

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.  
Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

# Предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Выполнила: ординатор 1 года

Бабкина Анастасия  
Владимировна

Проверила: ДМН, Профессор  
Егорова Антонина Тимофеевна

Красноярск, 2021

# Актуальность

Акушерские кровотечения являются одной из ведущих причин материнской смертности, определяют ее структуру и составляют в чистом виде - 17%, как конкурирующая причина - 42%, как фоновая - до 78%.

В последние годы частота и структура акушерских кровотечений существенно изменились. Частота акушерских кровотечений колеблется от 2,7 до 8% по отношению к общему числу родов. В последнее время стали чаще наблюдаться кровотечения, обусловленные отслойкой нормально расположенной плаценты и ее предлежанием (они составляют 45%).

# Предлежание плаценты

044

Предлежание плаценты

044.0

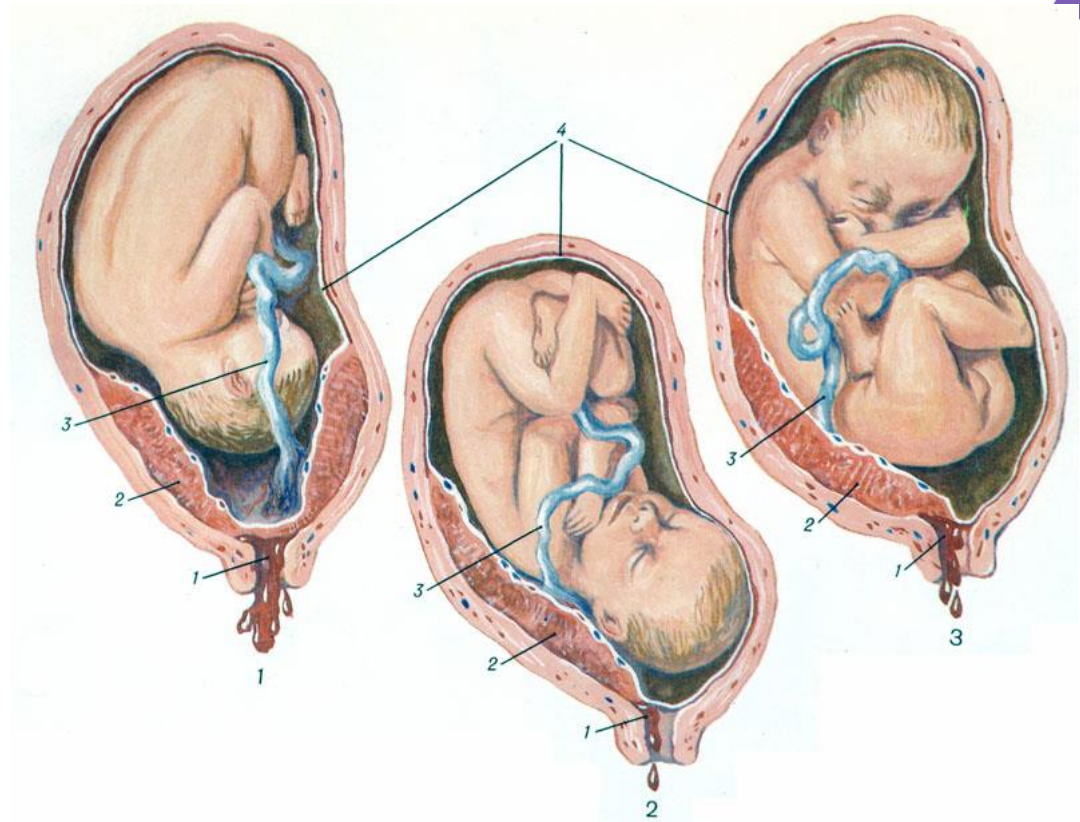
Предлежание плаценты, уточненное как без кровотечения. Низкое прикрепление плаценты, уточненное как без кровотечения

044.1

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

# Определение

Предлежание плаценты – расположение плаценты в нижнем сегменте матки в области внутреннего зева или на 3 см выше внутреннего зева (по данным УЗИ при доношенной беременности).



# Задачи

- Своевременная постановка диагноза
- Выбор адекватной тактики родоразрешения с целью снижения осложнений в родах, послеродовом периоде, а также перинатальной заболеваемости и смертности.

# Классификация предлежания плаценты

- Во время беременности
- Степени предлежания плаценты
- Во время родов

# Классификация предлежания плаценты

## Во время беременности

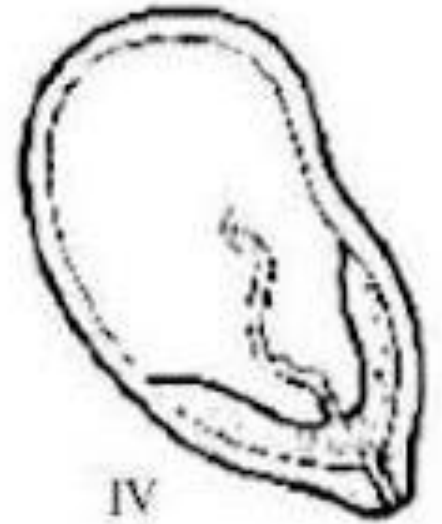
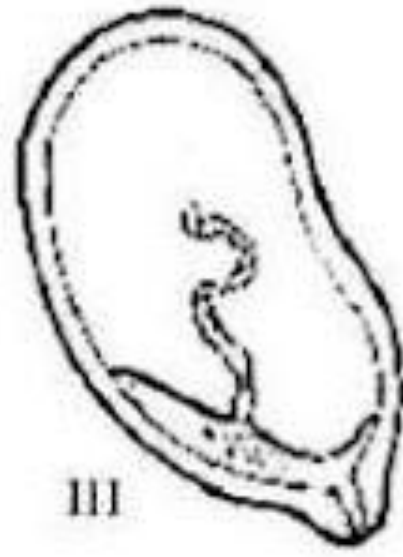
- Полное предлежание – плацента полностью перекрывает внутренний зев
- Неполное (частичное) – внутренний зев перекрыт частично или плацента нижним сегментом доходит до него
- Низкое предлежание – плацента расположена на расстоянии 7 см и менее от внутреннего зева

# Классификация предлежания плаценты

## Степени предлежания

- I степень – плацента расположена в нижнем сегменте, край плаценты не достигает внутреннего зева, но расположен на расстоянии не более 3 см от него
- II степень – нижний край плаценты достигает внутреннего зева, но не перекрывает его
- III степень – нижний край плаценты перекрывает внутренний зев, переходя на противоположную часть нижнего сегмента, при этом расположение плаценты на передней и задней стенке ассиметрично
- IV степень – плацента симметрично расположена на передней и задней стенках матки, перекрывает внутренний зев своей центральной частью





