

УДК 618.2-06

АКУШЕРСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: РАСПОЗНАВАНИЕ И УПРАВЛЕНИЕ**Манукян Лаура Вартановна,**

студент, ФГБОУ ВО «Майкопский государственный технологический университет»

Джинджолия Ариана Юрьевна,

студент, ФГБОУ ВО «Майкопский государственный технологический университет»

Уцимиева Диана Алиевна,

студент, ФГБОУ ВО «Майкопский государственный технологический университет»

Аннотация

В работе систематизированы современные подходы к диагностике и лечению трёх ведущих акушерских патологий: преэклампсии, отслойки плаценты и кесарева сечения (рассматриваемого как способ родоразрешения и как фактор послеоперационных рисков). На основе актуальных клинических протоколов предложены диагностические алгоритмы с выделением ранних лабораторных и клинических предикторов. Детально описаны тактические схемы ведения: гипотензивная терапия и магнезиальная профилактика эклампсии при преэклампсии; дифференцированная тактика при отслойке плаценты в зависимости от срока гестации и объёма кровопотери; а также комплекс мер по предупреждению инфекционно-воспалительных и тромбозомболических осложнений после кесарева сечения. Показано, что ранняя диагностика и междисциплинарное взаимодействие значимо улучшают перинатальные и материнские исходы. Обоснована необходимость повсеместного внедрения стандартизированных протоколов в рутинную клиническую практику.

Ключевые слова: акушерские осложнения, преэклампсия, отслойка плаценты, кесарево сечение, диагностика.

OBSTETRIC COMPLICATIONS: RECOGNITION AND MANAGEMENT**Manukyan Laura Vartanovna,**student, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education
“Maykop State Technological University”
e-mail: Laura.manukyan.04@bk.ru**Dzhindzholiya Ariana Yuryevna,**student, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education
“Maykop State Technological University”
e-mail: Verbrezhneva.1959@mail.ru

Utsimieva Diana Alievna,

student, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education

“Maykop State Technological University”

e-mail: diana.ucimieva@mail.ru

ABSTRACT

This article provides a systematic overview of current approaches to the diagnosis and management of three major obstetric conditions: preeclampsia, placental abruption, and cesarean section (addressed both as a delivery method and as a source of postoperative morbidity). Drawing on contemporary clinical guidelines, the authors present diagnostic algorithms with an emphasis on early laboratory and clinical predictors. Management strategies are outlined in detail, including antihypertensive therapy and magnesium sulfate prophylaxis for eclampsia in preeclampsia; gestational age and blood loss dependent tactics for placental abruption; and a comprehensive set of measures to prevent infectious and thromboembolic complications following cesarean delivery. The findings demonstrate that timely recognition and multidisciplinary care substantially improve maternal and fetal outcomes. The need for consistent implementation of standardized protocols in everyday clinical practice is strongly emphasized.

Keywords: obstetric complications, preeclampsia, placental abruption, cesarean section, diagnosis.

ВВЕДЕНИЕ

Акушерские осложнения до сих пор остаются одной из главных причин того, что женщины теряют здоровье или даже жизнь во время беременности и родов. По оценкам ВОЗ, ежегодно около 300 тысяч женщин умирают от того, чему часто вполне можно было бы предотвратить [1]. И дело не только в странах с низким уровнем медицины — в России, при всех успехах последних лет, борьба с такими трагедиями всё ещё актуальна [2, 3]. Особенно опасны три «кита» акушерской патологии: преэклампсия, отслойка плаценты и кесарево сечение (которое само по себе зачастую спасает жизнь, но тем самым добавляет нам новых поводов для тревоги — инфекций, тромбозов и других неприятностей).

Цель работы – на основе современных клинических рекомендаций и научной литературы обобщить ключевые подходы к распознаванию и ведению трёх наиболее частых и опасных акушерских осложнений: преэклампсии, отслойки плаценты и кесарева сечения (как метода родоразрешения и одновременно источника послеоперационных осложнений). В статье рассматриваются эпидемиология, патогенез, диагностические критерии и терапевтические стратегии, причём основной акцент сделан на практических алгоритмах, применимых в условиях акушерских стационаров.

Преэклампсия: современные подходы к диагностике и ведению

Преэклампсия — это не просто история про высокое давление у беременной. Это целый синдром, когда после 20-й недели повышается АД (граница — 140/90 мм рт. ст.), появляется либо белок в моче (протеинурия от 0.3 г/сут), либо начинают страдать печень, почки или другие органы (например тромбоцитов становится меньше $100 \times 10^9/\text{л}$) [1,4]. Частота составляет 2–8% всех беременностей; в странах с низким и средним доходом она остаётся основной причиной материнской смертности, а в развитых – занимает второе или третье место [2,7]. Патогенез довольно интересный: история начинается с нарушений

развития сосудов плаценты, которые потом через выброс специфических веществ вроде sFlt-1 приводят к глобальному воспалению и спазму сосудов по всему организму мамы. Вот тут-то и выстреливают кризы; головная боль; иногда судороги (эклампсия) [7].

