

# ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. ПОНРП.

Чеченский государственный университет  
Медицинский институт  
Кафедра «Акушерство и гинекология»

## Причины кровотечения в поздние сроки беременности

- предлежание плаценты
  - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
  - эрозии и полипы шейки матки
  - рак шейки матки и влагалища
  - разрывы варикозных узлов влагалища
  - травмы влагалища
  - разрывы сосудов пуповины, при оболочечном их прикреплении
- 
- 50%

## Предлежание плаценты

- (*placenta praevia*) это аномалия расположения плаценты, при которой она прикреплена в области нижнего маточного сегмента. При этом та или другая часть ее находится в области внутреннего маточного зева, частично или полностью перекрывая его.

- При предлежании плацента находится на пути рождающегося плода
- («praе» — «перед», «via» — «на пути»).

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- В III триместре частота предлежания плаценты составляет 0,2-3,0%.
- До 22-24 нед предлежание плаценты наблюдаются чаще.
- По мере прогрессирования беременности и роста матки происходит смещение плаценты вверх, после чего она
- располагается на 7-10 см выше внутреннего зева. Этот процесс иногда называют «миграция плаценты».

# КЛАССИФИКАЦИЯ

- ПОЛНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ — плацента полностью перекрывает внутренний зев;
- НЕПОЛНОЕ (ЧАСТИЧНОЕ) ПРЕДЛЕЖАНИЕ (*боковое. краевое*) — внутренний зев перекрыт частично или плацента нижним краем доходит до него;
- НИЗКОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ — плацента расположена на расстоянии 7 см и менее от внутреннего зева

- Длительное время классификация степени предлежания предусматривала определение локализации плаценты в родах при открытии маточного зева на 4 см и более.

# Варианты предлежания плаценты



**Центральное предлежание плаценты** (*placenta praevia centralis*) – внутренний зев перекрыт плацентой.



**Боковое предлежание плаценты** (*placenta praevia lateralis*) – предлежат части плаценты в пределах внутреннего зева.

# Варианты предлежания плаценты



**Краевое предлежание плаценты** - (placenta praevia marginalis) нижний край плаценты находится у краёв внутреннего зева



**Низкая плацентация** - плацента имплантируется в нижнем сегменте матки, но её край не достигает внутреннего зева.

# Факторы, предрасполагающие к предлежанию плаценты:

- Плодовой фактор – неполноценность плодного яйца, снижение его протеолитических свойств.
- Маточный фактор (генитальный) – атрофические и дистрофические процессы в слизистой оболочке матки (генитальный инфантилизм, хронический эндометрит, значительное число родов в анамнезе, перенесённые аборт, послеабортные и послеродовые септические заболевания, миома матки с межмышечным или подслизистым расположением узлов; патология шейки матки: псевдоэрозии, эндоцервициты, истмиоцервикальная недостаточность).
- Экстрагенитальный фактор – хронические заболевания, вызывающие нарушения кровообращения в органах малого таза (заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, почек, различные инфекции и интоксикации).

К плодовым факторам, способствующим предлежанию плаценты, относят снижение протеолитических свойств

плодного яйца, когда нидация в верхних отделах матки невозможна

- . При неблагоприятных условиях нидации плодного яйца наблюдают отклонения в развитии хориона — атрофию ворсин в области *decidua capsularis*. На месте возможного расположения *decidua capsularis* формируется ветвистый хорион.
- В ранние сроки беременности довольно часто происходит формирование ветвистого хориона в нижних отделах плодного яйца.

- По мере увеличения тела матки, формирования и растяжения нижнего сегмента в конце II и в III триместре плацента может смещаться, как бы «мигрировать» кверху до 7–10 см. В момент смещения плаценты возможно появление в небольшом количестве кровяных выделений из половых путей.
- При предлежании плаценты в силу недостаточного развития слизистой матки в нижнем сегменте возможно плотное прикрепление плаценты или истинное приращение.

