**Государственное бюджетное образовательное**

**учреждение высшего профессионального образования**

**«Дагестанская государственная медицинская академия »**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра акушерства и гинекологии**

**УТВЕРЖДАЮ**

**Заведующий кафедрой\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_Алиханова З.М \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись)**

**«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.**

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ СТУДЕНТАМ

ПО ТЕМЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

**КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ**

**Факультет стоматологический**

Курс III

**Авторы:**

**Алиханова З.М., Бегова С.В.**

Продолжительность занятия - 180 минут.

**Цель занятия:** научить студентов выявлять причины кровотечений до рождения плода, особенно при предлежании плаценты и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, научить диагностике и рациональному лечению при этой патологии.

**Студент должен знать:** этиологию, классификацию, клинику, диагностику, течение беременности и родов, лечение (консервативное и хирургическое), методы родоразрешения при предлежании и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты: этиология, диагностика, лечение, геморрагический шок и ДВС-синдром при этих состояниях.

**Студент должен уметь:**на основании анамнеза, жалоб больной, объективного исследования и дополнительных методов обследования поставить диагноз предлежания плаценты или преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, оценить состояние беременной или роженицы и составить план ведения беременности или родов, определить показания к хирургическому лечению.

**Место занятия:** отделение патологии беременных, родильное отделение, операционная, послеродовое отделение.

**Оснащение:** таблицы и рисунки, муляжи предлежаний плаценты и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

**План организации занятия:**

Организационная часть и обсуждение темы занятия - 10 мин.

Контроль знаний студентов по теме - 35 мин.

Теоретический и клинический разбор темы и двух историй родов (или больных или наличии их); установление диагноза и обоснование лечения. решение ситуационных задач - 125 мин.

Итоги занятия, домашнее задание - 10 мин.

**Содержание занятия**

Одним из наиболее частых и серьезных осложнений беременности, родов и послеродового периода является кровотечение. В структуре материнской смертности кровотечениям принадлежит одно из первых мест. Велика перинатальная потеря плодов и новорожденных при кровотечении у матери. Кровотечения разделяют на кровотечения 1) во время беременности по триместрам, связанные и несвязанные с беременностью, 2) во время родов, в 1 и 2 периодах родов, связанные и несвязанные с беременностью, 3) в последовом и раннем и позднем послеродовом периодах. Массивные кровотечения чаще всего бывают при предлежании и отслойке нормально расположенной плаценты, с патологией отделения плаценты в третьем периоде родов, гипо - и атоническими состояниями матки в послеродовом периоде. Кровотечения приводят к геморрагическому шоку и синдрому ДВС.

***Предлежанием плаценты*** называют прикрепление ее какой-либо частью или полностью в области нижнего сегмента матки и отношение ее к внутреннему зеву.

В России частота предлежаний плаценты составляет 0,5-0,8% от общего числа родов.

Повышение частоты предлежания плаценты в последние десятилетие объясняют увеличением числа абортов и внутриматочных вмешательств. Кровотечение при предлежании плаценты может возникнуть в начале второй половины беременности, вследствие формирования нижнего сегмента. Чаще кровотечение наблюдают в последние недели беременности, когда начинают появляться сокращения матки. Наиболее часто кровотечение возникает во время родов. Кровотечение во время беременности при предлежании плаценты встречается в 34% случаев, во время родов - в 66%.

СТЕПЕНИ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ.

***Полное (центральное) предлежание плаценты*** - внутренний зев полностью перекрыт плацентой и при влагалищном исследовании всюду определяется плацентарная ткань, плодные оболочки не пальпируют.

***Неполное (частичное) предлежание плаценты*** - внутренний зев не полностью перекрыт плацентой и при влагалищном исследовании за внутренним зевом определяется плацента и околоплодные оболочки.

Неполное предлежание плаценты разделяют на краевое и боковое предлежание. При краевом нижний край плаценты находят на уровне края внутреннего зева; при боковом - край плаценты частично перекрывает внутренний зев. Наряду с плацентой в обоих случаях определяют плодные оболочки. Клинически вариант предлежания плаценты можно определить только при раскрытии маточного зева на 4-5 см. Поэтому в практической работе различают полное или неполное предлежание плаценты.

