

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Зав.каф. д.м.н., доц. Макаренко Т.А.



Реферат

«Кровотечение во время беременности»

Выполнила ординатор: Бабаева Турана Фаиг кызы

Специальность: акушерства и гинекология

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Красноярск, 2019

Содержание:

1. Введение, определение
2. Этиология, патогенез
3. Дифференциальная диагностика
4. Клиника диагностика
5. Лечение
6. Используемая литература

Одним из наиболее частых и серьезных осложнений беременности, родов и раннего послеродового периода является кровотечение. В структуре причин материнской смертности кровотечениям принадлежит одно из первых мест. Велика и перинатальная потеря плодов и новорожденных. Чаще всего кровотечения (нередко массивные) бывают связаны с предлежанием плаценты, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, с патологией отделения плаценты в III периоде родов, гипо- и атоническими состояниями матки в раннем послеродовом периоде. Кровотечения могут приводить к геморрагическому шоку и сопровождаться нарушениями в свертывающей системе крови.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Предлежанием плаценты (*placenta praevia*) называется неправильное ее расположение: вместо тела матки плацента в той или иной степени захватывает нижний сегмент. Частота этого осложнения — 0,5—0,8% от общего числа родов.

Классификация. Большинство современных авторов выделяют понятие «низкое расположение плаценты», когда край ее, находясь ближе 5 см (условная граница нормы) от внутреннего зева, при окончательном разворачивании нижнего сегмента в родах частично захватывает его верхний отдел и может сопровождаться кровотечением. Исходя из этого, ясно, что низкое расположение плаценты можно рассматривать как переходную форму между нормальным расположением и предлежанием.

Чаще всего различают следующие варианты предлежания плаценты: 1) центральное, при котором плацента располагается в нижнем сегменте и полностью перекрывает внутренний маточный зев; 2) боковое, при котором плацента частично располагается в нижнем сегменте и не полностью перекрывает внутренний зев; 3) краевое, когда плацента также располагается в нижнем сегменте, достигая краем внутреннего зева. Однако такое подразделение, правильное с научной точки зрения, не может удовлетворить практического врача, так как отражает взаимоотношения при сохраненной шейке матки во время беременности или в самом начале родов. В клинической практике лишь при большом раскрытии маточного зева (около 5—6 см) удастся диагностировать вариант предлежания. Поэтому для лечащего врача целесообразнее пользоваться упрощенной классификацией — делением предлежания плаценты на полное и неполное (частичное).

Касаясь классификации предлежания плаценты, следует особо выделить редкие варианты, когда большая или меньшая часть ее захватывает не только нижний сегмент, но и шейечный канал. В силу неполноценности развития децидуальной реакции в шейке матки при шейечной и перешеечно-шейечной беременности хорион глубоко врастает в подлежащую ткань: возникает приращение плаценты.

Этиология и патогенез. К факторам, предрасполагающим к предлежанию плаценты, относятся разнообразные патологические изменения матки. К ним принадлежат травмы и заболевания, сопровождающиеся атрофическими, дистрофическими изменениями эндометрия. Подобные изменения нередко являются следствием многократных родов, осложнений в послеродовом периоде. Поэтому предлежание плаценты обычно возникает у повторнородящих (около 75%) и значительно реже — у первородящих (около 25%), имея явную тенденцию к учащению с увеличением возраста женщины. Дистрофические и атрофические процессы в эндометрии могут возникать в результате воспалительных процессов и выскабливаний матки в связи с самопроизвольными и искусственными абортами. Несомненной причиной возникновения предлежания плаценты, а также шейечно-перешеечного предлежания и шейечной беременности является истмико-цервикальная недостаточность. Среди факторов, способствующих предлежанию плаценты, следует указать на генитальный инфантилизм, эндокринопатии, рубцы на матке, миому.

Некоторые экстрагенитальные заболевания, нарушающие кровообращение в органах малого таза, могут предрасполагать к формированию низкой плацентации и предлежания плаценты. К ним относятся болезни сердечно-сосудистой системы, почек и печени.

