

Кровотечения во время беременности и 1,2 периодах родов

Лекция для студентов 4
курса

A stylized, dark teal silhouette of a mountain range is located in the bottom right corner of the slide, extending from the right edge towards the center.

Классификация

- ◆ **Во время беременности выделяют кровотечения:**
 - не связанные с патологией плодного яйца
 - связанные с патологией плодного яйца
- ◆ **кровотечения во время родов – в 1 и 2 периодах родов;**
- ◆ **кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.**

Кровотечения при беременности, не связанные с патологией плодного яйца

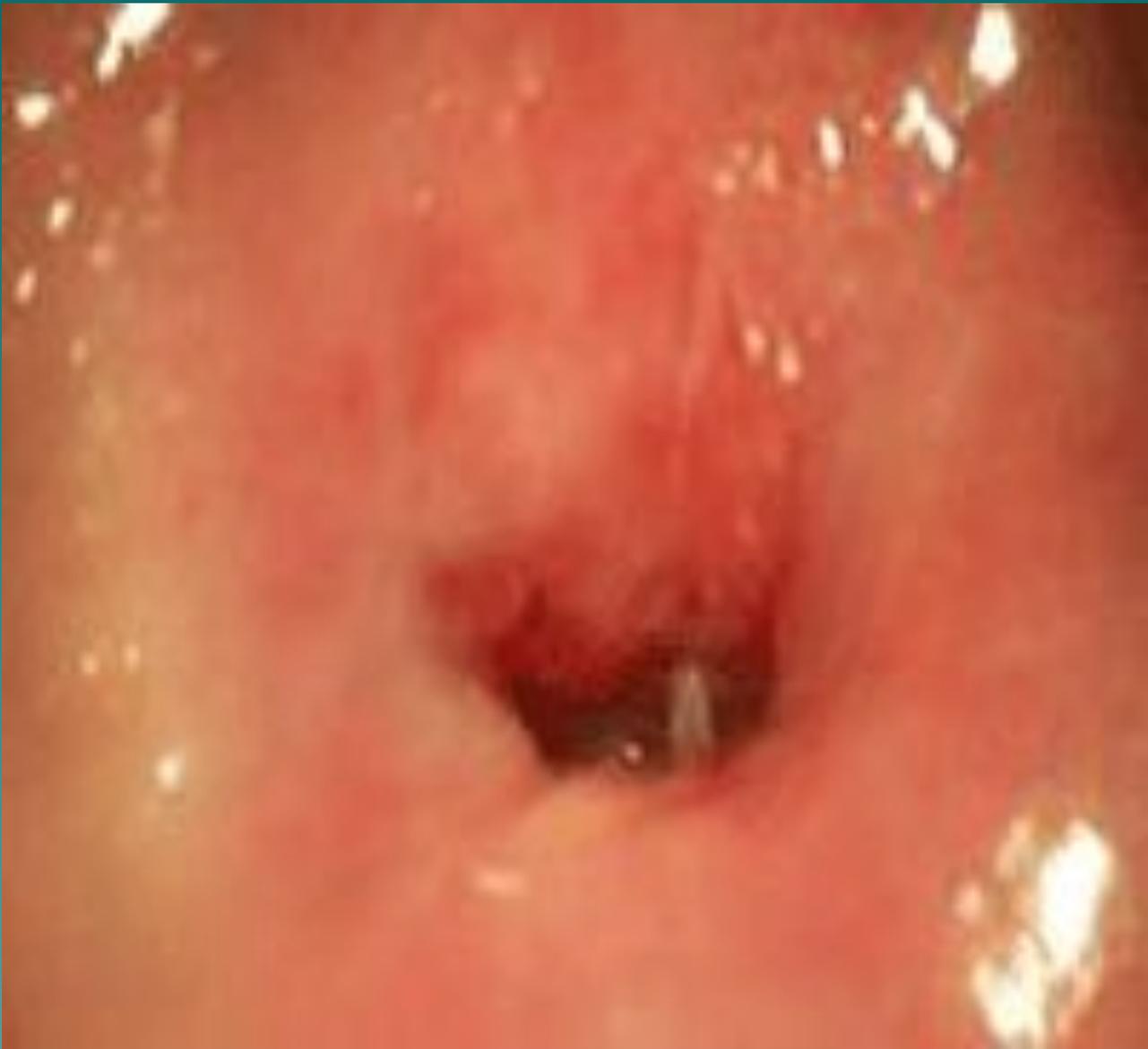
- ◆ Эрозия шейки матки
- ◆ Полипы шейки матки
- ◆ Рак шейки матки
- ◆ Варикозное расширение вен влагалища и наружных половых органов
- ◆ Травмы влагалища

Эрозия шейки матки

Эрозия шейки матки — дефект эпителия шейки матки с обнажением субэпителиальной ткани (стромы).

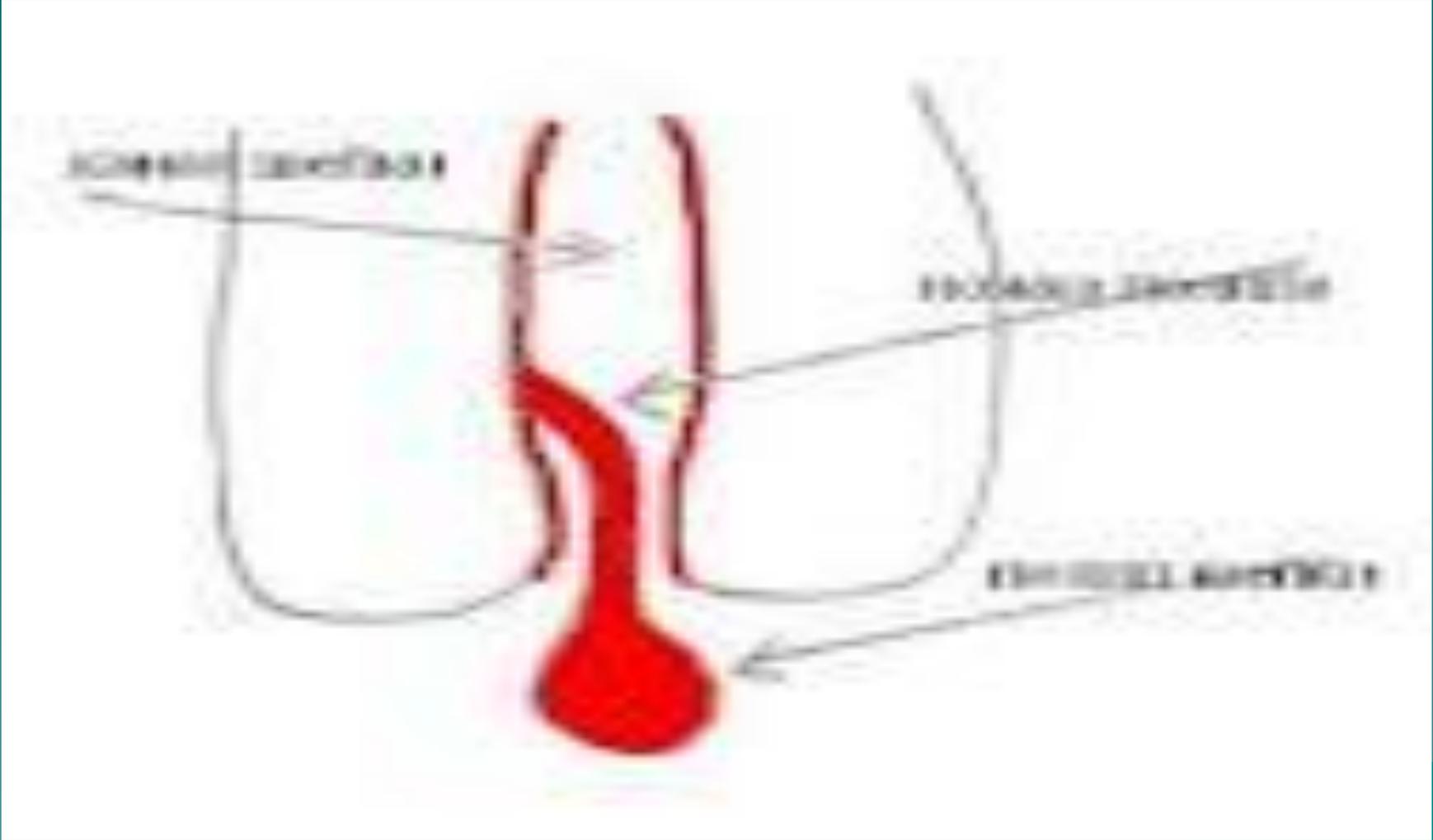
Кровянистые выделения контактные, незначительные, не сопровождаются болями.

