

Кровотечения во
ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ
второй половине
беременности.

Предлежание
плаценты.

▶ Преждевременная
отслойка плаценты

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
г.Ростов-на-Дону
2020 год

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОЗДНИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ И ВО ВРЕМЯ РОДОВ

- ▶ Кровотечение во время беременности и родов, особенно массивное, является одним из серьезных осложнений, которое может быть опасным для жизни матери и плода. Особенно неблагоприятны кровотечения в III триместре беременности.
- ▶ Наиболее частые причины кровотечения во второй половине беременности и родов:
 - • предлежание плаценты;
 - • преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
 - • разрыв сосудов пуповины при их оболочечном прикреплении.
- ▶ Кроме этого, причинами кровотечения во второй половине беременности могут быть те, которые по существу, появляются в любом сроке беременности: эрозии и полипы, рак шейки матки и влагалища; разрывы варикозных узлов влагалища.

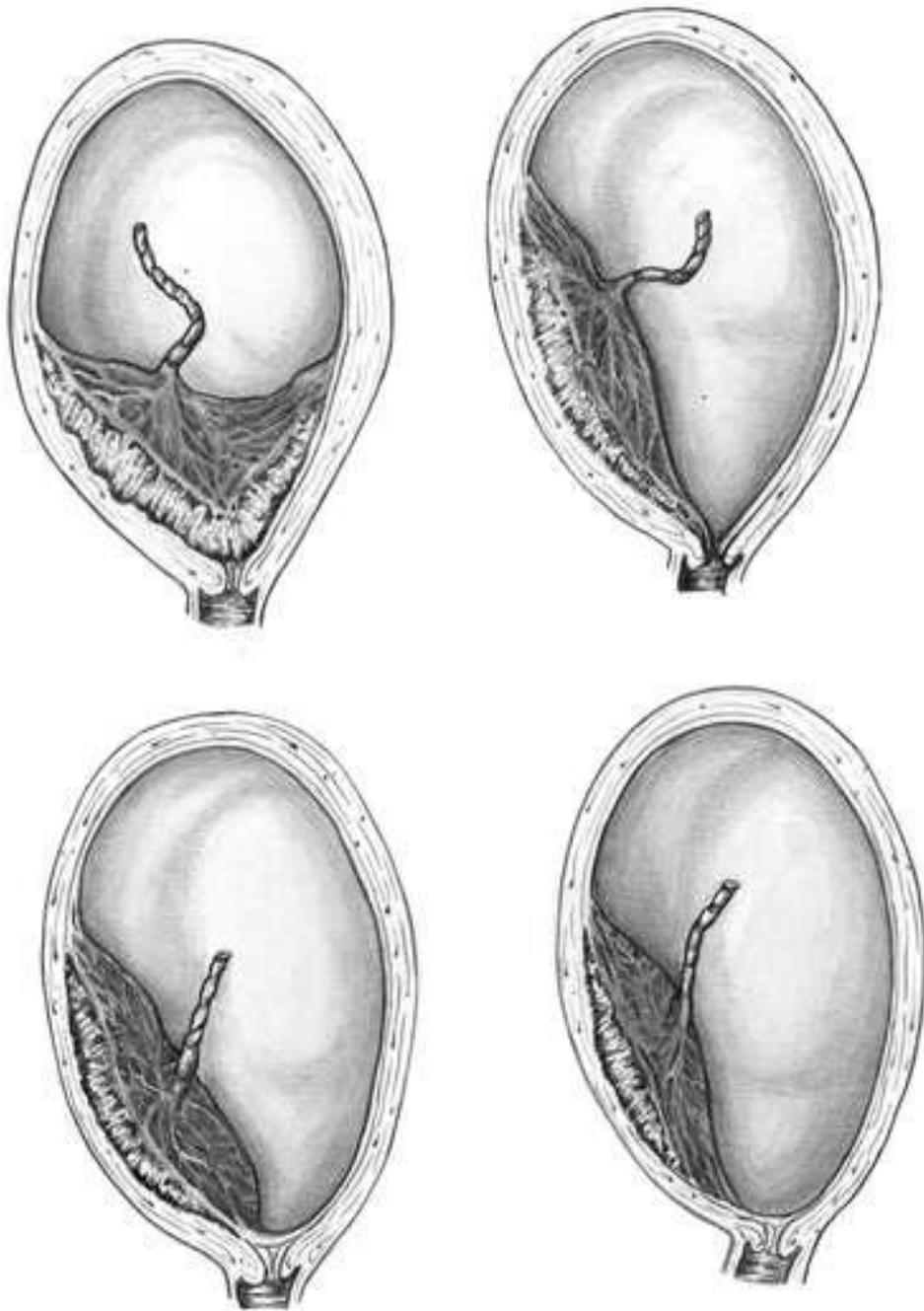
ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

- ▶ Предлежание плаценты - расположение плаценты в нижнем сегменте матки в области внутреннего зева.
- ▶ До 24 нед частота предлежание плаценты встречается чаще (до 28%), а после 24 нед частота снижается, так как плацента перемещается вверх ("миграция плаценты").



Во время беременности различают:

- ▶ **полное предлежание плаценты**, когда она полностью перекрывает внутренний зев ;
- ▶ **неполное (частичное) предлежание**, когда внутренний зев перекрыт частично или плацента доходит до него нижним краем ;
- ▶ **низкое предлежание плаценты**, когда она располагается на расстоянии 7 см и менее от внутреннего зева .