Издавна клиницисты обратили внимание на возможность миграции плаценты. Основной причиной ее является «поиск» ворсинками более благоприятных, чем нижние отделы матки (перешеек — нижний сегмент), мест для обеспечения необходимого питания плодного яйца. Поэтому плацента при предлежании обычно отличается от нормально прикрепленной: она тонка, увеличена в размерах, дифференцировка базального и лысого хориона задерживается, наступает во II и III триместрах беременности, а иногда не происходит вовсе. По этим же причинам предлежащая плацента захватывает глубокие слои нижнего сегмента. Ультразвуковое сканирование дает возможность в течение беременности проследить миграцию плаценты (так называемая динамическая плацента) и место ее расположения (на передней, задней и боковой стенках матки). Нередко определяемое в I триместре центральное предлежание ворсинчатого (ветвистого) хориона или плаценты к концу беременности переходит в низкое расположение плаценты. Миграция плаценты чаще наблюдается при локализации ее на передней стенке матки.

Клиническая картина. Ведущим симптомом предлежания плаценты является кровотечение. В основе его лежит отслойка плаценты от стенок матки вследствие растяжения нижнего сегмента в процессе беременности, а затем быстрого разворачивания его во время родов; ворсинки предлежащей плаценты, в силу ее недостаточной растяжимости, теряют связь со стенками матки. В зависимости от вида предлежания плаценты кровотечение может возникнуть во время беременности или родов. Так, при центральном (полном) предлежании кровотечение нередко начинается рано — во II триместре; при боковом и краевом (неполном) — в III триместре или во время родов.

Сила кровотечения при полном предлежании плаценты обычно значительно сильнее, чем при частичном. Первое кровотечение чаще начинается спонтанно, без всякой травмы, может быть умеренным или обильным. Иногда первое кровотечение может быть столь интенсивным, что сопровождается смертельным исходом, а неоднократные повторные кровотечения, хотя и весьма опасны (хроническая анемизация больных), по исходу могут быть более благоприятными. У подавляющего большинства женщин после начала кровотечения возникают преждевременные роды. В начале I периода родового акта при предлежании плаценты сглаживание шейки матки и отслойка нижнего полюса плодного яйца приводят к обязательному отделению части предлежащей плаценты и усилению кровотечения.

Следует обратить особое внимание на то, что у ряда беременных имеются указания на наличие еще в I триместре кровянистых выделений из влагалища. Это весьма тревожный сигнал, свидетельствующий об угрозе выкидыша и о глубоком внедрении хориона в подлежащие ткани матки с разрушением сосудов. Данный признак встречается не только при предлежании плаценты, но и при еще более грозной патологии — шеечно-перешеечном предлежании плаценты, а также при шеечной и перешеечно-шеечной беременности.

Гипоксия плода также является одним из основных симптомов предлежания плаценты. Степень гипоксии зависит от ряда факторов, ведущими из которых являются площадь отслойки плаценты и ее темп.

При предлежании плаценты беременность и роды часто осложняются косым и поперечным положением плода, тазовым предлежанием, невынашиванием, слабостью родовой деятельности, нарушением течения послеродового периода в связи с вращением плаценты, гипо- и атоническими кровотечениями в раннем послеродовом периоде, эмболией околоплодными водами и тромбоэмболией, восходящей инфекцией. В отличие

от правильно расположенной плаценты предлежащая плацента находится в области внутреннего зева, куда восходящим путем неминуемо распространяется инфекция, для которой сгустки крови являются весьма благоприятной средой. К тому же защитные силы организма значительно ослаблены предшествующими кровопотерями. Восхождению инфекции способствуют диагностические и терапевтические мероприятия, проводимые через влагалище. Поэтому септические осложнения при предлежании плаценты возрастают в несколько раз.

Диагностика. Различные варианты предлежания плаценты обычно диагностируют без особых трудностей. Если у женщины во II—III триместрах беременности из половых путей появляются кровянистые выделения, то, в первую очередь, следует думать о предлежании плаценты. Даже при хорошем состоянии и самочувствии, произведя лишь бережное наружное акушерское обследование, больную незамедлительно, обязательно в сопровождении медицинского персонала, госпитализируют. Проведение влагалищного обследования в амбулаторных или домашних условиях является грубой ошибкой: оно может привести к усилению кровотечения, инфицированию.

