отделения плаценты и отсутствии кровяных выделений из половых органов.

1. Катетеризация мочевого пузыря, после которой нередко происходит усиление сокращений матки и отделение плаценты.

2. Катетеризация локтевой вены и внутривенное введение кристаллоидов в целях адекватной коррекции возможной кровопотери.

3. Введение утеротонических препаратов через 15 мин после изгнания плода (окситоцин внутривенно капельно по 5 ЕД в 500 мл 0,9% раствора натрия хлорида или по 0,5 мл внутримышечно через 15 мин 2 раза или карбетоцин 1 мл внутримышечно или внутривенно медленно в течение 1 мин) для усиления сократительной способности матки.

4. Выделение плаценты при появлении признаков отделения (по Абуладзе, по Креде-Лазаревичу).

5. При отсутствии признаков отделения плаценты в течение 20—30 мин на фоне введения сокращающих средств выполняются ручное отделение плаценты и выделение последа. Если во время родов применялась эпидуральная анестезия, то ручное отделение плаценты и выделение последа выполняются на ее фоне. Если в родах не использовалось обезболивание, то указанная операция осуществляется при внутривенном введении обезболивающих средств или спинальной анестезии.

Техника операции ручного отделения плаценты и выделения последа. Операцию проводят под общим обезболиванием. Наружные половые органы женщины обрабатывают дезинфицирующим раствором. Применяют длинные стерильные перчатки. После опорожнения мочевого пузыря левой рукой разводят половые губы. Во влагалище вводят сложенную конусообразно правую руку («рука акушера»), после чего левую руку помещают на дно матки. Правой рукой, введенной в полость матки, достигают край плаценты вытянутыми, плотно прилегающими друг к другу пальцами, ладонной поверхностью, обращенной к плаценте, тыльной – к плацентарной площадке, пилообразными движениями осторожно отслаивают плаценту от плацентарной площадки до полного ее отделения.

После удаления последа матка обычно сокращается, плотно обхватывая руку. Если тонус матки не восстанавливается, то дополнительно вводят утеротонические препараты, выполняют бимануальную компрессию матки, вводя правую руку в передний свод влагалища. При плотном прикреплении плаценты (*placenta adhaerens*), как правило, удается удалить все доли плаценты.

При истинном врастании ворсин хориона невозможно отделить плаценту от стенки без нарушения ее целостности. Нередко врастание плаценты устанавливают только при гистологическом исследовании матки, удаленной в связи с гипотонией и массивным кровотечением в последовом периоде. При подозрении на истинное врастание плаценты необходимо прекратить попытку ее отделения. Чрезмерные усилия при ручном удалении плаценты могут привести к массивному кровотечению и прободению матки.

С целью предупреждения инфекции во всех случаях после оперативного вмешательства назначают антибактериальную терапию в

послеродовом периоде. При кровопотере 0,7–1% массы тела и более приступают к программированной инфузионно-трасфузионной терапии с целью восполнения ОЦК, при необходимости проводят симптоматическую терапию. Объем инфузионно-трасфузионной терапии определяют кровопотерей и состоянием родильницы.

Профилактика. Важным в профилактике является рациональное ведение последового периода. Предупреждение аборт, лечение воспалительных гинекологических заболеваний, хронических инфекционных заболеваний также вносит вклад в профилактику задержки последа и его частей в матке. Аномалии прикрепления плаценты. Аномалии прикрепления плаценты к стенке матки (плотное прикрепление плаценты или ее истинное врастание) – причины кровотечения в третьем периоде родов.

2.3. Аномалии прикрепления (врастание) плаценты

Врастание нормально расположенной плаценты встречается, крайне редко (1:25 000) и обнаруживается, как правило, в последовом и раннем послеродовом периодах, когда отделение ее от стенки матки представляется чрезвычайно сложным. В связи с увеличением частоты КС во всех странах мира значительно возросла частота врастания предлежащей плаценты, расположенной в области послеоперационного рубца.

Частота врастания при указанной патологии составляет 1 на 3000—5000 родов. В настоящее время можно определить врастание во время беременности (УЗИ, МРТ). Формированию этой патологии способствует сочетание рубца на матке после КС и предлежания плаценты. Классификация глубины врастания плаценты основана на данных патоморфологического исследования удаленной плаценты или ее части со стенками матки.

Различают следующие варианты врастания плаценты:

– *placenta accreta* – при выраженном истончении или локальном отсутствии децидуальной оболочки плацента прорастает к мышечному слою или рубцовой ткани;

– *placenta increta* – врастание плаценты в мышечный слой матки;

– *placenta percreta* – прорастание плацентой мышечного слоя и серозного покрова матки. Помимо врастания плаценты, используют термин

– *placenta adhaerens* – плотное прикрепление плаценты в базальном слое слизистой оболочки матки. Плацента при этом самостоятельно отделиться не может, но рукой ее можно отделить без большой кровопотери.

Дифференцировать *placenta adhaerens* и *placenta accreta* антенатально сложно. Врастание предлежащей плаценты в рубец после КС в нижнем

маточном сегменте часто сопровождается растяжением рубцовой ткани, условно называемым «аневризма матки». Вращение плаценты может быть на всей площади плаценты (полное) или локальное (неполное).

Этиология и патогенез. К патологическому прикреплению плаценты приводят либо изменения слизистой оболочки матки, либо особенности хориона. В норме плацента формируется в функциональном слое слизистой оболочки, который трансформируется в децидуальную. На уровне губчатого слоя децидуальной оболочки происходит отделение плаценты от стенки матки в третьем периоде родов. При воспалительных заболеваниях или дистрофических изменениях эндометрия функциональный слой рубцовый перерождается, из-за чего самостоятельное отделение его от базального слоя вместе с плацентой в третьем периоде родов не происходит. Указанное состояние называется плотным прикреплении плаценты.

При атрофии не только функционального, но и базального слоя слизистой оболочки один или несколько котиледонов формирующейся плаценты непосредственно доходят до мышечного слоя (*placenta accreta*), или врастают в него (*placenta increta*), или прорастают его (*placenta percreta* – истинное вращение). Изменения слизистой оболочки матки, способствующие нарушению формирования трофобласта, могут наблюдаться при: неспецифических и специфических воспалительных (хламидиозе, гонорее, туберкулезе и т.д.) поражениях эндометрия, хроническом эндометрите; чрезмерном выскабливании матки во время удаления плодного яйца или диагностических манипуляций в анамнезе; наличии послеоперационных рубцов на матке (КС и миомэктомия); курении и употреблении наркотиков.

Нарушению прикрепления и вращению трофобласта способствует также повышение протеолитической активности ворсин хориона.

Диагностика вращающейся плаценты. Во время беременности вращение плаценты с высокой точностью позволяют диагностировать УЗИ и МРТ. Основные эхографические признаки вращающейся плаценты: отсутствие гипоэхогенной ретроплацентарной зоны; наличие плацентарных сосудистых лакун; гиперваскуляризация нижнего маточного сегмента (при цветовом доплеровском картировании); отсутствие четкой границы между стенкой матки и мочевым пузырем. Основанием для постановки диагноза вращающейся плаценты по данным МРТ служат следующие признаки: истончение или отсутствие миометрия в нижнем маточном сегменте; выбухание стенки матки в месте прикрепления плаценты («маточная аневризма»), крупные сосудистые лакуны в плацентарной ткани; отсутствие четкой границы между стенкой матки и мочевым пузырем; множественные извитые сосуды, выходящие за контур матки.

В родах вращение плаценты определяется при ручном отделении плаценты (затруднения или невозможность ее отделения). Тактика ведения беременности. Принципы родоразрешения. При подозрении на вращение плаценты для подтверждения диагноза пациенток направляют на консультацию в акушерский стационар III уровня. Для родоразрешения стационар должен быть выбран заранее и иметь отделение эндоваскулярной хирургии. Целесообразно для операции привлечь к консультации сосудистых хирургов. При отсутствии дополнительных осложнений беременных с вращением плаценты госпитализируют в плановом порядке на сроке 36–37 нед. Проводят дополнительное обследование, подготовку препаратов крови, аутоплазмодонорство, определяют хирургическую тактику.

Предоперационная подготовка при вращении плаценты включает: катетеризацию центральной вены; обеспечение донорской кровью и совмещение ее с кровью беременной; готовность к применению системы для аутогемотрансфузии (аппарата для сбора аутологичной крови). Во время операции присутствуют ангиохирург и трансфузиолог. Операция при вращении плаценты может сопровождаться быстрым массивным кровотечением. В большинстве случаев такие операции раньше заканчивали экстирпацией матки.

В настоящее время применяются органосохраняющие операции с использованием ангиографических методов гемостаза во время КС. При вращении плаценты предпочтительны срединная лапаротомия, донное КС). Плод извлекают через разрез в дне матки, не затрагивая плаценту. После пересечения пуповины ее остаток погружают в матку и ушивают разрез. Сразу после извлечения плода и ушивания разреза в дне матки осуществляется временная баллонная окклюзия общих подвздошных артерий. Для этого пунктируют общие бедренные артерии с двух сторон, вводят интродюсеры, в брюшной отдел аорты устанавливают проводники, по которым проводят баллоны до уровня бифуркации брюшного отдела аорты. Баллоны в последующем раздувают до 4 атм.; время экспозиции баллонов – 10–20 мин. Временная баллонная окклюзия подвздошных артерий имеет ряд преимуществ перед эмболизацией маточных артерий: прекращение кровотока в сосудах минимизирует кровопотерю и позволяет проводить более тщательный гемостаз.

Противопоказания к временной баллонной окклюзии подвздошных артерий: нестабильная гемодинамика; геморрагический шок II—III степени; подозрение на внутрибрюшное кровотечение. Преимущества сочетания донного КС и временной баллонной окклюзии подвздошных артерий заключаются в том, что, во-первых, при извлечении плода не пересекается плацента, располагающаяся в нижнем сегменте матки, что значительно

снижает величину кровопотери; во-вторых, имеется возможность без дополнительной кровопотери удалить участок стенки матки с вросшей в нее плацентой в пределах неизменного миометрия.

При интраоперационном выявлении врастания плаценты в рубец, о чем свидетельствует выраженная сеть сосудов в нижнем сегменте матки и отсутствии кровотечения необходимо воздержаться от вскрытия матки. При этом необходимо вызвать сосудистого хирурга, трансфузиолога, заказать компоненты крови, выполнить катетеризацию центральной вены, подготовить аппарат для реинфузии аутологичной крови. Если лапаротомия выполнена поперечным разрезом, расширяют доступ (срединная лапаротомия). После подготовки выполняют донное КС, иссечение ткани матки с плацентой, метропластику.

Если нет условий для обеспечения гемостаза (эмболизация маточных артерий, временная баллонная окклюзия подвздошных артерий), возможно отсроченное удаление плаценты. Обязательное условие для выбора такой тактики – отсутствие кровотечения и гипотонии матки. При диагностике врастания нормально расположенной плаценты при ручном ее отделении в третьем периоде родов следует прекратить эту попытку. Необходимо экстренно выполнить лапаротомию, перевязку внутренних подвздошных артерий. Более оптимальны баллонная окклюзия маточных артерий и иссечение участка матки с вросшей в нее плацентой и затем наложение швов на дефект матки. При отсутствии эффекта – экстирпация матки.

2.4. Травмы родовых путей

Во время родов нередко возникают разрывы мягких тканей родового канала (вульвы, влагалища, промежности и шейки матки). Во время родов может произойти выворот матки и разрыв матки. Родовой травматизм наблюдается при патологическом течении родов, несвоевременном и неправильном оказании акушерской помощи.

Различают родовые травмы самопроизвольные и насильственные возникшие в результате акушерских вмешательств. Выделяют механические (связанные с перерастяжением тканей), морфологические (обусловленные гистохимическими изменениями в тканях) и смешанные (механо-гистопатические) причины родового травматизма.

Клиническая картина Кровотечение из разрывов мягких тканей родовых путей бывает выраженным при повреждении сосудов. Разрывы шейки матки сопровождаются кровотечением при повреждении нисходящей ветви маточных артерий (при боковых разрывах шейки). При низком прикреплении плаценты и выраженной васкуляризации тканей нижнего

сегмента матки даже небольшие травмы шейки могут приводить к массивному кровотечению.

При разрывах влагалища кровотечение возникает при повреждении варикозно расширенных вен, а. vaginalis или её ветвей. Кровотечение возможно при высоких разрывах с вовлечением сводов и основания широких маточных связок, иногда с повреждением а. uterinae. При разрывах промежности кровотечение возникает при повреждении ветви а. pudenda. Разрывы в области клитора, где развита сеть венозных сосудов, также сопровождаются сильным кровотечением

Лечение. При разрыве мягких родовых путей необходимо выполнить зашивание разрывов, при разрыве матки – лапаротомию и зашивание разрыва, или гистерэктомию при невозможности зашивания разрыва матки. С целью остановки кровотечения или уменьшения объема кровопотери (как временная или дополнительная мера) возможно применение баллонной тампонады влагалища. В зависимости от тяжести послеродового кровотечения тампонирование проводят в течение 24-36 часов. Во время нахождения заполненного баллона во влагалище необходим контроль за количеством выделений из половых путей и постоянная катетеризация мочевого пузыря.

2.5. Дефекты гемостаза

Дефекты гемостаза – врожденные и приобретенные коагулопатии (болезнь фон Виллебранда и другие) и тромбоцитопении (системная красная волчанка, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура и другие). Особенность кровотечения при дефектах гемостаза – кровь, вытекающая из половых путей, не сворачивается. Терапия должна быть направлена на коррекцию первичного дефекта гемостаза до беременности, консультация гематолога по необходимости.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Кровотечения в послеродовом периоде встречаются от 2 до 5% от всех родов. В зависимости от времени возникновения кровотечения их разделяют на ранние и поздние. Ранние послеродовые кровотечения наблюдаются в течение 2 ч после родов, а поздние через несколько дней или недель после окончания родов.

3.1. Кровотечения в раннем послеродовом периоде

Причиной кровотечения в раннем послеродовом периоде являются: задержка частей последа в полости матки (долек, оболочек), гипотония и атония матки, травмы родовых путей, ущемление последа в матке, нарушение свертывающей системы крови.

3.1.1. Задержка частей последа в полости матки

Задержка в матке частей последа препятствует ее нормальному сокращению, пережатию маточных сосудов и возникновению кровотечения. Причиной задержки частей плаценты в матке является частичное плотное прикрепление или врастание ее долек. Задержка плодных оболочек чаще всего связана с неправильным ведением послеродового периода, в частности, с чрезмерным форсированием рождения последа. Задержка оболочек может также наблюдаться при внутриутробном инфицировании, когда легко нарушается их целостность.

Определить задержку частей последа в матке не представляет труда после его рождения. При осмотре последа выявляются дефект тканей плаценты, отсутствие оболочек или имеется часть их. Нахождение частей последа в матке может привести к инфицированию или кровотечению как в раннем, так и в позднем послеродовом периоде. Выявление дефекта последа (плаценты и оболочек), даже при отсутствии кровотечения, является показанием к ручному обследованию матки и опорожнению ее полости.