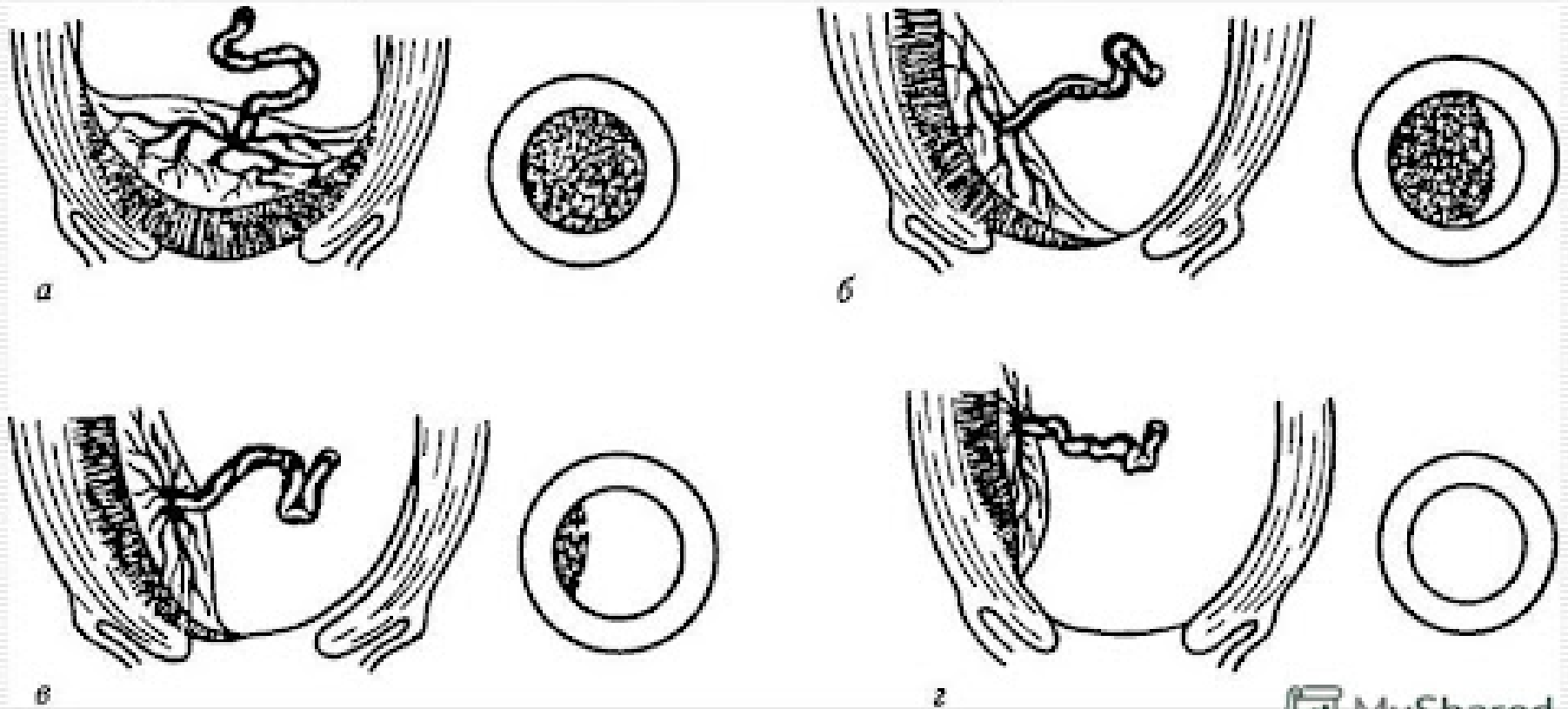
# Классификация предлежания плаценты

## Во время родов

- Центральное – плацента полностью перекрывает маточный зев, плодные оболочки не определяются
- Боковое – часть плаценты перекрывает маточный зев, плодные оболочки определяются рядом с плацентой
- Краевое – край плаценты доходит до маточного зева, в области зева находятся лишь плодные оболочки

# Виды предлежания

а – центральное, б – боковое,  
в- краевое, г – низкая плацентация



# Факторы риска развития предлежания плаценты

- Хронический и острый эндометрит
- Внутриматочные вмешательства
- Высокий паритет родов
- Искусственные и самопроизвольные аборты
- Рубец на матке
- Курение

# Клиническая картина предлежания плаценты

- Фаза «немая» – без кровотечения
- Фаза «кровотечение»

При необходимости выполнить влагалищное исследование, его проводят в условиях развернутой операционной. Пальпируют губчатую часть между предлежащей частью плода и пальцами акушера.

## Фаза «немая»

- Жалоб нет
- Косвенные признаки: задержка внутриутробного развития плода, патология предлежания плода, высокое расположение предлежащей части плода над входом в малый таз, аускультация плацентарных шумов в области нижнего сегмента
- Диагноз ставится по УЗИ

## Фаза «кровотечение»

- Наружное, обильное, кровотечение ярко алой кровью, возникающее рано, после 20 недель беременности
- Возможно несколько эпизодов кровотечения во время беременности
- Анемия у беременной
- Отсутствие болевого симптома
- Нормальный тонус матки
- Общее состояние беременной и плода зависит от величины кровопотери

ПОЛНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

НИЖНИЙ КРАЙ ПЛАЦЕНТЫ  
ПЕРЕКРЫВАЕТ  
ВНУТРЕННИЙ ЗЕВ.  
РАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ НА  
СТЕНКАХ МАТКИ АССИМЕТРИЧНО



III СТЕПЕНЬ ПРЕДЛЕЖАНИЯ

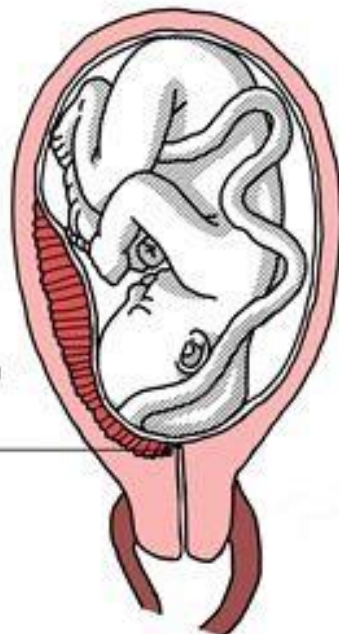
ПЛАЦЕНТА СИММЕТРИЧНО  
ПЕРКРЫВАЕТ ВНУТРЕННИЙ ЗЕВ  
СВОЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЧАСТЬЮ



IV СТЕПЕНЬ ПРЕДЛЕЖАНИЯ

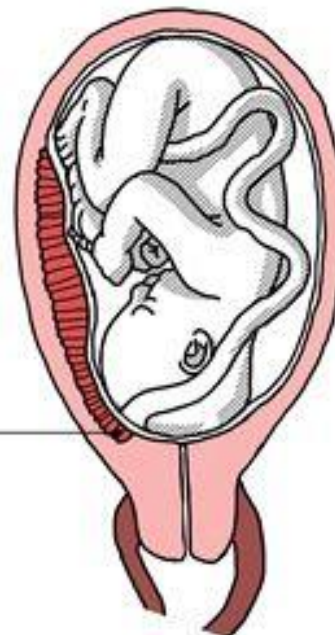
НЕПОЛНОЕ (ЧАСТИЧНОЕ)  
ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

