

Запорожский государственный медицинский университет  
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины

# Акушерские кровотечения

*Лектор: к.мед.н., ассистент*

*Шулятникова Татьяна Владимировна*

**Кровотечения в акушерстве** – одна из самых серьезных практических проблем, с которой сталкиваются врачи в ходе ведения беременности и родов.

В структуре материнской смертности кровотечениям принадлежит одно из первых мест. Они являются причиной большой перинатальной потери плодов и новорожденных.

Чаще всего массивные кровотечения связаны с:

- Предлежанием плаценты,
- Преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты,
- Патологией отделения плаценты в 3 периоде родов,
- Гипо- и атонией матки в раннем послеродовом периоде,
- Разрывами матки и родовых путей роженицы.

Такие кровотечения приводят к геморрагическому шоку и сопровождаются нарушением свертывающей системы крови.

**Роды** – безусловный рефлекторный акт, направленный на изгнание жизнеспособного плода и элементов плодного яйца из организма матери.

Выделяют три периода родов:

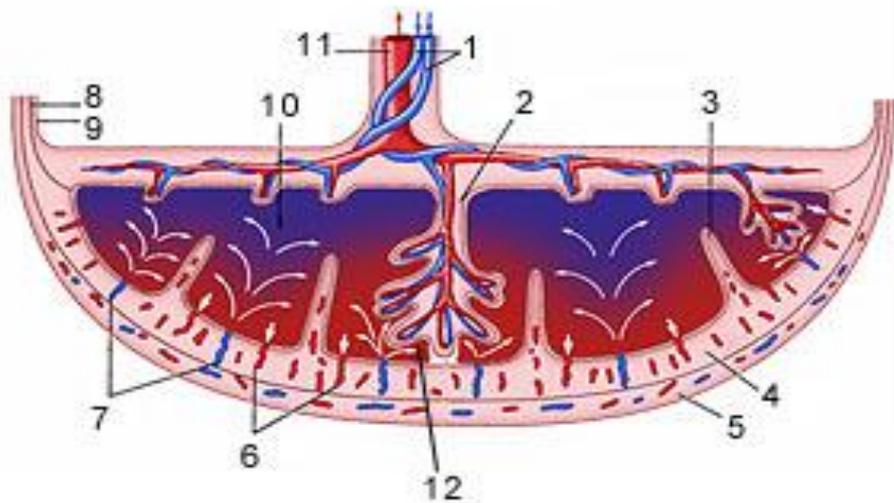
1) Раскрытия (схватки); 2) Изгнания (потужной); 3) Последовый (выход плаценты)

**Первый период (6-11 часов):** за счет схваток (непроизвольных сокращений мышц матки) происходит укорочение и раскрытие шейки матки. Полость матки и влагалище превращаются в единую родовую трубку. Происходит разрыв плодного пузыря и отхождение «передних» околоплодных вод.

**Второй период (30-60 минут):** после излития вод схватки снижают силу. Предлежащая часть плода приближается к тазовому дну и оказывает на него давление – появляются потуги (кроме непроизвольных сокращений присоединяются сознательные сокращения пресса, диафрагмы, тазового дна). Предлежащая часть растягивает половую щель и рождается ребенок, отходят «задние» околоплодные воды.

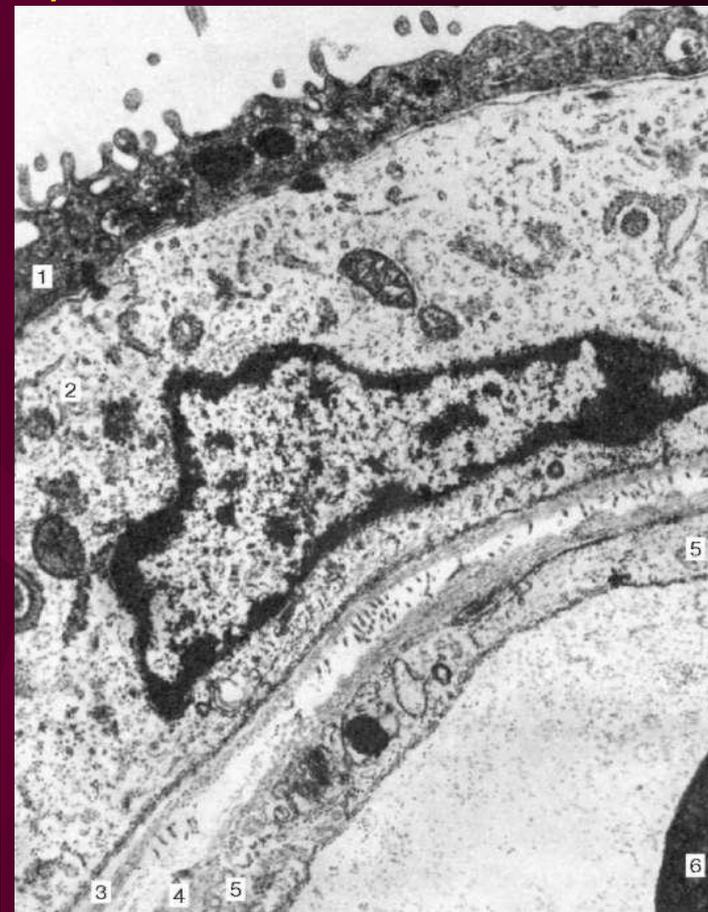
**Третий период (5-40 минут):** Через несколько минут после рождения ребенка схватки возобновляются и начинается отслойка «детского места» (плаценты) от плацентарной площадки – формируется ретроплацентарная гематома, которая полностью отслаивает плаценту. Рождающаяся плацента тянет за собой все плодные оболочки.

Из спиральных артерий матки кровь под большим давлением впадает в центральную часть котиледона, проникая через капиллярную сеть в субхориальный и междолевой отделы, откуда поступает в вены, расположенные у основания котиледона и по периферии плаценты. Материнский и плодовый кровотоки не смешиваются друг с другом. Их разделяет **плацентарный барьер**, который состоит из компонентов ворсин. В терминальных ворсинах долек осуществляется обмен между кровью матери и ребенка.



#### Компоненты гемато-плацентарного барьера:

- трофобласт;
- базальная мембрана трофобласта;
- строма ворсины;
- базальная мембрана эндотелия плодовых капилляров.



## Функции плаценты:

1. **Дыхательная:** доставка O<sub>2</sub> от матери к плоду и удаление CO<sub>2</sub> в обратном направлении. Газообмен осуществляется по законам простой диффузии.
2. **Питание плода:** синцитиотрофобласт продуцирует специфические протеины и гликопротеиды, аминокислоты, липиды: стероиды, фосфолипиды, гликоген (до начала активного функционирования печени плода – 4-й месяц). Плацента накапливает витамины и регулирует их поставку к плоду.
3. **Транспортная, депонирующая, выделительная.** В транспорте питательных веществ к плоду и выведении продуктов обмена плода участвуют ферменты плаценты.
4. **Гормональная:** в синцитии трофобласта и децидуальной ткани секретируются плацентарный лактоген, хорионический гонадотропин, пролактин, прегненолон, прогестерон, эстрогены (эстрадиол, эстрон, эстриол), тестостерон, кортикостероиды, тироксин, трийодтиронин, паратиреоидный гормон, кальцитонин, серотонин, релаксин, окситоциназу.
5. **Иммунобиологическая защита плода:** избирательная проницаемость к IgG.
6. **Избирательная барьерная функция** для токсинов, лекарственных средств, микроорганизмов.

