СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Самопроизвольный выкидыш

Пузырный занос

Внематочная беременность

КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Предлежание плаценты

Преждевременная отслойка плаценты (ПОНРП)

Разрыв матки

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ВВЕДЕНИЕ

Акушерские кровотечения - это кровотечения из матки и других органов репродуктивной системы, связанные с выполнением детородной функции.

Кровотечение - опасное явление, а во время беременности оно опасно вдвойне, хотя бы потому, что угрожает одновременно и маме, и ребенку. При акушерском кровотечении женщина может потерять много крови очень быстро, поэтому малейшие признаки приближения проблемы, то есть кровянистые выделения, - это повод вызывать «скорую».

Кровотечение на разных сроках развивается у каждой пятой беременной женщины, но если вовремя обратиться к врачу, беременность удается сохранить.

Выделение крови из половых путей может быть признаком внематочной беременности, начинающегося выкидыша, отслойки плаценты. В таких случаях промедление угрожает жизни мамы и малыша.

Опасных причин кровотечения гораздо больше, чем неопасных, и различить их может только специалист.

Акушерские кровотечения занимают одно из первых мест в структуре причин материнской и перинатальной смертности. Частота акушерских кровотечений в нашей стране ряд десятилетий была ниже, чем в других странах СНГ. Она имеет постоянную тенденцию к снижению, но еще остается достаточно высокой (от 5 - 10 % общего числа родов в 60-х годах ХХ в. до 2 - 3 % в настоящее время).

Все вышеизложенное еще раз подчеркивает актуальность данной проблемы в наше время. В контрольной работе были рассмотрены:

основные причины акушерских кровотечений на разных этапах беременности,

характеристика акушерских кровотечений,

осложнения при кровотечениях,

тактика медицинского персонала в оказании медицинской помощи при акушерских кровотечениях.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Самопроизвольный выкидыш

Диагностика основана на:

определении сомнительных, вероятных признаков беременности: задержка менструаций, появление прихотей, нагрубание молочных желез, появление молозива. Данные влагалищного исследования: увеличение размеров матки, размягчение в области перешейка, что делает матку более подвижной в области перешейка, ассиметричность матки (выбухание одного из углов матки).

При непроизвольном прерывании беременности двумя ведущими симптомами является: болевой синдром и симптомы кровопотери. Самопроизвольные выкидыши характеризуются своим поэтапным течением: угрожающий выкидыш, начавшийся выкидыш, аборт в ходу, неполный и полный самопроизвольный выкидыш. Дифференциальная диагностика между этими состояниями основывается на выраженности симптомов кровотечения и структурных изменениях шейки матки [2].

Угрожающий аборт: кровянистые выделения могут быть очень скудными, боли или отсутствуют или носят ноющий, тупой характер внизу живота. При влагалищном исследовании мы находим неизмененную шейку матки [1].

Начавшийся аборт: кровотечение может быть медленным, боли носят схваткообразный характер, шейка матки может слегка укорочена, наружный зев может быть приоткрыт. Угрожающий и начавшийся выкидыш протекают на фоне удовлетворительного состояния женщины. Неотложных мероприятий по остановке кровотечения не требуется. На госпитальном этапе женщине необходимо создать покой, применить седативные препараты, внутримышечно можно ввести спазмолитики (ганглерон, но-шпа, баралгин, серонкислая магнезия 10 мл 25% раствора, прогестерон). В стационаре решается вопрос о сохранении беременности, если женщина не заинтересована (необходимо произвести выскабливание полости матки) [2].

Аборт в ходу: кровотечение обильное, боли носят схваткообразный характер; общее состояние меняется, и зависит от величины кровопотери. P.V. или в зеркалах: шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для одного загнутого пальца. Необходима неотложная помощь в виде срочной госпитализации, в стационаре выполняется выскабливание полости матки, с возмещением кровопотери, в зависимости от ее объема и состояния женщины [3].

