

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Кафедра акушерства и гинекологии № 1

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ



Выполнила
Студентка 5 курса
1-го мед.факультета
163 (1) группы
Кордовская Е.А.
Преподаватель: и.о. зав.
каф. Румянцева З.С.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема акушерских кровотечений (АК) остается актуальной, так как сопряжена с высокими показателями материнской смертности .

Согласно данным ВОЗ, акушерские кровотечения являются причиной 25-30 % всех материнских смертей.

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ:

РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА -
прерывание беременности - аборт

ПОЗДНИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

кровотечения, начиная с 20 нед
беременности.

ПРИЧИНЫ:

Предлежание плаценты.

Врастание плаценты.

Преждевременная отслойка
нормально расположенной
плаценты.

Разрыв предлежащих сосудов
пуповины.

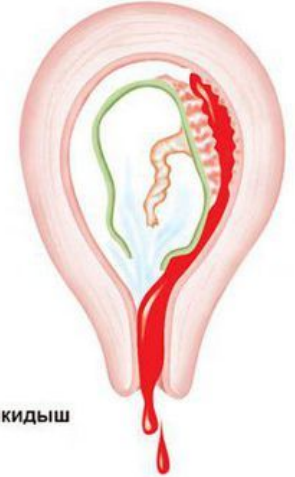
Разрывы мягких тканей родовых
путей.

Разрыв матки.

1. САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ (ВЫКИДЫШ)



Угроза выкидыша



Выкидыш

ОПРЕДЕЛЕНИЕ	<p>Самопроизвольный аборт (выкидыш) - самопроизвольное прерывание беременности до достижения плодом жизнеспособного гестационного срока.</p> <p>В соответствии с определением ВОЗ, выкидышем является самопроизвольное изгнание или экстракция эмбриона или плода массой до 500 г, что соответствует гестационному возрасту до 22 нед беременности.</p>
МКБ-10	<p>O03 Самопроизвольный аборт</p> <p>O02.1 Несостоявшийся выкидыш</p> <p>O20.0 Угрожающий аборт.</p>
Эпидемиология	<p>Самопроизвольный выкидыш - самое частое осложнение беременности. Частота его составляет от 10 до 20% всех клинически диагностированных беременностей. Около 80% выкидышей происходит до 12 нед беременности. В структуре спорадических ранних выкидышей - одна треть беременностей прерывается до 8 недель по типу анэмбрионии (отсутствие эмбриона).</p>

Этиология

Около 50% спорадических ранних выкидышей обусловлено хромосомными дефектами, в сроках 8-11 нед - 41-50%, в сроках 16-19 нед она снижается до 30%.

В 80% выкидышей происходит вначале гибель, а затем экспульсия плодного яйца.

Среди других причин спорадических ранних выкидышей выделяют анатомические, эндокринные, инфекционные, иммунологические факторы, которые в большей мере являются причинами привычных выкидышей.

ФАКТОРЫ РИСКА

```
graph LR; A[ФАКТОРЫ РИСКА] --- B[Возраст матери (является одним из основных факторов риска у здоровых женщин)]; A --- C[Паритет (у женщин с двумя и более беременностями в анамнезе риск выкидыша выше, чем у нерожавших женщин)]; A --- D[Травма]; A --- E[Лихорадка (гипертермия)]; A --- F[Применение нестероидных противовоспалительных средств, в период предшествующий зачатию]; A --- G[Курение]; A --- H[Воздействие тератогенов, дефицит фолиевой кислоты]; A --- I[Наличие самопроизвольных выкидышей в анамнезе];
```

Возраст матери (является одним из основных факторов риска у здоровых женщин)

Паритет (у женщин с двумя и более беременностями в анамнезе риск выкидыша выше, чем у нерожавших женщин)

Травма

Лихорадка (гипертермия)

Применение нестероидных противовоспалительных средств, в период предшествующий зачатию

