

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ. АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

PLACENTAL ABRUPTION. ANALYSIS OF CLINICAL CASES

**J. Nechaeva
I. Kurako
A. Firsova**

Summary. An Abruption placenta, represented in this article, is a critical and severe complication of gestation and delivery. We would like to adduce the newest statistical information of this problem and two cases from clinical practice of maternity hospital. The first case was unique, because abruption was identified in the conditions of imaginary well-being. The clinical picture had internal bleeding and there was antenatal death of fetus. Emergency caesarian section was performed. We noticed Couvelaire uterus and could save it. The second case had obvious symptoms of abruption placenta, that's why the complication was successfully prevented. There was a high possibility of vascular pathology on the mother's side in these two cases. According to these cases we want to remind, that abruption placentae must be diagnosed immediately. The abruption can result in fetal or mother death through severe bleeding leading to haemorrhagic shock, D.I.C. and Couvelaire uterus.

Keywords: placental abruption, Couvelaire Uterus, cesarean delivery.

Нечаева Юлия Станиславовна

Врач, ассистент, Тверской государственный
медицинский университет; ГБУЗ «Областной родильный
дом»

obstetrics_tver@mail.ru

Курако Ирина Александровна

Тверской государственный медицинский университет
kurako.irina@yandex.ru

Фирсова Анастасия Геннадьевна

Тверской государственный медицинский университет
anastasia_firsova@bk.ru

Аннотация. Главной проблемой, рассмотренной в данной статье, является одно из тяжелейших осложнений беременности и родов — преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Приведённые новейшие статистические данные подчёркивают актуальность и значимость данной проблемы. В статье представлены два клинических случая из практики родильного дома города Твери. Уникальность первого случая состоит в том, что ПОНРП у пациентки манифестировала на фоне мнимого благополучия. Клиническая картина острого внутреннего кровотечения сопровождалась признаками антенатальной гибели плода. При экстренном хирургическом лечении была проведена органосохраняющая операция, несмотря на развившееся осложнение — матку Кювелера. Выраженная симптоматика второго случая позволила своевременно поставить диагноз ПОНРП и успешно предотвратить данное осложнение. Анализ клинических случаев позволяет выявить высокую вероятность сосудистых нарушений со стороны матери. Авторы статьи подчеркивают, что ПОНРП требует незамедлительной постановки диагноза и принятия мер, направленных на предупреждение развития жизнеугрожающих осложнений, таких как геморрагический шок, ДВС-синдром, матка Кювелера, а также на минимизацию риска неблагоприятного исхода для матери и плода.

Ключевые слова: Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, матка Кювелера, кесарево сечение.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (далее ПОНРП) — это частичное или полное отделение нормально расположенной плаценты от стенок матки, которое происходит до рождения плода во время беременности или родов в сроке 20 недель и более [1]. В России частота ПОНРП варьирует от 0,3–0,4% [2], выполнение срочного кесарева сечения по поводу ПОНРП составляет в среднем 50 на 2500 родов, из них тяжелые случаи — 0,05–0,08% всех родов [3], [4]. В ряде развитых стран частота данной патологии колеблется в довольно широких пределах — 0,3–1,4% от общего количества родов и увеличивается по мере приближения срока родов [4], [5]. Американские

авторы отмечают, что в новом тысячелетии частота тяжелых случаев ПОНРП значительно возросла [6], [7], [8], [9].

ПОНРП является одним из самых жизнеугрожающих осложнений беременности и родов, как со стороны матери, так и со стороны плода. Материнская смертность колеблется в значениях от 1,6 до 15,6% [4]. Наиболее тяжелыми осложнениями являются геморрагический шок (19,4%), матка Кювелера (16,5%) и ДВС-синдром (5,8%) [9], [11].

Известны и изучены многочисленные факторы, обуславливающие ПОНРП — сосудистые, гемостатические,

инфекционно-воспалительные, механические, генетические и даже социальные [2]. К предрасполагающим факторам данного осложнения относят преэклампсию, артериальную гипертонию, травму, короткую пуповину, большое количество родов, преждевременный разрыв плодных оболочек, злоупотребление алкоголем, употребление кокаина, аномалии матки [12].

В исследовании, проведенном в Китае, выявлены факторы риска развития ПОНРП, такие как недостаточная перинатальная помощь, задержка внутриутробного развития плода, ранняя преэклампсия или ее наличие во время предыдущей беременности [13]. Риск ПОНРП при последующей беременности у женщин, в анамнезе которых уже имелась ПОНРП, составляет 11,9% [2].