При неполном самопроизвольном аборте кровянистые выделения носят темно-красного цвета, со сгустками, могут быть значительны. Все это сопровождается схваткообразными болями внизу живота. P.V. или в зеркалах: в цервикальном канале определяется плацентарная ткань, части плодного яйца, шейка матки значительно укорочена, цервикальный канал свободно пропускает 1.5 - 2 пальца. Неотложная помощь заключается в выскабливании полости матки, удалении остатков плодного яйца; возмещение кровопотери в зависимости от ее объема и состояния женщины [5].

При полном самопроизвольном аборте кровотечения нет, плодное яйцо полностью выделилось из матки. Неотложной помощи не требуется. Необходимо проверить полость матки путем выскабливания, для того чтобы удостовериться нет ли там остатков плодного яйца [3].

Пузырный занос

Основная характеристика этой патологии заключается в том, что ворсины хориона превращаются в груздевидные образования. И все ворсины могут превратиться в пузырьки, содержащие большое количество эстрогенов, а может быть частичное превращение. Группой риска по развитию пузырного заноса являются женщины: перенесшие пузырный занос, женщины с воспалительными заболевания гениталий, с нарушениями гормональной функции яичников [7].

Диагностика основана на:

определении беременности по вероятным, сомнительным и др. признакам беременности. В отличие от нормально протекающей беременности симптомы раннего токсикоза выражены значительно сильнее, чаще всего это рвота средней или тяжелой степени.

При пузырном заносе очень рано появляются симптомы позднего токсикоза: отечный синдром, протеинурия. Гипертензия также появляется, но только позже.

При УЗИ исследовании картина «снежной бури»

Виды пузырного заноса:

проростающий (состояние, предшествующее хориоэпителиоме)

непроростающий

Диагноз пузырного заноса ставится на основании несоответствия размеров матки сроку задержки менструации, что можно определить по данным влагалищного исследования и УЗИ. Важнейшим критерием диагностики пузырного заноса является титр хорионического гонадотропина, который по сравнению с нормально протекающей беременностью, увеличивается более чем в тысячу раз [8].

Лечение. Кровотечение может быть остановлено только одним путем - выскабливание полости матки. Характерной особенностью этого выскабливания является то, что оно должно проводится обязательно под внутривенным введением утеротоников. Утеротоники вызывают сокращение матки для того, чтобы хирург был более ориентирован с полости матки. Необходимо быть осторожным так как пузырный занос может быть деструирующим, то есть проникающим в мышечную стенку матки, вплость до серозной оболочки. При перфорации матки при выскабливании необходимо выполнить ампутацию матки [6].

Если это был прорастающий пузырный занос женщина должна наблюдаться в онкологическом центре в течении 2х лет [6].

Внематочная беременность

Классификация: - трубная беременность

вторичная брюшная беременность

яичниковая беременность

шеечная беременность

Шеечная беременность

Практически никогда не бывает доношенной. Беременность прерывается чаще всего до 12 недель. В группу риска по развитию шеечной беременности являются женщины с отягощенным акушерским анамнезом, перенесшие воспалительные заболевания, заболевания шейки матки, нарушение менструального цикла по типу гипоменструального синдрома. Имеет значение высокая подвижность оплодотворенного яйца не в теле матки, а в нижнем сегменте или в шеечном канале [5].

Диагноз может быть поставлен при специальном гинекологическом или акушерском исследовании: при осмотре шейки в зеркалах шейка матки выглядит бочкообразной, со смещенным наружным зевом, с выраженным цианозом, легко кровоточит при исследовании. Тело матки более плотной консистенции, размеры меньше предполагаемого срока беременности.. Кровотечения при шеечной беременности всегда очень обильно, потому что нарушается структура сосудистых сплетений матки - сюда подходит нижняя ветвь маточной артерии, пудендальная артерия. Толщина шейки матки значительно меньше толщины матки в области тела, то нарушаются сосуды и кровотечение не удается остановить без оперативного вмешательства. Ошибочно можно начать оказание помощи с выскабливания полости матки, а так как выраженность бочкообразных, цианотичных изменений шейки матки, зависит от срока беременности, то кровотечение усиливается. Как только установлен диагноз шеечной беременности, который может быть подтвержден данными УЗИ - нельзя проводить выскабливание полости матки, а должно быть остановлено это кровотечение путем эсктирпации матки без придатков. Другого варианта остановки кровотечения при шеечной беременности не бывает и быть не должно, так как кровотечение идет из нижних ветвей маточной артерии [4].

КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Основные причины акушерских кровотечений во второй половине беременности:

Предлежание плаценты

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

Разрыв матки.

Предлежание плаценты

Это осложнение беременности, при котором плацента располагается в нижнем сегменте матки в ниже предлежащей части плода, перекрывая внутренний зев шейки матки [9].

В норме плацента располагается на расстоянии 7 см от внутреннего зева шейки матки. Плацента располагается в области дна или тела матки, по задней стенки, с переходом на боковые стенки. По передней стенке плацента располагается значительно реже, и это охраняется природой, потому что передняя стенка матки подвергается значительно большим изменениям чем задняя. Кроме того, расположение плаценты по задней стенке предохраняет ее от случайных травм [9].

Различают:

полное предлежание (полностью закрывает внутренний зев)

неполное:

) боковое (зев перекрыт на 2/3)

) краевое (край плаценты подходит к наружному зеву)

низкое предлежание (плацента располагается в нижнем сегменте ниже 7 см без перекрытия шейки матки)

Причины предлежания плаценты неизвестны. Факторы риска подразделяют на маточные и плодовые. К маточным факторам относят атрофические и дистрофические процессы в эндометрии, сопровождающиеся нарушением условий имплантации:

. Хронический эндометрит;

. Патологические изменения эндометрия после оперативных вмешательств (аборты, диагностические выскабливания матки, кесарево сечение, консервативная миомэктомия, перфорация матки);

. Миома матки;

. Аномалии развития матки;

. Инфантилизм;

. Большое количество родов в анамнезе;

. Курение;

. Гнойно-септические осложнения в послеродовом периоде;

. Заболевания сердечнососудистой системы, почек, сахарный диабет...

Иногда предлежание плаценты обусловлено особенностями самого плодного яйца. Из-за более позднего появления протеолитической активности трофобласта плодное яйцо опускается в нижние отделы матки, где и происходит нидация. Таким образом, ворсинчатый хорион разрастается в области внутреннего зева [7].

Диагностика предлежания плаценты основывается на клинических данных. Характерны жалобы на появление из половых путей алых кровянистых выделений, безболезненные, не сопровождаются повышением тонуса матки,а также слабость, головокружение(признаки анемизации). Отмечают высокое стояние предлежащей части плода, неустойчивое его положение, часто косое или поперечное положение. Тазовое предлежание часто сопровождается клиникой угрозы прерывания беременности, гипотрофией плода. В 95% случаев предлежание плаценты удается диагностировать с помощью УЗИ. Влагалищное исследование проводится только при подготовленной операционной [5].

Сроки и методы родоразрешения при предлежании плаценты:

При сильном кровотечении, угрожающем жизни матери, независимо от срока беременности проводят экстренное родоразрешение путем кесарева сечения. В отсутствии сильного кровотечения и при сроке беременности 36 недель и более после подтверждения зрелости легких плода проводят родоразрешение в плановом порядке. При частичном предлежании плаценты и зрелой шейке матки возможны роды через естественные родовые пути. Если легкие плода незрелые или срок беременности менее 36 недель и отсутствует кровотечение, проводят консервативное лечение. Необходимо ограничение физической активности, воздержание от половой жизни и спринцеваний, поддержание гемоглобина [8].