У беременных с предлежанием плаценты при наружном акушерском обследовании часто выявляют поперечное или косое положение плода, тазовое предлежание, высокое расположение предлежащей части. Влагалищным исследованием не следует злоупотреблять из-за опасности усиления кровотечения и восхождения инфекции: в случае необходимости его производят в операционном блоке, развернутом для выполнения немедленной лапаротомии. Даже при непроходимости шеечного канала через своды удается пальпировать мягковатую массу плаценты, перекрывающую высоко расположенную головку. В современных условиях ведущим диагностическим методом, подтверждающим с высокой точностью наличие и вариант предлежания плаценты, является ультразвуковое сканирование. Ультразвуковое исследование не только позволяет диагностировать вариант предлежания плаценты, но и определить ее размеры, степень зрелости, площадь отслойки, а также соответствие развития плода гестационному возрасту.

Дифференциальную диагностику проводят с заболеваниями, сопровождающимися кровотечением: 1) шеечно-перешеечным предлежанием плаценты; 2) шеечной и перешеечно-шеечной беременностью; 3) преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты; 4) разрывом матки. В таблицу не включены кровотечения при разрыве варикозных узлов влагалища и раке шейки матки, так как они обычно легко диагностируются при обязательном в акушерской практике осмотре шейки матки и влагалища в зеркалах.

Наибольшие трудности встречаются при диагностике шеечной, перешеечно-шеечной беременности и шеечного предлежания плаценты. При перечисленных вариантах хорион часто прорастает стенки шейки; если это относится к влагалищной части шейки или сводам влагалаща, то его можно обнаружить при осмотре в зеркалах; если прорастание, отмеченное выше, проникает в параметрий, то этот вариант диагностировать труднее, так как клиника его сходна с разрывом нижнего сегмента матки.

Лечение. Все беременные с предлежанием плаценты относятся к группе высокого риска, лечение их сугубо индивидуальное. В родовом отделении, сразу после первичного обследования, следует наметить предварительный план ведения больной и передать ее под особое наблюдение медицинского персонала и дежурной бригады врачей. В дальнейшем после уточнения диагноза план подтверждается или изменяется.

У одних женщин могут применяться консервативные методы лечения, у других — плановое или срочное хирургическое вмешательство.

Избирая тот или другой метод лечения беременной, необходимо учитывать вариант предлежания плаценты, срок беременности, состояние родовых путей, а также плода, возраст женщины, сопутствующую акушерскую и соматическую патологию, исходы прошлых беременностей, но определяющим фактором является характер кровотечения.

Если кровотечение отсутствует, беременность недоношенная, то при любом варианте предлежания плаценты используют традиционные консервативные методы лечения, направленные на снижение сократительной активности матки, профилактику анемизации беременной и коррекцию состояния плода.

Современные методы диагностики (ультразвуковое сканирование), позволяющие рано и с высокой степенью точности диагностировать предлежание плаценты или низкое прикрепление ветвистого хориона, открыли новые возможности лечения подобных больных. Известны положительные результаты после наложения шва на шейку матки на уровне внутреннего зева, чем удалось снизить число преждевременных родов почти вдвое, а перинатальную смертность — в 4 раза.

Плановое кесарево сечение производится при полном предлежании плаценты на 38-й неделе беременности, не ожидая возможного кровотечения. Показанием к плановому кесареву сечению может служить частичное предлежание плаценты в сочетании с другой акушерской или соматической патологией.

Сильное, а также рецидивирующее (даже умеренное) кровотечение служит показанием к экстренному кесареву сечению независимо от срока беременности, состояния плода и варианта предлежания плаценты. Следует знать, что критический объем кровопотери составляет 250 мл, после чего резко меняется тактика врача, потому что кровотечения при предлежании плаценты непредсказуемы, темп кровопотери может быстро меняться. Умеренные кровотечения могут в считанные минуты перейти в массивные с развитием геморрагического шока.

Ведение рожениц с предлежанием плаценты требует индивидуального подхода.

Во время родов показанием к абдоминальному родоразрешению является полное предлежание плаценты, а при частичном — обильное кровотечение при малых степенях раскрытия маточного зева и наличие сопутствующей акушерской патологии. Для предотвращения прогрессирования отслойки частично предлежащей плаценты в порядке подготовки к операции необходимо произвести амнио-томию.

