

КОНСУЛЬТАНТ

КРОВОТЕЧІ У ТРЕТЬОМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ: ДІАГНОСТИЧНА ОРІЄНТАЦІЯ

J.-M. Ayoubi, J.-C. Pons
Hemorragie du troisieme trimestre de grossesse
La Revue du Praticien 2000, 50, 1145-1148

У записник клініцисту

Кровотечі третього триместру проявляються кров'янистими виділеннями із статевих шляхів у цьому терміні вагітності. Вони трапляються менш ніж у 5% усіх вагітностей і є ургентним акушерським станом, оскільки супроводжуються ризиком серйозних ускладнень для матері і плоду.

Перше завдання при цій патології — оцінити масивність кровотечі та її ризик для матері й дитини. Визначити причину кровотечі й надати допомогу треба якомога швидше.

ПРИЧИНИ КРОВОТЕЧІ

Лише у 50% випадків кровотеча у третьому триместрі вагітності має внутрішньоматкові причини, у решті випадків її причини не пов'язані з вагітністю. Серед внутрішньоматкових причин переважають передлежання плаценти і ретроплацентарна гематома. Ці стани можуть призвести до швидкого погіршення стану плоду і матері.

Серед неакушерських причин превалюють кровотечі з шийки матки. Як звичайно, вони не бувають масивні і не становлять негайної загрози для життя і здоров'я.

Незалежно від причини кровотечі, її поява у третьому триместрі вагітності вимагає визначення об'єму крововтрати і ризику, що її супроводжує; обстеження пацієнтки із застосуванням рутинних параклінічних методів та певного діагностичного алгоритму для з'ясування причини кровотечі.

Оцінка клінічної значущості кровотечі

Її проводять з метою оцінки клінічної ситуації, насамперед ургентності і необхідності негайних втручань, тому дії лікаря повинні бути швидкими.

Масивна кровотеча з виділенням яскраво-червоної крові, яка з'явилася нещодавно, змушує запідозрити передлежання плаценти, особливо якщо з попереднього ультрасонографічного обстеження відомо, що плацента прикріплена низько. У таких випадках треба:

- ◆ Оцінити об'єм крововтрати;
- ◆ Визначити наявність згустків (які свідчать про відсутність порушень зсідання крові);
- ◆ Оцінити симптоматику в матері (можливі гіпотензія, частий пульс, блідість шкіри і слизівки, пітливість), визначити необхідність негайної катетеризації вени, інфузійної терапії та провести лабораторне дослідження, яке передбачає клінічний аналіз крові, коагулограму, визначення групи і резусу крові.
- ◆ Оцінити симптоматику з боку плоду (реєстрація серцебиття) для виявлення можливої гіпоксії, яка потребувала б ургентного розродження.

Кровотеча темною кров'ю різної масивності, яка супроводжується сильним болем у животі за типом удару кинджалом в локалізації матки свідчить про ретроплацентарну гематому, особливо якщо в пацієнтки раніше виявляли артеріальну гіпертензію.

Незначні рожеві кров'яністі виділення, змішані із слизом, які з'являються незабаром після початку переймів, свідчать про відходження слизового корка.

Поява темної зміненої крові в більшій чи меншій кількості за відсутності маткових скорочень свідчить про спороження давньої гематоми маргінального синуса.

Помірні за об'ємом яскраві кров'яністі виділення, які з'явилися після статевого акту, свідчать про походження кровотечі з шийки матки.

Обстеження пацієнтки

Після первинного огляду за відсутності проявів гострої гіпоксії плоду й гіповолемічного шоку в матері проводять клінічне обстеження з метою з'ясування етіології кровотечі.

Анамнез. При опитуванні пацієнтки звертають увагу на групу її крові та резус, наявність коагулопатій та патологічних станів шийки матки (дисплазії, ектропіону та ін.), наявність кровотечі в першому й другому триместрах вагітності, точний термін вагітності за датою останньої менструації, акушерські ускладнення, зокрема, передлежання плаценти в минулому, прееклампсію та еклампсію в минулому в пацієнтки та її родичок, гестаційний та прегестаційний діабет.

