

Лекция:

Предлежание  
плаценты

# ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ (2 половина беременности)

- Предлежание плаценты
- ПОНРП
- Травмы и варикозное расширение вен влагалища
- Заболевания шейки матки
- Начавшиеся преждевременные роды или поздний выкидыш
- Заболевания крови

# ПЕРЕСТРОЙКА ГЕМОДИНАМИКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- **ОЦК ВОЗРАСТАЕТ НА 40 – 60 %**
- **СЕРДЕЧНЫЙ ВЫБРОС ВОЗРАСТАЕТ НА 40 – 50 %**
- **САД МЕНЯЕТСЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

# СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА

Снижение гематокрита

Увеличение фибриногена

Повышение активности прокоагулянтов  
и тромбоцитов

# ПРИЧИНЫ СРЫВА АДАПТАЦИИ

Экстрагениальные заболевания

Преэклампсия

Анемии

# ОТЛИЧИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Массивность

Внезапность

- ❑ Характерным является дефицит ОЦК и его несоответствие сосудистому руслу
- ❑ Нарушение гемостаза
- ❑ Тканевая гипоксия

Предлежание плаценты –  
прикрепление плаценты над  
каналом шейки матки перед  
предлежащей частью плода.



При предлежании плаценты отмечается высокая перинатальная смертность, достигающая 7—25 %. Это обусловлено более высокой частотой преждевременных родов (недоношенность новорожденных, развитие синдрома дыхательных расстройств), ФПН, неправильным положением и предлежанием плода.

Материнская смертность от кровотечения и геморрагического шока достигает 3 %.

# КОД ПО МКБ-10

О44 Предлежание плаценты.

О44.0 Предлежание плаценты, уточнённое как без кровотечения. Низкое прикрепление плаценты, уточнённое как без кровотечения.

О44.1 Предлежание плаценты с кровотечением.

Низкое прикрепление плаценты без дополнительных указаний или с кровотечением. Предлежание плаценты (краевое, частичное, полное) без дополнительных указаний или с кровотечением.

# КЛАССИФИКАЦИЯ

Во время беременности различают:

- полное предлежание — плацента полностью перекрывает внутренний зев;
- неполное (частичное) предлежание — внутренний зев перекрыт частично или плацента нижним краем доходит до него;
- низкое предлежание — плацента расположена на расстоянии 7 см и менее от внутреннего зева.