- Исключить рак шейки матки.
- обследование с помощью зеркал, кольпоскопия, цитологическое исследование мазков из цервикального канала, с поверхности эрозии), а при подозрении на специфическую этиологию эрозии — микробиологические исследования.
- Эрозии специфической природы (гонорея, трихомониаз, сифилис) подлежат соответствующему обследованию (серологическое, бактериоскопическое, бактериологическое исследования) и лечению.



Полипы шейки матки

- ◆ Различают: одиночные и множественные, различных размеров, с ножкой, располагающейся у края наружного зева или уходящей глубоко в цервикальный канал.
- ◆ Клинически полипы проявляются в виде контактных кровянистых выделений.
- ◆ Диагноз - при осмотре с помощью зеркал. При кровоточащем полипе необходима госпитализация. Полипы требуют хирургического лечения – полипэктомии путем осторожного откручивания с обязательным гистологическим исследованием. Выскабливание цервикального канала не производится.



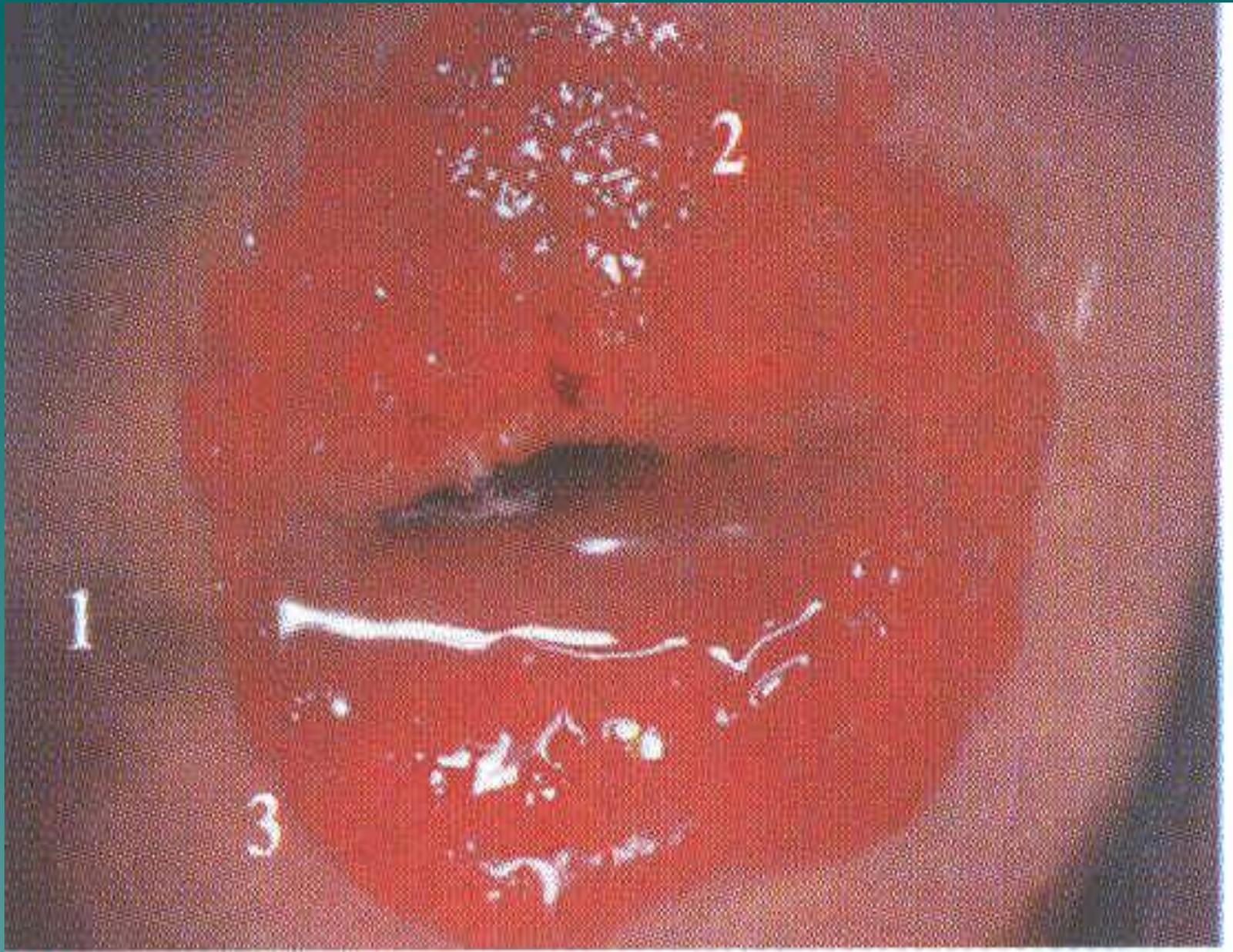
Поллипы шөйкем мазт кыя





Рак шейки матки

- ◆ В первой половине беременности - госпитализация беременной в онкологический стационар. Производство искусственного аборта категорически противопоказано. В этих случаях осуществляют радикальную операцию – расширенную экстирпацию беременной матки.
- ◆ В поздние сроки беременности показано родоразрешение в сроках близких к доношенному (34-36 недель) путем операции кесарево сечение. Дальнейшая тактика ведения определяется в онкологическом стационаре в зависимости от степени распространения рака шейки матки.