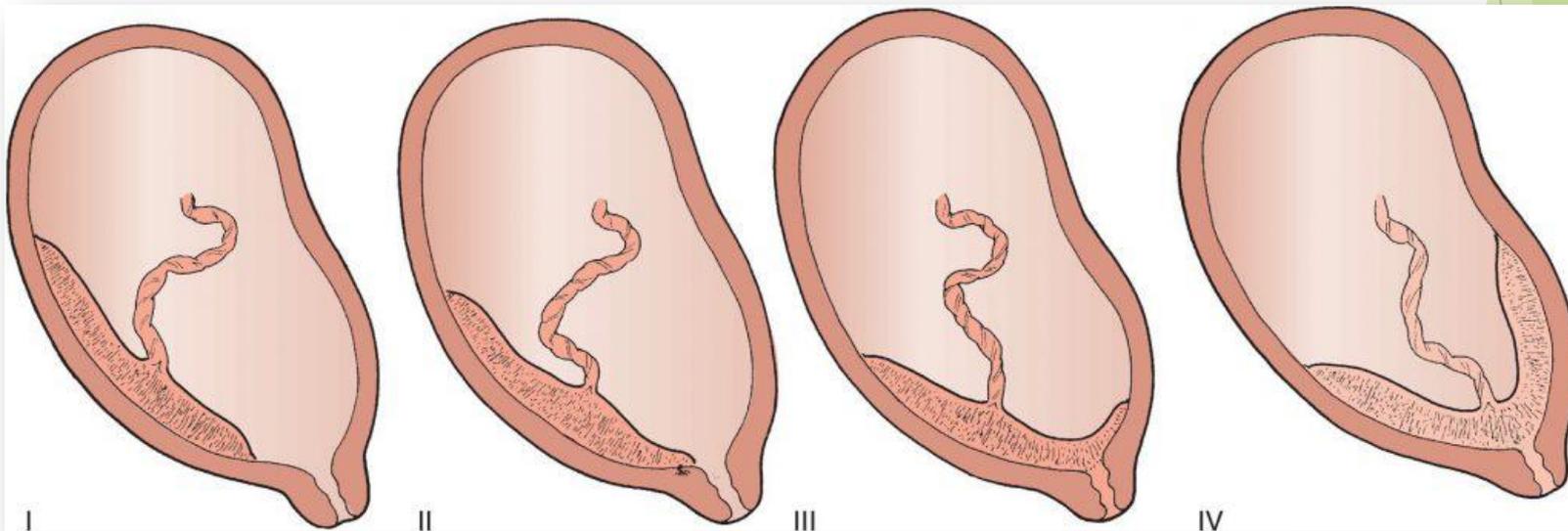
Варианты предлежания плаценты.

- ▶ А - полное;
- ▶ Б - боковое (неполное, частичное);
- ▶ В - краевое (неполное);
- ▶ Г - низкое прикрепление плаценты

Вариант предлежания плаценты во время беременности определяется с помощью УЗИ.

Степени предлежания плаценты по данным трансвагинальной эхографии :

- ▶ **I степень** - плацента расположена в нижнем сегменте, ее край не достигает внутреннего зева, но располагается на расстоянии не менее 3 см от него;
- ▶ **II степень** - нижний край плаценты достигает внутреннего зева шейки матки, но не перекрывает его;
- ▶ **III степень** - нижний край плаценты перекрывает внутренний зев, переходя на противоположную часть нижнего сегмента, ее расположение на передней и задней стенках матки ассиметрично;
- ▶ **IV степень** - плацента симметрично расположена на передней и задней стенках матки, перекрывая внутренний зев своей центральной частью.

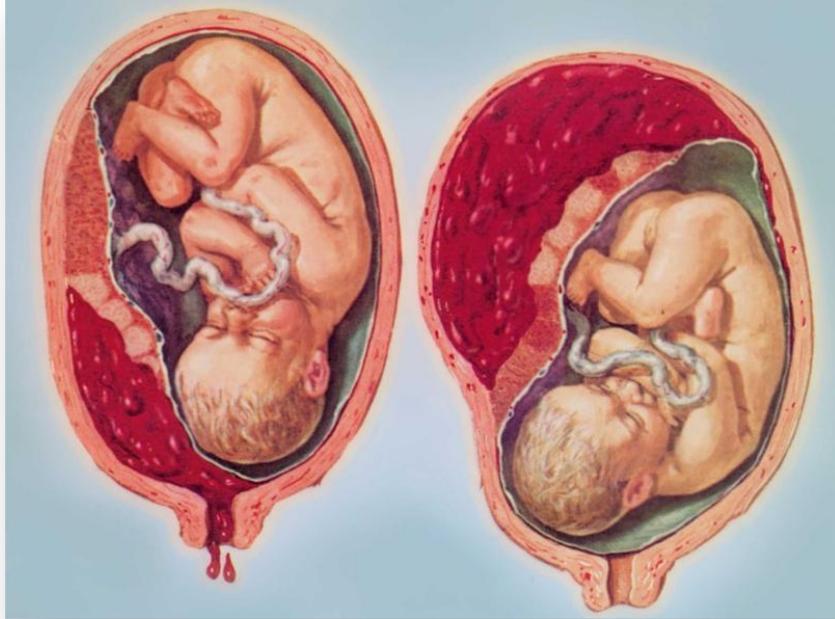


По локализации:

- центральное ;
- боковое ;
- краевое .

Учитывая наличие УЗИ вышеуказанная классификация потеряла актуальность, но для представления о степени предлежания плаценты она имеет определенное значение.