Курение

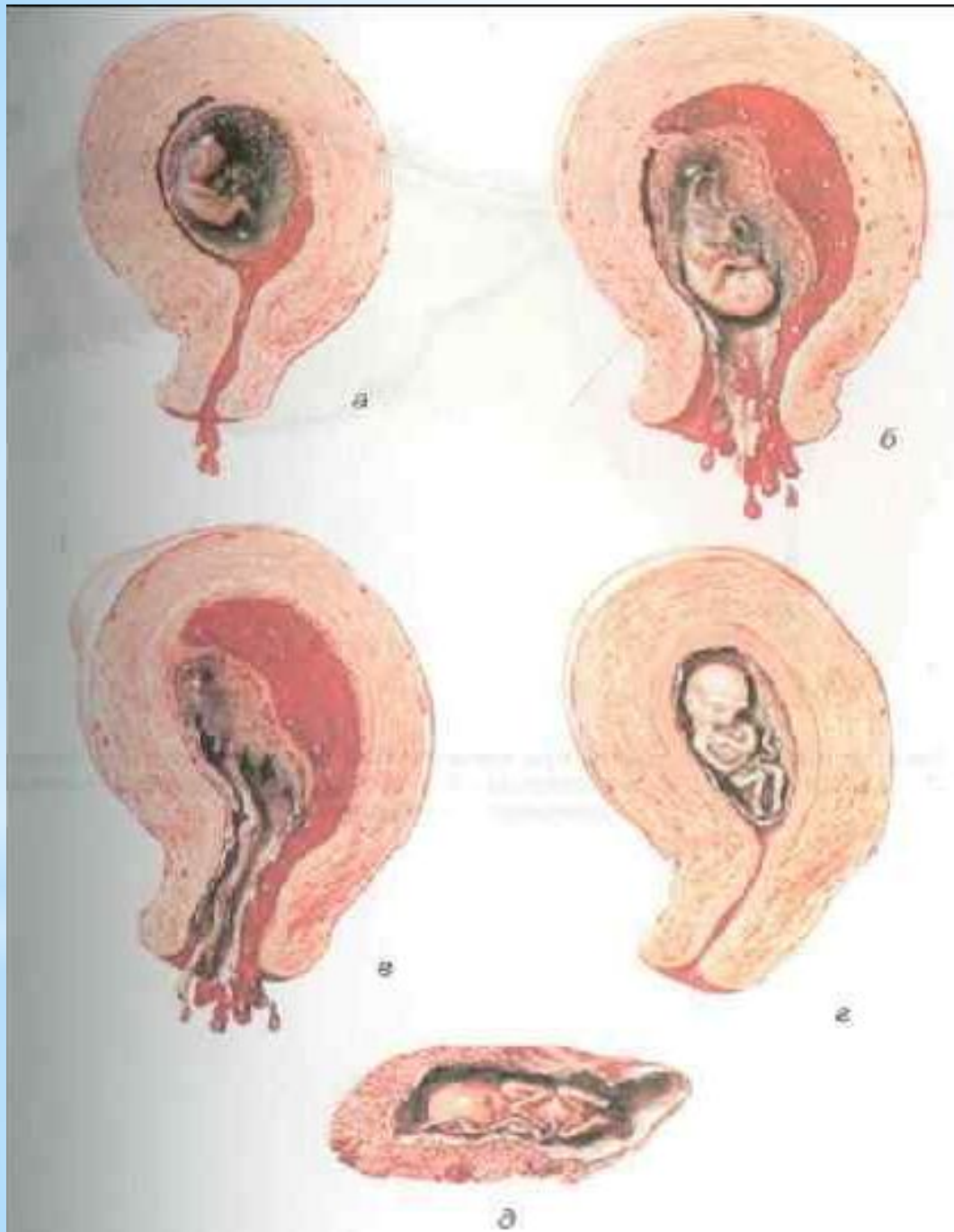
Воздействие тератогенов, дефицит фолиевой кислоты

Наличие самопроизвольных выкидышей в анамнезе

Диагноз

Типы	Угрожающий аборт	Аборт в ходу	Неполный/полный аборт	Неразвивающаяся беременность (антенатальная гибель плода)	Привычное невынашивание
Жалобы	боли различной интенсивности внизу живота; умеренные кровянистые выделения из половых путей.	<ul style="list-style-type: none"> длительная боль в нижних отделах живота с усилением в динамике до интенсивной, имеющая схваткообразный характер; обильные кровянистые выделения из половых путей. 	<ul style="list-style-type: none"> тянущая боль в нижних отделах живота, с усилением в динамике до интенсивной, может иметь схваткообразный характер, периодически уменьшаться; обильные кровянистые выделения из половых путей. 	<ul style="list-style-type: none"> исчезновение субъективных признаков беременности, иногда кровянистые выделения из половых путей. 	прерывание трех и более беременностей в сроке до 22 недель.

