

Акушерские кровотечения во II половине беременности

Акушерские кровотечения во II половине беременности

ЦЕЛЬ.

Ознакомить студентов с основными причинами кровотечений во II половине беременности, этиологией и патогенезом, симптоматикой, методами оказания экстренной помощи и профилактикой в условиях амбулаторной службы.

Показать, что ПОНРП занимает 1-ое место среди причин, материнской смертности и перинатальной патологии, в связи с чем каждому врачу необходимо знать факторы высокого риска и меры профилактики, экстренной помощи при кровотечениях у беременных.

ПЛАН.

1. Введение. Актуальность. Частота.
2. Классификация акушерских кровотечений.
3. ПОНРП, этиология, классификация, симптоматология.
4. Диагностика. Способы родоразрешения. Осложнения.
5. Экстренная помощь и профилактика осложнений.
6. Группы риска беременных на ПОНРП, методы профилактики.
7. Предлежание плаценты. Диагностика. Оказание экстренной помощи.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты-это отделение плаценты, прикрепленной в верхнем сегменте матки, во время беременности или в I и II периоде родов. В зависимости от размеров отслоившегося участка различают частичную и полную преждевременную отслойку плаценты. Клинические проявления осложнения выражены, если отслаивается 1/4-1/3 плаценты и более.

Осложнение может быть обусловлено преэклампсией, экстрагенитальной патологией в первую очередь заболеваниями почек (пиелонефрит), сахарным диабетом, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, анемией и другой патологией, которая оказывает наиболее неблагоприятное влияние на состояние периферического кровообращения и является фоном для развития гипертензионного синдрома. Сообщения о таких этиологических факторах преждевременной отслойки плаценты, как травма и короткая пуповина, малоубедительны. Их следует рассматривать как провоцирующие на уже существующем патоморфологическом фоне.

Следует подчеркнуть, что изменения периферического кровообразования при преэклампсии имеются не только в маточно-плацентарном кровотоке, но и в жизненно важных органах - печени, почках, мозге, легких, нарушение функции которых по существу и определяют симптоматику этого осложнения беременности.

Ухудшение микрокровотока в плаценте приводит к уменьшению эластичности сосудистой стенки, повышению ее проницаемости. Это способствует разрыву артериальных капилляров, формированию микрогематом, постепенно сливающихся, разрушающих базальную пластинку децидуальной ткани, захватывающих межворсинчатое пространство и образующих в месте отслоения плаценты все увеличивающуюся ретроплацентарную гематому. Изливающаяся при отслойке плаценты кровь диффузно имbibирует миометрий вплоть до висцеральной брюшины. Множественные кровоизлияния в толще матки, отечное набухание мышечной ткани и стромы в связи с преэклампсией приводят к поражению нервно-мышечного аппарата матки, нарушению ее сократительной способности. За счет пропитывания кровью матка приобретает пятнистый вид, становится атоничной. Это состояние называют маточно-плацентарной апоплексией или маткой Кувелера по фамилии автора, впервые

описавшего подобную картину (Couvelaire A. 1912).

При всем многообразии клинических проявлений преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты выделяют два варианта течения этого осложнения: 1) с развитием генерализованного кровотечения в раннем послеродовом периоде за счет атонии матки и коагулопатии потребления с активацией системы фибринолиза 2) с развитием тяжелой функциональной недостаточности жизненно важных органов (мозга, печени, почки, легкие), при этом сильное кровотечение отсутствует или имеется возможность его относительно легко остановить. Иногда оба варианта клинического течения смешаны. Развитие той или иной клинической картины во многом зависит от предшествующего фона. Отслойка плаценты, сопровождающаяся тяжелой недостаточностью почек, легких, нарушением мозгового кровообращения, чаще развивается на фоне излеченного или недостаточно леченного позднего токсикоза и как правило, происходит во время беременности (чаще недоношенной). Отслойка плаценты с массивным кровотечением чаще возникает в процессе родового акта-при раскрытии маточного зева на 2 см.