Тактика ведения беременных и рожениц с предлежанием плаценты.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Кровотечение | срок беременности | тактика врача |
| обильное при полном предлежании плаценты | независимо от срока беременности | кесарево сечение, восполнение кровопотери |
| небольшое при полном предлежании плаценты | менее 36 недель | Наблюдение, токолитики, кортикостероиды. Магнезия, но-шпа, ганглерон, дибазол, папаверин, бета-адреномиметики - нельзя, так как они, обладают периферическим вазодилатирующим действием, усилят кровотечение. Борьба с анемией, при гемоглобине 80 г/л и ниже - гемотрансфузия. Профилактика дистресс-синдрома плода (при кесаревом сечении ребенок умрет не от анемии которой не должно быть, а от болезни гиалиновых мембран). Применяют глюкокортикостероиды - преднизолон, дексаметазон (2-3 мг в сутки, поддерживающая доза 1 мг/сут). |
| Кровотечение при неполном предлежании плаценты | независимо от срока | вскрытие плодного пузыря. Если кровотечение остановилось - роды через естественные родовые пути; если кровотечение продолжается то, выполняют кесарево сечение. |

Осложнения при предлежании плаценты:

. Геморрагический шок;

. Массивное кровотечение во время беременности, при родоразрешении и в послеродовом периоде;

. Плацентарная недостаточность;

. Приращение плаценты, особенно в области рубца на матке, что может привести к кровопотере и экстирпации матки.

Прогноз: материнская смертность при предлежании плаценты близка к нулю. Перинатальная смертность не превышает 10%. Основная причина гибели детей - недоношенность. При предлежании плаценты высок риск врожденных пороков [7].

Преждевременная отслойка плаценты (ПОНРП)

Диагностика на основе клинической картины, которая включает: кровотечение из половых путей, боль в животе, напряжение и болезненность. Легкую форму патологии удается диагностировать только при осмотре плаценты после ее рождения или при УЗИ, при котором выявляется нормальное расположение плаценты и ретроплацентарная гематома. УЗИ приобретает особую важность при консервативном лечении преждевременной отслойки плаценты [10].

Виды:

полная

неполная:

) краевая

) центральная

Причины и факторы риска преждевременной отслойки плаценты:

. Большое количество родов в анамнезе

. Перерастяжение стенки матки (многоводие, многоплодие)

. Преэклампсия и артериальная гипертония

. Возраст (с возрастом риск повышается)

. Прямая травма живота (ДТП, физическое насилие)

. Курение

. Наркомания, особенно кокаинизм

. Употребление алкоголя

. Миома матки, особенно расположение узла в области плацентарной площадки

. Быстрое излитие околоплодных вод при многоводии

. Нервно - психические факторы (испуг, стресс).

Клиника

Кровотечение из половых путей наблюдается в 80% случаев и зависит от степени и вида отслойки [9].

Боль - частый симптом, возникает из-за растяжения серозной оболочки матки. Появляется внезапно, локализуется внизу живота и в пояснице, постоянна. Болезненность и напряжение матки чаще наблюдаются в более тяжелых случаях;

При образовании ретроплацентарной гематомы матка увеличивается. Это можно выявить при повторном измерении окружности живота и высоты стояния дна матки. Матка находится в гипертонусе, возможна тетания матки, которая не купируется спазмо -, токолитиками [9].

Часто наблюдаются признаки внутриутробной гипоксии плода;

Диагностика

При внешнем акушерском осмотре: гипертонус матки, ее увеличение, возможно деформация с локальным выпиранием, болезненность.

При внутреннем акушерском исследовании: напряженность плодного пузыря, при излитии околоплодных вод возможно их окрашивание кровью [8].

УЗИ: эхонегативный очаг между маткой и плацентой.

При отсутствии внешнего кровотечения диагноз ставят на основании гипертонуса матки, локальной болезненности, ухудшения состояния [7].

Преждевременная отслойка плаценты может вызвать преждевременные роды [8].

Сроки и методы родоразрешения при преждевременной отслойке плаценты:

. При легкой преждевременной отслойке плаценты, если состояние беременной стабильное, допускаются самостоятельные роды. В остальных случаях требуется экстренное родоразрешение.

