

**ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России
Кафедра оперативной гинекологии ИПО**

Зав.кафедрой:
д.м.н., Доцент
Макаренко Т.А.

Реферат на тему
««Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты»»

Выполнила:
Клинический ординатор
Кафедры оперативной гинекологии ИПО
Ермохина Владислава Сергеевна

КРАСНОЯРСК 2021

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

Рецензия д.м.н., доцента Макаренко Татьяны Александровны на реферат клинического ординатора первого года обучения по специальности «Акушерство и гинекология» Ермохиной Владиславы Сергеевны по теме ««Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты»».

Основные оценочные критерии рецензии:

№	Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1	Структурированность	
2	Наличие орфографических ошибок	
3	Соответствие текста реферата теме	
4	Владение терминологией	
5	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	
6	Логичность доказательной базы	
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	
8	Использование известных научных источников	
9	Умение сделать общий вывод	

Итоговая оценка:

Комментарий рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Оглавление

1. Введение
2. Определение
3. Патогенез
4. Классификация
5. Клиническая картина
6. Диагностика
7. Дифференциальная диагностика
8. Лечение
9. Профилактика
10. Список используемой литературы

Введение

ПОНРП - тяжелое акушерское осложнение, наблюдаемое у 0,4—1,4% беременных, может произойти во время беременности или в родах и привести к осложнениям, опасным для жизни матери и плода. Летальность составляет 1,5—15%. Смерть женщины обусловлена в основном геморрагическим шоком и последующей полиорганной недостаточностью. У много- рожавших женщин это осложнение возникает в 2 раза чаще, чем у первородящих. В действительности ПОНРП встречается намного чаще, чем регистрируется. Так, самопроизвольное прерывание беременности в ранних и поздних сроках часто происходит вследствие отслойки плаценты, но в статистическую отчетность вносится как аборт. При отсутствии клинических проявлений, когда отслойка плаценты происходит на небольшом участке, после родов на материнской поверхности плаценты обнаруживают небольшие темные сгустки крови и вдавления от гематомы.

Определение

ПОНРП — отделение нормально расположенной плаценты от места своего прикрепления до рождения ребенка.

Этиология

Этиология ПОНРП окончательно не определена. Плацента представляет собой губчатую и эластичную пластину, которая интимно связана соединительнотканными перегородками, разделяющими котиледоны, с функциональным слоем эндометрия. Плацента подвергается постоянному воздействию как маточной стенки, так и плодного яйца. Кроме того, в области прикрепления плаценты сократительная активность миометрия понижена. Плодное яйцо, занимая всю полость матки, оказывает сопротивление давящим на плаценту стенкам матки и прижимает плаценту к плацентарной площадке. При физиологически предусмотренном балансе этих сил плацента не отслаивается от плацентарной площадки. В случаях повышения давления на плаценту со стороны маточной стенки или снижения противодействия со стороны плодного яйца (например, разрыв плодного пузыря и излитие вод) начинается ее преждевременная отслойка, которая всегда сопровождается кровотечением.

Отслойка плаценты может произойти во время беременности и в первом или во втором периоде родов. Гипотетически ПОНРП должны предшествовать тяжелые поражения сосудистой системы матери, нарушение эндотелия сосудов, вследствие чего происходят кровоизлияния в плацентарное ложе, повышается тонус миометрия. Кроме того, во время беременности и особенно в родах могут возникать условия, приводящие к изменению баланса сил, удерживающих плаценту на плацентарной площадке; не исключается роль внешнего воздействия. В то же время часто отслойка плаценты имеет место у молодых первородящих группы низкого перинатального риска без предсуществующих заболеваний.

По-видимому, в этих случаях имеет место неполноценность плацентарного ложа.

Выделяют следующие факторы риска ПОНРП:

- Экстрагенитальные заболевания матери и осложнения беременности, сопровождающиеся изменением сосудистой системы материнского организма (ангиопатии, капилляропатии), вызывающие ангиопатию матки и, следовательно,

неполноценность плацентарного ложа (недостаточность первой и второй волн инвазии цитотрофобласта). Такие изменения возникают при гипертонической и гипотонической болезни, пороках сердца, тиреотоксикозе, СД, синдроме сдавления нижней полой вены, заболеваниях почек (гломерулонефрит, пиелонефрит), туберкулезе, сифилисе, малярии и других хронических инфекциях. Отслойка плаценты возможна при аутоиммунных состояниях (антифосфолипидный синдром, красная волчанка), аллергических реакциях. Особенно часто отслойка плаценты происходит при тяжелой ПЭ.

