**ПРЕДЛЕЖАНИЕ *ПЛАЦЕНТЫ*  
ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ *ПЛАЦЕНТЫ***

**Цель занятия:** научить студентов выявлять причины кровотечений до рождения плода, особенно при предлежании ***плаценты*** и преждевременной отслойке нормально расположенной ***плаценты***, научить диагностике и рациональному лечению при этой патологии.

**Студент должен знать:** этиологию, классификацию, клинику, диагностику, течение беременности и родов, лечение (консервативное и хирургическое), методы родоразрешения при предлежании и преждевременной отслойке нормально расположенной ***плаценты***: этиология, диагностика, лечение, геморрагический шок и ДВС-синдром при этих состояниях.

**Студент должен уметь:** на основании анамнеза, жалоб больной, объективного исследования и дополнительных методов обследования поставить диагноз предлежания ***плаценты*** или преждевременной отслойки нормально расположенной ***плаценты***, оценить состояние беременной или роженицы и составить план ведения беременности или родов, определить показания к хирургическому лечению.

**Содержание занятия**

Одним из наиболее частых и серьезных осложнений беременности, родов и послеродового периода является кровотечение. В структуре материнской смертности кровотечениям принадлежит одно из первых мест. Велика перинатальная потеря плодов и новорожденных при кровотечении у матери. Кровотечения разделяют на кровотечения:

-во время беременности по триместрам, связанные и несвязанные с беременностью;

-во время родов, в 1 и 2 периодах родов, связанные и несвязанные с беременностью;

-в последовом и раннем и позднем послеродовом периодах.

Массивные кровотечения чаще всего бывают при предлежании и отслойке нормально расположенной ***плаценты***, с патологией отделения ***плаценты*** в третьем периоде родов, гипо- и атоническими состояниями матки в послеродовом периоде. Кровотечения приводят к геморрагическому шоку и синдрому ДВС.

**ПРЕДЛЕЖАНИЕ *ПЛАЦЕНТЫ***

*Предлежанием* ***плаценты*** называют прикрепление ее какой-либо частью или полностью в области нижнего сегмента матки и отношение ее к внутреннему зеву. В России частота предлежаний ***плаценты*** составляет 0,5-0,8% от общего числа родов. Повышение частоты предлежания ***плаценты*** в последние десятилетие объясняют увеличением числа абортов и внутриматочных вмешательств. Кровотечение при предлежании ***плаценты*** может возникнуть в начале второй половины беременности, вследствие формирования нижнего сегмента. Чаще кровотечение наблюдают в последние недели беременности, когда начинают появляться сокращения матки. Наиболее часто кровотечение возникает во время родов. Кровотечение во время беременности при предлежании ***плаценты*** встречается в 34% случаев, во время родов - в 66%.

**СТЕПЕНИ ПРЕДЛЕЖАНИЯ *ПЛАЦЕНТЫ***

*Полное (центральное) предлежание* ***плаценты***- внутренний зев полностью перекрыт ***плацентой*** и при влагалищном исследовании всюду определяется плацентарная ткань, плодные оболочки не пальпируют.

*Неполное (частичное) предлежание* ***плаценты*** - внутренний зев не полностью перекрыт ***плацентой*** и при влагалищном исследовании за внутренним зевом определяется ***плацента*** и околоплодные оболочки.

Неполное предлежание ***плаценты*** разделяют на краевое и боковое предлежание. При краевом нижний край ***плаценты*** находят на уровне края внутреннего зева; при боковом - край ***плаценты*** частично перекрывает внутренний зев. Наряду с ***плацентой*** в обоих случаях определяют плодные оболочки. Клинически вариант предлежания ***плаценты*** можно определить только при раскрытии маточного зева на 4-5 см. Поэтому в практической работе различают полное или неполное предлежание ***плаценты***.

*Низкое прикрепление* ***плаценты*** - нижний край ***плаценты*** располагается на 7 см и менее от внутреннего зева, область внутреннего зева не захватывает и при влагалищном исследовании пальпации не доступен. Иногда можно пальпировать шероховатую поверхность плодных оболочек, что позволяет подозревать близкое расположение ***плаценты***.

*Шеечная (шеечно-перешеечная)* ***плацента*** - ***плацента*** врастает в шеечный канал в результате неполноценного развития децидуальной реакции в шейке матки. Это редкая, но серьезная клиническая ситуация, трудности в диагностике создают смертельную опасность. К этому можно отнести и шеечную беременность.

**ЭТИОЛОГИЯ**

Причины возникновения аномалий расположения ***плаценты*** окончательно не выяснены, однако их можно разделить на две группы:

-зависящие от состояния организма женщины,

-связанные с особенностями плодного яйца.