НИЖНИЙ КРАЙ ПЛАЦЕНТЫ  
ДОХОДИТ ДО  
ВНУТРЕННЕГО ЗЕВА, НО  
НЕ ПЕРЕКРЫВАЕТ ЕГО



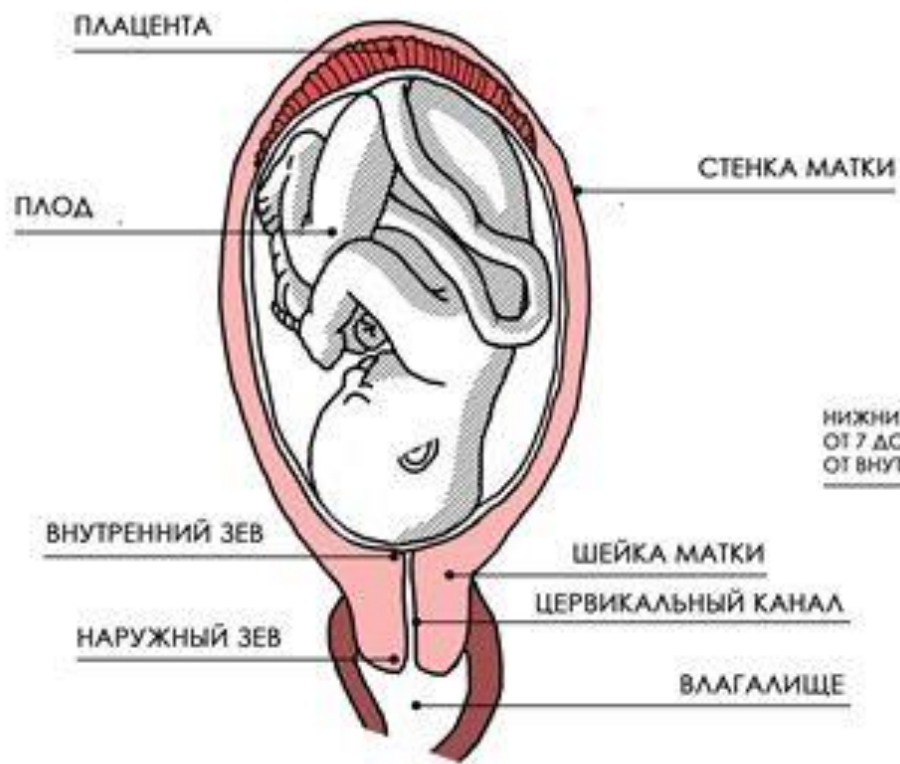
II СТЕПЕНЬ ПРЕДЛЕЖАНИЯ

НИЖНИЙ КРАЙ ПЛАЦЕНТЫ  
МЕНЕЕ 3 СМ ОТ ВНУТРЕННЕГО  
ЗЕВА

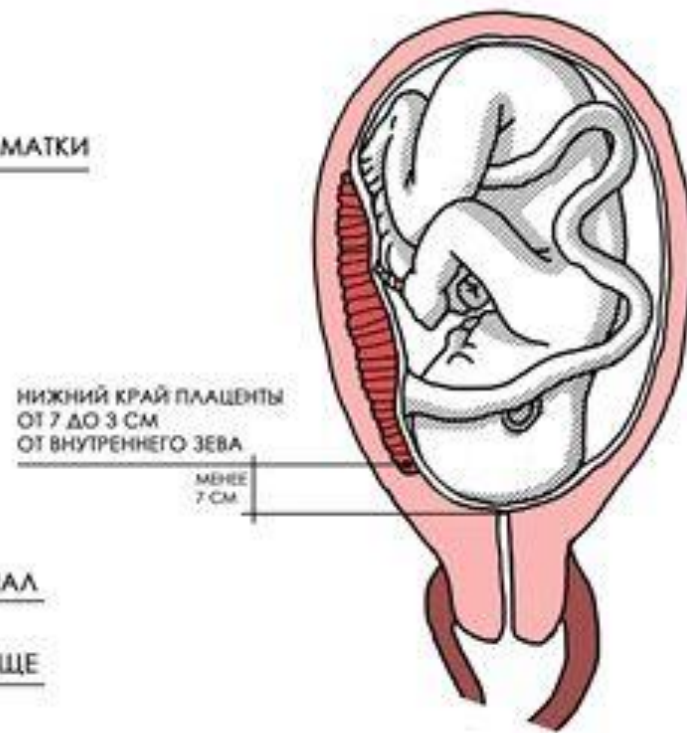


I СТЕПЕНЬ ПРЕДЛЕЖАНИЯ





НОРМАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ



НИЗКАЯ ПЛАЦЕНТАЦИЯ

# Осложнения беременности при предлежании плаценты

- Невынашивание беременности
- Железодефицитная анемия
- Неправильное положение плода
- Патологическое прикрепление плаценты (плотное прикрепление/приращение плаценты)
- Хроническая гипоксия и задержка роста плода в связи с фетоплацентарной недостаточностью

# Акушерская тактика

## При отсутствии кровотечения

- Наблюдение в женской консультации
- Госпитализация в стационар по показаниям или при наличии жалоб у беременной
- УЗИ в сроке 37-38 недель беременности
- При подтверждении диагноза «полного предлежания плаценты» – дородовая госпитализация в 37-38 недель беременности, родоразрешение путем планового кесарева сечения в 38 недель
- При неполном предлежании плаценты, особенно у повторнородящих, возможно ведение родов через естественные родовые пути

# Акушерская тактика

## Условия для родоразрешения через естественные родовые пути

- Неполное предлежание плаценты
- Отсутствие кровотечения
- Благоприятный акушерский анамнез
- Отсутствие осложнений беременности
- Молодой возраст женщины
- Головное предлежание плода
- Отсутствие признаков гипоксии плода
- Ранняя амниотомия, при возникновении кровотечения в родах
- При развитии слабой родовой деятельности – своевременная коррекция внутривенным введением окситоцина

# Тактика при кровотечении зависит от

- Срока беременности
- Объема кровопотери
- Количества эпизодов кровотечения
- Состояния беременной
- Внутриутробного состояния плода

# Консервативно-диагностические критерии и акушерская тактика при предлежании плаценты

Показания:

- Срок беременности меньше 36 недель беременности
- Одномоментная кровопотеря менее 250 мл
- Менее 3 эпизодов кровотечения
- Удовлетворительное состояние матери
- Отсутствие внутриутробной гипоксии плода

# Консервативно-диагностические критерии и акушерская тактика при предлежании плаценты

Мероприятия:

1. Госпитализация в дородовое отделение
2. Наблюдение за состоянием беременной в динамике (пульс, АД, диурез, температура тела)
3. Оценка внутриутробного состояния плода (КТГ, фетометрия, доплерометрия)
4. Лабораторное обследование (клинический анализ крови, группа крови и резус-фактор, общий анализ мочи, расширенная коагулограмма, биохимический анализ крови (сывороточное железо, ферритин, трансферрин, общий белок, альбумин, билирубин, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевиная кислота)

# Консервативно-диагностические критерии и акушерская тактика при предлежании плаценты

Мероприятия:

5. Седативная терапия (экстракт валерианы по 2 табл. 2 раза в день, настойка пустырника по 20-30 кап. 3 раза в день, ново-пассит 5-10 мл 3 раза в день, феназепам 0,0005 на ночь)
6. Токолитическая терапия (кроме гинипрала), длительностью до трех суток:
  - нифедипин 20 мг per os, далее, если сокращения матки сохраняются – через 30 мин 20 мг повторно, затем по 20 мг каждые 3-8 ч в течении 48 ч, максимальная суточная доза 120 мг, поддерживающая терапия не эффективна
  - Индометацин 50-100 мг per rectum однократно, затем по 25 мг каждые 6 ч
  - Атозибан (трактоцил): в течении 1 мин 1 флакон по 0,9 мл дозе 6,75 мг, затем в течении 3 ч инфузия 300 мкг/мин (24 мл/ч, 8 кап/ мин), затем продолжительная инфузия (до 45 ч) в дозе 100 мкг/мин (8 мл/ч, 3 кап/мин)



# Консервативно-диагностические критерии и акушерская тактика при предлежании плаценты

Мероприятия:

## 7. Гемостатические средства:

- Транексам в/в кап 10-11 мг/кг, однократно, далее 500 мг 3 раза в день per os
- Этамзилат натрия 500 мг 3 раза в день в/м

## 8. Антианемические средства

- Профилактически – препараты железа в дозе 60 мг в сутки
- При  $Hb < 109$  г/л,  $Ht < 32-37\%$  - препараты двухвалентного сульфата железа 120 мг в сут (Ферроплекс, Сорбифер)
- При  $Hb < 90$  г/л,  $Ht < 27\%$ , -в/м декстран железа 100 мг (2мл) 1 раз в сутки (Феррум Лек, Космофер), показана консультация гематолога

▲ Активная тактика при предлежании плаценты

Оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения независимо от срока беременности показано при:

- Одномоментном объеме кровопотери более 250 мл
- Рецидивирующем кровотечении – более 3 эпизодов кровотечения за сутки наблюдения
- Прогрессирующей анемии беременной
- Острой гипоксии плода
- При развитии кровотечения действовать согласно протоколу «кровотечения в последовом и в раннем послеродовом

Кесарево сечение при предлежании плаценты – операция повышенного риска по развитию кровотечения

# Протокол «кровотечения в последовом и в раннем послеродовом периоде»

1. Введение утеротонических средств
2. Коррекция гемостаза (транексам 0,5-1,0 мл в/в струйно, этамзилат натрия 12,5% 4 мл в/м, СЗП 2 дозы)
3. Восполнение ОЦК кровозаменителями
4. При кровотечении более 1000 мл (Гемотрансфузия/аппаратная реинфузия крови)
5. При кровотечении из плацентарной площадки-узловые швы в шахматном порядке
6. Ишемизация матки путем наложения зажимов и лигатур на сосудистые пучки маточных и яичниковых артерий
7. Гемостатические компрессионные швы на матку
8. Гистерэктомия/ метропластика при неэффективности предыдущих мероприятий
9. Перевязка внутренних подвздошных артерий