***Низкое прикрепление плаценты*** - нижний край плаценты располагается на 7 см и менее от внутреннего зева, область внутреннего зева не захватывает и при влагалищном исследовании пальпации не доступен. Иногда можно пальпировать шероховатую поверхность плодных оболочек, что позволяет подозревать близкое расположение плаценты.

***Шеечная (шеечно-перешеечная) плацента*** - плацента врастает в шеечный канал в результате неполноценного развития децидуальной реакции в шейке матки. Это редкая, но серьезная клиническая ситуация, трудности в диагностике создают смертельную опасность. К этому можно отнести и шеечную беременность.

ЭТИОЛОГИЯ.

Причины возникновения аномалий расположения плаценты окончательно не выяснены.

Причины предлежания плаценты разделяют на две группы:

-  зависящие от состояния организма женщины,

-  связанные с особенностями плодного яйца.

Наиболее частыми являются патологические изменения в слизистой оболочке матки, нарушающие нормальную децидуальную реакцию эндометрия. Хроническое воспаление эндометрия, рубцовые изменения в эндометрии после абортов, операций на матке (кесарево сечение, консервативная миомэктомия, перфорация матки и др.), миома матки, аномалии или недоразвитие матки, многократные роды, осложнения в послеродовом периоде. Предлежание плаценты у повторнородящих чаще (75%), чем у первородящих.

Вследствие нарушения нидационной функции трофобласта, а именно запоздалого появления ферментативных процессов в трофобласте, оплодотворенное яйцо не может своевременно привиться в области дна матки. Оно приобретает имплантационную способность, опускаясь уже в нижние отделы матки, где и прививается.

Возможна миграция плаценты. Ультразвуковое исследование позволяет проследить миграцию плаценты в течение беременности. В начале беременности чаще определяют центральное предлежание ветвистого хориона. В конце беременности плацента мигрирует и может располагаться низко или даже нормально.

КЛИНИКА.

Основным клиническим симптомом предлежания плаценты является кровотечение. Вследствие растяжения нижнего сегмента вскрываются интервиллезные пространства, так как ворсины плаценты не обладают растяжимостью, плацента отслаивается от стенок матки, возникает кровотечение.

Кровотечения во время беременности появляются внезапно, без болевых ощущений, могут прекратиться, но спустя некоторое время возникнуть вновь. Чем ниже расположена плацента, тем раньше и обильнее бывает кровотечение. Иногда сила кровотечения не соответствует степени предлежания плаценты: при полном предлежании плаценты может быть небольшое кровотечение; неполное предлежание может сопровождаться очень сильным кровотечением, если разрыв произошел в области краевого венозного синуса плаценты. В связи с постоянной кровопотерей у беременных очень скоро развивается анемия.

При полном предлежании плаценты кровотечение часто появляется внезапно во время беременности, может быть обильным. Кровотечение может прекратиться на некоторое время, а может продолжаться в виде скудных кровяных выделений. В последние недели беременности, когда появляются предвестники родов, кровотечение возобновляется и/или усиливается.

Кровотечение впервые может возникнуть при начале родовой деятельности, с первыми схватками. Если во время беременности были незначительные кровяные выделения, то с первыми схватками кровотечение усиливается. Острая анемия развивается быстро.

В процессе родовой деятельности, когда происходит раскрытие маточного зева, плацента все более отслаивается, кровотечение усиливается. Перекрывающая внутренний зев плацента не позволяет предлежащей части вставиться во вход в малый таз, а тем более нет возможности вскрыть плодный пузырь, чтобы уменьшить напряжение матки и прекратить дальнейшую отслойку.

При неполном предлежании плаценты кровотечение может начаться в самом конце беременности, чаще в начале периода раскрытия или даже позже, когда произошло сглаживание и раскрытие зева на 4-5 см. Сила кровотечения зависит от величины предлежащего участка плаценты. Чем больше предлежит плацентарной ткани, тем раньше и сильнее начинается кровотечение.

При неполном предлежании плаценты кровотечение можно уменьшить и даже приостановить вскрытием плодного пузыря. После излития околоплодных вод предлежащая часть плода вставляется во вход в таз и прижимает отслоившуюся часть плаценты к стенке матки и таза.

