

«Кровотечения в акушерской практике».

Кровотечение, обусловленное пониженной сократительной способностью миометрия, называется **гипотоническим**, если мускулатура матки совсем не способна сокращаться, кровотечение называется **атоническим**.

При атонии матки стенка ее вялая, дряблая, растянутая, не реагирует ни на какие раздражения. Атоническое кровотечение встречается редко. В начале послеродового периода обычно имеет место гипотоническое кровотечение. Проводя роды, никогда нельзя забывать, что даже самое незначительное маточное кровотечение в послеродовом периоде при отсутствии внимания к нему и своевременной помощи может перейти в катастрофическое.

Гипотоническое послеродовое кровотечение встречается нередко, частота составляет 4-6%, является наиболее частой причиной гибели женщины.

Причины гипотонии матки:

1. Задержка в матке частей плаценты.
2. Перерастяжение матки при вынашивании крупного плода и многоводии.
3. Гормональные нарушения (в т.ч. недоразвитие матки).
4. Гестозы.
5. Фибромиома матки.

Диагностика гипотонического состояния матки: после рождения последа матка становится дряблой, растянутой, контуры ее с трудом определяются через брюшную стенку. Наружное кровотечение при гипотонии матки может быть довольно сильным, изливающаяся кровь течет широкой струей. В связи с невозмещенной своевременно острой массивной кровопотерей возможно развитие целого ряда тяжелых осложнений: геморрагический шок, гипо- и афибриногенемии, острой почечной недостаточности и возможна гибель родильницы от острого малокровия.

Лечение производится в двух направлениях:

1. Борьба с кровотечением (остановка кровотечения).
2. Восполнение объема циркулирующей крови.

Очень важным вопросом при маточном послеродовом кровотечении является учет кровопотери. Вытекающую кровь необходимо собрать в судно и сливать в градуированный сосуд.

Мероприятия по борьбе с кровотечением должны быть направлены на повышение сократительной способности матки и являются следующими:

1. Вывести мочу катетером и произвести наружный массаж матки.
2. Применение сокращающих матку средств, метилэргометрин 1,0 в/в разведенных в 20,0 40% растворе глюкозы, и капельно в/в введение окситоцина.
3. При отсутствии сокращения матки – произвести ручное обследование полости матки и массаж матки на кулаке.

Если кровотечение связано с атонией матки, то несмотря на проводимый массаж, матка остается такой же дряблой и растянутой. В этой ситуации производится операция – чревосечение и перевязка основных сосудов, снабжающих матку.

Как только стенка матки становится плотной, приобретает тонус, можно на этом этапе остановить операцию. В том случае, когда после перевязки сосудов матка остается атоничной, производится надвлагалищная ампутация матки.

Одновременно проводят восполнение ОЦК. Для этой цели используются различные плазмозамещающие растворы – полиглюкин, рео-, кровь. Наиболее ценными свойствами обладает теплая донорская кровь. При массивной кровопотере дается увлечение O_2 .

Одним из наиболее частых осложнений у рожениц перенесших геморрагический шок, является ОПН, поэтому после остановки кровотечения необходимо особенно внимательно следить за функцией почек, введя с этой целью постоянный катетер в мочевой пузырь.

В связи с тем, что при массивной кровопотере повышается потребность организма в гормонах коры надпочечников, роженицам применяют в/в преднизолон или гидрокортизон. Введение этих препаратов показано после остановки кровотечения и возмещения кровопотери.

Профилактика гипотонического кровотечения должна начинаться с детского возраста. Профилактические мероприятия сводятся к оздоровлению подрастающего поколения, к созданию условий для правильного физического развития девочек и наблюдением за становлением у них менструации.

У здоровых женщин особенного внимания заслуживает отношение к первой беременности. Впервые наступившую беременность необходимо сохранить, так как ее прерывание может быть причиной воспалительного заболевания матки и придатков, неправильной плацентации, нарушением сократительной деятельности матки в родах, а все это приводит к профилактике кровопотере в послеродовом и раннем послеродовом периоде.