# Протокол «кровотечения в последовом и в раннем послеродовом периоде»

Таблица 25.2

## Утеротонические средства при маточном кровотечении в раннем послеродовом периоде

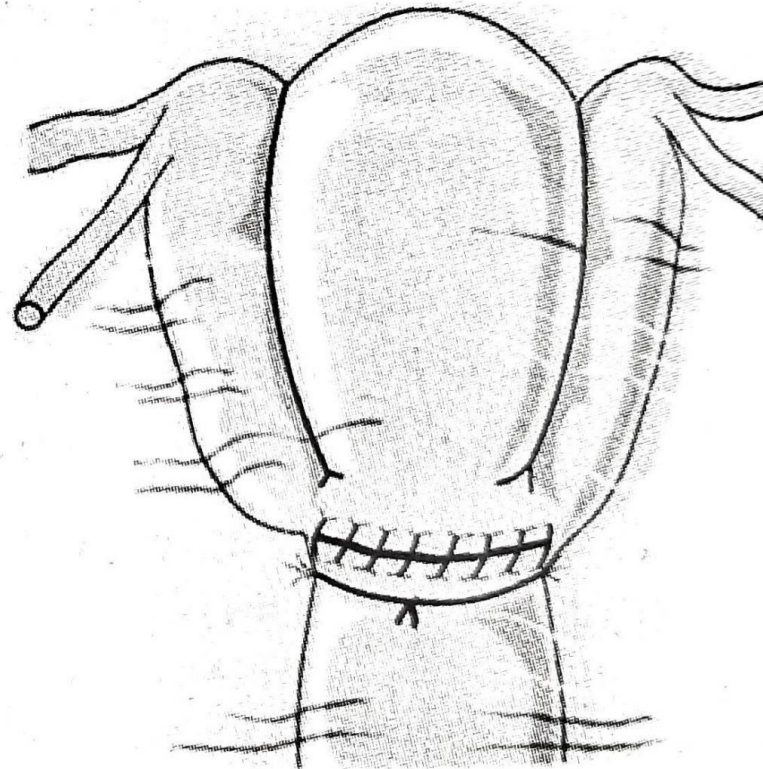
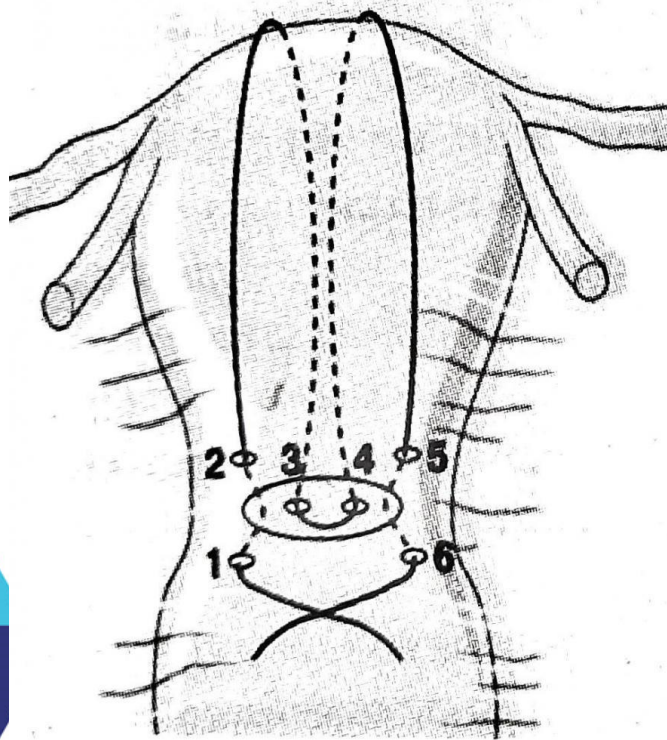
Дозы, способ введения, противопоказания	Приоритетность		
	1-я очередь: <i>окситоцин, карбетоцин</i>	2-я очередь: <i>метилэргометрин</i>	3-я очередь: <i>простагландины</i>
Начальная доза и способ введения	<p><i>Окситоцин:</i> 10 ЕД на 400 мл физ. р-ра в/в, темп инфузии 10–15 мл/мин; 5 ЕД в/в струйно медленно.</p> <p><i>Карбетоцин:</i> во время кесарева сечения — 100 мкг/мл в/в; после родов через естественные родовые пути 100 мкг/мл в/м в верхнюю часть бедра</p>	0,2 мг в/м или в/в	<i>Мизопропростол:</i> 600–800 мкг ректально однократно

# Протокол «кровотечения в последовом и в раннем послеродовом периоде»

Дозы, способ введения, противопоказания	Приоритетность		
	1-я очередь: <i>окситоцин, карбетоцин</i>	2-я очередь: <i>метилэрго-метрин</i>	3-я очередь: <i>простагландины</i>
Повторные дозы	<i>Окситоцин</i> : 20 ЕД в/в капельно в 1 л физ. р-ра со скоростью 60/мин. <i>Для карбетоцина</i> не требуется	0,2 мг в/м каждые 2 ч (при необходимости — 0,2 мг в/м или в/в медленно каждые 4 ч)	Не требуется
Максимальная доза	<i>Окситоцин</i> : не более 3 л жидкости, содержащей окситоцин. <i>Карбетоцин</i> : 100 мкг/мл	5 доз (1,0 мг)	—
Противопоказания, предупреждения	<i>Окситоцин</i> : артериальная гипертензия, хроническая почечная недостаточность. <i>Карбетоцин</i> : заболевания печени и почек, сердечно-сосудистая недостаточность, эпилепсия	Преэклампсия, артериальная гипертензия, болезни сердца	Астма, глаукома, артериальная гипертензия

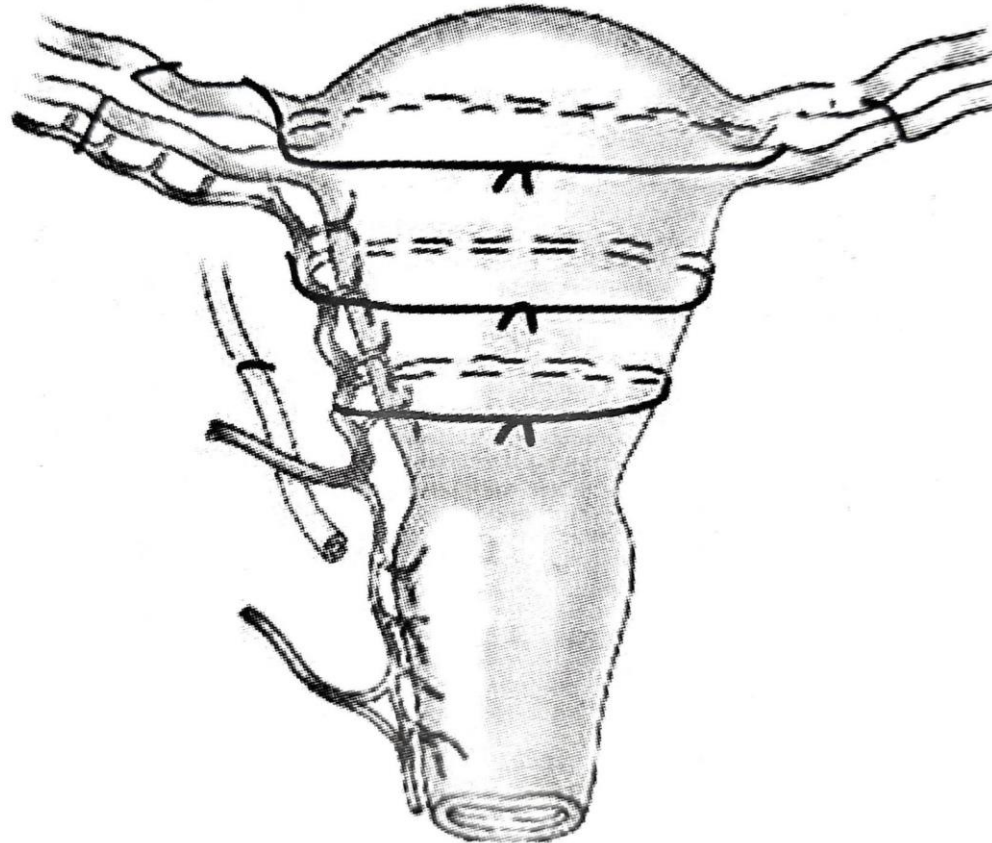
# Протокол «кровотечения в последовом и в раннем послеродовом периоде»