# Патогенез развития кровотечения при предлежании плаценты



# Диагностика предлежания плаценты



# Клинические признаки предлежания плаценты

- кровяные выделения из половых путей яркого цвета при безболезненной матке;
- высокое стояние предлежащей части плода;
- неправильные положения или тазовые предлежания плода.

- Главный симптом предлежания плаценты — кровотечение из половых путей, возникающее внезапно среди полного здоровья, чаще в конце II–III триместра
- **или**
- с появлением первых схваток.

- Соответственно кровопотере возможны симптомы геморрагического шока.
- Чем больше степень предлежания плаценты, тем раньше происходит кровотечение. Вытекающая из половых путей кровь ярко алого цвета.
- Кровотечение не сопровождается болевыми ощущениями; нередко рецидивирует, приводя к анемии беременных. На фоне анемии даже небольшая кровопотеря может способствовать развитию геморрагического шока.

- В период формирования нижнего сегмента происходит сокращение мышечных волокон в нижних отделах матки.
- Поскольку плацента не обладает способностью к сокращению, в результате смещения относительно друг друга двух
- поверхностей — участка нижнего сегмента и участка плаценты — часть последней отслаивается от стенок матки,
- обнажая сосуды плацентарной площадки; вытекающая при этом кровь — материнская.

- Кровотечение может остановиться лишь по окончании сокращения мышц, тромбоза сосудов и прекращения отслойки плаценты. Если сокращения матки возобновляются, кровотечение возникает снова. Интенсивность кровотечения варьирует от массивной до незначительной, в зависимости от количества и диаметра повреждённых сосудов матки. Кровь из сосудов плацентарной площадки вытекает через половые пути, не образуя гематом, поэтому матка безболезненна во
- всех отделах и не меняет тонуса.

## В родах один из факторов появления кровотечения при предлежании плаценты

— натяжение оболочек в нижнем полюсе плодного яйца, удерживающих край плаценты, не следующей за сокращением нижнего сегмента матки.

Разрыв плодных оболочек прекращает натяжение, плацента перемещается вместе с нижним сегментом, кровотечение может остановиться.

Дополнительным фактором остановки кровотечения при неполном предлежании может стать прижатие плаценты опускающейся в таз головкой плода. При полном предлежании плаценты самопроизвольная

остановка кровотечения невозможна, поскольку плацента в родах по мере сглаживания шейки продолжает отслаиваться от стенки матки.

- Общее состояние беременной при предлежании плаценты зависит от величины кровопотери. При этом необходимо учитывать кровь, скапливающуюся во влагалище (до 500 мл).
- Состояние плода зависит от тяжести анемии или геморрагического шока при кровопотере. При обильном кровотечении развивается острая гипоксия плода.

# При предлежании плаценты возникают следующие осложнения беременности:

- угроза прерывания;
- железодефицитная анемия;
- неправильное положение и тазовое предлежание плода в силу наличия препятствия вставлению головки в малый таз;
- хроническая гипоксия и ЗРП за счёт плацентации в нижнем сегменте и относительно низкого кровотока в этом отделе матки.

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Безболезненное кровотечение в III триместре беременности, независимо от того, выраженное оно или незначительное, должно рассматриваться как обусловленное placenta praevia до тех пор, пока диагноз не уточнен окончательно.

# ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

При предлежании плаценты устанавливают:

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

При поступлении беременной с кровотечением в стационар для уточнения диагноза **при подготовленной операционной** (для проведения кесарева сечения) производят осмотр шейки матки с помощью зеркал и двуручное влагалищное исследование. При осмотре шейки матки с помощью зеркал можно определить источник кровотечения и исключить полип цервикального канала, эрозию шейки матки, варикозное расширение вен влагалища с разрывом узла.