. Если преждевременная отслойка плаценты произошла в родах, состояние роженицы и плода удовлетворительные, ОЦК восполнен и роды протекают нормально, ускорять их течение не требуется.

. Кесарево сечение выполняют при внутриутробной гипоксии плода и отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути, при тяжелой отслойке с угрозой для жизни матери, при незрелости шейки матки [4].

Осложнения при преждевременной отслойке плаценты:

. Гемморагический шок.

. ДВС - синдром.

. Матка Кувелера при обширном кровоизлиянии в стенку матки.

. Ишемические некрозы внутренних органов, острая почечная недостаточность.

. Вследствие гипоксии - врожденные аномалии у плода.

Прогноз во многом зависит от своевременной диагностики этих осложнений [7].

Разрыв матки

Во второй половине беременности к причинам акушерских кровотечений кроме вышеперечисленных причин, может относиться разрыв матки в результате наличия рубца на матке после консервативной миоэктомии, кесарева сечения, или в результате деструирующего пузырного заноса и хориоэпителиомы [5].

Клиника: наличие внутреннего или наружного кровотечения. Если разрыв матки происходит во вторую половину беременности, то очень часто эта ситуация заканчивается летально, так как никто не ждет этого состояния. Симптоматика: боли постоянные или схваткообразные, яркие кровянистые выделения, на фоне которых изменяется общее состояние с характерной клиникой геморрагического шока. Необходима неотложная помощь - лапаротомия, ампутация матки или ушивание разрыва матки при позволяющей сделать это локализации, восполнение кровопотери [7].

При разрыве матки - лапаротомия, с индивидуальным подходом выбора - ушивание или экстирпация [8].

Дифференциальная диагностика между предлежанием плаценты, ПОНРП и разрывом матки.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Симптомы | Предлежание плаценты | ПОНРП | Разрыв матки |
| Сущность | Предлежание плаценты - расположение ворсин хориона в нижнем сегменте матки. Полное предлежание - полное прикрывание внутреннего зева, неполное предлежание - неполное прикрывание внутреннего зева (при влагалищном исследовании можно достичь оболочек плодного яйца). |  |  |
| Группа риска | Женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (воспалительные заболевания, выскабливания и т.д.). | Женщины с чистым гестозом (возник на соматически здоровом фоне) и сочетанным гестозом (на фоне гипертонической болезни, сахарного диабета и др.). В основе гестоза лежит сосудистая патология. Так как гестоз идет на фоне полиорганной недостаточности, то симптом кровотечения протекает более тяжело | Женщины с наличием отягощенного акушерско гинекологического анамнеза, с рубцами на матке - после оперативных вмешательств на матке, при перерастянутой матке, многоводие, многоплодие |
| Симптом кровотечения | При полном предлежании плаценты всегда наружное, не сопровождается болевым синдромом, алой кровью, степень анемизации соответствует наружной кровопотере; это повторяющееся кровотечение, начинается во второй половине беременности. | Начинается всегда с внутреннего кровотечения, реже сочетается с наружным. В 25% случаев наружного кровотечения вообще нет. Кровотечение темной кровью, со сгустками. Развивается на фоне полиорганной недостаточности. Степень анемизации не соответствует величине наружной кровопотери. Состояние женщины не адекватно объему наружного кровотечения. Кровотечение развивается на фоне хронической стадии синдрома ДВС. При отслойке начинается острая форма ДВС синдрома. | Кровотечение сочетанное - наружное и внутреннее, алой кровью, сопровождающееся развитием геморрагического и травматического шока. |
| Болевой синдром | Отсутствует | Всегда выражен, боли локализуются в области живота (плацента располагается по передней стенке), в поясничной области (если плацента по задней стенке). Болевой синдром больше выражен при отсутствии наружного кровотечения, и меньше при наружном кровотечении. Это объясняется тем, что ретроплацентарная гематома, не находящая выхода наружу дает больший болевой синдром. Болевой синдром больше выражен при распложении гематомы в дне или теле матки, и значительно меньше, если идет отслойка низкорасположенной плаценты, с более легким доступом крови из гематомы. | Может быть выражен незначительно, например, в родах, если начинается разрыв матки по рубцу, то есть при гистопатических состояниях миометрия. |
| Тонус матки | Тонус матки не изменен | Всегда повышен, матка болезненна при пальпации, можно пропальпировать выбухание на передней стенке матки (плацента расположена по передней стенке). | Матка плотная, хорошо сократившаяся, в брюшной полости можно пропальпировать части плода. |
| Состояние плода | Страдает вторично при ухудшении состояния матери, в соответствии с кровопотерей. | Страдает вплоть до гибели при отслойке более чем 1/3 плаценты. Может быть антенатальная гибель плода. | Плод погибает. |

