

Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th June - 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Нормухамедова Дилбар Нозимовна

Подготовила: преподаватель высшей категории кафедры

« Специальные предметы № 3 » Чирчикского медицинского колледжа

Аннотация

Одной из главных причин материнской смертности во всем мире являются кровотечения во время беременности, в родах и послеродовом периоде. В структуре материнской смертности на долю акушерских кровотечений приходится 30 - 35%, занимают 2 место после экстрагенитальных заболеваний.

Ежегодно в мире регистрируются акушерские кровотечения у 14 – 16 млн. женщин. У 70% пациенток это гипо - и атонические кровотечения. Массивное кровотечение всегда сопровождается развитием геморрагического шока и ДВС - синдрома.

Нередко, акушерские кровотечения определяются ятрогенными факторами, связанными с « акушерской агрессией » в процессе родов: немотивированной стимуляцией родовой деятельности; использованием запрещенного акушерским протоколом, приема Кристеллера, способствующего травматизму; немотивированной амниотомией при « незрелой » шейке матки, что повышает частоту абдоминального родоразрешения, при котором, риск возникновения кровотечений в 4 - 5 раз выше, чем при самопроизвольных родах.

Анализ материнской смертности при кровотечениях по данным мировой статистики показывает, что основными ее причинами являются:

- несвоевременный гемостаз;
- неправильная оценка кровопотери;
- неадекватная инфузионно - трансфузионная терапия;
- несоблюдение этапности мероприятий по остановке кровотечений.

В последние годы снижение материнской смертности от массивных акушерских кровотечений произошло за счет внедрения новых методов остановки кровотечений.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th June - 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

Ключевые слова: Имплантация, гипотония матки, атония матки, гемостаз, анемия, матка Кувелера, дефект, плацентит.

ТЕМА: АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Акушерские кровотечения

наиболее частые и грозные осложнения беременности, родов и послеродового периода. В акушерской практике кровотечения продолжают оставаться наиболее серьезной проблемой, так как в структуре материнской смертности они занимают первое место.

Классификация акушерских кровотечений:

1. Кровотечения в 1 половине беременности.
2. Кровотечения во 2 половине беременности, в 1 и 2 периоде родов (предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты).
3. Кровотечения, обусловленные патологией 3 периода родов.
4. Гипотонические и атонические кровотечения в послеродовом периоде (ранние и поздние).
5. Кровотечения, обусловленные дефектом последа.
6. Кровотечения, обусловленные разрывами мягких тканей родовых путей (разрыв шейки матки, глубокий разрыв влагалища, разрыв матки).
7. Коагулопатические кровотечения (вследствие ДВС-синдрома).
8. Послешоковые кровотечения (амниотическая эмболия).

Выделяют 2 группы кровотечений:

- 1) Умеренные кровотечения (82%)
- 2) Массивные кровотечения (18%)

Факторы риска акушерских кровотечений:

- ✚ Инфантилизм, узкий таз
- ✚ Перенесенные аборт, выскабливания, воспалительные процессы половых органов



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th June - 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

- ✚ Операции на органах репродуктивной системы (кроме молочной железы)
- ✚ Экстрагенитальные заболевания (артериальная гипертензия, диабет, заболевания соединительной ткани, крови и др.)
- ✚ МногOROжавшие (3 и более родов в анамнезе)
- ✚ Осложненное течение родов (аномалии родовой деятельности, запоздалый разрыв плодного пузыря и др., неадекватное применение родостимуляции)
- ✚ Нерациональная тактика ведения III периода родов
- ✚ Осложнения беременности (преэклампсия, многоводие, многоплодие, крупный плод)
- ✚ Хориоамнионит
- ✚ Лечение антикоагулянтами, антиагрегантами, препаратами магния
- ✚ Табакокурение
- ✚ Употребление наркотических веществ

Основные симптомы акушерских кровотечений:

1. Выделение крови или сгустков крови из влагалища
2. Нарушение общего состояния (слабость, головокружение, обморочное состояние, сонливость, тошнота, ощущение сердцебиения, мелькание «мушек» перед глазами, помутнение зрения и др.).
3. Бледность кожных покровов и слизистых
4. Гемодинамическая нестабильность (нарушение сердечного ритма – тахикардия, аритмия, снижение артериального давления)
5. Боли в области матки, нижних отделах живота, в проекции придатков или диффузные боли в животе. Иррадиация болей в прямую кишку, подключичную область. Распирающие боли во влагалище и промежности.
6. Обнаружение свободной жидкости (крови) в животе (брюшной полости)
7. Признаки нарушения состояния плода (изменения шевелений или их отсутствие, нарушение сердечного ритма плода, внутриутробная гибель)



Кровотечения во 2 половине беременности, в 1 и 2 периоде родов.

Кровотечения, возникающие после 22 недель беременности – дородовые кровотечения.

Основная причина кровотечений :

- ✚ Предлежание плаценты
- ✚ Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. (ПОНРП).