## Пуповина:

Длина 50-55 см, d=1-1,5 см, а плодовом отделе 2-2,5 см. Включает в себя пупочные сосуды (2 ветви дорсальной аорты плода + вена, сообщающаяся с v.porta плода)  
Сосуды погружены в соединительную ткань – «вартонов студень».

## Околоплодные воды:

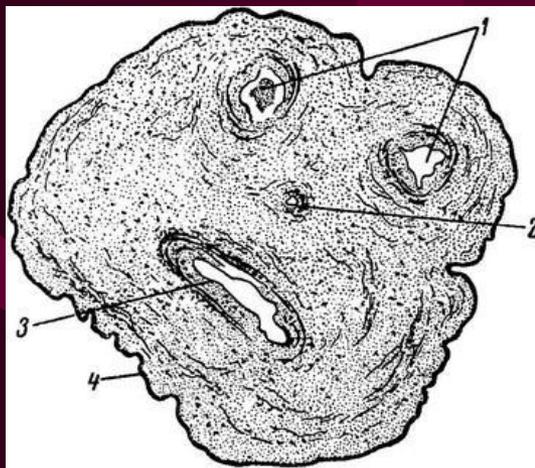
В образовании о/п вод принимают участие: в эмбриотрофный период – трофобласт ворсин хориона, → вторая половина беременности – эпителий амниона, плазма материнской крови, → позже 20 недели – почки и легкие плода.

К 38 неделе V о/п вод = 1000-1500 мл.

Полный обмен жидкости о/п вод происходит в течение 3 часов, а полный обмен веществ, растворенных в них – за 5 суток.

Минеральные вещества, содержащиеся в о/п водах: Na, K, Ca, Mg, Cl, P, Fe, Cu.

Органические вещества: глюкоза, мочевины, фосфолипиды, Ig A, G, D, E, лизоцим, b-лизины, комплемент.



# ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Предлежание плаценты (placenta praevia) – неправильное ее расположение: вместо тела матки (верхняя треть задней стенки) плацента в той или иной степени захватывает ее нижний сегмент.

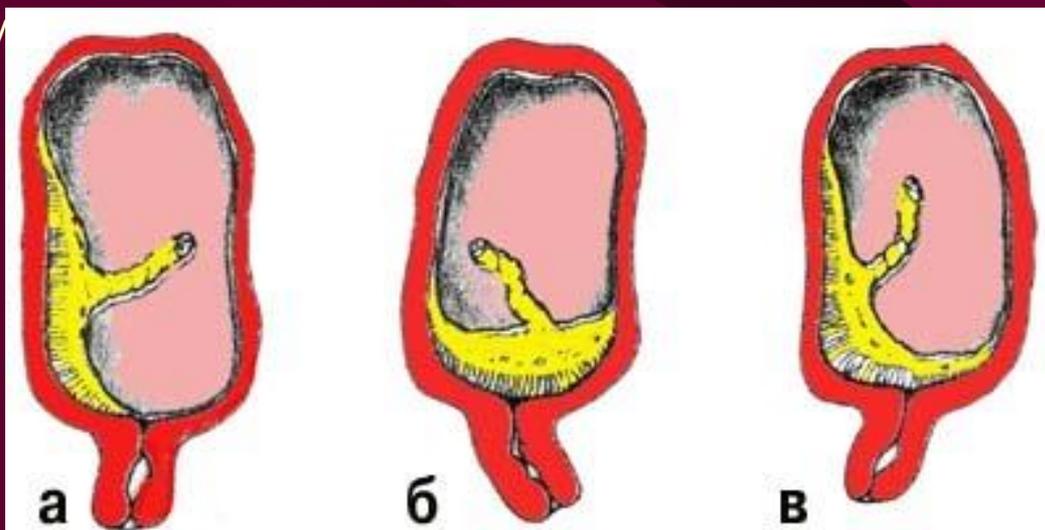
Частота данного осложнения – 0,5-0,8% от общего числа родов.

Различают следующие варианты предлежания плаценты (диагностируются во время беременности, когда шейка еще сохранена, не раскрыта и не готова к родам):

- 1) **«Центральное»** – плацента располагается в нижнем сегменте и полностью перекрывает внутренний маточный зев
- 2) **«Боковое»** – плацента частично располагается в нижнем сегменте и не полностью перекрывает внутренний зев
- 3) **«Краевое»** – плацента в нижнем сегменте

Практические врачи пользуются упрощенной классификацией: полное и неполное (частичное) предлежание.

А также используют понятие «низкая плацентация» – диагностируется, когда при полной готовности шейки матки к родам (ее раскрытие) нижний край плаценты находится ближе 5 см к внутреннему зеву.



# ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Редкими являются случаи прикрепления плаценты не только в нижнем сегменте матки, но и в шейном канале (перешеечно-шеечная и шейная беременность) – в силу неполноценности децидуальной реакции в шейке матки хорион глубоко врастает в подлежащую ткань: приращение плаценты.

Во время беременности и родов предлежащая плацента видна при внутреннем акушерском обследовании женщины как мягкая губчатая ткань темно-коричневого или синюшного цвета, перекрывающая просвет цервикального канала.

## Этиология и патогенез:

Травмы, атрофические и дистрофические изменения эндометрия (следствие многократных родов, осложнений в послеродовом периоде). Предлежание чаще (75% случаев) встречается у повторнородящих, имея тенденцию учащения с возрастом женщины.

Дистрофические изменения и склероз эндометрия могут возникать в следствие острых и хронических эндометритов, повторных выскабливаний полости матки в связи с абортами. Истмико-цервикальная недостаточность, генитальный инфантилизм, эндокринопатии, послеоперационные рубцы на матке, миома предрасполагают к предлежанию.

Экстрагенитальная соматическая патология, нарушающая кровообращение в органах малого таза, может способствовать низкой плацентации и предлежанию.



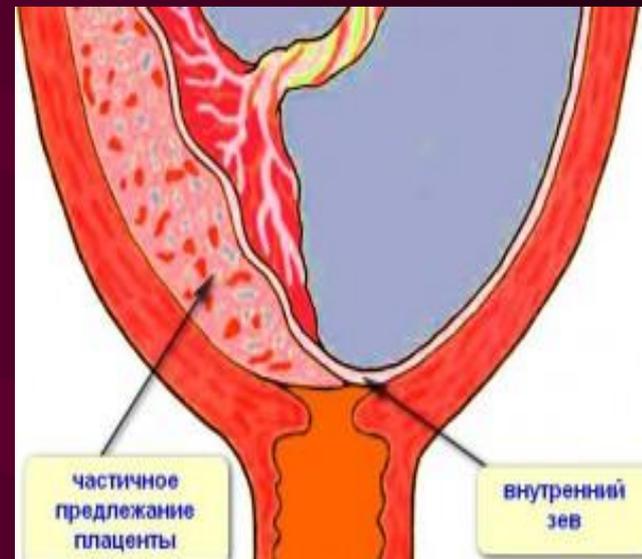
# ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Плацента при предлежании как правило тонка, увеличена в размерах, дифференцировка хориона происходит только во 2 или 3 триместре беременности или не происходит вовсе. Обычно такая плацента прикрепляется глубже обычного и наблюдается ее частичное приращение.

Иногда во время УЗИ-мониторинга удастся проследить миграцию плаценты («динамическая плацента»). Так, определяемое в 1 триместре центральное предлежание, может к концу беременности оказаться низким вариантом прикрепления.

## Клинические проявления:

**Ведущим симптомом является кровотечение.** В основе — отслойка плаценты от стенок матки в следствие растяжения нижнего сегмента в процессе беременности, а затем быстрого развертывания в родах. При центральном предлежании кровотечение появляется рано — во 2 триместре, при частичном — в 3-м или в родах.