Для остановки кровотечения применяется операция ручного обследования полости матки, которая проводится под общей анестезией, соблюдения правила асептики и антисептики, а техника самой операции проводится по принципу ручного отделения плаценты.

3.1.2. Гипотония матки и атония матки

Самой частой и грозной причиной кровотечения в раннем послеродовом периоде является гипотония и атония матки. Гипотония матки – уменьшение тонуса и сократительной способности мышц матки и является обратимым состоянием, так как матка сокращается на механические воздействия (наружный массаж матки), химические факторы (введение сокращающих маточных средств) и физические факторы (холод, лед на живот).

Атония матки – полная потеря тонуса и сократительной способности мышц, она не реагирует даже на механические, химические и физические факторы. Атония матки встречается крайне редко и является необратимым состоянием, при котором показана срочная операция экстирпация матки.

Факторы риска гипотонии матки следующие: юные первородящие, возраст которых 18 лет и менее; патология матки: пороки развития, миома, рубцы после оперативных вмешательств (миомэктомии, КС), дистрофические изменения мышц (многорожавшие, эндомиометриты), перерастяжение матки во время беременности (многоплодие, многоводие, крупный плод); осложнения беременности (длительная угроза прерывания); нарушения и атония матки родовой деятельности: слабость родовой деятельности с длительной активацией окситоцином, бурная родовая деятельность; предлежание или низкое расположение плаценты; ДВС-синдром, развивающийся на фоне шока любого генеза (анафилактический, синдром Мендельсона, эмболия околоплодными водами); наличие экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности, связанных с нарушением гемостаза (сердечно-сосудистые заболевания, эндокринопатии, хроническая венозная недостаточность, преэклампсия); полиорганная недостаточность, которая развивается при осложнениях беременности (преэклампсии), а также при массивной кровопотере, одновременно способствует формированию «шоковой матки» с развитием ее гипотонии или атонии.

Этиология. Причины гипо- и атонического состояния матки одни и те же, их можно разделить на две основные группы: 1) состояния или заболевания матери, обуславливающие гипотонию или атонию матки (гестозы, заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, почек, дыхательных путей, ЦНС, нейроэндокринные расстройства, острые и хронические инфекции и др.); все экстремальные состояния родильницы, сопровождающиеся нарушением перфузии тканей и органов, в том числе матки (травмы, кровотечения, тяжелые инфекции); 2) причины, способствующие анатомической и функциональной неполноценности матки: аномалии расположения плаценты, задержка в полости матки частей последа,

преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, пороки развития матки, приращение и плотное прикрепление плаценты, воспалительные заболевания матки (эндометрит), миома матки, многоплодие, крупный плод, изменения деструктивного характера в плаценте.

Кроме того, к развитию гипотонии и атонии матки могут predisposing и такие дополнительные факторы, как аномалии родовой деятельности, приводящие к длительному или быстрому и стремительному течению родов; несвоевременное излитие околоплодных вод; быстрое извлечение плода при акушерских операциях; назначение в больших дозах препаратов, сокращающих матку; чрезмерно активное ведение III периода родов; необоснованное применение таких приемов, как метод Абуладзе, Гентера, Креде—Лазаревича; наружный массаж матки; потягивание за пуповину и др.

Клиника. Может наблюдаться два клинических варианта кровотечения в раннем послеродовом периоде. Первый вариант: сразу после рождения последа матка теряет способность сокращаться; она атонична, не реагирует на механические, температурные и медикаментозные раздражители; кровотечение с первых минут носит характер профузного, быстро приводит родильницу в шоковое состояние. Такая клиника в основном характерна для атонии матки.

Второй вариант: матка периодически расслабляется; под влиянием средств, стимулирующих мускулатуру, тонус и сократительная способность ее временно восстанавливаются; затем матка вновь становится дряблой; кровотечение волнообразное; периоды усиления его чередуются с почти полной остановкой; кровь теряется порциями по 100–200 мл. Организм родильницы временно компенсирует такие кровопотери. Если помощь родильнице оказывается вовремя и в достаточном объеме, тонус матки восстанавливается и кровотечение прекращается. Если акушерская помощь запаздывает или проводится бессистемно, происходит истощение компенсаторных возможностей организма. Матка перестает реагировать на раздражители, присоединяются нарушения гемостаза, кровотечение становится массивным, развивается геморрагический шок. Второй вариант клинической картины кровотечений в раннем послеродовом периоде встречается значительно чаще и характерный для клиники гипотонии матки.

Основными симптомами гипотонии и атонии матки являются кровотечения, снижение или отсутствие тонуса матки, признаки геморрагического шока. Кровь при гипотонии на начальных этапах выделяется со сгустками, как правило, после наружного массажа матки. Тонус матки при этом снижен: матка дряблая, дно ее может достигать до

пупка и выше. Тонус может восстанавливаться после наружного массажа, а затем вновь снижаться, и кровотечение возобновляется. Кровь может вытекать струей. При отсутствии своевременной помощи кровь теряет способность к свертыванию. При значительной кровопотере, переходящей в массивную, появляются симптомы ДВС и геморрагического шока: бледность кожного покрова, тахикардия, гипотония.

При атонии матки кровотечение непрерывное и обильное, контуры матки не определяются. Быстро развиваются симптомы геморрагического шока.

Диагностика гипотонического кровотечения не вызывает трудностей. Дифференциальную диагностику следует проводить с разрывами матки и мягких тканей родовых путей.

Лечение. Методы борьбы с гипотоническими и атоническими кровотечениями делятся на медикаментозные, механические и оперативные.

Оказание помощи при начавшемся гипотоническом кровотечении заключается в комплексе мероприятий, которые проводят быстро и четко, не тратя времени на повторное применение неэффективных средств и манипуляций. После опорожнения мочевого пузыря приступают к наружному массажу матки через брюшную стенку. Одновременно внутривенно и внутримышечно (или подкожно) вводят препараты, сокращающие мускулатуру матки. В качестве таких средств можно использовать 1 мл (5 ЕД) окситоцина, 0,5–1 мл 0,02% раствора метилэргометрина. Необходимо помнить, что препараты спорыньи при передозировке могут оказать угнетающее действие на сократительную деятельность матки, а окситоцин – привести к нарушению свертывающей системы крови. Не следует забывать о местной гипотермии (лед на живот).

Если указанные мероприятия не приводят к стойкому эффекту, а кровопотеря достигла 250 мл, то необходимо, не мешкая, приступить к ручному обследованию полости матки, удалить сгустки крови, провести ревизию плацентарной площадки; при выявлении задержавшейся доли плаценты удалить ее, проверить целостность стенок матки. При своевременном выполнении эта операция дает надежный гемостатический эффект и предупреждает дальнейшую кровопотерю. Отсутствие эффекта при ручном обследовании полости матки в большинстве случаев свидетельствует о том, что операция выполнена с запозданием.

Для закрепления полученного эффекта рекомендуется наложить поперечный шов на шейку матки по Лосицкой, поместить в область заднего свода влагалища тампон, смоченный эфиром, ввести в шейку матки 1 мл (5 ЕД) окситоцина или 1 мл (5 мг) простагландина F_{2α}.

При установлении гипотонии матки в прежние годы производили операцию массаж матки на кулаке (осторожно!). Осторожность необходима для предупреждения нарушений функций свертывающей системы крови в связи с возможным поступлением в кровоток матери большого количества тромбопластина.

Все мероприятия по остановке кровотечения проводятся параллельно с инфузионно-трансфузионной терапией, адекватной кровопотере.

Возможно также проведение внутриматочной баллонной тампонады (Рис.7).



Рис. 7. Баллон Бакри

Для тампонады матки используется специальный гемостатический баллон, который вводят в полость матки и затем заполняют теплой водой. Стенка баллона оказывает давление на кровоточащие в полости матки сосуды, останавливая кровотечение. Эмболизация маточных артерий, как правило, приводит к остановке кровотечения.

В случае отсутствия эффекта от своевременно проведенного лечения (наружный массаж матки, введение сокращающих матку средств, ручное обследование полости матки с бережным наружно-внутренним массажем) и продолжающемся кровотечении (кровопотеря свыше 1000 мл) необходимо немедленно приступить к чревосечению. При массивном послеродовом кровотечении операция должна быть предпринята не позднее чем через 30 мин после начала гемодинамических нарушений (при АД 90 мм рт. ст.). Предпринятая после этого срока операция, как правило, не гарантирует благоприятного исхода.

Хирургические методы остановки кровотечения основаны на перевязке маточных и яичниковых сосудов или удалении матки.

При лапаротомии в зависимости от квалификации хирурга на первом этапе можно осуществлять наложение компрессионных швов на матку [матрачный, стягивающий нижний сегмент шов, вертикальную компрессию матки с помощью шва по В-Lynch (Рис.8).

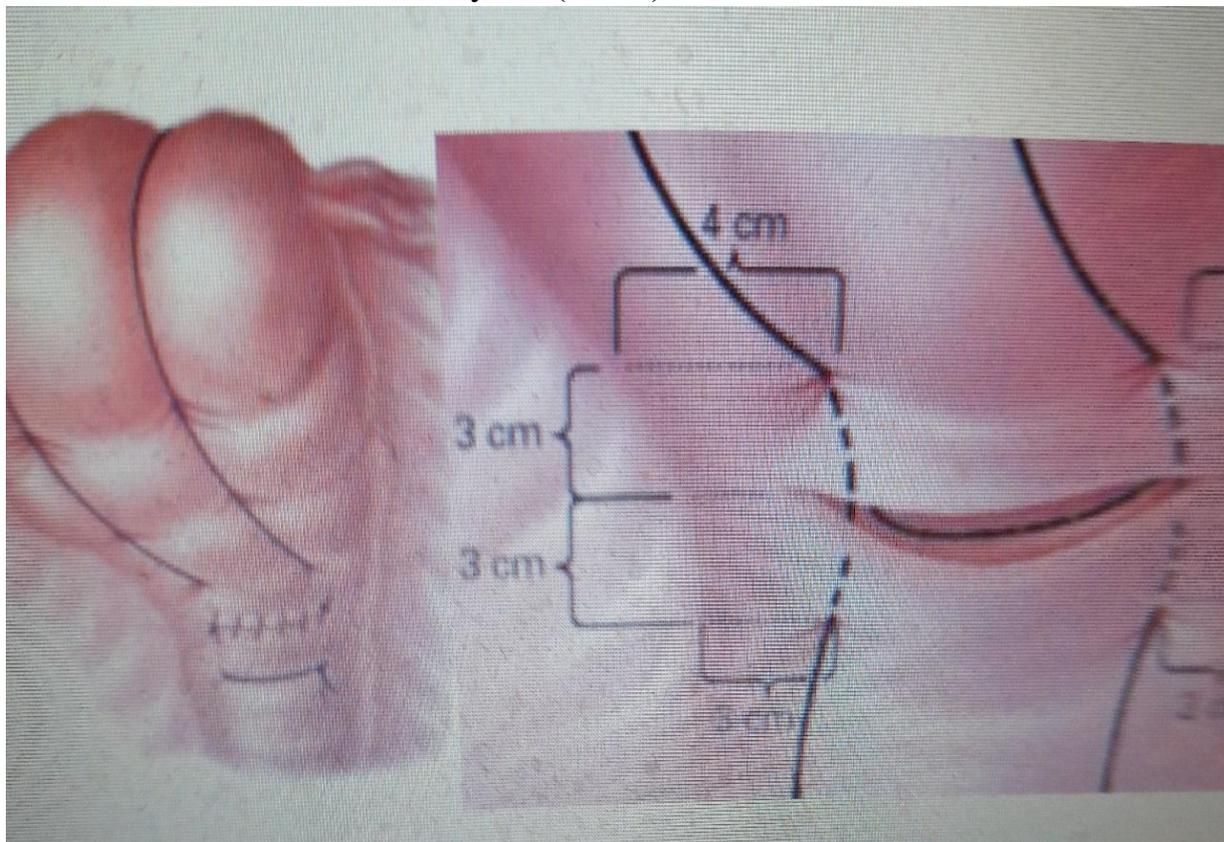


Рис.8. Компрессионные швы по В-Lynch

Техника наложения шва по В-Lynch. После лапаротомии выполняют поперечный разрез в нижнем маточном сегменте и дополнительно осуществляют контрольное исследование матки. Затем на 3 см вниз от разреза и от латерального края матки в нижнем сегменте выполняют вкол в полость матки с выколом на 3 см выше верхнего края разреза и на 4 см медиальнее от латерального края матки. Далее нить (рассасывающийся шовный материал) перекидывают над дном матки. На задней стенке на уровне крестцовых связок выполняют вкол в полость матки и выкол из нее на противоположной стороне. Затем нитками огибают матку сзади наперед, вкол осуществляют на передней стенке на 3 см выше, а выкол – на 3 см ниже поперечного разреза. Затем нити натягивают, завязывают узел и ушивают разрез матки в нижнем маточном сегменте. Эффект от наложения швов длится ближайшие 24—48 ч.

В клинической практике широко применяется гемостатические компрессионные швы Перейра (Рис.9), Хаймона, а в России компрессионные швы Радзинского В. Е. (Рис.10). При проведении лапаротомии в целях

остановки кровотечения возможна перевязка сосудов матки или внутренних подвздошных артерий. При продолжающемся кровотечении выполняют экстирпацию матки. Целесообразно переливание собственной крови из брюшной полости с помощью аппарата для интраоперационной реинфузии аутологичной крови.

