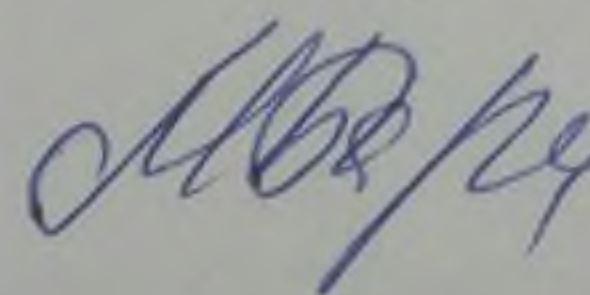


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Выполнила:

клинический ординатор

Судраб К.В.

Красноярск, 2018

Рецензия

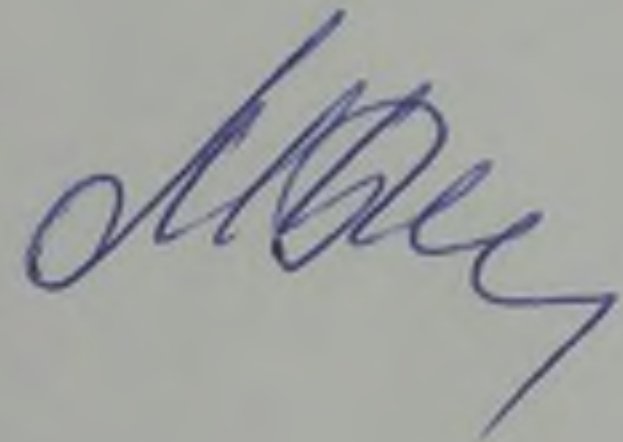
В реферате на тему: «Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты» полно раскрыто содержание материала. Материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности.

Продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала.

Точно используется терминология. Показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации.

Продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков.

Продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач. Продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы.



ВВЕДЕНИЕ

- Определение
- Эпидемиология
- Классификация
- Этиология
- Патогенез
- Клиническая картина
- Диагностика
- Дифференциальная диагностика
- Лечение
- Тактика ведения
- Исходы
- Используемая литература

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — отслойка плаценты до рождения плода (во время беременности, в первом и во втором периодах родов).

КОД ПО МКБ-10

O45 Преждевременная отслойка плаценты (abruption placentae).

O45.0 Преждевременная отслойка плаценты с нарушением свёртываемости крови.

O45.8 Другая преждевременная отслойка плаценты.

O45.9 Преждевременная отслойка плаценты неуточнённая.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Частота ПОНРП имеет тенденцию к повышению и в настоящее время встречается в 0,3–0,4% родов.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В зависимости от площади выделяют частичную и полную отслойку плаценты. При частичной отслойке плаценты от маточной стенки отслаивается часть ее, при полной – вся плацента. Частичная ПОНРП может быть краевой, когда отслаивается край плаценты, или центральной – соответственно центральная часть.

Частичная отслойка плаценты может быть прогрессирующей и непрогрессирующей.

ЭТИОЛОГИЯ (ПРИЧИНЫ) ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ ПЛАЦЕНТЫ

Окончательно этиология ПОНРП не определена. Отслойка плаценты является проявлением системной, иногда скрыто протекающей патологии у беременных. 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.

Нарушения гемостаза могут возникать вследствие ПОНРП, например острая форма ДВС-синдрома, приводящая к массивному кровотечению и развитию ПОН. Ситуация характерна для центральной отслойки, когда в области скопления крови повышается давление, возникают условия для проникновения клеток плацентарной ткани, обладающих тромбопластическими свойствами, в материнский кровоток.

В родах ПОНРП возможна при резком снижении объёма перерастянутой матки, частых и интенсивных схватках.

Плацента, не способная к сокращению, не может приспособиться к изменившемуся объёму матки, в результате чего теряет связь со стенкой матки.

Таким образом, к предрасполагающим факторам ПОНРП можно отнести следующие состояния:

Во время беременности:

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

Во время родов:

- излитие ОВ при многоводии;
- гиперстимуляция матки окситоцином;

- рождение первого плода при многоплодии;
- короткая пуповина;
- запоздалый разрыв плодного пузыря.

