Содержание

Введение

1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

2. Этиологию и патогенез

3. Диагностика и тактика ведения беременности, (акушерства)

Заключение

Список использованной литературы

Введение

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) - это несвоевременное отделение плаценты, происходящее во время беременности или в первом и втором периодах родов. Данное осложнение встречается с частотой 0,5-1,5 % наблюдений.

Актуальность темы. Снижение материнской летальности, мертворождаемости и постнатальной смертности новорожденных тесно связано с профилактикой и лечением такой грозной патологии, как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), осложняющей от 0.5 до 2% всех родов.

Достижения акушерской науки и практики, анестезиологи и реанимации, патоморфологии способствовали определенным успехам в разрешении этой проблемы. Однако имеющиеся к настоящему времени результаты не могут удовлетворить акушеров. В общей структуре акушерских кровотечений преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты составляет 20-45,1% и 45.3% у беременных с поздними токсикозами. Среди причин материнской смертности от кровотечений в родах преждевременная отслойка плаценты стоит на втором месте после гипо- и атонических кровотечений, на ее долю приходится 32,5-42%.

Несмотря на успехи в раскрытии механизмов ПОНРП, до сих пор нет единого взгляда на сущность этой патологии, что в значительной мере затрудняет решение вопросов профилактики и лечения. Определить ведущий патогенетический фактор не всегда представляется возможным вследствие того, что ПОНРП часто развивается на фоне гестоза, восходящего бактериального инфицирования плодного пузыря, хронического пиелонефрита. Поэтому при изучении плаценты патологам бывает трудно дифференцировать структурные фоновые изменения с теми, которые непосредственно обусловили отслойку в виде образования ретроплацентарной гематомы. Патогенез ее образования до сих пор остается дискутабельным.

В последние годы вызывает особый интерес целенаправленное изучение маточно-плацентарной области при ПОНРП. Существует предположение о том, что возникновение ретроплацентарной гематомы возможно обусловлено затруднением оттока крови по венозным коллекторам плацентарной площадки, однако пока это не нашло морфологического подтверждения.

Цель работы рассмотреть преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты.

Выделим следующие задачи:

. Изучить этиологию и патогенез.

. Рассмотреть преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты.

. Исследовать диагностику и тактику ведения беременности, (акушерства).

1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП, или separacio placenta normaliter inserte) обозначает отделение нормально расположенной плаценты от стенки матки, произошедшее до рождения плода (во время беременности, в первом, втором периоде родов).

ПОНРП и предлежание плаценты имеют общие симптомы, основным из них является кровотечение из влагалища. Другие клинические проявления различаются и могут служить для дифференциальной диагностики. Наиболее важные из них чувство дискомфорта в животе и болезненные сокращения матки. ПОНРП начинается с кровоизлияния в децидуальную оболочку, которое, постепенно нарастая, формирует отслойку плаценты и способствует дальнейшему кровотечению. Причина первичного кровоизлияния неизвестна.

Факторы риска развития ПОНРП подразделяют на две группы - предрасполагающие и непосредственные. К предрасполагающим (фоновым) факторам относятся изменения сосудистой системы материнского организма (васкулопатия, повышенная проницаемость и ломкость сосудов). Последние наблюдаются при тяжелых формах гестоза, наличии у женщины хронической гипертензии, гломерулонефрите, сахарном диабете, хронической соматической патологии матери инфекционного генеза, пороках сердца и т.д. Имеют значение воспалительные, дегенеративные и другие патологические процессы в матке и плаценте, возникающие при хроническом эндометрите, миоме матки (особенно при подслизистом расположении узлов), пороках ее развития, перенашивании беременности и т.д. Предрасполагает к развитию ПОНРП перерастяжение матки (многоводие, многоплодие, крупный плод).