# **Вариант предлежания плаценты согласно данным трансвагинальной эхографии.**

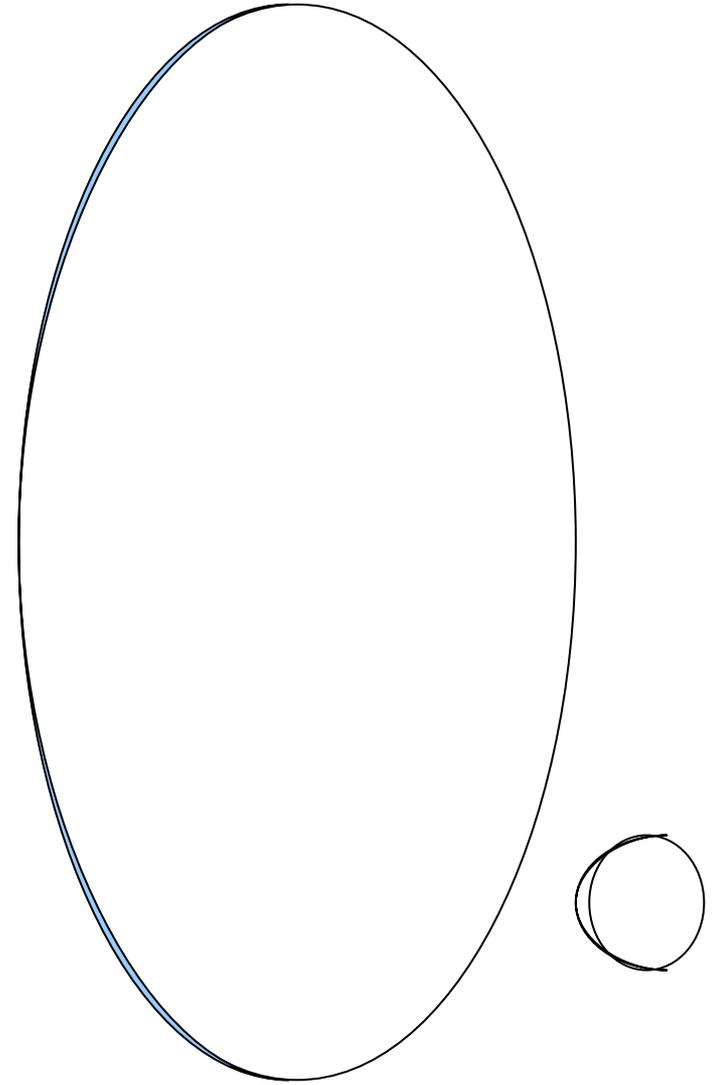
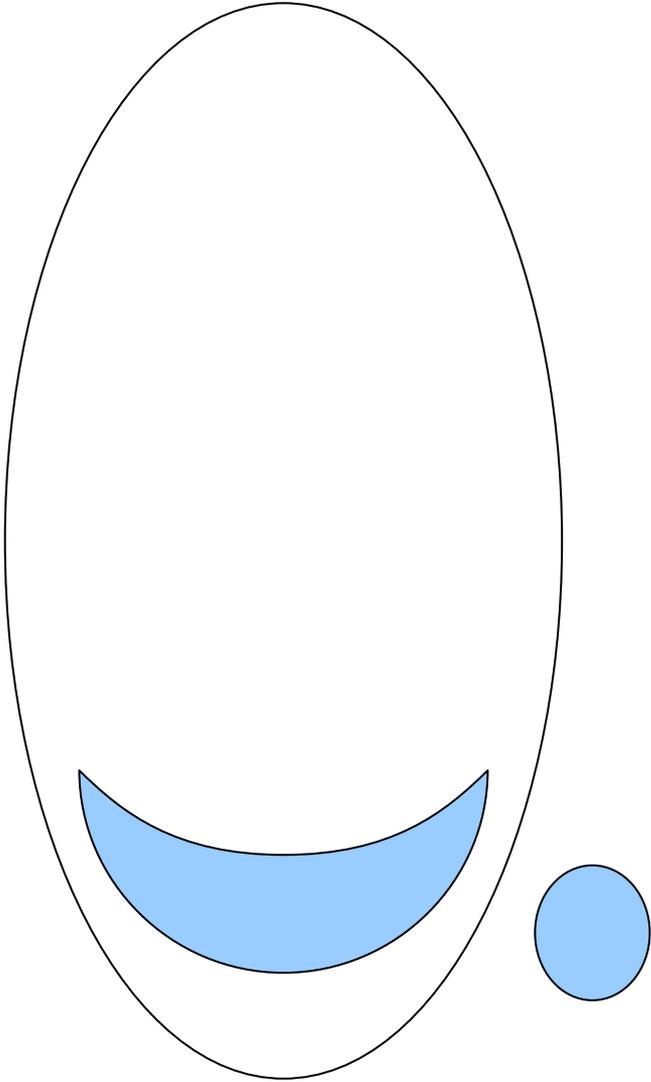
**I степень**: плацента расположена в нижнем сегменте, край плаценты достигает внутреннего зева, но расположен на расстоянии не менее 3 см от него;

**II степень**: нижний край плаценты достигает внутреннего зева шейки матки, но не перекрывает его;

**Вариант предлежания плаценты согласно данным трансвагинальной эхографии.**

**III степень:** нижний край плаценты перекрывает внутренний зев, переходя на противоположную часть нижнего сегмента, при этом расположение плаценты на передней и задней стенке матки асимметрично;

**IV степень:** плацента симметрично расположена на передней и задней стенках матки, перекрывает внутренний зев своей центральной частью.