Типы	Угрожающий аборт	Аборт в ходу	Неполный/полный аборт	Неразвивающаяся беременность (антенатальная гибель плода)	Привычное невынашивание
Физикальное обследование	гемодинамика стабильна	может отмечаться снижение АД и учащение пульса			
Осмотр в зеркалах	скудные или умеренные кровянистые выделения	наружный зев открыт, кровянистые выделения в большом количестве, части плодного яйца в цервикальном канале, подтекание околоплодных вод (может отсутствовать в ранние сроки беременности).		скудные или умеренные кровянистые выделения	пролабирование плодного пузыря с наружного зева шейки матки.
Бимануальное влагалищное исследование	отсутствуют структурные изменения шейки матки, матка легко возбудима, ее тонус повышен, размеры матки соответствуют сроку беременности	определяется степень раскрытия цервикального канала	матка мягкой консистенции, размеры меньше срока гестации, различная степень раскрытия шейки матки	размеры матки меньше срока гестации, цервикальный канал закрыт	возможно укорочение шейки матки менее 25мм/дилатация цервикального канала более 1 см при отсутствии маточных сокращений



А) угрожающий аборт

Б) аборт в ходу

В) неполный

Г) несостоявшийся аборт

Д) плодное яйцо при полном аборте

Лабораторные исследования

Стадия развития	Определение о концентрации и ХГЧ в крови	Обследование на АФС (наличие волчаночного антикоагулянта, антифосфолипидных и антикардиолипидных антител)	Гемостазиограмма	Исследование кариотипа и	Обследование на сахарный диабет и патологию щитовидной железы,	Определение уровня прогестерона	Обследование на TORCH инфекцию
Угрожающий аборт	+ уровень соответствует сроку гестации	—	—	—	—	—	—
Аборт в ходу	—	—	—	—	—	—	—
Полный/неполный аборт	—	—	—	—	—	—	—

Стадия развития	Определение концентрации ХГЧ в крови	Обследование на АФС (наличие волчаночного антикоагулянта, антифосфолипидных и антикардиолипидных антител)	Гемостазиограмма	Исследование кариотипа	Обследование на сахарный диабет и патологию щитовидной железы,	Определение уровня прогестерона	Обследование на TORCH инфекцию
Привычное невынашивание, угрожающий выкидыш	–	+ Наличие двух положительных титров волчаночного антикоагулянта или антикардиолипиновых антител иммуноглобулина G и/или M на уровне средних или высоким титром (более 40 г/л или мл/л или выше 99 перцентиль) на протяжении 12 недель (с промежутком 4-6 недель).	+Определение АчТВ, антитромбин 3, Д-димер, агрегация тромбоцитов, МНО, протромбиновое время – признаки гиперкоагуляции	+выявление носительства хромосомных аномалий, в том числе унаследованные тромбофилии(фактора V Лейдена, фактора II - протромбин и протеин S).	+	+уровень прогестерона ниже 25 ннмоль/л - является предиктором нежизнеспособности беременности. Уровень выше 25 ннмоль/л – указывает на жизнеспособность беременности. Уровень выше 60 ннмоль/л – свидетельствует о нормальном течении беременности. [5]	+ в случаях, когда есть подозрение на наличие инфекции или сведения о наличии инфекции в прошлом или проведения ее лечения

