

КРЪВОТЕЧЕНИЯ ВЪВ ВТОРАТА ПОЛОВИНА НА БРЕМЕННОСТТА

Вносител: проф. д-р Ангел Димитров, дмн
д-р Красимира Жекова
д-р Анна Петкова

Източник: компиляция: 1. BJOG, Antenatal diagnosis and care of women with placenta praevia or a low-lying placenta
Volume 126, Issue 7, June 2019;
2. Algorithms for obstetrics and gynaecology, Oxford, 2014;
3. RCOG Green-top Guideline No. 63, 27a, 27b,
4. Собствени проучвания

Основна специалност: Акушерство и гинекология

Определение: Кръвотечение във втората половина на бременността означава всяко генитално кървене след 24-та седмица на бременността до раждането на плода. Генитално кървене преди 24 седмица на бременността се определя като аборт.

Особености на групата с APH

- Кръвотеченията във втората половина на бременността могат да са причина за майчина и фетална заболяемост и смъртност. Те са част от акушерската спешност.
- Антепарталните кръвотечения имат разнообразна патофизиология, поради което не могат да бъдат предвидени надеждно.
- Профилактиката на антепарталните кръвотечения има ниска ефективност.
- Всички бременни с генитално кървене подлежат на хоспитализация. Дехоспитализацията се допуска след спиране на гениталното кървене.
- Бременни с антепартално кръвотечение и увредено състояние на жената и/или на плода се нуждаят от незабавно родоразрешение.
- Бременните с Placenta praevia и Abruptio placentae са със значително повишен риск от кръвотечения по време на раждането и след това.
- При бременни с APH е необходимо активно водене на трети период на раждането – окситоцин, метергин.
- При Rh (-) и несенсибилизирани бременни с APH се прилага anti-D Ig, като тази профилактика се прави на 6 седмици до раждането.
- При обилна и внезапна хеморагия, до получаване на лабораторните данни, състояние на хемостазата и кръвни продукти, обемното заместване става с 2 литра кристалоидни разтвори и 1-2 литра колоидни разтвори. При съмнение за преразходна коагулопатия може емперично да се вляят 4 банки прясно замразена плазма и два сака криопреципитат.
- Грижите за бременни с APH и активно кървене изискват мултидисциплинарен екип.

Причините за кървене във втората половина на бременността са:

- Placenta praevia;
- Abruptio placentae;

- Кръвотечение от долния генитален тракт, несвързано с бременността;
- Vasa praevia;

Поведение при Placenta praevia

Placenta praevia означава, че плацентата е разположена в долния утеринен сегмент и се намира цялата или част от нея пред подлежащата част. С термина „ниско прикрепена плацента” се говори, когато долният ръб на плацентата лежи по-ниско от 2 см до вътрешния отвор на цервикалния канал. Тъй като двете положения на плацентата в матката имат идентична етиология, рискови фактори, диагноза и поведение, в практиката те се обединяват и обозначават като Placenta praevia.

Placenta praevia е патология на бременността, която е свързана с голяма майчина заболяемост в резултат на обилно кръвотечение във втората половина на бременността или по време на раждането.

В около 5% от случаите се комбинира с друга патология на плацентата – placenta adherens, anularis, succenturiata и др.

Рискови фактори са:

(клас I Ia, достоверност B)

- многоплодна бременност;
- тютюнопушене;
- употреба на кокаин;
- прекарани ЦС и аборти;
- асистирана репродукция и др.

В голяма част от случаите не се установяват рискови фактори.

Усложненията при Placenta praevia мога да бъдат:

(клас I Ia, достоверност B)

- Неправилни положения на плода;
- Преждевременно пукане на околоплодния мехур;
- vasa praevia;
- Ципесто прикрепяне на пъпната връв;
- Увеличен риск от Placenta accreta при бременността след ЦС.

Диагнозата

(клас I, достоверност A)

- Поставя се въз основа на ехографията. Трансвагиналната ехография има по-висока достоверност в сравнение с трансабдоминалната или трансперинеалната ехография. По възможност според срока на бременността се определят и формите (степени) на Placenta praevia – ниско прикрепена, маргинална, парциална, тотална.

Placenta praevia isthmicoservicalis се проявява в ранна бременност и не е обект на настоящия гайдлайн.

