

Демченко Е.В.,

студент

5 курс, Лечебный факультет

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ

Россия, г. Москва

Морозов В.Г.,

студент

5 курс, Лечебный факультет

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ

Россия, г. Москва

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

***Аннотация:** Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) – это серьезное осложнение во время беременности и родов, которое может привести к жизнеугрожающим состояниям как для матери, так и для плода. В статье обсуждаются причины и факторы риска, которые могут способствовать развитию данного осложнения. Важное внимание уделяется высокому риску возникновения акушерского кровотечения и антенатальной гибели плода. Необходимость бережного и внимательного мониторинга во время беременности для своевременного выявления и предотвращения преждевременной отслойки плаценты подчеркивается в данной статье.*

***Ключевые слова:** преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; беременность; осложнения; плацента.*

Abstract: *Premature detachment of the normally located placenta is a serious complication during pregnancy and labor that can lead to life-threatening conditions for both mother and fetus. This article discusses the causes and risk factors that may contribute to the development of this complication. Important attention is given to the high risk of obstetric hemorrhage and antenatal fetal death. The need for careful and attentive monitoring during pregnancy for timely detection and prevention of premature placental abruption is emphasized in this article.*

Keywords: *premature detachment of normally located placenta; pregnancy; complications; placenta.*

Введение

Плацентарный разрыв – это преждевременное отделение плаценты от матки во время беременности или в I-II периодах родов. Хотя клинические проявления многообразны, чаще всего ПОНРП ассоциируется с вагинальным кровотечением и тянущими болями в животе, и часто сопровождается аномальной частотой сердечных сокращений плода (ЧСС). Клинические трудности возникают, когда беременные с данной патологией поступают уже с обильным вагинальным кровотечением, требующим срочного родоразрешения, так как повышается риск возникновения осложнений как для матери, так и для плода. Распространенность этого заболевания среди беременных женщин составляет от 0,4 до 1%, но среди женщин с предыдущей ПОНРП распространенность заболевания в 3-25 раз выше [1]. По данным литературы ПОНРП возникает до начала родовой деятельности в 75-80%, в родах – в 20-25% случаев. Отслойка плаценты является серьезной проблемой во всем мире, особенно в странах с ограниченными ресурсами, где наблюдение за беременностью, родами и уход за новорожденными не всегда оптимальны. Хотя распространенность ПОНРП составляет всего 1%, она также представляет собой 7% всех случаев младенческой смертности [1].

Этиология и факторы риска

Непосредственная причина ПОНРП неизвестна, однако с ее возникновением связывают ряд факторов. Факторы риска можно разделить на три основных группы

1. Анамнез жизни, включая гинекологический и акушерский анамнезы. Факторы, повышающие риск: курение, злоупотребление кокаином, возраст женщины старше 35 лет, артериальная гипертензия, отслойки плаценты во время предыдущих беременностей.
2. Особенности течения настоящей беременности: многоводие, многоплодная беременность, преэклампсия.
3. Перенесенные травмы живота.

Патофизиология

Патофизиология отделения плаценты включает в себя как хронические процессы, так и острые. Хронические процессы, которые предрасполагают к отслойке, включают тромбоз, воспаление, инфекцию и децидуальную и маточно-плацентарную васкулопатию. Совокупность этих процессов приводит к плацентарной гипоперфузии и дефектам спиральной артерии. Более того, относительная гипоксия способствует экспрессии сосудистых эндотелиальных факторов роста, которые могут изменять воспалительный ответ на децидуальное кровотечение. Острые процессы в значительной степени являются следствием механических усилий, возникающих в результате травм живота. Кроме того, ПОНРП может произойти в результате быстрой декомпрессии полости матки после амниотомии или после вагинальных родов первого плода. Кровотечение, приводящее к отделению плаценты вдоль децидуальной плоскости может привести к ретроплацентарной, субхорионической и субамниотической гематомам [1].

Классификация отслойки плаценты

Классификация отслойки плаценты основывается на степени отделения (т.е. частичное или полное) и расположении отделения (т.е. краевое или центральное). Клиническая классификация выглядит следующим образом:

Класс 0 – бессимптомная

Класс 1 – легкая (составляет около 48% всех случаев)

Класс 2 – умеренная (составляет примерно 27% всех случаев)

Класс 3 – тяжелая (составляет приблизительно 24% всех случаев) [6].

Диагноз класса 0 ставится ретроспективно при обнаружении организованного кровяного сгустка или вдавленной области на родившейся плаценте.

Диагноз класса 1 ставится при отсутствии признаков маточного кровотечения или при небольшом объеме кровотечения, признаков дистресса плода.