Клиническое течение ПОНРП зависит от степени отслойки, тяжести сопутствующей патологии, состояния системы гемостаза. Выраженность и характер симптомов ПОНРП определяются величиной и местом отслойки. Наиболее часто клиническая картина представлена кровотечением и симптомами геморрагического шока, болью в животе, гипертонусом матки, острой гипоксией плода. Однако ПОНРП может протекать и в легкой форме. При этом клинические симптомы будут скудными. Иногда столь грозное осложнение беременности и родов является случайной находкой при плановом ультразвуковом исследовании. [14]

В данном исследовании мы хотим продемонстрировать клинические случаи из врачебной практики родильных домов города Твери.

Клинический случай 1. Пациентка Б. 33 года. Соматический анамнез отягощен простудными заболеваниями, варикозной болезнью вен нижних конечностей. Менструальная функция без особенностей, гинекологические заболевания отрицает. Первая беременность 6 лет назад, нормальные срочные роды в 38–39 недель беременности, масса плода 2350,0. Роды и послеродовый период протекали без особенностей. Настоящая беременность вторая. На учете в женской консультации с 11 недель беременности. За период наблюдения в первой половине беременности ранний гестоз, 19–20 недель беременности — низкое расположение плаценты, 21–22 недели — плацентарные нарушения IA степени, проведено амбулаторное лечение с положительным эффектом (контрольная доплерометрия: признаков плацентарных нарушений нет). В 30 недель беременности — тазовое предлежание плода, в 31–32 недели беременности — бактериальный вагиноз, санирована. С 36 недели беременности отмечает повышение артериального давления до 140/80 мм рт. ст, получала гипотензивную терапию (метилдопа). В 38 недель беременности направлена в родильный дом для обследования, лечения ГВБ и родоразрешения.

При поступлении жалоб не предъявляла, показатели гемодинамики в норме. Матка в нормотонусе, безболезненна во всех отделах при пальпации. Положение плода продольное, предлежащая часть — головка плода. Сердцебиение ясное, ритмичное 140 уд/мин. По данным *per vaginam* отмечена незрелая шейка матки. При обследовании в анализах отклонений от нормы не выявлено. На КТГ — удовлетворительное состояние плода. Через 2 суток с момента поступления у пациентки внезапно появились жалобы на тянущие боли внизу живота. При объективном исследовании: пульс 80 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Родовой деятельности не отмечалось, матка возбудима при пальпации. Сердцебиение плода ритмичное, ясное, 140 уд/мин. Через 10 минут: жалобы на резко возникшее головокружение, тошноту, рвоту, усиление тянущих болей внизу живота. Состояние средней степени тяжести. Пульс — 86 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Кожные покровы бледные. Матка в гипертонусе, не расслабляется, болезненна при пальпации. Сердцебиение плода не выслушивается, шевеление не ощущается, выделения из половых путей — слизистые, светлые. При *per vaginam*, проведенном в условиях развернутой операционной, отмечены незрелые родовые пути. Предварительный диагноз: подозрение на ПОНРП, антенатальная гибель плода. Выполнено экстренное абдоминальное родоразрешение доступом по Stark. Матка вскрыта остро, края раны тупо разведены в стороны. Через 3 минуты за головку извлечена мертвая доношенная девочка, массой 3250,0 длиной 52 см. Вслед за ребенком в рану родилась плацента со сгустками — 600 мл. В мышцу матки был введен метилэргометрин в дозе 0,2 мг. Матка выведена в рану, на края раны наложены зажимы. При осмотре отмечалась матка Кювелера. Рана матки ушита отдельными 8-образными кетгутowymi швами и непрерывным швом ПГА по Ревердену. После введения сокращающих средств было решено придерживаться стратегии «*pack and wait*» в течении следующих 1,5 часов. Кровотечения не было. Матка оставалась плотной. Было решено сохранить матку и закончить операцию. Разрез передней брюшной стенки ушит послойно. Кровопотеря за операцию — 1500,0 мл. В послеоперационном периоде наблюдалась постгеморрагическая анемия тяжелой степени тяжести. Проводилась трансфузионная терапия свежезамороженной плазмой, эритроцитарной массой. Лапаротомная рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 7 сутки после операции. Пациентка выписана на 8 сутки послеоперационного периода. Через 2 года у данной пациентки третья беременность завершилась плановым кесаревым сечением в 38 недель и рождением здорового ребенка.

Клинический случай 2. Пациентка Ш. 28 лет. Соматический анамнез отягощен пневмонией, краснухой, ветряной оспой, варикозной болезнью вен нижних ко-

нечностей. Менструальная функция без особенностей. Гинекологические заболевания — эрозия шейки матки (ДЭК в 2015 году). Первая беременность закончилась родами, родился ребенок в доношенном сроке беременности массой 2570 г. Роды осложнились плотным прикреплением плаценты и кровотечением, в послеродовом периоде была осуществлена трансфузия свежезамороженной плазмы. Настоящая беременность вторая. Поставлена на учет в женскую консультацию в 9 недель беременности. Течение беременности: в 20 недель — низкая плацентация, в 23 недели — ОРВИ, в 26 недель — истмико-цервикальная недостаточность (произведена коррекция в стационаре акушерским пессарием), в 27–28 недель — плацентарные нарушения 1 А степени, маловодие, анемия 1 степени (проводилось стационарное лечение — без эффекта). В 37–38 недель направлена на стационарное лечение врачом женской консультации с диагнозом ложные схватки. При обследовании выявлен недостаточный рост плода. Лечение проводилось.