Первое кровотечение чаще возникает спонтанно, без видимой причины, может быть умеренным или обильным.

У большинства женщин после начала кровотечения возникают преждевременные роды. В «периоде раскрытия» родов часть предлежащей плаценты обязательно отслаивается, что приводит к массивной кровопотере, которая может перейти в геморрагический шок с летальным исходом.

# ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

## Лечение:

Если кровотечение отсутствует, беременность недоношенная – лечение консервативное: снижение сократительной активности матки, профилактика анемизации беременной и коррекция состояния плода. Иногда прибегают к наложению шва на шейку матки на уровне внутреннего зева для снижения риска преждевременных родов.

Плановое кесарево сечение показано при полном предлежании на 38 неделе, не ожидая возможного кровотечения, либо при частичном предлежании, но наличии другой акушерской или соматической патологии.

Сильное, а также рецидивирующее (даже умеренное) кровотечение, независимо от вида предлежания, срока беременности и состояния плода – показание к Экстренному кесареву сечению.

Критическим объемом кровопотери при предлежании является 250 мл, после чего тактика врача должна резко меняться. Сила кровотечения при предлежании непредсказуема и умеренное кровотечение в считанные минуты могут перейти в массивное с развитием геморрагического шока!

В виду часто встречающегося приращения предлежащей плаценты во время абдоминального родоразрешения иногда прибегают к экстрирпации матки для остановки массивного кровотечения.

# ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

В норме плацента отделяется только в третьем периоде родов. Если ее отделение происходит во время беременности, в 1 или 2 периоде родов - это преждевременная отслойка.

Частота данного осложнения – до 0,5% от общего числа родов.

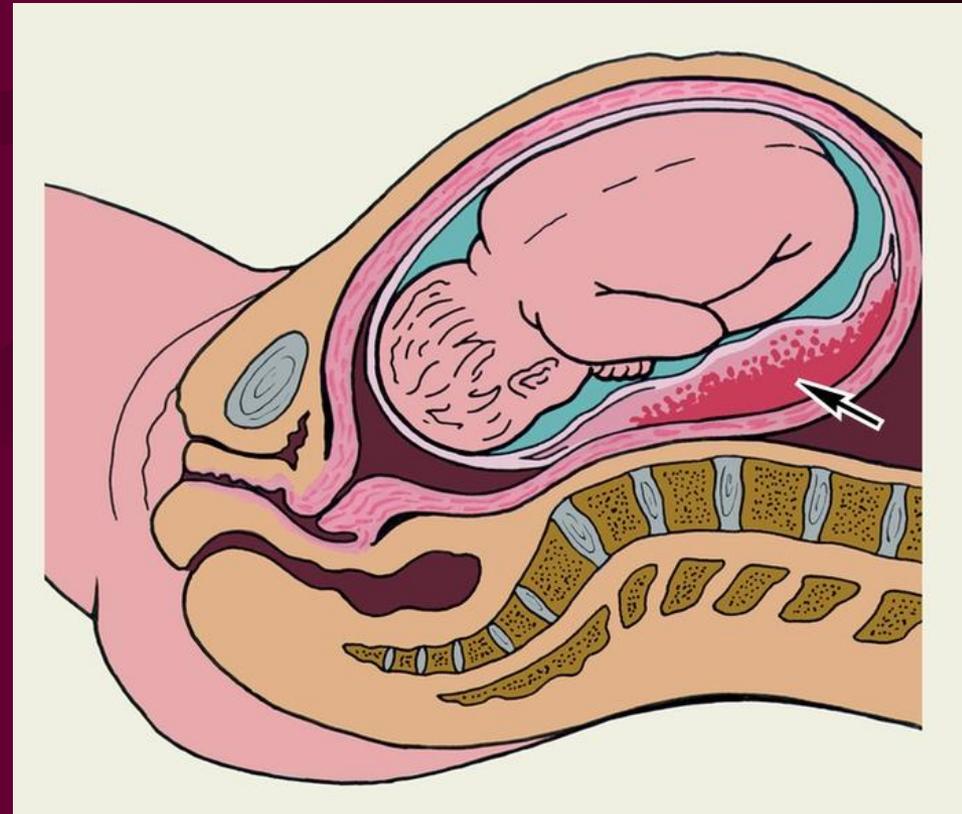
Относится к тяжелым осложнениям беременности и родов и сопровождается высокой материнской и перинатальной смертностью.

## Этиология и патогенез:

**Причина:** Изменения сосудов плаценты и плацентарного ложа в следствие позднего токсикоза, гипертонической болезни и заболеваний почек.

**Способствуют:** механические травмы, многоводие, многоплодие, крупный плод, короткость пуповины, дистрофические изменения эндометрия.

**Механизм развития** – образование базальных гематом в результате патологии сосудов децидуальной оболочки. Гематома прорывается в межворсинчатое пространство, сдавливает ворсины хориона и постепенно отслаивает плаценту от плацентарной площадки.



# ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

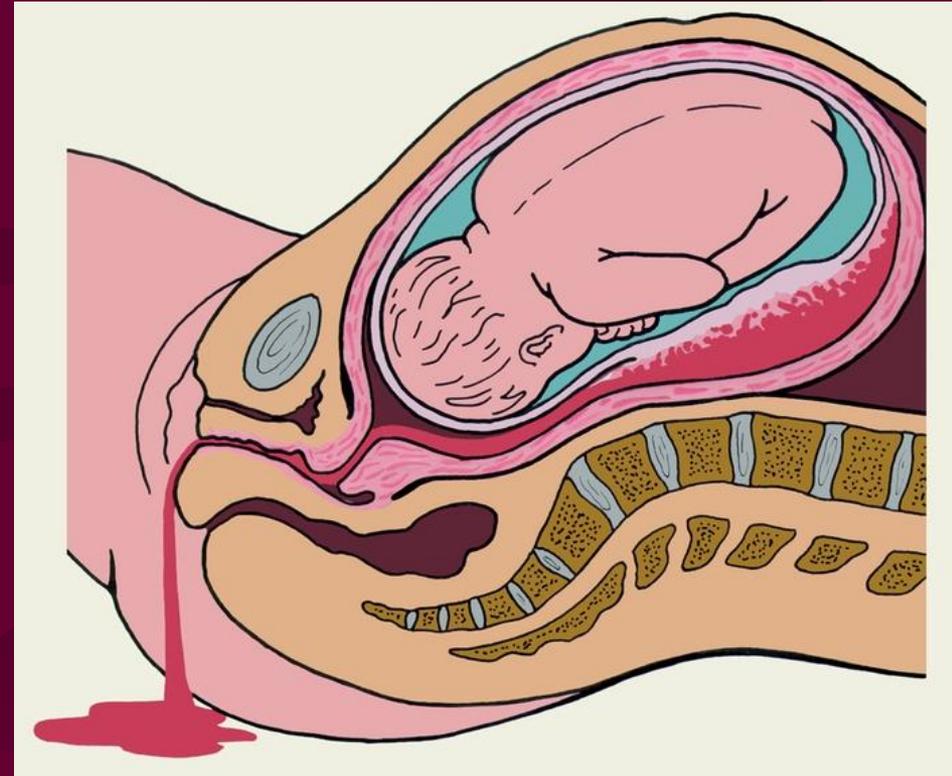
## Клиническая картина:

Ведущие симптомы – кровотечение и боли, признаки гипоксии или гибели плода.

Тяжелая степень отслойки сопровождается резким ухудшением состояния вплоть до быстрого наступления геморрагического шока.

Кровотечение возникает внутреннее, наружное или комбинированное. Внутреннее – самое опасное и часто заканчивается шоком.