- ▶ В этиологии предлежания плаценты имеют значение изменения в матке и особенности трофобласта.
- ▶ Маточный фактор связан с *дистрофическими изменениями* слизистой оболочки матки, вследствие хронического эндометрита, большого числа родов и абортов, а также рубцов на матке.
- ▶ К плодовым факторам относят снижение протеолитических свойств плодного яйца, когда его имплантация в верхних отделах матки невозможна.

▶ При неблагоприятных условиях имплантации плодного яйца происходит атрофия ворсин хориона и на месте возможного расположения *decidua capsularis* формируется ветвистый хорион.



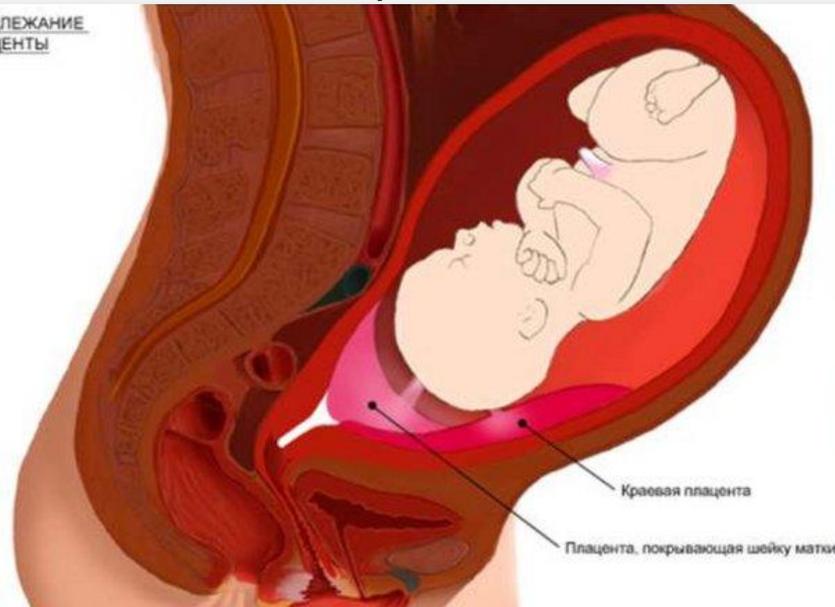
Ветвистый хорион относительно часто формируется в нижних отделах плодного яйца. По мере увеличения тела матки, формирования и растяжения нижнего сегмента к концу беременности плацента может мигрировать кверху до 7-10 см. В момент смещения плаценты возможно появление небольших кровяных выделений из половых путей.

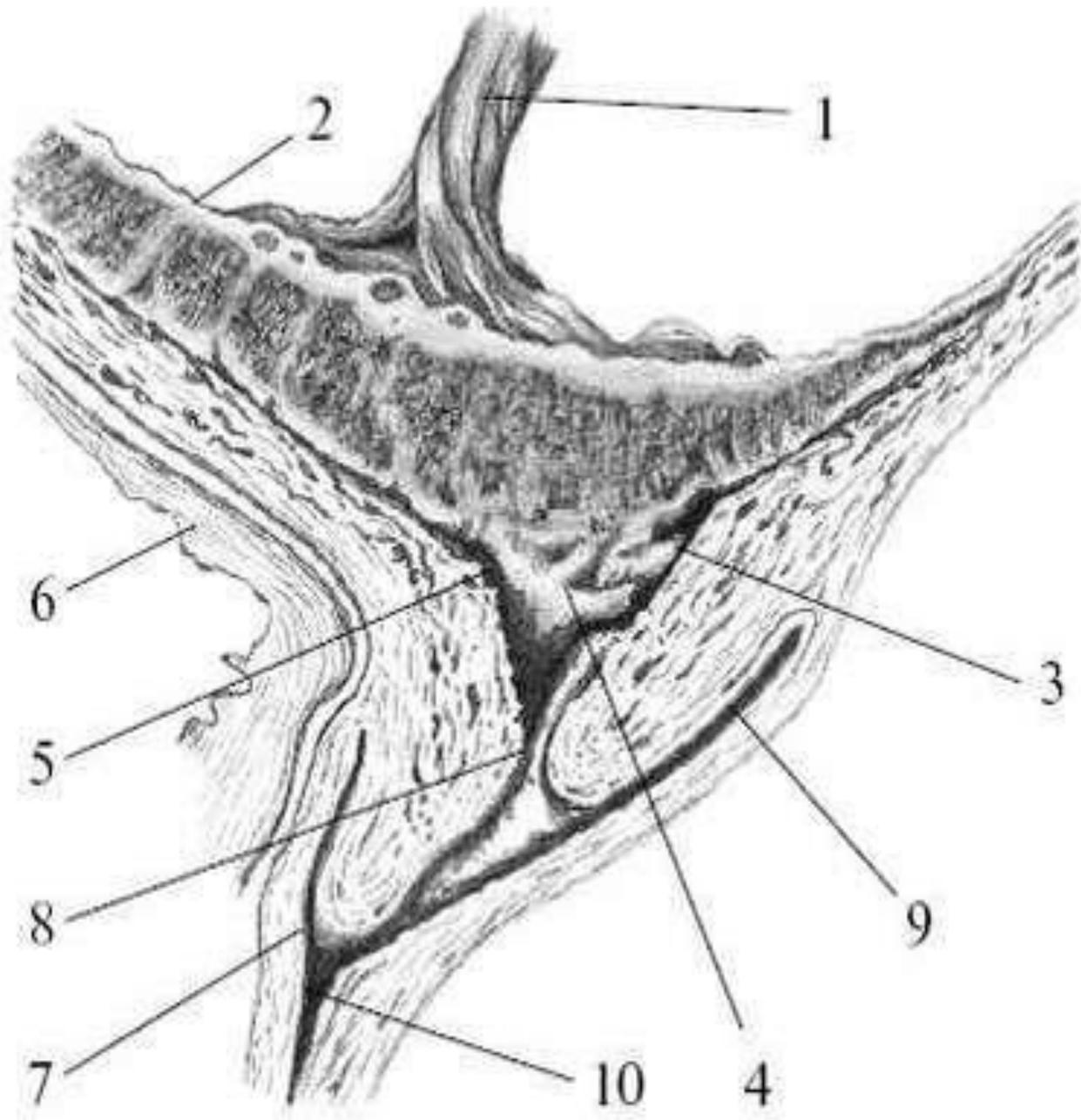
При предлежании плаценты в силу недостаточного развития слизистой матки возможно плотное прикрепление плаценты или ее истинное приращение.