- Дигитален вагинален преглед не се прави, преди да се изключи плацентата превия чрез УЗ. Вагинален дигитален преглед е необходим ако има периодични маточни контракции.

- В някои случаи клиничната картина има допълнителна диагностична стойност – безпричинно генитално кървене след 24 г.с.

- Оглед на влагалището е необходим за изключване на други причини за генитално кръвотечение.

Скринингът за плацентата превия трябва да е включен в скрининга за вродени аномалии във второто тримесечие на бременността. Диагнозата се потвърждава след 32 г.с. и е окончателна в 36 г.с. в случаите на безсимптомно протичане на заболяването.

Поведение

Безсимптомно протичане на бременност с Placenta praevia

(клас I, достоверност A)

- Във втората половина на бременността се съветва режим на намалено физическо и психическо натоварване, избягване на полови контакти;
- Поддържане на червената кръвна картина в нормални стойности чрез периодичен контрол, подходяща диета, медикаменти и хранителни добавки;
- Препоръчително е амбулаторно активно наблюдение на бременността с инструкция при всякакво кървене или болки веднага да постъпи в болница;
- Препоръчително е периодично измерване дължината на маточната шийка. При дължина под 30 мм преди 34 г.с. съществува увеличен риск от профузни кръвотечения преди вземане на решение за ЦС;
- Препоръчва се профилактично приложение на кортикостероид в 34-35 г.с
- Информирано съгласие в 36 г.с. със семейството относно рисковете при плацента превиа във връзка с периода до раждането и необходимостта от раждане с ЦС, кръвопреливане, хистеректомия и др;
- Оптималният срок за ЦС е 37-38 седмица на бременността;
- Да не се допуска родоразрешение след очаквания термин.
- ЦС се извършва в лечебно заведение от II или III ниво на компетентност;
- Препоръчителен е истмиколонгитудинален разрез на матката. Ако се мине през плацентата пъпната връв се клампира веднага;
- Ако фармакологичните средства не спрат кървенето, матката се тампонира и/или деваскуларизира. При липса на ефект от тях се преминава към хистеректомия;
- Налични условия за борба с остра кръвозагуба по време на ЦС;
- Обезболяването е по преценка на анестезиолога.

Симптоматично протичане на бременност с Placenta praevia

(клас Iа, достоверност B)

- Всяко генитално кръвотечение при Placenta praevia е индикация за хоспитализация;
 - Осигуряване на венозен път;
 - Лечение и профилактика на евентуална анемия;
 - Препоръчително приложение на токолиза в случаи, че не предстои раждане до 24 часа;
 - Пред 37 г.с. се прилага профилактика на респираторния дистрес синдром;
 - Взема се микробиология и се започва антибиотична профилактика на инфекциозните усложнения;
 - Информирано съгласие относно рисковете – кръвопреливане, хистеректомия и др.;
 - Родоразрешение в 34-36 г.с. особено при наличие на други рискови фактори за преждевременно раждане;
 - ЦС се извършва в лечебно заведение от II или III ниво на компетентност;
 - ЦС се извършва от достатъчно опитен екип;
 - Препоръчителен е истмиколонгитудинален разрез на матката, особено преди 32 г.с.
 - Ако се мине през плацентата пъпната връв се клампира веднага.
- Предупреждават се неонатолозите за евентуална анемия на плода;
- Ако фармакологичните средства не спрат кървенето, матката се

тампонира и/ или деваскуларизира. При липса на ефект от тях се преминава към хистеректомия;

- Обезболяването е по преценка на анестезиолога.

Посоченото поведение се модифицира от два съществени фактора – срок на бременността и величина на гениталното кръвотечение.

Вагинално раждане при ниско разположена плацента

(клас IIb, достоверност C)

- При отказ от ЦС в информираното съгласие;
- Наличие на родилна дейност без кървене;
- При условия главата да стои наравно или по-ниско от долния край на ниско прикрепена плацентата, установено от ултразвуково изследване и вагинален преглед;
- Раждането се води по обичайния начин;
- При поява на обилно кървене се преминава към спешно ЦС.

Поведение при *Abruptio placentae*

Определение: *Abruptio placentae* означава пълно или частично сепариране на плацентата от мястото ѝ на прикрепване към матката преди да се роди плода и след 24-та седмица на бременността.