Предрасполагающих факторов для ПОНРП обычно недостаточно. Нужны причины, непосредственно воздействующие на плаценту и матку, к которым относятся травмы и нервно-психические воздействия (удар в живот, падение на живот, грубо проведенные манипуляции при наружном акушерском повороте плода, короткая пуповина, плотные плодные оболочки, внезапное излитие околоплодных вод при многоводии, быстрое рождение первого ребенка при двойне, испуг, нервное потрясение и т.д.). Последние исследования доказали опасность употребления беременной женщиной кокаина, который вызывает выраженную вазоконстрикцию и в некоторых случаях способен спровоцировать внезапную отслойку плаценты. Отслойка может последовать за травмой, даже не очень тяжелой. Большую опасность представляют автомобильные аварии, причем в ряде случаев причиной травмы являются ремни безопасности. Прямая травма живота не обязательна, достаточно резкого воздействия на любой участок тела внешней силы, вызывающей повреждение вследствие ударной и противоударной волны.

Как правило, в развитии ПОНРП играет роль сочетание факторов обеих групп, но преимущественно это фоновые причины. Насильственное отделение плаценты изолированно встречается редко. Механизм ПОНРП охватывает несколько этапов. Обычно ПОНРП начинается на незначительном участке плацентарной площадки, что вызывает нарушение целостности маточно-плацентарных сосудов и приводит к кровотечению. Кровь начинает скапливаться между плацентой и стенкой матки, если отслаивание локализуется далеко от края плаценты, вследствие чего на месте отслаивания образуется ретроплацентарная гематома, которая, постепенно увеличиваясь, усиливает процесс. Растяжение плацентарной площадки может быть настолько значительным, что в предлежащих отделах маточной стенки образуются надрывы, достигающие серозной оболочки и даже распространяющиеся на нее. При этом толща стенки матки пропитывается кровью (матка Кувелера).

В результате поражения миометрия и ретроплацентарного свертывания крови в материнский кровоток выделяется большое количество тромбопластина. В тяжелых случаях происходит внутрисосудистое свертывание вследствие выпадения фибрина (ДВС-синдром). В результате дефицита фибриногена в периферической крови развивается гипофибриногенемия с выраженным кровотечением не только из матки, но и из других органов. Если изливающаяся кровь отслаивает нижний полюс плаценты, прокладывает себе путь между оболочками и стенкой матки, возникает наружное кровотечение. При отслойке небольшого участка плаценты беременность и роды могут протекать нормально. Однако если отслойка захватила более 1/3 поверхности детского места, то плод обычно погибает от асфиксии в результате нарушения маточно-плацентарного кровообращения.

При преждевременной отслойке плацента имеет характерный вид. На ее материнской поверхности расположены плотно прикрепленные темные сгустки крови. В области вдавления ткань плаценты более плотная, бледно-желтого цвета, границы между ее дольками сглажены. ПОНРП наблюдается во время беременности, в первом и втором периоде родов. Клиническая картина зависит от ряда причин, из которых главными являются реакция организма беременной на кровопотерю и гипоксию, а плода - на гипоксию, от размера отслоившейся поверхности плаценты, объема теряемой крови и скорости кровопотери. Помимо кровотечения при ПОНРП существуют другие симптомы (болезненность матки, повышение тонуса матки, ухудшение состояния плода, падение АД, тахикардия), знание которых необходимо для проведения дифференциальной диагностики.

Классификация ПОНРП включает, в зависимости от степени тяжести, три формы - легкую, среднетяжелую и тяжелую. При легкой форме, как правило, нет болезненных симптомов, наличие ПОНРП обычно выясняется после рождения плода и последа, когда на материнской поверхности плаценты обнаруживают небольшое кратерообразное вдавление, заполненное темным сгустком крови. В некоторых случаях единственным симптомом, указывающим на ПОНРП, является наружное кровотечение темной кровью. В последние годы с целью диагностики ПОНРП (легкая и среднетяжелая форма) с успехом используется УЗ-диагностика, позволяющая определить не только локализацию отслойки, но и ее величину. Кроме этого, УЗИ надежно исключает другую частую причину акушерского кровотечения - предлежание плаценты.