Диагноз класса 2 можно заподозрить при наличии признаков маточного кровотечения, значительной болезненности матки, изменений показателей жизнедеятельности у матери, признаков дистресс плода, изменений в системе гемостаза.

Диагноз класса 3 характеризуется сильным маточным кровотечением, тетанусом матки, геморрагическим шоком, нарушениями свертываемости крови, антенатальной гибелью плода.

Классификация 0 и 1 чаще всего встречаются при частичной, краевой отслойкой плаценты, в то время как 2 и 3 связаны с полной или центральной отслойкой [2].

Клиническая картина

Клинические проявления отслойки плаценты зависят от степени отделения и места. Основные проявления при данной патологии:

- Выраженный болевой синдром в проекции локализации плаценты, распространяющийся на всю матку;
- Гипертонус матки вплоть до тетании, который не купируется спазмолитическими и токолитическими средствами;

- Кровотечение из влагалища. При ПОНРП выделяют 3 типа кровотечения: наружное, внутреннее (образование ретроплацентарной гематомы) и смешанное;
- Нарушение состояния плода: нарушение двигательной активности, тахи- или брадикардия, возможна антенатальная гибель плода;
- Геморрагический шок и ДВС-синдром.

Диагностика

Для постановки правильного диагноза и определения дальнейшей тактики ведения требуется тщательный сбор анамнеза и проведение физикального исследования [2,3].

Сбор анамнеза начинают с прегравидарного периода, особенностей расположения плаценты на предшествующих ультразвуковых исследованиях и наличии отслойки плаценты во время предыдущих беременностей.

Оценка состояния беременной женщины включает в себя измерения ЧСС, АД, ЧДД, сознание.

Необходимо провести пальпацию живота для оценки тонуса, наличия деформации и болезненности матки, а также аускультацию плода.

При поступлении пациентки с подозрением на отслойку плаценты необходимо максимально быстро провести осмотр врачом-акушером-гинекологом.

Лабораторно диагностические исследования включают в себя: общий (клинический) анализ крови, определение основных групп крови по системе АВО и антигена D системы резус, данная группа исследований необходима в связи с возникновением потребности гемотрансфузии. У всех пациенток с ПОНРП рекомендовано исследование системы гемостаза (определение уровня фибриногена, D-активированного частичного тромбопластинового времени, МНО, протромбинового индекса). При наличии отклонений в показателях гемостаза показано проведение тромбоэластографии.

Разрыв плаценты проявляется в виде ретроплацентарного сгустка на ультразвуковом изображении, но не все разрывы поддаются ультразвуковому исследованию.

В острой фазе кровоизлияние обычно гиперэхогенно или даже изоэхогенно по сравнению с плацентой; кровоизлияние не становится гипоехогенным в течение почти недели.

Инструментальные диагностические исследования. При подозрении на ПОНРП необходимо провести УЗИ плода с целью оценки его состояния. Необходимо также определить локализацию плаценты и площадь отслойки, размеры и структуру ретроплацентарной гематомы, если она имеется. Разрыв плаценты проявляется в виде ретроплацентарного сгустка на ультразвуковом изображении, но не все разрывы поддаются ультразвуковому исследованию. Ультрасонография может помочь исключить другие причины кровотечения в третьем триместре беременности.

Рекомендован постоянный контроль кардиотокографии плода при подозрении на ПОНРП. Целесообразен также мониторинг жизненно важных показателей женщины (АД, ЧСС, ЧДД, уровень насыщения кислорода в крови, диурез).

Тест Клейхауэра-Бетке позволяет обнаружить эритроциты плода в материнском кровообращении. При значительном отделении плаценты может произойти непреднамеренное переливание фетальной крови в материнскую. У резус-отрицательных женщин такое переливание крови от плода к матери может привести к изоиммунизации. Результаты теста Клейхауэра-Бетке помогают определить объем фетальной крови, перелитой в материнскую циркуляцию.

Окончательный диагноз устанавливается после родоразрешения. Главным критерием постановки диагноза ПОНРП является наличие на материнской поверхности плаценты кратерообразного вдавления и/или наличие сгустка крови [2,3].

Дифференциальная диагностика

Кровотечение во второй половине беременности могут также быть связаны с предлежанием плаценты. При ПОНРП начало симптомов, как правило, внезапное, при предлежании, наоборот, постепенное и почти незаметное. Боль, интенсивная и острая, наблюдается чаще при отделении плаценты и не характерна при предлежании. Тонус матки повышен при отслойке плаценты, при предлежании матка мягкая и расслабленная.