- Гиперпластические процессы, воспалительные и дегенеративные изменения в матке и плаценте, вызывающие нарушение связи между ними: хроническое воспаление матки (эндомиометрит), субмукозные узлы миомы, пороки развития матки (перегородка матки, двурогая, седловидная матка), перенашивание беременности и др.
- Чрезмерное растяжение матки, ведущее к истончению ее стенки и увеличению плацентарной площади, что способствует увеличению и истончению самой плаценты (многоводие, многоплодная беременность, крупный плод).
- Непосредственная травма — падение, удар в живот, наружный поворот плода, грубое исследование, влагалищные родоразрешающие операции и др.
- Косвенная травма — абсолютная и относительная короткость пуповины, поздний разрыв плодных оболочек, быстрое излитие околоплодных вод при многоводии, быстрое рождение первого плода при многоплодии, быстрые или стремительные роды.
- Нервно-психические факторы - испуг, стресс, возбуждение при половом акте и др.

Патогенез

Котиледоны плаценты омываются материнской кровью. При любом нарушении связи между плацентой и маткой возникает кровотечение. Сначала оно бывает ретроплацентарным, поэтому некоторое время остается скрытым. При повреждении мембран капилляров и разрывах сосудов нарушается кровообращение в межворсинчатом пространстве, возникает кровотечение, и образуется ретроретроплацентарная гематома. В маточноплацентарных артериях возникают тромбы, в межворсинчатом пространстве появляются отложения фибрина, что приводит к образованию сначала красных, а затем белых инфарктов плаценты. В свою очередь, множество инфарктов еще больше нарушает плацентарное кровообращение и способствует дальнейшей

ПОНРП. Под воздействием тканевого тромбопластина, который освобождается из травмированных тканей децидуальной оболочки и ворсин, кровь свертывается.

Если участок отслойки плаценты небольшой, после образования ретроплацентарной гематомы в маточных сосудах образуются тромбы и ворсины сдавливаются. Дальнейшая отслойка плаценты прекращается, на месте отслойки образуются инфаркты, которые постепенно кальцифицируются. Распознают их при осмотре плаценты после родов.

При обширной отслойке возникает обильное кровотечение. Если края плаценты связаны с маткой, ретроплацентарная гематома, увеличиваясь, смещается вместе с плацентой в сторону амниотической полости и при целом плодном пузыре повышает внутриматочное давление. Стенки матки растягиваются. Все слои стенки матки пропитываются кровью, которая иногда попадает в околоматочную клетчатку и даже в брюшную полость при нарушении целостности серозной оболочки матки. Наружное кровотечение отсутствует, а внутреннее будет значительным.

При пропитывании (имбибии) кровью матка теряет сократительную способность, повреждаются мышца и серозный покров матки. Пропитывание матки может быть диффузным, а не только в месте плацентарной площадки. Такое состояние матки получило название маточно-плацентарной апоплексии, или «матки Кувелера» по имени французского врача (Couvelaire), описавшего в 1912 г. два собственных наблюдения. Если связь между маткой и плацентой нарушена у края плаценты, кровь проникает между плодными оболочками и стенкой матки во влагалище, появляется наружное кровотечение. Кровь может попадать и в околоплодные воды, если нарушена целостность плодных оболочек, и повышать тем самым давление амниотической жидкости, что выражается в резком напряжении нижнего полюса плодного пузыря.

Считают, что из поврежденной матки в результате нарушения в ней кровообращения и метаболизма в кровяное русло матери попадают тканевый тромбопластин, фибринолизин и их активаторы, препятствующие свертыванию крови, что усугубляет массивное кровотечение.

