**БПОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**ПМ .02** **Осуществление лечебно -** д**иагностической деятельности**

**МДК 02.04** **Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний акушерско-гинекологического профиля**

**Учебно-методический комплект преподавателя**

**Комаровой Г.Я. по теме «Осложнения родов и послеродового периода»**

**Цель лекции**: Изучить клинику, диагностику, тактику фельдшера при отслойке нормально расположенной плаценты

**План лекции**

1. Отслойка нормально расположенной плаценты.

2. Определение понятия. Этиология. Патогенез.

3. Классификация. Клиника.

4. Осложнения.

5. Акушерская тактика при ПОНРП.

***Ведение беременных и рожениц с ПОНРП.***

Клинические рекомендации – Преждевременная отслойка плаценты – 2024-2025-2026 (21.10.2024) – Утверждены Минздравом РФ

Своевременным является отслоение плаценты в III или последовом периоде родов. Преждевременной считается отслойка плаценты, которая произошла раньше III периода родов. Этот редкий вид осложнения встречается приблизительно в 0,1% случаев.

**1. Отслойка нормально расположенной плаценты.**

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) – преждевременное (до рождения ребенка) отделение плаценты от стенки матки во время беременности или в I-II периодах родов

**2. Определение понятия. Этиология. Патогенез.**

***Этиология.*** Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты возникает на фоне нарушения маточно-плацентарного кровообращения, которое чаще всего бывает у женщин с общими нарушениями кровообращения (при гестозе, сердечно-сосудистой патологии, гломерулонефрите, диабете и других заболеваниях).

Преждевременной отслойке способствуют перерастяжение матки при многоводии, многоплодии, патология матки и оболочек плода, травматизм, стрессовые ситуации. Во время родов к этим причинам добавляются натяжение пуповины при ее недостаточной длине или обвитии, бурная родовая деятельность, оперативные пособия, позднее вскрытие плодного пузыря. При многоплодии отслойка плаценты может наступить после рождения первого плода. При сочетании причин вероятность осложнения увеличивается.

**Факторы риска ПОНРП**

1. Во время беременности:

- соматические заболевания (гипертоническая болезнь, острый и хронический

- гломерулонефрит, острый и хронический пиелонефрит, заболевания крови (тромбоцитопения),

- аутоиммунные состояния, антифосфолипидный синдром, врожденные тромбофилии, сахарный

диабет);

- преэклампсия, особенно тяжелые формы, эклампсия;

- генетическая предрасположенность к тромбозам;

- аномалии развития матки, ее опухоли;

- крупный плод;

- количество родов в анамнезе более 3;

- многоплодная беременность;

- многоводие;

- чрезмерное употребление алкоголя, наркотиков, курение;

- амниоцентез;

- ПОНРП во время предыдущей беременности

- маточные кровотечения на сроке > 28 недель беременности.

- предлежание плаценты

***Патогенез***. В результате ухудшения кровотока в плаценте снижается эластичность сосудистой стенки, повышается её проницаемость, в результате чего артериолы и капилляры разрываются. Разрыв сосудов приводит к формированию микрогематом (кровоизлияний), которые постепенно сливаются и нарушают базальную пластинку децидуальной ткани, образуя при этом ретроплацентарную (заплацентарную) гематому, причем потом уже сама гематома способствует отслаиванию плаценты.

**3. Классификация. Клиника*.***

***Виды преждевременной отслойки плаценты:***

* по времени (во время беременности, в I или во II периоде родов);
* по локализации (нормально расположенную или низко располо-женную);
* по динамике отслоения (быстро или медленно прогрессирующую);
* по площади (небольшую или обширную, полную);
* по адаптации матери и ребенка (компенсированная и некомпенси-рованная).

При наличии обширной быстро прогрессирующей и некомпенсированной отслойки существует опасность смертельных осложнений для матери и плода.