При значительной активации фибринолиза, способствующей усилению кровотечения прогноз при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты сомнительный. Однако следует признать, что отслойка плаценты, не сопровождающаяся активацией фибринолиза, прогностически еще более неблагоприятна. В этом случае заметно усиливаются нарушения кровотока, а следовательно развиваются необратимые изменения в жизненно важных органах. К факторам, влияющим на прогноз, также относятся возможность сравнительно успешного лечения патологического фибринолиза (благодаря наличию мощных антифибринолитических препаратов) и в то же время небольшая эффективность лечения фибринолизинном.

Предотвратить преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты можно, только своевременно прервав беременность в случаях ее осложнения длительно текущей гипертензией и тяжелым соматическим заболеванием. Если можно сохранить беременность, то улучшения маточно-плацентарного кровообращения достигают, применяя препараты, способствующие нормализации агрегатного состояния тромбоцитов и реологических свойств крови, в том числе уменьшению ее вязкости, всегда высокой при преэклампсии вследствие потери плазмы и относительного увеличения объема эритроцитов.

Клиническое течение преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты зависит от состояния системы гемостаза (активация или отсутствие активации системы фибринолиза), степени отслойки, тяжести сопутствующей патологии (гипертензия).

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты чаще развивается у первородящих женщин, при предшествовавших родах наблюдается редко. Однако неизменным фоном для развития отслойки является осложнение беременности гипертензией, как правило, длительно текущей, сочетающимся с тем или иным соматическим заболеванием. Из соматических заболеваний беременности часто сопутствуют патология почек, гипертоническая болезнь, эндокринопатии, в частности диабет, ожирение, другие болезни обмена веществ. В процессе беременности, осложненной преэклампсией, нередко прогрессирует тромбоцитопения. В то же время гематокрит и концентрация гемоглобина, число эритроцитов значительно выше, чем у беременных с предлежанием плаценты. У беременных, у которых происходит преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, также значительно чаще наблюдается задержка внутриутробного развития плода.

Осложнение возникает остро, как правило, на фоне гипертензии разной тяжести и длительности появляются быстро усиливающиеся боли, первоначально локализующиеся в той области матки, где расположена плацента, и постепенно распространяющиеся на остальные ее отделы. Болевой синдром **более** характерен для случаев отслойки с образованием ретроплацентарной гематомы и маточно-

плацентарной апоплексии и может быть не выражен (слабо выражен) при истечении крови наружу.

Развивается гипертонус матки: она напряжена, болезненна при пальпации, увеличена в размерах, иногда асимметрична. Эти признаки также более характерны для ретроплацентарной гематомы и менее выражены при значительном наружном кровотечении. Развиваются симптомы внутриматочной гипоксии плода или плод очень быстро погибает. Имеется определенная зависимость между степенью отслойки плаценты, объемом ретроплацентарной гематомы и степенью напряжения матки, состоянием плода. По данным G.Sber (1980), появление гипертонуса матки свидетельствует о том, что величина ретроплацентарной гематомы достигла более чем 150 мл, и указывает на риск гибели плода. В случаях внутриматочной гибели плода объем ретроплацентарной гематомы обычно достигает 500 мл и более. При ретроплацентарной гематоме объемом 1000 мл и более обязательно выявляются клинические признаки коагулопатического синдрома.

Кровотечение из половых путей может быть обильным, незначительным или совсем отсутствовать. Поскольку объем кровопотери до родоразрешения редко достигает 1000 мл вследствие тампонирующего действия ретроп-пацентарной гематомы, то общее состояние больных в результате развивающейся гиповолемии на этом этапе нарушается мало, а клинические проявления кроврпотери могут быть слабо выраженными: кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, артериальное давление может кратковременно снизиться и затем вновь подняться, но чаще наблюдается постоянная высокая артериальная гипертензия <170/100-180/110 мм рт.ст. и более, в связи с гипертензией. Развивается умеренная тахикардия.