Обставини появи кровотечі. Чи пов'язана кровотеча з матковими скороченнями, або ж вона з'явилася за їх відсутності? Чи не було попередньо безпосередньої травми, наприклад, автомобільної аварії або насильства? Можливо, кровотеча спонтанна, не супроводжується болем? Чи супроводжує кровотечу біль? Якщо так, то які його локалізація, тип, інтенсивність, іррадіація?

Клінічне обстеження. Загальне обстеження: вимірювання артеріального тиску і частоти серцебиття, огляд шкірних покривів (можливо, вони бліді?) — це перші заходи при обстеженні вагітної пацієнтки, в якій з'явилися кров'яністі виділення із статевих шляхів.

Виконують пальпацію живота і матки з метою визначення її тону: підвищений тонус матки з неповним її розслабленням між переймами виникає при так званій “здерев'янілій” матці, що свідчить про можливість ретроплацентарної гематоми; натомість повноцінне розслаблення матки між переймами в поєднанні з кровотечею яскравою кров'ю, яка посилюється під час маткових скорочень, вказує скоріше на передлежання плаценти.

Внутрішнє акушерське дослідження, яке здійснюють дуже обережно, як звичайно, після ультрасонографічного обстеження з метою з'ясування локалізації плаценти, дає змогу визначити стан шийки матки: її довжину, відкриття, консистенцію і позицію. Вагінальне дослідження не рекомендують виконувати при передлежанні плаценти: дослідження цервікального каналу в таких випадках може посилити кровотечу внаслідок додаткового відшарування плаценти.

Ультрасонографічне дослідження (перевагу віддають застосуванню абдомінального датчика) рекомендують проводити ще до вагінального. Воно дає змогу підтвердити або заперечити передлежання плаценти і точніше з'ясувати її локалізацію. При ультрасонографії можна візуалізувати ретроплацентарну гематому (що інколи досить складно), виключити можливість внутрішньоутробної загибелі плоду, виміряти його розміри і виключити затримку внутрішньоутробного розвитку.

Моніторинг серцевих скорочень плоду дає змогу виключити його гостру гіпоксію.

Інші дослідження: лабораторні аналізи (визначення групи крові і резусу, наявності рідкісних антитіл, загальний аналіз крові з визначенням кількості еритроцитів, тромбоцитів, коагулограму, тест Кляйнхауера) треба зробити негайно, інколи одночасно з катетеризацією вени і початком реанімаційних заходів при масивній кровотечі.

Етіологія

Причини, зумовлені станами шийки матки. Ці стани можна виявити при огляді шийки матки в дзеркалах, що дає змогу уникнути непотрібної госпіталізації, оскільки кровотеча при цьому, як звичайно, доброякісна і трапляється після гінекологічного огляду або статевого акту.

Кров'яністі виділення в таких випадках помірні, яскраво-червоні, з'являються спонтанно за відсутності скоротливої активності матки.

Огляд шийки матки в дзеркалах дає змогу виявити її поліпи, які під час вагітності треба щадити, оскільки вони можуть відриватися із виникненням досить інтенсивної кровотечі; ектропіон, який характеризується виворотом і екстеріоризацією ендocerвіксу, що при контакті легко кривавить; рідко — рак шийки матки.

Внутрішньоматкові причини. *Передлежання плаценти*, або, іншими словами, її часткове чи тотальне прикріплення в нижньому сегменті матки, трапляється в менш ніж 1% вагітностей.

Етіологічними факторами низького прикріплення плаценти є численні пологи в анамнезі, старший вік матері, викидні в анамнезі, перенесені внутрішньоматкові втручання (кюретаж), аборти, багатоплідні вагітності, кесарів розтин у минулому, куріння.

Кровотечі, зумовлені передлежанням плаценти, виникають при формуванні нижнього сегмента матки внаслідок розриву тепер вже непотрібного венозного синуса.

Крововтрата може складатися частково з плодової крові, якщо при розшаруванні інтервільозного простору розриваються одна або кілька артеріол плодового походження. Перші епізоди кровотечі трапляються, як звичайно, на 28—32 тижнях аменореї. Трапляється, що ці яскраві кров'яністі виділення із статевих шляхів узагалі не супроводжуються скоротливою активністю матки.