Клиническая картина.

- ▶ Основным симптомом предлежания плаценты является кровотечение из половых путей, которое появляется внезапно среди полного здоровья, чаще в конце II-III триместров или с появлением первых схваток. Чем большая степень предлежания плаценты, тем раньше появляется кровотечение. Кровь ярко-алого цвета, не сопровождается болевыми ощущениями и тонусом матки. Оно нередко рецидивирует, приводя к анемии беременных, что может способствовать развитию геморрагического шока.
- ▶ Кровотечение возникает в момент сокращения мышечных волокон нижних отделов матки. Плацента не обладает способностью к сокращению, и в результате происходит отрываятся ворсин от стенок матки, обнажаются сосуды плацентарной площадки. Кровотечение может остановиться лишь по окончании сокращения мышц, тромбоза сосудов и прекращения отслойки плаценты. Если сокращения матки возобновляются, кровотечение возникает снова.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ
ПЛАЦЕНТЫ





**Отслойка
предлежащей
плаценты.**

- ▶ 1 - пуповина;
- ▶ 2 - плацента;
- ▶ 3 - плацентарная площадка;
- ▶ 4 - участок отслойки;
- ▶ 5 - внутренний маточный зев;
- ▶ 6 - мочевой пузырь;
- ▶ 7 - передний свод;
- ▶ 8 - наружный маточный зев;
- ▶ 9 - задний свод влагалища;
- ▶ 10 - влагалище



- ▶ 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 определяется величиной кровопотери. Необходимо учитывать и кровь, которая может скапливаться во влагалище (до 500 мл).
- ▶ Состояние плода зависит от тяжести анемии или геморрагического шока при кровопотере. При обильном кровотечении развивается острая гипоксия.

Диагностика.

Основным методом диагностики является УЗИ. Наиболее точный метод - трансвагинальная эхография.

+ клинические признаки предлежания плаценты:

- ▶ ярко-алые кровяные выделения при безболезненной матке;
- ▶ высокое стояние предлежащей части плода;
- ▶ неправильные положения или тазовые предлежания плода.

Влагалищное исследование при предлежании плаценты проводить не рекомендуется, так как оно может привести к дальнейшей отслойке плаценты, усиливая кровотечение. При отсутствии возможности УЗИ влагалищное исследование проводят крайне