Типы	Угрожающий аборт	Аборт в ходу	Неполный/полный аборт	Неразвивающаяся беременность (антенатальная гибель плода)	Привычное невынашивание
Ультразвуковое исследование	<p>сердцебиение плода определяется;</p> <ul style="list-style-type: none"> · наличие локального утолщения миометрия в виде валика, выпячивающегося в полость матки (при отсутствии клинических проявлений не имеет самостоятельного значения); · деформация контуров плодного яйца, его вдавливание за счет гипертонуса матки (при отсутствии клинических проявлений не имеет самостоятельного значения); · наличие участков отслоения хориона или плаценты (гематома); · саморедукция одного из нескольких эмбрионов. 	<p>·</p> <p>полное/ почти полное отслоение плодного яйца</p>	<p>При неполном аборте:</p> <ul style="list-style-type: none"> · полость матки расширена > 15 мм, шейка матки раскрыта, плодное яйцо/плод не визуализируется, могут визуализироваться ткани неоднородной эхоструктуры. <p>При полном аборте:</p> <ul style="list-style-type: none"> · полость матки <15 мм, цервикальный канал закрыт, иногда не полностью, плодное яйцо/плод не визуализируется, остатки продукта оплодотворения в полости матки не визуализируются. 	<ul style="list-style-type: none"> · КТР плода 7 мм и более, сердцебиения нет; · средний диаметр плодного яйца 25 мм и более, эмбриона нет; · отсутствие эмбриона с сердцебиением через 2 недели после того как УЗИ показало плодное яйцо без желточного мешка; · отсутствие эмбриона с сердцебиением через 11 суток после того как УЗИ показало плодное яйцо с желточным мешком. 	

Диф.диагностика

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Внематочная беременность	Симптомы: задержка менструации, боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей	Бимануальное влагалищное исследование: матка меньше нормы принятой на данный срок беременности, определение тестоватой консистенции образования в области придатков	УЗИ: в полости матки отсутствует плодное яйцо, возможна визуализация плодного яйца, эмбриона вне полости матки, может определяться свободная жидкость в брюшной полости.
Нарушение менструального цикла	Симптомы: задержка менструации, кровянистые выделения из половых путей	На зеркалах: бимануальное исследование: матка нормальных размеров, шейка матки закрыта.	Кровь на ХГЧ – отрицательный. УЗИ: Не определяется плодное яйцо.

Медикаментозное лечение (в зависимости от степени тяжести заболевания):

Нозология	Мероприятия	Примечания
<p>Аборт в ходу</p>	<p>В случае кровотечения после изгнания или во время кюретажа для улучшения сократительной способности матки вводят один из утеротоников:</p> <ul style="list-style-type: none"> · окситоцина 10 ЕД в/м или в/в капельно в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия со скоростью до 40 капель в минуту; · мизопропростол 800 мкг ректально. <p>Профилактическое применение антибиотиков является обязательным. Всем резус-отрицательным женщинам, у которых нет анти-резус антител, вводят анти-D иммуноглобулин согласно действующего протокола.</p>	<p>Антибиотикопрофилактика проводится за 30 мин до манипуляции путем внутривенного введения 2.0 г цефазолина после пробы. При его непереносимости/недоступности возможно применение клиндамицина и гентамицина.</p>

Нозология	Мероприятия	Примечания
Полный аборт	Необходимость профилактического применения антибиотиков.	
Неполный аборт	<p>Мизопростол – 800-1200мкг однократно интравагинально в условиях стационара. Препарат вводят в задний свод влагалища врачом при осмотре в зеркалах. Через несколько часов (как правило в течение 3-6 часов) после введения мизопростола начинаются маточные сокращения и изгнание остатков плодного яйца.</p> <p>Наблюдение: Женщина остается для наблюдения в условиях стационара в течение суток после изгнания и может быть выписана из стационара в случае:</p> <ul style="list-style-type: none"> · отсутствия значительного кровотечения; · отсутствия симптомов инфекции; · возможности немедленно обратиться в это же медицинское учреждение в любое время круглосуточно. <p>Важно! Через 7-10 дней после выписки из стационара в амбулаторных условиях проводится контрольный осмотр пациентки и УЗИ.</p> <p>Переход к хирургической эвакуации после медикаментозной эвакуации осуществляют в случае:</p> <ul style="list-style-type: none"> · возникновения значительного кровотечения; · появления симптомов инфекции; · если эвакуация остатков не началась в течение 8 часов после введения мизопростола; · выявление остатков плодного яйца в полости матки во время УЗИ через 7-10 дней. 	<p>Медикаментозный метод может использоваться:</p> <ul style="list-style-type: none"> · только в случае подтвержденного неполного аборта в первом триместре; · если отсутствуют абсолютные показания для хирургической эвакуации; · только при условии госпитализации в медицинское учреждение, которое оказывает экстренную помощь круглосуточно. <p>Противопоказания Абсолютные:</p> <ul style="list-style-type: none"> · надпочечниковая недостаточность; · длительная терапия глюкокортикоидами; · гемофилии/ангионевротическая терапия; · анемия (Hb<100 г / л); · порфирия; · митральный стеноз; · глаукома; · прием нестероидных противовоспалительных средств в течение предыдущих 48 часов. <p>Относительные:</p> <ul style="list-style-type: none"> · гипертензия; · тяжелая бронхиальная астма.
Несостоявшийся аборт	Мифепристон 600 мг Мизопростол 800 мг	