# ПРИЧИНЫ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

МАТОЧНЫЙ ФАКТОР (дистрофические изменения слизистой матки)

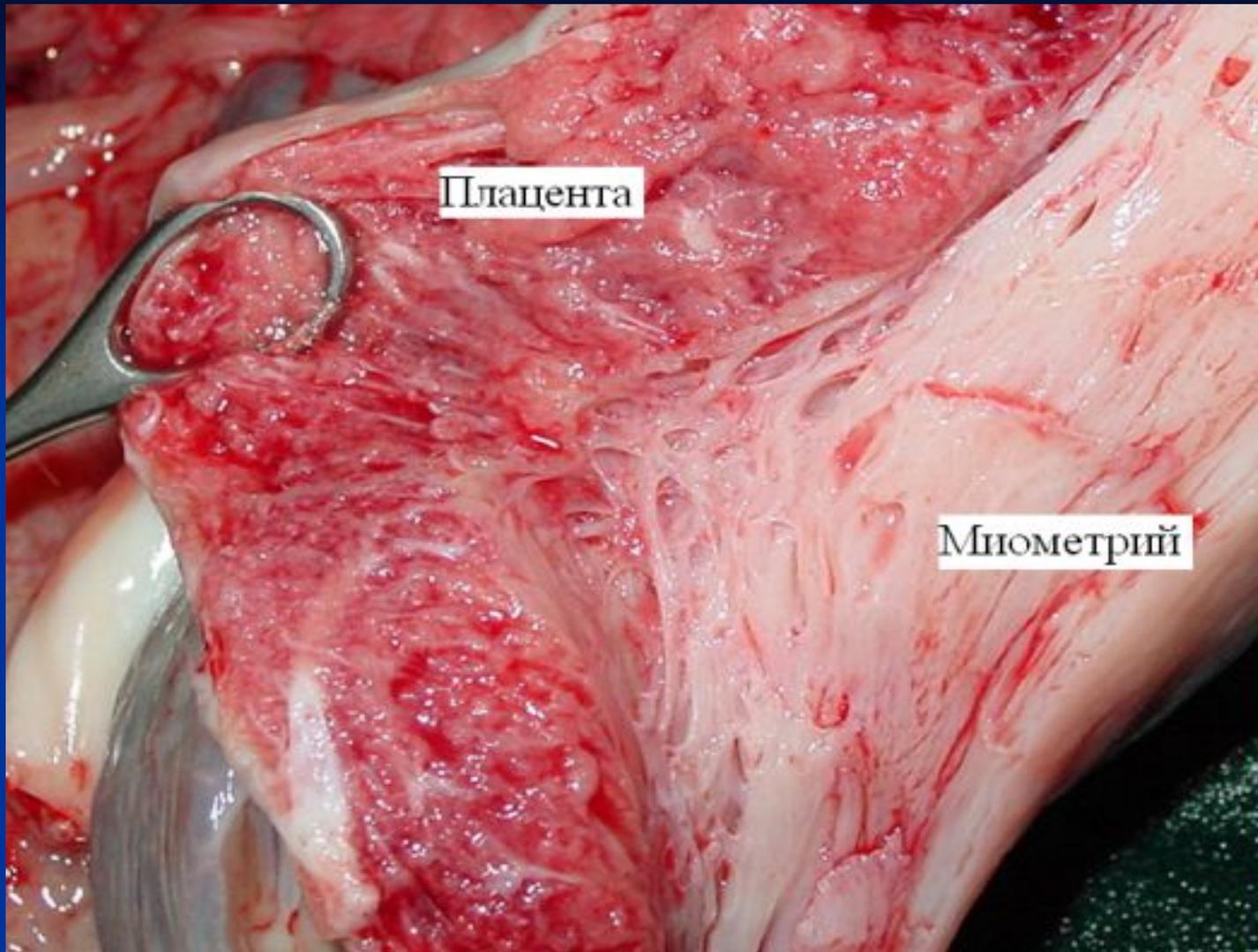
ПЛОДОВЫЙ ФАКТОР (снижение протеолитических свойств плодного яйца)