## Гемостатические компрессионные швы по Б. Линчу

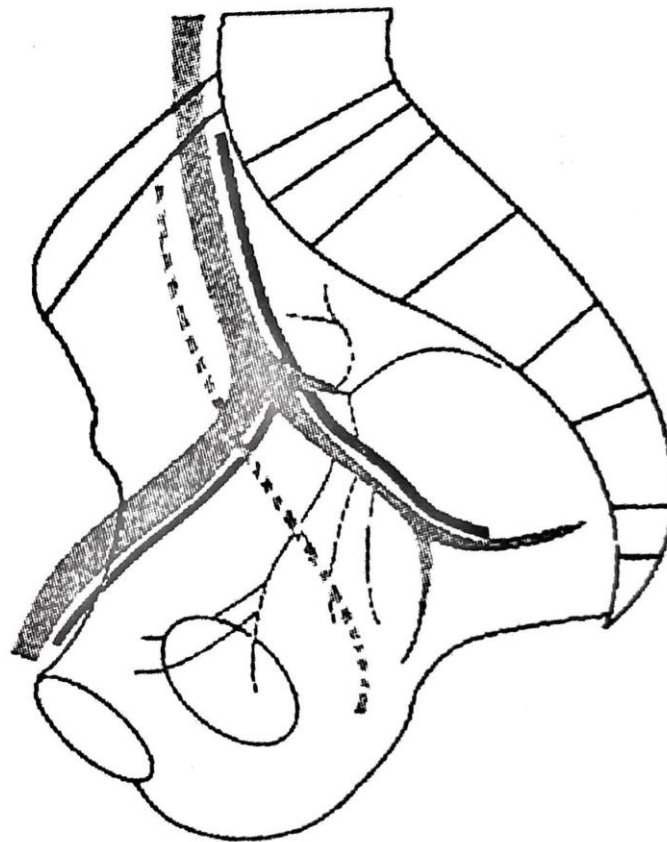


# Протокол «кровотечения в последовом и в раннем послеродовом периоде»

## Гемостатические компрессионные швы по Пейрейра



# Протокол «кровотечения в последовом и в раннем послеродовом периоде»

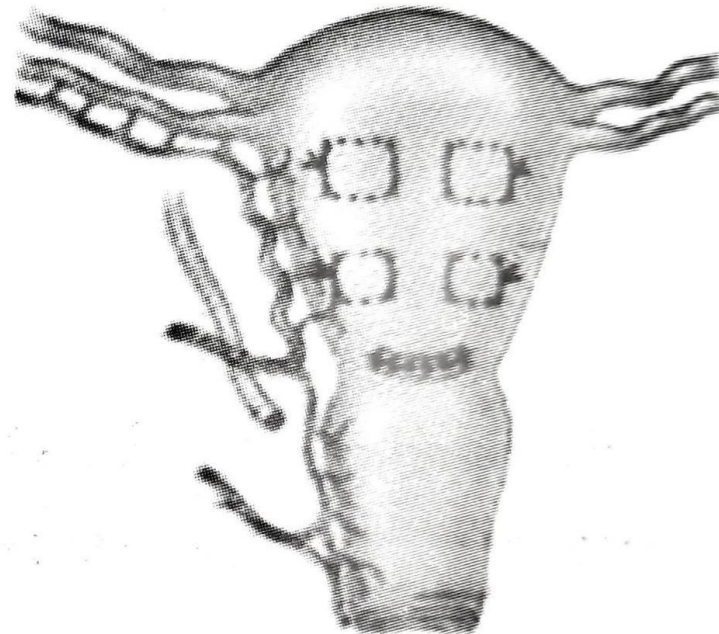
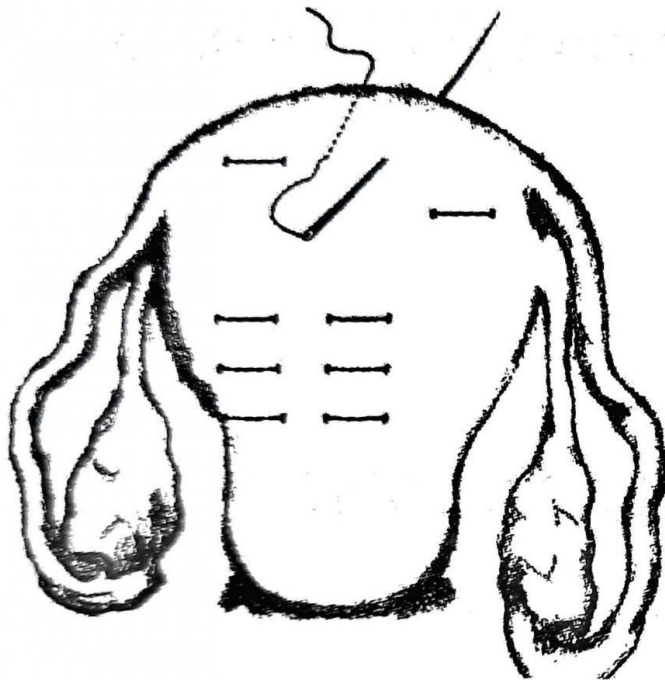


*Рис. 25.3. Перевязка подвздошных артерий*



# Протокол «кровотечения в последовом и в раннем послеродовом периоде»

## Швы на плацентарной площадке



# Протокол «кровотечения в последовом и в раннем послеродовом периоде»

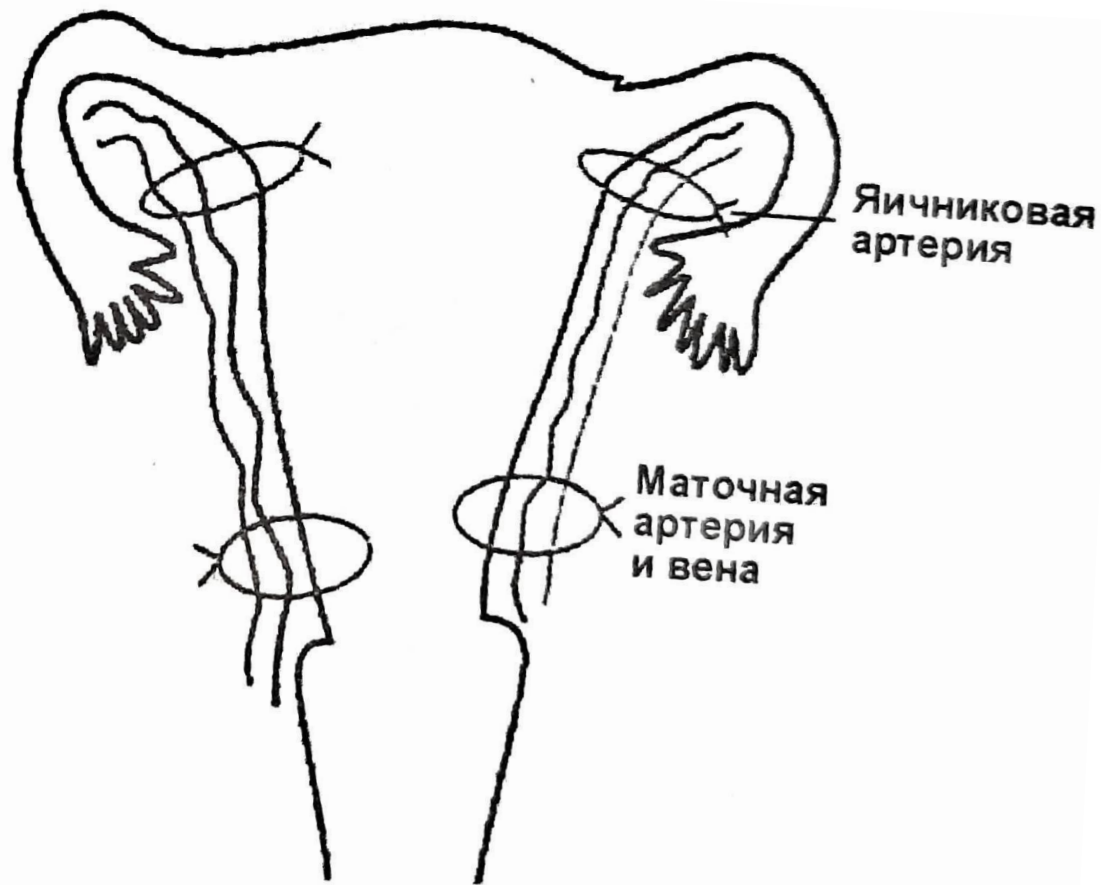


Рис. 25.1. Перевязка маточных и яичниковых сосудов

# Предлежание плаценты

045

- Преждевременная отслойка плаценты (abruption placentae)