Абдоминальное родоразрешение является частым, но не фатальным методом. Если имеются частичное предлежание плаценты, незначительное кровотечение, головное предлежание плода и хорошая родовая деятельность при раскрытии шейки матки не менее 3—4 см, то браншей пулевых щипцов (ни в коем случае не пальцем, приводящим к резкому усилению кровотечения) бережно, возможно шире вскрывают плодный пузырь. Головка быстро опускается, прижимает отделившуюся часть плаценты к плацентарной площадке, кровотечение обычно прекращается, и роды благополучно заканчиваются через естественные родовые пути. Однако, избрав консервативный путь ведения родов, акушер должен быть готовым в любой момент при возобновлении кровотечения изменить план ведения родов и произвести кесарево сечение. Эту операцию в случае предлежания плаценты в последние годы стали производить гораздо чаще, что привело к 10—15-кратному уменьшению материнской и существенному снижению перинатальной смертности.

Применяется типичная техника оперативного вмешательства: матка, как правило, вскрывается поперечным разрезом в нижнем сегменте; предлежащая плацента не рассекается, а отслаивается, так как плод плохо переносит кровопотерю. После извлечения плода, приступая к удалению последа, можно столкнуться с тяжелой патологией — врастанием плаценты в шейку или в нижний сегмент матки. Кровотечение резко усиливается. Для спасения жизни роженицы приходится прибегать к удалению матки.

В некоторых случаях — при наличии мертвого плода и умеренном кровотечении при частичном предлежании плаценты — можно провести роды через естественные родовые пути, применяя кожно-головные щипцы по Уилту—Гауссу—Иванову с целью тампонады кровоточащей плацентарной площадки. После вскрытия плодного пузыря на складку кожи головки накладывают щипцы Мюзо или специальные щипцы, не имеющие острых зубцов. К рукоятке щипцов привязывается нить, которая перекидывается через блок, и к ее концу привязывается небольшой груз — до 300 г, так как применение большего груза может сопровождаться разрывом нижнего сегмента матки. Вместо кожно-головных щипцов можно воспользоваться маленькой чашечкой вакуум-экстрактора. При тазовых предлежаниях мертвого плода можно низвести ножку плода, закрепив ее петлей из марлевого бинта, через блок подвешивается груз 300 г. Обильное кровотечение требует абдоминального родоразрешения даже при наличии мертвого плода.

Статистика свидетельствует о том, что при консервативном родоразрешении последовый и ранний послеродовой периоды представляют для матери не меньшую, а даже большую опасность, чем период раскрытия или изгнания. Резкое снижение сократительной способности нижнего сегмента матки и (или) истинное приращение плаценты могут привести к массивному кровотечению, угрожающему жизни матери. Поэтому III период родов следует вести активно. Обязательное ручное отделение плаценты помогает своевременно выявить приращение ее, а тщательное обследование стенок матки — диагностировать гипотонию или разрыв нижнего сегмента. Своевременное выявление этих осложнений предупреждает развитие массивных кровотечений, ибо ранняя диагностика позволяет врачу осуществить весь комплекс необходимого лечения (вплоть до удаления матки) и спасти женщину.

Исходы для плода (новорожденного). Патологическое расположение плаценты представляет большую опасность не только для матери, но и для плода (новорожденного). При предлежании плаценты имеет место ограничение дыхательной поверхности, что нередко приводит к гипоксии, гипотрофии и аномалиям развития плода. Хроническая внутриматочная гипоксия и синдром задержки развития плода наблюдаются в 18—20% случаев. Аномалии развития плода встречаются в 3 раза чаще, чем при нормальном расположении плаценты. Новорожденные нередко рождаются с анемией.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

В норме плацента отделяется только после рождения плода. Если ее отделение происходит раньше (во время беременности, в I или II периоде родов), то эта патология называется преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Частота ее колеблется в относительно широких пределах — от 0,05 до 0,5%. Эта патология относится

к тяжелым формам осложнений беременности и родов, сопровождается высокой материнской и перинатальной смертностью.

Этиология и патогенез. Ранее основной причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты считали механические факторы — травму живота, увеличение объема матки, а затем ее быстрое опорожнение (при многоводии, многоплодии, крупном или гигантском плоде), короткость пуповины, запоздалый разрыв плодного пузыря, дистрофические изменения эндометрия. В настоящее время большое значение в возникновении преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты придают изменениям сосудов вследствие позднего токсикоза беременных, гипертонической болезни или заболеваний почек. Механические и стрессовые факторы имеют определенное значение, особенно если они сочетаются с указанной патологией.

Многие современные авторы полагают, что в основе пускового механизма преждевременной отслойки плаценты лежит иммунологический конфликт между материнским организмом и тканями фетоплацентарного комплекса, в результате чего наступает отторжение.