Хирургическое вмешательство

Нозология	Мероприятия	Примечания
Аборт в ходу Неполный аборт	Мануальная вакуум аспирация/кюретаж стенок полости матки.	Кюретаж стенок полости матки или вакуум-аспирацию проводят под адекватным обезболиванием; параллельно проводят мероприятия, направленные на стабилизацию гемодинамики в соответствии с объемом кровопотери.
Несостоявшийся аборт		Абсолютные показания к хирургическому методу (кюретаж или вакуум-аспирация): <ul style="list-style-type: none">· интенсивное кровотечение;· расширение полости матки > 50 мм (УЗИ);· повышение температуры тела выше 37,5 ° С. Обязательное применение профилактической антибиотикотерапии. Аспирационный кюретаж имеет преимущества перед выскабливанием полости матки, поскольку малотравматичен, может выполняться под местной анестезией

Нозология	Мероприятия	Примечания
Привычное невынашивание	<p>Профилактический шов на шейку матки. Показан женщинам группы высокого риска, в анамнезе которых три и более самопроизвольных выкидышей во втором триместре/преждевременные роды, при отсутствии других причин кроме ИЦН. Проводится в сроке 12 - 14 недель беременности . При наличии 1 или 2 предыдущих потерь беременности у женщины – рекомендуется контроль длины шейки матки.</p> <p>Ургентный серкляж проводится у женщин, у которых шейка раскрыта до <4 см без сокращений матки до 24 недель беременности .</p> <p>Серкляж следует учитывать при одноплодной беременности у женщин, имеющих в анамнезе спонтанные преждевременные роды или возможной цервикальной недостаточности, если длина шейки матки ≤ 25 мм до 24 недель беременности .</p> <p>Нет никакой пользы серкляжа у женщины с эпизодическим нахождением короткой шейки матки с помощью ультразвукового исследования, но без каких-либо предшествующих факторов риска преждевременных родов..</p> <p>Существующие данные не поддерживают наложение шва при многоплодной беременности, даже если есть в анамнезе преждевременные роды - поэтому, этого следует избегать</p>	

2. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Определение	Предлежание плаценты (placenta praevia) – прикрепление плаценты в нижнем сегменте матки в области внутреннего зева. При предлежании плацента находится на пути рождающегося плода.
Классификация	четыре степени предлежания плаценты: I - плацента находится в нижнем маточном сегменте, край плаценты не достигает внутреннего зева; II - нижний край плаценты достигает внутреннего зева, но не перекрывает его; III - нижний край плаценты перекрывает внутренний зев, переходя на противоположную часть нижнего сегмента, расположение плаценты на передней и задней стенках матки асимметрично; IV - плацента симметрично расположена на передней и задней стенках матки, своей центральной частью перекрывает внутренний зев.

На основании УЗИ выделяют два основных вида аномального расположения плаценты:

Низкое расположение плаценты: край плаценты находится в нижнем маточном сегменте, на расстоянии от 3 до 5 см от внутреннего зева после 30 нед беременности и менее 3 см - на сроке до 30 нед гестации.

Предлежание плаценты: край плаценты находится на расстоянии менее 3 см от внутреннего зева, перекрывая его либо полностью, либо частично (полное и частичное соответственно).

Диагностические критерии

Жалобы:

- кровянистые выделения из половых путей яркого цвета при безболезненной матке во второй половине беременности
- анамнез: повторяющиеся безболезненные кровянистые выделения из половых путей

Физикальное обследование:

- высокое стояние предлежащей части плода;
- неправильные положения или тазовые предлежания плода.