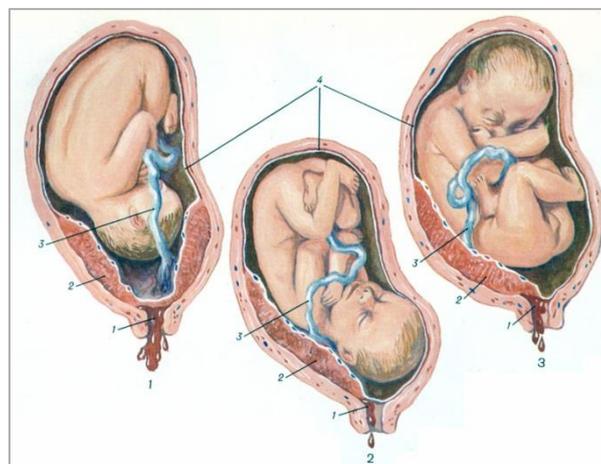
ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Предлежание плаценты — неправильное прикрепление плаценты в матке, когда плацента расположена в области нижнего маточного сегмента, в нижнем полюсе плодного яйца, частично или полностью ниже предлежащей части плода, т. е. на пути рождающегося плода.

Классификация:

- ✚ полное
- ✚ неполное предлежание плаценты
- ✚ низкое ее прикрепление.

Низкая плацентация – наиболее благоприятный вариант из всех видов патологического расположения плаценты: нижний край плаценты располагается на расстоянии менее 5см от внутреннего зева, но не захватывает его край.



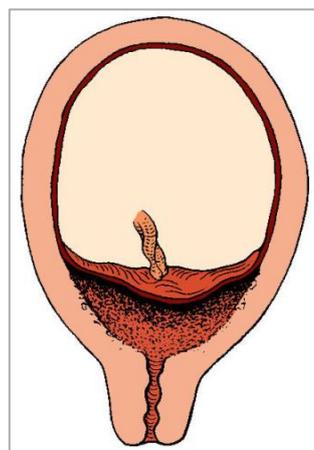
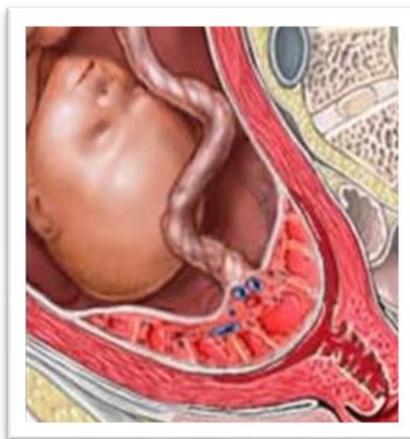
Различают два вида предлежания плаценты:

1. **частичное предлежание** — плацента прикрывает лишь часть внутреннего зева и рядом с плацентарной тканью определяют плодные оболочки;
2. **полное предлежание** — при влагалищном исследовании во внутреннем зеве определяют только плацентарную ткань.

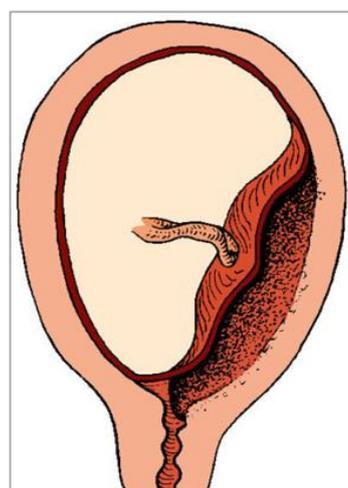
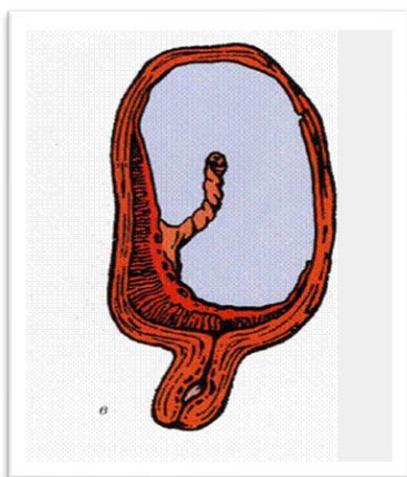
3. **шеечная плацента (очень редкая форма)** - когда плацента развивается в перешейке (нижний сегмент) и шейке матки.