Если ретроплацентарная гематома находит доступ к цервикальному каналу, влагалищное кровотечение будет явным. При высоком расположении плаценты в полости матки, или когда отслойка и кровоизлияние происходят в центре плаценты, а ее края остаются прикрепленными к стенке матки, кровь во влагалище может не поступать вообще. Поэтому объем влагалищного кровотечения при ПОНРП варьирует от полного его отсутствия до обильного кровотечения. Кровоизлияния в базальный слой стимулируют мускулатуру матки к сокращению. Женщина жалуется на боли внизу живота, матка при пальпации болезненна. Резко болезненные сокращения могут быть частыми, иногда развиваются спастические сокращения матки.

ПОНРП нарушает оксигенацию плода, поэтому даже при незначительной отслойке (1/4) почти всегда возникает угроза его состоянию. При подозрении на ПОНРП обязательно должен проводиться электронный мониторинг состояния плода. К сожалению, внутриутробная гибель плода, вызванная потерей кислорода, отмечается нередко (15% всех случаев ПОНРП). Состояние пациентки может еще более ухудшиться при присоединении коагулопатического кровотечения. ПОНРП является наиболее частой акушерской причиной ДВС-синдрома с коагулопатией потребления, который проявляется гипофибриногенемией и повышенным содержанием продуктов деградации фибрина. При ПОНРП происходит снижение количества тромбоцитов и увеличение протромбинового и частичного тромбопластинового времени. Как мы отмечали выше, данная коагулопатия является результатом внутрисосудистого и ретроплацентарного свертывания крови. Внутрисосудистый фибриноген превращается в фибрин в результате лавинообразного нарастания тромбообразования. В крови отмечается истощение не только фибриногена, но и тромбоцитов, протромбина, факторов V, VIII.

При среднетяжелой форме речь идет об отслойке более чем на 1/4 от общей площади плаценты (до 2/3). Начальные симптомы могут развиваться постепенно или внезапно, с появлением постоянных болей в животе и последующим выделением темной крови из влагалища. Иногда имеются выраженные симптомы шока и коллапса. Тонус матки повышен в целом или локально, полное ее расслабление между схватками не происходит, плод страдает от асфиксии, может наступить его внутриутробная гибель. Из-за резко выраженного тонуса матки выслушать сердцебиение плода трудно. Могут присоединиться нарушения свертывающей системы крови и функции почек (олигурия).

Тяжелая форма ПОНРП (острая недостаточность плаценты) наблюдается при ее отслойке более чем на 2/3 от общей площади. Начало обычно внезапное: возникают резкие боли в животе, появляются выраженная слабость, головокружение, иногда обморочное состояние. При осмотре обращают на себя внимание беспокойство больной, резкая бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Лицо покрывается холодным потом, дыхание учащено, пульс слабого наполнения и напряжения, АД ниже нормы. При осмотре живот вздут, матка напряжена, мелкие части плода и его сердцебиение не определяются. Наружное кровотечение из половых путей может быть при этом умеренным или вообще отсутствовать. Присоединяются нарушения свертывающей системы крови и функции почек (олигурия, анурия). Дифференциальную диагностику ПОНРП необходимо проводить с предлежанием плаценты, разрывом матки, эмболией околоплодными водами, тетанией матки (дискоординированная родовая деятельность, выраженный вариант), предлежанием сосудов, преждевременными родами.

2. Этиология и патогенез

Окончательно этиология ПОНРП не определена. Отслойка плаценты является проявлением системной, иногда скрыто протекающей патологии у беременных. Среди причин патологии выделяют несколько факторов: сосудистый (васкулопатия, ангиопатия плацентарного ложа, поверхностная инвазия цитотрофобласта в неполноценный эндометрий), гемостатический (тромбофилия), механический. Васкулопатия и тромбофилия относительно часто возникают при гестозе, АГ, гломерулонефрите.

Изменения гемостаза - причина и следствие ПОНРП. В развитии ПОНРП важное значение придают АФС, генетическим дефектам гемостаза (мутация фактора Лейдена, дефицит ангиотензина-II, дефицит протеина C и пр.), предрасполагающим к тромбозам. Тромбофилия, развивающаяся вследствие этих нарушений, препятствует полноценной инвазии трофобласта, способствуя дефектам плацентации, ПОНРП.