Типы предлежания плаценты



**НОРМАЛЬНОЕ
РАСПОЛОЖЕНИЕ**



**НИЗКАЯ
ПЛАЦЕНТАЦИЯ**



**ЧАСТИЧНОЕ
ПРЕДЛЕЖАНИЕ**



**ПОЛНОЕ
ПРЕДЛЕЖАНИЕ**

Диагностические критерии

Физикальное обследование:

- высокое стояние предлежащей части плода;
- неправильные положения или тазовые предлежания плода.

Лабораторные исследования:

- общий анализ крови (гематокрит, тромбоциты, свертываемость крови); коагулограмма;
- определение группы крови и резус-фактора.

Диагностические критерии

Инструментальные исследования:

- УЗИ маточно плацентарного комплекса проводимое трансабдоминальным или трансвагинальным доступом;
- доплерография плаценты (цветная, 3D);
- МРТ для диагностики и уточнения степени инвазии вросшей плаценты. МРТ является методом выбора при подозрении на врастание плаценты, расположенной по задней стенке, а также более информативно у пациенток в большом сроке беременности и с ожирением высокой степени. [УД-С]

NB! Для постановки диагноза предлежания плаценты необходимо провести следующее:

- в срок 20 недель беременности при проведении скрининга уточнение локализации плаценты и патологию прикрепления (placenta adherens, placenta accreta, placenta percreta) [УД-D];
- в случае низкорасположенной плаценты в 25-26 недель проводится трансвагинальная сонография, которая реклассифицирует 26-60% случаев [УД-С];
- В случае наличия рубца на матке и наличии следующихотягощающих факторов: предлежание плаценты либо локализации плаценты по передней стенке, необходимо повторить УЗИ в 32 недели беременности для исключения приращения плаценты. В случае подтверждения диагноза ведение и организация наблюдения данных беременных проводится как при приращении плаценты

Дифференциальный диагноз

Симптомы	Предлежание плаценты	ПОНРП	Предлежание сосудов пуповины
Болевой синдром	отсутствует	от незначительной до резкой боли	отсутствует
Кровотечение	от незначительных до обильных	могут отсутствовать при скрытой форме ПОНРП в 20%	внезапное после амниотомии или излития околоплодных вод
Тонус матки	нет	постоянный гипертонус	нет
Гемодинамика	не страдает	страдает	не страдает
Состояние плода	удовлетворительное	при прогрессировании ПОНРП до антенатальной гибели плода	прогрессивно ухудшается

Тактика ведения и лечения на амбулаторном уровне

Во время консультирования беременных женщин с кровотечением из половых путей при подозрении или установленном ПП в условиях ПМСП вагинальное исследование не проводится.

Беременная срочно транспортируется в стационар третьего уровня регионализации перинатальной помощи.

В третьем триместре беременности, женщины с предлежанием плаценты должны быть осведомлены о риске преждевременных родов и кровотечении. Их лечение должно быть индивидуально подобранным.

Женщины, наблюдающиеся на дому, должны быть четко информированы о том, что этим женщинам следует избегать половых контактов. При возникновении кровотечения, схваток или боли (в том числе неопределенная надлобковая периодическая боль) им следует немедленно обратиться в стационар. Любой уход на дому требует непосредственную близость к стационару, постоянное присутствие кого-нибудь из дееспособных людей, который может помочь в случае необходимости. Должна быть обеспечена возможность быстрого доступа к родильному дому и полное информированное согласие женщины.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАР НОМ УРОВНЕ

При неугрожающем жизни беременной кровотечении возможна выжидательная тактика. Резус отрицательным женщинам (RhD) для количественной оценки фетоматеринского кровотечения, должен проводиться тест Клейгауэра Бетке, чтобы рассчитать дозу анти-D иммуноглобулина.

В связи с повышенным риском преждевременных родов, следует рассмотреть возможность введения кортикостероидов для профилактики респираторного дистресс синдрома у плода.

Хирургическое вмешательство

Название оперативного вмешательства:

- кесарево сечение;
- компрессионные гемостатические швы;
- перевязка маточных, яичниковых, подвздошных артерий;
- гистерэктомия;
- эмболизация маточных артерий.