Ряд авторов применяют другую терминологию и различают:

1) **Центральное предлежание** плаценты — при влагалищном исследовании в зеве определяется только плацентарная ткань;

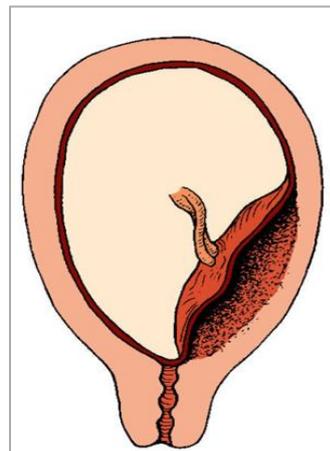
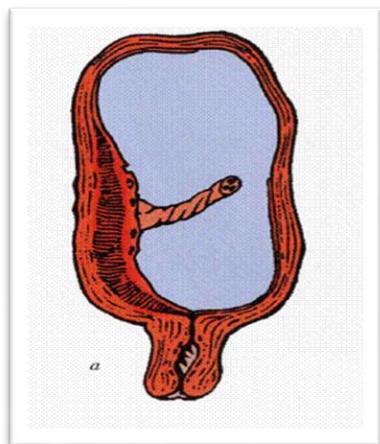


2) **Боковое предлежание** плаценты — в зеве определяются и плодные оболочки, и дольки плаценты;



3) **Краевое предлежание** плаценты - в зеве определяют околоплодные оболочки и лишь край плаценты.





Низкое прикрепление плаценты, когда край плаценты расположен выше внутреннего зева, недалеко от него, нельзя считать предлежанием плаценты, так как в этих случаях она не лежит на пути продвижения плода по родовому каналу.

Наиболее правильно определять вид предлежания плаценты при раскрытии зева **не менее чем на 4 - 5 см.**

Акушерская патология, при которой плацента прикрепляется в нижнем маточном сегменте, полностью или частично перекрывает внутренний зев и располагается впереди предлежащей части плода. В норме плацента прикрепляется в теле матки (чаще на задней стенке), расстояние от внутреннего зева до края плаценты **более 5 см.**

К аномалиям прикрепления плаценты также относятся: приращение плаценты, предлежание сосудов и оболочечное прикрепление пуповины.

Аномалии расположения плаценты могут иметь катастрофические последствия как для беременной, так и для плода, особенно при увеличении сроков беременности.

Аномалии расположения и прикрепления плаценты – фактор риска недонашивания беременности, кесарева сечения и неблагоприятных перинатальных исходов.

Предлежание плаценты у повторнородящих женщин возникает чаще (75%), чем у первородящих. Кровотечение во время беременности при предлежании плаценты встречается у 34%, а во время родов – у 66% женщин.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th June - 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

Этиология и патогенез:

Среди причин предлежания плаценты выделяют **2 фактора**: маточный и плодовый.

Маточный фактор связан с дистрофическими изменениями слизистой оболочки матки, в результате чего происходит нарушение условий плацентации:

1. хронический эндометрит;
2. неполноценность функционального слоя матки (аборты в анамнезе, особенно осложненные и криминальные; диагностические выскабливания слизистой матки с повреждением базального слоя эндометрия);
3. рубец на матке (после кесарева сечения, консервативной миомэктомии, перфорация матки);
4. миома матки, аномалии развития матки;
5. многократные роды; инфекционные осложнения в послеродовом периоде.

Плодовый фактор обусловлен снижением протеолитических свойств плодного яйца, когда имплантация в верхних отделах матки невозможна. Оплодотворенная яйцеклетка не может своевременно привиться в области дна матки вследствие запоздалого проявления ферментативных процессов в трофобласте. Она приобретает имплантационную способность, опускаясь уже в нижние отделы матки, где и прививается. У первобеременных женщин предлежание плаценты может быть следствием гипотрофии эндометрия в связи с генитальным инфантилизмом.

Особенности течения беременности

При предлежании плаценты часто наблюдаются: угроза невынашивания беременности, неправильные положения плода, тазовые предлежания. Повторные кровотечения приводят к развитию железодефицитной анемии. Характерной особенностью предлежания плаценты является частое развитие у беременных гипотензивного синдрома: у 1/3 из них в конце беременности развивается стойкая артериальная гипотензия при исходной до беременности нормотензии, отмечается дефицит ОЦК. При предлежании плаценты часто



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th June - 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

развивается хроническая плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода, задержка внутриутробного развития плода. При данной патологии в большинстве случаев наблюдаются преждевременные роды.

Клиническая картина и диагностика

1. Наружное кровотечение из половых путей, возникающее внезапно среди полного здоровья, чаще в конце 2 - 3 триместра беременности (28 - 30 недель) вследствие формирования и растяжения нижнего сегмента матки (при полном предлежании плаценты) или с появлением первых схваток (при неполном предлежании плаценты).

Кровотечение **не** сопровождается болевыми ощущениями, протекает на фоне нормального тонуса матки, нередко рецидивирует, приводя к развитию анемии. Интенсивность кровотечения варьирует от массивного до незначительного, обусловлено отслойкой предлежащей плаценты. Кровь из сосудов плацентарной площадки выделяется через половые пути, не образуя гематом, поэтому матка безболезненная во всех отделах и не меняет тонуса. При полном предлежании плаценты самопроизвольная остановка кровотечения невозможна, поскольку плацента в родах по мере сглаживания шейки матки продолжает отслаиваться от стенок матки, быстро развивается острая анемия.