Наиболее частыми являются патологические изменения в слизистой оболочке матки, нарушающие нормальную децидуальную реакцию эндометрия. Хроническое воспаление эндометрия, рубцовые изменения в эндометрии после абортов, операций на матке (кесарево сечение, консервативная миомэктомия, перфорация матки и др.), миома матки, аномалии или недоразвитие матки, многократные роды, осложнения в послеродовом периоде. Предлежание ***плаценты*** у повторнородящих чаще (75%), чем у первородящих.

Вследствие нарушения нидационной функции трофобласта, а именно запоздалого появления ферментативных процессов в трофобласте, оплодотворенное яйцо не может своевременно привиться в области дна матки. Оно приобретает имплантационную способность, опускаясь уже в нижние отделы матки, где и прививается.

Возможна миграция ***плаценты***. Ультразвуковое исследование позволяет проследить миграцию ***плаценты*** в течение беременности. В начале беременности чаще определяют центральное предлежание ветвистого хориона. В конце беременности ***плацента*** мигрирует и может располагаться низко или даже нормально.

**КЛИНИКА**

Основным клиническим симптомом предлежания ***плаценты*** является *кровотечение*. Вследствие растяжения нижнего сегмента вскрываются интервиллезные пространства, так как ворсины ***плаценты*** не обладают растяжимостью, ***плацента*** отслаивается от стенок матки, возникает кровотечение.

Кровотечения во время беременности появляются внезапно, без болевых ощущений, могут прекратиться, но спустя некоторое время возникнуть вновь. Чем ниже расположена ***плацента***, тем раньше и обильнее бывает кровотечение. Иногда сила кровотечения не соответствует степени предлежания ***плаценты***: при полном предлежании ***плаценты*** может быть небольшое кровотечение; неполное предлежание может сопровождаться очень сильным кровотечением, если разрыв произошел в области краевого венозного синуса ***плаценты***. В связи с постоянной кровопотерей у беременных очень скоро развивается анемия.

При *полном предлежании* ***плаценты*** кровотечение часто появляется внезапно во время беременности, может быть обильным. Кровотечение может прекратиться на некоторое время, а может продолжаться в виде скудных кровяных выделений. В последние недели беременности, когда появляются предвестники родов, кровотечение возобновляется и/или усиливается.

Кровотечение впервые может возникнуть при начале родовой деятельности, с первыми схватками. Если во время беременности были незначительные кровяные выделения, то с первыми схватками кровотечение усиливается. Острая анемия развивается быстро.

В процессе родовой деятельности, когда происходит раскрытие маточного зева, ***плацента*** все более отслаивается, кровотечение усиливается. Перекрывающая внутренний зев ***плацента*** не позволяет предлежащей части вставиться во вход в малый таз, а тем более нет возможности вскрыть плодный пузырь, чтобы уменьшить напряжение матки и прекратить дальнейшую отслойку.

При *неполном предлежании* ***плаценты*** кровотечение может начаться в самом конце беременности, чаще в начале периода раскрытия или даже позже, когда произошло сглаживание и раскрытие зева на 4-5 см. Сила кровотечения зависит от величины предлежащего участка ***плаценты***. Чем больше предлежит плацентарной ткани, тем раньше и сильнее начинается кровотечение.

При неполном предлежании ***плаценты*** кровотечение можно уменьшить и даже приостановить вскрытием плодного пузыря. После излития околоплодных вод предлежащая часть плода вставляется во вход в таз и прижимает отслоившуюся часть ***плаценты*** к стенке матки и таза.

В III периоде родов кровотечение может возобновиться, потому что плацентарная площадка располагается в нижнем сегменте матки, а его сократительная способность снижена.

Низкое прикрепление детского места является самой благоприятной ситуацией из всех видов патологического прикрепления ***плаценты***. Кровотечение появляется в конце периода раскрытия и по силе значительно меньше, чем при других видах прикрепления ***плаценты***. Иногда низкое расположение ***плаценты*** распознают только после осмотра выделившегося последа - разрыв плодных оболочек находится на небольшом расстоянии от края ***плаценты***.

*Гипоксия плода* - второй основной симптом предлежания ***плаценты***. Отслоившаяся часть ***плаценты*** не участвует в системе маточно-плацентарного кровообращения, поэтому степень гипоксии зависит от площади отслойки ***плаценты*** и ряда других факторов.

**ДИАГНОСТИКА**

Диагнозпредлежания ***плаценты*** не представляет трудностей. Он основан на следующих данных.

***Анамнез.***Кровотечение во второй половине беременности, как правило, связано с полным предлежанием детского места. Кровотечение в конце беременности или в начале первого периода родов чаще связано с неполным предлежанием ***плаценты***, а в конце периода раскрытия с ее низким прикреплением. Перенесенные воспалительные заболевания матки, аборты могут явиться причиной предлежания ***плаценты***.