Показания:

- кровотечение из половых путей после 20 недели беременности при наличии ПП.

Медикаментозное лечение – симптоматическая терапия сопутствующих осложнений, смотрите клинический протокол по соответствующему профилю.

Токолиз при ПП (кроме β -миметиков) и не угрожающем жизни беременной кровотечении возможен в сроки беременности 28-34 недели. Препаратами выбора для токолитической терапии являются блокаторы кальциевых каналов (нифедипин) и антагонисты окситоцина. Схема применения нифедипина: 10 мг перорально, если сокращения матки сохраняются – через 15 минут 10 мг повторно. Затем по 10 мг каждые 3-8 часов в течение 48 часов до исчезновения схваток. Максимальная доза – 120 мг/день. После купирования родовой деятельности, проведенной профилактики РДС дальнейший токолиз не рекомендуется из-за недоказанной эффективности и безопасности.

3. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Определение	<p>Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) - отслойка во время беременности или родов до рождения ребенка. Отслойка может быть полной или частичной. Степень опасности для матери и плода возрастает по мере увеличения площади отделения плаценты от матки, размеров гематомы, величины кровопотери, нарушения гемостаза.</p>
Коды по МКБ-10	<p>O45 Преждевременная отслойка плаценты (abruption placentae) O45.0 Преждевременная отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови O45.8 Другая преждевременная отслойка плаценты O45.9 Преждевременная отслойка плаценты неуточненная</p>
Эпидемиология	<p>Частота ПОНРП имеет тенденцию к повышению и в настоящее время встречается в 0,3-0,4% родов.</p>

нормальное развитие

отслойка
плаценты



Классификация

При частичной отслойке плаценты от маточной стенки отслаивается часть ее, при полной - вся плацента.
Частичная ПОНРП может быть краевой, когда отслаивается край плаценты, или центральной - соответственно - центральная часть.
Частичная отслойка плаценты бывает прогрессирующей и непрогрессирующей.

Этиология

Предрасполагающие факторы ПОНРП.

Во время беременности:
экстрагенитальные заболевания (гипертензия, пиелонефрит, заболевания крови, сахарный диабет);
аллергические реакции;
преэклампсия, особенно тяжелые формы;
генетическая предрасположенность к тромбозам;
аномалии развития матки, ее опухоли;
высокий паритет;
двойня;
многоводие;
чрезмерное употребление алкоголя, наркотиков, курение;
механическая травма.

ПОНРП во время родов может наступить при:
быстром излитии околоплодных вод;
запоздалом или преждевременном разрыве плодного пузыря;
гиперстимуляции матки;
рождении первого плода при многоплодии;
короткости пуповины;
наружно-внутреннем повороте плода.

Клиническая картина

Легкая форма - отслойка небольшого участка плаценты, незначительные выделения из половых путей алого цвета, не сопровождающиеся болевым синдромом. Общее состояние не нарушено. Сердцебиение плода не изменяется, может быть снижение или повышение двигательной активности плода. При УЗИ можно определить ретроплацентарную гематому, если же кровь выделяется из наружных половых органов, то при УЗИ она не выявляется. После родов обнаруживают организовавшийся сгусток на плаценте.

Средняя степень тяжести - отслойка плаценты на $1/4$ - $1/3$ поверхности. Из половых путей происходит отделение крови со сгустками в значительном количестве. При образовании ретроплацентарной гематомы возникает боль в животе, вначале локальная, позже - разлитая, гипертонус матки. Матка между схватками не расслабляется. При объективном обследовании визуализируется бледность кожных покровов, тахикардия, снижение артериального давления. При большой ретроплацентарной гематоме матка становится асимметричной, резко болезненной при пальпации. Угроза жизни плода возникает при отслойке площадью $1/3$ и более плаценты. Без экстренного родоразрешения плод погибает. Нередко отмечается слабость, тошнота, рвота. Одновременно развивается шок (геморрагический и болевой).

Тяжелая форма- отслойка более $1/2$ площади поверхности плаценты. Внезапность возникает боль в животе, позже может появиться наружное кровотечение. Быстро развиваются симптомы шока. При осмотре и пальпации матка напряжена, асимметрична, в области ретроплацентарной гематомы можно обнаружить выбухание. Появляется олигурия и протеинурия, выявляются симптомы острой гипоксии плода или его гибели.