При компенсированной микролокальнойнепрогрессирующей отслойке можно её не распознать во время беременности и обнаружить при осмотре плаценты после родов признаки, на нее указывающие

***Клиника.*** При обширной отслойке нормально расположенной плаценты возникает яркая клиническая картина: внезапные локальные боли в месте отслоения плаценты, признаки внутренней кровопотери (головокружение, частый пульс, гипотония, бледность). Может быть рвота, потеря сознания.

Наружное кровотечение наблюдается, если имеется краевое отслоение низко расположенной плаценты. При пальпации отмечается локальная болезненность в месте отслоения плаценты .Сердцебиение плода плохо прослушивается и может отсутствовать при его гибели. Состояние женщины средней тяжести или тяжелое при обширной отслойке. При небольшой отслойке клинические признаки менее выражены.

***Диагностика.*** Заподозрить данную патологию можно по выраженной клинике, особенно если она возникает на фоне предрасполагающих факторов (например, гестоза). При стертой клинике наличие отслойки плаценты подтверждается при помощи УЗИ. До внедрения в акушерскую практику этого метода, можно было поставить диагноз только при обширной отслойке, но теперь можно выявить незначительные изменения при ещё компенсированных состояниях и таким образом предотвратить осложнения и сохранить жизнь и здоровье матери и плоду.

После родов диагноз отслойки плаценты позволяет установить наличие кровяного сгустка, плотно прилегающего к плаценте, и углубления (фасетки) под ним. Цвет сгустка при старой отслойке - коричневатый. При более свежей - темно-кровянистый.

***Дифференциальный диагноз.*** Боли в эпигастральной области характерны для тяжелой преэклампсии и при начавшемся разрыве матки. При локализации плаценты по задней стенке дифференциальный диагноз проводится с почечной патологией и аппендицитом. Наибольшую диагностическую ценность имеет УЗИ.

***Выбор тактики лечения***

- Рекомендовано непрерывное наблюдение за состоянием матери и плода и постельный

- Рекомендовано при выборе тактики ведения беременности у пациенток с подтвержденной ПОНРП учитывать величину кровопотери (определяется доступными в лечебном учреждении методами), состояние беременной и внутриутробного плода, срок гестации, состояние системы гемостаза

- Рекомендована выжидательная тактика с наблюдением в стационарных условиях пациентки с подозрением на ПОНРП при отсутствии выраженного или продолжающегося наружного или внутреннего кровотечения (небольшая не прогрессирующая ретроплацентарная гематома по данным УЗИ), отсутствии нарушения состояния беременной и внутриутробного плода, анемии, сроке гестации менее 36 недель

- Рекомендовано при выборе выжидательной тактики ведения беременности проведение лечения основного заболевания, предположительно вызвавшего ПОНРП, снижение тонуса миометрия, коррекция нарушений гемостаза, проведение профилактики респираторного дистресс синдрома (РДС) плода

- Рекомендована установка внутривенного катетера и катетеризация мочевого пузыря перед проведением операции кесарева сечения

- Рекомендовано при подозрении на ПОНРП, непрогрессирующей ПОНРП в 1 периоде родов без признаков выраженного наружного и внутреннего кровотечения, удовлетворительном состоянии женщины и плода проведение амниотомии. Проведение стимуляции родовой деятельности противопоказано

- Рекомендовано при родоразрешении пациентки с ПОНРП обеспечить наличие в операционной неонатологической бригады для оказания реанимационной помощи новорожденному

- Рекомендовано проведение антибиотикопрофилактики перед началом операции кесарева сечения при ПОНРП

**4. Осложнения.**

***Осложнения.*** У плода либо возникает глубокая гипоксия, либо он погибает при отслоении 1/3 части плаценты. Матери грозят не менее опасные осложнения. При обширной ретроплацентарной гематоме может быть пропитывание матки кровью, маточно-плацентарная апоплексия, описанная Кувелером («матка Кувелера»).

Такая матка утрачивает способность сокращаться, вследствие чего возникает гипотоническое или атоническое кровотечение, развиваются ДВС-синдром, геморрагический шок, послеродовая анемия и инфекционные послеродовые осложнения. Если помощь была недостаточно быстрой и квалифицированной, наступает смертельный исход.