Механизм отслойки заключается в образовании базальных гематом в результате патологических изменений сосудов децидуальной оболочки. Отграниченные гематомы, достигая значительных размеров, разрушают базальную пластинку и прорываются в межворсинковое кровяное русло. Возникают отслойка плаценты от стенки матки и сдавление плацентарной ткани образовавшейся гематомой. Макроскопически при частичной отслойке на материнской поверхности плаценты обнаруживаются фасетки («старая» отслойка) или сгустки крови («острая» отслойка).

Микроскопически в зависимости от давности и площади отслойки плаценты выявляются различные изменения плаценты, соответствующие структуре острых и подострых геморрагических инфарктов. Особо благоприятным фоном для возникновения этой микроскопической картины является тяжелый поздний гестоз, при котором в сосудах плаценты отмечается массивное отложение фибрина с закрытием просвета капилляров, пролиферативный эндартериит, разрыв децидуальных артерий.

Клиническая картина. Ведущими симптомами преждевременной отслойки плаценты являются кровотечение и боли, остальные симптомы связаны с этими двумя: общая и локальная болезненность матки при пальпации, ее гипертонус, гипоксия или гибель плода.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты бывает легкой и тяжелой. Тяжесть патологии зависит от степени кровопотери, которая обусловлена как площадью отслойки плаценты (частичная, полная), так и ее быстротой.

При легкой степени тяжести общее состояние беременной или роженицы не страдает. Гемодинамические показатели остаются в пределах нормы. Сердцебиение плода не нарушено. Тяжелая степень отслойки плаценты сопровождается ухудшением состояния больной, вплоть до появления симптомов шока. Бледность кожных покровов, тахикардия, падение артериального давления быстро прогрессируют. Появляются и стремительно нарастают симптомы внутриматочной гипоксии плода, быстро наступает его гибель.

Кровотечение бывает внутренним, наружным и комбинированным. Даже при одинаковой кровопотере внутреннее кровотечение считается наиболее опасным и часто сопровождается геморрагическим шоком. Вид кровотечения зависит от локализации гематомы. Если гематома возникает в центре плаценты, то наружного кровотечения может не быть или оно появляется позже. Большая маточно-плацентарная гематома, не найдя выхода во влагалище, растягивает плацентарную площадку, и возникает маточно-плацентарная апоплексия, описанная А. Кувелером. Стенки матки пропитываются кровью, иногда проникающей в параметрии, при этом серозный покров может нарушаться, происходит разрыв матки с излитием крови в брюшную полость. Матка с массивными кровоизлияниями имеет вид «мраморной», сократительная способность ее резко снижается. На этом фоне часто возникают проявления ДВС-синдрома за счет проникновения тромбопластических субстанций в материнский кровоток.

Если отслойка плаценты происходит по периферии, кровь даже при небольшой гематоме может быстро отслоить плодные оболочки и кровотечение оказывается наружным. Цвет крови, вытекающей через влагалище при острой отслойке, алый, при отслойке значительной давности — коричневый, серозно-красный с темными сгустками. Состояние больной, как правило, соответствует видимой кровопотере.

Болевой синдром — чрезвычайно важный признак преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Он возникает из-за растяжения серозной оболочки матки. Характер болей варьирует от слабых до интенсивных.

Иногда боли отсутствуют, если отслойка плаценты произошла на незначительном участке. Диагноз в таких случаях устанавливается ретроспективно — при осмотре плаценты после родов.

Слабый или умеренно выраженный болевой симптом сопровождает отслойку, начинающуюся от края плаценты.

В тяжелых случаях внезапно возникают сильные, распирающие боли в животе, общее состояние резко ухудшается, нарушается гемодинамика: пульс и дыхание учащаются, АД быстро падает, кожные покровы бледнеют. Живот увеличен в объеме, матка в состоянии гипертонуса, очень болезненна при пальпации. Если отслоившаяся плацента расположена на передней или переднебоковой стенке матки, то можно определить мягковатую, болезненную выпуклость. Болевой синдром нередко выражен в такой степени, что больная не дает дотронуться до живота. Быстро развивается картина геморрагического шока. Кровотечение чаще внутреннее. Оно сопровождается развитием ретроплацентарной гематомы.

Состояние плода зависит в первую очередь от площади и быстроты отслойки плаценты. Большинство авторов считают, что при острой отслойке менее 1/3 плаценты плод находится в состоянии гипоксии, при отслойке 1/3 и более плод всегда погибает. Гибель плода может наступить при отслойке меньшей площади плаценты, если она имеет морфологические или функциональные признаки недостаточности.