Профилактика гипотонического маточного кровотечения во время беременности в основном состоит в следующем:

1. Профилактика, своевременная диагностика и лечение поздних токсикозов беременных.
2. Тщательный физио-психо-профилактическая подготовка беременной.
3. В женской консультации своевременное выявление осложнений и их лечение.

Второй по частоте причиной кровотечения из половых путей, возникающей в конце беременности и в родах, является преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Чаще она наблюдается в первом периоде родов, но может наблюдаться и в периоде изгнания, а также и во время беременности.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в большинстве случаев возникает в связи с заболеваниями женщины, при которых поражается сосудистая стенка, возникают перикапиллярные и кровоизменения.

Таковыми заболеваниями являются:

1. Гипертоническая болезнь.
2. Нефрит.
3. Пилонефрит.
4. Поздние токсикозы беременных.

Как только началась отслойка, между стенкой матки и плацентой, на ограниченном участке скапливается кровь, вытекающая из сосудов плацентарной площадки. Образовавшаяся ретроплацентарная гематома сама способствует дальнейшей отслойке.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты может произойти на различном протяжении, может быть частичной, а может наблюдаться и полная отслойка.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты сопровождается всегда внутренним и не всегда наружным кровотечением. Если отслойка плаценты произошла в центре ее, наружного кровотечения может и не быть. Образовавшаяся гематома скапливается между стенкой матки и плацентой, растягивая плацентарную площадку и вытягивая ее в брюшную полость. В связи с увеличением давления в ретроплацентарной гематоме жидкая кровь начинает проникать внутрь стенки матки, расслаивая мышечные волокна. Иногда вся стенка матки пропитывается кровью. Впервые подобная картина описана в 1912 году французским врачом Кювелером. Поэтому матка, пропитанная кровью в связи с преждевременной отслойкой плаценты, носит название матки Кювелера. Такая матка, пропитанная кровью, не способна сокращаться после ее опорожнения и поэтому у женщины возникает атоническое кровотечение.

Преждевременно отслоившаяся плацента имеет весьма характерный вид. Матер. поверхность ее покрыта темными сгустками, под которыми плаценте имеются плоские углубления с истончением плацентарной ткани. Клиническая картина преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты зависит от размера отслойки, от величины кровопотери и степени анемизации беременной или роженицы.

Это осложнение начинается внезапно и может быстро прогрессировать приводя к резкому обескровливанию женщины. При отслойке значительных размеров больная жалуется на постоянную боль в животе, связанную с перерастяжением матки, увеличивающейся позади маточной гематомы. Матка при этом увеличивается в размерах, стенка ее напряжена, плотная и резко болезненная при пальпации, особенно над местом расположения плаценты. Иногда матка приобретает неправильную асимметрическую форму за счет выбухания гематомы. Напряжение матки и болезненность ее при пальпации бывают настолько выражены, что не представляется возможным прощупать части плода и выслушать его сердцебиение. Шевеление плода женщина обычно не ощущает. При массивной отслойке плаценты схваток, как правило, не бывает, матка находится все время в состоянии напряжения, как говорят, в состоянии гипертонуса.

Наружное кровотечение отмечается в 75% случаев преждевременной отслойки плаценты. Однако по интенсивности наружного кровотечения никогда нельзя судить о размерах общей кровопотери. Даже при небольшом кровотечении или его отсутствии могут отмечаться выраженные симптомы острого малокровия, бледность кожи и слизистых, слабого наполнения пульс, низкое АД, головокружение, шум в ушах, потеря сознания.

В связи с тем, что преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты очень опасна для матери и плода. Лечение этой грозной патологии состоит в быстром родоразрешении женщины. Одновременно с родоразрешением должна производиться в полном объеме борьба с обескровливанием, в первую очередь, переливание одногруппной свежей донорской крови в достаточном количестве.