Отлепването на плацентата преди 24-та гестационна седмица се класифицира като аборт.

Рискови фактори:

(клас I Ia, достоверност B)

- Абрупцио плаценте при предишна бременност;
- Съдова патология при бременната (пreeклампсия или съпътстваща бременността хронична хипертония);
- Ретардация на плода;
- Възраст над 35 години;
- Голям мултипаритет (над 4 раждания);
- Преждевременно пукване на околоплодния мехур;
- Вродена или придобита тромбофилия на бременната;
- Травма на корема при пътнотранспортни произшествия (в такива случаи е необходима хоспитализация и наблюдение за 2-3 дни);
- Тютюнопушене;
- Наркоманията, особено прекалената употреба на кокаин и амфетамин;
- Мимомата утери, когато е разположена под плацентата;
- Абсолютно или релативно къса пъпна връв;
- При спинално обезболяване без адекватна прехидратация;
- По-голяма честота при малформирани плодове;
- Кръвотечения в първия триместър на бременността.

Първичната причина на абрупцио плаценте е неизвестна. В около 70 % от случаите с абрупцио плаценте не се наблюдават горепосочените рискови фактори. Комбинацията от рискови фактори също има ниска предиктивна стойност.

Клинична картина: Класическите симптоми на абрупциото са:

(клас I, достоверност A)

- Повишен маточен тонус (хипертонус);
- Локализирана болка в областта на матката. Болката е силна когато хематома нараства бързо или кръвта навлиза в миометриума. Болката е слаба когато кръвта се дренира през цервикалния канал или плацентата е задна;

- Кръвотечение от гениталиите. То може да липсва когато хематомът е разположен централно на плацентата;
- Белези на фетален дистрес – промени в NST или движенията на плода;
- Белези от страна на бременната в резултат на кръвозагуба, които не винаги отговарят на външното кръвотечение.

Трябва дебело да се подчертае, че изразеността на симптомите варира твърде много, зависят от тежестта на състоянието, като някои от тях могат дори да липсват. Когато плацентата е разположена по задната стена, белезите от страна на бременната са по-слабо изявиени.

Тежестта на състоянието:

(клас I Ia, достоверност B)

Тъй като не може със сигурност да се установи размера на отлепването на плацентата, класификацията се прави по клинични белези:

- Леката степен се характеризира със слаби до липсващи клинични белези, състоянието на бременната и плода са нормални, повишения тонус на матката се демонстрира като чувствителна матка. Ако не прогресира отлепването на плацентата тази форма се определя като „хронично абрупцио”. Диагнозата се поставя чак след раждането на плацентата – наличие на организиран хематом или ако е резорбиран – изтъняване на хориона на определено място;

- Средно тежката форма се характеризира с хипертонус на матката, ако има кървене то е умерено, промени в жизнените показатели на бременната, белези на фетално страдание, хипофибриногенемия;

- Тежката форма на състоянието се характеризира с повишен маточен тонус под формата на тетанични контракции, ако има генитално кървене то е обилно, плодът е мъртъв, бременната е в шоково състояние, наличие на коагулопатия.

Диагнозата

(клас I Ia, достоверност B)

- Поставя се главно въз основа на клиничната картина. Анамнезата играе малка роля, поради все още неустановената със сигурност етиология на заболяването. Липсата на генитално кървене не изключва диагнозата.

- Ултразвуковото изследване е помощно и не е достатъчно надеждно за поставяне или отхвърляне на диагнозата *Abruptio placentae*. УЗ е полезно за наблюдение прогресията на хематома, когато може да се визуализира.

- Нито хипотония, нито анемия са задължителни в началото на абрупциото, дори когато има голяма кръвозагуба.

- При рязко влошаване на кардиотокографския запис и/или влошаване доплеровата велосиметрия трябва да се предполага абрупцио, дори при липса на изразена клинична картина.

- Изследване на хемостазата с оглед навременна диагноза на евентуална коагулопатия – ниски тромбоцити и високи D-dimer

- Необходим е вагинален преглед със спекулум за изключване на други причини за генитално кървене.

Диференциална диагноза: При тежките форми на абрупцио диагнозата обикновено е ясна. За съжаление не съществува нито лабораторен нито диагностичен тест, който с голяма точност и надеждност да долови най-малките и леки случаи на абрупцио плаценте. При такива случаи диагнозата се поставя чрез изключване.