Диагностика. Преждевременная отслойка плаценты диагностируется на основании клинических признаков: боли в животе, повышение тонуса матки, признаки внутреннего и (или) наружного кровотечения, нарушение сердцебиения плода. Вероятность точного диагноза повышается, если эти симптомы появляются у беременных с поздними гестозами, гипертонической болезнью, заболеваниями, почек, недостаточностью кровообращения, при патологии сердца.

Современные диагностические методы, в первую очередь УЗИ, облегчают диагностику отслойки плаценты, дают возможность точно определить площадь отслойки и величину гематомы.

Дифференциальный диагноз проводят с предлежанием плаценты и разрывом матки. Сходные симптомы иногда имеет синдром сдавления нижней полой вены. Отсутствие болевого симптома, повышение тонуса матки, а также быстрое улучшение состояния больной и плода при перемене положения тела помогают исключить эту патологию.

Тактика ведения беременности и родов. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты необходимо предупреждать развитие геморрагического шока и ДВС-синдрома, а при их возникновении — создавать условия, повышающие эффективность интенсивной терапии. Поэтому главной задачей лечения является

бережное и быстрое родоразрешение. Остановить прогрессирование отслойки плаценты и кровотечение невозможно без опорожнения матки. Этому требованию отвечает абдоминальное кесарево сечение, которое после извлечения плода позволяет диагностировать маточно-плацентарную апоплексию и, следовательно, своевременно ампутировать матку. Кроме того, в случае развития острой формы ДВС-синдрома чревосечение обеспечивает возможность незамедлительного производства экстирпации матки.

При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, возникшей в конце I или во II периоде родов, особенно если она обусловлена механическими факторами (короткость пуповины, излитие околоплодных вод и т. д.), роды могут быть закончены через естественные родовые пути. Принцип быстрого опорожнения матки остается неизменным и в этих случаях. В зависимости от акушерской ситуации родоразрешение проводится с помощью акушерских щипцов или вакуум-экстрактора, извлечением за ножку или с применением плодоразрушающих операций. У всех женщин после окончания родов через естественные родовые пути плацента отделяется рукой; если она уже отделилась, то проводят обследование матки, чтобы исключить (или подтвердить) нарушение целостности матки и своевременно диагностировать и, следовательно, лечить гипотонию мускулатуры матки.

АНОМАЛИИ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

Кровотечение в последовом периоде может быть обусловлено более плотным, чем в норме, прикреплением плаценты к стенке матки. Различают две формы патологического прикрепления плаценты: плотное прикрепление (*placenta adhaerens*) и ее приращение (*placenta accreta*). Плотное прикрепление происходит вследствие атрофии губчатого слоя отпадающей оболочки, расположенной между мышечной стенкой матки и плацентой, и встречается в среднем в 0,69% случаев. Приращение плаценты представляет собой такое прикрепление ее к стенке матки, когда между мышечным слоем и ворсинками хориона отсутствует губчатый слой децидуальной оболочки и ворсины достигают мышечного слоя матки и даже проникают в него. Приращение плаценты встречается крайне редко: 1 случай на 24000 родов. Приращение плаценты наблюдается почти исключительно у повторнородящих.

Некоторые акушеры выделяют еще 2 варианта приращений плаценты: врастание плаценты (*placenta increta*) и прорастание плаценты (*placenta percreta*), которые различаются только по глубине прорастания ворсин в толщу миометрия. Это не имеет никакого практического значения. *Placenta percreta* прорастает насквозь стенку матки и может привести к разрыву ее с соответствующей клинической картиной кровотечения в

брюшную полость. Вращение и прорастание плаценты относятся к чрезвычайно редко встречающейся патологии.

Этиология и патогенез. Причины плотного прикрепления и приращения плаценты обусловлены одними и теми же факторами, которые можно разделить на следующие группы: 1) зависящие от структурно-морфологических изменений в эндометрии и миометрии после операций или воспалительных процессов; 2) связанные с нарушением ферментативного равновесия в системе гиалуроновая кислота—гиалуронидаза между ворсинами хориона и децидуальной оболочкой; 3) обусловленные патологией расположения плаценты.