Матка при цьому спокійна. Огляд шийки матки в дзеркалах дає змогу підтвердити внутрішньоматкову причину кровотечі. Вагінальні дослідження в таких випадках протипоказані.

Вирішальною для діагностики є ультрасонографія. Як звичайно, низьке прикріплення плаценти виявляють під час раніших досліджень (на 20—22 тижнях вагітності) з тим застереженням, що при виявленні передлежання плаценти у другому триместрі вагітності вона часто підіймається до нормального положення у третьому триместрі.

Ультрасонографічне дослідження проводять при наповненому сечовому міхурі. Воно дає змогу точно визначити локалізацію плаценти: перекривання внутрішнього вічка (стадія IV), крайове прикріплення (стадія III — прикріплення на одному рівні із внутрішнім вічком) і латеральне передлежання плаценти, яка міститься на певній віддалі від внутрішнього вічка (стадії I і II). У випадках крайового прикріплення плаценти можна виміряти віддаль між внутрішнім вічком шийки матки і нижнім краєм плаценти. Якщо ця віддаль перевищує 3 см, ризик кровотечі мінімальний.

За винятком профузної кровотечі, яка вимагає негайного розродження навіть при недоношеній вагітності, треба в кожному випадку, доки це можливо, дотримуватися консервативної тактики, що передбачає такі заходи:

Госпіталізацію та суворий ліжковий режим;
Ретельне спостереження за станом матері: вимірювання артеріального тиску, підрахунок пульсу, клінічний аналіз крові, коагулограму, виявлення нетипових аглютининів;

Катетеризацію вени;

Токоліз (застосування бета-міметиків за умови відсутності анемії);

Відмову від вагінальних досліджень;

Введення анти-D-резусного гамма-глобуліну жінкам з від'ємним резус-фактором (Rh-);

Моніторинг стану плоду: визначають висоту стояння дна матки, контролюють серцебиття плоду 2—3 рази на день, виконують фетальну біометрію та оцінку стану плоду за шкалою Маннінга;

Тест Кляйнхауера (виявлення фетального гемоглобіну);

Стимулюють дозрівання легень, якщо термін вагітності менше ніж 34 тижні: бетаметазон внутрішньом'язово по 12 мг, дві ін'єкції з інтервалом 24 години з повторенням через кожний тиждень (максимум 4 курси).

Ці заходи, як звичайно, дають змогу пролонгувати вагітність принаймні до 37 тижнів аменореї, після чого проводять розродження (найчастіше шляхом кесаревого розтину). Інколи абдомінальне розродження доводиться провести раніше цього терміну через масивність кровотечі в матері, наявність плодової крові у виділеннях із статевих шляхів (позитивний тест Кляйнхауера) або гострої гіпоксії плоду. При I—II стадіях передлежання плаценти та за відсутності кровотечі пологи можуть відбутися через природні родові шляхи.

Прогноз: материнська смертність при цій патології майже нульова; є, проте, ризик інфекційних (ендометрит) та тромбоемболічних ускладнень. Перинатальна смертність становить 5—10% через недоношеність, анемію плоду і його гіпотрофію.

Ретроплацентарна гематома утворюється внаслідок передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти, що призводить до крововтрати внаслідок накопичення крові між стінкою матки і плацентою; кровотеча із статевих шляхів у таких випадках трапляється не завжди.

У зоні відшарування плаценти порушується контакт між материнськими і плодовими судинами, що спричинює гостру гіпоксію плоду й інколи його загибель.

Ретроплацентарна гематома призводить до переходу в материнський кровоплин децидуального тромбoplastину і факторів активації зсідання крові, відповідальних за ДВЗ-синдром.

Ретроплацентарну гематому треба диференціювати з маргінальною децидуальною гематомою, яка відповідає місцю розриву маргінальної матково-плацентарної вени з утворенням гематоми, що відшаровує латеральний край плаценти.

Ретроплацентарна гематома трапляється в менше ніж 1% вагітностей — за різними дослідженнями, від 0,25 до 0,5%. Майже в усіх пацієнток з цим ускладненням виявляють артеріальну гіпертензію або прееклампсію, які зумовлюють локальні інфаркти плаценти з подальшими крововиливами в цих ділянках.