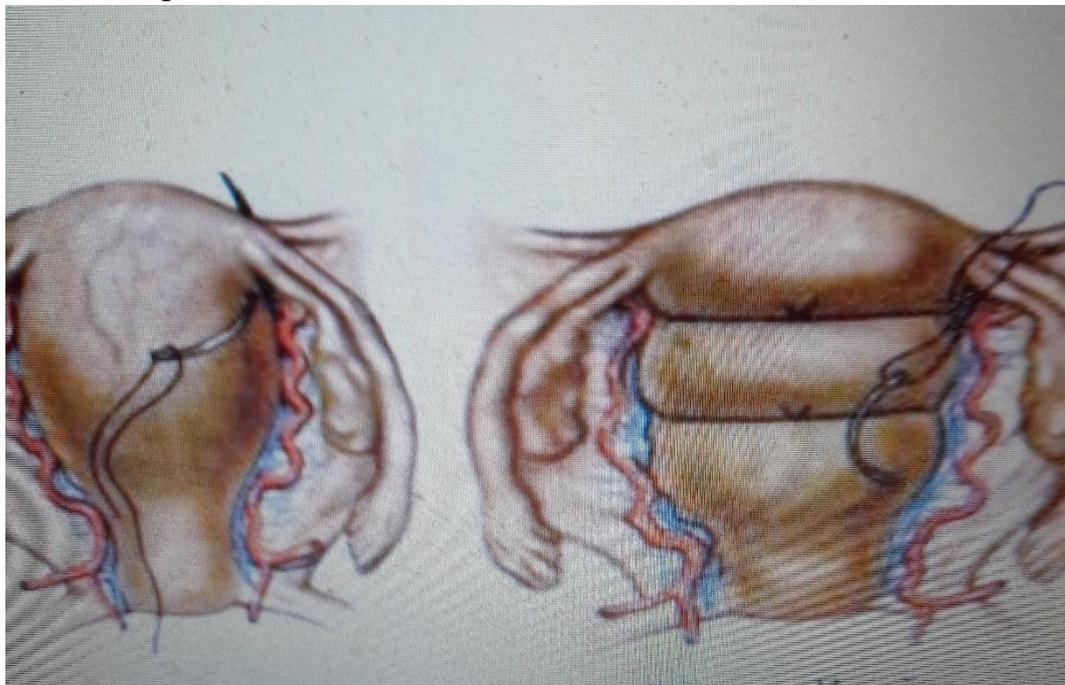


Рис. 9. Компрессионные швы Перейра

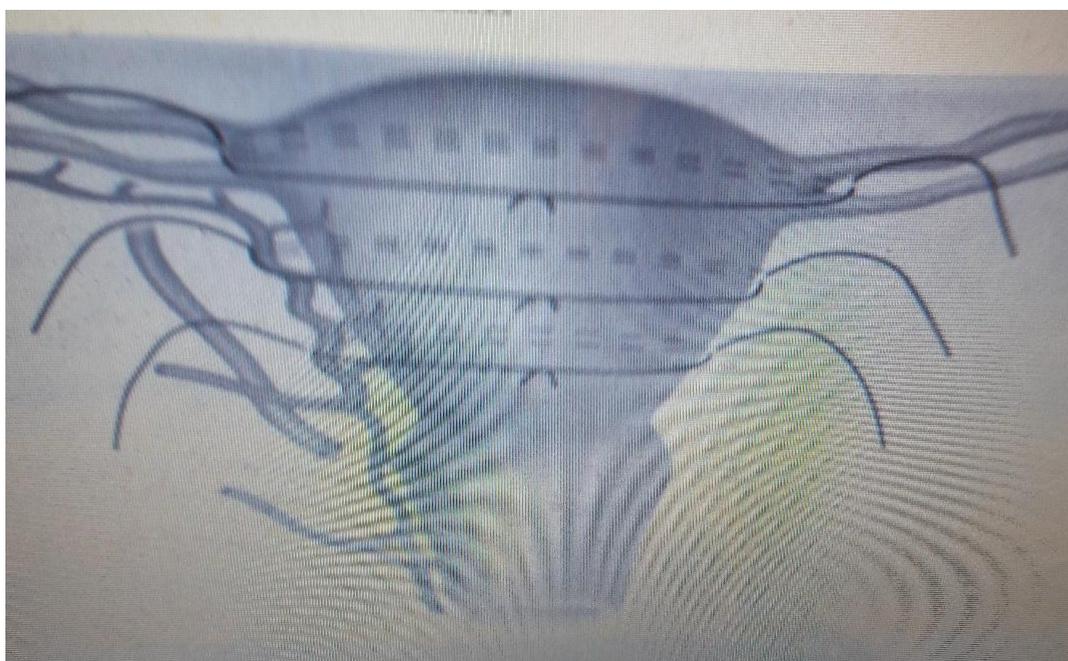


Рис.10. Компрессионные швы Радзинского В.Е.

При проведении лапаротомии в целях остановки кровотечения возможна перевязка сосудов матки или внутренних подвздошных артерий (Рис. 11).

При продолжающемся кровотечении выполняют экстирпацию матки. Целесообразно переливание собственной крови из брюшной полости с помощью аппарата для интраоперационной реинфузии аутологичной крови.

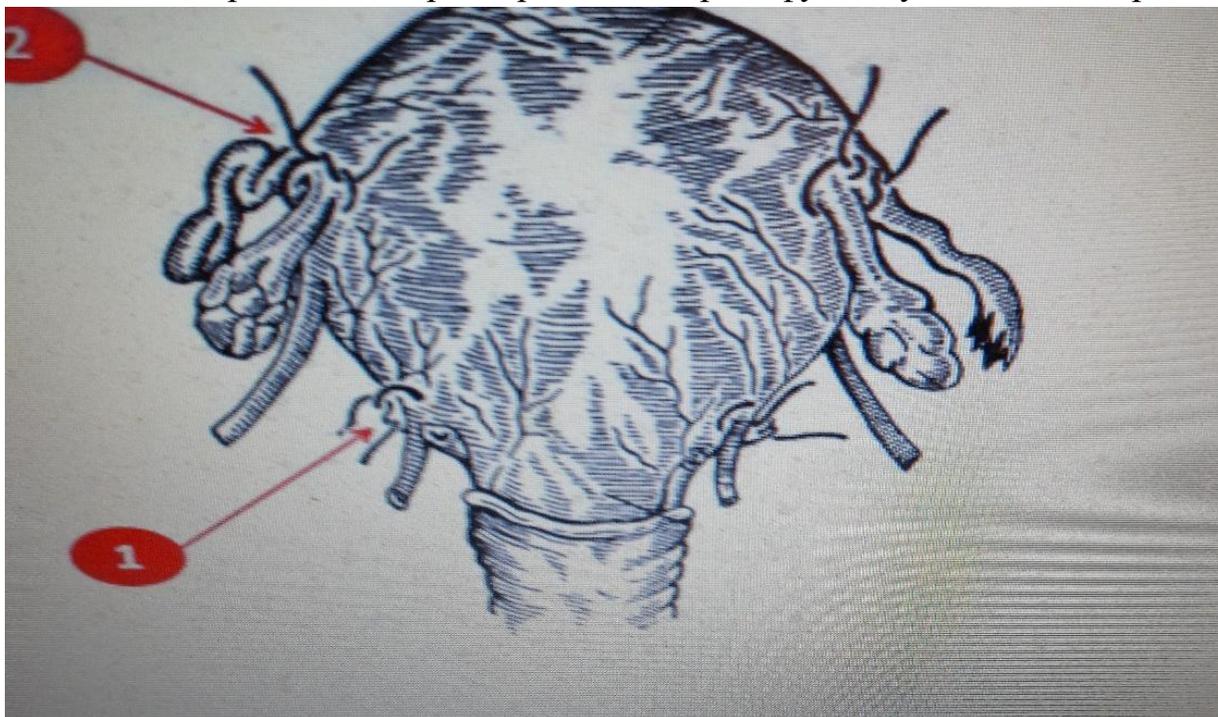


Рис.11. Перевязка маточных сосудов по Цицишвили Д.В.

К надвлагалищной ампутации матки следует прибегать при отсутствии эффекта от перевязки сосудов, а также в случаях частичного или полного приращения плаценты. При продолжающемся кровотечении выполняют экстирпацию матки. Целесообразно переливание собственной крови из брюшной полости с помощью аппарата для интраоперационной реинфузии аутологичной крови.

Экстирпацию рекомендуется производить в тех случаях, когда атония матки возникает в результате приращения подлежащей плаценты, при глубоких разрывах шейки матки, при наличии инфекции, а также если патология матки является причиной нарушения свертывания крови.

Таким образом, исход борьбы с кровотечением во многом зависит от последовательности проводимых мероприятий и четкой организации оказываемой помощи.

Алгоритм действия при кровотечении в раннем послеродовом периоде. Эти действия включают консервативные и хирургические методы остановки кровотечения.

Консервативные методы остановки кровотечения:

1. Опорожнить мочевой пузырь (катетеризация);
2. Наружный массаж матки;
3. Введение маточных сокращающих средств:

5 ЕД окситоцина в/в медленно, 1,0 мл метилэргометрина в/м (противопоказания гестоз, артериальная гипертензия) простагландин Е2 (микролют, сайтотек, мизопропрост), 800-1000 мл однократно ректально (побочные действия лихорадка, озноб);

4. Ручное обследование полости матки (однократно). При затруднении отделения плаценты следует иметь ввиду вероятность ее приращения и своевременно переходить на экстирпацию матки.

5. Ревизия мягких родовых путей, ушивание разрывов, при продолжающемся кровотечении – введение 1,0 мл 0,002% метилэргометрина или 5 мг (1. мл) энзапроста в шейку. При диагностировании разрыва шейки матки I-II степени – обязательное контрольное обследование полости матки, при разрыве матки – лапаротомия

6. На фоне проводимых акушерских мероприятий – в/в капельное введение окситоцина 5-10 ЕД 400 мл физиологического раствора или 5% раствора глюкозы. При пограничной кровопотере 0,5-0,7% от массы тела следует произвести перерасчет объема кровопотери по отношению к массе тела женщины для индивидуального ее значения. Катетеризация мочевого пузыря, постоянный мониторинг функции витальных органов с целью своевременного изменения тактики лечения.

Хирургические методы остановки кровотечения:

При продолжающемся кровотечении (при кровопотере >1200 – 1500 мл, > 1,2% от массы тела);

- развернуть операционную;
- катетеризация магистральных сосудов;
- предотвратить падение АД (допустимое среднее значение 60 мм рт. ст., вызванное острой массивной кровопотерей, при необходимости – симпатомиметики, глюкокортикоиды (преднизалон 90-120 мг в/в);

- приступить к переливанию СЗП в/в струйно 10-15 мг/кг (достаточно быстро);

- кристаллоиды и коллоиды в отношении 3:1;

- при лабораторных показаниях (НЬ<80 г/л, Нг <23%) – после биологической пробы переливание одноклассных эритроцитов в соотношении 3 (СЗП) :1 (эр. масса);

- оксигенотерапия, контроль сатурации крови, коагулологический контроль;

- при продолжении кровотечения и кровопотере >1500 мл – нижнесрединная лапаротомия с перевязкой маточных сосудов;
- при отсутствии эффекта – компрессионные гематостатические швы на матку (Б. Линча, Перейра, «матрасный шов»);
- перевязка внутренних подвздошных артерий;
- при неэффективности указанных мероприятий, а также признаках коагулопатии – экстирпация матки

В настоящее время для врачей практического здравоохранения применяются клинические рекомендации (протоколы лечения кровотечений), а Панова И.Н. с соавторами (2024) предлагают алгоритм действия при послеродовом кровотечении, который состоит из 4 -этапов:

- 1 этап – консервативные методы;
- 2 этап – переходный, управляемая балонная тампонада;
- 3 этап – хирургическое лечение;
- 4 этап – проведение реабилитационных мероприятий.

3.2. Методы измерения кровопотери в родах

1. Визуальная оценка субъективна. Известно, что пропитанный кровью 1 марлевый шарик составляет – 30 мл, 1 марлевая салфетка 90*90мм 400 мл. Впитывающая пеленка (60*90 см), испачканная кровью – 300 мл. Впитывающая пеленка (60*90 см), испачканная кровью – 600 мл. Почкообразный пластмассовый лоток –700 мл. Почкообразный металлический лоток –500 мл.

2. Гравиметрический метод (основной) – прямой сбор крови (градуированный лоток, CellSaver) – взвешивание пропитанных кровью салфеток, операционного белья. Точность – 90%. Определение разницы массы операционного материала до и после использования – метод не свободен от ошибки при перемешивании околоплодных вод, ошибка этого метода в пределах 15%.

3. Оценка клинических симптомов гиповолемии «Шоковый индекс» Альговера – отношения ЧСС к уровню систолического артериального давления. В норме индекс Альговера 0,7—0,9 При кровопотере 10% ОЦК индекс равен 0,8 и менее, при кровопотере 20% ОЦК – 0,9-1,2; при кровопотере 30% ОЦК – 1,3-1,4; при кровопотере 40 % ОЦК – 1,5 и более.

Кроме индекса Альговера, существуют оценочные шкалы, которые по совокупности показателей состояния пациента позволяют предположить уровень кровопотери.

Таблица 1. Оценка тяжести кровопотери по основным показателям состояния пациента (масса тела 70 кг).

Показатели	I степень тяжести компенсации	II степень тяжести легкая	III степень тяжести умеренная	IV степень тяжести тяжелая
Объем кровопотери в мл	<35	15-30 (15-28)	36-40 (25-30)	<40 (30-45)
Объем кровопотери (% ОЦК)	<35	15-30 (15-38)	36-40 (28-30)	> 40 30-48)
Пульс	<100	>100	>120	>140
АД систолическое мм. рт. ст.	Норма	80-100	Снижение 70-80	Снижение 50-70
Частота дыхания	14-20	20-30	30-40	>40
Диурез	>30	20-30	5-15	Отсутствует
Состояние ЦНС	Легкое беспокойство	Беспокойство	Спутанное сознание	Сонливость. Прекома Кома
Оценка по шкале Глазго (баллы)	15	15	13-15	Меньше 13

Дополнение к таблице 1. Состояние ЦНС. При кровопотере не более 25 % ОЦК у практически здорового человека сознание может быть ясным. В ряде случаев больные возбуждены. При кровопотере в 30-40 % ОЦК сознание сохранено, у ряда больных наблюдается сонливость, безразличие к окружающей обстановке. Наиболее часто больные жалуются на жажду. Массивная кровопотеря (свыше 40 % ОЦК) сопровождается значительной депрессией ЦНС: адинамия, апатия, возможно развитие гипоксической комы. Если сознание сохранено, то больные сонливы и постоянно беспокойные.

3.3. Кровотечения в позднем послеродовом периоде.

Кровотечения в позднем послеродовом периоде возникают через 2 ч и в течение 42 дней после родов. Наиболее часто поздние послеродовые кровотечения появляются через 7–12 дней после родов, когда родильница находится дома.

При нормальном состоянии родильницы и нормальной инволюции матки кровяные выделения из матки в послеродовом периоде продолжаются 3–4 дня, в умеренном количестве, темного цвета. До 7 дней сохраняются сукровичные выделения. Более продолжительные кровяные выделения в умеренном количестве или обильное кровотечение из послеродовой матки, а также периодическое повторение кровотечений разной интенсивности до 42 дней после родов считают поздними послеродовыми кровотечениями.

Этиология. Поздние послеродовые кровотечения развиваются при нарушении скорости эпителизации эндометрия (особенно плацентарной площадки) и инволюции матки. Эти процессы замедляются вследствие осложнений в родах, вызывающих понижение сократительной активности мускулатуры матки (многоводие, многоплодие, длительные роды, гипотония матки, задержка части плаценты и др.), и инфекционных послеродовых заболеваний. Иногда причины кровотечений не связаны с беременностью и родами – это, например, доброкачественные и злокачественные заболевания матки.

Причины кровотечений в позднем послеродовом периоде:

- гипотония матки;
- задержка дольки плаценты в матке;
- недиагностированный неполный разрыв матки;
- несостоятельность рубца после кесарева сечения;
- послеродовые инфекции
- плацентарный полип;
- хорионэпителиома;
- субмукозная миома матки;
- рак шейки матки;
- врожденные коагулопатии.

По данным ВОЗ, поздние послеродовые кровотечения возникают вследствие задержки в матке частей последа, отторжения омертвевших тканей после родов и при расхождении краев раны на матке после кесарева сечения или ее разрыва.