При ПОНРП всегда возникает ДВС-синдром, так как в ретроплацентарной гематоме откладывается фибрин, и через вены матки в организм матери поступает кровь, лишенная фибриногена (коагулопатия потребления).

Классификация

Различают:

- полную отслойку плаценты, когда отслоение происходит по всей ее материнской поверхности;

- частичную отслойку плаценты, когда от плацентарного ложа отслаивается какая-либо часть ее материнской поверхности. Частичная отслойка может быть прогрессирующей и не прогрессирующей.

По степени выраженности клинических

симптомов выделяют:

- легкую степень (отслойка небольшого участка);
- среднюю степень (отслойка / поверхности плаценты);
- тяжелую степень (отслойка более $\frac{1}{3}$ поверхности плаценты). Клиническая классификация (clinical classification) ПОН РН построена на вариантах кровотечения:
- отслойка с наружным кровотечением (выделение крови из влагалища);
- отслойка с внутренним кровотечением (образование ретроплацентарной гематомы, кровь из влагалища не выделяется);
- отслойка с комбинированным кровотечением (внутреннее и наружное кровотечение).

Клиническая картина

Клинические проявления ПОНРП зависят от площади отслоения, скорости и объема кровотечения, реакции организма женщины на кровопотерю. Ведущие симптомы ПОНРП — боль в области плацентации, гипертонус матки, симптомы внутреннего кровотечения (снижение АД, тахикардия) и гипоксия плода вследствие кровотечения. Пациентки жалуются на боль в животе различной локализации и интенсивности, беспокойство, головокружение, слабость, кратковременную потерю сознания. Отмечают постоянное напряжение матки, ощущают изменения в поведении плода. Плод может проявлять повышенную двигательную активность или, наоборот, становиться менее активным, затем женщина перестает ощущать его шевеление.

Боль возникает вследствие растяжения стенки матки и раздражения серозного покрова матки гематомой, образующейся в месте отслойки плаценты. Боль может быть слабой или очень интенсивной, сначала она локальная, а затем распространяется по всему животу.

При незначительной площади отслойки болевой симптом мало выражен. При отслойке по краю плаценты боль бывает незначительной или отсутствует, так как кровь вытекает наружу и внутриматочное давление не повышается. При острой и обширной отслойке возникают острые постоянные распирающие боли по всему животу, появляются ощущения, что «что-то разорвалось», острое «жжение» в месте отслойки. Живот напрягается, увеличивается в объеме.

Боли могут иррадиировать в бедро, лоно, в поясницу.

Гипертонус матки (uterine hypertonic) взаимосвязан с ретроплацентарной гематомой, растягивающей ее стенку. Матка становится напряженной и болезненной при пальпации. Болезненность может быть общей и локальной в месте прикрепления плаценты.

При отслойке во время беременности матка постоянно сохраняет повышенный тонус, пальпировать плод не удастся из-за напряжения и болезненности матки. При отслойке в родах матка не расслабляется вне схваток.

Острая гипоксия плода (acute fetal hypoxia) обусловлена отслойкой плаценты, нарушением маточно-плацентарного кровообращения из-за гипертонуса матки, материнского и плодового кровотечения. При отслойке $\frac{1}{3}$ материнской поверхности плаценты и более плод начинает страдать, а затем погибает от гипоксии. При полной отслойке плаценты гибель плода происходит быстро.

Кровотечение часто бывает только внутренним, когда отслойка происходит по центру плацентарной площадки; образуется ретроплацентарная гематома. Наружное кровотечение возникает при отслойке плаценты по краю. Кровь, вытекающая из половых путей, бывает разного цвета. Если кровотечение началось сразу после отслойки или крови потребовалось пройти незначительное расстояние от отслоившегося нижнего полюса плаценты до влагалища, она имеет алый цвет. Если после отслойки прошло какое-то время, кровь становится темной, в ней появляются сгустки.

При отслойке $\frac{1}{4}$ плаценты у матери появляются признаки анемии и нарушения гемодинамики. Она жалуется на головокружение, слабость, возможна кратковременная потеря сознания, развиваются картина шока вследствие гиповолемии и коагулопатия. Выраженность клинической картины зависит от варианта отслойки плаценты.