***Осмотр влагалища и шейки матки при помощи зеркал*** для исключения травмы, псевдоэрозии шейки матки, полипа, злокачественной опухоли шейки матки и др. Кровяные выделения видны из цервикального канала.

***Влагалищное исследование*** выполняют бережно, строго соблюдая ряд правил: производить только в условиях стационара с соблюдением асептики антисептики, *только при подготовленной для немедленного родоразрешения операционной*, так как в момент исследования кровотечение может усилиться.

При полном предлежании ***плаценты*** и закрытом наружном зеве через своды предлежащая часть не определяется. Пальпируют мягкое массивное образование через все своды влагалища при полном предлежании ***плаценты***, а при неполном предлежании - в переднем или одном из боковых сводов.

При раскрытом маточном зеве диагностика предлежания ***плаценты*** намного облегчается. Весь просвет внутреннего зева занят плацентарной тканью при полном предлежании, пальпация усиливает кровотечение. Если в пределах маточного зева обнаруживают плацентарная ткань и оболочки плодного пузыря, то это частичное (неполное) предлежание ***плаценты***.

При низком прикреплении ***плаценты*** плацентарную ткань пальпировать не удается, так как край ***плаценты*** находится выше внутреннего зева, однако, оболочки будут плотные и поверхность их шероховатая. Это объясняется тем, что ворсинки гладкого хориона, расположенные вблизи ***плаценты***, не подвергаются полной атрофии, а сохраняются в виде мелких сосочков до самого конца беременности. Они располагаются только в той части оболочки, которая непосредственно примыкает к краям ***плаценты***.

В настоящее время для определения предлежания ***плаценты*** во время беременности и в родах используют *ультразвуковое сканирование*, позволяющее точно оценить степень предлежания ***плаценты***, определить ее размеры, площадь и прогрессирование отслойки.

***Дифференциальная диагностика*** - это исключение других источников кровотечения из родовых путей: травма мягких родовых путей (ссадины, разрывы слизистой влагалища), эрозия шейки матки, полип, рак шейки матки и др.). Поэтому обязательным при кровотечении является осмотр влагалища и шейки матки при помощи зеркал, проводимый в малой операционной при развернутой большой операционной.

Если во время родов кровотечение возникает вслед за отхождением вод, сердцебиение плода становится угрожающим или исчезает совсем, то следует подумать о разрыве сосудов пуповины при оболочечном ее прикреплении. Иногда кровяные выделения, появившиеся вследствие начинающегося разрыва матки, ошибочно принимают за низкое прикрепление ***плаценты***.

При предлежании ***плаценты*** нередко возникает неправильное положение плода (косое, поперечное), тазовое предлежание. Беременность и роды могут осложнить недонашивание, слабость родовой деятельности, патология последового периода в связи с приращением ***плаценты*** в нижнем маточном сегменте, атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде, эмболия околоплодными водами и тромбоэмболия, восходящая инфекция.

**ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА**

Лечение при предлежании ***плаценты*** зависит от силы и количества кровопотери. Применяют консервативное и оперативное лечение.

*Консервативные методы* лечения возможны, если во время беременности кровотечение необильное, общее состояние беременной удовлетворительное, максимальное артериальное давление выше 100 мм рт.ст., содержание в крови гемоглобина не менее 7,50 ммоль/л. Беременную помещают в стационар, где назначают строгий постельный режим, препараты, снижающие (или снимающие) тонус матки. Возможно переливание свежезамороженной плазмы, эритроцитарной массы небольшими порциями (до 200 мл) с гемостатической целью. Назначают витамины С, Е, К, метионин, антибиотики для предупреждения инфекции. Проводят профилактику гипоксии плода препаратами, улучшающими маточно-плацентарный кровоток и микроциркуляцию.

Показания к *оперативному вмешательству* при предлежании ***плаценты*** зависят от степени кровотечения, степени предлежания ***плаценты***, от акушерской ситуации, от условий, в которых приходится оказывать акушерскую помощь, от квалификации врача.

Разрыв плодного пузыря (амниотомия) производят при наличии родовой деятельности, при раскрытии маточного зева 5-6 см и при неполном предлежании ***плаценты***. Разрыв оболочек способствует опусканию в малый таз головки плода, которая прижимает отслоившийся участок ***плаценты***, прекращает дальнейшую отслойку ***плаценты*** и останавливает кровотечение. В дальнейшем роды могут протекать нормально.

Кесарево сечение является абсолютным показанием при полном предлежании ***плаценты***. Эту операцию нередко выполняют при неполном предлежании ***плаценты***, когда имеется обильное кровотечение угрожающее жизни матери при неподготовленных родовых путях, или оно не прекращается после амниотомии.