Основной симптом – кровотечение из матки, которое может быть обильным или скудным и развиваться постепенно. Кровяные выделения могут быть постоянными или возникать периодически. Им всегда сопутствует субинволюция матки. Кровотечение часто сопровождается инфекционными осложнениями. Родильница жалуется на кровяные выделения из влагалища, боли внизу живота или по всему животу, ноющие, схваткообразные, постоянные или непостоянные. При инфекции появляются жалобы на головные боли, повышенную потливость, ознобы, повышение

температуры тела. Состояние родильницы зависит от количества теряемой крови, скорости кровотечения и присоединения инфекции.

Кровотечение при гипотонии матки или задержке части плаценты в матке возникает в течение первых нескольких дней после родов и обычно бывает выявления изменений со стороны матки осматривают ее шейку с помощью зеркал, проводят двуручное исследование и УЗИ органов малого таза.

Для исключения инфекции обязательно проводят бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого из матки. При осмотре шейки матки с помощью зеркал можно обнаружить кровоточащую опухоль (рак), кровоточащий полип в цервикальном канале или узлы хорионэпителиомы, которые располагаются на шейке матки, стенке влагалища или на наружных половых органах. При двуручном влагалищном абдоминальном исследовании определяют несоответствие размеров матки сроку послеродового периода (субинволюция).

При субинволюции матка может оставаться большой, недостаточно плотной или иметь неравномерную консистенцию с несформировавшейся шейкой матки и раскрытым цервикальным каналом. При присоединении инфекции пальпация матки и живота бывает болезненной. При УЗИ определяют несоответствие размеров матки сроку послеродового периода, расширенную полость матки, в которой обнаруживают пристеночные сгустки крови, жидкую кровь или плацентарную ткань, редко – узлы миомы или хорионэпителиом.

Диагноз трофобластической болезни подтверждают определением ХГЧ, его количественных и качественных характеристик. Часто окончательный диагноз и причину кровотечения устанавливают только при гистологическом исследовании материала, полученного при диагностическом выскабливании стенок полости матки.

Лечение. Принципы лечения такие же, что при кровотечениях в раннем послеродовом периоде: своевременность оказания необходимой квалифицированной помощи. Кровотечение чаще возникает дома, поэтому в первую очередь женщину госпитализируют. При поступлении оценивают тяжесть состояния родильницы, начинают введение кристаллоидных растворов, одновременно проводят клинический анализ крови, исследование свертывающей системы крови. При скудных кровяных выделениях обязательны бактериоскопическое и бактериологическое исследования выделений из матки.

При гипотонии матки и обильном кровотечении, развившемся через 1–2 суток после родов, основной метод лечения – контрольное ручное обследование ее стенок под общим обезболиванием. При гипотонии матки

шейка остается раскрытой, поэтому в полость матки можно войти рукой или полурукой. Осторожно обследуют все стенки матки, определяют их целостность, удаляют остатки плаценты или оболочек, либо сгустки крови и омертвевшие ткани. Матка сокращается, кровотечение останавливается.

Позднее 2 суток после родов производят гистероскопию. При необходимости после зондирования и определения длины и направления полости матки осторожно выскабливают стенки большой тупой кюреткой с последующим гистероскопическим контролем. Во время операции утеротонические средства вводят внутривенно. Содержимое матки направляют на патоморфологическое исследование. При большой кровопотере одновременно с операцией проводят комплекс противошоковых и противоанемических мероприятий, контроль гемостаза, которые продолжают и после операции. Назначают утеротонические средства (окситоцин, ПГ), антибиотики и при наличии анемии – ее лечение.

При плацентарном полипе и необильном кровотечении сначала проводят антибактериальную терапию, после чего производят выскабливание стенок полости матки с патоморфологическим исследованием соскоба.

При эндометрите и скудном маточном кровотечении выскабливание полости матки показано только при неэффективности противовоспалительной терапии – это хирургический метод лечения. При высокой температуре или воспалительных очагах в малом тазу выскабливают стенки полости матки только при обильном кровотечении, угрожающем жизни родильницы, на фоне антибактериальной и инфузионно-трансфузионной терапии. При обнаружении хорионэпителиомы проводят соответствующее обследование и назначают химиотерапию. Сложности возникают при массивном кровотечении, когда для спасения жизни родильницы приходится удалять матку.

При незащитых кровоточащих разрывах наружных половых органов, влагалища и шейки матки и отсутствии признаков инфекции лигируют кровоточащие сосуды в ране и рану зашивают. При инфицированных ранах только останавливают кровотечение, а разрывы не зашивают. Они заживают вторичным натяжением. После ликвидации инфекции возможно наложение вторичных швов, например на промежность. При обнаруженном разрыве матки решают вопрос об объеме оперативного вмешательства. В современном акушерстве рану на матке чаще зашивают, так как стараются сохранить репродуктивную функцию женщины.

Профилактика. Необходимо своевременно выявлять женщин по риску возникновения кровотечений: многорожавших, с перерастяжением матки (многоплодие, многоводие, крупный плод), ПЭ, абортами в анамнезе, воспалительными заболеваниями гениталий и врожденными коагулопатиями.

Рациональное ведение родов и послеродового периода, тщательный осмотр последа, профилактическое введение утеротоников (карбетоцина, окситоцина), современные перинатальные технологии, своевременное выявление и лечение воспалительных заболеваний женских половых органов – основа профилактики поздних кровотечений.

3.4. Профилактика акушерских кровотечений

Только четкая организация мероприятий по профилактике маточных кровотечений во время беременности, родов и послеродовом периоде, понимание всей сложности этой проблемы могут явиться реальной основой снижения материнской и перинатальной смертности.

Кровотечения во второй половине беременности, родах и послеродовом периоде возникают вследствие следующих основных причин: неправильное расположение плаценты, аномалии прикрепления и отделения плаценты, травмы мягких родовых путей, нарушения сократительной функции матки, нарушения свертывающей и противосвертывающей систем крови. Эти причины могут быть изолированными, но могут и сочетаться друг с другом. В свою очередь, каждая из причин обусловлена той или иной патологией, которая может развиваться в препубертатном и пубертатном периодах, а также в периоде половой зрелости. Поэтому охрана здоровья девочки является началом профилактики тяжелых осложнений во время будущей беременности и будущих родов.

В репродуктивном периоде профилактические мероприятия должны быть направлены на предупреждение или правильное лечение воспалительных заболеваний половых органов, патогенетически обоснованную терапию нарушений менструального цикла и бесплодия. Планирование рождения детей, использование современных методов контрацепции, снижение числа аборт – все эти мероприятия способствуют снижению числа случаев кровотечения во время беременности, родах и послеродовом периоде.

Весь комплекс профилактических мероприятий для беременных в женской консультации должен строиться на следующих основных принципах: своевременное выявление и включение в группу риска беременных, в анамнезе которых имелись или имеются заболевания почек, печени, сердечно-сосудистой системы, органов кроветворения, эндокринных желез. В эту же группу включаются беременные с проявлениями хронической и острой инфекции, с указанием на бесплодие, с ожирением, с проявлением генитального инфантилизма, с наличием абортов в анамнезе, имеющие узкий таз, многоплодие, много- и маловодие, неправильное

положение плода, тазовое предлежание, рубец на матке, ОПГ-гестоз, с анемией, перенашиванием. Необходимо своевременно обеспечить госпитализацию, обследование и лечение беременных с выявленными заболеваниями и осложнениями.

Особое внимание должно быть обращено на физическую подготовленность женщины к родам и воспитание у нее нервно-психической устойчивости, сознательного отношения к процессам, связанным с развитием беременности, а в дальнейшем и с родами, что является важным компонентом в комплексе профилактических мероприятий акушерских кровотечений.

Одно из важных мест в профилактике кровотечений занимают рациональные методы ведения родов, особенно осложненных слабостью родовой деятельности. Предоставление своевременного отдыха роженице через 12 ч родовой деятельности (соблюдение суточного ритма жизни) является рациональным способом восстановления сократительной функции матки и эффективной профилактики маточных кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах. Введение эстрогенов, АТФ, спазмолитических средств, глюкозы с витаминами обеспечивает хорошую родовую деятельность, повышает реакцию матки на последующее введение контрактильных веществ. Своевременное устранение патологической реакции на боль, особенно у лиц с неустойчивым состоянием, также способствует предотвращению кровотечений, связанных с аномалиями сократительной деятельности.

При ведении физиологического последового периода важным моментом является своевременное опорожнение мочевого пузыря. При отсутствии кровотечения и выделении небольшого количества крови (до 250 мл) врач или акушерка должны контролировать признаки отделения плаценты. Если нет кровотечения и состояние роженицы хорошее, не следует рано и часто прибегать к методу Чукалова—Кюстнера, так как это может привести к нарушению физиологического отделения плаценты. Особенно опасным является метод выжимания последа, применяемый до полного отделения плаценты. Принципом ведения последового периода должен оставаться девиз Альфельда: «Руки прочь от матки».

В последовом и раннем послеродовом периодах необходимо тщательно измерять количество теряемой крови. Кровопотери свыше 0,5% от массы тела женщины могут вызвать патологические состояния, степень тяжести которых находится в прямой зависимости от объема потерянной крови и здоровья роженицы (родильницы).

В комплексе мероприятий по предупреждению маточных кровотечений в родах и в раннем послеродовом периоде большое значение

имеют тщательно собранный анамнез и детальное обследование беременных и рожениц. Когда прогнозируется возможное кровотечение, следует наметить и провести специальные профилактические мероприятия с учетом предполагаемой причины кровотечения. При подозрении на предлежание плаценты они могут быть сведены к обязательной госпитализации всех без исключения беременных, правильному выбору метода лечения.

Профилактика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты прежде всего должна состоять в выявлении и своевременном лечении позднего гестоза беременных и некоторых форм экстрагенитальной патологии: гипертонической болезни, заболеваний почек, печени, сердечно-сосудистой системы. Профилактические мероприятия, проводимые при патологии отделения и выделения плаценты, прежде всего должны быть направлены на правильное ведение последового периода. Если имеется фон для возникновения гипотонии или атонии матки, уже к окончанию II периода родов рекомендуется начать внутривенное капельное введение окситоцина (в изотоническом растворе глюкозы) или одномоментное введение в вену метилэргометрина. Бережное ведение последового периода является основой для предупреждения массивных кровопотерь. Все акушерские операции и пособия должны проводиться технически правильно под адекватным обезболиванием. Одним из эффективных мероприятий по предупреждению родового травматизма является своевременное направление в родильный дом, обследование, лечение и рациональное родоразрешение наиболее бережным способом при патологическом течении беременности.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ШОК В АКУШЕРСТВЕ

В современном акушерстве термином «геморрагический шок» обозначается состояние, связанное с острым и массивным кровотечением во время беременности, родов и в послеродовом периоде, выражающееся в резком снижении объема циркулирующей крови (ОЦК), сердечного выброса и тканевой перфузии вследствие декомпенсации защитных механизмов.

К развитию шока обычно приводят геморрагии, превышающие 1000 мл, т. е. потеря более 20% ОЦК (или 15 мл крови на 1 кг массы тела). Продолжающееся кровотечение, которое превышает 1500 мл (более 30% ОЦК), считается массивным и представляет непосредственную угрозу жизни женщины. Объем циркулирующей крови у женщины в среднем составляет 6,5% от массы тела.

Этиология. Причинами кровотечений, приводящих к шоку, у беременных, рожениц и родильниц могут быть преждевременная отслойка нормально расположенной и предлежащей плаценты, шейная и перешеечно-шеечная беременность, разрывы матки, нарушение отделения плаценты в III периоде родов, задержка доли плаценты, гипотонические и атонические кровотечения в раннем послеродовом периоде. Опасность акушерских кровотечений заключается в их внезапности, обильности, непредсказуемости.

Патогенез. Какая бы причина ни привела к массивному кровотечению, в патогенезе геморрагического шока ведущим звеном является диспропорция между уменьшенным ОЦК и емкостью сосудистого русла, что сначала проявляется нарушением макроциркуляции, т. е. системного кровообращения, затем появляются микроциркуляторные расстройства и, как следствие их, развиваются прогрессирующая дезорганизация метаболизма, ферментативные сдвиги и протеолиз.

Систему макроциркуляции образуют артерии, вены и сердце. К системе микроциркуляции относятся артериолы, венулы, капилляры и артериовенозные анастомозы. Известно, около 70% всего ОЦК находится в венах, 15% – в артериях, 12% – в капиллярах, 3% – в камерах сердца.

При кровопотере, не превышающей 500–700 мл, т. е. около 10% ОЦК, происходит компенсация за счет повышения тонуса венозных сосудов, рецепторы которых наиболее чувствительны к гиповолемии. При этом не происходит существенного изменения артериального тонуса, частоты сердечных сокращений, не нарушается перфузия тканей.

Кровопотеря, превышающая эти цифры, приводит к значительной гиповолемии, являющейся сильным стрессовым фактором. Для поддержания

гемодинамики жизненно важных органов (в первую очередь мозга и сердца) включаются мощные компенсаторные механизмы: повышается тонус симпатической нервной системы, увеличивается выброс катехоламинов, альдостерона, АКТГ, антидиуретического гормона, глюкокортикоидов, активизируется ренин – ангиотензивная система. За счет этих механизмов происходит учащение сердечного ритма, задержка выделения жидкости и привлечение ее в кровеносное русло из тканей, спазм периферических сосудов, раскрытие артериовенозных шунтов. Эти приспособительные механизмы, приводящие к централизации кровообращения, временно поддерживают минутный объем сердца и артериальное давление. Однако централизация кровообращения не может обеспечить длительную жизнедеятельность организма женщины, ибо осуществляется за счет нарушения периферического кровотока.

Продолжающееся кровотечение ведет к истощению компенсаторных механизмов и углублению микроциркуляторных расстройств за счет выхода жидкой части крови в интерстициальное пространство, сгущения крови, резкого замедления кровотока с развитием сладж-синдрома, что приводит к глубокой гипоксии тканей, развитию ацидоза и других метаболических нарушений. Гипометаболический ацидоз нарушает работу «натриевого насоса», повышается осмотическое давление, гидратация, приводящая к повреждению клеток. Снижение перфузии тканей, накопление вазоактивных метаболитов способствуют стазу крови в системе микроциркуляции и нарушению процессов свертывания, образованию тромбов. Происходит секвестрация крови, приводящая к дальнейшему уменьшению ОЦК. Резкий дефицит ОЦК нарушает кровоснабжение жизненно важных органов. Снижается коронарный кровоток, развивается сердечная недостаточность. Подобные патофизиологические изменения (в том числе нарушение свертывания крови и развитие ДВС-синдрома) свидетельствуют о тяжести геморрагического шока.

Степень и время действия компенсаторных механизмов, выраженность патофизиологических последствий массивной кровопотери зависят от многих факторов, в том числе от скорости кровопотери и исходного состояния организма женщины. Медленно развивающаяся гиповолемия, даже значительная, не вызывает катастрофических нарушений гемодинамики, хотя представляет собой потенциальную опасность наступления необратимого состояния. Небольшие повторяющиеся кровотечения длительное время могут компенсироваться организмом. Однако компенсация чрезвычайно быстро приводит к глубоким и необратимым изменениям тканей и органов. Таков механизм развития шока при предлежании плаценты.