Нарушения гемостаза могут возникать вследствие ПОНРП, например острая форма ДВС-синдрома, приводящая к массивному кровотечению и развитию ПОН. Ситуация характерна для центральной отслойки, когда в области скопления крови повышается давление, возникают условия для проникновения клеток плацентарной ткани, обладающих тромбопластическими свойствами, в материнский кровоток.

В родах ПОНРП возможна при резком снижении объёма перерастянутой матки, частых и интенсивных схватках.

Плацента, не способная к сокращению, не может приспособиться к изменившемуся объёму матки, в результате чего теряет связь со стенкой матки.

Таким образом, к предрасполагающим факторам ПОНРП можно отнести следующие состояния:

Во время беременности:

сосудистая экстра генитальная патология (АГ, гломерулонефриты);

эндокринопатии (СД);

аутоиммунные состояния (АФС, системная красная волчанка);

аллергические реакции на декстраны, гемотрансфузию;

гестоз, особенно на фоне гломерулонефрита;

инфекционно аллергические васкулиты;

генетические дефекты гемостаза, предрасполагающие к тромбозам.

Во время родов:

излитие ОВ при многоводии;

гиперстимуляция матки окситоцином;

рождение первого плода при многоплодии;

короткая пуповина;- запоздалый разрыв плодного пузыря.

Возможна насильственная отслойка плаценты в результате падения и травмы, наружных акушерских поворотов, амниоцентеза.

Патогенез

Разрыв сосудов и кровотечение начинается в decidua basalis. Образующаяся гематома нарушает целостность всех слоев децидуальной оболочки и отслаивает от мышечного слоя матки плаценту, которая прилегает к этому участку.

При непрогрессирующем варианте отслойки плаценты она может не распространяться дальше, гематома уплотняется, частично рассасывается, в ней откладываются соли. При прогрессирующем варианте участок отслойки может быстро увеличиваться. Матка при этом растягивается. Сосуды в области отслойки не пережимаются.

Вытекающая кровь может продолжать отслаивать плаценту, а затем оболочки и вытекать из половых путей. Если кровь при продолжающейся отслойке плаценты не находит выхода, то она накапливается между стенкой матки иплацентой с образованием гематомы. Кровь при этом проникает как в плаценту, так и в толщу миометрия, что ведет к перерастяжению и пропитыванию стенок матки, раздражению рецепторов миометрия. Растяжение может быть настолько значительным, что в стенке матки образуются трещины, распространяющиеся до серозной оболочки и даже на нее. При этом вся стенка матки пропитывается кровью, и она может проникать в околоматочную клетчатку, а в ряде случаев - через трещины серозной оболочки и в брюшную полость. Серозный покров матки при этом имеет синюшный цвет с петехиями (или с петехиальными кровоизлияниями). Такое патологическое состояние называют маточно-плацентарной апоплексией; впервые патология описана А. Кувелером в 1911 г. и получила название «матка Кувелера». Состояние нарушает сократительную способность миометрия, что приводит к гипотонии, прогрессированию ДВС-синдрома, массивному кровотечению.

отслойка плацента беременность роды

3. Диагностика и тактика ведения беременности, (акушерства)

Тактика ведения беременности при ПОНРП зависит от следующих показателей:

величина кровопотери;

состояние беременной и плода;

срок гестации;

состояние гемостаза.

Во время беременности и в родах при выраженной клинической картине (средняя и тяжелая степень) ПОНРП показано экстренное родоразрешение путем КС, независимо от срока гестации и состояния плода. Во время операции необходим осмотр матки для выявления кровоизлияния в мышечную стенку и под серозную оболочку (матка Кувелера). При диагностике матки Кувелера на первом этапе, после родоразрешения производится перевязка внутренних подвздошных артерий (a. iliaca interna). При отсутствии кровотечения объем операции этим ограничивается, и матка сохраняется. При продолжающемся кровотечении следует осуществлять экстирпацию матки.