Некоторые осложнения, связанные с преждевременной отслойкой плаценты

Акушерское кровотечение. Отделение плаценты раньше до начала родов с обильным вагинальным кровотечением требует оперативной оценки и лечения. При оказании помощи руководствуются несколькими принципами, такими как выявление причины кровотечения, ускорение родов для борьбы с кровотечением, оказание поддерживающей помощи и раннее распознавание ДВС-синдрома. Введение эритроцитарной массы и факторов свертывания является неотъемлемой частью поддерживающей терапии [4,5].

Коагулопатия. ДВС может возникнуть как следствие отслойки плаценты. У пациенток с разрывом плаценты риск развития коагулопатического состояния выше, чем у пациенток с предлежанием плаценты. Коагулопатия должна быть скорректирована для обеспечения адекватного гемостаза в случае кесарева сечения [4,5,6].

Недоношенность. Родоразрешение необходимо в случае полного отделения или при значительном дистрессе плода или матери, даже при глубокой недоношенности. В некоторых случаях немедленное родоразрешение является единственным вариантом для сохранения жизни плода, даже если не была проведена кортикостероидная терапия для предотвращения дистресс-синдрома у недоношенного ребенка. Соответственно, другие проблемы и осложнения, связанные с недоношенностью тоже не исключены [6,7].

Смерть плода. Тяжесть состояния плода коррелирует со степенью отслойки плаценты. При почти полном или полном отделении плаценты гибель плода неизбежна, если не провести немедленное оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения. В случае полной отслойки плаценты риск перинатальной смертности составляет 119 случаев на 1000 человек в США, но этот показатель может зависеть от степени разрыва и гестационного возраста плода. Этот показатель выше у пациенток со значительным стажем курения. Вагинальные роды являются предпочтительным способом родоразрешения, поскольку они позволяют избежать риска операционного кровотечения, которое может усугублять коагулопатию и потенциальные последствия, связанные с повторным кесаревым сечением [7].

Рецидив. Риск повторения данного осложнения беременности и родов составляет 4-12%. Если во время двух беременностей подряд было диагностирована ПОНРП, тот риск рецидива возрастает до 25 %. Если отслойка была полной, клинически тяжелой и привела к антенатальной гибели плода, риск возникновения данной патологии и гибели плода при последующих беременностях составляет 7 %.

Медикаментозное лечение

Токолиз считается спорным методом лечения ПОНРП и рассматривается только у пациенток (1) гемодинамически стабильных, (2) у которых нет признаков угрозы для плода, и (3) у которых недоношенный плод может получить пользу от кортикостероидной терапии или отсрочки родов.

Даже у пациенток, отвечающих этим критериям, важна принимать обдуманное решение. Токолиз следует проводить с осторожностью, поскольку может быстро развиваться дистресс матери или плода. Обычно для этой цели используют либо сульфат магния, либо нифедипин (использование этих препаратов совместно противопоказано), а бета-симпатомиметиков избегают, поскольку последние могут вызывать значительные нежелательные сердечно-

сосудистые эффекты, такие как тахикардия, которая может маскировать клинические признаки кровопотери у таких пациентов.

Родоразрешение при преждевременной отслойке плаценты

При прогрессирующей отслойке плаценты, её тяжелом течении, и отсутствии условий для срочного родоразрешения через естественные родовые пути необходимо выполнить экстренное кесарево сечение, обеспечивающее немедленное родоразрешение.

При незначительной не прогрессирующей отслойке плаценты во время беременности, удовлетворительном состоянии пациентки, отсутствии анемии и признаков нарушения состояния плода, возможно применение выжидательной тактики ведения в условиях стационара. При этом необходим тщательный контроль за состоянием плода и плаценты. С этой целью регулярно выполняют УЗИ, доплерометрию, кардиотокографию. Оценивают также состояние свертывающей системы крови.

Если появляются повторные, даже незначительные кровяные выделения, свидетельствующие о прогрессировании отслойки плаценты, даже при удовлетворительном состоянии беременной и плода, следует отказаться от выжидательной тактики и решать вопрос в пользу экстренного кесарева сечения по жизненным показаниям, как со стороны матери, так и со стороны плода.

При легкой форме преждевременной отслойки плаценты возможно ведение родов через естественные родовые пути только при благоприятной акушерской ситуации, когда имеет место головное предлежание плода, зрелая шейка матки, полное клиническое соответствие головки плода и таза матери, нормальная родовая деятельность. В процессе ведения родов через естественные родовые пути необходимо проводить постоянный мониторинг за состоянием плода и сократительной активностью матки.