# Тактика ведения беременности при предлежании плаценты

- В первой половине беременности при отсутствии кровяных выделений
  - Наблюдение врача женской консультации.
  - Исключение физической нагрузки, поездок, половой жизни.
  - УЗИ раз в 3-4 недели.
- Во второй половине беременности при сохранении предлежания плаценты
  - Нахождение в стационаре

## Показания к плановому кесареву сечению при предлежании плаценты

- Полное предлежание плаценты
- Боковое или краевое предлежание плаценты в сочетании с
  - косым или поперечным положением плода
  - тазовым предлежанием
  - узким тазом
  - многоплодием
  - рубцом на матке
  - возрастом первородящей старше 30 лет



# ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ВОЗНИКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- угроза прерывания;
- железодефицитная анемия;
- неправильное положение и тазовое предлежание плода в силу наличия препятствия вставлению головки в малый таз;
- хроническая гипоксия и ЗРП за счёт плацентации в нижнем сегменте и относительно низкого кровотока в этом отделе матки.

# МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- При незначительных кровяных выделениях осуществляют терапию, направленную на сохранение беременности под контролем гемостаза в стационаре.

- При выявлении дефектов гемостаза
- вводят свежзамороженную плазму, дезагрегационные препараты (дипиридамол, пентоксифиллин) лекарственные средства, направленные на активацию гемостаза и улучшение микроциркуляции.
- Одновременно проводят антианемическую терапию, осуществляют ультразвуковой контроль расположения плаценты.

# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Во время КС, особенно при расположении плаценты на передней стенке матки, возможно усиление кровотечения,
- вплоть до массивного, которое обусловлено нарушением сократительной способности нижнего сегмента, где располагается плацентарная площадка.
- Причиной кровотечения может быть также часто наблюдаемое при этой патологии плотное прикрепление или приращение (врастание) плаценты.

# При расположении плаценты на передней стенке

- опытный врач может провести КС в нижнем сегменте матки. В этом случае делают разрез скальпелем на матке и плаценте, продолжают его в сторону ножницами, не отслаивая плаценту
- от стенки матки, быстро извлекают плод и отделяют плаценту рукой от стенки матки.
- Начинаящий работу врач для снижения кровопотери может произвести корпоральное КС

- Если при КС возникает массивное кровотечение, которое не прекращается после ушивания разреза на матке и введения утеротонических лекарственных препаратов, на нижний сегмент накладывают стягивающие или матрасные швы; при отсутствии эффекта осуществляют перевязку маточных, яичниковых, а затем внутренних подвздошных артерий.
- Если кровотечение продолжается, производят экстирпацию матки.

- При предлежании плаценты в раннем послеоперационном или послеродовом периоде возможно маточное кровотечение, обусловленное гипотонией или атонией нижнего маточного сегмента или разрывом шейки матки после родов через естественные родовые пути.
- Для профилактики нарушений сократительной способности матки в конце второго периода родов или во время КС после извлечения плода вводят утеротонические средства: окситоцин или ПГ (динопростон, динопрост) внутривенно в течение 3–4 ч.

# ПРОФИЛАКТИКА

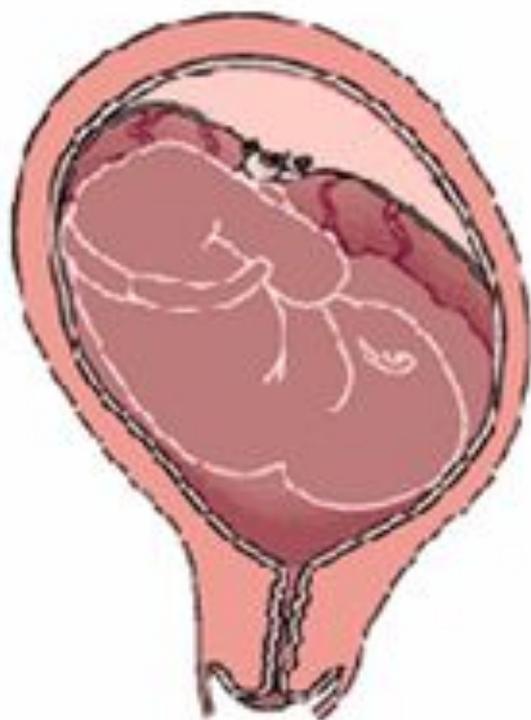
- Поскольку предлежание плаценты чаще возникает у многорожавших женщин с внутриматочными вмешательствами в анамнезе, снижение числа абортов, необоснованных консервативных миомэктомий, частоты КС за счёт
- рационального ведения родов будут способствовать снижению частоты неправильного прикрепления плаценты.

# ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

- отслойка плаценты до рождения плода
- (во время беременности, в первом и во втором периодах родов).

# Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Норма



Отслойка плаценты



# Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты



# К ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ ПОНРП

---

- **Во время беременности:**
- сосудистая экстрагенитальная патология (АГ, гломерулонефриты);
- эндокринопатии (СД);
- аутоиммунные состояния (АФС, системная красная волчанка);
- аллергические реакции на декстраны, гемотрансфузию;
- гестоз, особенно на фоне гломерулонефрита;
- инфекционноаллергические васкулиты;
- генетические дефекты гемостаза, предрасполагающие к тромбозам.

---

□ **Во время родов:**

- излитие ОВ при многоводии;
- гиперстимуляция матки окситоцином;
- рождение первого плода при многоплодии;
- короткая пуповина;
- запоздалый разрыв плодного пузыря.

- 
- **Возможна насильственная отслойка плаценты** в результате падения и травмы, наружных акушерских поворотов, амниоцентеза.

# ПАТОГЕНЕЗ

Разрыв сосудов и кровотечение начинается в *decidua basalis*. Образующаяся гематома нарушает целостность всех слоев децидуальной оболочки и отслаивает от мышечного слоя матки плаценту, которая прилегает к этому участку.

При непрогрессирующем варианте отслойки плаценты она может не распространяться дальше, гематома уплотняется, частично рассасывается, в ней откладываются соли. При прогрессирующем варианте участок отслойки может быстро увеличиваться. Матка при этом растягивается. Сосуды в области отслойки не пережимаются.



Вытекающая кровь может продолжать отслаивать плаценту, а затем оболочки и вытекать из половых путей. Если кровь при продолжающейся отслойке плаценты не находит выхода, то она накапливается между стенкой матки и плацентой с образованием гематомы.

- Кровь при этом проникает как в плаценту, так и в толщу миометрия, что ведет к перерастяжению и пропитыванию стенок матки, раздражению рецепторов миометрия. Растяжение может быть настолько значительным, что в стенке матки образуются трещины, распространяющиеся до серозной оболочки и даже на нее.

При этом вся стенка матки пропитывается кровью, и она может проникать в околоматочную клетчатку, а в ряде случаев – через трещины серозной оболочки и в брюшную полость. Серозный покров матки при этом имеет синюшный цвет с петехиями (или с петехиальными кровоизлияниями). Такое патологическое состояние называют маточно-плацентарной апоплексией;

**впервые патология описана А. Кувелером в 1911 г. и получила название «матка Кувелера».**  
**Состояние нарушает сократительную способность миометрия, что приводит к гипотонии, прогрессированию ДВС-синдрома, массивному кровотечению.**

## Клинические проявления ПОНРП

- кровотечение
- боль в животе и поясничной области
- болезненность и гипертонус матки
- острая гипоксия плода.

# КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ПОНРП МОЖЕТ БЫТЬ

- ⦿ наружным;
- ⦿ внутренним;
- ⦿ смешанным (внутренним и наружным).

