

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

«Кровотечения II половины беременности ГП, ПОНРП»

Выполнила: клинический ординатор кафедры
перинатологии, акушерства и гинекологии
лечебного факультета Буланова. Е.К.

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

Красноярск,

2021

Оглавление	Предлежание плаценты. Классификация	Ошибка! Закладка не определена.
Диагностика.....		4
Тактика ведения		5
ПОНРП. Этиология. Классификация		9
Клиническая картина.....		10
Тактика ведения		11
Список литературы		12

Предлежание плаценты. Классификация.

Предлежание плаценты (placenta praevia) – это патологическое состояние, при котором плацента, расположена в нижнем сегменте матки в области внутреннего зева или на 3 см выше (по данным УЗИ), находится перед предлежащей частью плода («прае» - перед, «via» - на пути).

Существует классификация предлежания плаценты во время беременности и во время родов. Последняя классификация, в настоящее время, потеряла свою актуальность в связи с возможностью дородовой УЗИ диагностики предлежания плаценты. Степень предлежания плаценты может меняться по мере роста матки в связи с прогрессированием беременности.

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 (Национальное руководство акушерство 2013 г); на расстоянии 2 см (Общество акушеров и гинекологов Канады, Королевское общество акушеров и гинекологов RCOG 2014 гг.).

Учитывая, что при нахождении края плаценты выше 2 см высока вероятность успешного исхода родов через естественные родовые пути, а при нахождении края плаценты менее 2 см высока частота кесарева сечения мы придерживаемся классификации низкой плацентации на уровне 2 см и менее от внутреннего зева.

Вне зависимости от расположения плаценты: нормальное ли оно, или есть предлежание плаценты, существует риск аномального прикрепления плаценты Аномальное прикрепление плаценты.

- Плотное прикрепление (Placenta adhaerens) – ворсины хориона не достигают миометрия. Прикрепление осуществляется в базальном слое матки
- Врастание плаценты (Placenta accreta) к мышечному слою. Ворсины хориона достигают мышечного слоя матки.

В зависимости от степени проникновения плаценты в миометрий матки приращение делится на:

- a. Врастание (Placenta increta) – ворсины плаценты проникают глубоко в мышечный слой.
- b. Прорастание (Placenta percreta) – ворсины проникают в миометрий матки на всю глубину, вплоть до мочевого пузыря, прямой кишки, сосудов таза и других органов.

Маточная грыжа - это резко выраженное выпячивание нижнего сегмента, вследствие его истончения за счет дистрофических изменений либо полного отсутствия миоцитов. Маточную грыжу приравнивают к «placenta accreta».

Вероятность врастания и прорастания плаценты у беременных с рубцом на матке после кесарева сечения во много раз выше, чем у беременных без рубца на матке. Вероятность врастания и прорастания плаценты с каждым последующим кесаревым сечением существенно возрастает.

Диагностика.

На амбулаторном этапе.

УЗИ. Позволяет определить характер предлежания плаценты, оценить состояние нижнего маточного сегмента, его толщину, обнаруживает отсутствие миоцитов в области рубца, дает точные размеры маточной грыжи.

Трансвагинальная эхокардиография (ТВЭ) является «золотым стандартом» диагностики, в отличие от трансабдоминальной эхокардиографии (ТАЭ), так как при ТВЭ можно точно определить отношение края плаценты к внутреннему зеву шейки матки.

При проведении ТАЭ плохо визуализируется плацента, расположенная по задней стенке, головка плода может влиять на визуализацию, на точность также влияет ожирение и недостаточное либо чрезмерное наполнение мочевого пузыря. Частота ложноположительных диагнозов предлежаний плаценты при ТАЭ достигает 25%. При диагностике предлежания плаценты, либо низкой плацентации трансабдоминальным методом необходимо подтверждение диагноза методом трансвагинального ультразвукового сканирования.