В III периоде родов кровотечение может возобновиться, потому что плацентарная площадка располагается в нижнем сегменте матки, а его сократительная способность снижена.

Низкое прикрепление детского места является самой благоприятной ситуацией из всех видов патологического прикрепления плаценты. Кровотечение появляется в конце периода раскрытия и по силе значительно меньше, чем при других видах прикрепления плаценты. Иногда низкое расположение плаценты распознают только после осмотра выделившегося последа - разрыв плодных оболочек находится на небольшом расстоянии от края плаценты.

***Гипоксия плода*** - второй основной симптом предлежания плаценты. Отслоившаяся часть плаценты не участвует в системе маточно-плацентарного кровообращения, поэтому степень гипоксии зависит от площади отслойки плаценты и ряда других факторов.

***Диагноз***предлежания плаценты не представляет трудностей. Он основан на следующих данных.

АНАМНЕЗ.

Кровотечение во второй половине беременности, как правило, связано с полным предлежанием детского места. Кровотечение в конце беременности или в начале первого периода родов чаще связано с неполным предлежанием плаценты, а в конце периода раскрытия с ее низким прикреплением. Перенесенные воспалительные заболевания матки, аборты могут явиться причиной предлежания плаценты.

Осмотр влагалища и шейки матки при помощи зеркал для исключения травмы, псевдоэрозии шейки матки, полипа, злокачественной опухоли шейки матки и др. Кровяные выделения видны из цервикального канала.

Влагалищное исследование выполняют бережно, строго соблюдая ряд правил: производить только в условиях стационара с соблюдением асептики антисептики, только при подготовленной для немедленного родоразрешения операционной, так как в момент исследования кровотечение может усилиться.

При полном предлежании плаценты и закрытом наружном зеве через своды предлежащая часть не определяется. Пальпируют мягкое массивное образование через все своды влагалища при полном предлежании плаценты, а при неполном предлежании - в переднем или одном из боковых сводов.

При раскрытом маточном зеве диагностика предлежания плаценты намного облегчается. Весь просвет внутреннего зева занят плацентарной тканью при полном предлежании, пальпация усиливает кровотечение. Если в пределах маточного зева обнаруживают плацентарная ткань и оболочки плодного пузыря, то это частичное (неполное) предлежание плаценты.

При низком прикреплении плаценты плацентарную ткань пальпировать не удается, так как край плаценты находится выше внутреннего зева, однако, оболочки будут плотные и поверхность их шероховатая. Это объясняется тем, что ворсинки гладкого хориона, расположенные вблизи плаценты, не подвергаются полной атрофии, а сохраняются в виде мелких сосочков до самого конца беременности. Они располагаются только в той части оболочки, которая непосредственно примыкает к краям плаценты.

В настоящее время для определения предлежания плаценты во время беременности и в родах используют ультразвуковое сканирование, позволяющее точно оценить степень предлежания плаценты, определить ее размеры, площадь и прогрессирование отслойки.

Дифференциальная диагностика – это исключение других источников кровотечения из родовых путей: травма мягких родовых путей (ссадины, разрывы слизистой влагалища), эрозия шейки матки, полип, рак шейки матки и др.). Поэтому обязательным при кровотечении является осмотр влагалища и шейки матки при помощи зеркал, проводимый в малой операционной при развернутой большой операционной.

Если во время родов кровотечение возникает вслед за отхождением вод, сердцебиение плода становится угрожающим или исчезает совсем, то следует подумать о разрыве сосудов пуповины при оболочечном ее прикреплении. Иногда кровяные выделения, появившиеся вследствие начинающегося разрыва матки, ошибочно принимают за низкое прикрепление плаценты.

При предлежании плаценты нередко возникает неправильное положение плода (косое, поперечное), тазовое предлежание. Беременность и роды могут осложнить недонашивание, слабость родовой деятельности, патология последового периода в связи с приращением плаценты в нижнем маточном сегменте, атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде, эмболия околоплодными водами и тромбоэмболия, восходящая инфекция.

ЛЕЧЕНИЕ.

Лечение при предлежании плаценты зависит от силы и количества кровопотери. Применяют консервативное и оперативное лечение.