Варикозное расширение вен влагалища и наружных половых органов

- ◆ чаще всего возникают в связи с механической (разрывы слизистой оболочки влагалища при падении, дорожно-транспортном происшествии и т.д.) или химической травмой (ожоги химическими, лекарственными веществами).
- ◆ Источник кровотечения устанавливают при осмотре и восстанавливают нарушенную целостность тканей. При повреждении венозных сплетений кровотечения бывают обильными. Иногда приходится перевязывать вены, если кровотечение не удастся остановить обкалывающими швами.
- ◆ Ожоги слизистой оболочки влагалища проявляются в единичных или множественных легко кровоточащих язвах. Таким больным назначают спринцевания дезинфицирующими растворами и мази.
- ◆ Беременную помещают в стационар, назначают постельный режим и, при необходимости, проводят профилактику возможного самопроизвольного аборта.

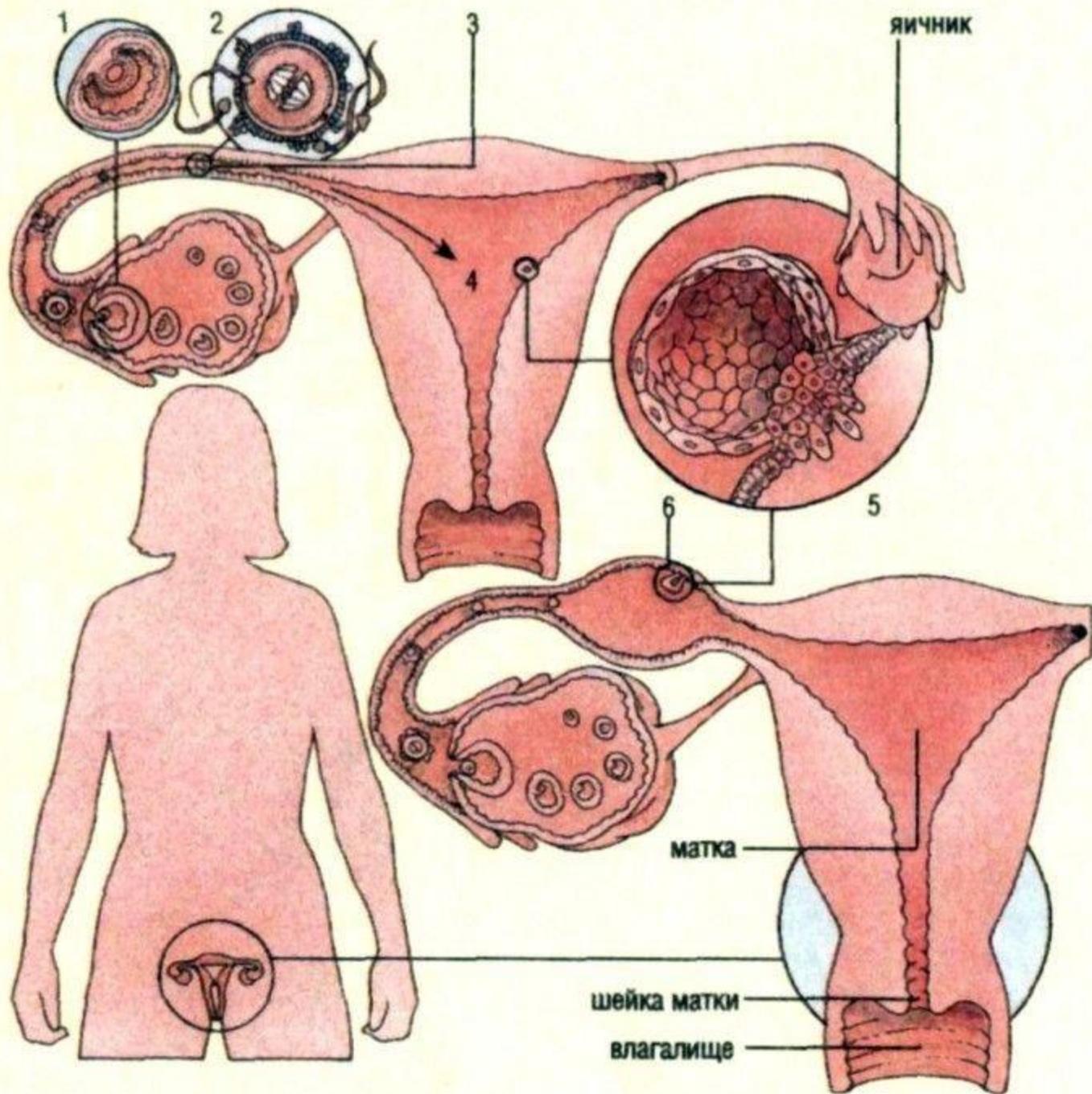
Кровотечения, связанные с патологией плодного яйца

- Внематочная беременность;
- Самопроизвольный аборт (выкидыш);
- Цервикальном прикреплении плодного яйца (шеечная беременность);
- Пузырный занос;
- Предлежание плаценты;
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Внематочная беременность

Имплантация оплодотворенной яйцеклетки наиболее часто происходит в маточной трубе – трубная беременность, встречается также яичниковая, брюшная.

В зависимости от анатомического отдела трубы, в котором развивается плодное яйцо, принято различать истмическую, ампулярную и интерстициальную трубную беременность







Причины внематочной беременности

- Воспалительные процессы в придатках матки; половой инфантилизм, эндокринные расстройства; нарушение перистальтики маточных труб и др.

- К группе повышенного риска следует отнести больных, перенесших операции на органах малого таза, леченных стимуляторами овуляции с бесплодием, опухолями, с эндометриозом.

- Стрессовые ситуации, психические травмы могут привести к обратным перистальтическим движениям маточной трубы.

При внематочной беременности плодное яйцо имплантируется в слизистой оболочке маточной трубы. Мышечный слой трубы гипертрофируется, но не может обеспечить нормальные условия для развития плодного яйца, и на 4-6 неделе происходит прерывание беременности.

Причина прерывания – нарушение целостности плодместилища.

По клиническому течению

- ◆ По клиническому течению различают **прогрессирующую и прервавшуюся трубную беременность.**
- ◆ При прогрессирующей внематочной беременности в организме женщины возникают изменения, свойственные беременности, имеются положительные биологические и иммунологические реакции на беременность.
- ◆ Установить правильный диагноз помогают динамическое наблюдение (отставание роста матки от предполагаемого срока беременности, увеличение опухолевидного образования в придатках матки), ультразвуковое исследование, лапароскопия.
- ◆ Определенную роль играет диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки, в которой обнаруживаются децидуальные изменения без наличия ворсин хориона.

В зависимости от разрыва наружной или внутренней стенки плодоемкости возникает разрыв трубы или трубный аборт.

- ◆ При трубном аборте кровотечение в брюшную полость, как правило, умеренное. Кровянистые выделения из влагалища обусловлены отторжением из матки децидуальной оболочки.
- ◆ Разрыв трубы всегда сопровождается обильным внутренним кровотечением, наружного может и не быть.