Диагностически значимые сроки проведения ТВЭ:

- 20-22 недели - второе скрининговое УЗИ диагностика предлежания плаценты;
- 26 недель – оценка возможной миграции плаценты, диагностика врастания плаценты;
- 32 недели – третье скрининговое УЗИ – окончательная констатация наличия предлежания плаценты (очень важно в плане дальнейших тактических действий) Допплерометрия.

Позволяет диагностировать врастание плаценты. При врастании визуализируется поперечный (патологический) ход сосудов между стенкой матки и плацентой, неоднородная структура плаценты, с участками расширения межворсинчатого пространства, участками истончения плацентарной ткани.

На стационарном этапе.

Магнитно-резонансная томография (МРТ).

Позволяет уточнить локализацию плаценты, при расположении плаценты по передней стенке определить расстояние от внутреннего зева до верхнего края плаценты (что очень важно для места проведения разреза на матке), более точно оценить размеры маточной грыжи, увидеть количество и размеры плацентарных сосудов, выявить врастание плаценты – в миометрий, в рубец, в заднюю стенку мочевого пузыря.

Цистоскопия.

Позволяет определить изменение со стороны слизистой стенки мочевого пузыря (выраженного расширения плацентарных сосудов по задней стенке мочевого пузыря, их варикозного расширения), что свидетельствует об инвазии плаценты в стенку мочевого пузыря.

Цистоскопия проводится только по показаниям – подозрение на врастание плаценты по данным УЗИ и МРТ или при наличии клиники со стороны мочевого пузыря (появление микро и макрогематурии).

Клинические признаки предлежания плаценты:

- Возможны эпизоды кровотечения без болевого синдрома и повышенного тонуса матки;
- Наружное кровотечение алой кровью, визуальный объем кровопотери соответствует состоянию больной;
- Высокое расположение предлежащей части плода или неправильное его положение;
- Развитие признаков страдания плода, степень дистресса плода соответствует объему наружной кровопотери.

- При вращении плаценты в мочевой пузырь возможно появление микро- и макрогематурии.

Тактика ведения

Маршрутизация и сроки госпитализации.

Беременные с предлежанием плаценты являются пациентами группы высокой степени риска.

При диагностике предлежания плаценты в ЛПУ Красноярского края I и II уровня, в любом гестационном сроке (после 2-го скрининга в 20-22 нед. беременности), необходимо поставить пациентку на учет в программе Перинатального мониторинга в консультативную поликлинику Красноярского краевого клинического Центра охраны материнства и детства (ККК ЦОМД). Для этого необходимо внести в диагноз отметку о предлежании плаценты и пациентка автоматически перейдет в группу высокого перинатального риска.

Если диагностировано предлежания плаценты при проведении второго скринингового УЗИ в сроке 20-22 недели беременности, то необходимо проведение контрольного УЗИ для оценки миграции плаценты в сроке 26 недель.

В этом сроке необходимо проведение транвагинальной эхографии в учреждениях II уровня. Краевым пациенткам в Межрайонных центрах, пациентам Центральной группы районов в консультативную поликлинику ККК ЦОМД, городским пациенткам в УЗД №2 КГБУЗ КМРД №4.

После подтверждения диагноза «предлежания плаценты» в 26 недель гестации необходимо беременную направить на консультацию в консультативно-диагностическую поликлинику ККК ЦОМД в сроке 32 – 34 недели для решения вопроса о сроке госпитализации в стационар ККК ЦОМД.

Если в сроке 26 недель беременности при проведении ТВЭ выявлено подозрение на вращение плаценты, то данную пациентку необходимо направить на консультацию в поликлинику ККК ЦОМД в сроке 28 недель гестации.

Госпитализация пациенток с подозрением на вращение плаценты не позднее 30 – 32 недель (при наличии кровянистых выделений из половых путей – госпитализация в любом сроке, желательно в учреждение не ниже II уровня).