Клиническим симптомам преждевременной отслойки плаценты могут сопутствовать признаки тяжелой недостаточности жизненно важных органов, обусловленной преэклампсией: олигоанурия, нарушение мозгового кровообращения, чаще в виде симптомокомплекса преэклампсии или комы, и др. Эти признаки могут быть настолько выражены, что оказываются ведущими, замаскировывают отслойку плаценты, особенно если отсутствует наружное кровотечение,

При увеличении интервала времени от момента отслойки плаценты до родоразрешения могут появиться клинические симптомы нарастающей коагулопатии потребления с тромбоцитопенией: петехиальная сыпь на коже лица и верхних конечностей, образование гематом в местах инъекций, длительное кровотечение из мест уколов и др.

Обильное кровотечение, как правило, возникает после рождения плода (извлечения при кесаревом сечении) и обусловлено двойным нарушением гемостаза в матке -ее атонией в сочетании с острой коагулопатией. Матка, пропитанная кровью, теряет способность сокращаться. Зияющие сосуды плацентарной площадки становятся постоянным источником кровотечения, изливается кровь, не способная свертываться, содержащая очень небольшое количество прокоагулянтов вследствие их длительного предшествующего внутрисосудистого потребления. Повышается фибринолитическая активность, и синдром ДВС быстро переходит в III-IV Фазу. Кровотечение становится очень сильным, принимает генерализованный и неукротимый характер: профузное кровотечение из матки, из ран мягких тканей, операционной раны, мест венопункции и др. Распространенные гематомы и мелкие кровоизлияния обнаруживают в параметральной клетчатке, маточных трубах, связочном аппарате матки, вокруг мест инъекций, на коже шеи, туловища, конечностей и т.д. Продолжительность клинических проявлений коагулопатии на фоне лечения достигает 3-6 ч. Быстро прогрессирует шок, тяжесть которого увеличивается вследствие развития гиповолемии, хронического нарушения с дистрофией паренхиматозных органов в связи с преэклампсией.

Диагностика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты может быть очень несложной, но могут возникнуть трудности в том случае, если отслойку маскируют сопутствующие заболевания. Установить правильный диагноз позволяет появление кровянистых выделений из половых путей во время беременности

или в начале родов на фоне гипертензии разной степени тяжести, развитие гипертенуза матки, нарушение жизнедеятельности плода.

Сложна диагностика в тех случаях, когда нет наружного кровотечения, а тяжелое состояние больной обусловлено не только произошедшей отслойкой плаценты, но и обширными поражениями жизненно важных органов (кома, анурия и др.). Установить диагноз отслойки плаценты в этих случаях помогают такие симптомы, как повышенный тонус, напряжение, локальная болезненность матки, увеличение ее объема, признаки нарушения жизнедеятельности плода.

Значительные возможности в диагностике преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты открывает ультразвуковое исследование, которое позволяет определять начальные стадии этой патологии. Между стенкой матки и плацентой появляется эхо-негативный участок, свидетельствующий о наличии гематомы.

Преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты следует дифференцировать от угрожающего разрыва матки. У больных, у которых произошел разрыв матки, нередко отмечается отягощенный акушерский и ге-никологический анамнез. Течение беременности у них осложняется болевым синдромом в виде постоянных или длительных нерегулярных болей внизу живота, в пояснице, в области рубца на матке или без четкой локализации.

Важными компонентами лечения преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты являются обеспечение постоянного контакта с венами и выполнение трансфузионно-инфузионной терапии, введение средств, способствующих восстановлению периферической гемодинамики, лечение и профилактика функциональной недостаточности жизненно важных органов и др. С точки зрения ведения больных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты нецелесообразно делить преждевременную отслойку плаценты на частичную и полную. Появление клинических симптомов отслойки плаценты в виде гипертенуза, нарушения жизнедеятельности плода, кровотечения и др. всегда свидетельствуют о развитии тяжелого осложнения независимо от того, отделилась плацента на 1/4 - 1/3 или полностью, и следовательно, для его устранения требуется безотлагательное вмешательство.

ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ.