При отслойке на небольшом участке ($\frac{1}{4}$ поверхности плаценты) болевых симптомов нет. При ПОНРП во время беременности могут появиться незначительные боли в животе, повышение тонуса матки, темные кровяные выделения из влагалища.

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

Во время беременности и в родах обнаружить отслойку можно случайно при УЗИ.

Выявляют ретроплацентарную гематому, по изменениям размеров которой в динамике определяют прогрессирующую или не прогрессирующую частичную отслойку.

При средней степени отслойки (moderate), когда произошла отслойка 1/4-1/3 поверхности плаценты, клиническая картина может разворачиваться постепенно или внезапно. Во время беременности среди полного благополучия появляются боли в животе - сначала локальные, а затем они распространяются по всему животу. Матка напряжена. Меняется характер шевелений плода. Беременная может жаловаться на слабость, головокружение, чувство «дурноты», т.е. появляются симптомы геморрагического шока. Кровяные выделения из половых путей бывают различной интенсивности и оттенка. При отслойке в родах клиническая картина такая же.

Тяжелая степень (severe) соответствует отслойке более 1/3 поверхности плаценты.

Отслойка значительной части плаценты или всей плаценты возникает внезапно, появляются сильные боли в животе. Больная становится беспокойной, стонет и кричит от боли. Из-за массивного внутреннего кровотечения быстро развивается картина геморрагического шока.

На тяжелую степень отслойки указывают:

- нарушение гемодинамики - падение АД, слабый, частый пульс, бледность кожного покрова, холодный пот, мелькание мушек перед глазами, кратковременная потеря сознания или головокружение;
- болевой синдром - боль сначала локализуется в месте отделившейся плаценты, а затем распространяется по всей поверхности матки, она сильная, тупая, постоянная; появляется рвота, живот резко вздут;
- изменение консистенции и конфигурации матки - матка твердая, ее поверхность болезненная, матка выпячивается в области отслойки плаценты, эта поверхность имеет эластичную консистенцию;
- гипоксия или гибель плода;
- признаки гиповолемии, коагулопатии.

Одновременно с симптомами внутреннего кровотечения иногда появляется наружное кровотечение. Оно часто бывает незначительным и не может служить показателем тяжести отслойки.

Диагностика

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

используют лабораторно-диагностические методы.

Основные клинические признаки ПОНРП: боли в животе, повышение тонуса матки, признаки внутреннего кровотечения, нарушение сердцебиения плода.

Классическая клиническая картина ПОНРП бывает только у 10% женщин, у каждой второй отмечают только кровяные выделения и проявления гипоксии плода, у 1/3 - отсутствует болевой синдром, поэтому диагностика ПОНРП бывает затруднена.

Незначительную ПОНРП во время беременности при отсутствии жалоб на боли и кровяные выделения можно определить только после родов, УЗИ не информативно.

Значительная отслойка всегда сопровождается яркой клинической картиной и четко диагностируется с помощью УЗИ.

При объективном обследовании выявляют признаки геморрагического шока, при пальпации живота - напряженную, болезненную матку с локальной припухлостью в месте прикрепления плаценты, невозможно определить части плода.

При влагалищном исследовании находят кровяные выделения из матки и постоянно напряженный плодный пузырь. При его вскрытии или при самостоятельном излитии околоплодные воды могут быть с примесью крови.

Сердцебиение плода учащается, затем становится редким, аритмичным и пропадает.

При отслойке нормально расположенной плаценты в первом периоде родов изменяется характер схваток. Они усиливаются или ослабевают либо становятся нерегулярными. Матка не расслабляется между схватками. Изменяется сердцебиение плода, который страдает от гипоксии и может погибнуть. Появляются симптомы геморрагического шока.

Довольно сложно диагностировать отслойку во втором периоде родов. На фоне схваток или потуг могут появиться сильные боли в области матки, но это бывает редко. Чаще отслойка сопровождается появлением ярких кровяных выделений из влагалища и острой гипоксией плода.