При поступлении в ЛПУ Красноярского края I и II уровня пациентки с кровотечением (или даже мажущими кровянистыми выделениями) при предлежании плаценты, необходимо немедленно поставить пациентку на учет в АРКЦ ККК ЦОМД.

Родоразрешение беременных с предлежанием плаценты в плановом порядке осуществляется только в Красноярском краевом клиническом Центре охраны материнства и детства.

При возникновении кровотечения у пациенток с предлежанием плаценты госпитализация осуществляется в ближайшее родовспомогательное учреждение.

Тактика во время беременности.

Без кровотечения:

- Если пациентка живет в городе Красноярске и может в течение 5-20 минут доехать до ККК ЦОМД, то возможно наблюдение врачами женской консультации до 34 недель гестации. Если местожительство ее значительно удалено от лечебного учреждения III уровня, то она должна быть госпитализирована раньше этого срока;
- Беременность можно пролонгировать до 37-38 недель, после чего при любом варианте предлежания с целью профилактики массивного кровотечения в плановом порядке производят кесарево сечение.

- При вращении плаценты в мочевой пузырь возможно появление микро- и макрогематурии.

Тактика ведения

Маршрутизация и сроки госпитализации.

Беременные с предлежанием плаценты являются пациентами группы высокой степени риска.

При диагностике предлежания плаценты в ЛПУ Красноярского края I и II уровня, в любом гестационном сроке (после 2-го скрининга в 20-22 нед. беременности), необходимо поставить пациентку на учет в программе Перинатального мониторинга в консультативную поликлинику Красноярского краевого клинического Центра охраны материнства и детства (ККК ЦОМД). Для этого необходимо внести в диагноз отметку о предлежании плаценты и пациентка автоматически перейдет в группу высокого перинатального риска.

Если диагностировано предлежания плаценты при проведении второго скринингового УЗИ в сроке 20-22 недели беременности, то необходимо проведение контрольного УЗИ для оценки миграции плаценты в сроке 26 недель.

В этом сроке необходимо проведение транвагинальной эхографии в учреждениях II уровня. Краевым пациенткам в Межрайонных центрах, пациентам Центральной группы районов в консультативную поликлинику ККК ЦОМД, городским пациенткам в УЗД №2 КГБУЗ КМРД №4.

После подтверждения диагноза «предлежания плаценты» в 26 недель гестации необходимо беременную направить на консультацию в консультативно-диагностическую поликлинику ККК ЦОМД в сроке 32 – 34 недели для решения вопроса о сроке госпитализации в стационар ККК ЦОМД.

Если в сроке 26 недель беременности при проведении ТВЭ выявлено подозрение на вращение плаценты, то данную пациентку необходимо направить на консультацию в поликлинику ККК ЦОМД в сроке 28 недель гестации.

Госпитализация пациенток с подозрением на вращение плаценты не позднее 30 – 32 недель (при наличии кровянистых выделений из половых путей – госпитализация в любом сроке, желательно в учреждение не ниже II уровня).

При поступлении в ЛПУ Красноярского края I и II уровня пациентки с кровотечением (или даже мажущими кровянистыми выделениями) при предлежании плаценты, необходимо немедленно поставить пациентку на учет в АРКЦ ККК ЦОМД.

Родоразрешение беременных с предлежанием плаценты в плановом порядке осуществляется только в Красноярском краевом клиническом Центре охраны материнства и детства.

При возникновении кровотечения у пациенток с предлежанием плаценты госпитализация осуществляется в ближайшее родовспомогательное учреждение.

Тактика во время беременности.

Без кровотечения:

- Если пациентка живет в городе Красноярске и может в течение 5-20 минут доехать до ККК ЦОМД, то возможно наблюдение врачами женской консультации до 34 недель гестации. Если местожительство ее значительно удалено от лечебного учреждения III уровня, то она должна быть госпитализирована раньше этого срока;
- Беременность можно пролонгировать до 37-38 недель, после чего при любом варианте предлежания с целью профилактики массивного кровотечения в плановом порядке производят кесарево сечение.