Если отслойка плаценты произошла во время беременности или в начале периода раскрытия и производится кесарево сечение. Во время операции необходимо внимательно осмотреть всю матку. При обнаружении матки Кювелера производится надвлагалищная ампутация матки.

При отслойки плаценты в конце периода раскрытия или в периоде изгнания необходимо вскрыть плодный пузырь и роды заканчиваются с помощью акушерских щипцов.

Профилактикой преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является своевременное распознавание и лечение заболеваний, предрасполагающих к развитию этого тяжелого состояния. Особого внимания заслуживают гипертоническая болезнь, нефрит и все формы позднего токсикоза.

Предлежание плаценты.

Предлежание плаценты – неправильное прикрепление плаценты в матке, когда плацента расположена в области нижнего маточного сегмента частично или полностью ниже предлежащей части плода, то есть на пути рождающегося плода.

Различают два вида предлежания:

- Частичное предлежание, плацента перекрывает часть внутреннего зева.
- Полное или центральное, когда плацента перекрывает весь внутренний зев.

Частота колеблется до 1%.

Чаще встречается частичное предлежание, реже до 40% - полное предлежание (разные авторы).

Причины:

Предлежание плаценты наиболее часто возникает у повторнородящих и повторнобеременные, у которых в анамнезе были аборт или послеродовые инфекции.

Считается, что основной причиной развития этой патологии является дистрофические изменения слизистой оболочки матки.

Оплодотворенная яйцеклетка не может имплантироваться в измененной эндометрии дна и тела матки и спускается книзу, где внедряется.

Предлежание плаценты может быть обусловлено наличием миомы матки (подслизистые узлы), гермацией полости матки при неправильном ее развитии.

У первородящих причиной возникновения предлежания плаценты объясняют инфантилизмом, заболеваниями сердца, печени, почек и так как имеются застойные явления в малом тазу.

Клиническая картина.

Характеризуется возникновением маточного кровотечения, чаще во второй половине беременности, начиная с 27-28 недели и позже.

В ранние сроки встречается реже 5-ти – 10-ти% случаев.

Появление кровотечения зависит от преждевременной отслойки плаценты.

Сокращение матки возникает не только в родах, но и во время нормальной беременности, но они не ощущаются беременной.

Липиды матки в области перешейка сокращаются, а плацента не обладает способностью к сокращению, поэтому она не смещается относительно матки.

Происходит отрыв ворсин хориона от матки, сосуды разрываются и начинается кровотечение.

Кровотечение во время беременности чаще возникает при полном предлежании чем при частичном. Величина кровотечения различна.

Характерно для данных кровотечений – их повторное возникновение.

Вторая особенность – прогрессирующая анемизация беременной.

При предлежании плаценты отмечается высокий % косых и поперечных положений плода, тазовых предлежаний и преждевременных родов.

Течение родов.

Как правило сопровождается кровотечением в первом периоде. При полном предлежании плаценты кровотечение не прекращается ни в первом, ни во втором

периоде родов и роженица может умереть от кровотечения еще до полного раскрытия маточного зева.

В третьем периоде родов кровотечение может возникнуть вследствие нарушений отслойки плаценты и разрывов шейки матки.

В послеродовом периоде часто развиваются осложнения из-за большой кровопотери в родах (слабость, головокружение, головная боль), гипогалактия, сублиномация матки, эндометрит.

Диагностика:

Основывается на данных анамнеза и обусловлено исследованием.

В женской консультации врач при подозрении на предлежание плаценты должен ограничиться общим и лишь наружным акушерским исследованием и немедленно направить беременную в родильный дом.

Влагалищное исследование производить нельзя, так как кровотечение может резко увеличиться.

В родильном доме влагалищное исследование производят при необходимости и обязательно при развернутой операционной.

Родоразрешение:

- При полном (центральном) предлежании плаценты – операция кесарево сечение.
- При неполном предлежании возможно родоразрешение через естественные родовые пути, но риск слишком велик.