Консервативные методы лечения возможны, если во время беременности кровотечение необильное, общее состояние беременной удовлетворительное, максимальное артериальное давление выше 100 мм рт. ст., содержание в крови гемоглобина не менее 7,50 ммоль/л. Беременную помещают в стационар, где назначают строгий постельный режим, препараты, снижающие (или снимающие) тонус матки. Возможно переливание свежезамороженной плазмы, эритроцитарной массы небольшими порциями (до 200 мл) с гемостатической целью. Назначают витамины С, Е, К, метионин, антибиотики для предупреждения инфекции. Проводят профилактику гипоксии плода препаратами, улучшающими маточно-плацентарный кровоток и микроциркуляцию.

Показания к оперативному вмешательству при предлежании плаценты зависят от степени кровотечения, степени предлежания плаценты, от акушерской ситуации, от условий, в которых приходится оказывать акушерскую помощь, от квалификации врача.

Разрыв плодного пузыря (амниотомия) производят при наличии родовой деятельности, при раскрытии маточного зева 5-6 см и при неполном предлежании плаценты. Разрыв оболочек способствует опусканию в малый таз головки плода, которая прижимает отслоившийся участок плаценты, прекращает дальнейшую отслойку плаценты и останавливает кровотечение. В дальнейшем роды могут протекать нормально.

Кесарево сечение является абсолютным показанием при полном предлежании плаценты. Эту операцию нередко выполняют при неполном предлежании плаценты, когда имеется обильное кровотечение угрожающее жизни матери при неподготовленных родовых путях, или оно не прекращается после амниотомии.

В процессе любого метода родоразрешения роженица требует особого внимания. Одновременно с мероприятиями по остановке кровотечения проводят мероприятия по борьбе с острой анемией (переливание крови, кровезаменителей), терапию слабости родовой деятельности, оксигенотерапию, сердечные средства и др., осуществляют мероприятия по предупреждению или лечению гипоксии плода и т. д.

ПРОФИЛАКТИКА.

Профилактика для матери и плода при предлежании плаценты зависит от своевременной диагностики, квалифицированной и рациональной помощи, а также от многих других причин, влияющих на исход родов. Важно учитывать реакцию организма на кровопотерю, состояние сердечно-сосудистой системы, органов кроветворения. Если при предлежании плаценты роды протекают с большой кровопотерей, материнская смертность может достигать 3%, а детская - 5%. Более благоприятный исход для матери и плода дает применение операции кесарева сечения.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) - это тяжелая акушерская патология, наблюдающаяся в 0,1-0,3% случаев. У многорожавших женщин эта патология возникает в два раза чаще, чем у первородящих.

Причины отслойки нормально расположенной плаценты можно разделить на две группы: предрасполагающие к ПОНРП и непосредственно вызывающие ПОНРП.

*К предрасполагающим причинам относят: 1)*Изменение сосудистой системы материнского организма. В спиральных артериях возникают тромбы, в межворсинчатом пространстве появляются отложения фибрина, что приводит к образованию белых и красных инфарктов плаценты. Большое количество этих инфарктов нарушает плацентарное кровообращение и вызывает преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты. Такие изменения наблюдают при тяжелых гестозах (нефропатия, эклампсия), гипертонической и гипотонической болезни, заболеваниях почек, пороках сердца, тиреотоксикозе, туберкулезе, сифилисе, малярии и других хронических инфекциях. 2) Воспалительные и дегенеративные изменения в матке и плаценте, вызывающие нарушение связи между ними: эндомиометрит, подслизистые узлы миомы, пороки развития матки, гипо - и авитаминозы, перенашивание беременности. 3) Чрезмерное растяжение матки, ведущее к истончению ее стенки увеличению размеров плацентарной площадки, что способствует увеличению и истончению самой плаценты (многоводие, многоплодие, крупный плод).

*К причинам, непосредственно вызывающим ПОНРП* относят:

1.  Непосредственную травму - падение, удар в живот, наружный поворот плода, грубое исследование и пр.

2.  Косвенная травма - абсолютная и относительная короткость пуповины, поздний разрыв плодных оболочек, быстрое излитие околоплодных вод при многоводии, быстрое рождение первого плода при многоплодии.