- Проведение курса ПДСП у беременных с предлежанием находящихся в стационаре без признаков кровотечения в сроках 28 и 32 недели.
- При предлежании плаценты с подозрением на вращение необходима немедленная госпитализация в стационар III уровня для диагностики и определения дальнейшей тактики.

С кровотечением:

- Немедленная госпитализация в ближайший стационар при любых признаках кровотечения.
- Рекомендован постельный режим.

При незначительных кровянистых выделениях

- При недоношенной беременности и получении эффекта от проводимой терапии возможно пролонгирование беременности. - Сроки родоразрешения решаются индивидуально.
- При возобновляющихся рецидивирующих необильных кровотечениях родоразрешение не позднее 34 недель гестации.
- Обязателен контроль гемостаза, развернутого анализа крови (не реже 1 раза в 7-10 дней).

При обильных кровянистых выделениях

- показано срочное родоразрешение - чревосечение и кесарево сечение независимо от срока гестации.

Медикаментозная терапия.

При поступлении в стационар пациенток с предлежанием и наличием кровянистых выделений обязательно назначение глюкокортикостероидов (24 мг дексаметазона) для профилактики РДС плода.

Гемостатическая терапия заключается в назначении транексамовой кислоты 1000 мг на 500 мл 0,9% физиологического раствора хлорида натрия один раз в день в течение 3-5 дней. В дальнейшем переход на таблетированную форму транексамовой кислоты – 1 таб. 250 мг 3 раза в день до полного прекращения кровянистых выделений.

При наличии признаков угрозы прерывания беременности и кровянистых выделениях бета-миметики противопоказаны.

При наличии угрозы преждевременных родов возможно назначение сульфата магния 20 мл на 250 мл физиологического раствора хлорида натрия со скоростью 1 г/час.

До 28 недель гестации в комплекс лечения угрозы преждевременных родов возможно включение прогестерона «утрожестана» 100 мг 2 раза в сутки. Возможен индивидуальный подбор дозировки. После 28 недель «утрожестан» применяется только с письменного информированного согласия пациентки. Лечение «утрожестаном» разрешено продолжать до 32 недель беременности (Методическое письмо МЗ РФ).

При наличии анемии беременным обязательно назначаются препараты железа (сорбифера дурулес 1 таб 2 раза в день). В случаях тяжелой анемии – возможно применение инъекционных антианемических препаратов (венофер, ликферр, феринжент и т.д.)

Тактика родоразрешения.

Полное и частичное предлежание плаценты являются абсолютным показанием к родоразрешению путем операции кесарево сечение.

При низком предлежании (менее 2 см от внутреннего зева) роды через естественные родовые пути возможны только в учреждении III уровня, но при этом высок процент абдоминального родоразрешения.

При низкой плацентации более 2 см от внутреннего зева возможно родоразрешение таких пациенток через естественные родовые пути в ЛПУ II уровня.

а. Плановое родоразрешение

При предлежании плаценты и отсутствии кровотечения в 37-38 недель.

При предлежании плаценты + подозрении на врастание в 34-36 недели, так как с увеличением срока гестации инвазия плаценты может усугубляться, увеличивая риск прорастания плаценты в стенку мочевого пузыря.

б. Экстренное родоразрешение

При появлении обильного кровотечения независимо от срока гестации, а также при рецидивирующих кровотечениях на фоне проводимой гемостатической терапии.

Проведение организационных мероприятий с обязательным оповещением зам. главного врача по акушерству и гинекологии на III уровне, либо начмеда в ЛПУ II и I уровней.

Операция.