Первобеременная 19 лет 36 нед. поступила с жалобами на боли внизу живота и кровотечение из половых путей, которое началось 30 минут назад. АД 160/100, Белок в моче 3,3г/л, отеки лица, туловища и ног. Нв 80 г/л, сердцебиение плода глухое. Ритмичное. В экстренном порядке произведено кесарево сечение. Извлечена девочка 2200,0г. в асфиксии, оживлена. Диагноз ПОНРП подтвержден, 1/3 плаценты отслоилась с краю, изменений матки нет. Кровопотеря общая 1л, произведена гемотрансфузия и инфузия плазмы. Причиной данной патологии явилась преэклампсия тяжелой степени, нелеченная. Роды преждевременные, своевременно произведена операция, ребенок жив.

6.1. Повторнородящая 38 лет поступила в геморрагическом шоке: АД 70/40 пульс 120 уд в 1мин., слабого наполнения. Матка резко напряжена, части плода не определяются, сердцебиение не прослушивается. Больную привезли соседи, дома осталось 4 детей, муж уехал в Россию за товаром. Со слов у больной вечером появились боли в животе, но она терпела, т.к. некому было оставить детей. Под утро ей стало совсем плохо, она вызвала соседку. Больная сразу переведена в операционную: в две вены вливается кровь и кровезаменители. Произведено к/с извлечен мертвый плод, свободно лежащая плацента и 1,5 кг сгустков крови (это 3 л крови). Задняя стенка матки темнобагровая синюшного цвета, имбибирована кровью. Это "матка Кювелера". В связи с кровоизлиянием в миометрий возникает атония и кровотечение из плацентарной площадки, из несократившихся сосудов. Поэтому произведена ампутация матки, Кровопотеря вместе с операцией достигает 3,5-4 л. Из перевязанных сосудов поступает жидкая кровь, которая не сворачивается - это ДВС синдром - коагулопатическое кровотечение развивается в связи с большой кровопотерей, а также и в связи с тем, что более 6 часов сгустки крови находились ретроплацентарно и под большим

внутриматочным давлением тромбомассы стал поступать в зияющие сосуды, циркуляция тромбопластина в крови способствовала образованию внутрикапиллярных тромбов во всех паренхиматозных органах (шоковое легкое, шоковые почки, шоковая печень - вспомните по пат. анатомии), даже париетальная брюшина бывает вся в кровоизлияниях, поэтому в сосудах остается циркулировать жидкая кровь - как вода из водопровода поступает она из перерезанных и лигированных сосудов. Больной переливается аппаратом прямого переливания кровь от 6 доноров по 400 мл, ДВС периодически купируется, но сгустки рыхлые и легко лизируются. Дополнительный гемостаз. Перелито 12л от доноров. АД стабилизировалось 100/70 мм рт.ст., в течение 12 часов врачи боролись за жизнь больной. Через 3 дня у больной начался синдром массивной гемотрансфузии: гемолиз эритроцитов и олигоурия. Переведена в обл. больницу в отделение искусственной почки, а дальнейшем на 40-ой день функция почек восстановилась. В день выписки на 43-ьи сутки больная внезапно скончалась от тромбоэмболии легочной артерии. Здесь необходимо знать, что гемодиализ производился под гепарином, когда закончили подключение искусственной почки, необходимо было следить за свертывающей системой крови, т.к. наступает гиперкоагуляция, что и послужило причиной смерти больной. Случай показывает, что позднее поступление больной в роддом способствовало развитию матки Кювелера и ДВС-синдрома. Героические усилия врачей и родственников с трудом помогли справиться с ДВС-синдромом, но дальнейший исход печален. Поэтому необходимо проводить широкую разъяснительную работу среди населения о том, что при малейших болях в животе у беременной, необходимо срочно госпитализировать больную в роддом, где специалисты уточнят причину болей - это или ПОНРП, или преждевременные роды или др. патология и окажут своевременную помощь.

Т.о. ПОНРП - это грозная патология для матери и плода. Наиболее сложно поставить диагноз при отслойке плаценты с центра. Несвоевременное обращение больной в стационар приводят к тяжелейшим последствиям вплоть до летального исхода. Легче предупредить патологию, чем с ней бороться, поэтому в амбулаторных условиях врачу общей практики надо выделять беременных с факторами высокого риска на ПОНРП, наблюдение и лечение их, дородовая госпитализация позволяет избежать материнскую смертность и % оперативных вмешательств.