## ПОНРП легкой степени

- болевые симптомы отсутствуют
- матка а нормотонусе
- сердцебиение плода не страдает
- видимые слизистые оболочки и кожные покровы обычного цвета
- пульс иногда учащен, хорошего наполнения.
- выделения из половых путей скудные

# ПОНРП средней степени

- отслойка 1/4 поверхности плаценты
- постоянные боли в животе
- выделения из половых путей - темная кровь со сгустками, иногда алая, в значительном количестве
- тонус матки повышен
- между схватками матка расслабляется не полностью
- матка может иметь асимметричную форму
- болезненность при пальпации матки
- трудно выслушать сердцебиение плода.
- гипоксия плода
- бледность видимых слизистых оболочек и кожных покровов
- кожа холодная, влажная на ощупь
- пульс частый, слабого наполнения и напряжения
- артериальное давление снижено
- дыхание учащено.

# Тяжелая ПОНРП

- отслойка более 2/3 плаценты
- внезапное: появление болей в животе
- слабость, головокружение, часто обморочное состояние
- больная беспокойна, стонет
- кожные покровы и слизистые оболочки бледные, лицо покрыто холодным потом
- дыхание и пульс слабого наполнения и напряжения
- артериальное давление снижено
- живот резко вздут
- матка, напряжена, с "локальной припухлостью", болезненная
- мелкие части плода и сердцебиение не определяются
- в тяжелых случаях развивается почечная недостаточность

# Диагностика ПОНРП основана на:

- клинической картине заболевания;
- данных УЗИ;
- изменениях гемостаза.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- проводят с гистопатическим разрывом матки, предлежанием плаценты, разрывом сосудов пуповины.

**ПОНРП** имеет идентичные симптомы с гистопатическим разрывом матки: боль в животе, напряженная, нерасслабляющаяся стенка матки, острая гипоксия плода. УЗИ выявляет участок отслоившейся плаценты. Если таковой отсутствует, то дифференциальный диагноз затруднён. Независимо от диагноза необходимо экстренное родоразрешение.

- Отслойка предлежащей плаценты устанавливается легко, так как при наличии кровяных выделений из половых путей, остальные характерные симптомы отсутствуют. При УЗИ определить расположение плаценты не представляет труда.
- Заподозрить разрыв сосудов пуповины крайне сложно. Указанная патология часто наблюдается при оболочечном прикреплении сосудов. Для неё характерны выделение крови ярко алого цвета, острая гипоксия и антенатальная гибель плода. Локальная болезненность и гипертонус отсутствуют.

# ЛЕЧЕНИЕ

- Тактика ведения беременности при ПОНРП зависит от следующих показателей:
- величина кровопотери;
- состояние беременной и плода;
- срок гестации;
- состояние гемостаза.

- Во время беременности и в родах при выраженной клинической картине (средняя и тяжелая степень) ПОНРП
- показано экстренное родоразрешение путем КС, независимо от срока гестации и состояния плода. Во время операции
- необходим осмотр матки для выявления кровоизлияния в мышечную стенку и под серозную оболочку (**матка Кувелера**). При продолжающемся кровотечении следует осуществлять экстирпацию матки.

- При лёгкой форме течения ПОНРП, если состояние беременной и плода значительно не страдает, нет выраженного наружного или внутреннего кровотечения (небольшая непрогрессирующая ретроплацентарная гематома по данным УЗИ), анемии, при сроке гестации до 34–35 нед, возможна выжидательная тактика. Ведение беременной проводится под контролем УЗИ, при постоянном наблюдении за состоянием плода (доплерометрия, КТГ). Терапия предполагает постельный режим беременной и заключается во введении в-адреномиметиков, спазмолитических средств, дезагрегантов, поливитаминов, антианемических препаратов. По показаниям — переливание свежезамороженной плазмы.

- Если состояние беременной и плода удовлетворительное, нет выраженного наружного или внутреннего кровотечения
- (небольшая непрогрессирующая ретроплацентарная гематома по данным УЗИ), анемии, при сроке гестации до 34–36 нед возможна выжидательная тактика. Ведение беременной выполняют под контролем УЗИ, при постоянном наблюдении за состоянием плода (доплерометрия, КТГ). Лечение предполагает постельный режим беременной.