Своевременной диагностике ПОНРП помогают дополнительные методы исследования, в первую очередь УЗИ, показывающее площадь отслойки, ее прогрессирование и величину ретроплацентарной гематомы, а также признаки острой гипоксии плода. КТГ во время беременности и в родах позволяет следить за состоянием плода.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику и лабораторно-диагностические исследования проводят только в стационаре.

ПОНРП необходимо дифференцировать от:

- позднего самопроизвольного аборта или преждевременных родов;
- предлежания плаценты;
- разрыва краевого синуса плаценты;
- разрыва пуповинных сосудов при их оболочечном прикреплении;
- разрыва матки;
- травмы мягких родовых путей;
- разрыва варикозно расширенных вен;
- эктопии шейки матки;
- полипов шейки матки;
- рака шейки матки;
- остроконечных кондилом.

При наружном кровотечении ПОНРП следует дифференцировать от предлежания плаценты и заболеваний, не связанных с беременностью, но сопровождающихся наружным кровотечением.

При внутреннем кровотечении и явлениях геморрагического шока необходимо исключить другие источники внутрибрюшного кровотечения: разрыв селезенки, разрыв мешотчатой опухоли маточной трубы или яичника у беременной или роженицы.

Лечение

ПОНРП - серьезное и грозное осложнение беременности и родов. Своевременное распознавание этого осложнения, рациональное лечение отслойки и ее последствий (атонии

матки, анемии, геморрагического шока, ДВС-синдрома) спасают жизнь матери и плода.

Выбор метода лечения зависит от времени развития отслойки (беременность, роды), выраженности клинических симптомов и акушерской ситуации.

Цели лечения:

- остановка кровотечения;
- одновременно восполнение ОЦК, по показаниям -противошоковая терапия;
- лечение гипоксии плода.

Остановить кровотечение и прогрессирование отслойки можно только при быстром и бережном опорожнении матки. При выраженной клинической картине и нарастающих симптомах внутреннего кровотечения (острая ПОНРП) в любом сроке беременности и в первом или начале второго периода родов производят кесарево сечение, независимо от состояния плода (живой плод или погибший). Одновременно проводят противошоковую, противоанемическую терапию, коррекцию гемостаза.

Если большая часть стенки матки пропитана кровью, имеет темнофиолетовый цвет,

ее мышца дряблая, не реагирует на механические и фармакологические воздействия («матка Кувелера», маточно-плацентарная апоплексия), показана экстирпация матки без придатков.

При отсутствии выраженной маточно-плацентарной апоплексии следует выполнить перевязку маточных сосудов, а при неэффективности — перевязку внутренних подвздошных артерий. Наличие в стационаре отделения ангиохирургии позволяет выполнить эмболизацию сосудов. При небольших участках пропитывания кровью матка хорошо сокращается и дополнительных мероприятий не проводят.

При выраженной клинической картине ПОНРП (острая отслойка во втором периоде родов) они могут быть закончены через естественные родовые пути, но только в мощных, хорошо оснащенных диагностической и лечебной аппаратурой стационарах.

При живом плоде и соответствующих условиях второй период родов при головном предлежании экстренно заканчивают наложением акушерских щипцов, при тазовом — извлечением плода за тазовый конец.

После родоразрешения через естественные родовые пути при ПОНРП во всех случаях показаны ручное отделение плаценты и выделение последа или ручное обследование стенок полости матки. Операцию производят тотчас после рождения плода для исключения нарушения целостности стенок матки (разрыв матки), гипотонии и удаления возможных остатков плацентарной ткани и сгустков крови, что способствует лучшему сокращению матки. Производят осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал. Вводят ЛС, сокращающие матку, с целью предупреждения инфекции назначают антибиотики, при анемии — соответствующее лечение.

Профилактика

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

Список используемой литературы

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1080 с. - (Серия «Национальное руководство»).
2. Акушерство: учебник / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава, О.Б. Панина, М.А. Курцер. - 2010. - 656 с.ъ
3. Приказ МЗ РФ от 12.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» Приложение № 5.
4. Сидоров И.С., Кулаков В.И., Макаров И.О. «Руководство по акушерству» - М.: «Медицина, 2006 г., 848 стр.
5. Чернуха Е.А. «Родовой блок» - М.: «Триада - Х», 2005 г., 712 стр