Если отслойка началась в центральных областях плаценты, наружного кровотечения может не быть. Гематома не находит себе выход во влагалище и ограничивается ретроплацентарной областью.



Большая маточно-плацентарная гематома растягивает плацентарную площадку и возникает маточно-плацентарная апоплексия – **матка Кювелера**: стенки матки пропитываются кровью вплоть до параметрия, серозный покров может нарушаться, происходит разрыв матки излитием крови в брюшную полость. Матка с массивными кровоизлияниями имеет вид «мраморной», не может сокращаться. Часто осложняется ДВС-синдромом.

# ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

## Лечение:

Остановить прогрессирование отслойки плаценты и кровотечение невозможно без опорожнения полости матки.

Поэтому проводят абдоминальное родоразрешение путем кесарева сечения, которое после извлечения плода позволяет диагностировать матку Кювелера и своевременно ампутировать матку.

А в случае ДВС-синдрома незамедлительно провести экстирпацию матки.

Если преждевременная отслойка произошла в 1 или 2 периоде родов, роды заканчивают через естественные пути: акушерские щипцы, вакуум-экстрактор, извлечение за ножку или плодоразрушающие операции.

Далее проводят ручное отделение плаценты, даже если она уже отделилась – для исключения или подтверждения разрыва или гипотонии матки.

# АНОМАЛИИ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

Кровотечение в последовом (3-м) периоде родов может быть обусловлено более плотным, чем в норме, прикреплением плаценты к стенке матки.

Различают 2 формы патологического прикрепления:

1) **плотное прикрепление (placenta adhaerens)** и 2) **ее приращение (placenta accreta)**.

Плотное прикрепление возникает из-за атрофии губчатого децидуального слоя эндометрия (до 0,69% от общего числа родов).

Приращение плаценты возникает, когда между мышечным слоем матки и ворсинами хориона отсутствует губчатый слой децидуальной оболочки и ворсины проникают в мышечный слой стенки матки (1 случай на 24000 родов). Встречается почти исключительно у повторнородящих.

Некоторые авторы подразделяют приращение еще на 2 вида аномалий по глубине приращения:

**врастание плаценты (placenta increta)** и **прорастание плаценты (placenta percreta)** – прорастание стенки матки насквозь вплоть до разрыва и внутрибрюшного кровотечения.

## Этиология и патогенез:

- 1) структурно-морфологические изменения эндометрия и миометрия вследствие операций или эндометрита;
- 2) Нарушения ферментативного равновесия в системе гиалуроновая кислота - гиалуронидаза между ворсинами хориона и децидуальной оболочкой;
- 3) Низкая плацентация или предлежание плаценты.

Плотное прикрепление и приращение может быть **полным** – плацента по всей площади прикреплена к ложу, и **частичным** – если плотная связь с ложем только на каком-то участке.

В первом случае спонтанного кровотечения не бывает. А частичное приращение сопровождается весьма обильным кровотечением вплоть до геморрагического шока.

# АНОМАЛИИ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

## Диагностика:

Полное плотное прикрепление или приращение можно заподозрить, если в течение 30 минут после рождения ребенка отсутствуют признаки отделения плаценты и нет кровотечения.

Распознавание формы аномалии прикрепления плаценты возможно лишь во время операции **ручного отделения плаценты**, показаниями к которой служат:

- 1) Отсутствие отделения плаценты без кровотечения через 30 минут после рождения ребенка;
- 2) Отсутствие отделения плаценты при начавшемся кровотечении, как только кровопотеря составила 250 мл.

# АНОМАЛИИ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

## Лечение:

Если операция ручного отделения плаценты неэффективна – приступают к экстренной операции ампутации матки.

Физиологической кровопотерей в родах является объем 250 мл (объем крови межворсинчатых пространств).

Кровопотеря свыше 1000-1200 мл грозит срывом компенсаторных возможностей и развитию геморрагического шока.

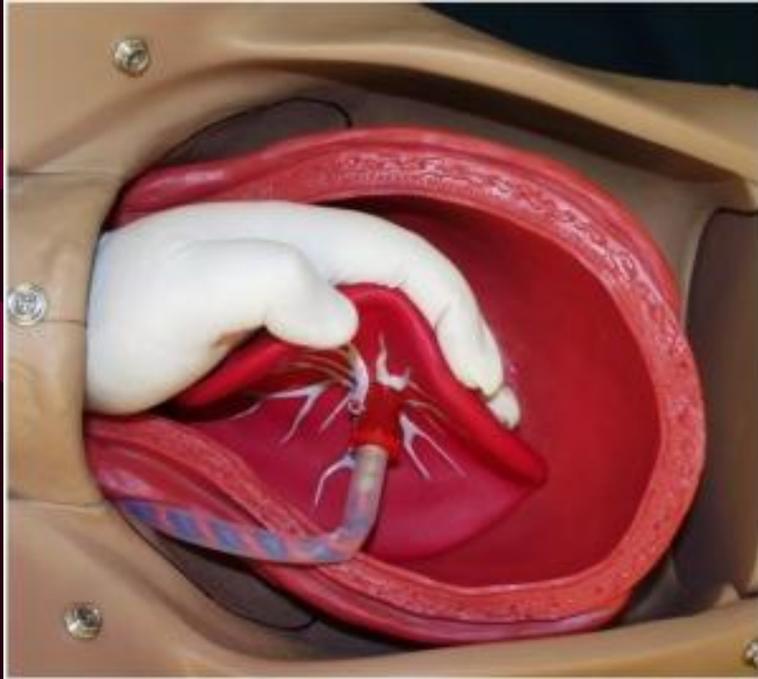


Схема ручного отделения плаценты.

## ГИПО- И АТОНИЧЕСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Кровотечение, возникшее в первые 2 часа после родов, наиболее часто обусловлено нарушением сократительной способности матки – гипо- или атоническим ее состоянием.

Частота данного осложнения – 3-4% от общего числа родов.

### Этиология и патогенез:

Гестозы, заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, почек, дыхательных путей, ЦНС, нейроэндокринные расстройства, инфекции, травмы, массивные кровотечения, аномалии расположения плаценты, задержка в полости матки частей последа, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, приращение плаценты, эндометрит, миома матки, многоплодие, крупный плод, аномалии родовой деятельности, несвоевременное излитие о/п вод, назначение в больших дозах препаратов, сокращающих матку, чрезмерно активное ведение 3 периода родов, потягивание за пуповину.

### Лечение:

Наружный массаж матки + введение препаратов, сокращающих матку: окситоцин, Метилэргометрин. Если неэффективно – ручное обследование полости матки с массажем матки на кулаке + Наложение поперечного шва на шейку матки.

Если кровотечение продолжается и превышает 1000 мл – экстренная операция – перевязка маточных артерий. При отсутствии эффекта или при приращении плаценты – надвлагалищная ампутация матки.

Если атоническое кровотечение обусловлено предлежанием плаценты, при глубоких разрывах шейки, наличии инфекции или ДВС-синдрома – экстирпация матки.

## САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ (ВЫКИДЫШ)

Состояние, характеризующееся прерыванием беременности в первые 22 недели.