# Матка Кувелера

- Французский гинеколог Александр Кувелер (1873–1948) описал данный симптомокомплекс в 1911 году в работе «Хирургическое лечение маточно-плацентарных кровотечений вследствие отслоения нормально расположенной плаценты». Он представил характерный вид матки, который вошел в историю как матка Кувелера. Морфологически «матка Кувелера» выглядит как пропитанная кровью, неспособная к сокращениям, синюшная, с петехиальными кровоизлияниями на серозе.

- Если при интраоперационной ревизии матка оценивается как **матка Кувелера**, методом выбора является ее **экстирпация без придатков**.
- Надвлагалищная ампутация в этой ситуации рискованна, поскольку возможно возобновление кровотечения из культи шейки матки.

# ВЕДЕНИЕ РОДОВ

- При небольшой отслойке, удовлетворительном состоянии роженицы и плода, нормальном тоне матки роды можно вести через естественные родовые пути. Выполняют **раннюю амниотомию** с целью уменьшения кровотечения и поступления тромбoplastина в материнский кровоток, ускорения родов (особенно при доношенном плоде). Роды следует вести под постоянным мониторным наблюдением за характером материнской гемодинамики, сократительной деятельности матки и сердцебиения плода. Проводят катетеризацию центральной вены, по показаниям — инфузионную терапию.. Целесообразна эпидуральная анестезия. После прорезывания головки применяют окситоцин с целью усиления маточных сокращений и уменьшения кровотечения.

- При прогрессировании отслойки или появлении выраженных симптомов во втором периоде родов тактика
- определяется местом нахождения предлежащей части в малом тазу. При головке, расположенной в широкой части полости малого таза и выше, показано КС. Если предлежащая часть располагается в узкой части полости малого таза и ниже, то при головном предлежании накладываются акушерские щипцы, а при тазовом предлежании производится
- экстракция плода за тазовый конец.

- В раннем послеродовом периоде после отделения плаценты производят ручное обследование матки. Для профилактики кровотечения вводится динопрост в физиологическом растворе внутривенно капельно 2–3 ч.
- В раннем послеродовом и послеоперационном периодах при ПОНРП важным является коррекция гемостаза. При наличии признаков нарушения коагуляции осуществляется переливание свежезамороженной плазмы, тромбоцитарной массы, проведение по показаниям гемотрансфузии (эритроцитарная масса).

# ИСХОД ДЛЯ ПЛОДА

---

- При ПОНРП плод, как правило, страдает от острой гипоксии. Если акушерскую помощь оказывают несвоевременно и
- недостаточно быстро, наступает антенатальная гибель плода. При преждевременном родоразрешении у
- новорождённых возможно развитие РДС.

# АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ, ПОСТУПАЮЩИХ В СТАЦИОНАР С КРОВЯНЫМИ ВЫДЕЛЕНИЯМИ

- наружное акушерское исследование;
- выслушивание сердечных тонов плода, кардиомониторинг;
- осмотр наружных половых органов и определение характера кровяных выделений;
- УЗИ (при массивной кровопотере в операционной).

## При необходимости:

- · осмотр шейки матки и влагалища с помощью зеркал; двуручное влагалищное исследование.

# Влагалищное исследование в родах производят в следующих случаях:

- амниотомия при ведении родов через естественные родовые пути;
- определение степени раскрытия шейки матки;
- выявление сгустков крови во влагалище, заднем своде (определения истинной кровопотери).

- 
- Влагалищное исследование производят при развёрнутой операционной; при усилении кровотечения экстренно
  - производят чревосечение и КС. Обязательно определяют величину кровопотери (взвешивание пелёнок, простыней) с учётом сгустков крови, находящихся во влагалище.

- 
- Кровопотерю, составляющую
  - 0,5% массы тела и более (300–400 мл) считают патологической,
  - а 1% массы тела и более (1000 мл), — массивной.

● СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