Плотное прикрепление или приращение плаценты может быть полным, если плацента на всей площади прикреплена к своему ложу, и частичным, если плацента только на каком-то участке имеет тесную связь с плацентарной площадкой. В первом случае спонтанного кровотечения не бывает. Во втором — кровотечение начинается и может быть весьма обильным, если плацента на каком-то участке начинает отслаиваться от плацентарной площадки, что приводит к вскрытию межворсинчатых пространств, заполненных материнской кровью.

Клиническая картина. Плотное прикрепление плаценты проявляется либо кровотечением в III периоде родов (частичное плотное прикрепление или приращение), либо отсутствием признаков самостоятельного отделения плаценты при наличии схваток (полное плотное прикрепление или приращение).

В первом случае тщательное наблюдение за роженицей в III периоде родов позволяет обнаружить начавшееся кровотечение при отсутствии признаков отделения плаценты. Кровотечение может быть умеренным или сразу приобретает профузный характер. Степень его во многом определяется площадью плацентарной площадки, с которой плацента потеряла связь, а также состоянием нервно-мышечного аппарата матки и коагуляционных свойств крови. Реакция организма зависит от количества потерянной крови и состояния роженицы до начала кровотечения (наличие гестоза, соматических заболеваний, осложненного течения родов, анемии).

Полное плотное прикрепление или приращение плаценты можно заподозрить, если в течение 30 мин после рождения ребенка отсутствуют признаки отделения плаценты и нет кровотечения.

Диагностика. Распознавание форм патологического прикрепления плаценты возможно лишь во время операции ругного отделения плаценты, показаниями к которой служат: 1) отсутствие признаков отделения плаценты без кровотечения через 30 мин после рождения ребенка; 2) отсутствие признаков отделения плаценты при начавшемся кровотечении, как только кровопотеря достигнет 250 мл. Ручное вхождение в полость матки производят под внутривенным обезболиванием. Одновременно с началом операции приступают к капельному вливанию глюкозы или кристаллоидных растворов и сокращающих матку средств. При плотном прикреплении плацента легко отделяется от стенки матки. В случае приращения — плаценту (или часть ее) не удастся отделить от матки. В этой ситуации, во избежание усиления кровотечения и травматизации мышечного слоя матки, необходимо прекратить все попытки отделения плаценты, ибо установлен диагноз: Placenta accreta. Необходимо срочно переходить к чревосечению и удалению матки параллельно с проведением инфузионно-трансфузионной терапии, объем которой зависит от степени кровопотери.

Объем физиологической кровопотери соответствует количеству крови в межворсинчатых пространствах и равен 250 мл. Пограничная кровопотеря не превышает 0,5% от массы тела и примерно равна 400 мл. Такая кровопотеря легко переносится женщинами. При кровопотере 500—1000 мл включаются механизмы компенсации, адаптирующие организм больной к кровопотере. Кровопотеря свыше 1000—1200 мл грозит срывом компенсаторных возможностей и развитием геморрагического шока. Своевременно начатая инфузионная терапия служит профилактикой шока.

Кровотечение в III периоде родов, связанное с аномалиями прикрепления плаценты, следует дифференцировать от кровотечения, обусловленного задержкой или ущемлением отделившейся плаценты. Причиной задержки в матке отделившейся плаценты является недостаточная сократительная активность миометрия и недостаточность мышц брюшного пресса, чему способствуют переполненный из-за пареза мочевого пузыря, перерастяжение матки (крупный плод, многоводие, многоплодие), преждевременные или запоздалые роды, первичная и вторичная слабость родовой деятельности, переутомление роженицы, быстрое родоразрешение оперативным путем, а также слаборазвитые мышцы брюшного пресса и дряблое состояние передней брюшной стенки. Ущемление плаценты может происходить вследствие спазма в области трубного угла или внутреннего зева матки. Причиной подобных состояний обычно является неравномерное сокращение матки вследствие ее грубого массажа, несвоевременной попытки выжимания последа по Креде—Лазаревичу, потягивания за пуповину. Такие необоснованные действия нарушают физиологический ритм и силу распространения последовых сокращений маточной мускулатуры, приводят к судорожному сокращению отдельных групп мышц, неравномерному отделению частей плаценты и в конечном итоге — кровотечению.