Геморрагический шок-патологическое состояние, связанное с острой и массивной кровопотерей во время беременности, в родах или в послеродовом периоде, выражающееся в резком снижении ОЦК, сердечного выброса и тканевой перфузией.

Основные причины геморрагического шока-предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты, гипотонические кровотечения, нарушение отделения плаценты.

**Стадии геморрагического шока**.

1 стадия: компенсированный шок.

2 стадия: декомпенсированный обратимый шок.

3 стадия: необратимый шок.

При кровопотере 20% ОЦК развивается геморрагический шок

Шоковый индекс: это отношение пульса к систолическому АД. В норме шоковый индекс равен: 0,5 - 0,6.

Основными причинами поздних послеродовых кровотечений являются: гипотония матки, задержка частей последа в полости матки, неушитые или неправильно ушитые разрывы мягких тканей родовых путей, нарушение свертывающей системы крови, заболевания крови, инфекция родового канала. Но независимо от причины вызвавшей кровотечение, оно, как правило, развивается на фоне инфекции.

**5. Акушерская тактика при ПОНРП**.

Для оказания помощи необходимо врачебное вмешательство. При выявлении преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты показано срочное родоразрешение. Во время беременности или в I периоде родов — это кесарево сечение. В случае «матки Кувелера» и развития ДВС-синдрома показана экстирпация матки.

Если отслойка возникает во II периоде родов, проводят срочное родоразрешение через естественные родовые пути, для этого применяют акушерские щипцы, вакуум-экстракцию или извлечение плода за ножку. Проводят ручное удаление последа и ручное обследование полости матки. Одновременно проводится инфузионная терапия.

При ПОНРП необходимо быстрое обеспечение госпитализации и развертывание операционной, адекватное восполнение кровопотери и борьба с нарушениями свертывания и гемодинамики. Поэтому женщина направляется в ближайший родильный дом, в который сообщается о ее поступлении, диагноз и некоторые сведения (например, группа крови и резус-фактор). Транспортировка на носилках с опущенным головным концом и обеспечением контакта с веной и инфузионной терапией.

При минимальных проявлениях отслойки (когда ее трактуют как наличие плацентарной недостаточности) проводится консервативное лечение, если это не грозит жизни и здоровью матери и плода. Акушерская тактика определяется только врачом, лечение проводится в стационаре.

**Лечебно-тактические мероприятия для работников СиНМП**

***Острая кровопотеря I класса*** (дефицит ОЦК < 15%, объем кровопотери < 750 мл)

1. Горизонтальное положение;
2. Катетеризация кубитальной или, и других периферических вен или установка внутрикостного доступа;
3. Натрия хлорид 0,9% – в/в (внутрикостно) струйно, со скоростью от 30 мл/кг/час: за 10-15 минут восполнить потерю ОЦК – под аускультативным контролем легких;

Натрия хлорид 0,9% – в/в (внутрикостно) капельно, со скоростью от 10 мл/кг/час, под аускультативным контролем легких, на месте и во время медицинской эвакуации;

Общий объем инфузии кристаллоидов: 3 мл кристаллоидов на 1 мл кровопотери

1. Медицинская эвакуация (см. «Общие тактические мероприятия»).

***Острая кровопотеря II класса*** (дефицит ОЦК = 15 – 30%, объем кровопотери = 750 – 1500 мл)

При продолжающемся внутреннем кровотечении поддержание САД на уровне не выше 90 мм рт.ст.!

1. Горизонтальное положение;
2. Катетеризация кубитальной или, и других периферических вен или установка внутрикостного доступа;
3. Натрия хлорид 0,9% – в/в (внутрикостно) струйно, со скоростью от 30 мл/кг/час: за 10-15 минут восполнить потерю ОЦК – под аускультативным контролем легких;
4. Ингаляторное введение 100% О2 на постоянном потоке ч/з носовые катетеры (маску);
5. Натрия хлорид 0,9% – в/в (внутрикостно) капельно, со скоростью от 10 мл/кг/час, под аускультативным контролем легких, на месте и во время медицинской эвакуации;

Общий объем инфузии кристаллоидов: 3 мл кристаллоидов на 1 мл кровопотери, но не более 3000 мл.