На 7 сутки у пациентки появились жалобы на излитие околоплодных вод, кровянистые выделения из половых путей. АД — 135/75 мм рт. ст., пульс — 90 ударов в минуту, ритмичный. Матка в гипертонусе, не расслабляется, болезненна при пальпации. Положение плода продольное, предлежит головка в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное 105–120 ударов в минуту. Околоплодные воды окрашены кровью. Заподозрена преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, в связи с чем решено закончить беременность путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. Течение операции без особенностей. Кровопотеря составила 700 мл. Родился живой мальчик массой 2650 г, длиной 50 см, 7 баллов по Апгар. Ребенок переведен в детскую больницу, мать выписана на 6 сутки.

Выводы

1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты является одной из актуальных и приоритетных тем в связи с высоким риском неблагоприятных исходов для женщины, плода и новорожденного.

2. В ряде случаев ПОНРП манифестирует на фоне мнимого благополучия. Иногда столь грозное осложнение беременности и родов является случайной находкой при плановом УЗИ [14].

3. В обоих приведенных случаях при первой беременности отмечается низкий вес плода при доношенном сроке беременности, что позволяет предполагать возможные сосудистые нарушения со стороны матери.

4. До появления патогномичных признаков симптоматика ПОНРП схожа с рядом различных осложнений беременности и родов. Затруднение в дифференциальной диагностике может послужить причиной неверного выбора тактики ведения беременности и родов.

5. ПОНРП требует незамедлительной постановки диагноза и принятия мер, направленных на предупреждение развития жизнеугрожающих осложнений, таких как геморрагический шок, ДВС-синдром, матка Кювелера, а также на минимизацию риска неблагоприятного исхода для матери и плода.

6. Частота тяжелых случаев ПОНРП в сравнении с прошлым тысячелетием увеличивается, в связи с чем необходимость детального изучения данной проблемы значительно возрастает. Также необходимо отметить высокую частоту развития рецидивов [6], [7], [8], [9].