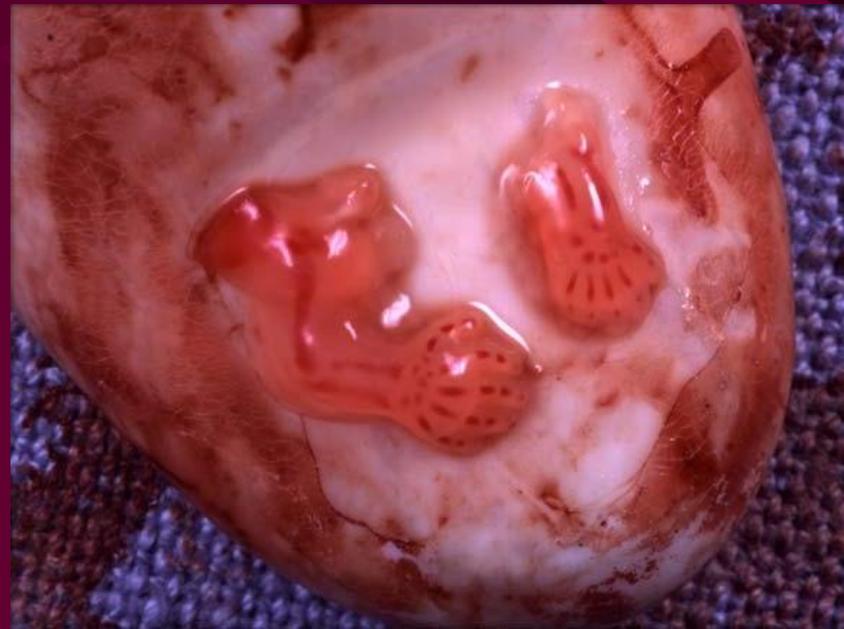
Частота данного осложнения – 15% от общего числа беременностей.

### Этиология и патогенез:

Причины: 1) патология матки (аномалии развития, рубцовые изменения в эндометрии, истмико-цервикальная недостаточность); 2) аномалии хромосомного набора; 3) иммунологические нарушения; 4) эндокринная патология; 5) инфекционные факторы; 6) соматические заболевания и интоксикации; 7) психогенные факторы; 8) осложненное течение беременности.

Клиника: Начиная со стадии аборта в ходу наблюдаются сильные схваткообразные боли в нижней части живота и умеренное вплоть до массивного кровотечения из половых путей и геморрагического шока.

Лечение: Кюретаж полости матки (выскабливание кюреткой).



## Осложнения аборта

- 1) Перфорация стенок матки: свежие и небольшие повреждения ушивают. При значительном повреждении матки или перфорации в области сосудистого пучка – надвлагалищная ампутация или экстирпация матки.
- 2) Неполное удаление плодного яйца (наиболее частое осложнение) – в п/о периоде длительные кровянистые выделения, схваткообразные боли, присоединение эндометрита. Проводится выскабливание полости матки.
- 3) Плацентарный полип – остатки плаценты прорастают соединительной тканью и плотно прикрепляются к стенке матки. Проявляется длительным кровомазанием или кровотечением. Лечение – выскабливание полости матки.
- 4) Эндометрит – возникает чаще при задержке частей плодного яйца при некачественном выскабливании (криминальные аборты наиболее часто). Воспалительный процесс переходит на придатки и далее в полость малого таза (пельвиоперитонит), распространяется на мио- и периметрий – эндомиопараметрит – панметрит. Параметрит может осложняться формированием абсцессов и свищей с мочевым пузырем, прямой кишкой, свищевые ходы могут открываться на передней брюшной стенке над паховой связкой.
- 5) Септические осложнения искусственного аборта: септицемия, септикопиемия, анаэробный сепсис, септический шок.
- 6) Отдаленные осложнения: нарушения менструального цикла, бесплодие, эндометриоз, хронические сальпингоофориты, невынашивание, предлежание, приращение плаценты при последующих беременностях.

## Пузырный занос -

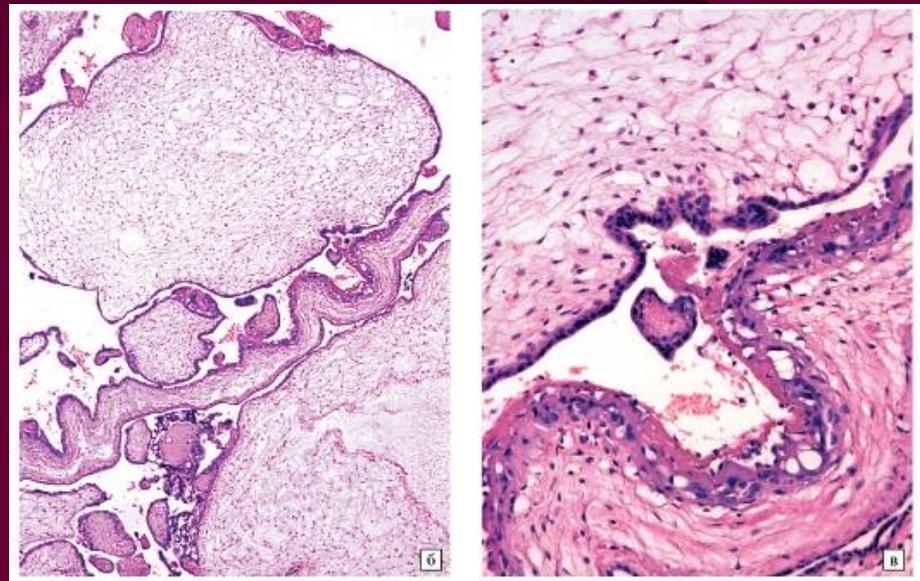
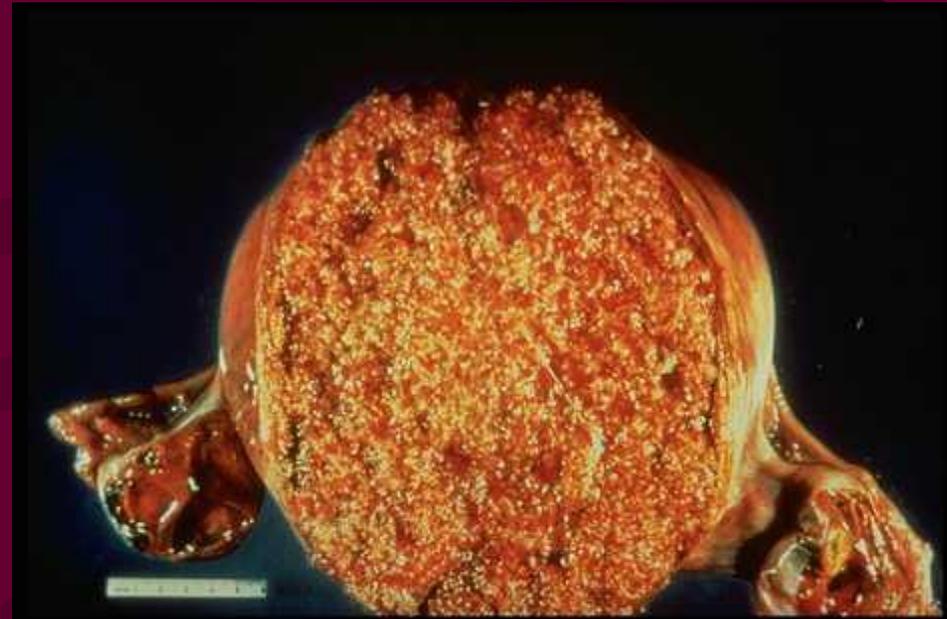
гидропическая трансформация ворсин хориона, обусловленная аномальным набором хромосомного материала.

Неполный пузырный занос – изменена часть ворсин, наличие плода;

Полный пузырный занос – изменены все ворсины, анэмбриония (80%).

Деструирующий пузырный занос – ворсины хориона или отдельные клетки цитотрофобласта проникают в мышечный слой матки, распространяясь вплоть до параметрия. Осложняется разрывом матки.