045.0

- Преждевременная отслойка плаценты с свертываемости крови

045.8

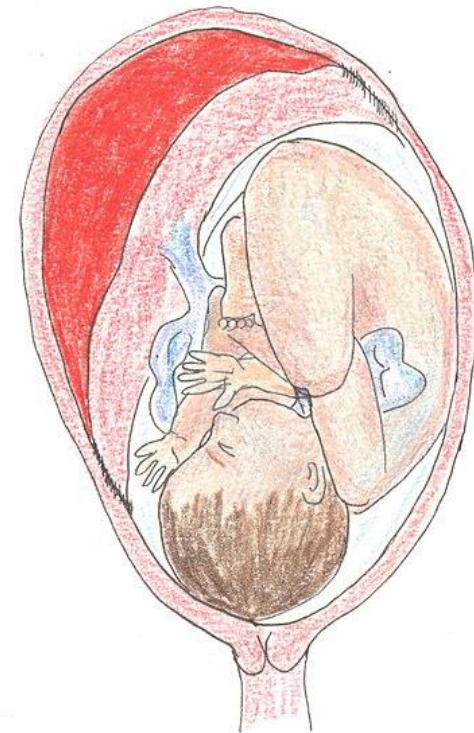
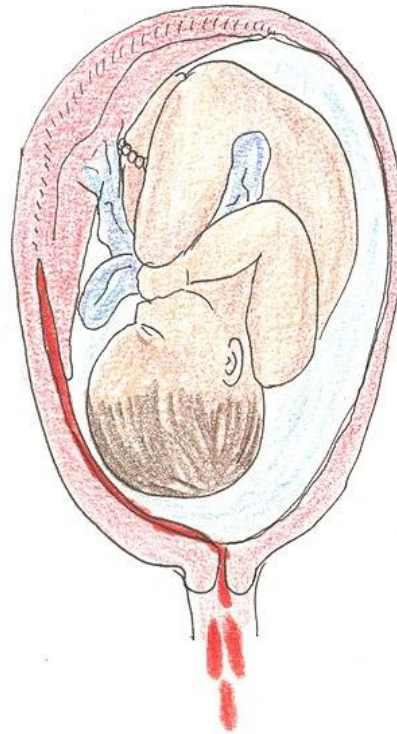
- Другая преждевременная отслойка плаценты

045.9

- Преждевременная отслойка плаценты неуточненная

# Определение

- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – отслойка плаценты до рождения плода (во время беременности, в первом и во втором периоде родов)



Bonnie U. Gruenberg

# Классификация ПОНРП

По срокам возникновения	По площади отслойки	По динамике развития
Во время беременности	Полная отслойка	-
В первом периоде родов	Частичная отслойка	
Во втором периоде родов	<ul style="list-style-type: none"><li>• Центральная</li><li>• Краевая</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Прогрессирующая</li><li>• Непрогрессирующая</li></ul>



Частичная отслойка  
с образованием ретро-  
плацентарной гематомы

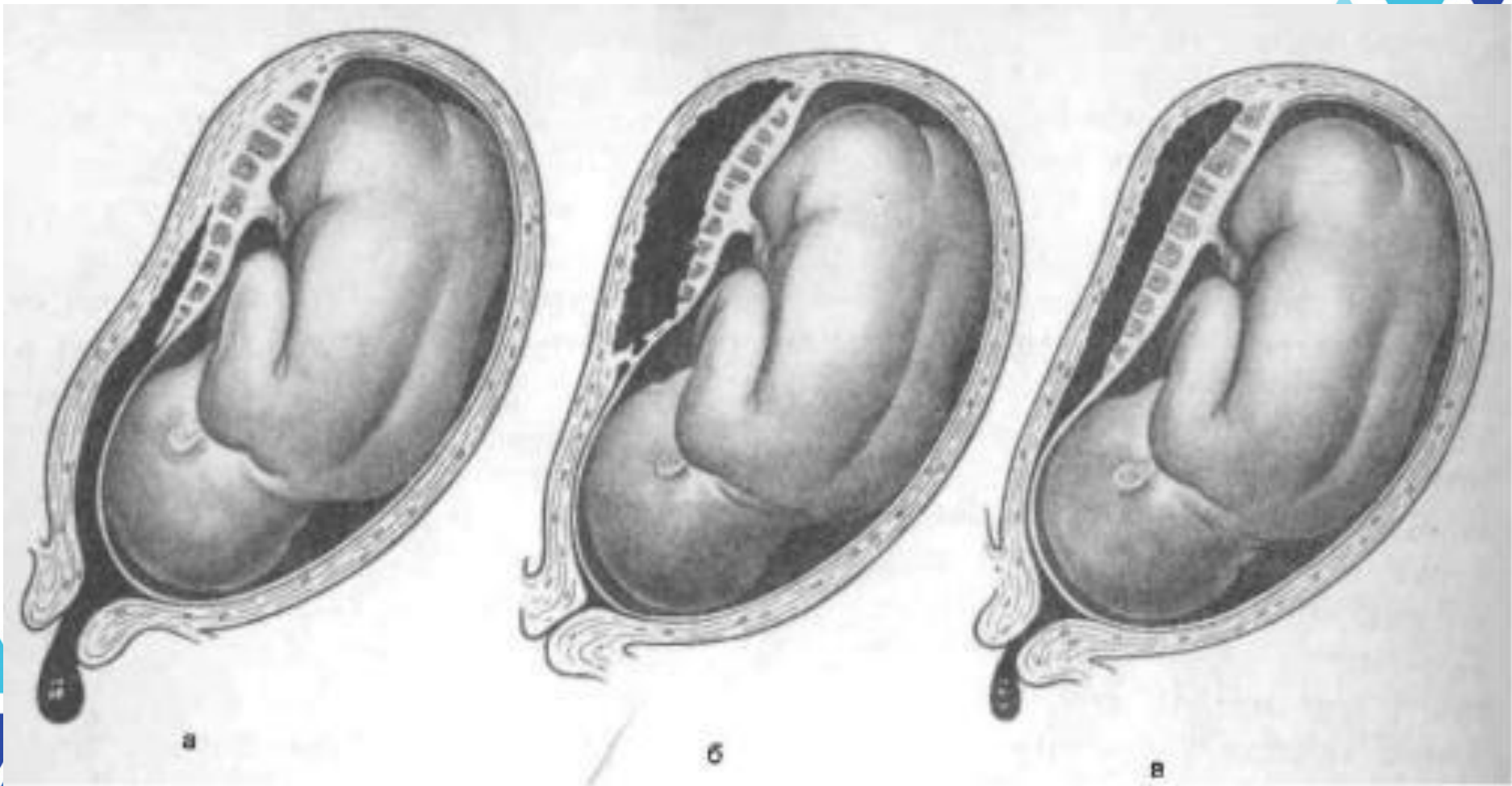


Частичная отслойка  
с наружным кровотечением



Полная отслойка с обра-  
зованием ретроплацен-  
тарной гематомы





# Задачи

- Своевременная постановка диагноза позволяет быстро и бережно родоразрешить женщину, с целью предупреждения материнской и перинатальной смертности, сохранения репродуктивной функции у женщины



# Этиологические факторы ПОНРП

Во время беременности

- Неполноценная инвазия трофобласта
- Сосудистая экстрагенитальная патология (АГ, гломерулонефриты, эндокринопатии)
- Аутоиммунные состояния (АФС, СКФ)
- Преэклампсия
- Травма (амниоцентрез, наружный акушерский поворот, падения)

# Этиологические факторы ПОНРП

В родах

- Быстрое излитие околоплодных вод при многоводии
- Гиперстимуляция матки утеротониками
- Рождение первого плода при многоплодии
- Запоздалый разрыв плодного пузыря
- Короткая пуповина

# Клиническая картина ПОНРП

1. Болевой синдром:
  - Боль локальная в проекции локализации плаценты
  - Выраженный болевой синдром при локализации плаценты по передней стенке матки
  - При расположении плаценты по задней стенке отмечаются незначительные боли в поясничной области
2. При пальпации матки отмечается ее гипертонус и локальная болезненность в проекции локализации плаценты
3. Острая гипоксия плода
4. Кровотечение (внутреннее, наружно-внутреннее)
  - Наружное – при краевой отслойке кровь яркая, при центральной – выделения темные (не всегда)
  - Внутреннее – за счет образования ретроплацентарной гематомы