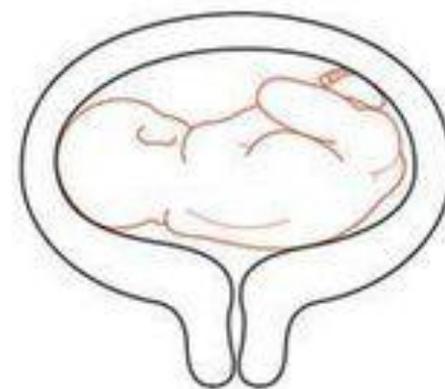
Положение плода



Продольное



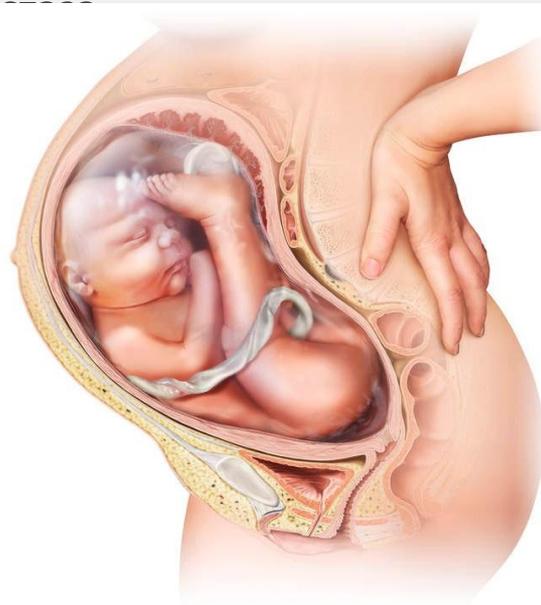
Косое



Поперечное

Тактика ведения беременности и родов

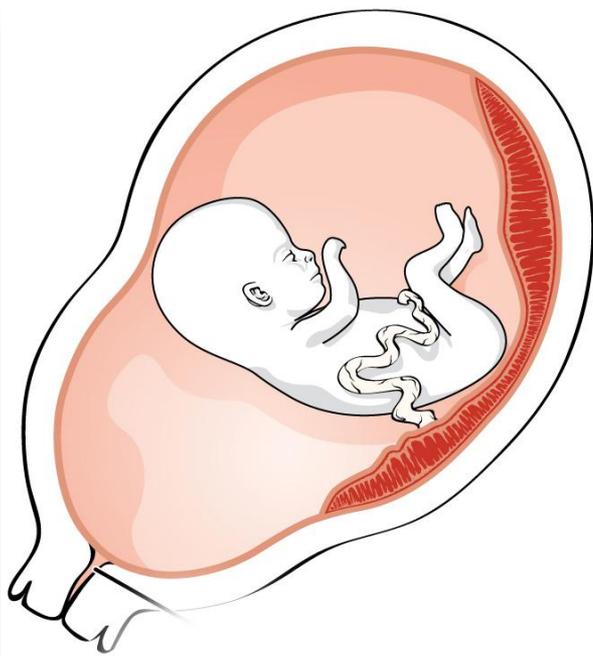
- ▶ Тактика определяется сроком беременности, наличием кровяных выделений и их интенсивностью.
- ▶ *Во II триместре* беременности при предлежании плаценты и в отсутствие кровяных выделений пациентка наблюдается в женской консультации. Беременной рекомендуют исключение физических нагрузок, поездок, половой жизни. Регулярно (через 3-4 нед) следует проводить УЗИ, чтобы проследить миграцию плаценты.
- ▶ При появлении кровяных выделений женщину госпитализируют. Дальнейшая тактика определяется величиной кровопотери и локализацией плаценты. При массивной кровопотере производится малое кесарево сечение; при незначительных кровяных выделениях - терапия, направленная на сохранение беременности под контролем показателей гемостаза.



- ▶ *В III триместре* беременности при предлежании плаценты без кровяных выделений вопрос о госпитализации решается индивидуально. Если пациентка живет недалеко от родильного дома и может за 5-10 мин доехать до него, то возможно ее наблюдение врачами женской консультации до 32-33 нед. Если такой возможности нет - нужно госпитализировать раньше.
- ▶ При обильных кровяных выделениях показано срочное родоразрешение - кесарево сечение независимо от срока беременности.
- ▶ При отсутствии кровяных выделений возможно пролонгирование беременности до 37-38 нед, с последующим проведением кесарева сечения в плановом порядке.

Если в процессе кесарева сечения появляется массивное кровотечение, которое не купируется после ушивания разреза на матке и введения утеротонических средств, необходима перевязка подвздошных артерий. При отсутствии эффекта приходится прибегать к экстирпации матки.





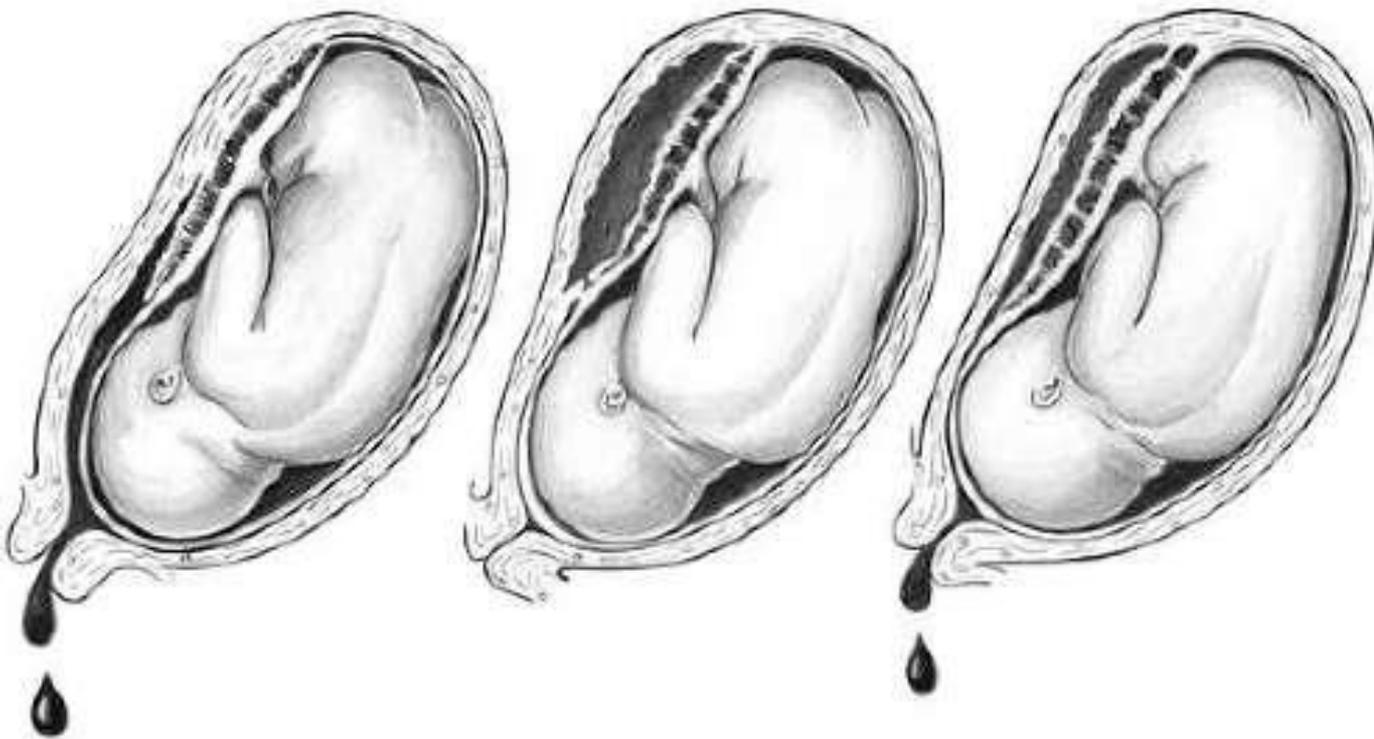
- ▶ При неполном предлежании плаценты, отсутствии кровотечения ведение родов через естественные родовые пути, своевременно вскрывая плодные оболочки, что предупреждает дальнейшую отслойку плаценты. Тому же способствует опускающаяся в таз головка, которая прижимает обнаженный участок плацентарной площадки к тканям матки. В результате кровотечение прекращается, и далее роды проходят без осложнений.
- ▶ Учитывая высокий риск гнойно-воспалительных заболеваний в послеоперационном периоде у матери показано интраоперационное введение ей антибиотиков широкого спектра действия.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