Тяжесть состояния, кровопотерю дополнительно усугубляет развитие ДВС-синдрома вследствие проникновения в кровоток матери большого количества активных тромбопластинов, образующихся в месте отслойки плаценты.



**Частичная отслойка
с образованием ретро-
плацентарной гематомы**



**Частичная отслойка
с наружным кровотечением**



**Полная отслойка с обра-
зованием ретроплацен-
тарной гематомы**

Клиническая картина

Основными симптомами **выраженной ПОНРП** являются:

признаки наружного и внутреннего кровотечения при отсутствии предлежания плаценты;

геморрагический шок;

боль в животе;

гипертонус матки;

острая гипоксия плода.

Диагностика

Клинические симптомы, позволяющие заподозрить ПОНРП: кровяные выделения и боли в животе; гипертонус, болезненность матки; отсутствие расслабления матки в паузах между схватками во время родов; острая гипоксия плода или антенатальная гибель; геморрагический шок.

При влагалищном исследовании при краевой отслойке имеет место наружное кровотечение, сгустки крови, при центральной отслойке наружное кровотечение отсутствует. При вскрытии плодного пузыря околоплодные воды могут быть окрашены кровью.

Диагностика

Инструментальное исследование

УЗИ при подозрении на ПОНРП следует проводить как можно раньше. При продольном и поперечном сканировании можно определить место и площадь отслойки плаценты, размеры и структуру ретроплацентарной гематомы. В ряде случаев при незначительной отслойке плаценты по краю с наружным кровотечением по данным УЗИ отслойку обнаружить не удастся.

Лабораторные исследования

Показатели гемостаза могут указывать на развитие ДВС-синдрома. Возможно выявление скрытой тромбофилии у пациенток группы риска по развитию ПОНРП.

Диф. диагностика

Дифференциальную диагностику следует проводить со следующими состояниями:

- разрыв матки;
- предлежание плаценты;
- кровотечение при низко расположенной или предлежащей плаценте;
- разрыв сосудов пуповины;
- другие не часто встречающиеся заболевания половых путей, сопровождающиеся кровотечением (разрыв варикозно расширенных вен влагалища, травмы половых органов, рак шейки матки и др.).



Тактика ведения беременности

Тактика ведения беременности при ПОНРП зависит от следующих показателей:

- величина кровопотери;
- состояние беременной и плода;
- срок гестации;
- состояние гемостаза
- степени раскрытия во время родов шейки матки.

При легкой форме течения ПОНРП, если состояние беременной и плода не страдает, терапия предполагает постельный режим беременной и заключается во введении по показаниям β -адреномиметиков, дезагрегантов, поливитаминов, антианемических препаратов. При выраженной анемии - переливание свежезамороженной плазмы.

При наличии клинической картины средней и тяжелой формы ПОНРП во время беременности показано быстрое бережное родоразрешение путем кесарева сечения независимо от срока гестации и состояния плода.

Профилактика

Специфической профилактики не существует. Предупреждение ПОНРП заключается в:

- предгравидарной подготовке (лечении эндометрита и экстрагенитальных заболеваний до наступления беременности);
- адекватном ведении родов;
- адекватном лечении и своевременном родоразрешении при эклампсии;
- коррекции выявленных дефектов гемостаза.

Заключение

На протяжении длительного периода акушерское кровотечение как причина материнской заболеваемости и смертности занимает одно из ведущих мест во всем мире.

Большинство (до 80%) случаев материнской смерти от прямых причин предотвратимо при своевременно и правильно оказанной помощи. В первую очередь, это относится к материнской смертности от кровотечений.

На этапе женской консультации необходимо проведение профилактических мероприятий, направленных на использование современных методов контрацепции, снижение количества абортов, предупреждение осложнений беременности, родов, послеродового периода.

На всех этапах беременности (а иногда и до её наступления) обязательно следует выявлять факторы риска массивной кровопотери как на амбулаторном, так и стационарном уровне оказания помощи беременным женщинам.

БЛАГОДАРЮ
ЗА
ВНИМАНИЕ