1. Коллоиды – в/в (внутрикостно) капельно, со скоростью от 10 мл/кг/час, под аускультативным контролем легких, на месте и во время медицинской эвакуации;

Общий объем инфузии коллоидов: 1 мл коллоидов на 3 мл кристаллоидов, но не более 1000 мл

1. Медицинская эвакуация ( «Общие тактические мероприятия»)

***Острая кровопотеря III-IV класса*** (дефицит ОЦК > 30%, объем кровопотери > 1500 мл).

 Геморрагический шок: При продолжающемся внутреннем кровотечении поддержание САД на уровне не выше 90 мм рт.ст.

1. Противошоковое положение;
2. Обеспечение проходимости дыхательных путей;
3. Ингаляторное введение 100% О2 на постоянном потоке ч/з носовые катетеры (маску) или ВВЛ мешком «Амбу» с оксигенацией 100% О2 на постоянном потоке;
4. Катетеризация минимум 2-х вен: периферических или, и установка внутрикостного доступа или, и для врачей анестезиологов-реаниматологов – катетеризация подключичной или, и других центральных вен (по показаниям);
5. Натрия хлорид 0,9% – в/в (внутрикостно) струйно, со скоростью от 30 мл/кг/час: за 10-15 минут восполнить потерю ОЦК – под аускультативным контролем легких;
6. Коллоиды – в/в (внутрикостно) капельно, со скоростью от 10 мл/кг/час, под аускультативным контролем легких, на месте и во время медицинской эвакуации;

***Общий объем инфузии коллоидов***: 1 мл коллоидов на 3 мл кристаллоидов, но не более 1000 мл.

1. Натрия хлорид 0,9% – в/в (внутрикостно) капельно, со скоростью от 10 мл/кг/час, под аускультативным контролем легких, на месте и во время медицинской эвакуации;

***Общий объем инфузии кристаллоидов:*** 3 мл кристаллоидов на 1 мл кровопотери, но не более 3000 мл;

1. При сохраняющейся артериальной гипотензии (САД < 90 мм рт.ст.):

* Дофамин – 200 мг в/в (внутрикостно) капельно или инфузоматом, со скоростью от 5 до 20 мкг/кг/мин., на месте и во время медицинской эвакуации или, и
* Адреналин – 1 -3 мг в/в (внутрикостно) капельно или инфузоматом, со скоростью от 2 до 10 мкг/мин., на месте и во время медицинской эвакуации или, и
* Норадреналин – 4 мг в/в (внутрикостно), капельно или инфузоматом, со скоростью 2 мкг/мин., на месте и во время медицинской эвакуации;

***Общие тактические мероприятия***

***Острая кровопотеря I-II класса:***

 Для бригад всех профилей:

1. Проводить терапию;
2. Выполнить медицинскую эвакуацию.

***Острая кровопотеря III-IV класса***:

 Для бригад всех профилей, кроме реанимационных:

1. Вызвать реанимационную бригаду;
2. Проводить терапию до передачи пациента реанимационной бригаде;
3. Начать госпитализацию пациентки «навстречу» специализированной бригаде.

Для реанимационных бригад:

1. Проводить терапию;
2. Выполнить медицинскую эвакуацию.

***Профилактика.*** Своевременная диагностика и лечение состояний, способствующих преждевременной отслойке. Профилактическая госпитализация и лечение беременных с гестозами, экстрагенитальной патологией, многоводием, своевременное и правильное родоразрешение.

***Реабилитация.*** После такой тяжелой патологии и особенно её осложнений помимо обычной реабилитации, проводимой родильницам и послеоперационным больным, необходима коррекция нарушений, вызванных кровотечением. При потере ребенка (особенно в случае утраты репродуктивной функции) необходима психопрофилактическая коррекция.