ЛИТЕРАТУРА

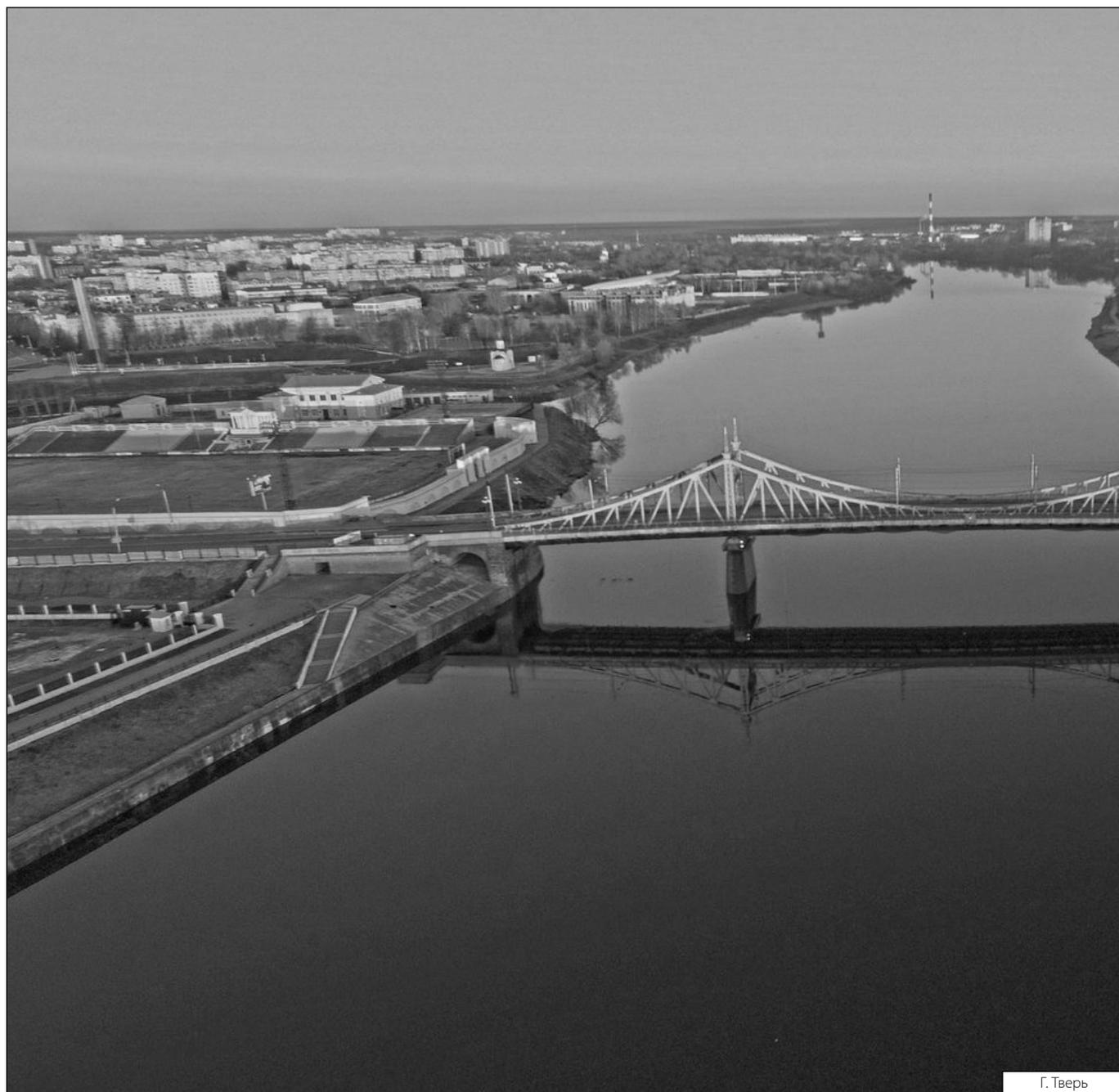
1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Antepartum Haemorrhage. Green-top. Guideline No. 63 November 2011.
2. Айламазян А. К., Кулаков В. И., Радзинский В. Е., Савельева Г. М., ред. Акушерство: Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа. 2015;1200.
3. Гребнева О. С., Зильбер М. Ю., Волкова А. А. Дискуссионные вопросы патогенеза преждевременной отслойки плаценты (литературный обзор). Научное обозрение. Медицинские науки. 2016;2:33–43.
4. Ananth CV, Lavery JA, Vintzileos AM, Skupski DW, Varner M, Saade G. Severe placental abruption: clinical definition and associations with maternal complications. *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 214:2:272.e1–9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.09.069>.
5. Айламазян Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике // СПб.: СпецЛит, 2007. — 400 с; 121.
6. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90:2:140–149. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2010.01030.x>.
7. Räisänen S, Gissler M, Nielsen HS, Kramer MR, Williams MA, Heinonen S. Social disparity affects the incidence of placental abruption among multiparous but not nulliparous women: a registerbased analysis of 1,162,126 singleton births. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;171:2:246- <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.09.009>.
8. Ghaheh HS, Feizi A, Mousavi M, Sohrabi D, Mesghari L, Hosseini Z. Risk factors of placental abruption. *J Res Sci.* 2013;185:422–426. PMID: PMC3810579.
9. Geuneuc A, Carles G, Lemonnier M, Dallah F, Jolivet A, Dreyfus M. Placental abruption: Background and revisited prognostic factors about a series of 171 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod. (Paris).* 2016;45:3:300–306. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.04.003>.

10. Kasai M, Aoki S, Ogawa M, Kurasawa K, Takahashi T, Hirahara F. Prediction of perinatal outcomes based on primary symptoms in women with placental abruption. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015;41:6:850–856. <https://doi.org/10.1111/jog.12637>.
11. Tikkanen M, Luukkaala T, Gissler M, Ritvanen A, Ylikorkala O, Paavonen J. Decreasing perinatal mortality in placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013;92:3:298–305. <https://doi.org/10.1111/aogs.12030>.
12. G. Edward Morgan, Jr., MD Maged S. Mikhail, MD Michael J. Murray, MD, PhD Clinical Anesthesiology. 2018.1016.
13. Wang YN, Yang Z. Multivariate analysis of risk factors with placental abruption in preeclampsia. *Zhonghua Fu Chan KeZaZhi.* 2010;45:11:825–828.
14. Нагорнева С. В., Прохорова В. С., Шелаева Е. В. и др. Бессимптомная отслойка нормально расположенной плаценты в третьем триместре беременности/ *Журнал акушерства и женских болезней.*–2017.–Т.66.–№ 3.–С.97–104. doi: 10.17816/JOWD66397–104.

© Нечаева Юлия Станиславовна (obstetrics_tver@mail.ru),

Курако Ирина Александровна (kurako.irina@yandex.ru), Фирсова Анастасия Геннадьевна (anastasia_firsova@bk.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Г. Тверь