Для сбора и переливания собственной крови пациентки используются аппараты для реинфузии эритроцитов аутокрови. С помощью этих аппаратов кровь отсасывается в резервуар, где она проходит очистку от свободного гемоглобина, факторов свёртывания, тромбоцитов, и после этого эритроциты возвращают в организм. Одновременно проводится инфузионно-трансфузионная терапия.

При лёгкой форме течения ПОНРП, если состояние беременной и плода значительно не страдает, нет выраженного наружного или внутреннего кровотечения (небольшая непрогрессирующая ретроплацентарная гематома по данным УЗИ), анемии, при сроке гестации до 34-35 нед, возможна выжидательная тактика. Ведение беременной проводится под контролем УЗИ, при постоянном наблюдении за состоянием плода (допплерометрия, КТГ). Терапия предполагает постельный режим беременной и заключается во введении b-адреномиметиков, спазмолитических средств, дезагрегантов, поливитаминов, антианемических препаратов. По показаниям - переливание свежезамороженной плазмы.

Если состояние беременной и плода удовлетворительное, нет выраженного наружного или внутреннего кровотечения (небольшая непрогрессирующая ретроплацентарная гематома по данным УЗИ), анемии, при сроке гестации до 34- 36 нед возможна выжидательная тактика. Ведение беременной выполняют под контролем УЗИ, при постоянном наблюдении за состоянием плода (допплерометрия, КТГ). Лечение предполагает постельный режим беременной.

**Диагностика Преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:** При установлении диагноза наиболее важным является правильная оценка общего состояния пациентки и величины кровопотери. Следует принимать во внимание жалобы пациентки, данные анамнеза, клинического течения осложнения, а также результаты объективного, инструментального и лабораторного исследований. Особого внимания заслуживают женщины с гестозом.

Диагностика ПОНРП в первую очередь основана на выявлении кровяных выделений из половых путей во время беременности или в родах на фоне гипертонуса и асимметрии матки, болей в животе в сочетании с признаками нарастающей гипоксии и асфиксии плода. О признаках внутреннего кровотечения будет свидетельствовать частый, мягкий, легко сжимаемый пульс, артериальная гипотония.

В случае возникновения ПОНРП в родах схватки ослабевают, становятся нерегулярными, матка между схватками не расслабляется. Нарастающая гипоксия и асфиксия плода при аускультации характеризуется тахикардией, сменяющейся брадикардией, нарушением сердечного ритма. По данным КТГ, отмечаются снижение вариабельности базального ритма, появление глубоких и длительных поздних децелераций, неполное восстановление сердечного ритма после окончания децелераций, появление синусоидального ритма.

Диагностика может несколько осложниться в тех случаях, когда наружное кровотечение отсутствует, а состояние пациентки обусловлено не только произошедшей отслойкой плаценты, но и другими отягощающими обстоятельствами с поражением жизненно важных органов и систем, что проявляется преэклампсисией и/или эклампсией, анурией, нарушением функции внешнего дыхания. При этом клиническая картина перечисленных состояний будет доминировать над симптомами отслойки плаценты. Существенную помощь в диагностике ПОНРП оказывает УЗИ, которое позволяет определить локализацию и объем ретроплацентарной гематомы. При отсутствии наружного кровотечения ретроплацентарная гематома визуализируется как гипоэхогенное образование различных размеров, располагающееся между стенкой матки и плацентой. Наиболее четко подобная картина наблюдается при расположении плаценты на передней или боковых стенках матки.

По данным лабораторных исследований системы гемостаза, у пациенток с тяжелой формой отслойки плаценты отмечается гипокоагуляция в связи с потреблением факторов свертывания крови. Выявляется снижение числа тромбоцитов, концентрации фибриногена и уровня антитромбина III. При патоморфологической диагностике о ПОНРП судят по макроскопическому виду материнской части плаценты: наличие фасеток и вдавлений. По данным микроскопического исследования выявляются обширные микроинфаркты плаценты, фибриновые тромбы, склероз ворсин, истончение или отсутствие децидуальной ткани. У умерших женщин обнаруживают распространенные кровоизлияния в перикарде, под эндокардом, в плевре, слизистой оболочке желудка, пищевода, рта. Выявляется острое малокровие, отек легких, ателектаз, тяжелые дистрофические и некротические изменения в паренхиматозных органах. Дифференциальную диагностику ПОНРП следует проводить с угрожающим и/или произошедшим разрывом матки или рудиментарного рога матки.