Характерная особенность подобных кровотечений — их повторное возникновение. Значительно реже кровотечение возникает лишь однократно во время беременности, а затем возобновляется в первом периоде родов. Второй особенностью этих кровотечений является прогрессирующая анемизация беременной, так как при повторяющихся, даже незначительных кровотечениях не происходит соответствующей регенерации крови. В подобных условиях даже сравнительно незначительное кровотечение во время родов может обусловить клиническую картину декомпенсированной кровопотери, коллапс и угрозу жизни больной.

При предлежании плаценты наблюдается высокий процент косых и поперечных положений плода, тазовых предлежании и преждевременных родов.

Течение родов при предлежании плаценты, как правило, сопровождается кровотечением **в первом же их периоде родов**. Изредка при хороших



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th June - 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

схватках и головном предлежании плода кровотечение самопроизвольно прекращается после излития вод.

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.

2. Гипоксия плода.

Хроническая гипоксия плода развивается во время беременности в связи с плацентарной недостаточностью из-за пониженного кровоснабжения нижнего сегмента матки. Отслоившаяся часть плаценты не участвует в системе МПК, поэтому степень гипоксии зависит от площади отслойки предлежащей плаценты. При прогрессирующей отслойке плаценты и массивном кровотечении развивается острая гипоксия плода. При предлежании плаценты нередко выявляется неустойчивое положение плода (косое или поперечное), тазовое предлежание, высокое стояние предлежащей части плода. Родоразрешение при предлежании плаценты часто сопровождается кровотечением в связи с частичным плотным прикреплением плаценты (реже приращением плаценты), гипотонией матки, амниотической эмболией, восходящей инфекцией.

Диагностика основывается на данных анамнеза и объективного исследования.

Главный симптом, на основании которого врач должен заподозрить предлежание плаценты — **возникновение кровотечения** (очень часто повторного) из половых путей во второй половине беременности. Как указывалось выше, это кровотечение может быть сразу очень обильным или, чаще, незначительным. При обращении беременной с такими жалобами врач должен ограничиться осторожным общим и лишь наружным акушерским исследованием и немедленно направить беременную в родильный дом. **Влагалищное исследование производить не следует**, так как при этом возможно усиление кровотечения и создается опасность инфекции. При поступлении в родильный дом беременной (роженицы) с жалобами на кровотечение из половых путей необходимо произвести более



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th June - 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

углубленное обследование с целью дифференциальной диагностики ряда заболеваний, сопровождающихся кровотечением и выбора метода лечения.

Диагностика предлежания плаценты основывается: на данных анамнеза, клинических симптомах, результатах специального акушерского исследования и УЗИ. Ультразвуковое сканирование позволяет точно оценить степень предлежания плаценты, наличие отслойки, определить ее размеры и прогрессирование. Оптимальный срок для выявления аномалий расположения и прикрепления плаценты 18 - 22 недели беременности.

Лечение:

Беременных с предлежанием плаценты относят к группе **высокого** риска.

Цель лечения – остановка кровотечения. При поступлении в стационар после обследования намечают план ведения, метод родоразрешения.

Тактика зависит от варианта предлежания плаценты, срока беременности, состояния плода, а главное – от скорости кровотечения и количества теряемой крови.

Консервативные методы лечения (антианемическая терапия, лечение ХФНП) и наблюдение дежурного персонала с контролем ОАК в динамике и состояния плода 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 гемоглобина в крови не менее 100 г/л). При отсутствии показаний к быстрому родоразрешению и недоношенной беременности (до 34 недель) проводят профилактику РДС плода.

Показания к оперативному лечению – (на любом сроке беременности) – обильное кровотечение, острая гипоксия плода и анемия у беременной.

Предлежание плаценты с дородовым кровотечением – абсолютное показание к экстренной операции кесарево сечение.

При полном предлежании плаценты и отсутствием кровотечения беременных направляют в дородовое отделение, где проводят консервативное лечение, направленное на пролонгирование беременности и



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th June - 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

родоразрешение путем кесарева сечения в плановом порядке на 38 неделе беременности.

При поступлении беременной с незначительными кровянистыми выделениями из половых путей и при удовлетворительном ее состоянии рекомендуются (после тщательного обследования, как указано выше):

- 1) беседа врача с больной для успокоения ее и разъяснения необходимости тех или иных вмешательств в интересах ее и плода;
- 2) строгий постельный режим;
- 3) свечи с папаверином (по 0,02 г 1 — 2 свечи в день).

Беременная должна **круглосуточно** находиться под наблюдением медицинского персонала. Систематически проводится, кроме общего обследования и измерения артериального давления, клинический анализ крови.

При появлении анемии, а также повторных, хотя бы и незначительных кровотечений производится (повторно) переливание крови.

Беременную **нельзя выписать** из родильного дома, несмотря на прекращение кровотечения: оно может внезапно в любой момент возобновиться.

У некоторых больных вскоре после излития вод, опускания головки в полость таза кровотечение прекращается; роды завершаются самопроизвольно, без каких-либо хирургических вмешательств.

Однако у большинства больных с предлежанием плаценты кровотечение с началом схваток усиливается. При этом необходимо немедленно перевести больную в операционную и произвести влагалищное исследование для установления вида предлежания плаценты, степени раскрытия зева и определения предлежащей части.