Вопросы:

- 1.Какие основные причины ПОНРП?
- 2.Основные симптомы ПОНРП?
- 3.Всегда ли бывает наружное кровотечение?
- 4.Что такое "Матка Кювелера"?
- 5.Нужно ли в амбулаторных условиях производить вагинальное исследование у беременной для уточнения причины кровотечения?

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Предлежание плаценты (*placenta praevia*)- прикрепление плаценты в области нижнего сегмента матки с частичным или полным перекрытием ею области внутреннего зева шейки матки. Различают полное, или центральное (*placenta praevia totalis s. centralis*), и неполное (*placenta praevia partialis*) предлежание плаценты. При полном предлежании плацента полностью перекрывает внутренний зев, при неполном на область внутреннего зева спускается только часть (боковое предлежание-*placenta praevia lateralis*) или край плаценты (краевое предлежание - *placenta praevia marginalis*). Прикрепление плаценты в области нижнего маточного сегмента, но без захвата внутреннего зева называют низким прикреплением плаценты. В случаях предлежания плаценты в 5-6 раз чаще, чем вообще при беременности, развивается ее приращение (*placenta accreta*). Еще более высока частота плотного прикрепления плаценты (*placenta adhaerens*). Нередким осложнением предлежания плаценты с очень неблагоприятным прогнозом является частичная шеечная плацентация (*placenta cervicalis*) .

Частота предлежания плаценты составляет 0,4 - 0,6% к общему числу родов.

В этиологии предлежания плаценты важную роль играют дистрофические, воспалительные рубцовые изменения эндометрия, которые затрудняют имплантацию плодного яйца в стенку матки. Значение этих факторов подтверждают данные о высокой частоте отягощенного акушерского и гинекологического анамнеза у беременных с предлежанием плаценты. Предлежание плаценты редко развивается у первобеременных женщин, у которых она может быть следствием гипотрофии эндометрия в связи с общим и генитальным инфантилизмом.

В последние годы в связи с развитием ультразвуковой диагностики (УЗД) предлежание плаценты начали изучать с новых позиций. Было доказано возможность миграции плаценты во время беременности. Установлено, что частота предлежания плаценты во II триместре беременности в 8-10 раз выше, чем к началу родов, и что предлежащая плацента во II или III триместрах постепенно мигрирует от шейки вверх к телу матки.

Механизм миграции плаценты пока не совсем ясен. Высказано несколько предположений. Миграцию плаценты связывают с изменением архитектоники нижнего сегмента матки в процессе развития беременности. Влияние этого фактора на миграцию плаценты, с нашей точки зрения, находит подтверждение в работе С. Mittelstaedt и соавт (1979). Авторы обнаружили предлежание плаценты, которая располагалась по передней или задней стенке матки, во II триместре беременности у 98 беременных. К началу родов предлежание плаценты сохранялось у большинства женщин, у которых плацента была имплантирована по задней стенке матки, тогда как при ее расположении по передней стенке предлежание почти всегда устранялось.

Существует также гипотеза "динамической плаценты", согласно которой в процессе беременности происходит микроскопическая отслойка плаценты, которая повторно прикрепляется на других участках матки. В результате этого постепенно уменьшается площадь маточной стенки, покрытой плацентой: она становится как бы более компактной. Наличие перманентных процессов отслойки плаценты с кровотечением установлено при гистологическом исследовании предлежащих плацент: обнаружены диффузная гиперплазия конечных ворсин, краевой тромбоз и краевой некроз децидуальной ткани (Naeye R., 1978).

Отслойку предлежащей плаценты, сопровождающуюся кровотечением в конце беременности, связывают с формированием нижнего сегмента матки в конце беременности и во время родов: малоэластичная плацентарная ткань, неспособная растягиваться вслед за растяжением стенки матки, частично отрывается и отслаивается. При этом вскрываются межворсинчатые пространства и начинается кровотечение. Наблюдения показали, что кровотечение при предлежании плаценты развивается не только ближе к началу родов, но и в ранние сроки: вначале в связи с предлежанием ветвистого хориона (в I триместре), а затем, формирующегося и ветвистого хориона плаценты. Обычно в случаях предлежания ветвистого хориона беременные женщины длительно находятся под наблюдением с диагнозом угрожающего аборта. Между тем причиной кровотечения в ранние сроки беременности является "динамическая плацента", т.е. постоянная микроотслойка ветвистого хориона, а затем плаценты, что обуславливает их миграцию.