Техника при предлежании плаценты:

- нижнесрединная лапаротомия (строго обязательно во всех экстренных ситуациях, при кровотечениях у беременных с рубцом на матке, при локализации плаценты по передней стенке, при подозрении на врастание плаценты)
- чревосечение по Пфанненштилю допустимо при проведении планового кесарева сечения в дневное время (у пациенток без рубца на матке, без признаков врастания плаценты, при преимущественной локализации по задней стенке).
- разрез на матке выше верхнего края плаценты (корпоральное либо донное, либо поперечное в теле матки), при локализации плаценты по задней стенке возможно кесарево сечение в нижнем сегменте. Извлечение плода через плаценту не должно быть, так как это способствует развитию массивного кровотечения, а также анемизации и травматизации плода.
- при отсутствии признаков врастания плаценты обязательное ручное отделение плаценты от стенок матки;
- введение утеротоников (окситоцин, либо карбетоцин);
- перевязка восходящих и/или нисходящих ветвей маточных артерий, перевязка яичниковых артерий;
- применение компрессионных швов преимущественно на нижний маточный сегмент; - применение управляемой баллонной тампонады матки – УБТ (возможно наложение компрессионных швов на баллоне – «сэндвич»)
- при необходимости применение компрессионных швов на тело матки;
- готовность к перевязке внутренних подвздошных артерий, до этапа гистерэктомии (сосудистый хирург за спиной)

Техника при врастании плаценты:

- присутствие с начала плановой операции сосудистого хирурга и уролога
- экстренный вызов сосудистого хирурга и уролога при проведении экстренной операции
- наполнение мочевого пузыря 250-300 мл жидкости, желательно с контрастом (метиленовым синим) с целью визуализации границ мочевого пузыря
- нижнесрединная лапаротомия с обходом пупка
- донное либо корпоральное кесарево сечение выше края плаценты
- при наличии визуальных признаков врастания (грыжи нижнего сегмента матки) попытки отделения плаценты категорически противопоказаны!

- перевязка внутренних подвздошных артерий, либо временное клеммирование внутренних подвздошных артерий, либо временная баллонная окклюзия общих подвздошных артерий до проведения гистерэктомии либо метропластики
- максимальное отсепаровывание мочевого пузыря с целью визуализация нижнего сегмента и проведения метропластики в пределах неизмененного миометрия
- при вращении плаценты в стенку мочевого пузыря интраоперационная катетеризация мочеточников (решение принимает уролог)
- при вращении плаценты в стенку мочевого пузыря и затруднении резекции стенки мочевого пузыря, возможно ограничение объема акушерской операции надвлагалищной ампутацией матки
- обязательное адекватное дренирование малого таза

Грубейшей ошибкой является оставление неиссеченной «маточной грыжи», даже при отсутствии выраженного интраоперационного кровотечения. Как правило, это приводит к раннему послеоперационному кровотечению, релапаротомии, массивной кровопотере, гистерэктомии и прямой угрозе для жизни пациентки.

Показания к гистерэктомии:

- при признаках вращении плаценты в ЛПУ I и II уровня, так как для проведения органосохраняющей операции необходимо наличие кровесберегающих высоких технологий;
- при признаках вращении плаценты у многодетной женщины, настаивающей на стерилизации перед операцией;
- при вращении плаценты в матку, осложненном вращением в соседние органы (мочевой пузырь, кишечник), что требует расширение объема операции (резекция и пластика мочевого пузыря, резекция кишки и др.);
- как последний этап борьбы с кровотечением при массивной кровопотере, при отсутствии эффекта от мероприятий первого и второго этапа (только для III уровня);
- при технических затруднениях при проведении метропластики (только для III уровня).

ПОНРП. Этиология. Классификация.

ПОНРП - тяжелое акушерское осложнение, наблюдаемое у 0,4—1,4% беременных, может произойти во время беременности или в родах и привести к осложнениям, опасным для жизни матери и плода. Летальность составляет 1,5—15%. Смерть женщины обусловлена в основном геморрагическим шоком и последующей полиорганной недостаточностью. В действительности ПОНРП встречается намного чаще, чем регистрируется. При отсутствии клинических проявлений, когда отслойка плаценты происходит на небольшом участке, после родов на материнской поверхности плаценты обнаруживают небольшие темные сгустки крови и вдавления от гематомы.