Клинически ПЗ – увеличение размеров матки превышающие срок беременности, периодические кровотечения, тянущие боли в нижней части живота, Слишком высокий уровень ХГЧ.



## Хорионэпителиома (хорионкарцинома)

В 15-20% случаев пузырный занос трансформируется в хорионэпителиому – злокачественную опухоль. 50% хорионэпителиом – следствие полного пузырного заноса.

Но ХК может развиваться из трофобласта остатков плацентарной ткани после аборт и родов (плацентарный полип), а также при нормальной или эктопической беременности.

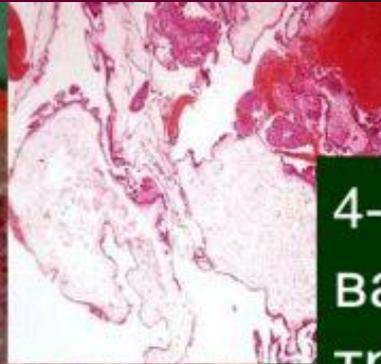
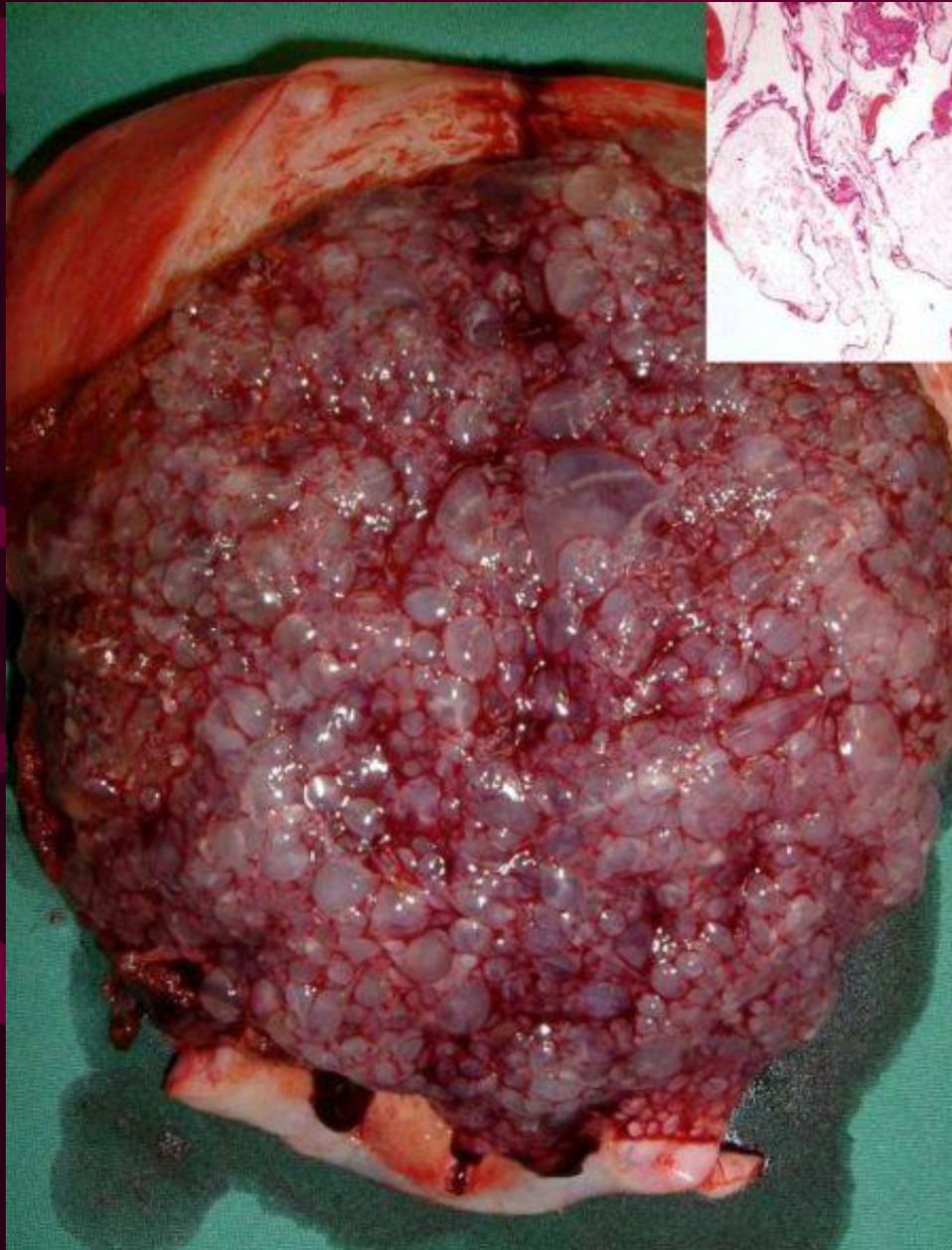
Опухолевая ткань тропна к сосудам, сопровождается разрушением их стенок и обильными кровотечениями.

ХК состоит из атипично расположенных клеток хориона — синцитиальных и крупных клеток Лангханса, не имеет стромы и собственных сосудов. Атипичные клетки цитотрофобласта проникают в материнские сосуды и питаются исключительно за счет материнской крови, свободно плавая в ней.

Имеет вид либо обособленного губчатого узла (реже узлов) различной величины (от горошины до мужского кулака), пропитанного кровью, либо разрастается диффузно и полипозно в толще стенки матки (реже в фаллопиевой трубе и в виде исключения — в яичнике).

Метастазирует гематогенно в легкие, головной мозг, влагалище, печень, почки.

## Ситуационные задачи



4- Перед нами какой вариант трофобластической болезни:

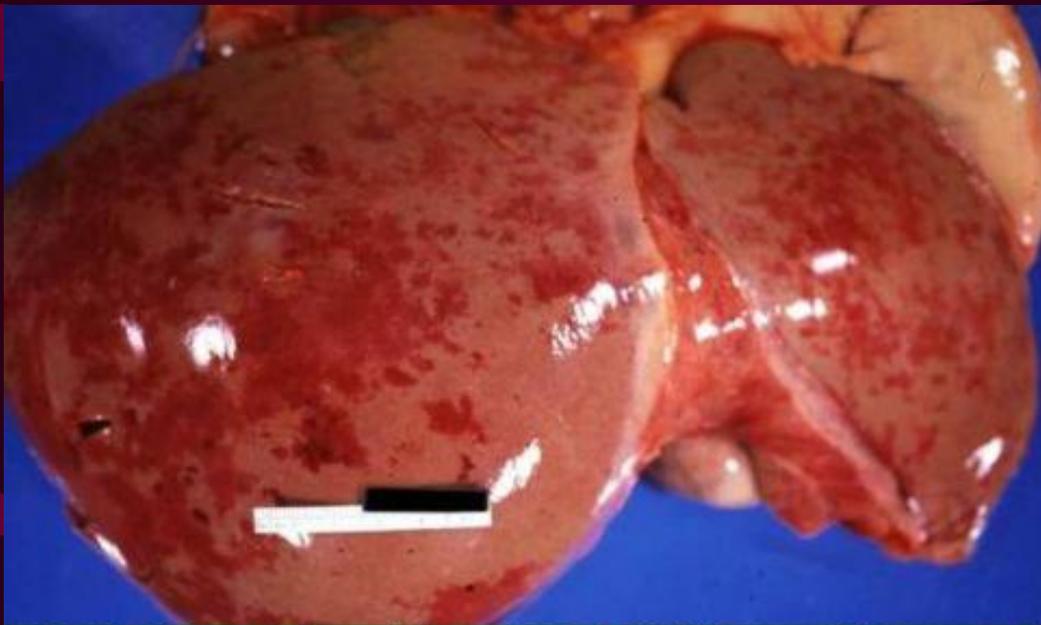
**А- пузырьный занос**

**Б- деструирующий пузырьный занос**

или

**Г- хорион-эпителиома**

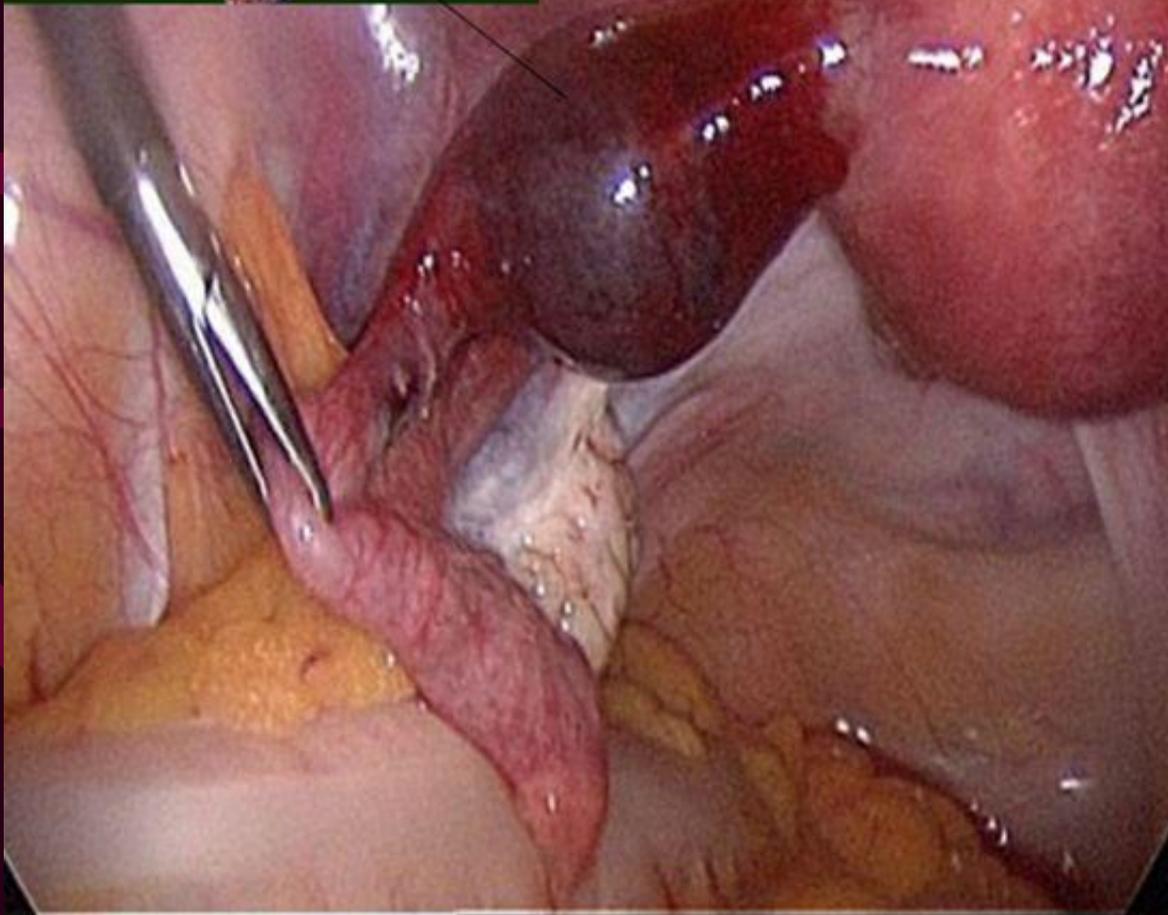
## Ситуационные задачи



к рис№ \_\_\_\_\_ -  
микропрепарат 125+ 267  
(г-э).

У женщины 32 лет  
беременность  
протекала с  
отеками,  
гипертензией ,  
судорогами и  
гепатаргией . В  
печени  
распространенные  
кровоизлияния и  
некрозы:

## Ситуационные задачи



3- Перед нами  
беременность:

**А-** ампулярная

**Б-** трубная

**В-** истмическая  
с картиной

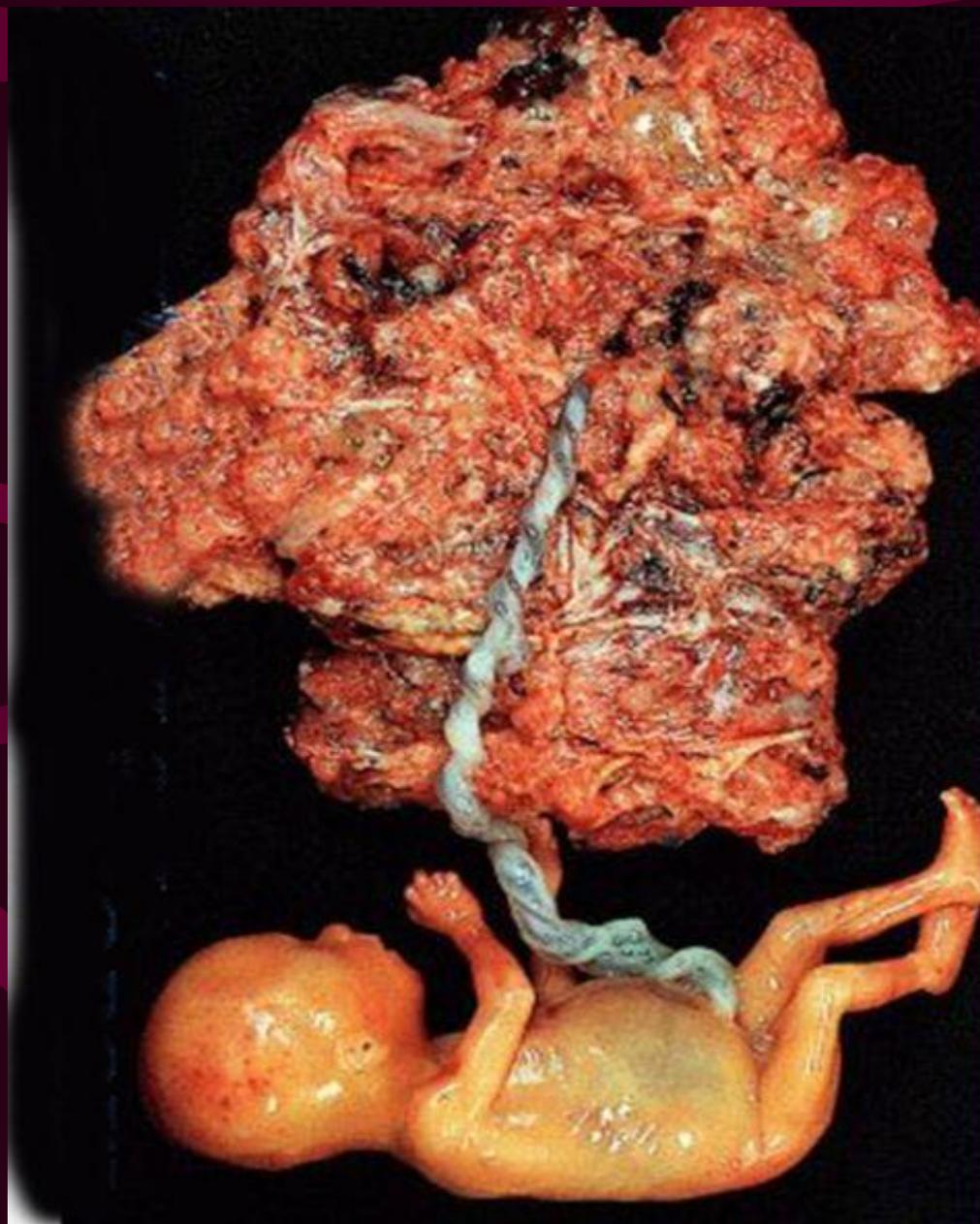
**Г-** неполного  
или

**Д-** полного  
трубного  
аборта?



MyShared

## Ситуационные задачи



к рис № \_\_\_\_\_ - микропрепарат  
150 (г-э).