Особое значение в современном акушерстве придается таким состояниям, как ОПГ-гестоз, экстрагенитальные заболевания (сердечно-сосудистые, печени и почек), анемии беременных, ожирение, утомление рожениц при длительных родах, сопровождающихся особенно выраженным болевым синдромом, оперативные пособия без достаточного обезболивания. В этих случаях могут создаваться предпосылки для развития шока, распространенного спазма сосудов, гиперкоагуляции, анемии, гипо – и диспротенемии, гиперлипидемии. Важную роль в развитии шока играет характер акушерской патологии, приведшей к геморрагии.

Клиника. Принято выделять следующие стадии геморрагического шока:

I стадия – компенсированный шок;

II стадия – декомпенсированный обратимый шок

III стадия – декомпенсированный необратимый шок

Стадии шока определяются на основании оценки комплекса клинических показателей кровопотери, соответствующих патофизиологическим изменениям в органах и тканях.

I стадия геморрагического шока обычно развивается при кровопотере, приблизительно соответствующей 20% ОЦК (15–25%, или 700–1200 мл потери крови). Компенсация потери ОЦК осуществляется за счет гиперпродукции катехоламинов. В клинической картине преобладают симптомы, свидетельствующие об изменении сердечно-сосудистой деятельности функционального характера: бледность кожных покровов, запускание подкожных вен на руках, умеренная тахикардия до 100 уд/мин, умеренная олигурия и венозная гипотензия. Артериальная гипотензия отсутствует или слабо выражена АД 100 мм. рт. ст. Женщина в сознании. Если кровотечение прекратилось, то компенсированная олигурия и венозная гипотензия. Артериальная гипотензия отсутствует или слабо выражена. Если кровотечение прекратилось, то компенсированная стадия шока может продолжаться довольно долго. При продолжающейся кровопотере происходит дальнейшее углубление расстройств кровообращения и наступает следующая стадия шока.

II стадия геморрагического шока (декомпенсированный обратимый шок) развивается при кровопотере, соответствующей в среднем 30–35% ОЦК (25–40%, или 1200–2000 мл). В этой стадии происходит углубление расстройств кровообращения. Сознание у женщины спутанное. Снижается АД от 100-80 мм. рт. ст., так как высокое периферическое сопротивление за счет спазма сосудов не компенсирует малый сердечный выброс. Нарушается кровоснабжение мозга, сердца, печени, почек, легких, кишечника, и, как следствие этого, развиваются тканевая гипоксия и смешанная форма ацидоза,

требующая коррекции. В клинической картине, кроме падения систолического АД ниже 100 мм рт. ст. и уменьшения амплитуды пульсового давления, имеют место выраженная тахикардия (120–130 уд/мин), одышка, акроцианоз на фоне бледности кожных покровов, холодный пот, беспокойство, олигурия ниже 30 мл/ч, глухость сердечных тонов, снижение центрального венозного давления (ЦВД).

III стадия шока (декомпенсированный необратимый шок) развивается при кровопотере, равной 50% ОЦК (40–60%, что превышает 2000 мл). Ее развитие определяется дальнейшим нарушением микроциркуляции: капилляростазом, потерей плазмы, агрегацией форменных элементов крови, крайним ухудшением перфузии органов, нарастанием метаболического ацидоза. Женщина в бессознательном состоянии. Систолическое АД падает ниже 60 мм рт. ст. Пульс учащается до 140 уд/мин и выше. Усиливаются расстройства внешнего дыхания, отмечаются крайняя бледность или мраморность кожных покровов, холодный пот, резкое похолодание конечностей, анурия, ступор, потеря сознания.

Клиническая картина геморрагического шока в акушерской практике кроме общих закономерностей, присущих данному виду шока, имеет свои особенности, обусловленные патологией, вызвавшей кровотечение.

Геморрагический шок при предлежании плаценты характеризуется резкой гиповолемией, связанной с фоном, на котором он развивается: артериальной гипотензией, гипохромной анемией, снижением физиологического прироста ОЦК к концу беременности. У 25% женщин формируется ДВС-синдром с нерезкой тромбоцитопенией, гипофибриногенемией и повышением фибринолитической активности.

При шоке, развившемся вследствие гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде, после кратковременного периода неустойчивой компенсации быстро наступает необратимое состояние, характеризующееся стойкими нарушениями гемодинамики, дыхательной недостаточностью и ДВС-синдромом с профузным кровотечением, обусловленным потреблением факторов свертывания крови и резкой активацией фибринолиза.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, как правило, развивается на фоне длительно текущего ОПГ-гестоза (для которого характерны наличие хронической формы ДВС-синдрома, гиповолемия) и хронического сосудистого спазма. Геморрагический шок при этой патологии часто сопровождается анурией, отеком мозга, нарушением дыхания и протекает на фоне снижения фибринолиза.

При разрыве матки для клинической картины шока характерны симптомы гиповолемии и недостаточности внешнего дыхания. ДВС-синдром развивается нечасто.

Диагностика. Геморрагический шок диагностируется без особого труда, особенно при наличии явного массивного кровотечения. Однако ранняя диагностика компенсированного шока, при которой обеспечен успех лечения, иногда представляет трудности из-за недооценки имеющихся симптомов. Нельзя оценивать тяжесть шока, базируясь только на цифрах АД или количестве учтенной кровопотери. Об адекватности гемодинамики необходимо судить на основании анализа комплекса довольно простых симптомов и показателей: 1) характеристика цвета и температуры кожных покровов, особенно конечностей; 2) оценка пульса; 3) измерение АД; 4) оценка «шокового» индекса; 5) определение почасового диуреза; 6) измерение ЦВД; 7) определение показателей гематокрита; 8) характеристика КОС крови.

По цвету и температуре кожных покровов можно судить о периферическом кровотоке. Теплая и розовая кожа, розовый цвет ногтевого ложа даже при сниженных цифрах АД свидетельствуют о хорошем периферическом кровотоке. Холодная бледная кожа при нормальных и даже несколько повышенных цифрах АД свидетельствует о централизации кровообращения и нарушении периферического кровотока. Мраморность кожных покровов и акроцианоз указывают на глубокое нарушение периферического кровообращения, парез сосудов, приближающуюся необратимость такого состояния.

Частота пульса служит простым и важным показателем состояния больной только в сопоставлении с другими симптомами. Так, тахикардия может указывать на наличие гиповолемии и острой сердечной недостаточности. Дифференцировать эти состояния можно путем измерения ЦВД. С подобных позиций следует подходить и к оценке АД.

Простым и довольно информативным показателем степени гиповолемии при геморрагическом шоке является «шоковый» индекс – отношение частоты пульса в минуту к величине систолического артериального давления. У здоровых людей этот индекс составляет 0,5; при снижении ОЦК на 20–30% он увеличивается до 1,0; при потере 30–50% ОЦК – равен 1,5. При «шоковом» индексе, равном 1,0, состояние больной внушает серьезное опасение, а при повышении его до 1,5 жизнь женщины находится под угрозой.

Почасовой диурез служит важным показателем, характеризующим органный кровоток. Снижение диуреза до 30 мл указывает на недостаточность периферического кровообращения, ниже 15 мл – приближение необратимости декомпенсированного шока.

ЦВД представляет собой показатель, имеющий существенное значение в комплексной оценке состояния больной. Нормальные цифры ЦВД составляют 50 – 120 мм вод. ст. Цифры ЦВД могут быть критерием для выбора лечения. Уровень ЦВД ниже 50 мм вод. ст. свидетельствует о выраженной гиповолемии, требующей немедленного восполнения. Если на фоне инфузионной терапии АД продолжает оставаться низким, то повышение ЦВД сверх 140 мм вод. ст. указывает на декомпенсацию сердечной деятельности и свидетельствует о необходимости кардиальной терапии. В той же ситуации низкие цифры ЦВД предписывают увеличить объемную скорость вливания.

Показатель гематокрита в сочетании с вышеуказанными данными является хорошим тестом, свидетельствующим об адекватности или неадекватности кровообращения организма. Гематокрит у женщин составляет 43% (0,43). Снижение гематокрита ниже 30% (0,30) является угрожающим симптомом, ниже 25% (0,25) характеризует тяжелую степень кровопотери. Повышение гематокрита при III стадии шока указывает на необратимость его течения.

Определение КОС по Зинггарду—Андерсену микрометодом Аструпа весьма желательное исследование при выведении больной из состояния шока. Известно, что для геморрагического шока характерен метаболический ацидоз, который может сочетаться с дыхательным. Однако в конечной фазе метаболической может развиваться алкалоз.

В современной реанимационной практике диагностика и наблюдение за ходом лечения осуществляются под мониторным контролем за функцией сердечно-сосудистой системы (показатели макро- и микроциркуляции, осмолярность, коллоидно-онкотическое давление), дыхательной, мочевыделительной, системы гемостаза, за показателями метаболизма.

Лечение. Для обеспечения успеха терапии необходимо объединить усилия врача-акушера, анестезиолога-реаниматолога, а в случае необходимости привлечь гематолога-коагулолога. При этом надо руководствоваться следующим правилом: лечение должно начинаться как можно раньше, быть комплексным, проводиться с учетом причины, вызвавшей кровотечение, и состояния здоровья женщины.

Выведение больной из состояния шока должно проводиться параллельно с мероприятиями по остановке кровотечения. Объем оперативного вмешательства должен обеспечить надежный гемостаз. Если для остановки кровотечения необходимо удалить матку, то следует это сделать, не теряя времени. При угрожающем состоянии больной оперативное вмешательство производится в 3 этапа: 1) чревосечение, остановка кровотечения; 2) реанимационные мероприятия; 3) продолжение операции.

Конец оперативного вмешательства с целью местного гемостаза не означает одновременного окончания анестезиологического пособия и искусственной вентиляции легких (ИВЛ), которые являются важнейшими компонентами в продолжающейся комплексной терапии шока, способствуя ликвидации смешанной формы ацидоза.

Одним из основных методов лечения геморрагического шока является инфузионно-трансфузионная терапия, направленная на: 1) восполнение ОЦК и ликвидацию гиповолемии; 2) повышение кислородной емкости крови; 3) нормализацию реологических свойств крови и ликвидацию нарушений микроциркуляции; 4) коррекцию биохимических и коллоидно-осмотических нарушений; 5) устранение острых нарушений свертываемости крови. нарушений; 5) устранение острых нарушений свертываемости крови.

Для успешного проведения инфузионно-трансфузионной терапии с целью восполнения ОЦК и восстановления перфузии тканей важно учитывать количественное соотношение сред, объемную скорость и длительность вливания. Принимая во внимание депонирование крови при шоке, объем вливаемой жидкости должен превышать объем предполагаемой кровопотери: при потере крови, равной 1000 мл, – в 1,5 раза; при потере, равной 1500 мл, – в 2 раза, при более массивной кровопотере – в 2,5 раза. Чем раньше начинается возмещение кровопотери, тем меньшим количеством жидкости удастся добиться стабилизации состояния. Обычно эффект от лечения является более благоприятным, если в первые 12 ч восполняется около 70% потерянного объема крови.

Для успешного проведения инфузионно-трансфузионной терапии с целью восполнения ОЦК и восстановления перфузии тканей важно учитывать количественное соотношение сред, объемную скорость и длительность вливания. Принимая во внимание депонирование крови. По цвету и температуре кожных покровов можно судить о периферическом кровотоке. Теплая и розовая кожа, розовый цвет ногтевого ложа даже при сниженных цифрах АД свидетельствуют о хорошем периферическом кровотоке. Холодная бледная кожа при нормальных и даже несколько повышенных цифрах АД свидетельствует о централизации кровообращения и нарушении периферического кровотока. Мраморность кожных покровов и акроцианоз указывают на глубокое нарушение периферического кровообращения, парез сосудов, приближающуюся необратимость такого состояния.

Более точно судить о необходимом количестве вводимой жидкости можно в процессе проведения лечения на основании оценки состояния центрального и периферического кровообращения. Достаточно простыми и информативными критериями являются окраска и температура кожных покровов, пульс, АД, «шоковый» индекс, ЦВД и почасовой диурез.

Выбор инфузионных средств зависит от многих факторов: от исходного состояния беременной, роженицы или родильницы, от причины, вызвавшей геморрагию, но, главным образом, от объема кровопотери и патофизиологической реакции организма больной на нее. В состав их обязательно входят коллоидные, кристаллоидные растворы, компоненты крови (плазма, эритроциты).

Учитывая огромное значение фактора времени для успешного лечения геморрагического шока, необходимо использовать всегда имеющиеся наготове коллоидные растворы с достаточно высокой осмотической и онкотической активностью, комбинируя их с кристаллоидными кровезаменителями. Такими препаратами являются гемодинамические кровезаменители, созданные на основе желатины, декстрана, гидроксипропилкрахмала и полиэтиленгликоля. Для восстановления глобулярного объема крови в настоящее время рекомендуется использовать эритроцитарную массу не более 3 суток хранения. Показанием для вливания эритроцитарной массы является снижение гемоглобина до 80 г/л и гематокрита до 25% (0,25). Свежезамороженная плазма применяется с целью предупреждения дефицита и для восполнения потери плазменных факторов свертывания крови. Концентрированные растворы альбумина служат для восстановления коллоидно-онкотического давления плазмы крови.

При проведении адекватной терапии геморрагического шока требуются не только большое количество инфузионных сред, но и значительная скорость их введения (так называемая объемная скорость введения). При тяжелом геморрагическом шоке объемная скорость вливания должна составлять 250—500 мл/мин. При II стадии шока требуется вливание со скоростью 100—200 мл/мин. Такая скорость может быть достигнута либо струйным введением растворов в несколько периферических вен, либо при помощи катетеризации центральных вен. Рационально с целью выигрыша времени начинать инфузию путем пункции локтевой вены и сразу же приступить к катетеризации крупной вены, чаще подключичной. Наличие катетера в крупной вене делает возможным проведение инфузионно-трансфузионной терапии в течение длительного времени.

Темп вливания жидкости, соотношение вводимой крови и кровезаменителей, элиминация избытка жидкости должны проводиться под постоянным контролем общего состояния больной, а также на основании оценки показателей гематокрита, ЦВД, КОС, ЭКГ. Продолжительность инфузионной терапии должна быть строго индивидуальной.

При стабилизации состояния больной, выражающейся в восстановлении уровня АД (систолическое не ниже 90 мм рт. ст.) и удовлетворительном наполнении пульса, исчезновении одышки, почасовом

диурезе не менее 30–50 мл и увеличении показателя гематокрита до 0,3, можно переходить к капельному введению эритромаcсы и жидкости. Капельное введение растворов должно продолжаться сутки и более – до полной стабилизации всех показателей гемодинамики.

Метаболический ацидоз, сопутствующий геморрагическому шоку, обычно корректируется капельным внутривенным введением 150—200 мл 4–5% раствора натрия бикарбоната.

Для улучшения окислительно-восстановительных процессов показано введение 200—300 мл 10% раствора глюкозы с адекватным количеством инсулина, 100 мг кокарбоксилазы, витаминов С и группы В.