Разрыв маточной трубы

- ◆ Клиническая картина достаточно типична: острые сильные боли внизу живота с иррадиацией в плечо и лопатку (френикус-симптом), холодный пот, снижение артериального давления, слабый частый пульс, тошнота, бледность кожных покровов, возможна потеря сознания.
- ◆ При пальпации живот болезненный, обнаруживаются симптомы раздражения брюшины.
- ◆ При влагалищном исследовании – матка несколько больше нормальных размеров, размягчена, в области придатков определяется пастозность или опухолевидное образование тестоватой консистенции. Задний влагалищный свод уплощен или выпячен, болезненный. Отмечается также болезненность при попытке смещения шейки матки кпереди.

Трубный аборт

- ◆ Приступообразные боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей. При влагалищном исследовании пальпируются слегка увеличенная матка и опухолевидное образование в области придатков, ограниченное в подвижности и болезненное.
- ◆ Может протекать довольно длительно.
- ◆ Диагностика: анамнез, осмотр больной, при необходимости дополнительные методы исследования: пункция брюшной полости через задний свод влагалища позволяет получить темную жидкую кровь с мелкими сгустками, при лапароскопии видна увеличенная маточная труба сине-багрового цвета; ультразвуковое исследование.

Лечение внематочной беременности

- ◆ Оперативное.
- ◆ При разрыве трубы, сопровождающемся коллапсом, необходима экстренная операция с проведением реанимационных мероприятий: лигирование сосудов, питающих маточную трубу, останавливает кровотечение. Дальнейший объем операции – удаление маточной трубы или консервативно-пластическая операция (при отсутствии воспалительного процесса, спаечного процесса, грубых изменений в маточной трубе) – определяется интраоперационно. В настоящее время все большее распространение получают консервативно-пластические методы лечения.
- ◆ За рубежом, при определенных условиях, применяется консервативное лечение внематочной беременности с использованием препарата метатрексат.

Самопроизвольный аборт (выкидыш)

- ◆ Зависит от различных нарушений в организме женщины – сердечно-сосудистых заболеваний, острых и хронических инфекций, инфантилизма, эндокринных нарушений и многих других причин, в том числе и патологии самого плодного яйца.
- ◆ Как правило, при этом имеет место комплекс факторов, среди которых одни являются предрасполагающими, а другие – разрешающими. Одни факторы ведут к прерыванию беременности, вызывая гибель плодного яйца или его изменения. Другие вызывают рефлекторные сокращения матки, и гибель плодного яйца наступает уже в результате отслойки плодного яйца.

Стадии аборта

- ◆ Угрожающий самоаборт
- ◆ Начавшийся самоаборт
- ◆ Аборт в ходу
- ◆ Свершившийся самоаборт (неполный и полный)

Угрожающий самоаборт

Ноющие или схваткообразными боли внизу живота, не сопровождающимися кровянистыми выделениями.

Матка при этом увеличена соответственно сроку беременности, шейка матки полностью сформирована, цервикальный канал закрыт.

Применение соответствующих консервативных мероприятий позволяет сохранить беременность.

Начавшийся самоаборт

- ◆ При **начавшемся самоаборте** к схваткообразным болям присоединяются чаще незначительные кровянистые выделения, вызванные частичной отслойкой плодного яйца от стенки матки.
- ◆ Матка увеличена соответственно сроку беременности, шейка матки укорочена, наружный зев приоткрыт. Если отслойка произошла на небольшой площади, развитие плодного яйца может продолжаться и беременность сохраниться при проведении правильной терапии

Аборт в ходу

- ◆ Если выкидыш прогрессирует, то усиливаются схватки и кровотечение. Эту стадию называют ***абортом в ходу***.
- ◆ Матка по величине может быть несколько уменьшена, шейка матки укорачивается, цервикальный канал свободно пропускает палец, за внутренним зевом определяется нижний полюс отслоившегося плодного яйца, иногда оно находится в канале шейки матки.
- ◆ Кровотечение при этом, как правило, обильное, нередко достигает угрожающей степени, нарушается гемодинамика.
- ◆ Такие больные нуждаются в срочной остановке кровотечения путем выскабливания слизистой оболочки полости матки и удаления плодного яйца.

Неполный аборт

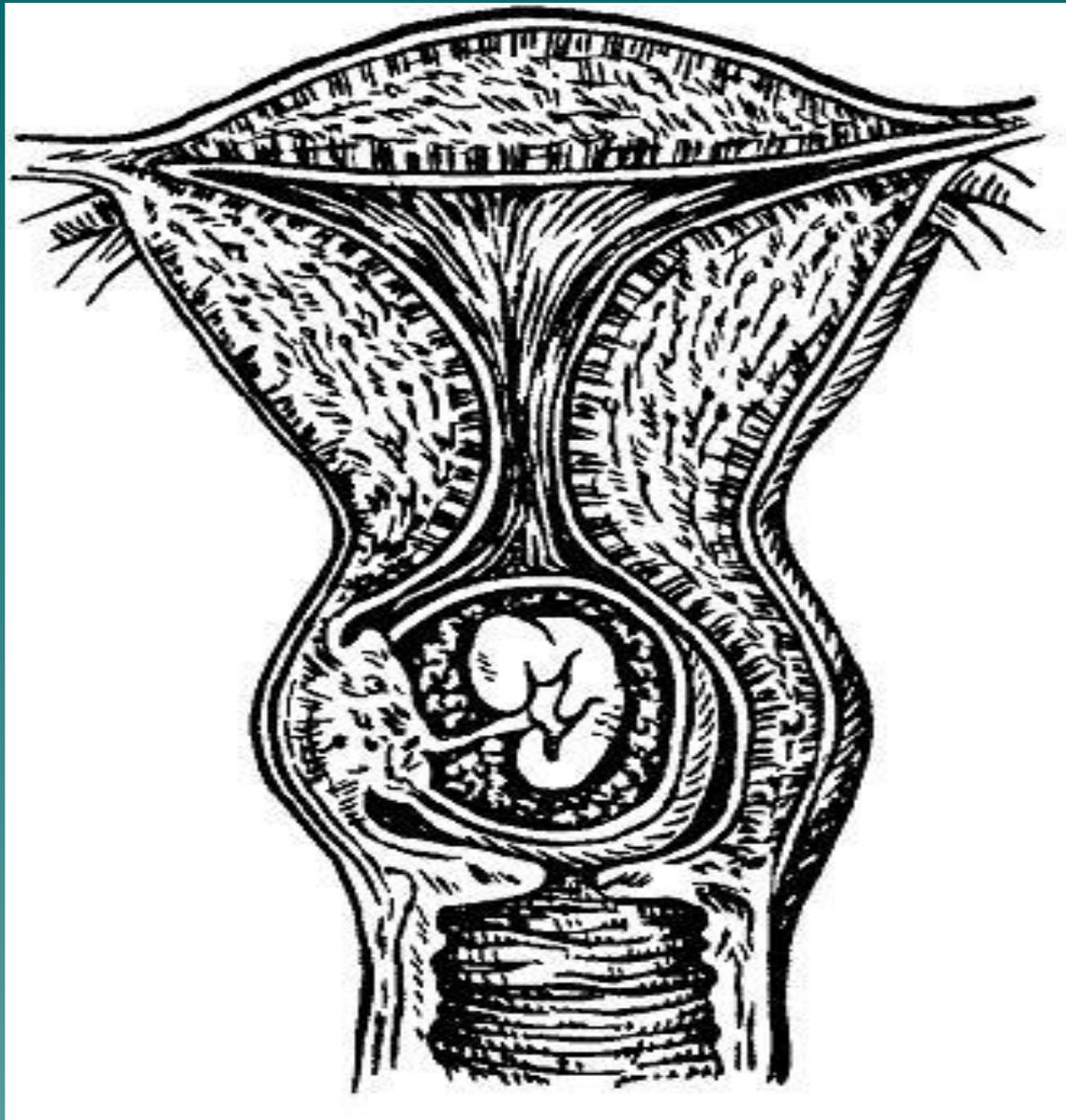
- ◆ При **неполном аборте** из матки изгоняется не все плодное яйцо, а чаще эмбрион и часть оболочек. Оставшиеся части плодного яйца мешают сокращению матки, кровотечение продолжается и может быть очень сильным.
- ◆ Величина матки при этом меньше, чем срок беременности, шейка укорочена, шейный канал приоткрыт.
- ◆ Лечение заключается в немедленном удалении остатков плодного яйца