# Клиническая картина ПОНРП

5. Общее состояние зависит от величины кровопотери:

- Бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек
- Тахикардия
- Гипотония

6. При отслойке по задней стенке матки – «чувство давления на прямую кишку», тенезмы, расстройство стула

# Клиническая картина

Зависит от:

- Степени отслойки
- Тяжести сопутствующей патологии
- Состояния системы гемостаза у женщины

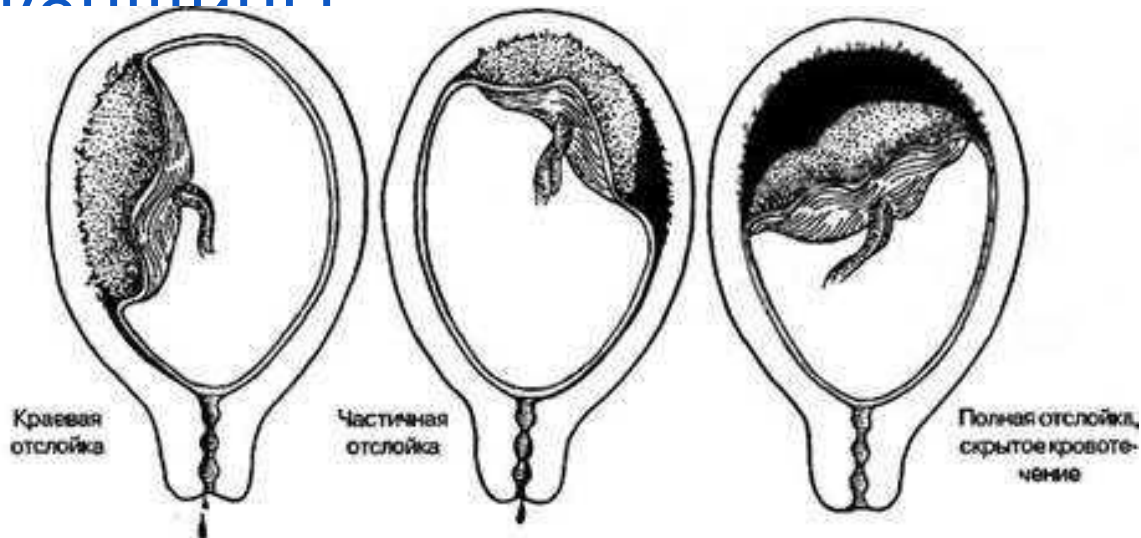


Рисунок 9.4. Взаимосвязь между отслойкой плаценты и влагалищным кровотечением.

# Объем гематомы

50-100 мл

Гемодинамика не страдает

300 мл

Гемодинамические нарушения

500 мл и более и/или площади отслойки более 1/3 от площади плаценты

Плод погибает

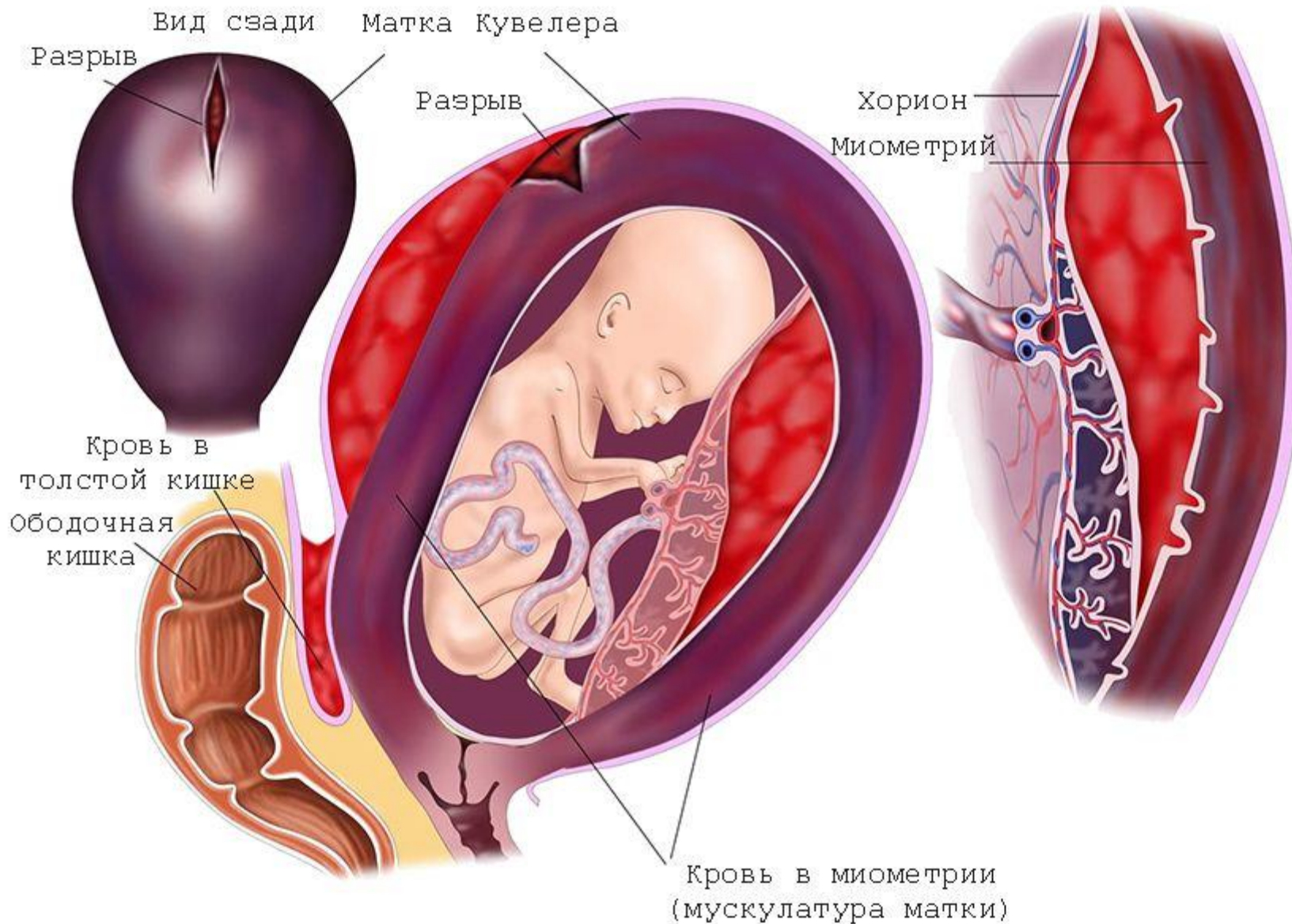
- Тяжелая форма ПОНРП – отслойка плаценты от стенки матки более 1/3 площади, быстрое развитие симптомов болевого и геморрагического шока, острая гипоксия или гибель плода, развитие ДВС-синдрома, матка Кувелера

1000 мл и более

Коагулопатия потребления

# Матка кувелера







# Алгоритм действий при возникновении ПОНРП

1. Проанализировать жалобы пациентки
2. Оценить общее состояние и степень тяжести осложнений
3. Определить показатели гемодинамики и степень тяжести гемодинамических нарушений
4. Выполнить наружное акушерское исследование (состояние матки, ее тонус, наличие схваток, локальное выбухание, болезненность)
5. Установить состояние плода – жив или нет
6. Произвести влагалищное исследование для уточнения акушерской ситуации, наличия родовой деятельности, решения вопроса об амниотомии
7. Наметить дальнейшую тактику ведения

# Лабораторные исследования при ПОНРП

- Клинический анализ крови (с определением времени свертывания и длительности кровотечения)
- Общий анализ мочи
- Группа крови, Rh-фактор
- Гемостазиограмма (концентрация фибриногена, протромбиновый индекс, АЧТВ, продукты деградации фибрина/фибриногена)

# Инструментальное исследование при ПОНРП

- УЗИ при подозрении проводится только при удовлетворительном состоянии женщины и отсутствии признаков внутриутробной гипоксии плода
- Дифференциальную диагностику проводят с гистопатическим разрывом матки, предлежанием плаценты, разрывом сосудов пуповины