- ▶ Преждевременной считают отслойку нормально расположенной плаценты до рождения плода: во время беременности, в первом и во втором периодах родов.
- ▶ В зависимости от площади отслойки выделяют частичную и полную.
- ▶ При частичной отслойке плаценты от маточной стенки отслаивается часть ее, при полной - вся плацента. Частичная отслойка нормально расположенной плаценты может быть краевой, когда отслаивается край плаценты, или центральной - соответственно центральная часть

Варианты преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

- ▶ А - частичная отслойка с наружным кровотечением;
- ▶ Б - центральная отслойка плаценты (ретроплацентарная гематома, внутреннее кровотечение);
- ▶ В - полная отслойка плаценты с наружным и внутренним кровотечением



Этиология

преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты окончательно не установлена. Отслойку плаценты считают проявлением системной, иногда скрыто протекающей патологии у беременных.

Выделяют несколько этиологических факторов:

- ▶ **1)сосудистый.** Изменения сосудов при преждевременной отслойке плаценты заключаются в поражении эндотелия развитии васкулитов и васкулопатий с изменением проницаемости сосудов, и в конечном итоге нарушением целостности сосудистой стенки;
- ▶ **2) нарушение гемостаза.** Изменения гемостаза может служить и причиной, и следствием преждевременной отслойки плаценты (АФС, тромбофилия, ДВС-синдрома);
- ▶ **3)механический.** В результате падения и травмы, наружных акушерских поворотов, амниоцентеза.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты возможна при резком снижении объема перерастянутой матки, частых и интенсивных схватках.



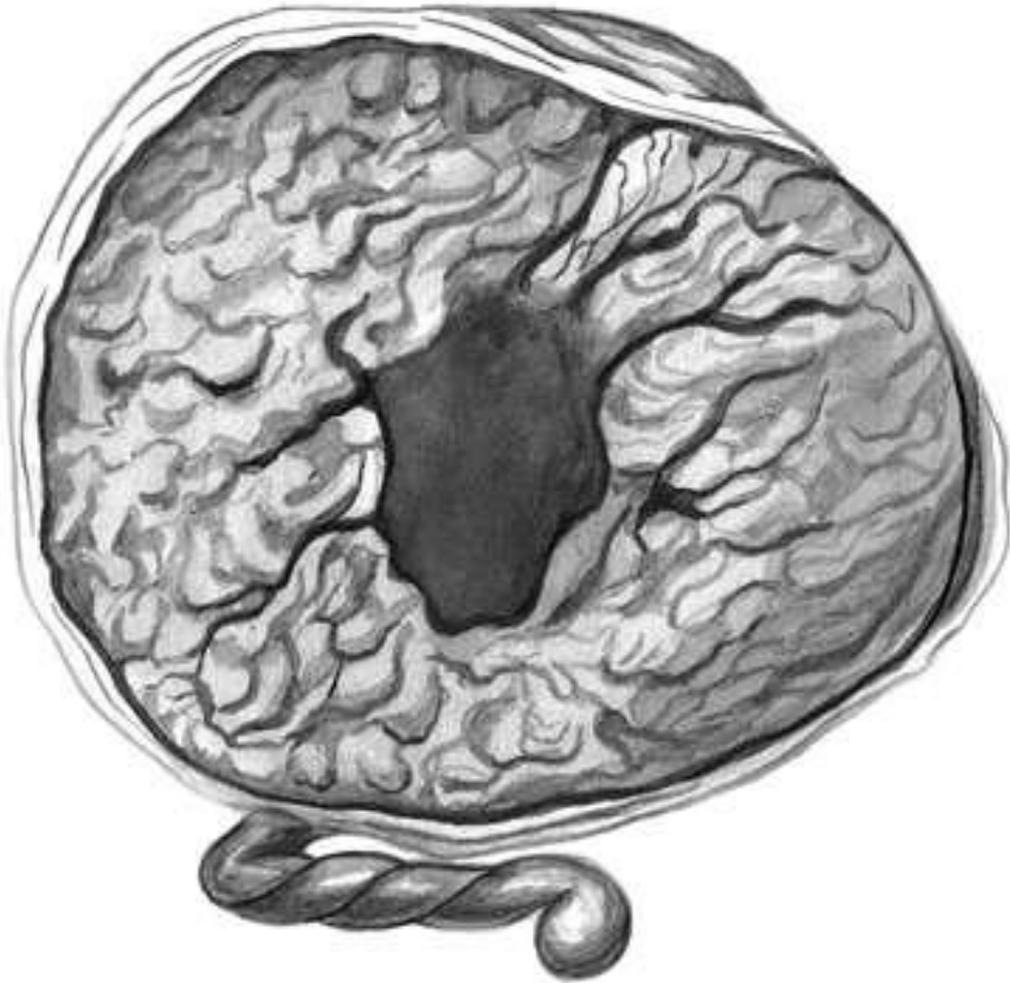
Патогенез.