Полный выкидыш

- ◆ Полный выкидыш при беременности раннего срока наблюдается редко. При этом происходит полное изгнание плодного яйца.
- ◆ Матка сокращается, шейка сформировывается, закрывается цервикальный канал.
- ◆ Задержка мелких кусочков плодных оболочек может проявить себя значительно позже кровотечением, воспалительным процессом, развитием хорионэпителиомы. Поэтому при полном выкидыше показана ревизия полости матки.

Шеечная беременность

- ◆ Плодное яйцо имплантируется и развивается в шеечном канале. Шейка матки в силу анатомических и функциональных особенностей не может служить плодомместилищем.
- ◆ Прерывание шеечной беременности ведет к сильному кровотечению из сосудов шейки, поврежденных ворсинами хориона.
- ◆ Причины: неполноценность слизистой оболочки матки вследствие неоднократных выскабливаний, воспалительных изменений или снижения способности плодного яйца к инвазии.



Шеечная беременность

- ◆ Шейка матки приобретает бочкообразную форму, наружный зев располагается эксцентрично, стенки истончены и растянуты.
- ◆ Тело матки более плотное, чем шейка, и меньше ее по размерам.
- ◆ До 5-6-й недели особые признаки шеечной беременности отсутствуют
- ◆ Диагноз уточняется при появлении кровотечения.
- ◆ При обследовании больной необходимо обратить внимание на форму шейки, расположение наружного зева, характер кровянистых выделений (яркие, пульсирующей струйкой).
- ◆ Попытки лечить таких больных консервативно неэффективны.
- ◆ Инструментальное удаление плодного яйца при шеечной беременности сопровождается усилением кровотечения.
- ◆ Лечение - операция экстирпации матки, проводимая по экстренным показаниям.

Пузырный занос

- ◆ Перерождение ворсинок хориона, превращение их в гроздьевидные образования, состоящие из прозрачных пузырьков различной величины. Пузырьки заполнены светлой жидкостью, содержащей альбумин и муцин.
- ◆ Чаще в ранние сроки беременности, при этом перерождение захватывает все ворсинки и возникает полный пузырный занос. Эмбрион в таких случаях быстро погибает и рассасывается.
- ◆ В более поздние сроки беременности обычно наблюдается частичный пузырный занос и, если поражение захватывает меньше трети плаценты, нормальное развитие плода может не нарушить.
- ◆ Глубокое врастание перерожденных ворсин в толщу мышечного слоя матки, серозный покров, кровеносные сосуды - пролиферирующей (деструирующий, разрушающий) пузырный занос, течение которого принимает злокачественный характер. Возникает кровотечение, угрожающее жизни женщины.



MedUniver.com

ВСЕ ПО МЕДИЦИНЕ...



Диагностика

- ◆ Кровотечение с 8-12-й недели беременности, носящее умеренный характер, рецидивирующие, как правило, безболезненные;
- ◆ При кровотечениях иногда отходят пузырьки, что облегчает диагноз. Матка растет очень быстро, ее величина может значительно превышать размеры, соответствующие сроку беременности.
- ◆ При 20-нед. беременности и больше не определяются части плода, не выслушивается его сердцебиение, беременная не ощущает движений плода.
- ◆ Для диагностики применяются ультразвуковые методы исследования, определение содержания хорионического гонадотропина.

Тактика

- ◆ Прогноз при пузырном заносе серьезен и тем хуже, чем дольше занос остается в матке. При установлении диагноза требуется инструментальное удаление пузырного заноса из матки.
- ◆ При наличии пролиферирующего пузырного заноса после опорожнения матки любым методом показана химиотерапия для профилактики хорионэпителиомы.

После заболевания женщины должны находиться на диспансерном учете с неоднократными повторными исследованиями крови на хорионический гонадотропин и рентгенографией органов грудной клетки для своевременной диагностики хорионэпителиомы.

Предлежание плаценты

- ◆ **Предлежание плаценты** (placenta praevia) - это осложнение беременности, при котором детское место прикрепляется в нижнем сегменте матки, закрывая полностью или частично внутренний зев шейки матки. При этом плацента располагается ниже предлежащей части плода.
- ◆ При физиологической беременности плацента локализуется в области тела матки, чаще всего по задней стенке. Более редким местом прикрепления плаценты является передняя стенка матки и еще реже - область дна. В нормальных условиях плацента своим нижним краем не доходит до внутреннего зева на 7 см и более.
- ◆ Частота предлежания плаценты - 0,2-0,8 % общего числа родов.

Классификация предлежания плаценты

Во время беременности и во время родов.

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.





Во время беременности

Варианты предлежания плаценты во время беременности определяют с помощью УЗИ. Согласно этим данным в настоящее время выделяют четыре степени предлежания плаценты:

- ◆ 1 степень: плацента расположена в нижнем сегменте, край плаценты достигает внутреннего зева, но расположен на расстоянии не менее 3 см от него;
- ◆ 1I степень: нижний край плаценты достигает внутреннего зева шейки матки, но не перекрывает его;
- ◆ 1II степень: нижний край плаценты перекрывает внутренний зев, переходя на противоположную часть нижнего сегмента, ассиметрично расположена по передней и задней стенке матки;
- ◆ 1V степень: плацента перекрывает внутренний зев своей центральной частью, симметрично расположена по передней и задней стенке матки.

В родах

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

- ◆ центральное предлежание плаценты (*placenta praevia totalis s. centralis*) – внутренний зев перекрыт плацентой, плодные оболочки в пределах зева не определяются;
- ◆ боковое предлежание плаценты (*placenta praevia lateralis*) – часть плаценты предлежит в пределах внутреннего зева и рядом с ней находятся плодные оболочки.
- ◆ краевое предлежание плаценты (*placenta praevia marginalis*) – нижний край плаценты расположен у края внутреннего зева, в области зева находятся лишь плодные оболочки.