3.  Нервно-психические факторы - испуг, стресс, возбуждение при половом сношении и др.

ПАТОГЕНЕЗ.

Патогенез ПОНРП можно объяснить разрывом сосудов, который приводит к нарушению кровообращения в межворсинчатом пространстве, кровотечению и образованию ретроплацентарной гематомы. Под воздействием тканевого тромбопластина, который освобождается из травмированных тканей децидуальной оболочки и ворсин, кровь свертывается. Если участок отслойки плаценты небольшой, то после образования ретроплацентарной гематомы тромбируются маточные сосуды и сдавливаются ворсины. Дальнейшая отслойка плаценты прекращается, на месте отслойки образуются инфаркты и отложения солей, которые распознают при осмотре плаценты после родов.

При обширной отслойке плаценты возникает большое кровотечение. Если края плаценты связаны с маткой, ретроплацентарная гематома, увеличиваясь, смещается вместе с плацентой в сторону амниотической полости и при целом плодном пузыре повышает внутриматочное давление. Стенки матки растягиваются. Все слои стенки матки пропитываются кровью, которая попадает в околоматочную клетчатку и даже в брюшную полость при нарушении целости серозной оболочки матки. Наружное кровотечение отсутствует, а внутреннее будет значительным.

Если связь между маткой и плацентой нарушена у края плаценты, то кровь проникает между плодными оболочками и стенкой матки во влагалище, появляется наружное кровотечение.

Кровь может попадать и в околоплодные воды, когда нарушена целость плодных оболочек, и повышать тем самым давление в амниотической жидкости, выражающееся в резком напряжении нижнего полюса плодного пузыря. Отслойка всей поверхности плаценты приводит к быстрой гибели плода.

При значительной ретроплацентарной гематоме стенка матки пропитывается (имбибируется) кровью, вследствие чего матка теряет сократительную способность, при этом повреждается мышца матки и даже серозный покров. Пропитывание матки может быть диффузным, а не только в месте плацентарной площадки. Такое состояние матки получило название "матка Кувелера" (Couvelaire) по имени французского врача, описавшего в 1912 году два собственных наблюдения. На этом фоне нередко возникает ДВС-синдром.

КЛИНИКА ПОНРП.

Ведущими симптомами ПОНРП являются кровотечение и боли. Клинические проявления зависят от площади отслоения плаценты, величины и скорости кровотечения, реакции организма женщины на кровопотерю.

Отслоение небольших участков плаценты клинически может не проявиться и об этом будут судить только после рождения последа. При его осмотре на материнской поверхности плаценты обнаружат вдавления, покрытые темными сгустками крови, в этих местах плацента заметно тоньше.

Если незначительная отслойка плаценты произошла в конце периода раскрытия или в периоде изгнания, то возникает симптом кровотечения, иногда ослабевает родовая деятельность, появляются признаки гипоксии плода. Роды обычно заканчивают самопроизвольно, но при целом плодном пузыре необходимо его вскрыть, а при головке, стоящей в полости малого таза, для ускорения родоразрешения применить операцию акушерских щипцов.

Тяжелая клиническая картина возникает при отслойке более 50% плаценты. Отслойка значительной части плаценты возникает внезапно, на что указывают следующие симптомы.

1.   Нарушение гемодинамики - падение АД, слабый, частый пульс, бледность кожных покровов.

2.   Болевой синдром - боль вначале локализуется в месте отделившейся плаценты, а затем распространяется по поверхности всей матки, боль сильная, тупая, постоянная, появляется рвота.

3.   Внутриутробная гипоксия или гибель плода.

4.   Изменение консистенции и конфигурации матки - матка твердая, поверхность ее болезненная, выражено выпячивание матки в области отслойки плаценты, и эта поверхность имеет эластичную консистенцию.

Одновременно с симптомами внутреннего кровотечения появляется наружное кровотечение. Оно часто бывает незначительным и не может служить показателем тяжести процесса.

ДИАГНОЗ ПОНРП.

Диагноз ставят на основании анамнеза, указывающего на наличие предрасполагающих (часто гестоз) или непосредственно вызывающих причин и типичной клинической картины. Матка напряжена и между схватками не расслабляется. При влагалищном исследовании определяют кровяные выделения из матки, хотя этот симптом не всегда проявляется. Плодный пузырь постоянно напряжен. Сердцебиение плода учащается, затем становится редким, аритмичным. При отслойке более 1/3 плаценты сердцебиение плода не прослушивается.