- ▶ Разрыв сосудов и кровотечение начинается в *decidua basalis*. Образующаяся гематома нарушает целостность всех слоев децидуальной оболочки и отслаивает плаценту от мышечного слоя матки.
- ▶ В дальнейшем возможна непрогрессирующая и прогрессирующая отслойка. Если отслойка плаценты происходит на небольшом участке и далее не распространяется. При прогрессирующей отслойке она может быстро увеличиваться. Матка при этом растягивается. Сосуды в области отслойки не пережимаются и вытекающая кровь может продолжать отслаивать плаценту.

Кровь проникает как в плаценту, так и в толщу миометрия, пропитывая его. При кровоизлиянии под серозную оболочку может развиваться такое грозное осложнение, как матка Кувелера. Миометрий такой матки после родов не способен адекватно сокращаться, что приводит к гипотонии, прогрессированию ДВС-синдрома, массивному кровотечению.



Преждевременная отслойка
нормально расположенной
плаценты. Глубокое
вдавнение в плацентарной
ткани после удаления
сгустка крови



Клиническая картина и диагностика.

- 1) Кровотечение (может быть наружным; внутренним; смешанным);
- 2) боль в животе (обусловлена имбибицией кровью стенки матки, растяжением и раздражением покрывающей ее брюшины);
- 3) гипертонус матки (обусловлен ретроплацентарной гематомой, в ответ на постоянный раздражитель стенка матки сокращается и не расслабляется);

4) острая гипоксия плода (является следствием гипертонуса матки и нарушения маточно-плацентарного кровотока, а также отслойки плаценты).



По клиническому течению

- ▶ Для легкой степени характерна отслойка небольшого участка плаценты и незначительные выделения из половых путей. Общее состояние при этом не страдает.

- ▶ При краевой отслойке 1/3-1/4 поверхности плаценты (средней степени тяжести) из половых путей выделяется значительное количество крови со сгустками. Если отслойка произошла во время родов, то матка между схватками не расслабляется. При большой ретроплацентарной гематоме матка может иметь асимметричную форму и, как правило, резко болезненна при пальпации. Плод испытывает острую гипоксию и без своевременного родоразрешения он погибает.

- ▶ Одновременно развиваются симптомы шока, который в основе своей содержит симптомы как геморрагического, так и болевого.

- ▶ Тяжелая степень предусматривает отслойку плаценты 1/2 и более площади. Относительно быстро развиваются симптомы шока. При осмотре и пальпации матка напряжена, асимметрична, с выбуханием в области ретроплацентарной гематомы. Отмечаются симптомы острой гипоксии или гибель плода.

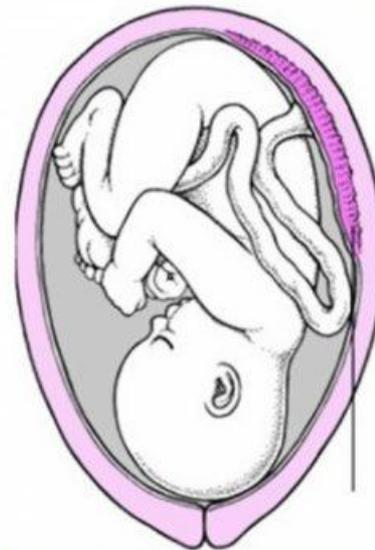
- ▶ Диагностика преждевременной отслойки плаценты основана на клинической картине заболевания; данных УЗИ и изменениях гемостаза.



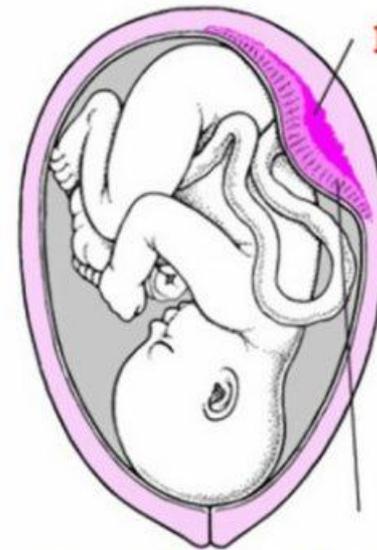
Тактика ведения при преждевременной отслойки плаценты определяется:

- ▶ - величиной отслойки;
- ▶ - степенью кровопотери;
- ▶ - состоянием беременной и плода;
- ▶ - сроком беременности;
- ▶ - состоянием гемостаза.

Во время беременности при выраженной клинической картине отслойки нормально расположенной плаценты показано экстренное родоразрешение путем кесарева сечения независимо от срока беременности и состояния плода.