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

ПАТОГЕНЕЗ

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

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

Вытекающая кровь может продолжать отслаивать плаценту, а затем оболочки и вытекать из половых путей. Если кровь при продолжающейся отслойке плаценты не находит выхода, то она накапливается между стенкой матки и плацентой с образованием гематомы. Кровь при этом проникает как в плаценту, так и в толщу миометрия, что ведет к перерастяжению и пропитыванию стенок матки, раздражению рецепторов миометрия. Растяжение может быть настолько значительным, что в стенке матки образуются трещины, распространяющиеся до серозной оболочки и даже на нее. При этом вся стенка матки пропитывается кровью, и она может проникать в околоматочную клетчатку, а в ряде случаев – через трещины серозной оболочки и в брюшную полость. Серозный покров матки при этом имеет синюшный цвет с петехиями (или с петехиальными кровоизлияниями). Такое патологическое состояние называют маточно-плацентарной апоплексией; впервые патология описана А. Кувелером в 1911 г. и получила название «матка Кувелера». Состояние нарушает сократительную способность миометрия, что приводит к гипотонии, прогрессированию ДВС-синдрома, массивному кровотечению.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА (СИМПТОМЫ) ОТСЛОЙКИ ПЛАЦЕНТЫ

Основными симптомами ПОНРП являются:

- 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).

При краевой отслойке плаценты появляется наружное кровотечение. Кровь отделяет оболочки от стенки матки и быстро выходит из половых путей. Кровь при этом яркого цвета. Если кровь вытекает из гематомы, расположенной высоко у дна матки, то кровяные выделения, как правило, темного цвета. При наружном кровотечении общее состояние определяется величиной кровопотери. При внутреннем кровотечении, которое, как правило, бывает при центральной отслойке, кровь не находит выхода наружу и, образуя ретроплацентарную гематому, пропитывает стенку матки. Общее состояние определяется не только внутренней кровопотерей, но и болевым шоком.

Боль в животе обусловлена имбибицией кровью стенки матки, растяжением и раздражением брюшины. Болевой синдром возникает, как правило, при внутреннем кровотечении, когда имеется ретроплацентарная гематома. Боли могут быть интенсивными. При ПОНРП, расположенной на задней стенке матки, боли локализованы в поясничной области. При большой ретроплацентарной гематоме на передней поверхности матки определяют резко болезненную локальную «припухлость».

Гипертонус матки возможен при внутреннем кровотечении и обусловлен наличием ретроплацентарной гематомы, имбибицией кровью и перерастяжением стенки матки. В ответ на постоянный раздражитель стенка матки сокращается и не расслабляется.

Острая гипоксия плода возникает вследствие гипертонуса матки, нарушения маточноплацентарного кровотока и отслойки плаценты. Плод может погибнуть при отслойке трети и более поверхности плаценты. При полной отслойке происходит моментальная гибель плода. Иногда интранатальная гибель плода — единственный симптом отслойки плаценты.

По клиническому течению различают легкую, среднюю и тяжелую степени тяжести состояния беременной при отслойке плаценты.

Лёгкая форма — 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 обнаруживают организовавшийся сгусток на плаценте.

Средняя степень тяжести — отслойка плаценты на $1/3$ – $1/4$ поверхности. Из половых путей происходит отделение крови со сгустками в значительном количестве. При образовании ретроплацентарной гематомы возникает боль в животе, гипертонус матки. Если отслойка произошла во время родов, матка между схватками не расслабляется. При большой ретроплацентарной гематоме матка может стать асимметричной, резко болезненной при пальпации. Без своевременного родоразрешения плод погибает. Одновременно развиваются симптомы шока (геморрагического и болевого).

Тяжёлая форма — отслойка более $1/2$ площади поверхности плаценты. Внезапность возникает боль в животе, кровотечение (первоначально внутреннее, а затем и наружное). Довольно быстро появляются симптомы шока. При осмотре и пальпации матка напряжена, асимметрична, в области ретроплацентарной гематомы можно обнаружить выбухание. Отмечают симптомы острой гипоксии или гибели плода.

Тяжесть состояния, кровопотерю дополнительно усугубляет развитие ДВС-синдрома вследствие проникновения в кровоток матери большого количества активных тромбопластинов, образующихся в месте отслойки плаценты.

ДИАГНОСТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ ПЛАЦЕНТЫ

Диагностика ПОНРП основана на:

- клинической картине заболевания;
- данных УЗИ;

· изменениях гемостаза.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Клинические симптомы, позволяющие заподозрить ПОНРП: кровяные выделения и боли в животе; гипертонус, болезненность матки; отсутствие расслабления матки в паузах между схватками во время родов; острая гипоксия плода или антенатальная гибель; симптомы геморрагического шока.

При влагалищном исследовании во время беременности шейка матки обычно сохранена, наружный зев закрыт. В первом периоде родов при отслойке плаценты плодный пузырь обычно напряжён, иногда наблюдают умеренное количество кровяных выделений со сгустками из матки. При вскрытии плодного пузыря изливающиеся ОВ могут содержать примесь крови.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УЗИ при подозрении на ПОНРП следует проводить как можно раньше. При продольном и поперечном сканировании можно определить место и площадь отслойки плаценты, размеры и структуру ретроплацентарной гематомы. В ряде случаев при незначительной отслойке плаценты по краю с наружным кровотечением по данным УЗИ отслойку обнаружить не удаётся.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ показателей гемостаза указывает на развитие ДВС-синдрома.

СКРИНИНГ

Выявление скрытой тромбофилии у пациенток группы риска по развитию ПОНРП.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальную диагностику проводят с гистопатическим разрывом матки, предлежанием плаценты, разрывом сосудов пуповины.

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

от диагноза необходимо экстренное родоразрешение.

Отслойка предлежащей плаценты устанавливается легко, так как при наличии кровяных выделений из половых путей, остальные характерные симптомы отсутствуют. При УЗИ определить расположение плаценты не представляет труда.

Заподозрить разрыв сосудов пуповины крайне сложно. Указанная патология часто наблюдается при оболочечном прикреплении сосудов. Для неё характерны выделение крови яркоалого цвета, острая гипоксия и антенатальная гибель плода. Локальная болезненность и гипертонус отсутствуют.

ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ ПЛАЦЕНТЫ

Тактика ведения беременности при ПОНРП зависит от следующих показателей:

- величина кровопотери;
- состояние беременной и плода;
- срок гестации;
- состояние гемостаза.

Во время беременности и в родах при выраженной клинической картине (средняя и тяжелая степень) ПОНРП показано экстренное родоразрешение путем КС, независимо от срока гестации и состояния плода. Во время операции необходим осмотр матки для выявления кровоизлияния в мышечную стенку и под серозную оболочку (матка Кувелера). При диагностике матки Кувелера на первом этапе, после родоразрешения производится перевязка внутренних подвздошных артерий (a. iliaca interna). При отсутствии кровотечения объем операции этим ограничивается, и матка сохраняется. При продолжающемся кровотечении следует осуществлять экстирпацию матки.

Для сбора и переливания собственной крови пациентки используются аппараты для реинфузии эритроцитов аутокрови (например, «Cell saver», «Haemolit» и др.). С помощью этих аппаратов кровь отсасывается в резервуар, где она проходит очистку от свободного гемоглобина, факторов свёртывания, тромбоцитов, и после этого эритроциты возвращают в организм. Одновременно проводится инфузионно-трансфузионная терапия

(см. «Геморрагический шок»).

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

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

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ ПЛАЦЕНТЫ

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

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

В раннем послеродовом периоде после отделения плаценты производят ручное обследование матки. Для профилактики кровотечения вводится динопрост в физиологическом растворе внутривенно капельно 2–3 ч.

В раннем послеродовом и послеоперационном периодах при ПОНРП важным является коррекция гемостаза. При наличии признаков нарушения коагуляции осуществляется переливание свежзамороженной 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

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

ПРОФИЛАКТИКА ОТСЛОЙКИ ПЛАЦЕНТЫ

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

ПРОГНОЗ

Прогноз при ПОНРП определяется не только тяжестью состояния, но и своевременностью оказания квалифицированной помощи.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ

Беременная должна знать, что при появлении кровяных выделений из половых путей, она должна быть экстренно госпитализирована в стационар.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Клинический протокол Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях 2014 год
2. Акушерство. Национальное руководство под ред. Айламазян Геотар-Медиа 2015 год
3. Акушерство. Под ред. Савельевой Геотар-Медиа 2015 год