Выбор того или иного метода терапии зависит от ряда обстоятельств:

- 1) времени возникновения кровотечения (во время беременности, в I периоде родов);
- 2) уровня кровопотери;
- 3) общего состояния беременной (роженицы);



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th June - 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

- 4) состояния родовых путей (степень раскрытия зева, закрытый зев) и формы предлежания плаценты;
- 5) срока беременности;
- 6) положения плода.

Лечение заключается в следующем:

Искусственное вскрытие плодных оболочек или брюшностеночное кесарево сечение. Для каждого из этих вмешательств существуют соответствующие показания и условия.

Если шейка матки сглажена и маточный зев раскрыт на 3 — 4 см, в зеве определяются плацентарная ткань и оболочки (частичное предлежание плаценты), предлежит головка плода, то показано (при общем удовлетворительном состоянии больной) - **вскрытие плодных оболочек.**

После вскрытия оболочек (искусственного или самопроизвольного) кровотечение прекращается только в том случае, если головка очень быстро опускается во вход (или полость) таза. Для этого необходимо, чтобы были регулярные, достаточной силы схватки.

При слабых схватках, глубокой недоношенности плода (маленькая головка) кровотечение будет продолжаться и после вскрытия оболочек. У таких больных для остановки кровотечения необходимо не только вскрыть оболочки, но ввести внутривенно окситоцин (5 ЕД в 500 мл 5% раствора глюкозы, от 8— 10 до 20—30 капель в минуту).

Если после вскрытия плодного пузыря головка плода не прижимает плотно плаценту к нижнему сегменту матки и кровотечение продолжается, то **целесообразно применить кожно - головные щипцы.** Кожно - головные щипцы накладывают на головку плода по возможности ближе к проводной точке (при переднем виде затылочного предлежания — на область малого родничка) и подвешивают груз до 400 г. Эту операцию выполняют в основном при мертвом или глубоконедоношенном плоде.



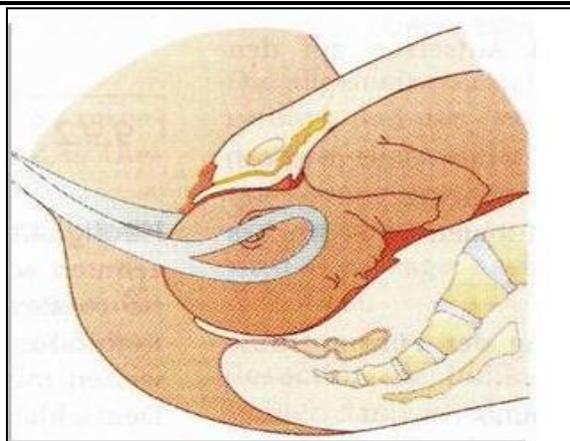
Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th June - 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com



Очень редко при частичном предлежании плаценты прибегают также к операции **метрейриза**. Операция метрейриза не дает надежной гарантии остановки кровотечения и сопряжена с опасностью повреждения шейки матки и занесением инфекции в матку.

Тампонада матки с целью остановки кровотечения является глубоко ошибочным мероприятием; кровотечение лишь усиливается и создается опасность инфицирования роженицы.

Кровотечение быть **очень массивным и создает опасность для жизни женщины**.

В подобных случаях безусловно показано с целью спасения жизни женщины немедленное применение **брюшностеночного кесарева сечения**. Эта операция производится не только при живом и доношенном, но и при глубоконедоношенном или мертвом плоде.

Низкое расположение плаценты:

Акушерская патология, при которой плацента прикрепляется в нижнем маточном сегменте, а расстояние от внутреннего зева до края плаценты **менее 5 см**.

Низкая плацентация чаще наблюдается у повторнородящих женщин. В группу риска относятся женщины, в анамнезе у которых есть указания на воспалительные заболевания матки и придатков, аборт и роды, осложненные эндометритом, рубец на матке, миому матки, генитальный инфантилизм.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th June - 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

Особенности течения беременности и родов:

- кровотечение может начаться на ранних сроках беременности (чем ниже располагается плацента по отношению к внутреннему зеву, тем чаще бывает кровотечение).
- самопроизвольные выкидыши.
- неразвивающаяся беременность.
- преждевременная отслойка низко расположенной плаценты.
- возможно сочетание с патологией 3 периода родов (гипотония матки) со стороны плода – плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода, задержка внутриутробного развития плода.

- родильница входит в группу риска по гнойно-септической инфекции.

Беременность при низко расположенной плаценте, которая может мигрировать (т.е. подниматься к верху за счет формирования нижнего маточного сегмента), может протекать с осложнениями. Миграция плаценты чаще наблюдается при локализации ее на передней стенке матки. Особенно интенсивно миграция плаценты происходит в 24 - 32 недели гестации. Процесс «миграции» плаценты завершается полностью в 35 недель беременности.