Современные исследования свидетельствуют о том, что первопричиной предлежания и аномального прикрепления плаценты являются бластопатии, возникающие на фоне особенностей строения маточной стенки (в основном дистрофических изменений) после перенесенных внутриматочных вмешательств.

Патология бластогенеза, кроме нарушения гаметогенеза, включает в себя все патологические процессы в бластоцисте, в том числе возникающие при ее имплантации в эндометрий в течение первых 12-15 суток после оплодотворения. Идет нарушение глубины имплантации бластоцисты.

Глубокая имплантация бластоцисты приводит, прежде всего, к формированию аномальных форм плаценты, таких как двудолевая, окончатая, поясная, окруженная ободком, валиком.

Более серьезной формой глубокой имплантации является аномальное прикрепление плаценты. Вследствие особенностей строения мышечной и слизистой оболочек нижнего сегмента матки ворсины плаценты проникают глубже, чем при ее локализации в теле матки. В связи с этим часто возникает плотное прикрепление (*placenta adhaerens*), иногда истинное приращение плаценты. В результате нижний сегмент матки превращается в своеобразную кавернозную ткань, которая плохо сокращается и легко травмируется; процесс отслойки плаценты в родах нарушается, что приводит к маточному кровотечению и возникновению геморрагического шока.



Планта

Миометрий

# Группы риска:

- с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (многочисленные аборты, диагностические выскабливания, осложненные роды);
- с перенесенными ранее оперативными вмешательствами на матке;
- с нарушениями нейроэндокринной регуляции менструального цикла;

# Группы риска:

- с гипоплазией гениталий;
- с воспалительными заболеваниями органов репродуктивной системы;
- с миомой матки;
- с эндометриозом;
- с патологией шейки матки.

Беременность при предлежании плаценты нередко осложняется угрозой прерывания, что, обусловлено теми же причинами, что и возникновение аномального расположения плаценты. Для беременных с предлежанием плаценты характерно наличие артериальной гипотонии, которая встречается в 25—34 % наблюдений.

Предлежание плаценты часто сопровождается фетоплацентарной недостаточностью, гипоксией плода и задержкой его развития.

Отслоившаяся часть плаценты выключается из общей системы маточно-плацентарного кровообращения и не участвует в газообмене.

# Клиника

- кровотечение:

- всегда наружное; поэтому визуально определенный объем кровопотери соответствует состоянию беременной;
- внезапное;
- алой кровью;
- без видимой внешней причины;
- не сопровождается какими-либо болевыми ощущениями;

# Клиника

- кровотечение:

- часто начинается в покое, ночью (беременная просыпается «в луже крови»);
- внезапно может прекратиться;
- обязательно повторяется.
- развитие признаков дистресса плода соответствует объему наружной кровопотери.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ  
ПЛАЦЕНТЫ НЕПРЕДСКАЗУЕМО И  
НЕПРЕДОТВРАТИМО И  
ПРЕДСТАВЛЯЕТ УГРОЗУ ЖИЗНИ И  
ЗДОРОВЬЮ МАТЕРИ И ПЛОДУ.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ВОЗНИКАЕТ  
ВСЛЕДСТВИИ ОТСЛОЕНИЯ  
ПЛАЦЕНТЫ ОТ СТЕНКИ МАТКИ ПРИ  
СОКРАЩЕНИИ МЫШЕЧНЫХ  
ВОЛОКОН НИЖНЕГО СЕГМЕНТА.  
КРОВЬ ТЕРЯЕТ МАТЬ.