Этиология.

Этиология ПОНРП окончательно не определена. Выделяют следующие факторы риска ПОНРП:

- Экстрагенитальные заболевания матери и осложнения беременности, сопровождающиеся изменением сосудистой системы материнского организма (ангиопатии, капилляропатии), вызывающие ангиопатию матки и, следовательно, неполноценность плацентарного ложа (недостаточность первой и второй волн инвазии цитотрофобласта). Такие изменения возникают при гипертонической и гипотонической болезни, пороках сердца, тиреотоксикозе, СД, синдроме сдавления нижней полой вены, заболеваниях почек (гломерулонефрит, пиелонефрит), туберкулезе, сифилисе, малярии и других хронических инфекциях. Отслойка плаценты возможна при аутоиммунных состояниях (антифосфолипидный синдром, красная волчанка), аллергических реакциях. Особенно часто отслойка плаценты происходит при тяжелой ПЭ.
- Гиперпластические процессы, воспалительные и дегенеративные изменения в матке и плаценте, вызывающие нарушение связи между ними: хроническое воспаление матки (эндомиометрит), субмукозные узлы миомы, пороки развития матки (перегородка матки, двурогая, седловидная матка), перенашивание беременности и др.
- Чрезмерное растяжение матки, ведущее к истончению ее стенки и увеличению плацентарной площадки, что способствует увеличению и истончению самой плаценты (многоводие, многоплодная беременность, крупный плод).
- Непосредственная травма — падение, удар в живот, наружный поворот плода, грубое исследование, влагалищные родоразрешающие операции и др.
- Косвенная травма — абсолютная и относительная короткость пуповины, поздний разрыв плодных оболочек, быстрое излитие околоплодных вод при многоводии, быстрое рождение первого плода при многоплодии, быстрые или стремительные роды.
- Нервно-психические факторы - испуг, стресс, возбуждение при половом акте и др.

Классификация

- полная отслойка плаценты, когда отслоение происходит по всей ее материнской поверхности;
- частичная отслойка плаценты, когда от плацентарного ложа отслаивается какая-либо часть ее материнской поверхности. Частичная отслойка может быть прогрессирующей и не прогрессирующей.

По степени выраженности клинических симптомов выделяют:

- легкую степень (отслойка небольшого участка);
- среднюю степень (отслойка / поверхности плаценты);
- тяжелую степень (отслойка более 1/3 поверхности плаценты).

Клиническая классификация ПОНРП построена на вариантах кровотечения:

- отслойка с наружным кровотечением (выделение крови из влагалища);
- отслойка с внутренним кровотечением (образование ретроплацентарной гематомы, кровь из влагалища не выделяется);
- отслойка с комбинированным кровотечением (внутреннее и наружное кровотечение).

Клиническая картина.