Тактика ведения беременности:

Беременные с низкой плацентацией должны быть на особом учете в ж/к. При низкой плацентации назначаются спазмолитики (но-шпа, дротаверин, папаверин). В 20 недель проводится УЗИ для определения локализации плаценты, повторное в 24 - 28 недель и в 34 - 35 недель для установления «миграции» плаценты, выявления задержки внутриутробного развития плода. При наличии угрозы прерывания беременности после 16 недель к спазмолитикам добавляют гинипрал (в таблетках). При появлении кровянистых выделений из половых путей беременных направляют в родовое отделение.

Принципы ведения родов

При низкой плацентации возможно ведение родов через естественные родовые пути. В родах при влагищном исследовании (даже при полном открытии маточного зева) ткань плаценты не определяется, но обращает на



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th June - 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

себя внимание «шероховатость» в области плодных оболочек. В родах осуществляется:

- контроль за состоянием плода (КТГ)
- 3 период родов вести с капельницей
- профилактика кровотечения проводится в/в введением окситоцина после рождения последа.

Профилактика:

Поскольку предлежание плаценты и низкая плацентация чаще возникают у повторнородящих женщин, с внутриматочными вмешательствами в анамнезе, снижение числа аборт, необоснованных консервативных миомэктомий, частоты кесарева сечения за счет рационального ведения родов будет способствовать снижению частоты аномалий прикрепления плаценты. Для снижения риска преждевременных родов целесообразно применять препараты прогестерона на этапе прегравидарной подготовки и на ранних сроках беременности у пациенток с дисфункцией эндометрия и невынашиванием в анамнезе, проводить профилактику и своевременную коррекцию акушерских осложнений.

Прогноз для женщины:

При предлежании плаценты прогноз всегда серьезный, что обусловлено опасностью кровотечения и высоким процентом хирургических вмешательств (так, процент кесаревых сечений достигает 30— 60 %), послеродовых заболеваний. Вместе с тем своевременная госпитализация беременной (немедленно после первого же кровотечения, хотя и незначительного), повторные переливания крови, своевременное хирургическое вмешательство, применение антибиотиков позволили в последние годы значительно снизить материнскую летальность. Для плода и новорожденного прогноз и в настоящее время весьма неблагоприятен. Это связано с высоким процентом (до 50%) преждевременных родов, внутриутробной гипоксией при отслойке плаценты.



ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

ПОНРП - акушерская патология, которая может возникнуть во время беременности, в 1 или 2 периоде родов и привести к осложнениям, опасным для жизни матери и плода.

Преждевременной называют отслойку нормально расположенной плаценты в тех случаях, когда это происходит до рождения плода — во время беременности или родов (чаще в первом их периоде).



Этиология - причины:

Во время беременности:

1. тяжелая преэклампсия, эклампсия
2. экстрагенитальная патология, при которой имеются сосудистые нарушения (артериальная гипертензия, сахарный диабет, заболевания почек)
3. антифосфолипидный синдром (АФС), врожденная и наследственная тромбофилия
4. многоплодная беременность, крупный плод
5. многоводие
6. ХФПН (если рано диагностируется и плохо поддается лечению)
7. хронический плацентит (чаще вирусной этиологии)



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th June - 2024

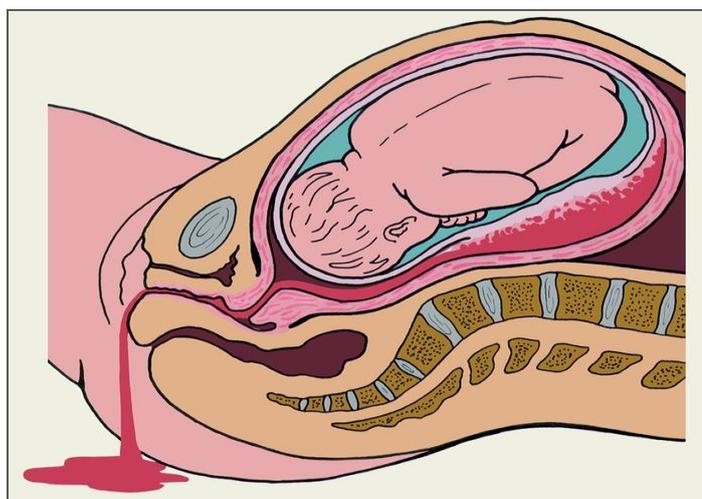
ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

8. воспалительные и дегенеративные изменения в матке и плаценте, вызывающие нарушения связи между ними (хронический эндометрит, миома матки, аномалии развития матки, переносная беременность).

9. Факторы, предрасполагающие:

- физическая травма
- психическая травма



В 1 периоде родов:

1. дискоординированная родовая деятельность (гипертонус нижнего сегмента)
2. чрезмерно сильная родовая деятельность
3. многоводие
4. монохориальная двойня после рождения первого плода
5. необоснованная родостимуляция.

Во 2 периоде родов:

1. короткая пуповина.