ВАРИАНТЫ АНОМАЛИЙ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ



КРАЕВОЕ



БОКОВОЕ



ПОЛНОЕ

Этиология

Патологические изменения стенки матки или вследствие изменений самого плодного яйца.

- ◆ Рубцовые, дистрофические, воспалительные изменения эндометрия как результат воспалительных процессов, абортов, операций
- ◆ Плодное яйцо не находит в матке благоприятной почвы для имплантации и опускается в зону перешейка, где и укрепляется.
- ◆ Субмукозные миомы матки, хронические интоксикации, воздействие на эндометрий химических препаратов, инфантилизм.
- ◆ Трофобласт может поздно приобретать ферментативные протеолитические свойства, плодное яйцо продвигается по полости матки до тех пор, пока не приобретет возможность внедряться в децидуальную оболочку, вследствие чего имплантация происходит не в верхних отделах матки, а в области нижнего сегмента

- ◆ При развитии плодного яйца вблизи внутреннего зева образуется так называемое первичное предлежание плаценты.
- ◆ В других случаях плодное яйцо прививается и развивается в области тела матки, но при дальнейшем разрастании плацента переходит на область перешейка и достигает внутреннего зева. Так возникает вторичное предлежание плаценты.
- ◆ В первом триместре беременности низкое расположение плаценты встречается в 39-40 % случаев, к сроку доношенной беременности - в 8,2-14,3 %. «Миграция» чаще наблюдается при локализации плаценты по передней стенке матки (там более истонченный нижний сегмент, снижено кровообращение). Процессы «миграции» плаценты в основном заканчиваются к 35 неделям беременности.

Клиника

Главным симптомом предлежания плаценты является кровотечение.

Характерны повторяющиеся, не сопровождающиеся болью кровотечения, появляющиеся спонтанно, чаще в конце 2-3 триместра или с появлением первых схваток.

Центральное предлежание - появление кровотечения во время беременности, которое сразу же может достигать большой силы.

Боковое предлежание плаценты - кровотечение возникает в самом конце беременности или в родах,

Краевом предлежании или низком прикреплении плаценты - в конце периода раскрытия.

Причина кровотечения - сокращение и растяжение нижнего сегмента матки во время беременности и родов.

осложнения беременности

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

Диагностика

Основана на данных объективного, инструментального методов исследования.

К клиническим признакам предлежания плаценты относят:

- ◆ кровянистые выделения из половых путей яркого цвета при нормальном тоне матки;
- ◆ высокое стояние предлежащей части плода;
- ◆ неправильные положения или тазовые предлежания плода

При предлежании плаценты влагалищное исследование проводить нежелательно, так как может произойти отслойка плаценты с усилением кровотечения. **При отсутствии УЗИ влагалищное исследование проводят крайне осторожно, при развернутой операционной, которая позволяет произвести экстренное кесарево сечение в случае появления обильных кровянистых выделений.** При влагалищном исследовании пальпируют губчатую ткань между предлежащей частью и пальцами акушера.

При поступлении беременной в стационар обследование производится в следующем порядке.

- ◆ 1.Выяснение анамнеза.
- ◆ 2.Оценка общего состояния, наличие или отсутствие кровянистых выделений, оценка величины кровопотери.
- ◆ 3.Определение срока беременности
- ◆ 4.Наружное акушерское обследование.
- ◆ 5.Осмотр шейки матки и влагалища с помощью зеркал, оценка выделений.
- ◆ 6.Влагалищное исследование (при отсутствии УЗИ в развернутой операционной, бережно, без форсированных действий, при необходимости выбора метода родоразрешения).
- ◆ 7.Дополнительные методы исследования по показаниям и при отсутствии необходимости срочного родоразрешения.

Лечение

- ◆ В III триместре беременности при наличии предлежания плаценты и отсутствии кровяных выделений вопрос о госпитализации решают индивидуально.
- ◆ Консервативное - только при незначительной кровопотере, не вызывающей анемизации женщины.
- ◆ Постельный режим, богатая витаминами диета.
- ◆ Оценка состояния беременной (выделения из половых путей, пульс, артериальное давление), систематически производить анализ крови, чтобы не пропустить нарастания анемии.
- ◆ Назначают токолитические препараты, которые уменьшают сократительную активность матки (сульфат магния 25 % - 10 мл на физ.растворе, внутривенно, но-шпа 2 мл внутримышечно 2-3 раза в день).

- ◆ Профилактика СДР у новорожденных проводится дексаметазоном - курсовая доза 24 мг. Или бетаметазон в/м по 12 мг 2 раза в день с интервалом введения 24 часа, курсовая доза 24 мг. В европейских странах используют однократное введение 12 мг препарата.
- ◆ Вводят гормоны до 34 недели беременности и отсутствии признаков зрелости легких плода.
- ◆ Целесообразно назначение седативных средств и транквилизаторов (валериана, седуксен), комплекса витаминов.
- ◆ Выжидательная тактика при неполном предлежании плаценты во время беременности с применением токолитических, спазмолитических средств допустима в условиях стационара до общей кровопотери 250 мл.

Тактика родоразрешения.

- ◆ При благоприятном течении беременности возможно её пролонгирование до 37-38 недель, после чего при любом варианте предлежания плаценты с целью профилактики массивного кровотечения в плановом порядке производят кесарево сечение (КС).

Во время операции

- ◆ При расположении плаценты по передней стенке матки, возможно усиление кровотечения, вплоть до массивного, что связано с нарушением сократительной способности нижнего сегмента, где расположена плацентарная площадка. Так же, причиной кровотечения может быть нарушение прикрепления плаценты (плотное прикрепление или приращение плаценты).
- ◆ Необходимо заранее определить группу крови и Rh – принадлежность пациентки, заготовить эритроцитарную массу для возможной гемотрансфузии. КС проводится в нижнем сегменте поперечным разрезом.

- ◆ При массивном кровотечении, которое не прекращается после ушивания разреза на матке и введения утеротоников, 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 наличии ангиохирурга и ангиографической установки производят эмболизацию маточных артерий сразу после извлечения плода из матки с целью профилактики массивного кровотечения.
- ◆ Во время операции, при наличии оборудования производят реинфузию крови, инфузионно-трансфузионную терапию (ИТТ).

- ◆ В раннем послеоперационном или послеродовом периоде возможно маточное кровотечение, обусловленное гипотонией или атонией нижнего маточного сегмента. В целях профилактики этой патологии во время операции КС после извлечения плода вводят утеротонические средства: окситоцин или простагландины внутривенно в течение 3-4 часов.
- ◆ **Профилактика** предлежания плаценты заключается в снижении числа внутриматочных вмешательств, снижении числа абортов, необоснованных консервативных миомэктомий.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

- ◆ Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — это отделение плаценты до рождения плода (во время беременности, в I-II периодах родов).
- ◆ Является тяжелым акушерским осложнением, требующим экстренной помощи. Частота 0,3-0,5 % всех случаев беременности, в 30 % становится причиной массивных кровотечений, приводящих к смертельному исходу.