Placenta praevia се изключва чрез УЗ, а другите причини за генитално кървене чрез оглед на влагалището.

Когато при плацента превия има родилна дейност може да се наподобява абрупцио плаценте. От друга страна абрупцио плаценте може да даде клиника на раждане.

Усложнения в резултат на abruptio placentae.

(клас I Ia, достоверност B)

Дисеминирано интравазално съсирване в резултат на навлизане в майчината циркулация на тромбoplastични субстанции от ретроплацентарния хематом;

Шокът при абрупцио плаценте е по-тежко изразен и не отговаря на външната кръвозагубата. Ретроплацентарният хематом може да достигне големи размери, при липсващо или оскъдно генитално кървене.

Утероплацентарна апоплексия (Couvelaire uterus): Това е когато голямо количество кръв навлиза в миометриума и достига до периметриума. Матката на Кувелер представлява най-тежка форма на абрупцио плаценте. Това състояние може да се диагностицира само при лапаротомия.

Майчината смъртност е около 5% от случаите с abruptio placentae. Тя се дължи главно на голяма кръвозагуба в резултат на ДИК синдрома.

Перинаталната смъртност е 25/1000. Дължи се главно на преждевременните раждания, ретардацията на плода и острата асфиксия в резултат на отлепването на плацентата.

Поведение:

(клас I, достоверност A)

Поведението при абрупцио плаценте варира и зависи от комбинацията на следните фактори: - състоянието на майката и на детето, тежестта на заболяването, срока на бременността, възможността и условията за бързо вагинално раждане.

1. При тежките случаи се преминава към спешно ЦС, независимо плода дали е жив или мъртъв. Реанимационите мероприятия се провеждат интраоперативно и в непосредствения постоперативен период;

2. При средно тежките случаи и жив плод се преминава към ЦС след начални реанимационни мероприятия и амниотомия, ако е възможна. Ако плодът е мъртъв и няма условия за бързо вагинално раждане също се родоразрешава чрез ЦС.

3. При леките форми на абрупцио обикновено състоянието на бременната и плода не са засегнати. Началното поведение е консервативно при недоносен плод:

- Токолитици (магнезии);
- Обемно замстване;
- Корекция на хемостазата при необходимост.
- Динамично проследяване жизнените функции на бременната и състоянието на плода.
- При постепенно прогресира на ретроплацентарния хематом и влошаване състоянието на бременната и плода се преминава към ЦС.
- Ако хематома не прогресира (хронично абрупцио) се следи състоянието на плода и бременната. Родоразрешение може да се направи при достигане на зрялост на плода според акушерските условия.
- Ако бременността е на термин се родоразрешава според акушерските условия.

Вагиналното раждане е възможно при:

(клас I Ia, достоверност B)

- Хронично абрупцио;
- Лека степен на абрупцио и наличие на нормална родилна дейност - активно наблюдение състоянието на плода;
- При изявена коагулопатия и очаквано скорошно завършване на раждане
- Окситоцинова стимулация в обичайна дозировка може да се опита когато въпреки повишения основен тонус няма ритмичност на контракциите.

- Особено важна е реанимацията по време на вагинално раждане за запазване перфузията на паренхимните органи. Добрата и навременна хемодинамична реанимация обикновено не позволява развитието на коагулопатия.

Генитално кръвотечение несвързано с бременността

Това са генитални кръвотечения, които не са свързани патогенетично с бременността и могат да възникнат във всички срокове на бременността.

Причини

(клас I Ia, достоверност B)

Това са локалните изменения на вулвата, шийката, влагалището и цервикалния канал.

- Цервицит;
- Травма на шийката и влагалището (включително – при коитус);
- Ектопия на шийката;
- Мукозен полип на цервикалния канал;
- Гранулозен колпит;
- Варици на вулвата и влагалището;
- Големи остри кондилони;
- „Раждащи се” миомни възли;
- Карцином на шийката;
- Туберкулозни лезии.

Диагнозата

(клас I, достоверност A)

Голяма част от локалните лезии се установяват при оглед със спекулум или валви. Преди това чрез ултразвуково изследване трябва да се изключи наличието на placenta praevia.