Таким образом, клинику предлежания плаценты характеризует один ведущий симптом - повторяющееся кровотечение из половых путей во время беременности, кровотечение может быть длительным значительным по количеству теряемой крови, появляется спонтанно в сроки от 12 до 40 нед. беременности. После 26-28 нед. беременности кровотечение могут провоцировать физическая нагрузка, половой акт, дефекация, влагалищное исследование. При предлежании плаценты нередко отмечается угроза невынашивания беременности, сроки беременности, в которые возникает угроза невынашивания (от 6 до 33 нед), свидетельствуют о том что угрожающий аборт может быть фоном, на котором формируется предлежание плаценты, и наоборот, предлежание ветвистого хориона может способствовать возникновению угрожающего

аборта.

Характерной особенностью предлежания плаценты является частое развитие у беременных гипотензивного синдрома: у 1/3 - 1/4 из них в конце беременности развивается стойкая артериальная гипотензия при исходной нормотонии. Значительного реже у этих женщин возникает преэклампсия беременных, которая также имеет свои особенности: протекает с нерезко выраженной артериальной гипертензией (не выше 140/90 мм рт.ст.), но сопровождается отечным синдромом, протеинурией, нарушением концентрационной функции почек (Слепых А. С. и др., 1979). Врачам-акушерам известен тот факт, что низкая плацентация может предотвратить развитие артериальной гипертензии во время беременности К. Micolaides и соавт. (1982) связывают это с возможным улучшением функции плаценты при ее предлежании, о чем свидетельствует повышение секреции плацентарного лактогена и экскреции эстриола. Однако, не совсем ясны причины улучшения функции предлежащей плаценты. Возможно, расположение плаценты в области нижнего сегмента улучшает маточно-плацентарный кровоток. Не исключено положительное влияние постельного режима (хотя он мало помогает при преэклампсии). Кроме того, оба осложнения –преэклампсия и предлежание плаценты-развиваются в разных возрастных группах и при неодинаковом акушерском анамнезе: преэклампсия чаще наблюдается у молодых первобеременных женщин, предлежание плаценты - у беременных старше 30 лет, у которых уже были роды.

Повторные кровотечения при беременности, осложненной предлежанием плаценты, отражаются на показателях красной крови. При этой патологии отмечается самое низкое содержание гемоглобина и эритроцитов по сравнению с другими осложнениями беременности, приводящими к кровотечениям. Концентрация гемоглобина к концу беременности в среднем составляет 105-107 г/л по сравнению со 116 г/л у лиц, у которых в последующем возникают гипо и атонические кровотечения во время родов, и 125 г/л у беременных с преэклампсией, осложнившейся преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

Плацентация в области нижнего сегмента матки отражается на приросте ОЦК. Определение ОЦК у беременных с предлежанием плаценты при отсутствии кровотечений показало, что незадолго до начала родов ОЦК, ОП и ГО у них снижены по сравнению со здоровыми беременными и роженицами соответственно на 612; 294 и 388 мл. Еще больше дефицит ОЦК в раннем послеродовом периоде.

При предлежании плаценты отмечается высокая перинатальная смертность детей (до 10-15%). Это обусловлено тем, что при данной патологии часто наблюдается преждевременные роды, неправильное положение и предлежание плода. По сведениям R.Naeye (1978), у всех умерших и выживших детей, у матерей которых имелось предлежание плаценты, выявлены признаки задержки внутриутробного развития, в первую очередь небольшая масса тела, хотя отдаленные результаты психического и физического развития у выживших новорожденных вполне удовлетворительные.