Причины

- ◆ Окончательно этиология ПОНРП не определена. Среди причин патологии выделяют несколько факторов:
- ◆ Сосудистый (васкулопатия, ангиопатия плацентарного ложа, поверхностная инвазия цитотрофобласта в неполноценный эндометрий),
- ◆ гемостатический (тромбофилия),
- ◆ механический.
- ◆ Васкулопатия и тромбофилия относительно часто возникают при гестозе, АГ, гломерулонефрите.
- ◆ Изменения гемостаза — причина и следствие ПОНРП. В развитии ПОНРП важное значение придают АФС, генетическим дефектам гемостаза (мутация фактора Лейдена, дефицит ангиотензина-II, дефицит протеина С и пр.), предрасполагающим к тромбозам. Тромбофилия, развивающаяся вследствие этих нарушений, препятствует полноценной инвазии трофобласта, способствуя дефектам плацентации, ПОНРП.

предрасполагающие факторы ПОНРП

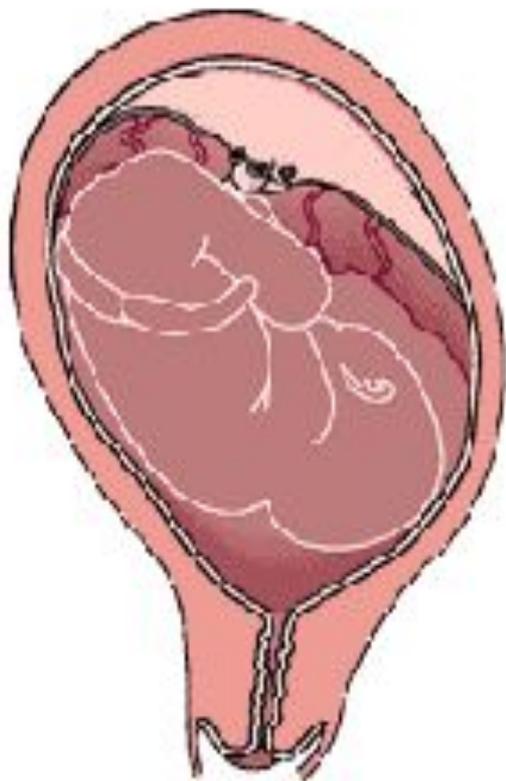
Во время беременности:

- ◆ сосудистая экстрагенитальная патология (АГ, гломерулонефриты);
- ◆ эндокринопатии (СД);
- ◆ аутоиммунные состояния (АФС, системная красная волчанка);
- ◆ аллергические реакции на декстраны, гемотрансфузию;
- ◆ Преэклампсия (гестоз), особенно на фоне гломерулонефрита;
- ◆ Инфекционно-аллергические васкулиты;
- ◆ генетические дефекты гемостаза, предрасполагающие к тромбозам.

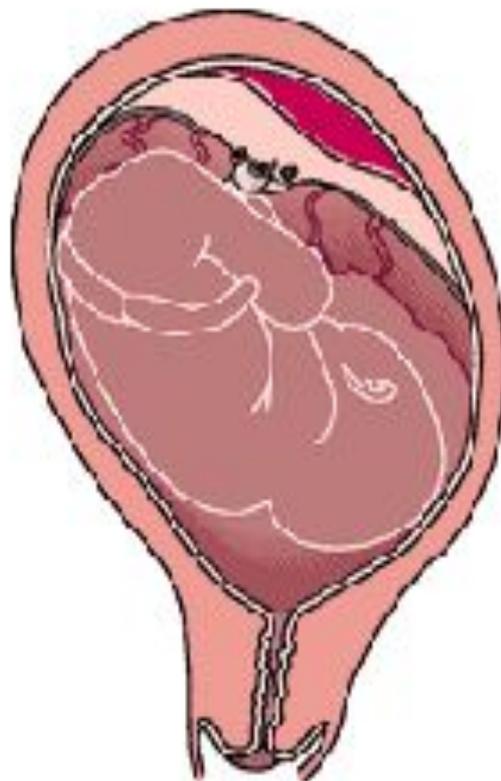
Во время родов:

- ◆ 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.