Патогенез

При незначительной отслойке плаценты после образования ретроплацентарной гематомы в маточных сосудах образуются тромбы, и ворсины сдавливаются. Дальнейшая отслойка плаценты прекращается, на месте ее образуются инфаркты, которые постепенно кальцифицируются.



Распознается ПОНРП при осмотре последа после родов. При обширной отслойке возникает обильное кровотечение. Ретроплацентарная гематома, увеличиваясь, растягивает стенки матки. Все слои матки пропитываются кровью, матка теряет сократительную способность. Пропитывание матки кровью может быть диффузным, а не только в месте плацентарной площадки (образуется маточно - плацентарная апоплексия или матка Кувелера).

Наружное кровотечение может отсутствовать, а внутреннее будет значительным. Если связь между маткой и плацентой нарушена у края плаценты, кровь проникает между плодными оболочками и стенкой матки во влагалище, появляется наружное кровотечение.

Отслойка **более 2/3** поверхности плаценты приводит к **быстрой гибели плода**.

При ПОНРП часто возникает ДВС - синдром, т.к. в ретроплацентарной гематоме откладывается фибрин, и через вены матки в организм женщины поступает кровь, лишенная фибриногена (коагулопатия потребления).

Классификация ПОНРП

Различают:

1. полная (тотальная) отслойка плаценты;
2. субтотальная(отслойка более 50%);
3. частичная



Частичная ПОНРП может быть прогрессирующей и не прогрессирующей.



По степени выраженности клинических симптомов:

1. легкая степень (отслойка небольшого участка);
2. средняя степень (отслойка $\frac{1}{4}$ поверхности плаценты);
3. тяжелая степень (отслойка более $\frac{1}{3}$ поверхности плаценты).

Клиническая классификация в зависимости от варианта кровотечения:

- ✓ ПОНРП с наружным кровотечением;
- ✓ ПОНРП с внутренним кровотечением;
- ✓ ПОНРП с комбинированным кровотечением.

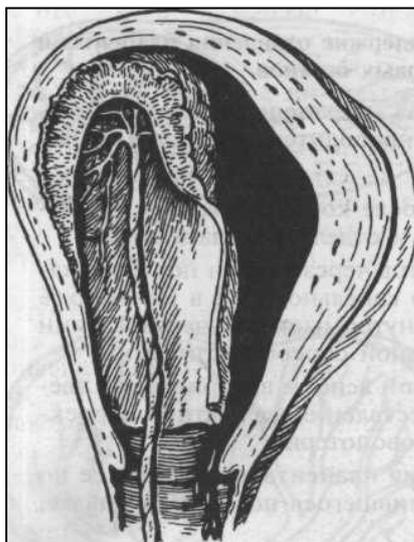


Рис. Обширная отслойка плаценты

Клиническая картина и диагностика:

Ведущие симптомы ПОНРП:

1. Локальная боль в области плацентации (отслойка плаценты),
2. Гипертонус матки,
3. Симптомы внутреннего кровотечения (снижение АД, тахикардия)
4. Гипоксия плода вследствие кровотечения.

При отслойке легкой степени: протекает малосимптомно (небольшие локальные боли в месте отслойки), а чаще бессимптомно. Выявляется при



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th June - 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

УЗИ (между плацентой и стенкой матки определяется небольшой эхо - негативный участок).

Чаще обнаруживается после родов при осмотре родившегося последа (на материнской поверхности имеется вдавление, заполненное старой гематомой). В родах при незначительной отслойке матка между схватками расслабляется, сердцебиение плода не изменяется. Единственным симптомом могут быть скудные кровянистые выделения из влагалища.

При средней степени тяжести ПОНРП страдает гемодинамика матери. Среди полного благополучия появляются боли в животе – сначала локальные, а затем распространяются по всему животу. Матка напряжена. Меняется характер шевеления плода. Беременная может жаловаться на слабость, головокружение, т.е. появляются симптомы гем. шока. Всегда страдает плод (развивается острая гипоксия).

Тяжелая степень ПОНРП (отслойка субтотальная или тотальная). Массивная кровопотеря с развитием гем. шока, возможно развитие ДВС-синдрома.

Характерно:

- острое нарушение гемодинамики;
- болевой синдром;
- изменение консистенции и конфигурации матки (асимметричная);
- острая гипоксия или гибель плода;
- признаки гиповолемии, коагулопатии.

При ПОНРП в 1 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.

Во 2 периоде родов ПОНРП сопровождается появлением **ярких кровянистых** выделений из влагалища и острой гипоксией плода.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th June - 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

Выделяют 2 клинических варианта ПОНРП:

1 вариант: кровопотеря массивная с развитием гем. шока и ДВС - синдрома;

2 вариант: отслойка возникает на фоне хронической формы ДВС - синдрома, что чаще бывает при длительно текущей преэклампсии. Происходит мощное тромбообразование в жизненно важных органах с развитием ишемии этих органов.

Диагностика ПОНРП основана на:

1. клинической картине заболевания;
2. данных УЗИ;
3. изменениях гемостаза.