Причинами виникнення ретроплацентарної гематоми можуть бути також травма або удар у живіт. Іншими факторами, які сприяють її появі, є куріння, численні пологи в анамнезі, кокаїнізм.

У 30% випадків етіологічного фактору цього ускладнення вагітності виявити не вдається.

Дігностика ретроплацентарної гематоми спирається головним чином на клінічну картину. Це сильний біль живота за типом кинжального удару, який локалізується в ділянці матки і іррадіює у спину. Біль постійний, може супроводжуватися незначними темними кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів. Інші симпто-

ми непостійні, проте нашоковують на думку про цю патологію. Сюди належать нудота, блювання та прояви прееклампсії.

Інколи трапляється шок різної важкості. Може бути, що невелика ретроплацентарна гематома проявляється лише симптомами гіпоксії плоду або загрозою передчасних пологів у пацієнтки з прееклампсією.

При акушерському дослідженні виявляють темну кров без згустків, яка виділяється з порожнини матки, підвищений тонус матки, її гіперактивність (маткові скорочення, які не чергуються з періодами розслаблення) — так звану “здерев’янілу” матку.

Ультрасонографічне дослідження дає змогу підтвердити діагноз та встановити стан плоду. Також при цьому можна провести диференціальну діагностику ретроплацентарної гематоми і передлежання плаценти. Типово ретроплацентарна гематома візуалізується як лінійна, чітко відмежована, ехонегативна смужка.

Діагностика цієї патології інколи буває складною. Відсутність характерної ультрасонографічної картини не виключає діагноз, для встановлення якого найважливішими вважають клінічні прояви.

Таблиця.
Основні диференціально-діагностичні критерії
кровотечі у третьому триместрі вагітності

	Біль	Гіпертонус матки	Шок	ДВЗ	УЗД	Гіпоксія плоду	Перинатальна смертність (%)
Передлежання плаценти	0	0	+	-	+++	+	5–10
Ретроплацентарна гематома	+++	+++	++	++	±	+++	30–50

Ретроплацентарна гематома — це ургентна патологія. Лікувальні заходи проводять негайно після того, як визначили стан матері і плоду.

Стан плоду досліджують шляхом моніторингу його серцебиття. Трапляється, що внутрішньоутробна загибель плоду вже настала і його серцебиття не прослуховується. У деяких випадках серцевий ритм плоду свідчить про його гіпоксію, що проявляється відсутністю реактивності, монотонністю та появою децелерацій при скороченнях матки на фоні її гіпертонусу між переймами або гіперкінезії матки за частотою та (або) інтенсивністю її скорочень.

Перинатальна смертність при ретроплацентарній гематомі становить 30–50%.

Стан матері оцінюють за наявністю шоку (вимірювання артеріального тиску, визначення частоти серцебиття та діурезу), протейнурії; особливостями клінічного аналізу крові з обов’язковим підрахунком еритроцитів, лейкоцитів, тромбоцитів та лейкоцитарною формулою; визначенням рівня протромбіну, часу активізації кефалінів, фібриногену. Визначають групу крові і резус, наявність атипичних антитіл, рівень сечової кислоти.

Ризик для матері залежить від масивності гематоми та від наявності коагулопатії за типом дисемінованого внутрішньосудинного зсідання крові. Материнська смертність коливається в межах 1–3%. Ведення таких хворих передбачає комплекс реанімаційних заходів з поповненням внутрішньосудинного об’єму макромолекулярними препаратами та гемотрансфузією; корекцію коагулопатії та спороження матки:

Якщо дитина жива і страждає від гіпоксії, проводять розродження шляхом кесаревого розтину;

Якщо ретроплацентарна гематома призвела до внутрішньоутробної загибелі плоду, намагаються провести розродження через природні родові шляхи.

Після пологів (як через природні родові шляхи, так і шляхом кесаревого розтину) проводять інтенсивну терапію матері до нормалізації показників коагулограми і функції нирок.

При наступних вагітностях така пацієнтка потребує ретельного спостереження через ризик повторної ретроплацентарної гематоми. Цей ризик зменшується при застосуванні аспірину в дозі 100 мг на день, починаючи з терміну 12 тижнів аменореї.