В тех случаях, когда происходит ущемление плаценты в области трубного угла, при осмотре живота определяется выпячивание, отделенное перетяжкой от остальной части

тела матки. При отделившейся плаценте и ущемлении ее в результате спазма циркулярной мускулатуры внутреннего зева матка приобретает форму песочных часов. Если произошло отделение плаценты, но послед без ущемления задержался в полости матки, матка имеет форму и все признаки отделения плаценты.

В случае ущемления последа в области трубного угла или внутреннего зева матки роженице вводят спазмолитики и под внутривенным наркозом производят попытку выделения последа по Креде—Лазаревичу. Если она оказывается неэффективной, сразу же приступают к ручному удалению последа.

При задержке отделившейся плаценты и компенсированной кровопотере необходимо после катетеризации мочевого пузыря предложить женщине потужиться, а при неэффективности попытки — выделить послед при помощи метода Абуладзе или Креде—Лазаревича. Наиболее щадящим является метод Абуладзе, обеспечивающий активацию всех изгоняющих сил. Он особенно эффективен у повторнородящих, имеющих дряблую брюшную стенку. При обильном кровотечении, а также при отсутствии убедительных признаков отделения плаценты показано срочное ручное удаление последа.

Родившийся или искусственно выделенный послед тщательно осматривают, начиная с материнской стороны. Поверхность плаценты должна быть гладкой, цвет ее серовато-синий, она покрыта тонким слоем децидуальной оболочки. При наличии дефекта плацентарной ткани этот участок плаценты отличается темно-красной окраской с неровными краями. Осматривая плодовую сторону плаценты, обращают внимание на кровеносные сосуды, которые обычно не заходят за край плаценты. Если сосуды переходят за край плаценты, а оболочки в этом месте оторваны, можно предположить, что имелась добавочная долька, которая задержалась в матке. В случае задержки частей плаценты или большей части оболочек, а также при подозрении на их задержку немедленно производят обследование полости матки, удаление задержавшихся в ней элементов последа и кровяных сгустков. Заканчивается операция парентеральным введением сокращающих матку средств.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

- 1.Бодяжина В.И., Семенченко И.Б. Акушерство, Ростов-на-Дону: «ФЕНИКС», 2007
- 2.Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенков А.П. Акушерство, М.: «Медицина», 1986
- 3.Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенков А.П. Акушерство, Курск: АП "Курск", 1995.

- 4.Жордания И.В. Акушерство, М., 2008
- 5.Серов В.Н., Стрижаков М.М., Маркин С.А. «Практическое акушерство» М., 2009
- 6.Айламазян Э.К. Акушерство, М.: «Специальная литература», 2005
- 7.Савельева Г.М. и др. Акушерство, М., 2011
- 8.Кулаков В.И. и др. Акушерские кровотечения М., 2008
- 9.Репина М.А. «Кровотечение в акушерской практике» М., 2006

Рецензия на реферат выполненный

По теме: Кровотечения во время беременности.

Ординатором 1-го года обучения

Кафедра: Кафедра оперативной гинекологии ИПО

ФИО: Бабаева Турана Фаиг кызы

Реферат выполнен на (17) страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

Актуальность темы не вызывает сомнений, в виду (В акушерской практике кровотечения продолжают оставаться наиболее серьезной проблемой, так как среди причин материнской смертности они составляют 20-25 %. Кровотечения при беременности и во время родов занимают одно из ведущих мест в акушерской патологии, способствуя развитию различных заболеваний у женщин. Часто они являются причиной последующей стойкой инвалидизации женщин, развития у них астеновегетативных, нейроэндокринных синдромов, миокардического кардиосклероза и других заболеваний. В структуре материнской смертности за последние 20 лет кровотечения вышли на первое место. Это может быть связано с изменением условий жизни, влиянием неблагоприятных факторов внешней среды, увеличением числа женщин с экстрагенитальной патологией, что приводит к нарушению гармоничного развития беременности и в связи с этим - к различным формам акушерской патологии, в том числе и к маточным кровотечениям во время беременности и родов.

В последние годы частота и структура акушерских кровотечений существенно изменились. Число акушерских кровотечений в последовом и раннем послеродовом периоде несколько уменьшилось, и стали чаще наблюдаться кровотечения, обусловленные отслойкой нормально расположенной плаценты и ее предлежанием, кровотечения на фоне нарушений гемостаза.)

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

При написании реферата использовались современные источники литературы не старше пяти лет.

Реферат принят и оценён на (5) отлично.

Руководитель клинической ординатуры: Макаренко Т.А.