После ликвидации гиповолемии на фоне улучшения реологических свойств крови важным компонентом нормализации микроциркуляции является применение препаратов, снимающих спазм периферических сосудов. Хороший эффект дает введение 0,5% раствора новокаина в количестве 150—200 мл с 20% раствором глюкозы или другими инфузионными средами в соотношении 1:1 или 2:1. Спазм периферических сосудов можно устранить введением спазмолитических препаратов (папаверин, но-шпа, эуфиллин) или ганглиоблокаторов типа пентамина (0,5—1 мл 0,5% раствора капельно с изотоническим раствором натрия хлорида) и гексония (1 мл 2,5% раствора капельно). Для улучшения почечного кровотока показано введение 10% раствора маннита в количестве 150—200. В случае необходимости в дополнение осмодиуретикам назначают салуретики: 0,04–0,006 фуросемида (лазикс).

Обязательно вводят антигистаминные препараты (димедрол, дипразин, супрастин), которые оказывают положительное действие на обменные процессы и способствуют нормализации микроциркуляции. Важным компонентом лечения является введение кортикостероидов в значительных дозах, которые улучшают функцию миокарда и оказывают действие на тонус периферических сосудов: разовая доза гидрокортизона – 125–250 мг, суточная – 1–1,5 г. Кардиальные средства включаются в комплекс терапии шока после достаточного восполнения ОЦК (применяют строфантин, коргликон).

Нарушения свертывающей системы крови, сопровождающие развитие геморрагического шока, необходимо корректировать под контролем коагулограммы ввиду значительного разнообразия этих нарушений. Так, при I и II стадиях шока отмечается повышение коагуляционных свойств крови. При III стадии может развиваться коагулопатия, вызванная резким снижением содержания прокоагулянтов и выраженной активацией фибринолиза. Использование инфузионных растворов, лишенных свертывающих факторов и тромбоцитов, приводит к нарастающей потере этих факторов, уровень которых снижен и в результате кровотечения.

Фактор времени при лечении геморрагического шока часто оказывается решающим. Чем раньше начинается лечение, тем меньше усилий и средств требуется для выведения больной из состояния шока, тем лучше ближайший и отдаленный прогноз. Так, для терапии компенсированного шока оказывается достаточным восстановить объем крови, провести профилактику острой почечной недостаточности (ОПН), в некоторых случаях – нормализовать КОС. Лечение декомпенсированного обратимого шока необходимо использовать весь арсенал лечебных мероприятий. При лечении шока III стадии часто оказываются безуспешными максимальные усилия врачей.

Выведение больной из критического состояния, связанного с геморрагическим шоком, является первым этапом лечения. В последующие дни продолжается терапия, направленная на ликвидацию последствий массивных кровотечений и на профилактику новых осложнений. Врачебные действия направляются на поддержку функций почек, печени и сердца, на нормализацию водно-солевого и белкового обмена, профилактику и лечение анемии, предупреждение инфекций.

Организация экстренной помощи. Для снижения материнской смертности от акушерских кровотечений большое значение имеет организационное обеспечение всех этапов оказания экстренной помощи в стационаре. Квалифицированная медицинская помощь будет успешной, если соблюдаются следующие принципы организации работы:

- 1) постоянная готовность к оказанию помощи женщинам с массивным кровотечением (запас крови, кровезаменителей, систем для гемотрансфузий, сосудистых катетеров);
- 2) Наличие алгоритма действий персонала при массивном кровотечении;
- 3) Постоянная готовность операционной;
- 4) Возможность лабораторной экспресс-диагностики состояния жизненно важных органов и систем.

СИНДРОМ ДИССЕМНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЁРТЫВАНИЯ КРОВИ (ДВС)

Термином ДВС-синдром (синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови) обозначают неспецифический общебиологический процесс, характеризующийся комплексом защитно-приспособительных и паталогических механизмов организма на патологическую активацию системы гемостаза.

Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови в акушерской практике чаще всего встречается при тяжелых формах гестоза, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, эмболии околоплодными водами, геморрагическом шоке, вызванном разными причинами, при сепсисе, у женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек и печени, при резус-конфликте, переливании несовместимой крови.

Пусковым механизмом в развитии ДВС-синдрома является активация кровяного или тканевого тромбопластина за счет гипоксии и метаболического ацидоза любого происхождения, травмы, поступления в кровеносное русло токсинов и т. д. Образование активного тромбопластина – самая продолжительная I фаза гемостаза, в которой принимают участие многие факторы свертывания крови; II фаза – тромбинообразование; III фаза – фибринообразование.

Кроме изменений в прокоагулянтном звене гемостаза, происходит активация тромбоцитарного звена, приводящая к адгезии и агрегации тромбоцитов с выделением биологически активных веществ: кининов, простагландинов, гистамина, катехоламинов и т. д. Эти вещества меняют сосудистую проницаемость, вызывают спазм сосудов, открытие артериовенозных шунтов, замедляют кровоток в системе микроциркуляции, способствуют стазу, развитию сладж-синдрома, депонированию и перераспределению крови, образованию тромбов. В результате этих процессов происходит нарушение кровоснабжения тканей и органов, в том числе жизненно важных: печени, почек, легких, некоторых отделов мозга.

В ответ на активацию системы коагуляции включаются защитные механизмы, направленные на восстановление нарушенной регионарной тканевой перфузии (повышение антикоагулянтной, ингибиторной и фибринолитической активности). Таким образом, на фоне диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови вследствие повышенного потребления прокоагулянтов и усиления фибринолиза

развивается повышенная кровоточивость, формируется тромбогеморрагический синдром.

Классификация. ДВС-синдром протекает в виде сменяющих друг друга последовательных фаз. Выделяют 4 стадии (Мачабели М. С, 1982): I стадия – гиперкоагуляция, связанная с появлением большого количества активного тромбопластина; II стадия – коагулопатия, связанная с уменьшением количества прокоагулянтов; одновременно активизируется фибринолиз; III стадия – резкое снижение в крови количества всех прокоагулянтов вплоть до развития афибриногенемии на фоне выраженного фибринолиза; эта стадия характеризуется особенно тяжелыми геморрагиями; если больная не погибает, то ДВС-синдром переходит в следующую стадию; IV стадия – восстановительная, при которой происходит постепенная нормализация состояния свертывающей системы крови; однако иногда в этот период могут развиваться острая почечная недостаточность, острая дыхательная недостаточность (ОДН) и (или) нарушения мозгового кровообращения.

В клинической практике ДВС-синдром нечасто проявляется в такой классической форме. В зависимости от причины, вызвавшей его развитие, продолжительности патогенного воздействия, состояния здоровья женщины одна из стадий может быть продолжительной и не переходить в другую. В одних случаях имеет место преобладание гиперкоагуляции на фоне нерезко выраженного фибринолиза, в других – фибринолиз является ведущим звеном патологического процесса.

Поэтому в настоящее время применяется классификация течения ДВС-синдрома, более удовлетворяющая практических врачей (Федорова З. Д., 1985): I стадия гиперкоагуляции; II стадия гипокоагуляции без генерализованной активации фибринолиза; III стадия гипокоагуляции с генерализованной активацией фибринолиза; IV стадия полного несвертывания крови. В фазе гиперкоагуляции укорочено время свертывания крови, снижена фибринолитическая и антикоагулянтная активность. Во II фазе снижены число тромбоцитов, протромбиновый индекс, активность факторов свертывающей системы крови – V, VII, VIII. Повышение содержания свободного гепарина и появление продуктов деградации фибрина (ПДФ) свидетельствуют о локальной активации фибринолиза. Фаза гипокоагуляции характеризуется уменьшением числа тромбоцитов, снижением концентрации, активности и повышением уровня свободного гепарина. Фазе полного несвертывания крови присуща крайняя степень, при которой включаются защитные механизмы, направленные на восстановление нарушенной регионарной тканевой перфузии (повышение антикоагулянтной и фибринолитической активности).

По клиническому течению выделяют острую и хроническую формы ДВС. **Острая форма ДВС – синдрома.** Клинические признаки остро протекающего ДВС-синдрома, обусловленные тромботическими и геморрагическими нарушениями, которые проявляются: 1) кровоизлияниями в кожу, слизистые оболочки, из мест инъекций, травм, операционных ран, матки; 2) некрозами некоторых участков кожи и слизистых оболочек; 3) изменение функций ЦНС в виде эйфории, дезориентации, потемнения сознания; 4) острой почечной, печеночной и легочной недостаточностью. Степень выраженности клинических проявлений зависит от стадии ДВС – синдрома. При этом следует знать, что причинные факторы, вызывающие развитие ДВС-синдрома во многом определяют характер нарушений свертывающей и антисвертывающей систем. При преждевременной отслойке плаценты активация фибринолиза незначительная, а иногда полностью отсутствует. При гипо и – атонических кровотечениях резко снижено количество тромбоцитов, фибриногена и других прокоагулянтов, значительно повышена фибринолитическая активность, сохранена толерантность к плазме и гепарину. При предлежании плаценты имеет место нерезко выраженная тромбоцитопения при значительном повышении фибринолитической активности. При разрыве матки ДВС-синдром развивается редко. Характеризуется незначительным снижением прокоагулянтов и высокой фибринолитической активностью.

Диагностика. Клиническая диагностика ДВС-синдрома трудная, с одной стороны, что все симптомы не являются специфичными для данной патологии, а с другой – потому, что чрезвычайно разнообразна семиотика основных заболеваний и состояний, на фоне которых они развиваются. Поэтому на первый план в диагностике ДВС-синдрома выступают лабораторные исследования системы гемостаза.

Для острой формы ДВС-синдрома характерны: удлинение времени свертывания крови (более 10 минут), падение числа тромбоцитов, и уровня фибриногена, увеличение времени рекальцификации плазмы, протромбинового и тромбинового времени, повышение концентрации продуктов деградации фибрина, и растворимых комплексов мономеров фибрина/фибриногена.

Для стадии течения острой ДВС-синдрома предлагают следующие тесты экспресс-диагностики: время свертывания крови, спонтанный лизис - сгустка, тромбин-тест, определение ПДФ (эталонный тест и иммунореципитация, число тромбоцитов, тромбиновое время, тест фрагментации эритроцитов. Для 1 стадии характерны укорочения времени свертывания крови и тромбинового времени, положительный этаноловый тест. Во. 11 стадии ДВС-синдрома происходит умеренное снижение числа

тромбоцитов (120.10.9/л). тромбиновое время увеличивается до 60 с, и более. определяется ПДФ и поврежденные эритроциты. В III стадии происходит улучшение времени свертывания кров, тест-тромбина и тромбинового времени снижается число тромбоцитов и тромбинового времени, снижается число тромбоцитов до 100-10.9/л, происходит быстрый лизис образовавшегося сгустка крови. Для IУ стадии характерны следующие показатели: сгусток не образуется, тромбин-тест – более 60 с, число тромбоцитов- ниже 60-9/л.

Ведущая роль в диагностике и лечении ДВС-синдрома принадлежит врачам коагулологам. Однако врачи акушеры первыми оказываются лицом к лицу с этой грозной патологией, поэтому они должны иметь знания, чтобы до оказания лечебной и реанимационной помощи специалистами-коагулологами приступить к правильному, патогенетически обоснованному лечению.

Терапия ДВС – синдрома должна быть строго индивидуальной направленной на: ликвидацию основной причины, вызвавших его; 2) нормализацию гемодинамики; 3) нормализацию свертывания крови.

Методы, применяемые для устранения причины ДВС-синдрома, вытекают из характера акушерской патологии. Причина развития острого ДВС-синдрома в акушерстве практически всегда связана с патологией матки. Именно из матки поступают тромбопластические продукты в кровоток материнского организма. Не ликвидировав этот источник тромбопластина, нельзя нормализовать гемостаз, ликвидировать ДВС-синдром, поэтому показана операция – экстирпация матки.

Острые формы ДВС-синдрома, как правило, сочетаются с геморрагическим шоком, поэтому мероприятия по восстановлению центральной и периферической гемодинамики имеют много общего. Для инфузионно-трансфузионной терапии в таких случаях отдают предпочтение эритромассе и плазме. Режим управляемой гемодилюции осуществляется в пределах, не превышающих 15—25% ОЦК, за счет желатиноля, альбумина, гемофузина и кристаллоидов типа раствора Рингера (лактата натрия, лактасола)

Самой сложной задачей при лечении острой формы ДВС-синдрома является восстановление нормальных коагуляционных свойств крови, для чего необходимо остановить процесс внутрисосудистого свертывания, снизить фибринолитическую активность и восстановить коагуляционный потенциал крови. Эту задачу должен решать специалист-гематолог под контролем коагулограммы. Для успеха терапии, помимо устранения главной причины кровотечения – удаления матки, необходима точная лабораторная диагностика дефекта коагуляции.

Для торможения утилизации фибриногена как начального звена развития тромбогеморрагического синдрома применяют гепарин. Гепарин дозируется в зависимости от стадии ДВС-синдрома: в I стадии допустимо вводить до 50 ЕД/кг, во II стадии – до 30 ЕД/кг, в III и IV стадиях гепарин вводить нельзя. При передозировке гепарина используют протамина сульфат: 100 ЕД гепарина нейтрализуют 0,1 мл 1% раствора протамина сульфата. Не рекомендуется использовать гепарин при обширных раневых поверхностях.

Торможение фибринолитической активности осуществляется с помощью ингибиторов животного происхождения типа контрикала, трасилола, гордокса. В I стадии ДВС-синдрома ингибиторы фибринолиза не требуются. Доза контрикала во II стадии 20 000-60 000, в III стадии 60 000-100 000, в IV – более 100 000 АТрЕ. Дозы гордокса следующие: 200 000-600 000 Е во II стадии, 600 000- 1 000 000 Е в III стадии и более 1 000 000 Е в IV стадии. Не рекомендуется применять внутривенно синтетические ингибиторы протеолиза (эпсилон-аминокапроновая кислота), потому что они вызывают изменения в системе микроциркуляции и приводят к тяжелым нарушениям кровообращения в почках, печени, мозге. Эти препараты можно применять только местно. Не рекомендуется применять внутривенно синтетические ингибиторы протеолиза (эпсилон-аминокапроновая кислота), потому что они вызывают изменения в системе микроциркуляции и приводят к тяжелым нарушениям кровообращения в почках, печени, мозге. Эти препараты можно применять только местно. Ингибиторы фибринолиза применяются по строгим показаниям, ибо резкое снижение фибринолитической активности может привести к усилению внутрисосудистого отложения фибрина с последующим некрозом ткани почек, печени и других органов. Наилучший эффект дает введение данных препаратов в III и IV фазах ДВС-синдрома. При назначении ингибиторов фибринолиза особую осторожность необходимо соблюдать при ДВС-синдроме, вызванном преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

Самым апробированным способом восстановления коагуляционных свойств крови при острой форме ДВС-синдрома является замещающая терапия. С этой целью используется свежезамороженная плазма в количестве 10—15 мл/кг во II стадии ДВС-синдрома, 15—20 мл/кг в III стадии и 20—30 мл/кг в IV стадии.