Норма



Отслойка плаценты

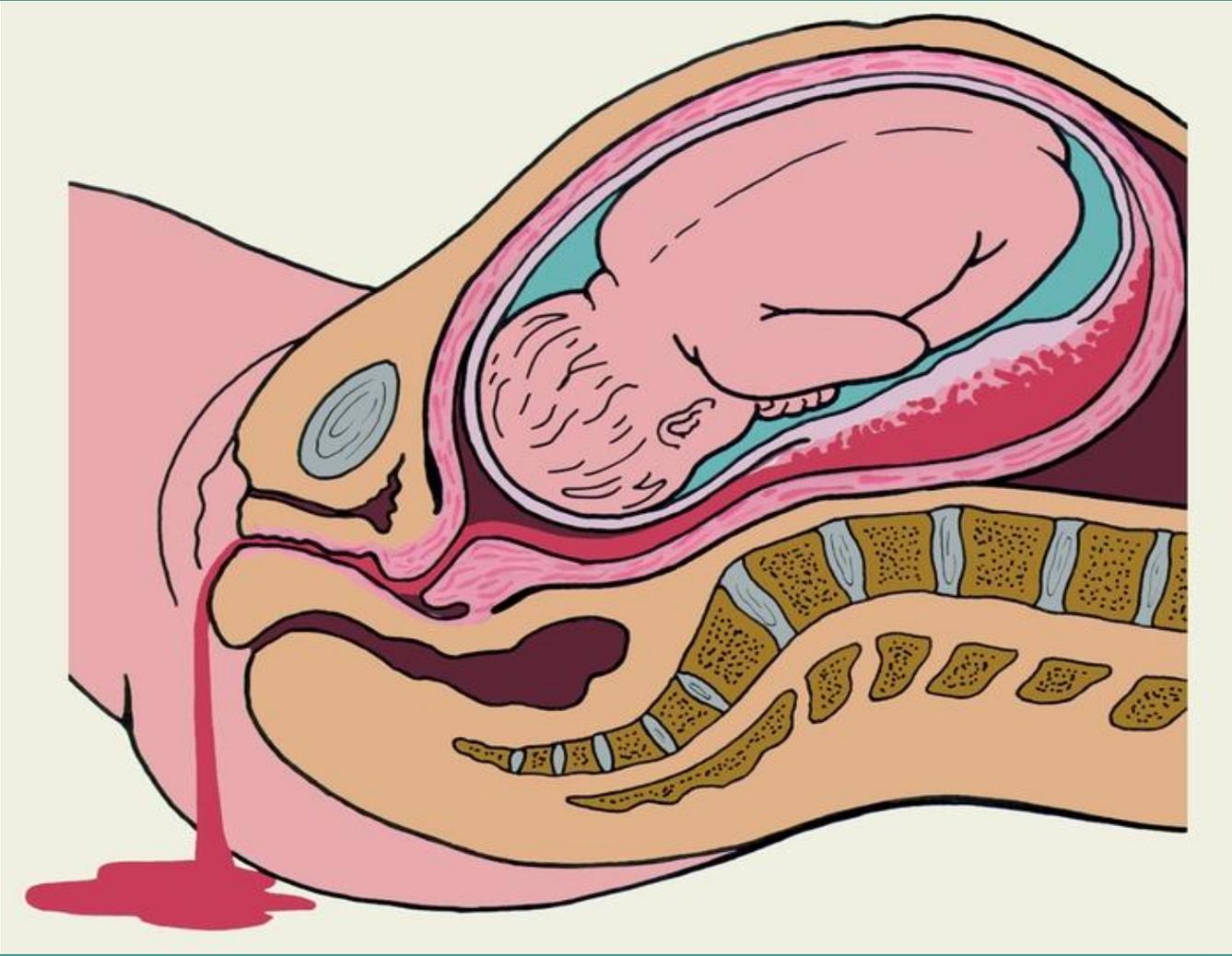


Клиника

- ◆ Преждевременная отслойка плаценты бывает полной (отслойка всей плаценты) и частичной. Клинические проявления выражены, если отслаивается $1/4$ - $1/3$ площади плаценты и более.
- ◆ Матери угрожает гибель от развивающегося маточного кровотечения и геморрагического шока.
- ◆ У плода возникает острая гипоксия, тяжесть которой пропорциональна площади отслойки.
- ◆ При вовлечении в процесс более половины поверхности плаценты плод обычно погибает.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- ◆ кровотечение и симптомы геморрагического шока;
- ◆ боль в животе;
- ◆ гипертонус матки;
- ◆ острая гипоксия плода.
- ◆ Выраженность и характер симптомов ПОНРП определяются величиной и местом отслойки.
Кровотечение при ПОНРП может быть:
- ◆ наружным;
- ◆ внутренним;
- ◆ смешанным (внутренним и наружным).



Степень тяжести

- ◆ По клиническому течению различают легкую, среднюю и тяжелую степени тяжести состояния беременной при отслойке плаценты.
- ◆ **Легкая степень** – отслойка небольшого участка плаценты, незначительные выделения из половых путей. Общее состояние не нарушено. При УЗИ можно определить ретроплацентарную гематому, если же кровь выделяется из наружных половых органов, то при УЗИ она не выявляется. После родов на плаценте обнаруживают организовавшийся сгусток.

Средняя степень тяжести

- ◆ Отслойка плаценты на $1/3$ – $1/4$ поверхности.
- ◆ Характеризуется кровянистыми выделениями со сгустками в значительном количестве.
- ◆ При образовании ретроплацентарной гематомы появляется боль в животе, гипертонус матки.
- ◆ Если отслойка произошла в родах, то матка в промежутках между схватками не расслабляется.
- ◆ При большой гематоме матка может иметь ассиметричную форму, быть резко болезненной при пальпации. Одновременно развиваются симптомы геморрагического и болевого шока.
- ◆ Без своевременного родоразрешения плод быстро погибает.

Тяжелая форма

- ◆ Отслойка более 1/2 площади поверхности плаценты.
- ◆ Внезапно возникает боль в животе, кровотечение (первоначально внутренне, затем наружное).
- ◆ Быстро присоединяются симптомы шока.
- ◆ Матка при осмотре напряжена, ассиметрична, может быть выбухание в области ретроплацентарной гематомы.
- ◆ Симптомы острой гипоксии плода или гибели плода.

Осложнения

- ◆ Маточно-плацентарная апоплексия или матка Кувелера.
- ◆ Наружное кровотечение.
- ◆ Пропитывание кровью из ретроплацентарной гематомы стенки матки ведет к потере ее способности к сокращению.
- ◆ Проникновения в кровотоки матери тромбопластических субстанций, содержащихся в ткани плаценты и амниотической жидкости, что приводит к развитию синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания и коагулопатического кровотечения.

Диагностика.

Основана на совокупности перечисленных признаков:

- ◆ клинической картине заболевания
- ◆ данных УЗИ
- ◆ изменениях гемостаза

Тактика ведения беременности при ПОНРП

Зависит от:

- ◆ величины кровопотери
- ◆ состояния беременной и плода
- ◆ срока гестации
- ◆ состояния гемостаза

- ◆ Во время беременности и в родах при средней и тяжелой степени показано экстренное родоразрешение путем КС независимо от срока беременности и состояния плода.
- ◆ Во время операции тщательный осмотр матки, реинфузия эритроцитов аутокрови («Cell saver»).
- ◆ ИТТ.
- ◆ При диагностике матки Кувелера на первом этапе, после родоразрешения производят перевязку внутренних подвздошных артерий. При отсутствии кровотечения объем операции на этом ограничивается, матка сохраняется.
- ◆ При продолжающемся кровотечении производят экстирпацию матки.
- ◆ При легкой форме отслойки до 34-35 недель беременности – выжидательная тактика под контролем УЗИ, состояния матери и плода. Обязательно постельный режим

Ведение родов

При небольшой степени отслойки возможно ведение через естественные родовые пути

- ◆ Ранняя амниотомия с целью уменьшения кровотечения.
- ◆ Постоянный мониторинг материнской гемодинамики, сократительной деятельности матки и сердцебиения плода.
- ◆ Катетеризация центральной вены, по показаниям инфузионная терапия. При слабости родовой деятельности после амниотомии вводят утеротоники.
- ◆ Эпидуральная анестезия.
- ◆ После пререзывания головки 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.
 - в узкой части полости малого таза и ниже при головном предлежании накладываются акушерские щипцы, при тазовом предлежании экстракция плода за тазовый конец.

Ранний послеродовый период

- ◆ 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 коррекция гемостаза.
- ◆ При наличии признаков нарушения коагуляции осуществляется переливание свежезамороженной плазмы, тромбоцитарной массы, проведение по показаниям гемотрансфузии (эритроцитарная масса).
- ◆ В редких ситуациях при массивной кровопотере, явлениях геморрагического шока возможно переливание свежей донорской крови от обследованных доноров.

ИСХОД ДЛЯ ПЛОДА

- ◆ Острая гипоксия
- ◆ Антенатальная гибель плода.
- ◆ При преждевременном родоразрешении у новорождённых возможно развитие РДС.

ПРОФИЛАКТИКА

- ◆ Специфической профилактики не существует. Предупреждение ПОНРП заключается в прегравидарной подготовке, лечении эндометрита и экстрагенитальных заболеваний до наступления беременности, коррекции выявленных дефектов гемостаза.

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ, ПОСТУПАЮЩИХ В СТАЦИОНАР С КРОВЯНЫМИ ВЫДЕЛЕНИЯМИ

В связи с многообразием причин кровяных выделений поступающие в стационар пациентки должны быть обследованы в соответствии с определенным алгоритмом.

- ◆ 1.наружное акушерское обследование;
- ◆ 2.выслушивание сердечных тонов плода, кардиомониторинг;
- ◆ 3.осмотр наружных половых органов, определение характера кровяных выделений;
- ◆ 4.УЗИ (при массивной кровопотере в операционной);
- ◆ 5.осмотр шейки матки и влагалища в зеркала;
- ◆ 6.влагалищное исследование (по показаниям, в развернутой операционной);
- ◆ 7.определение величины кровопотери.