Клинические проявления ПОНРП зависят от площади отслоения, скорости и объема кровотечения, реакции организма женщины на кровопотерю. Ведущие симптомы ПОНРП — боль в области плацентации, гипертонус матки, симптомы внутреннего кровотечения (снижение АД, тахикардия) и гипоксия плода вследствие кровотечения. Пациентки жалуются на боль в животе различной локализации и интенсивности, беспокойство, головокружение, слабость, кратковременную потерю сознания. Отмечают постоянное напряжение матки, ощущают изменения в поведении плода. Плод может проявлять повышенную двигательную активность или, наоборот, становится менее активным, затем женщина перестает ощущать его шевеление. Боль возникает вследствие растяжения стенки матки и раздражения серозного покрова матки гематомой, образующейся в месте отслойки плаценты. Боль может быть слабой или очень интенсивной, сначала она локальная, а затем распространяется по всему животу. При незначительной площади отслойки болевой симптом мало выражен. При отслойке по краю плаценты боль бывает незначительной или отсутствует, так как кровь вытекает наружу и внутриматочное давление не повышается. При острой и обширной отслойке возникают острые постоянные распирающие боли по всему животу, появляются ощущения, что «что-то разорвалось», острое «жжение» в месте отслойки. Живот напрягается, увеличивается в объеме. Боли могут иррадиировать в бедро, лоно, в поясницу. Гипертонус матки (clinicaluterine hypertonic) взаимосвязан с ретроплацентарной гематомой, растягивающей ее стенку. Матка становится напряженной и болезненной при пальпации. Болезненность может быть общей и локальной в месте прикрепления плаценты. При отслойке во время беременности матка постоянно сохраняет повышенный тонус, пальпировать плод не удастся из-за напряжения и болезненности матки. При отслойке в родах матка не расслабляется вне схваток. Острая гипоксия плода (clinicalacute fetal hypoxia) обусловлена отслойкой плаценты, нарушением маточноплацентарного кровообращения из-за гипертонуса матки, материнского и плодового кровотечения.

При отслойке 1/3 материнской поверхности плаценты и более плод начинает страдать, а затем погибает от гипоксии. При полной отслойке плаценты гибель плода происходит быстро. Кровотечение часто бывает только внутренним, когда отслойка происходит по центру плацентарной площадки; образуется ретроплацентарная гематома. Наружное кровотечение возникает при отслойке плаценты по краю. Кровь, вытекающая из половых путей, бывает разного цвета. Если кровотечение началось сразу после отслойки или крови потребовалось пройти незначительное расстояние от отслоившегося нижнего полюса плаценты до влагалища, она имеет алый цвет. Если после отслойки прошло какое-то время, кровь становится темной, в ней появляются сгустки. При отслойке 1/4 плаценты у матери появляются признаки анемии и нарушения гемодинамики. Она жалуется на головокружение, слабость, возможна кратковременная потеря сознания, развиваются картина шока вследствие гиповолемии и коагулопатия.

При ПОНРП во время беременности могут появиться незначительные боли в животе, повышение тонуса матки, темные кровяные выделения из влагалища. В родах при незначительной отслойке матка между схватками расслабляется, сердцебиение плода не изменяется. Единственным симптомом могут быть скудные темные кровяные выделения из влагалища. Если отслойка плаценты произошла в конце периода раскрытия или в период изгнания, возникает кровотечение, ослабевает родовая деятельность, схватки становятся нерегулярными, появляются признаки гипоксии плода. Роды обычно заканчивают без вмешательств, а признаки ПОНРП находят при осмотре плаценты (на материнской поверхности плаценты могут быть вдавления, покрытые темными сгустками крови, в этих местах плацента заметно тоньше).

Тактика ведения

Диагноз ставят на основании жалоб, данных общего и специального анамнеза (ПЭ, частые эпизоды угрозы досрочного прерывания данной беременности), клинической картины (признаки внутреннего кровотечения, боли в животе, гипертонус матки, нарушение сердечной деятельности плода), общего и специального обследования; используют лабораторно-диагностические методы.

При объективном обследовании выявляют признаки геморрагического шока, при пальпации живота - напряженную, болезненную матку с локальной припухлостью в месте прикрепления плаценты, невозможно определить части плода. При влагалищном исследовании находят кровяные выделения из матки и постоянно напряженный плодный пузырь. При его вскрытии или при самостоятельном излитии околоплодные воды могут быть с примесью крови. Сердцебиение плода учащается, затем становится редким, аритмичным и пропадает. При отслойке нормально расположенной плаценты в первом периоде родов изменяется характер схваток. Они усиливаются или ослабевают либо становятся нерегулярными. Матка не расслабляется между схватками. Изменяется сердцебиение плода, который страдает от гипоксии и может погибнуть. Появляются симптомы геморрагического шока. Довольно сложно диагностировать отслойку во втором периоде родов. На фоне схваток или потуг могут появиться сильные боли в области матки, но это бывает редко. Чаще отслойка сопровождается появлением ярких кровяных выделений из влагалища и острой гипоксией плода.