У пациенток с разрывом матки отмечаются определенные особенности акушерско-гинекологического анамнеза, указывающие на возможность дегенеративных изменений миометрия (рубец на матке, выскабливания матки, воспалительные заболевания органов репродуктивной системы, осложненные предыдущие роды и т. д.). Настоящая беременность осложняется перерастяжением матки (многоводие, многоплодие, крупный плод), тазовым предлежанием плода. Во время настоящей беременности отмечаются постоянные или длительные нерегулярные боли внизу живота, в пояснице, в области рубца на матке или без четкой локализации. Роды осложняются патологическим прелиминарным периодом, несвоевременным излитием околоплодных вод, дискоординацией родовой деятельности, признаками несоответствия размеров предлежащей части плода и таза матери. Появление наружного кровотечения во время беременности и в начале родов может быть связано и с недиагностированным ранее предлежанием плаценты. Однако в этих случаях, как правило, отсутствуют напряжение и локальная болезненность матки. Отмечаются также определенные различия в анамнезе. Так, ПОНРП чаще развивается у молодых (первородящих) женщин с гестозом, у которых имеются различные предрасполагающие экстрагенитальные заболевания (сердечнососудистая патология, заболевания почек, сахарный диабет и др.). Предлежание плаценты в большей степени характерно для повторнородящих женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом.

Заключение

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - грозное осложнение, опасное для здоровья, а иногда и для жизни женщины и еще в большей степени для плода.

Отслойка плаценты - это своеобразный инсульт во время беременности, при котором развивается острая форма синдрома ДВС с возникновением массивного акушерского кровотечения, циркуляторных расстройств, вплоть до полиорганной недостаточности.

Если ранее акушерские осложнения (например, гестозы и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты) рассматривались в основном как симптомокомплекс, и лечение носило симптоматический характер, то на данном этапе развития современного акушерства интенсивно изучаются этиопатогенетические аспекты развития акушерских осложнений и разрабатываются принципы профилактики, исходящие из патогенетической их обоснованности.

Установлено, что ПОНРП развивается у пациенток с мультигенной тромбофилией, обусловленной сочетанием трех гомозиготных форм генетической тромбофилии, либо комбинацией сочетания двух-трех гомо- и гетерозиготных генетических форм тромбофилии с циркуляцией АФА (антифосфолипидные антитела). Такое сочетание генетических и приобретенной тромбофилии представляет чрезвычайно высокий риск развития тромботических осложнений, каковой и представляется ПОНРП и неблагоприятного исхода беременности.

Вывод:

1. Возникновение ПОНРП обусловлено прогрессирующими структурными изменениями во всех компонентах репродуктивной системы «мать - плацентарное ложе матки - плацента - плод», которые в сумме нарушают баланс местного гемостаза на поверхности синцитиотрофобласта, что приводит к свертыванию крови в межворсинчатом пространстве плаценты и формированию ретроплацентарной гематомы.

. Со стороны материнского организма важную роль играют фоновые состояния, способствующие гемореологическим нарушениям: неполная гестационная перестройка маточно-плацентарных артерий, обусловленная длительно текущим гестозом, редукция маточно-плацентарного кровотока, проявления эндометрита, а также очаговый аденомиоз и склероз эндо и миометрия.

. В плацентах выявлены структурные эквиваленты хронической плацентарной недостаточности, главным образом, гипоксические поражения эпителиального покрова ворсин, афункциональные( склеенные) ворсины при уменьшении количества терминальных специализированных ворсин, очаговые ишемические инфаркты, межворсинчатые кровоизлияния.