- КРОВОТЕЧЕНИЕ ОСТАНАВЛИВАЕТСЯ ПО ОКОНЧАНИЮ СОКРАЩЕНИЯ МЫШЦ, ТРОМБОЗА СОСУДОВ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ОТСЛОЙКИ ПЛАЦЕНТЫ.

ПЛОД КРОВЬ НЕ ТЕРЯЕТ, НО ЕМУ  
УГРОЖАЕТ ГИПОКСИЯ, т.к.  
ОТСЛОИВШАЯСЯ ПЛАЦЕНТА НЕ  
УЧАСТВУЕТ В ГАЗООБМЕНЕ.

## Диагностика.

- ▲ Жалобы пациентки (появление наружного маточного кровотечения, особенно повторного с учетом его особенностей).
- ▲ Данные анамнеза (наличие факторов риска).
- ▲ Результаты наружного акушерского исследования (ВСДМ всегда выше, чем должна быть в данный срок беременности из-за высокого расположения предлежащей части плода), обнаружение косого или поперечного положения плода.

## Диагностика.

- ▲ Выявление при аускультации шума сосудов плаценты в нижнем сегменте матки (место прикрепления плаценты).
- ▲ Следует осмотреть стенки влагалища и шейку матки при помощи зеркал для исключения травмы, патологии шейки матки (полип, опухоль шейки матки и др.).
- ▲ Данные влагалищного исследования. При полном предлежании плаценты и закрытом наружном зеве через своды предлежащая часть не определяется.

# ДИАГНОСТИКА

УЗИ ПРИ УМЕРЕННО  
НАПОЛНЕННОМ МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ.

# ДИАГНОСТИКА

ЕСЛИ ПРИ **УЗИ** ВЫЯВЛЕНО  
ПОЛНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ,  
ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ  
ПРОВОДИТЬ НЕ СЛЕДУЕТ.

- ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ УЗИ ОСМОТР В ЗЕРКАЛАХ ШЕЙКИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА, БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДИТЬ ТОЛЬКО В УСЛОВИЯХ РАЗВЁРНУТОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ.

# ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

При предлежании плаценты  
устанавливают:

- наличие или отсутствие кровяных выделений;
- интенсивность кровотечения;
- срок гестации.

# ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

ЛЮБОЙ СЛУЧАЙ АНТЕНАТАЛЬНОГО  
КРОВОТЕЧЕНИЯ – ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ  
СРОЧНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ.

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

При обильных кровяных выделениях показано срочное родоразрешение — чревосечение и КС, независимо от срока гестации.