Лечение:

Выбор метода лечения зависит от времени развития отслойки (беременность, роды), выраженности клинических симптомов и акушерской ситуации.

Цели лечения:

- остановка кровотечения;
- одновременное восполнение ОЦК, по показаниям – противошоковая терапия;
- лечение гипоксии плода.

Остановить кровотечение и прогрессирование отслойки можно только при быстром и бережном родоразрешении. Острая ПОНРП на любом сроке беременности, в 1 и начале 2 периода родов является показанием к экстренной операции кесарево сечение, независимо от состояния плода. Одновременно проводится противошоковая, антианемическая терапия, коррекция гемостаза.

Если во время операции кесарево сечение обнаруживается **матка Кувелера**, показана гистерэктомия без придатков, в случае развития ДВС - синдрома – гистерэктомия с дренированием брюшной полости.

Матка Кувелера – это симптомокомплекс, который возникает в результате преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и пропитывания кровью миометрия. Матка Кувелера, или маточно-плацентраная апоплексия, впервые описана в 1911 году французским



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th June - 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

гинекологом Александром Кувелером. Он характеризовал апоплексичную матку как пропитанную кровью, синюшную и неспособную к сокращениям, с точечными кровоизлияниями на серозной оболочке.

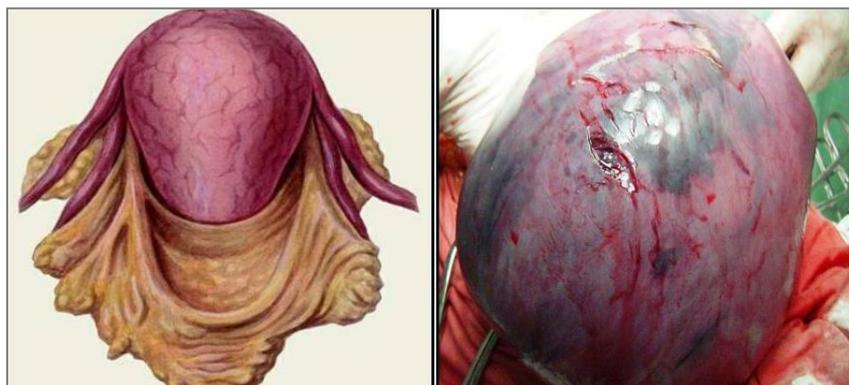


Рис. Матка Кувелера.

При ПОНРП во 2 периоде родов при живом плоде и головном предлежании – акушерские щипцы, при тазовом – извлечение плода за тазовый конец.

- Во время беременности – экстренное кесарево сечение (даже при мертвом плоде)
- В первом периоде родов – амниотомия, кесарево сечение
- Во втором периоде родов
 - акушерские щипцы,
 - извлечение плода за тазовый конец,
 - при мертвом плоде – краниотомия

После родоразрешения через естественные родовые пути при ПОНРП во всех случаях показаны ручное отделение и выделение последа или ручное обследование полости матки. Операцию производят тотчас после рождения плода для исключения нарушения целостности стенок матки (разрыв матки), гипотонии, удаления возможных остатков плацентарной ткани и сгустков крови, что способствует лучшему сокращению матки. Производят осмотр



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th June - 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

влагалища и шейки матки с помощью зеркал. Вводят утеротонические препараты, с целью предупреждения инфекции назначают антибиотики.

Профилактика

- ✓ досрочное родоразрешение беременных при длительно текущей преэклампсии, при отсутствии эффекта от лечения;
- ✓ своевременная диагностика и лечение ХФПН, при отсутствии эффекта - досрочное родоразрешение;
- ✓ своевременная диагностика и лечение экстрагенитальной патологии, хронических инфекций;
- ✓ рациональное ведение родов.

Используемая литература:

1. Е.К.Айламазян “Акушерство” Санкт - Петербург 1997
2. Ю.Ю.Елисеева “ Полный справочник акушера - гинеколога” Москва «ЭКСМО» - 2006
3. Я.Н.Аллаеров, Ф.И.Одилова “Графологические схемы по акушерству и гинекологии”
4. Я.Н.Аллаеров, Д.У. Юсупова, Ф.К. Аскарлова “Практические навыки и процедуры по акушерству. ” Самарканд - 2007 год.
5. Я.Н.Аллаеров “Сборник ситуационных задач и тестовых вопросов по предмету ”Акушерство и гинекология” Тошкент. 1996 г.
6. В.И. Бодяжина “Акушерство”
7. Н.Е. Кретьова, Л.М. Смирнова “Акушерство и гинекология”:

Интернет сайты:

- <https://www.ulsu.ru/>
- <https://www.mediccity.ru/>
- <https://diamed-ex.com.ua/ru/>
- <https://www.medicina.ru/>
- [WWWhttppl/tibbiyot .UZ/](http://WWWhttppl/tibbiyot.UZ/)
- WWWhttppl/Sorum.
- [Ziyo UZ.com](http://ZiyoUZ.com)