кровотечение беременность акушерский выкидыш

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Кровотечения во время беременности и родов - это самые опасные осложнения, угрожающие жизни беременной, роженицы и ее младенца. Когда говорят о скорой помощи в акушерстве, всегда имеют в виду в первую очередь случаи маточных кровотечений.

Кровотечения во время беременности является важным диагностическим признаком осложненной беременности, особенно во втором и третьем триместре, и требует немедленного обращения за медицинской помощью, самолечение и выжидательная тактика здесь недопустимы. Отсутствие своевременной квалифицированной медпомощи во многих случаях обрекает женщину на гибель.

Выше были перечислены наиболее часто встречающиеся причины, симптомы и лечение при возникновении кровотечений на ранних и поздних сроках беременности.

Медицинское обследование необходимо для определения причины кровотечения и снижения риска того, что оно повторится. Существует несколько способов обследования и улучшения состояния матери и ребенка.

Врач проведет визуальный осмотр, а также может назначить дополнительные анализы, УЗИ и другие обследования.

Обследования для определения причин кровотечения могут включать:

анализ крови или мочи для проверки уровня прогестерона

осмотр шейки матки, чтобы удостовериться, что она закрыта

проведение ультразвукового исследования

проверку сердцебиения плода с помощью ультразвука

Все эти меры позволят убедиться, что все в порядке.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Аржанова О. Н., Кузнецова А. В. // Consilium-Medicum. - 2006. - Т. 6. - № 6. - С. 28-30.

Акушерство : национальное руководство / под ред. Э. К. Айдамазана, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР -Медиа, 2013. - 1200с.

Грищенко О. В., Лахно И. В., Пак С. А. и др. // Репродуктивное здоровье женщины. - 2003. - Т. 13. - №1. - С. 18-22.

Дуда, Вл. И. Акушерство : учебник / Вл. И. Дуда, В.И. Дуда, О. Г. Дражина; под ред. И. В. Дуды. - Мн.: Выш. шк., ООО «Интерпрессервис», 2002. - 463 с.: ил.

Каткова Н. Ю., Панова Т. В., Ильина Н. Н. // Гинекология. - 2006. - Т.8. - №2. - С. 51 - 54.

Мурашко Л. Е. Плацентарная недостаточность // Актуальные вопросы патологии родов, плода и новорожденного: Пособие для врачей. - М., 2003. - С. 38 - 45.

Новикова С. В., Краснопольский В. И., Логутова Л. С. И др. // Рос. вестн. Акуш.-гин. - 2005. - №5. - С. 39 - 43.

Руководство по акушерству и гинекологии для фельдшеров и акушерок / под ред. В. Н. Придетской, В. Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 688 с.

Савельева Г. М., Шалина Р. И., Каримова З. М. и др. // Акуш. и гин. - 2002. - №3. - С. 10 -15.

Стрижаков А. Н., Баев О. Р., Тимохина Т. Ф. // Вопр. гин. акуш. и перинатол. - 2003. - Т. 2. - №2. - С. 53 -63.