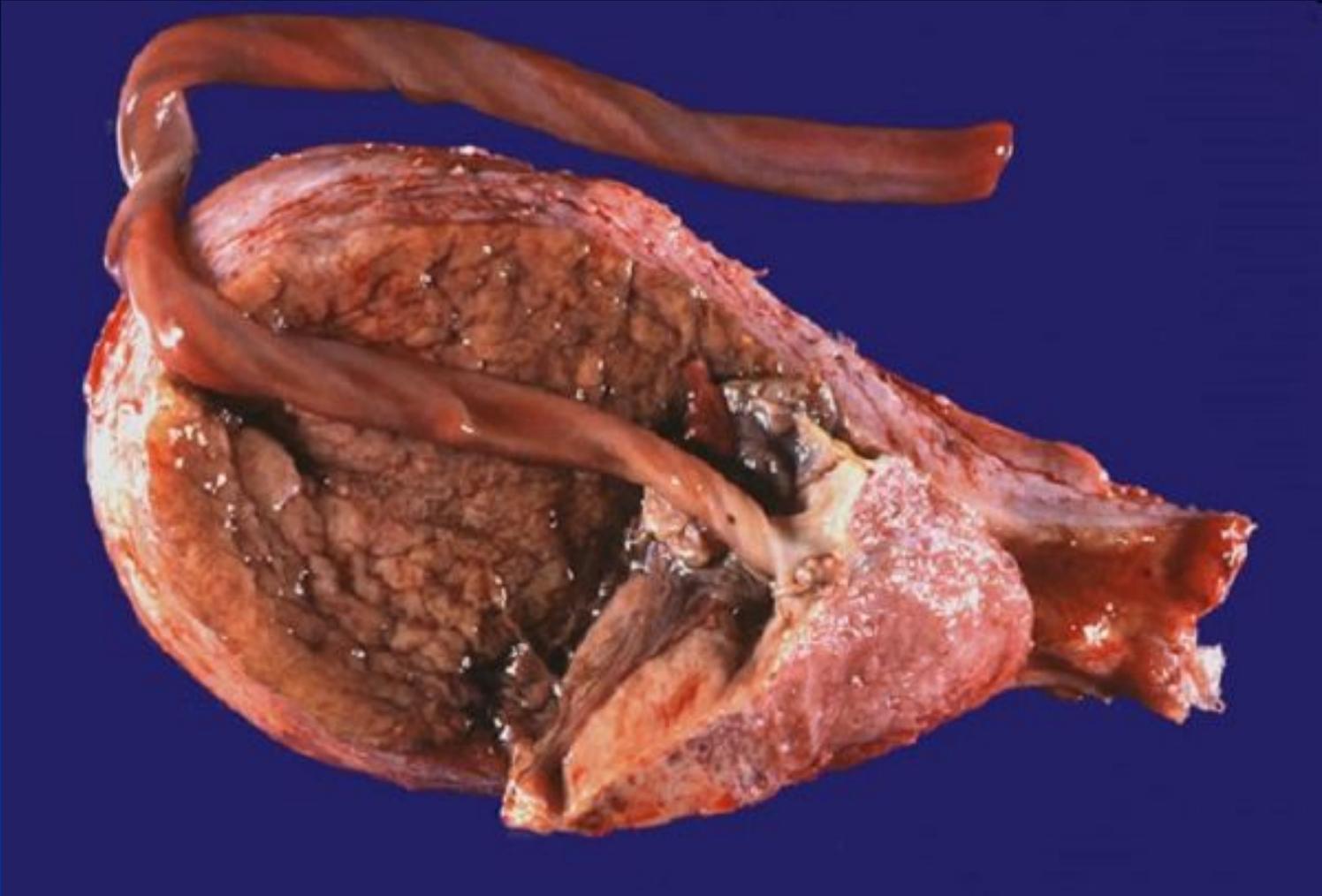
При ультразвуковой диагностике предлежания плаценты и отсутствии кровяных выделений во II триместре беременности пациентку наблюдают в женской консультации.

**Показаниями к кесареву сечению в экстренном порядке независимо от срока беременности являются:**

- повторяющиеся кровопотери, объем которых превышает 200 мл;**
- сочетание небольшой кровопотери с анемией и гипотонией;**
- одномоментная кровопотеря (250 мл и более);**
- полное предлежание плаценты и начавшееся кровотечение.**

ПЛАНОВОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ  
ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ  
ПРИЕМЛЕМО В 38 НЕДЕЛЬ  
БЕРЕМЕННОСТИ(при отсутствии  
кровотечения).

ОПЕРАЦИЮ ПРОВОДИТ САМЫЙ  
ОПЫТНЫЙ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ.



# При легком или остановившемся кровотечении

- если плод живой и гестационный срок  $< 34$  недель — консервативная тактика (начать профилактику РДС глюкокортикоидами по принятому в стационаре протоколу);
- если плод живой и гестационный срок 34—37 недель — консервативная тактика.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТОКОЛИТИКОВ  
ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ИСХОДОВ  
БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ  
ПЛАЦЕНТЫ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ.

# **Ведение родов при неполном предлежании плаценты через естественные родовые пути**

**ВОЗМОЖНО, если:**

- кровотечение остановилось после вскрытия плодного пузыря;**
- «зрелая» шейка матки;**
- хорошая родовая деятельность;**
- головное предлежание плода.**