Нормальная плацента

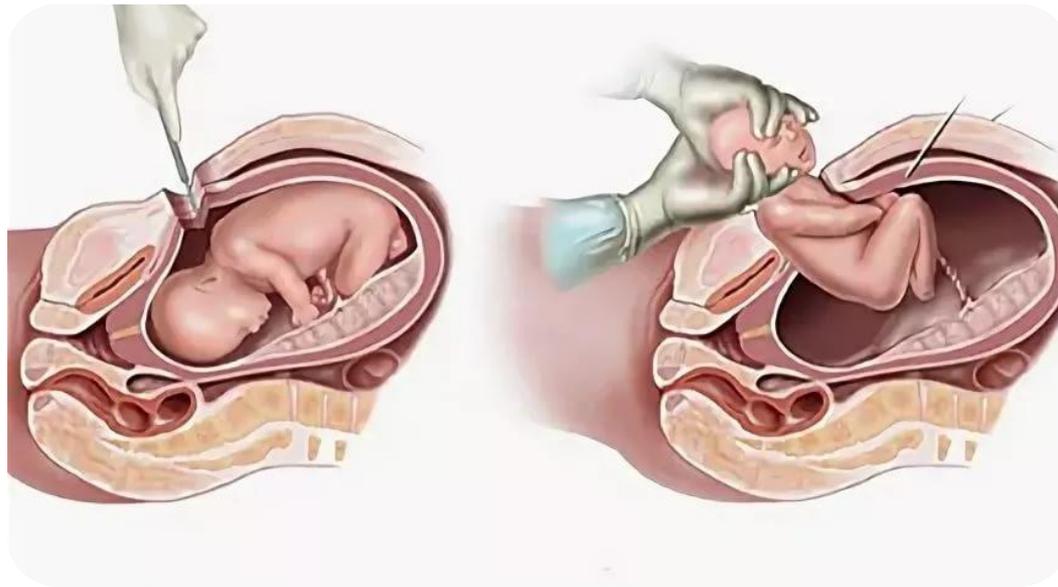


Отслойка плаценты

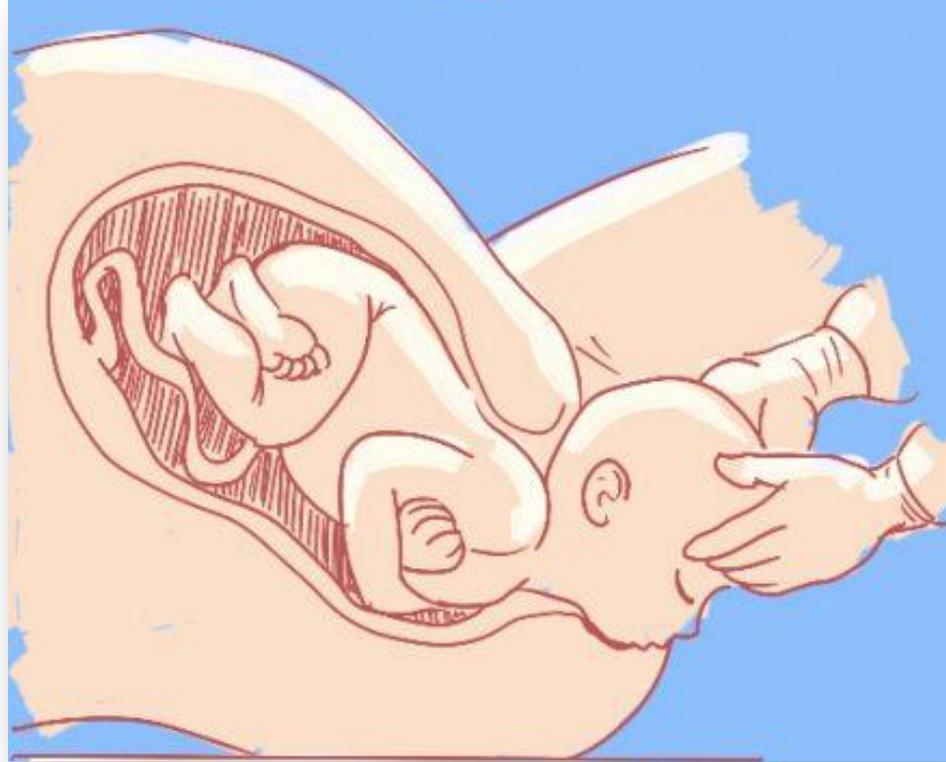
- ▶ При матке Кувелера раньше всегда выполняли экстирпацию матки, в настоящее время в высокоспециализированных лечебных учреждениях используется аппарата для интраоперационной реинфузии аутологичной крови и сбора крови пациентки, после родоразрешения производится перевязка внутренних подвздошных артерий.
- ▶ При отсутствии кровотечения операцию на этом заканчивают, матка сохраняется.
- ▶ При продолжающемся кровотечении приходится выполнять экстирпацию матки.



- ▶ Если состояние беременной и плода удовлетворительно, нет выраженного наружного или внутреннего кровотечения, анемии, срок беременности до 34 нед, возможна выжидательная тактика.
Терапия предполагает постельный режим и заключается во введении спазмолитических средств, дезагрегантов, поливитаминов, антианемических препаратов.



- ▶ В родах при преждевременной отслойке плаценты и выраженной клинической картине заболевания проводится кесарево сечение.



- ▶ При легкой форме отслойки, удовлетворительном состоянии роженицы и плода, нормальном тоне матки роды можно вести через естественные родовые пути. Необходима ранняя амниотомия для уменьшения кровотечения.

- ▶ При прогрессировании отслойки или появлении выраженных, проводят либо кесарево сечение (плод в широкой части малого таза), либо наложение акушерских щипцов (в узкой части полости малого таза и ниже).
- ▶ *В раннем послеродовом периоде* после отделения плаценты производится ручное обследование матки. Для профилактики кровотечения вводят утеротоники в/в капельно 2-3ч.