# Акушерская тактика во время беременности

Зависит от

- Величины кровопотери
- Состояния беременной и плода
- Срока беременности
- Состояния гемостаза

Норма

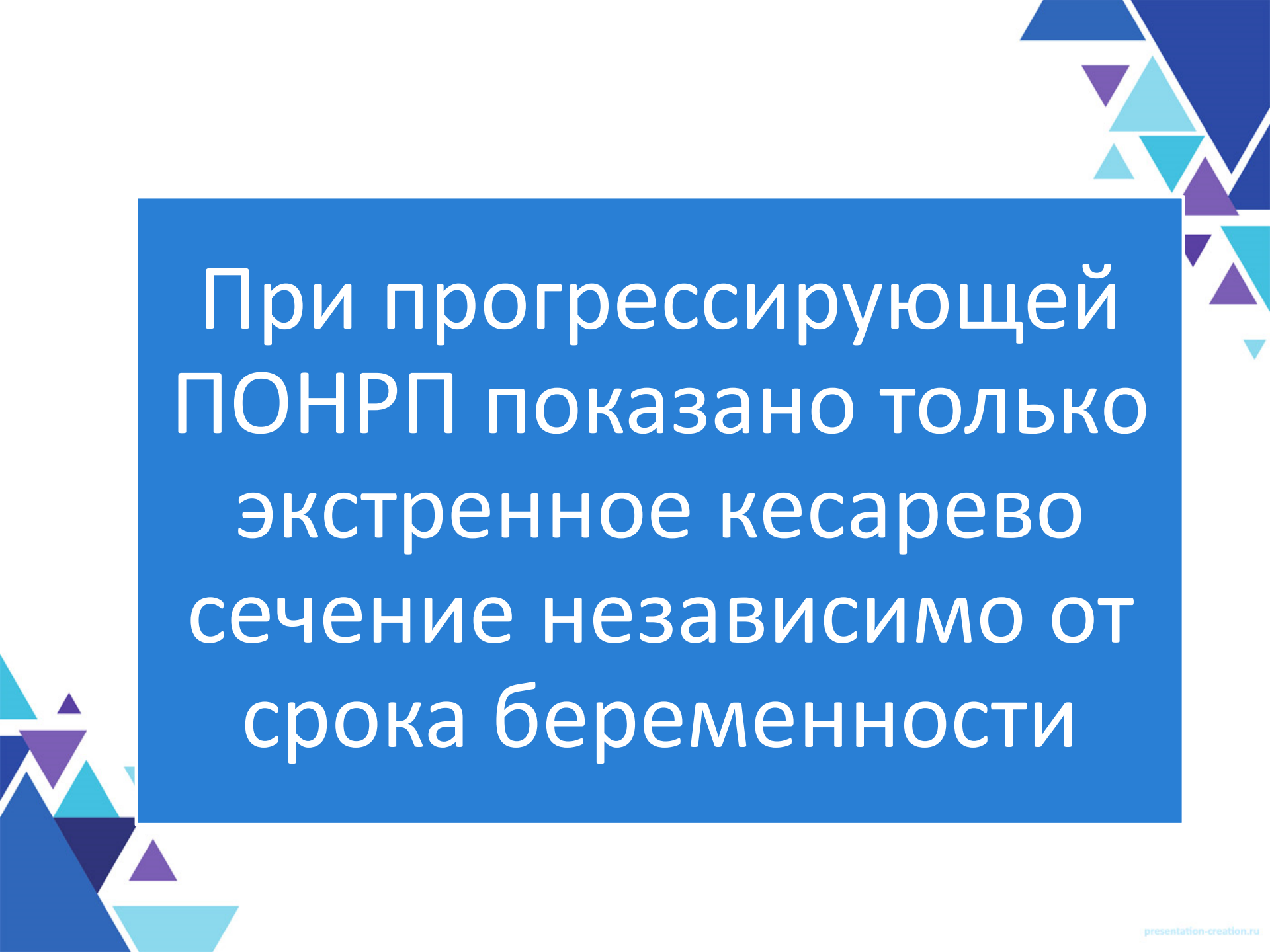


Отслойка плаценты



# Условия для выбора выжидательной тактики

1. Удовлетворительное состояние беременной и плода:
  - Гемодинамические показатели – 3-4 раза в сутки
  - Общий анализ крови – ежедневно
  - КТГ-контроль плода – 2 раза в сутки
2. Срок беременности до 34/35 нед
3. Отсутствие выраженного кровотечения по данным УЗИ
4. Отсутствие прогрессирования анемии беременной

The slide features a central blue rectangular box containing white text. The background is white with decorative geometric shapes (triangles) in shades of blue and purple in the corners.

При прогрессирующей  
ПОНРП показано только  
экстренное кесарево  
сечение независимо от  
срока беременности

# Действия перед операцией

1. Не проводить амниотомию
2. Перевести беременную в операционную и поставить мочевого катетер для определения почасового диуреза
3. Определить состояние свертывающей системы крови
4. Начать введение кровезаменителей (при необходимости СЗП)
5. Решить вопрос о гемотрансфузии (при общей кровопотере более 1000 мл)

# Особенности кесарева сечения при ПОНРП

1. Эндотрахеальный наркоз
2. Выбор доступа при лапаротомии с учетом акушерской ситуации (если высок риск расширения объема операции до гистерэктомии- предпочтительнее нижнесрединная лапаротомия)
3. Быстрое извлечение плода, т.к.:
  - Прогрессирует кровотечение
  - Тромбопластические субстанции попадают в зияющие маточные сосуды
  - Усугубляются нарушения в системе гемостаза с развитием ДВС-синдрома
  - Нарастает гипоксия плода
  - Происходит имбиция миометрия кровью с повреждением нервно-мышечного аппарата матки (в дальнейшем приводит к атоническому кровотечению)
  - Создаются условия для развития геморрагического шока



# Особенности кесарева сечения при ПОНРП

4. Тщательный осмотр матки (вывести ее в рану), необходимо оценить:

- Выраженность имбибиции кровью стенок матки
- Кровоизлияние под серозную оболочку
- Сохранение способности матки к сокращению

5. В случае диагностики маточно-плацентарной апоплексии – своевременно решить вопрос об экстирпации матки

6. При гипотонии матки и/или развитии кровотечения действовать согласно протоколу «кровотечения в последовом и в раннем послеродовом периоде»

# Акушерская тактика при ПОНРП в родах

В первом периоде родов:

1. При подозрении на ПОНРП:

- Мониторинг сердцебиения плода
- Контроль показателей материнской гемодинамики
- Показана ранняя амниотомия
- Оценка сократительной деятельности матки
- Катетеризация центральной вены

2. При подтверждении диагноза ПОНРП:

- Экстренное оперативное родоозрешение

# Акушерская тактика при ПОНРП в родах

Во втором периоде родов:

Тактика зависит от:

- Состояния роженицы и плода
- Локализации предлежащей части плода в малом тазу

(кесарево сечение – при расположении головки в широкой части полости малого таза и выше; через естественные родовые пути – при расположении предлежащей части плода в узкой части полости малого таза)

# Особенности ведения третьего периода родов после ПОНРП

- После выделения последа обязательным является проведение ручного обследования полости матки
- С целью профилактики кровотечения – введение утеротонических препаратов

# Заключение

- Проблема акушерских кровотечений до сих пор привлекает пристальное внимание исследователей разных специальностей на протяжении десятилетий, обогащаясь новыми данными и базируясь на накопленном практическом опыте, проблема кровотечений в акушерстве по-прежнему остается нерешенной.
- Обзор мировой литературы показывает, что ежегодно в связи с беременностью и родами умирает около 600 тыс. женщин, из них - 130 тыс. умирает от акушерских кровотечений.
- Врачу акушеру-гинекологу важно суметь вовремя определить данную патологию и оказать своевременную помощь.

# Список литературы

- «Клинические протоколы (акушерство)», А. А. Шмидт, Т.К. Тихонова, Д. И. Гайворонских [и др.] 3-е издание, дополненное. Санкт-петербург: СпецЛит, 2018. -271 с.
- 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, 2018.
- Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян [и др.]. - 10-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАРМедиа, 2019.
- Акушерство: учебник / Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Давыдов А.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020.



Спасибо за внимание