В процессе любого метода родоразрешения роженица требует особого внимания. Одновременно с мероприятиями по остановке кровотечения проводят мероприятия по борьбе с острой анемией (переливание крови, кровезаменителей), терапию слабости родовой деятельности, оксигенотерапию, сердечные средства и др., осуществляют мероприятия по предупреждению или лечению гипоксии плода и т.д.

**ПРОФИЛАКТИКА**

Профилактика для матери и плода при предлежании ***плаценты*** зависит от своевременной диагностики, квалифицированной и рациональной помощи, а также от многих других причин, влияющих на исход родов. Важно учитывать реакцию организма на кровопотерю, состояние сердечно-сосудистой системы, органов кроветворения. Если при предлежании ***плаценты*** роды протекают с большой кровопотерей, материнская смертность может достигать 3%, а детская - 5%. Более благоприятный исход для матери и плода дает применение операции кесарева сечения.

**КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ *ПЛАЦЕНТЫ***

*Преждевременная отслойка нормально расположенной* ***плаценты*** *(ПОНРП)* - это тяжелая акушерская патология, наблюдающаяся в 0,1-0,3% случаев. У многорожавших женщин эта патология возникает в два раза чаще, чем у первородящих.

**ЭТИОЛОГИЯ**

Причины отслойки нормально расположенной ***плаценты*** можно разделить на две группы: предрасполагающие к ПОНРП и непосредственно вызывающие ПОНРП.

*К предрасполагающим причинам относят:*

-Изменение сосудистой системы материнского организма. В спиральных артериях возникают тромбы, в межворсинчатом пространстве появляются отложения фибрина, что приводит к образованию белых и красных инфарктов ***плаценты***. Большое количество этих инфарктов нарушает плацентарное кровообращение и вызывает преждевременную отслойку нормально расположенной ***плаценты***. Такие изменения наблюдают при тяжелых гестозах (нефропатия, эклампсия), гипертонической и гипотонической болезни, заболеваниях почек, пороках сердца, тиреотоксикозе, туберкулезе, сифилисе, малярии и других хронических инфекциях.

-Воспалительные и дегенеративные изменения в матке и ***плаценте***, вызывающие нарушение связи между ними: эндомиометрит, подслизистые узлы миомы, пороки развития матки, гипо- и авитаминозы, перенашивание беременности.

-Чрезмерное растяжение матки, ведущее к истончению ее стенки увеличению размеров плацентарной площадки, что способствует увеличению и истончению самой ***плаценты*** (многоводие, многоплодие, крупный плод).

*К причинам, непосредственно вызывающим ПОНРП* относят:

-Непосредственную травму - падение, удар в живот, наружный поворот плода, грубое исследование и пр.

-Косвенная травма - абсолютная и относительная короткость пуповины, поздний разрыв плодных оболочек, быстрое излитие околоплодных вод при многоводии, быстрое рождение первого плода при многоплодии.

-Нервно-психические факторы - испуг, стресс, возбуждение при половом сношении и др.

**ПАТОГЕНЕЗ**

Патогенез ПОНРП можно объяснить разрывом сосудов, который приводит к нарушению кровообращения в межворсинчатом пространстве, кровотечению и образованию ретроплацентарной гематомы. Под воздействием тканевого тромбопластина, который освобождается из травмированных тканей децидуальной оболочки и ворсин, кровь свертывается. Если участок отслойки ***плаценты*** небольшой, то после образования ретроплацентарной гематомы тромбируются маточные сосуды и сдавливаются ворсины. Дальнейшая отслойка ***плаценты*** прекращается, на месте отслойки образуются инфаркты и отложения солей, которые распознают при осмотре ***плаценты*** после родов.

При обширной отслойке ***плаценты*** возникает большое 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 попадает в околоматочную клетчатку и даже в брюшную полость при нарушении целости серозной оболочки матки. Наружное кровотечение отсутствует, а внутреннее будет значительным.

Если связь между маткой и ***плацентой*** нарушена у края ***плаценты***, то кровь проникает между плодными оболочками и стенкой матки во влагалище, появляется наружное кровотечение. Кровь может попадать и в околоплодные воды, когда нарушена целость плодных оболочек, и повышать тем самым давление в амниотической жидкости, выражающееся в резком напряжении нижнего полюса плодного пузыря. Отслойка всей поверхности ***плаценты*** приводит к быстрой гибели плода.

При значительной ретроплацентарной гематоме стенка матки пропитывается (имбибируется) кровью, вследствие чего матка теряет сократительную способность, при этом повреждается мышца матки и даже серозный покров. Пропитывание матки может быть диффузным, а не только в месте плацентарной площадки. Такое состояние матки получило название *"матка Кувелера"* (Couvelaire) по имени французского врача, описавшего в 1912 году два собственных наблюдения. На этом фоне нередко возника