При съмнителни лезии на шийката от огледа се прави:

- Цитонамазка. Обикновено тя е с вид на секреторна фаза и е задоволителна за оценка. Често се откриват цервикални инфекции.
- Колпоскопия. Поради предизвиканите от бременността хормонални промени в епитела на шийката, интерпретацията на резултатите, често води до хипердиагноза. Това се изразява с тенденция нормалната зона на трансформация да се приеме, като атипична вследствие засилените процеси на метаплазия, а нискостепените колпоскопски изменения да се оцени като находки от групата с високостепенните лезии
- Прицелна биопсия. По време на бременност има повишен риск от кръвене. Хемостаза се постига с продължително силно притискане на биопсираното място. Като крайно средство за хемостаза се налага сатура. Прилагането на каутеристични средства не е желателно.
- Ендоцервикален кюртаж и конизационна биопсия по разбираеми причини е нецелесъобразно по време на бременност. Конизация по време на бременност се прави при минималното съмнение за стромална инвазия от прицелната биопсия или персистираща цитология внушаваща инвазивен карцином.

Този диагностичен алгоритъм се налага за доказване или отхвърляне на карцином на шийката, което може съществено да промени акушерското поведение.

- При установяване на ерозиран кръвоносен съд се прави хирургическа хемостаза.

- При инфекции на долния генитален тракт – микробиология и етиологично антибактериално лечение, съобразено с наличната бременност.

Поведението и лечението при локалните лезии са описани в учебника по гинекология.

Vasa praevia

Кръвоносните съдове на пъпната връв, преминаващи между амниона и хориона, са разположени в най-ниската част на околоплодния мехур.

Честотата е много малка: 1:1200 до 1:5000 бременности.

Рискови фактори:

(клас I Ia, достоверност B)

- Ципесто прикрепване на пъпната връв;
- Ниско разположена плацентата;
- Placenta bipartite.

Клиника.

(клас I , достоверност B)

- Разкъсването на ваза превия най-често настъпва при изгладена шийка, разкритие от 2-4 см и по време на контракция или инструментално пукане на околоплодния мехур.

- Генитално кървене е оскъдно (кръвния обем на плода е около 80-100 мл/кг) и най-често се пропуска от вниманието на акушера.

- След появата на оскъдно генитално кървене последва бързо влошаване на ДСТ.

Диагнозата

(клас I Ia, достоверност B)

-Антепартално се поставя чрез УЗ изследване още по време на скрининг за фетални аномалии (18-24 г.с.). Необходимо е комбиниране на трансабдоминално и трансвагинално цветен доплер. Диагнозата трябва да се потвърди в 30-32 г.с. Въпреки високата чувствителност и специфичност на УЗ диагнозата на ваза превия на практика в половината от случаите диагнозата се пропуска по време на бременността.

- За ваза превия може да се мисли при запазен околоплодния мехур и поява на променливи децелерации, без наличие на основните причини за тях

- При вагинален преглед е възможно през цервикалния канал да се напипат пулсиращите съдове при ваза превия.

- По време на раждането за сега не съществуват достатъчно надеждни тестове за бързо разграничаване на феталната от майчината кръв. По време на раждането основно остава влошаване състоянието на плода след пукане на околоплодния мехур.

- При значително влошаване състоянието на плода или смърт по време на раждането се налага внимателен оглед на плацентата и ципите с оглед установяване на ваза превия.

Диференциална диагноза трябва да се прави с предлежание на пъпна връв.

Поведение.

(клас I Ia, достоверност B)

- За сега няма достатъчно данни за необходимостта от рутинен скрининг за ваза превия по време на скрининг за фетални аномалии. Скринингът за ваза превия е препоръчителен при наличие на един или повече от гореспоменатите рискови фактори.

- При липса на условия за бързо оперативно завършване на раждането, се преминава към спешно ЦС. Въпреки бързото родоразрешение феталната смъртност е около 40-50%.

- Ако диагнозата е поставена през бременността се планира ЦС в 34-36 г.с. и след кортикостероидна профилактика. При такива случаи в 95% се раждат живи плодове.

Ключови думи: Плацента превия, абрупцио плаценте, ваза превия, кръвотечения, несвързани с бременността, поведение, Цезарово сечение,