Передлежання плаценти та ретроплацентарна гематома – це дві основні причини кровотечі у третьому триместрі вагітності. Кровотеча при передлежанні плаценти трапляється після 28 тижнів аменореї та виникає внаслідок формування нижнього сегмента матки, що супроводжується розривом венозного синусу. Ультрасонографічне дослідження та кваліфікована невідкладна допомога дають можливість суттєво зменшити материнську та перинатальну захворюваність і смертність при цій патології. Ретроплацентарна гематома в переважній більшості випадків виникає на фоні прееклампсії. Перинатальна смертність при цій патології досить висока. Материнська смертність зумовлена насамперед коагулопатією. Приймання аспірину при наступних вагітностях дає можливість зменшити ризик повторного виникнення цього ускладнення.

Інші причини кровотеч

Розрив матки. Розрив матки до початку пологів трапляється казуїстично рідко. У клінічній картині домінують біль у ділянці матки та шоківий стан. Зовнішня кровотеча трапляється не завжди і є мінімальною. При пальпації живота виявляють ригідність м'язів черевної стінки (*defense musculaire*), інколи вдається пропальпувати плід безпосередньо під черевною стінкою.

Розрив матки трапляється, як звичайно, при наявності на ній рубців (після міомектомії, кесаревого розтину або гістеропластики) або (винятково рідко) внаслідок травми живота — прямої або непрямої (у другому випадку стається розрив задньої стінки матки).

Як звичайно, плід у таких випадках гине. Тактика полягає в лапаротомії з метою зупинки кровотечі.

Розрив матки в місці рубця від попереднього кесаревого розтину під час наступних пологів через природні родові шляхи не є рідкістю. Класична клінічна картина передбачає біль, кровотечу яскравою кров'ю, різку зміну скоротливої активності матки та прояви гострої гіпоксії плоду. На практиці повний комплекс цих симптомів трапляється не завжди, тому діагностика ґрунтується на наявності деяких із них.

Кровотеча Бенкісера. Це кровотеча у плоду, спричинена розривом однієї або кількох пуповинних судин, які проходять по плодових оболонках. Вона трапляється після спонтанного відходження навколоплідних вод або амніотомії.

У записник клініцисту

Кровотечі у третьому триместрі вагітності часто доброякісні, крім випадків передлежання плаценти та ретроплацентарної гематоми.

Діагноз передлежання плаценти підтверджують ультрасонографічно. Прогноз для матері залежить від масивності крововтрати.

Діагностика ретроплацентарної гематоми спирається перш за все на клінічну картину. Прогноз для плоду при цьому досить песимістичний. Прогноз для матері залежить від важкості гіповолемічного шоку та коагулопатії.

Частота цього ускладнення — 1 на 3000–5000 вагітностей. Ризик для плоду при цьому високий, з перинатальною смертністю 50–100%. Клінічними проявами є кровотеча зі статевих шляхів, яка не супроводжується болем та розпочинається відразу ж після відходження навколоплідних вод. Стан матері при цьому не порушується, натомість негайно з'являються прояви гострої гіпоксії плоду. Цю патологію треба диференціювати з розривом маргінального синуса та відшаруванням низько прикріпленої плаценти; в цих випадках виникає материнська кровотеча, яка не супроводжується проявами гіпоксії плоду.

Децидуальна маргінальна гематома (розрив маргінального синуса). Така кровотеча рідко буває масивна, характеризується червоними, частіше темними кров'янистими виділеннями в невеликій кількості внаслідок вторинного спорожнення гематоми при частковому відшаруванні плаценти.

Діагноз підтверджують ультрасонографічно виявленням скупчення крові і невеликого часткового відшарування плаценти, частіше в нижньому полюсі плідного яйця.

Прогноз при такій кровотечі добрий. Порушення стану матері й ознак внутрішньоутробної гіпоксії плоду при цьому не виникає (за умови, що ділянка відшарування плаценти справді невелика). Рекомендують, проте, госпіталізувати пацієнтку на час кровотечі з метою проведення токолізу, який дає змогу зменшити крововтрату до мінімуму. При тривалій кровотечі може виникати анемія в матері.

Причини, зумовлені захворюваннями шийки матки. Кровотеча в таких випадках зумовлена поліпом, ектропіоном або раком шийки матки.

Переклад Зореслави Городенчук