В настоящее время своевременной диагностике ПОНРП помогают дополнительные методы исследования и, в первую очередь, ультразвуковое сканирование, показывающее площадь отслойки, ее прогрессирование и величину гематомы.

*Дифференциальный диагноз* следует проводить с предлежанием плаценты при наличии наружного кровотечения. При внутреннем кровотечении и явлениях шока исключить другие источники внутрибрюшного кровотечения: разрыв матки, разрыв селезенки, разрыв мешотчатой опухоли трубы или яичника у беременной или роженицы.

ЛЕЧЕНИЕ.

Выбор метода лечения зависит от выраженности клинических симптомов и акушерской ситуации. Главный принцип лечения – быстрое опорожнение матки.

При выраженной клинической картине и нарастающих симптомах внутреннего кровотечения производят кесарево сечение. Если матка пропитана кровью, имеет темно-фиолетовую окраску, мышца ее дряблая, не реагирует на механические и фармакологические факторы ("матка Кувелера"), то ее следует удалить. В случае развития ДВС-синдрома производят экстирпацию матки.

При полном или почти полном открытии шейки матки и мертвом плоде производят плодоразрушающую операцию - краниотомию.

В периоде изгнания, при наличии условий и живого плода, роды заканчивают наложением акушерских щипцов. При незначительной отслойке плаценты и мало выраженных симптомах при целом плодном пузыре производят амниотомию, которая замедляет или прекращает отслойку плаценты.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты является серьезным и грозным осложнением беременности и родов. Своевременное распознавание этого осложнения, рациональное лечение отслойки и ее последствий (атонии матки, анемии, геморрагического шока, ДВС-синдрома) спасают жизнь матери и плода.

После родоразрешения через естественные родовые пути при ПОНРП во всех случаях показано ручное отделение плаценты и выделение последа, если его отслойка была неполной, и ручное обследование полости матки. для исключения нарушения целости стенок ее и для удаления возможных остатков плацентарной ткани и сгустков крови, что способствует лучшему сокращению матки. Производят осмотр влагалища и шейки матки при помощи зеркал. Вводят средства тономоторного действия. С целью предупреждения инфекций назначают антибиотики, при анемии - переливание крови.

*Профилактика ПОНРП* заключается в раннем выявлении и своевременном лечении гестозов, гипертонической болезни, хронических инфекций.

**Контрольные вопросы:**

1. Причины кровотечения во втором и третьем триместрах беременности.

2. Причины предлежания плаценты.

3. Классификация аномалий расположенной плаценты.

4. Симптомы предлежания плаценты.

5. Определение предлежания плаценты.

6. Какова диагностика предлежания плаценты.

7. Каковы методы лечения при полном предлежании плаценты.

8. Каковы методы родоразрешения при неполном предлежании плаценты.

9. Каковы осложнения для плода при предлежании плаценты.

10. Причины, предрасполагающие к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

11. Патогенез преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

12. Каковы методы диагностики ПОНРП.

13. Что такое матка Кувелера.

14. Каковы методы родоразрешения при ПОНРП.

15. Какие осложнения у матери и плода могут быть при ПОНРП.

**Задача № 1.**

Беременность 6-я. Предстоящие роды 2-е. Беременная обратилась к врачу женской консультации с жалобами на скудные кровяные выделения из половых путей, появившиеся 2 часа тому назад.

Первая беременность закончилась нормальными срочными родами без осложнений. Последующие четыре - медицинскими абортами в сроки 8-10 недель. Последний аборт осложнился: повторным выскабливанием слизистой полости матки, эндомиометритом. Данная беременность протекала без осложнений до последнего обращения в женскую консультацию. Срок беременности 35 недель.

Диагноз? Тактика врача.

**Задача № 2.**

В родильный дом машиной скорой помощи доставлена беременная 25 лет с жалобами на обильное кровотечение из половых путей, возникшее внезапно с началом родовой деятельности. Срок беременности 40 недель.

Диагноз? тактика врача.