Диагностика предлежания плаценты не представляет особых сложностей. Установить правильный диагноз помогают указания беременных на отягощенный акушерский и гинекологический анамнез, повторные кровотечения во время беременности. При наружном акушерском исследовании выявляют высокое стояние над входом в таз предлежащей части плода, наличие косоугольного или поперечного положения плода. При внутреннем исследовании определяют тестоватость, пастозность в сводах. При проходимости канала шейки матки для исследующего пальца за внутренним зевом обнаруживают плацентарную ткань, перекрывающую его частично или полностью. При низком прикреплении плаценты обращает на себя внимание шероховатость плодовых оболочек. Следует всегда помнить о большой опасности развития обильного кровотечения при влагалищном исследовании в случаях предлежания плаценты. В связи с этим при подозрении на предлежание плаценты его можно производить только в условиях развернутой операционной, максимально бережно, без форсирования действий.

Объективным и абсолютно безопасным методом диагностики предлежания

плаценты является ультразвуковое исследование, которое позволяет получить точное представление о локализации и миграции плаценты. С этой целью целесообразно осуществлять двух, трех кратный ультразвуковой контроль на протяжении беременности в 24-26 и 30-34 нед. При повторном исследовании диагноз предлежания плаценты может быть снят в связи с ее миграцией и, следовательно, изменением локализации.

Рентгенографический метод определения локализации плаценты в настоящее время применяют мало, так как, во-первых, он менее точен, а во-вторых, при его использовании неизбежно лучевое воздействие на мать и плод. Предлежание плаценты - одна из основных причин акушерских кровотечений и связанных с ними состояний гемморагического шока. Причина дородового кровотечения при предлежании плаценты - ее преждевременная отслойка, послеродовое кровотечение - атония нижнего сегмента матки и повреждение обширной сосудистой сети шейки матки. В связи с этим, остановка кровотечения, вызванного отслойкой плаценты во время беременности или в начале родов (вскрытие плодного пузыря, наложение кожно-головных щипцов, кесарево сечение и др.), не означает что опасная ситуация ликвидирована, наиболее сильные кровотечения при этой патологии, как правило, развиваются в последовом и раннем послеродовом периодах.

Следует также учитывать, что обильные послеродовые кровотечения при предлежании плаценты, как правило, возникают на фоне предшествовавших дробных кровопотерь, ослабляющих толерантность материнского организма. Кроме того, предлежанию плаценты сопутствуют артериальная гипотония железодифицитная анемия и недостаточный прирост ОЦК к началу родов, которые способствуют развитию гемморагического шока. Недоценка этих факторов, снижающих защитные резервы организма роженицы, является одной из причин неблагоприятных исходов родов в случаях предлежания плаценты. Это особенно наглядно прослеживается при анализе материнской смертности, недостаточный учет кровопотери в сочетании с недооценкой гиповолемии, имеющейся у беременной и роженицы с предлежанием плаценты, обуславливает неадекватное замещение кровопотери во время кесарева сечения. В результате этого к концу операции больные находятся в состоянии шока разной степени тяжести, которое недооценивает медицинский персонал.

Порог смертельной кровопотери у рожениц с предлежанием плаценты на фоне проводимой трансфузионно-инфузионной терапии соответствует 60%. ОЦК, или в среднем 2400 мл учтенной наружной кровопотери (3.6% к массе тела).

Синдром ДВС при гемморагическом шоке, обусловленном предлежанием плаценты, развивается у 20-30% больных и обнаруживается более чем 50% умерших от этой патологии.

Лечение беременных с предлежанием плаценты проводят только в стационарных условиях. При небольших кровянистых выделениях необходимо соблюдать постельный режим. Назначают токолитические препараты, способствующие уменьшению сократительной активности матки, 20-25% Раствор сульфата магния по 10 мл внутримышечно, 2% раствор папаверина (но-шпа) по 2 мл внутримышечно или таблетки по 0,04 г 2-3 раза в сутки, папаверин в свечах по 0,02 г 2 раза в сутки, метацин в таблетках по 0,002 г 2-3 раза в сутки, бетта- адреномиметики, 0,05% раствор алулента по 1 мл внутримышечно 1-2 раза в сутки и др.