Ликвидация острых проявлений ДВС-синдрома не должна служить сигналом к окончанию интенсивной терапии. В период реабилитации необходимо продолжать лечение, направленное на устранение возможных проявлений почечной и печеночной недостаточности, коррекцию дыхательных нарушений, восстановление белкового и электролитного

гомеостаза, профилактику инфекционных осложнений. При наблюдении за этими больными необходим строгий контроль за состоянием свертывающей и антисвертывающих систем крови.

Хроническая форма ДВС-синдрома. Физиологически протекающая беременность создает предпосылки для развития ДВС-синдрома вследствие увеличения концентрации фибриногена и некоторых других факторов свертывания крови, снижения фибринолитической активности, увеличения адгезивности тромбоцитов. В развитии некоторых осложнений беременности хроническая форма ДВС-синдрома участвует как патогенетическое звено.

В патогенезе ОПГ-гестозов, наряду с генерализованным спазмом артериол, определенную роль играет ДВС-синдром, главным образом его хроническая форма, для которой характерна длительная умеренно выраженная внутрисосудистая гиперкоагуляция с образованием тромбоцитарно-фибриновых микросвертков в капиллярной сети. Связанные с этим нарушения микроциркуляции при тяжелых формах гестоза приводят к некрозам и кровоизлияниям в почках, легких, печени, мозге, в частности в передней доле гипофиза. Эти изменения могут привести к развитию ОПН, ОДН, печеночной недостаточности, мозговых симптомов. Подобным механизмом объясняется развитие ишемических, тромботических и склеротических процессов в плаценте у женщин с поздним токсикозом, что может приводить к формированию недостаточности плаценты, а при развитии локальной острой формы ДВС-синдрома – к преждевременной отслойке плаценты.

Сходные изменения в свертывающей и антисвертывающей системах крови наступают у беременных с резус-конфликтом, внутриутробной гибелью плода, антифосфолипидным синдромом, экстрагенитальной патологией, например при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, почек, печени. При этом печеночная патология нередко сопровождается недостаточной выработкой большинства прокоагуляторов белковой природы. Хроническая форма ДВС-синдрома во время родов может перейти в острую форму.

Клиническая картина. Клинические признаки хронического ДВС-синдрома не выражены. Иногда наблюдаются внутрикожные и подкожные кровоизлияния, кровотечения из десен, носовые кровотечения.

Диагностика. При этой патологии основывается на лабораторных данных. У беременных группы риска исследуют коалограмму. Для хронической формы ДВС -синдрома характерно нормальное или умеренное число тромбоцитов, нормальное или даже увеличенное количество фибриногена. Нормальный или несколько сниженный показатель протромбинового времени, уменьшенное время свертывания крови,

увеличение числа ретикулоцитов. Особое значение в диагностике ДВС-синдрома придается появлению продуктов деградации фибрина и растворимых комплексов фибрин/фибриногена.

Лечение. При хронической форме ДВС-синдрома у беременных с поздними гестозами в комплекс лечебных мероприятий включают введение низкомолекулярных кровезаменителей (реополиглукин, гемодез, полидез) в сочетании со спазмолитическими средствами. Этим достигается улучшение реологических свойств крови, препятствующих микротромбозу и способствующих оптимизации тканевой перфузии. Важным средством для лечения этой формы ДВС-синдрома является гепарин или низкомолекулярный фраксипарин. Гепарин вводят подкожно по 5000–10 000 ЕД каждые 12 ч до нормализации числа тромбоцитов и уровня фибриногена. Гепарин является антикоагулянтом прямого действия, он уменьшает адгезивность тромбоцитов, обладает антитромбопластиновой и антитромбиновой активностью, тем самым нормализует кровообращение в паренхиматозных органах и маточно-плацентарном комплексе.

Прогрессирующая хроническая форма ДВС-синдрома у беременных с поздними гестозами, резус-конфликтом или мертвым плодом диктует необходимость родоразрешения.

ЭМБОЛИЯ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ

Эмболия околоплодными водами (ЭОВ) – тяжелая акушерская патология, вызванная попаданием околоплодных вод или их элементов в кровотоки матери, в результате чего развивается шок смешанного генеза и нарушается свертывающая система крови.

Эпидемиология. ЭОВ в 70–90% приводит к смерти женщин. ЭОВ считают причиной смерти тогда, когда диагноз подтвержден гистологическим исследованием. У 10% эмболия возникает при физиологическом течении беременности и у 20% беременных – до начала схваток или излития околоплодных вод, несколько чаще в конце первого или во втором периоде родов. Гибель плода в 50–80% случаев при выраженной клинической картине ЭОВ происходит вследствие гипоксии. Из них 90% плодов погибают во время родов. В настоящее время ЭОВ происходит, в 1 случае на 8000 родов.

При неосложненном течении беременности и родов околоплодные воды не могут попасть в кровотоки матери, так как венозное давление в сосудах матки всегда превышает давление амниотической жидкости. В состоянии покоя венозное давление равно 10 мм вод. ст., а амниотическое – 8 мм вод. ст., при развитии родовой деятельности – соответственно 40 и 20 мм вод. ст.

Околоплодные воды могут попасть в материнский кровоток в следующих случаях: 1) при существенном превышении амниотического давления над давлением в венозной системе матери вследствие повышения внутриматочного давления; 2) зиянии венозных сосудов матки. Внутриматочное давление повышается при бурной родовой деятельности (стимуляция окситоцином, быстрые и стремительные роды), многоводии, крупном плоде и многоплодии, неправильном положении плода или вставлении предлежащей части плода, ригидной шейке матки, несвоевременном вскрытии плодного пузыря, недостаточном обезболивании родов, амниоскопии, амниоцентезе, грубых манипуляциях во время родоразрешения. Зияние маточных сосудов вызывают травмы матки и шейки матки, ручное вхождение в полость матки, отслойка и предлежание плаценты, послеродовая атония матки, кесарево сечение.

Околоплодные воды проникают в венозную систему матери: 1) трансплацентарным путем – через поврежденные сосуды плаценты; 2) через межворсинчатое пространство при отслойке и предлежании плаценты; 3) трансцервикальным путем – через поврежденные сосуды шейки матки при ее разрывах; 4) через поврежденные сосуды любого участка матки

при оперативных родах (кесарево сечение, наложение акушерских щипцов) и разрывах матки. Оттуда током крови околоплодные воды переносятся в легочную артерию, мелкие сосуды, капилляры и альвеолы легких.

Околоплодные воды – сложная биологическая среда. Они содержат биологические активные вещества, вырабатываемые организмом как матери, так и плода. Воды содержат мукопротеиды с большим количеством углеводов, белок в концентрации 210–390 мг%, глюкозу, витамины, ферменты, микроэлементы, липиды, адреналин, норадреналин, тироксин, эстрадиол и другие стероидные гормоны, гистамин, нитросоединения, ПГ. В водах всегда присутствуют элементы плодного яйца – меконий, сыровидная смазка, чешуйки, слизь, моча плода и ворсины хориона.

В патогенезе эмболии основное значение имеет чрезвычайно агрессивный состав околоплодной жидкости, который вызывает тяжелую анафилактическую реакцию. В патогенезе ЭОВ выделяют две фазы: 1) первая фаза – анафилактическая реакция на антигены амниотической жидкости, которая вызывает дегрануляцию тучных клеток с выходом гистамина, лейкотриенов, цитокинов, высвобождение эндотелина. Этот «медиаторный взрыв» обуславливает бронхоспазм, спазм сосудов легких, право- и левожелудочковую недостаточность с развитием отека легких и шока смешанного генеза; 2) вторая фаза – острая коагулопатия с массивным кровотечением, что связано с поступлением большого количества тканевого тромбопластина и действием медиаторов. Механическое раздражение интерорецепторов легочных сосудов плотными органическими веществами вызывает рефлекторный спазм сосудов малого круга кровообращения, что нарушает микроциркуляцию в легочных капиллярах, вентиляционно-перфузионные отношения и приводит к гипоксии.

Биологически активные вещества провоцируют расширение сосудов большого круга кровообращения, падение общего периферического сопротивления, вызывая коллапс. Давление в малом круге кровообращения (легочная артерия и правый желудочек) повышается, происходит перегрузка правого желудочка, развивается острая правожелудочковая недостаточность, понижающая венозный возврат к левому сердцу. Вследствие этого уменьшается сердечный выброс, понижается АД, развивается коллапс и усугубляется гипоксия. Тромбоксан и ПГ вызывают спазм коронарных сосудов.

Амниотическая жидкость обладает тромбопластиновой активностью. Добавление одной капли вод в пробирку с кровью сокращает время свертывания в 2 раза. Тканевой тромбопластин околоплодных вод вызывает фазу гиперкоагуляции. Быстро образуется большое количество тромбина и фибрина и, следовательно, множественных тромбов, особенно в легких.

Околоплодные воды содержат фактор, ускоряющий ретракцию сгустков. Быстрое истощение факторов свертывания, тромбоцитопения, гипофибриногенемия и компенсаторная активация противосвертывающей и фибринолитической систем вызывают фазу гипокоагуляции с массивными профузными кровотечениями. Происходит блокада ретикулоэндотелиальной системы, вследствие чего она теряет способность выводить продукты протеолиза, которые оказывают антикоагулянтное действие. Развивается тромбгеморрагический синдром. Шок становится первой стадией тромбгеморрагического синдрома.

Эти изменения крови при ЭОВ описывают как ДВС-синдром со стадиями гипер- и гипокоагуляции. Попадание вод в кровоток матери сразу же влияет на состояние плода, вызывая его гипоксию. При гипоксии плод выделяет меконий, который попадает в воды. Околоплодные воды становятся более агрессивными, а гемодинамические нарушения – более тяжелыми.

Клиническая картина зависит не столько от скорости проникновения околоплодных вод в кровоток матери и их количества, сколько от агрессивности их чужеродного состава. Выделяют молниеносную форму ЭОВ с быстрым, злокачественным течением, а также коллаптоидную, геморрагическую, судорожную и отечную клинические формы. Основные симптомы ЭОВ: боли за грудиной, одышка, страх смерти, диспноэ, бледность и цианоз кожного покрова, ощущение удушья, холодный пот, падение АД, коллапс. Сознание спутанное, потеря сознания, кома. Могут быть двигательное возбуждение, тонические или клонические судороги, симптомы отека легких и острой правожелудочковой недостаточности. Проявления шока – острая правожелудочковая недостаточность с резким падением АД и повышением ЦВД в результате легочной гипертензии, снижение сердечного выброса. Малый сердечный выброс способствует развитию тахикардии, снижению АД и спазму периферических сосудов.

Затем развивается отек легких. Нередко наступает молниеносная смерть. 30% женщин умирают в течение первого часа после появления первых симптомов. Если больная не умирает в первые минуты, через 30 мин или в течение нескольких часов развивается коагулопатия. Начинается массивное маточное кровотечение, появляются кровотечения из десен, мест инъекций, геморрагический диатез. Состояние пациентки быстро ухудшается из-за сочетания кардиогенного и геморрагического шока. Больная умирает вследствие полиорганной и полисистемной недостаточности. При попадании в кровоток незначительного количества околоплодных вод клиническая картина стертая. Основные симптомы выражены слабо, сознание сохранено. Больная может жаловаться на общую слабость, озноб, несильные боли за грудиной. Кожный покров и слизистые оболочки бледные, АД несколько

снижено, отмечается одышка. Позже начинается кровотечение из матки. Иногда единственный признак ЭОВ – кровотечение из родовых путей. Если у пациентки в удовлетворительном состоянии в родах или после родов развилась сердечно-легочная недостаточность, всегда необходимо думать об ЭОВ.

Диагностика основана на тщательном анализе клинических симптомов и хронологии патофизиологических изменений. Дополнительные методы исследования: ЭКГ (изменения ритма – синусовая или пароксизмальная тахикардия, снижение высоты зубцов), рентгенография грудной клетки (интерстициальный отек, инфаркты). Необходим оперативный мониторинг свертывающей системы крови: 1) время свертывания крови обычно находится в пределах нормы или укорочено; 2) уровень фибриногена больше 4,5 г/л; 3) АЧТВ укорочено; 4) содержание антитромбина III снижено; 5) содержание продуктов распада фибриногена увеличено.

При жизни окончательный диагноз устанавливают только при гистологическом исследовании крови, полученной из центральной вены после установки катетера; мокроты и смыва из трахеи, когда обнаруживают элементы, характерные для амниотической жидкости, и иммунологически определяют клетки синцитиотрофобласта и мегакариоцитов в сосудах легких. После смерти больной в сосудах легких находят элементы амниотической жидкости, эритроциты плода, клетки трофобласта; выявляют расширение правого желудочка, отек и кровоизлияния в легких. Дифференциальную диагностику проводят с тромбоэмболией легочной артерии.

Лечение. Лечение должно быть комплексным, все манипуляции осуществляют быстро и по возможности одновременно. Жизнь роженицы зависит от эффективности противошоковых мероприятий! Необходимо немедленно восстановить функцию дыхательной системы. При отсутствии самостоятельного дыхания показаны интубация и ИВЛ.

Одновременно проводят лечение анафилактического шока: внутривенно вводят преднизолон 300–400 мг или гидрокортизон до 1000 мг, антигистаминные, сердечные ЛС, проводят инфузионно-трансфузионную терапию. Для восполнения недостатка факторов свертывания переливают СЗП, свежую донорскую кровь, концентраты факторов свертывания крови. Для купирования патологического фибринолиза применяют препараты транексамовой кислоты – лечение острой формы ДВС-синдрома и поддерживают кровообращение.

Одновременно проводят быстрое и бережное родоразрешение, предпочтительно через естественные родовые пути. Метод родоразрешения зависит от акушерской ситуации – возможны кесарево сечение, наложение акушерских щипцов, извлечение плода за тазовый конец. При маточном

кровотечении производят перевязку или эмболизацию внутренних подвздошных артерий, экстирпацию матки.

Лечение считают эффективным при следующих условиях:

- 1) прекращение кровотечения;
- 2) САД не ниже 100 мм рт. ст.;
- 3) отсутствие нарушений ритма сердца;
- 4) отсутствие цианоза;
- 7) стабилизация ОЦК (эритроциты – 2×10^{12} /л, гемоглобин – не ниже 70 г/л, гематокрит – не менее 25%);
- 5) диурез – более 30 мл/ч;
- 6) тромбоциты – не менее 70×10^9 /л;
- 8) фибриноген 1,5 г/л;
- 8) время свертывания крови – не более 10 мин;
- 9) показатели тромбоэластограммы соответствуют состоянию изо- или гиперкоагуляции.

Абсолютно точных предикторов для ЭОВ до настоящего времени не установлено.

Попаданию околоплодных вод в кровотоки матери способствуют несвоевременное излитие вод, бурная родовая деятельность, чрезмерная стимуляция окситоцином, крупный плод, отслойка и предлежание плаценты, травмы шейки матки, оперативные роды. Поэтому для профилактики необходимо проводить своевременное лечение быстрых и стремительных родов, осторожно использовать окситоцин в родах, амниотомию проводить строго по показаниям.

КОНТРОЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контрольные вопросы

1. Перечислите причины кровотечений в 1 половине беременности.
2. Назовите стадии самопроизвольного аборта
3. Какие причины трубной внематочной беременности.?
4. Что такое аномалии расположения плаценты?
5. Укажите основные симптомы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.
6. Каковы причины аномалий прикрепления плаценты?
5. Что такое матка Кувелера?
7. Назовите причины геморрагического шока в акушерстве.
8. Перечислите причины кровотечений в послеродовом периоде.
9. Каков алгоритм действий при гипотоническом кровотечении?
10. Что такое ДВС-синдром?
11. Каковы принципы восполнения кровопотери в акушерстве?
12. Какие стадии ДВС-синдрома Вы знаете?
13. Сколько стадий геморрагического шока Вы знает?
14. Этиология возникновения эмболии околоплодных вод.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

Тест 1.

Особенности акушерских кровотечений: а) коагулопатические; б) внезапность; в) массивность; г) связаны с экстрагенитальными заболеваниями.

Тест 2.

При обнаружении рака шейки матки в первой половине беременности следует: а) немедленно прервать беременность; б) выполнить расширенную экстирпацию беременной матки; в) пролонгировать беременность до 34 нед; г) пролонгировать беременность до 28 нед.

Тест 3.

Основные причины кровотечения во II и в III триместрах беременности: а) предлежание плаценты; б) ПОНРП; в) псевдоэрозия шейки матки; г) травма влагалища.

Тест 4.

Предлежание плаценты бывает: а) полным; б) частичным; в) временным; г) прогрессирующим.

Тест 5.

ПОНРП бывает: а) во время беременности; б) только в первом периоде родов; в) только во втором периоде родов; г) только при доношенной беременности.

Тест 6.

При появлении кровяных выделений из половых путей во время беременности показано: а) сделать гемостазиограмму; б) осмотреть беременную в женской консультации; в) госпитализировать в акушерский стационар; г) рекомендовать строгий постельный режим дома.

Тест 7.

Разрыв матки чаще происходит: а) по рубцу; б) в результате травмы; в) при крупном плоде; г) при сопутствующей миоме матки.

Тест 8.

Для остановки кровотечения из матки в III триместре беременности следует: а) перелить кровь; б) перелить плазму; в) наложить клеммы на шейку матки; г) сделать кесарево сечение.

Тест 9.

Истинное врастание плаценты требует: а) тщательного отделения плаценты от стенки матки рукой; б) удаления плаценты из матки большой акушерской кюреткой; в) операция удаления матки

Тест 10

Для клинической картины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерны: а) тянущие боли в животе слабой интенсивности б) нормальный тонус матки в) нормальные показатели крови, г) боли в животе, изменение сердцебиения плода, изменение формы матки

Тест 11.

Особенности кровотечения при предлежании плаценты являются: а) болезненность матки при пальпации б) наружного кровотечения может и не быть в) имеются признаки внутрибрюшного кровотечения г) происходит на фоне «полного покоя»

Тест 12.

При наличии полного истинного приращения плаценты, как правило, имеет место: а) признаки отделения плаценты появляются очень рано б) умеренные кровянистые выделения из половых путей в) массивное кровотечение при попытке ручного отделения плаценты г) чаще встречается у первородящих женщин

Тест 13.

Патологическая кровопотеря в раннем послеродовом периоде требует: а) введение окситоцина 1,0 ЕД; б) ввести тампон с эфиром в задний свод влагалища; в) положить лед на низ живота; г) произвести ручное обследование стенок полости матки.

Тест 14

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты чаще обусловлена: а) тромбоэмболией; б) дистресс-синдромом; в) эмболией околоплодными водами; г) повышением артериального давления

Тест 15.

При кровотечении в III периоде родов и наличие признаков отделения плаценты необходимо: а) провести наружный массаж матки; б) ручное отделение плаценты; в) выделить послед наружными приемами; г) ввести сокращающие маточные средства; д) положить лед на низ живота

Ситуационные задачи

Задача №1.

В родовом блоке через 1 час после родов у женщины усиливаются кровянистые выделения из половых путей (общий объем 700 мл), матка мягкой консистенции, без тонуса и четких границ, выше пупка. Общее состояние родильницы постепенно ухудшается. Объективно: АД – 100/60 мм рт. ст. Пульс – 100 уд/мин, ритмичный ЧД – 16/мин SpO₂ – 98%.

Диагноз. Дать оценку состояние родильницы. Принципы лечения.

Задача №2.

Во время операции кесарево сечение по поводу клинического узкого таза, матка перерастянута, мягкая, тестоватой консистенции на компрессию не отвечает. Из области плацентарной площадки, расположенной на передней стенке матки обильные кровянистые выделения, кровопотеря-1400 мл, кровотечение продолжается. Масса плода – 4600 грамм. Операция выполняется под СМА. АД – 80/60 мм. рт. ст. Пульс – 110 уд/мин, ритмичный ЧД – 18/мин SpO₂ – 98%

Диагноз. Какое осложнение возникло во время операции. Лечение.

Задача №3.

Повторнородящая 28 лет состоит на учете с 8 недель беременности, наблюдается регулярно. В анамнезе одни своевременные роды без осложнений, 3 медицинских аборта, последний аборт 2 года назад – неполный, по поводу остатков плодного яйца производилось повторное выскабливание полости матки. При скрининговом УЗИ в 21 неделю выявлено полное предлежание плаценты. Матка соответствует 21 неделе беременности в обычном тонусе, положение плода продольное. Головка в дне матки. Шевеление ощущает, сердцебиение плода 138 ударов в минуту. Выделения – бели незначительные.

Диагноз. Тактика действий врача.

Задача №4.

Повторнородящая, 35 лет. Срок беременности 39 недель. II период родов. Матка не расслабляется после потуги. Сердцебиение плода приглушенное, аритмичное, 100 ударов в минуту, децелерации до 60 ударов в минуту. Влагалищное исследование: шейка матки не определяется ввиду полного раскрытия. Плодного пузыря нет. Головка плода на тазовом дне. Стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок под лоном. Выделения из половых путей алые кровянистые, 400 мл.

Диагноз. Тактика врача.

Задача 5

Повторнородящая 32 лет. В анамнезе 2 родов без осложнений и 5 искусственных абортов, последний осложнился эндометритом. Через 12 часов от начала схваток родилась доношенная девочка массой 4000 г, длиной 56 см. Послед выделился самостоятельно через 15 мин, без видимых дефектов. Через 10 мин матка стала дряблой, началось кровотечение, кровопотеря 600 мл. Пульс 88 ударов в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм рт. ст. Анализ крови: эритроциты – $2,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 89 г/л, цветной показатель – 0,8, тромбоциты – 200×10^9 /л.

Диагноз. Тактика врача в данной ситуации

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: учебник для студентов медицинских вузов, клинических ординаторов, акушеров-гинекологов и врачей общей практики / под ред.: В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2023. – 1048 с.

2. Акушерство: учебник для студентов мед. вузов по спец. 32.05.02 «Педиатрия» / Г.М. Савельева и др.; рец. В.Е. Радзинский. – 2-е изд., перераб. и доп. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 573 с.: ил.

3. Акушерство: учебно-методическое пособие / Минобрнауки России, НИУ БелГУ; С.П. Пахомов, В.С. Орлова, Н.В. Сухих, М.Ф. Киселевич, А.В. Нагорный, И.В. Калашников, Е.В. Жернакова, О.Н. Козаренко, И.А. Юдина; под ред. С.П. Пахомова; рец.: Н.И. Самборская, О.Ю. Иванова. – Белгород: ИД Белгород, 2019. – 422 с.: ил., табл.

4. Акушерство Электронный ресурс: учебник / А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатко, А.И. Давыдов. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1072 с. С 76

5. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации. Протоколы лечения / под ред. А.В. Куликова, Е.М. Шифмана. – М.: Медицина, 2018. (МЗ РФ, Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов).

6. Алгоритмы действий при критических ситуациях в анестезиологии. Рекомендации Всемирной федерации обществ анестезиологов (WFSA) : [пер. англ.] / ред. Б. Маккормик; ред. русского изд. Э.В. Недашковский, В.В. Кузьков. – 3-е изд., перераб. и доп. – Великобритания, 2018. – С. 66-78.

7. Грицкевич А.А., Байтман Т.П., Симонов А.Д., Мельников М.В., Чупрынин В.Д., Карельская Н.А. Значение мультидисциплинарного подхода в родоразрешении и последующем ведении пациенток с вращением плаценты. Акушерство и гинекология. 2022; 10: 186-194.

8. [Иванян А.Н., Густоварова Т.А., Киракосян Л.С., Евсеева М.П., Киракосян А.Е. Способ лечения и профилактики акушерских кровотечений // Патент РФ на изобретение № 2565841. Опубликовано 20.10.2015. Бюллетень № 29.

9. Инфузионно-трансфузионный аспект в лечении массивных акушерских кровотечений / А.М. Торчинов, С.Г. Цахилова, А.Р. Торчинов и [и др.] // Проблемы репродукции. – 2013. – Т. 19, № 1. – С. 82-86.

10. Капительный В.А. Акушерство и гинекология: Практические навыки и умения с фантомным курсом: Электронный ресурс: Учебное пособие / В.А. Капительный, М.В. Беришвили, А.В. Мурашко; под ред. А.И. Ищенко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 392 с.

11. Каримов З.Д., Абдикулов Б.С. К вопросу оптимизации хирургической тактики и кровосберегающих технологий при вращении

плаценты в рубец на матке журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2023; 12(2): 274-281.

12. Киличева И. И. Система профилактики и раннего лечения послеродовых кровотечений у беременных высокого риска: Дисс. ... канд. мед. наук. – Сургут, 2015. – 195 с.

13. Клинические рекомендации. Анестезиология-реаниматология / Под ред. И.Б. Заболотских, Е.М. Шифмана. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 960 с.

14. Крамарский В.А., Ежова И.В., Сверкунова Н.Л., Дудакова В.Н. Особенности интенсивной органосохраняющей терапии при выраженных послеродовых кровотечениях // Журнал Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2016. – Т.1, №3-1 (109). – С. 11-14.

15. Киселевич М.Ф. Методы обследования беременных: учеб. пособие / М.Ф. Киселевич, М.М. Киселевич. – Белгород ООО «Эпицентр». – 64 с.

16. Киселевич М.Ф. Акушерские операции: учебное пособие / М.Ф. Киселевич, М.М. Киселевич. – Белгород: ООО «Эпицентр», 2024 – 84 с.

17. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по акушерству и гинекологии [Электронный ресурс]. URL: <https://spnavigator.ru>.1 Костин И.Н.

18. Куликов И.А., Шмаков Р.Г., Белоусова Т.Н., Плахотина Е.Н., Низяева Н.В., Гейлис И.А., Исаков Д.Д., Милютин Е.Р., Вдовиченко Е.А., Прочаковский Д.В. Эффективность метода дистального компрессионного гемостаза с применением турникетов в сочетании с баллонной тампонадой влагалища вагинальным катетером Жуковского при родоразрешении беременных с вращением плаценты. Акушерство и гинекология. 2022; 10: 58-66.

19. Лебедева Н.В., Морозова Ю.В. Органосохраняющие технологии в лечении массивных акушерских кровотечений // Медицинский альманах. – 2016. – №5 (45). – С. 42-44.

20. Радзинский В.Е., Галина Т.В., Кирбасова Н.П., Маркарян Н.М. Резервы снижения кровопотери при абдоминальном родоразрешении. Результаты рандомизированного исследования // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 6. – С. 40-45.

21. Малышкина А.И., Панова И.А., Рокотьянская Е.А., Сытова Л.А., Салахова Л.М. Применение тренажера-симулятора матки для обучения акушеров-15. гинекологов навыкам хирургического гемостаза. Медицинское образование и профессиональное развитие. 2020; 11(3): 56-65.

22. Михеева А.А., Шмаков Р.Г. Современный подход к консервативному лечению послеродовых кровотечений при помощи баллонной тампонады матки. Медицинский оппонент. 2020; 3 (11): 53–59.

23. Патологическое прикрепление плаценты (предлежание и вращение плаценты). Клинические рекомендации. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации. 2023. – 74 с.

24. Панова И.А., Рокотьянская Е.А., Малышкина А.И., Песикин О.Н., Григушкина Е.В. Факторы риска и особенности родоразрешения при предлежании и вращении плаценты. Женское здоровье и репродукция. 2022. № 3 (54).

25. Послеродовое кровотечение. Клинические рекомендации. – М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2021. – 75 с.

26. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии / В.Н. Серов, И.И. Баранов, О.Г. Пегарев [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 240 с.

27. Рентгенэндоваскулярная хирургия: национальное руководство. В 4 т. Т. 3 Сосудистые, неврологические, хирургические, онкологические, гинекологические и урологические заболевания / под ред. Б.Г. Алеяна. – М.: Литтерра, 2017. – 600 с.

28. Barinov S, Gian Carlo Di Renzo. A new technique to preserve the uterus in patients with placenta accreta spectrum. American Journal Gynecology. 2024; 230 (3): 1107-1115.

29. Hubinont C. Is fetomaternal haemorrhage still a major obstetric complication despite new technologies management? BJOG. 2016; 123 (12): 1907.

30. Sentilhes L, Vayssière C, Deneux-Tharaux C, Aya AG, Bayoumeu F, Bonnet MP et al. Postpartum hemorrhage: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF): in collaboration with the French Society of Anesthesiology and Intensive Care (SFAR). Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2016; 198: 12-21.

31. Balki M., Erik-Soussi M., Kingdom J., Carvalho J.C. Oxytocin pretreatment attenuates oxytocin-induced contractions in human myometrium in vitro // Anesthesiology. – 2013. – V. 119. – P. 552-561.

32. Begum J. B-lynch: a technique for uterine conservation or deformation? A case report with literature review // J. Clin. Diagn. Res. -2014. – V. 8(4). – P. 1-3.

33. Belghiti J., Coulm B., Kayem G., Blondel B., Deneux-Tharaux C. Oxytocin administration during labor. Results from the 2010 French National Perinatal Survey // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. – 2013. – V. 42. – P. 662-670.

34. Bernardo L.S., Simoes R., Bernardo W.M., Toledo S.F., Hazzan M.A., Chan H.F. et al. Mother-requested cesarean section compared to vaginal delivery: a systematic review // Rev. Assoc. Med. Bras. – 2014. – V. 60(4). – P. 302-304.

35. Lyndon A, Cape V. Maternal Hemorrhage Quality Improvement Collaborative Lessons. MCN Am. J. Matern. Child. Nurs. 2016; 41(6): 363-371.

Учебное издание

Киселевич Михаил Федорович

Киселевич Марианна Михайловна

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Учебное пособие

Редактор О.В. Носова

Компьютерная верстка И.В. Берлина

Подписано в печать 11.02.2025. Гарнитура Times New Roman.

Формат 60×84/16. Усл.п.л. 6,28. Тираж 100 экз. Заказ 16.

Оригинал-макет тиражирован в ООО «Эпицентр»

308010, г. Белгород, ул. Б. Хмельницкого, д. 135, офис 40