При анализе причин  
влагалищного  
кровотечения и  
внутриутробной  
гибели плода на  
5м месяце  
беременности  
замечена  
кистозная  
трансформация  
большинства  
ворсин плаценты

## Ситуационные задачи



11-Судя по количеству трансформированных в «пузырьки» ворсинок плаценты (<30%), их гистологическому строению, а также учитывая, что хотя плод есть, но он погиб, имеет место пузырьный занос:

**А- неполный**  
или  
**Б- полный**  
?

Задача №1. Молодая женщина обратилась в женскую консультацию по поводу мажущих кровянистых выделений. Произведено выскабливание полости матки. Клинический диагноз: нарушение овариально-менструального цикла. После гистологического исследования дано заключение: обратное развитие эндометрия после нарушенной беременности раннего срока.

1) Какие морфологические признаки изменённого эндометрия стали основой заключения патологоанатома? 2). Укажите последующие действия акушер-гинеколога. 3). Возможные последствия при неуточнённой локализации беременности.

Задача №2. В патологоанатомическое отделение для гистологического исследования был доставлен обильный соскоб полости матки женщины, наблюдаемой в женской консультации по поводу беременности. Соскоб состоял из большого количества пузырьков с прозрачной и мутной жидкостью.

1. Диагностируйте патологию беременности. 2. Что случилось с плодом? 3. Возможные исходы.

Задача №3. При гистологическом исследовании плаценты обнаружен серозно-гнойный хориоамнионит и серозный сосудистый фуникулит. 1. Укажите вероятный путь инфицирования плаценты. 2. Этиология плацентита. 3. Вероятная судьба новорожденного.

## Ситуационные задачи

Женщина, 35 лет, после (ЭКО) обратилась в ЖК для УЗИ в 32 недели беременности. На УЗИ установлено центральное предлежание плаценты. На основании использования цветного доплеровского картирования заподозрено плотное прикрепление плаценты (*placenta adhaerens*). В дальнейшем беременность протекала без особенностей. Пациентка поступила на профкойку в акушерское отделение клиники с диагнозом: беременность II, 35 недель; центральное предлежание плаценты, подозрение на аномальное прикрепление; неустойчивое положение плода; отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (бесплодие, клиновидная резекция яичников); ожирение I степени; миокардиодистрофия, сердечная недостаточность (СН) 0. У беременной установлена Rh-отрицательная принадлежность крови, что осложняло ситуацию с учетом предстоящих родов и возможного кровотечения. При сроке беременности 38-39 недель в плановом порядке проведено кесарево сечение. Извлечена живая доношенная девочка массой тела 3480 г, ростом 51 см, с оценкой по шкале Апгар 8 баллов. При осмотре матки и придатков обнаружено центральное предлежание плаценты, придатки – без особенностей. Плацента осторожно отделена и выделена с некоторыми затруднениями ввиду наличия интимного прикрепления (*placenta adhaerens*). Полость матки протерта марлевой салфеткой, при осмотре выявлено наличие кровоточащих участков в области нижнего сегмента и шейки. С целью сохранения матки решено попытаться выполнить гемостаз. Кровоточащие участки прошиты и лигированы викрилом. Кровотечение уменьшилось, однако полный гемостаз не достигнут. Решено произвести перевязку маточных сосудов. Маточные сосуды прошиты и лигированы на уровне внутреннего зева шейки матки. Кровотечение прекратилось. Далее целостность матки восстановлена двухрядным (викриловым) швом. После того, как хирурги убедились в наличии гемостаза, брюшная стенка ушита, оставлен дренаж в брюшной полости. Общая кровопотеря составила 800 мл. Послеоперационный период протекал гладко. Пациентка выписана домой на 8-е сутки в удовлетворительном состоянии.

## Ситуационные задачи

Женщина 32 лет, наблюдалась в отделении ЖК с 8-й недели беременности. В анамнезе – четверо родов путем кесарева сечения. Трое детей погибали на 2-е сутки после рождения, причина смерти не установлена. Для исключения хромосомной патологии у плода (в связи с отягощенным анамнезом) в сроке 16 недель произведены трансабдоминальный амниоцентез, биопсия плаценты. Кариотип плода – 46, XY. Трижды во время беременности пациентка лечилась по поводу антифосфолипидного синдрома. При УЗИ на 26-й неделе выявлено многоводие. Плацента располагалась по передней стенке матки, в области нижнего сегмента и рубца, частично перекрывая внутренний зев. В 32 недели при УЗИ с доплерографией обнаружены центральное предлежание плаценты, признаки плацентарной недостаточности. Передняя стенка матки была значительно деформирована, мышечный слой в некоторых местах четко не визуализировался, что позволило предположить аномальное прикрепление плаценты. Женщина после лечения в отделении патологии беременных переведена в акушерское отделение для планового кесарева сечения с диагнозом: беременность 37-38 недель; поперечное положение плода; центральное предлежание плаценты; плацентарная недостаточность; четыре рубца на матке. При вскрытии брюшной полости, на фоне выраженного спаечного процесса, обнаружено отсутствие мышечного слоя значительной части передней стенки матки, предлежание в рану плаценты и плодного пузыря, спаянных с апоневрозом. Через плаценту за ножки извлечен живой доношенный мальчик с оценкой по Апгар 8 баллов, весом 3100 г, ростом 50 см. Плацента осторожно отделена, при отделении обнаружено ее плотное прикрепление в области внутреннего зева. Определена повышенная кровоточивость плацентарной площадки в месте плотного прикрепления. Учитывая желание женщины сохранить матку, произведена перевязка внутренних подвздошных артерий. Однако кровотечение не прекратилось, и была произведена экстирпация матки.

## Ситуационные задачи

34-летняя жительница Индии Шармила Яндюя не подозревала о беременности до той поры, пока не начались сильные схватки. Периодические боли в животе беспокоили ее и раньше, но она просто пила обезболивающие. Месячный цикл не нарушался, никто не думал о беременности. Правда, в последние месяцы отмечались периодические кровотечения, сопровождавшиеся тянущими болями. Ребенок пробыл в матке женщины целых десять лет! Очевидно, плод умер в утробе приблизительно на пятом месяце беременности (причиной смерти стало обвитие пуповины вокруг шеи). Однако роды не наступили, и он остался в матке. Полнота женщины скрыла разросшуюся до тридцати сантиметров матку. В это время плод подвергся процессу петрификации - отложению солей кальция в тканях. Кальций пропитывал кожу и внутренности ребенка, не давая ему разлагаться. За десять лет плод совершенно окаменел, превратившись в своего рода мумию.

Шармила вспомнила, что десять лет назад она действительно чувствовала себя беременной, но к врачу не пошла, так как предыдущая беременность протекала легко и ехать в город она не захотела. Затем вновь пошли месячные, и женщина решила, что беременность ей показалась. Боли прошли, живот ее был довольно большим всегда, и Шармила забыла о недомогании. В тот день, когда начались схватки, Шармила помогала мужу ремонтировать дом и поднимала на крышу тяжелое ведро с цементом. Очевидно, это и спровоцировало изгнание мумифицированного плода.