Лечение.

Остановить кровотечение и прогрессирование отслойки можно только при быстром и бережном опорожнении матки. При выраженной клинической картине и нарастающих симптомах внутреннего кровотечения (острая ПОНРП) в любом сроке беременности и в первом или начале второго периода родов производят кесарево сечение, независимо от состояния плода. Одновременно проводят противошоковую, противонаемическую терапию, коррекцию гемостаза. Если большая часть стенки матки пропитана кровью, имеет темнофиолетовый цвет, ее мышца дряблая, не реагирует на механические и фармакологические воздействия («матка Кувелера», маточноплацентарная апоплексия), показана экстирпация матки без придатков. При отсутствии выраженной маточноплацентарной апоплексии следует выполнить перевязку маточных сосудов, а при неэффективности — перевязку внутренних подвздошных артерий. Наличие в стационаре отделения ангиохирургии позволяет выполнить эмболизацию сосудов. При небольших участках пропитывания кровью матка хорошо сокращается и дополнительных мероприятий не проводят. При выраженной клинической картине ПОНРП (острая отслойка во втором периоде родов) они могут быть закончены через естественные родовые пути, но только в мощных, хорошо оснащенных диагностической и лечебной аппаратурой стационарах. При живом плоде и соответствующих условиях второй период родов при головном предлежании экстренно заканчивают наложением акушерских щипцов, при тазовом — извлечением плода за тазовый конец. После родоразрешения через естественные родовые пути при ПОНРП во всех случаях показаны ручное отделение плаценты и выделение последа или ручное обследование стенок полости матки. Операцию производят тотчас после рождения плода для исключения нарушения целостности стенок матки, гипотонии и удаления возможных остатков плацентарной ткани и сгустков крови, что способствует лучшему сокращению матки. Производят осмотр родовых путей. Вводят ЛС, сокращающие матку, с целью предупреждения инфекции назначают антибиотики, при анемии — соответствующее лечение.

Профилактика.

Профилактика заключается в предупреждении в Abortов, раннем выявлении и своевременном лечении ПЭ, ГБ, хронических инфекций.

Список литературы

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1080 с. - (Серия «Национальное руководство»).
2. Акушерство: учебник / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава, О.Б. Панина, М.А. Курцер. - 2010. - 656 с.
3. Приказ МЗ РФ от 12.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» Приложение № 5.
4. Сидоров И.С., Кулаков В.И., Макаров И.О. «Руководство по акушерству» - М.: «Медицина, 2006 г., 848 стр.
5. Клинические рекомендации «Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях», 2018 г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра перинатологии акушерства и гинекологии лечебного факультета

Рецензия Коновалова Вячеслава Николаевича, ассистента кафедры

на реферат 1 года обучения

по специальности "Акушерство и гинекология"

Буланова Елена Константиновна

Тема реферата: *Кровотечение II половины беременности с ПП, ППКРП*

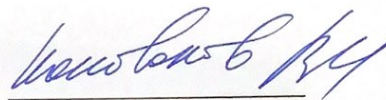
Основные оценочные критерии

№	Оценочные критерии	Положительный/ отрицательный
1	Структурированность	+
2	Актуальность	+
3	Соответствие текста реферата его теме	+
4	Владение терминологией	+
5	Полнота и глубина раскрытия темы	—
6	Логичность доказательной базы	+
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8	Источники литературы (не старше 5 лет)	—
9	Наличие общего вывода по теме	+
19	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	4/хорошо/

Дата: "07" 06 2024 год

Подпись рецензента


подпись


ФИО рецензента

Подписьординатора

подпись

ФИОординатора