. Пусковым механизмом отслойки плаценты является ультраструктурная патология щеточной каймы эпителия, выявляемая в отдаленных участках ворсинчатого дерева и увеличивающаяся в объеме вблизи ретроплацентарной гематомы: разрежение, укорочение, булавовидные расширения, парциальный некроз апикальных частей микроворсинок, вплоть до их тотального исчезновения на границе синцитиотрофобласта и омывающей материнской крови.

. Реализующим механизмом формирования ретроплацентарной гематомы становится дискоординация продолжающегося притока крови через зияющие маточно-плацентарные артерии с начинающимся тромбозом венозных коллекторов и краевого синуса, вследствие ослабления противосвертывающей функции плаценты. Это подтверждается разным диапазоном давности образования тромботических масс.

. Кроме нарастающего блока гемохориального обмена, быстрому ухудшению состояния плода способствуют синхронные нарушения гемостаза: сладж-реакция плодных эритроцитов и их выход через поврежденную стенку капилляров в межворсинчатое пространство.

Список использованной литературы

1. Аббуллаходжаева М.С., Кхваджа С. // Характеристика маточно-плацентарного комплекса при полной отслойке нормально расположенной плаценты на фоне ЕРН-гестоза и анемии беременных, - Арх.патол.,-2007.-№1.

. Автандилов Г.Г. // Медицинская морфометрия.- М.: Медицина,-2007.

. Адамова Л.Р. Клиническое значение исследований системы гемостаза у беременных с гестозами //Автореф. дисс. канд. мед наук. -М.,2009.

. Акмурадова Г.К. // Состояние системы гемостаза при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты. - Автореф. Дисс.канд.-М., 2008.

. Ариас Ф. // Беременность и роды высокого риска. - М.:Медицина,-2010. 6. Бакшеев Н.С. // Маточные кровотечения в акушерстве. Киев. 2007.

. Балуда В.П. // Физиология системы гемостаза. - М.,2009.

. Баркаган З.С.// Геморрагические заболевания и синдромы. М.: Медицина, 2005.

. Баркаган З.С. // Синдром диссеминированного

внутрисосудистого свертывания крови: Руководство по гематологии под ред. Воробьева А.И.- М.: Медицина,- 2007.

. Басист И.М. //Ультразвуковая диагностика ретрохориальной гематомы. //Ультразвуковая диагностика.- 2009.

. П.Баскаков В.П. // Клиника и лечение эндометриоза.- М.: Медицина,-2011.

. Башмакова Н.В., Медвинский И.Д., Юрченко Л.Н. и др. //Методологические подходы к оценке тяжести гестоза. -Акуш. и гин.-2009

. Беккер С.М.//Патология беременности. - Л.,2010.

. Бордули Г.М., Фролова ОТ. // Репродуктивные потери. М.:- 2008.

. Броутон П. // Определение преэклампсии-проблемы и « ловушки».- Акуш и гин.- 2011.

. Бунин А.Т., Стрижаков А.Н.//Особенности клиники и тактики ведения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты. - В кн: Материалы II съезда акушеров- гинекологов. Ташкент,- 2007.

. Ведение беременности и родов высокого риска: Руководство для врачей -М., 2011.

. Вачнадзе И.К. //Сравнительная оценка методов родоразрешения при позднем токсикозе беременных, осложненном преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.- В. кн: Материалы II съезда акушеров -гинекологов Узбекистана. Ташкент.-2007.

. Милованов А.П., Фокин Е.И., Калашникова Е.П. Радзинский В.Е. и др. //Патологоанатомическое изучение последа. Методические рекомендации. -М.: Медицина - 2008.

. Мордухович А.С. // Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Медицина УзССР.- 2011.

. Мордухович А.С.,Резник Ф.И. // Клинические и иммунологические данные при преждевременнойотслойки нормально расположенной плаценты. - Акуш. и гин.-2009.

. Мусаев З.М. Пицхелаури Е.Г. // Гестоз: актуальные вопросы ранней диагностики и акушерской тактики.-Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.- 2010.

. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике: Руководство/ Под ред. Э.К. Айламазяна. М.: Медицина. 2007.