Следует подчеркнуть, что любые токолитические препараты способствуют развитию артериальной гипотензии. Это необходимо учитывать при лечении беременных с предлежанием плаценты, у которых отмечается склонность к этому состоянию. Кроме того, используя бетта- адреномиметические препараты, сравнительно недавно применяемые в акушерской практике, следует четко представлять себе механизм их действия и возможные осложнения при назначении этих препаратов, особенно в случаях предлежания плаценты. Бетта - адреномиметики способствуют увеличению маточно-плацентарного кровотока за счет сосудорасширяющего эффекта на периферическом уровне. В результате этого улучшаются условия развития плода при

его гипотрофии. Бетта- адреномиметики воздействуют на 2 и 1 -рецепторы. В связи со стимуляцией 2~рецепторов купируются сокращения матки и гладкой мускулатуры бронхов, расширяются периферические сосуды, отмечается спазмолитическое действие на пищеварительную и мочевыделительную системы. Стимуляция 1 - рецепторов оказывает хронотропное действие на миокард, развивается тахикардия, увеличивается сердечный выброс.

При назначении бетта- адреномиметиков повышается уровень глюкозы в крови, при длительном их применении развивается гипокалиемия, возможен копростаз за счет паралитической непроходимости. Наблюдается индивидуальная непереносимость препаратов: возникают сердцебиение, озноб, тошнота, головная боль и др. Описаны случаи отека легких и острой легочно-сердечной недостаточности при длительном применении больших количеств препаратов.

Вследствие этого назначение бетта-адреномиметиков при предлежании плаценты должно быть, непродолжительным (не более 5-7 дней). В связи со спазмолитическим действием на периферические сосуды при применении этих препаратов возможно некоторое увеличение кровянистых выделений из половых путей, что требует отмены препаратов. Учитывая этот эффект бетта -адреномиметиков, лучше их не назначать при кровянистых выделениях и использовать только как средства для сохранения беременности, осложненной предлежанием плаценты без клинических проявлений.

При предлежании плаценты наблюдается высокая перинатальная {главным образом неонатальная} смертность детей вследствие их недоношенности, развития у них синдрома дыхательных расстройств (СДР) внутриматочной гипоксии и других причин. Для профилактики СДР у новорожденных в тех случаях, когда сохранить беременность до 38-40 нед. трудно, беременной можно назначить дексаметазон в дозе 4 мг по 2-3 раза в сутки в течение не более 5-7 дней. Желаемый эффект наблюдается уже через 1-3 сут от начала приема препарата, который усиливает синтез сурфактанта -вещества, обеспечивающего поверхностное натяжение альвеол и тем самым защищающего от развития у новорожденного гиалиновых мембран. Следует, однако, помнить, что при назначении беременным дексаметазона или других кортикостероидов для профилактики СДР у новорожденных увеличивается опасность развития гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде. В связи с этим дексаметазон необходимо применять до 32-33-й недели беременности.

При сопутствующих невротических реакциях, связанных с беспокойством за исход беременности, необходимостью длительного стационарного лечения, целесообразно назначать седативные средства и транквилизаторы, настой или таблетки валерианы, диазепам (седуксен, реланиум) таблетки по 0,5 г или 0,5% раствор по 2 мл внутримышечно 1-2 раза в сутки. Следует подчеркнуть выраженное спазмолитическое действие седуксена на миометрий.

Для улучшения обменных процессов обязательно назначение комплекса витаминов (С, В1, В6, Е) эссенциале -препарата, содержащего витамина В1, В2, В6, В12, Е, никотинамид и фосфолипиды и способствующего нормализации белкового и жирового метаболизма. В начале препарат вводят внутривенно по 10 мл, а через 10 дней переходят на оральное применение по 2 капсулы 3 раза в день также в течение 10 дней. Обязательно лечение железодефицитной анемии препаратами железа, которые применяют орально и парентеральное по общепринятым правилам.

Рекомендуемая литература.

1. Мордухович А.С. - ПОНРП. Ташкент, 1986.
2. Савельева Г.М.- Акушерство и гинекология. – Москва. 1987.