При развившейся регулярной родовой деятельности целесообразно вскрыть плодный пузырь. При этом уменьшение объема матки после излития

околоплодных вод снижает тонус матки и способствует уменьшению кровотечения. Родовозбуждение и родостимуляция при преждевременной отслойке плаценты противопоказаны. При усугублении отслойки во время родов, повышении интенсивности кровотечения, развитии гипертонуса матки и ухудшении состояния плода, показано кесарево сечение.

Сразу после извлечения плода, в случае ведения родов через естественные родовые пути, необходимо выполнить ручное отделение плаценты и выделение последа. Необходимо также осмотреть с помощью зеркал шейку матки и стенки влагалища для исключения возможных повреждений, и их устранения в случае обнаружения [7].

Профилактические мероприятия

Для профилактики преждевременной отслойки плаценты наиболее важными являются выявление с ранних сроков беременности у женщины факторов риска, которые могут способствовать возникновению данной патологии. У этих пациенток проводят тщательное обследование и лечение сопутствующих заболеваний и осложнений, с контролем за эффективностью проводимого лечения. Два наиболее заметных корректируемых фактора – курение и злоупотребление кокаином. Просвещение о рисках, связанных с этими видами поведения, и программы по отказу от них или реабилитации могут помочь предотвратить будущие разрывы

Особое внимание следует уделить беременным с диагнозом преэклампсия. Необходимо своевременно госпитализировать такую женщину в родильный дом при отсутствии эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях. Обязательной является дородовая госпитализация на 38 неделе гестационного срока. [8,9].

Заключение

ПОНРП по-прежнему является серьезным осложнением беременности и родов, которое может привести к рискам как для матери, так и для плода. Этот патологический процесс может стать причиной массивного кровотечения,

анемии средней или тяжелой степеней, гипоксии и даже внутриутробной гибели плода. Преждевременная отслойка плаценты требует немедленного медицинского вмешательства и контроля со стороны высококвалифицированных специалистов. Ранняя диагностика и своевременное лечение могут спасти жизни пациенток с данным диагнозом. Важно помнить, что риски преждевременной отслойки плаценты увеличиваются при наличии факторов риска, таких как гипертония, курение, аномалии плаценты и предыдущие кесаревы сечения. Поэтому женщинам следует вести здоровый образ жизни, проходить регулярные обследования во время беременности и соблюдать рекомендации врачей. Важно также знать о симптомах и причинах возникновения ПОНРП. Обращение за медицинской помощью при первых признаках ПОНРП может спасти жизнь и здоровье матери и плода. Следует также заметить, что раннее выявление и лечение данного осложнения могут уменьшить риск возникновения серьезных осложнений во время беременности и родов. Ведение беременности при наличии факторов риска должно осуществляться под строгим наблюдением врачей, чтобы своевременно предотвратить возможные осложнения.

Использованные источники

1. Placental abruption at near-term and term gestations: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management Justin S. Brandt, MD; Cande V. Ananth, PhD, MPH
2. Abruptio Placentae, Updated: Sep 22, 2023. Author: Shad H Deering, MD; Chief Editor: Carl V Smith, MD
3. The environmental risk factors prior to conception associated with placental abruption: an umbrella review Ensiyeh Jenabi, Zohreh Salimi, Erfan Ayubi, Saeid Bashirian & Amir Mohammad Salehi

4. Placental abruption leading to disseminated intravascular coagulation: a clinical case and short review. Author Meghan G. Hill MBBS, MS , Aimee Brighton MA, BMCh Oxon ², Wendy Burgess MBChB ¹
5. Risk factors for placental abruption. Elie Nkwabong, Olive Stella Tchomguie Moussi, and Jeanne Fouedjio
6. Салимова Зумрат Джамшедовна, Додхоева Мунаввара Файзуллоевна, Сайдалиева Дилафруз Аловуддиновна ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ // Вестник Авиценны. 2023. №4.
7. Placental Syndromes—A New Paradigm in Perinatology by Katarzyna Kosińska-Kaczyńska
8. Prospective evaluation of placental abruption in nulliparous women. Amir Lueth, Nathan Blue, Robert M. Silver, Amanda Allshouse, Matthew Hoffman, William A. Grobman
9. Vinogradova O. P., Rakhmatullof F. K., Ostanin M. A. ON THE QUESTION OF PREDICTING PREMATURE DETACHMENT NORMALLY POSITIONED PLACENTA // CASPIANJOURNALOF MEDICINE AND PHARMACY. 2024. no. 1. pp. 29-33. DOI: <https://doi.org/10.17021/2712-8164-2024-29-33> (Date of access 12.07.2024).