Классические критерии Американского колледжа акушеров и гинекологов (ACOG) включают: систолическое АД 140 мм рт. ст. и более или диастолическое 90 мм рт. ст. и более (при двукратном измерении с интервалом не менее 4 часов) в сочетании с протеинурией 0,3 г/сут и более либо соотношением белок/креатинин 0,3 и более [1]. Однако в последние годы всё более широкое признание получает диагностика преэклампсии без протеинурии – при наличии гипертензии и дисфункции любого органа-мишени (печень, почки, тромбоцитопения, неврологические симптомы) [2,4]. Это положение вызывает дискуссии: с одной стороны, оно позволяет не пропустить тяжёлые случаи, с другой – расширяет границы диагноза и может приводить к гипердиагностике. Особая фишка последних лет – маркер sFlt-1/PlGF, повышение которого подсказывает заранее кому ждать тяжёлого варианта событий буквально в течение пары ближайших недель [7]. Было бы хорошо внедрить его повсеместно (это экономит нервы врачам и уменьшает ненужные госпитализации), но финансовая сторона пока тормозит прогресс.

Таблица 1 – Диагностические критерии преэклампсии (адаптировано из [1,2])

Критерий	Пороговое значение
Систолическое АД	Более 140 мм рт. ст. (дважды с интервалом 4 ч.)
Диастолическое АД	Более 90 мм рт. ст. (дважды с интервалом 4 ч.)
Протеинурия	Более 0,3 г/сут или при соотношении белка к креатинину более 0,3
Дисфункция органов (при отсутствии протеинурии)	Тромбоцитопения меньше $100 \times 10^9/\text{л}$, повышение печеночных ферментов, почечная недостаточность, неврологические симптомы

Что касается лечения – здесь расхождений меньше. Если давление устойчиво выше 160/110 мм рт. ст., тогда срочно нужны препараты (чаще лабеталол или нифедипин; реже метилдопа у особых категорий) [1,4]. В случае угрозы приступами эклампсии – назначают дробную магнезию внутривенно (не только до родов, но сутки после родов) [1,2]. При доношенной беременности (37 недель и более) оно плановое; при неосложнённой преэклампсии до 37 недель возможно пролонгирование под контролем, однако при HELLP-синдроме, эклампсии или отёке лёгких показано экстренное родоразрешение вне зависимости от срока [2,7]. При этом главный принцип здесь всегда был и остаётся один: никакая терапия не вылечит болезнь – выводить женщину из этого состояния можно только родами, вопрос только когда именно считать момент наступившим.

Отслойка плаценты: этиология, диагностика и тактика ведения

В отличие от преэклампсии, тут всё может меняться буквально за считанные минуты. Причина заключается в нарушении притока крови из-за разрыва сосудов под плацентой – от незначительных микрокровоотечений до катастрофической потери крови буквально за полчаса. Это одна из главных причин антенатальной гибели плода и материнской заболеваемости, связанной с акушерскими кровотечениями [3,4]. Частота варьирует от 0,5 до 2% всех беременностей, однако среди преждевременных родов и случаев внутриутробной гипоксии её доля существенно выше [5]. Патофизиологическая основа – разрыв спиральных артерий в децидуальной оболочке с образованием ретроплацентарной гематомы, которая отслаивает плаценту и нарушает маточно-плацентарный кровоток [3].

Группы риска хорошо известны: у кого была преэклампсия; кто долго курит; страдает гипертонией; принимал кокаин или перенёс травму живота [4,5,8]. Недавний мета-анализ показал жёсткую закономерность: риск отслойки скачет втрое вверх при преэклампсии и удваивается при хроническом давлении [8].

Трудность в том, что отслойка может начинаться исподволь — боль терпимая или вообще отсутствует кровотечение наружу, тогда как УЗИ может говорить об обратном [3,4]. Гематому удаётся заметить максимум в каждом втором случае; куда больше пользы приносит внимательное наблюдение за динамикой состояния матери плюс кардиотокография плода [4,5].

Если срок меньше 34 недель и женщина стабильна — вязываемся в консервативную тактику с использованием кортикостероидов для профилактики РДС плода и с круглосуточным слежением (КТГ и УЗИ) [3,4,5]. Одноразово тяжелое кровотечение или малейший признак гиповолемического шока сразу меняют правила — счёт идёт на минуты и родоразрешение становится единственно правильным вариантом вне зависимости от недели гестации.

Система поддержки состоит из инфузии для восполнения объёма циркулирующей крови плюс разные компоненты крови в зависимости от уровня коагулопатии; обязательно препараты, сокращающие матку чтобы остановить кровоток [4,5]. Если этого мало — приходится прибегать к инвазивным методикам вплоть до гистерэктомии ради жизни женщины [3].

Кесарево сечение: показания, послеоперационные осложнения и современные стратегии профилактики

Кесарева сейчас делают много: доля операций достигла трети всех родов, а кое-где перевалила за 40% [1,5]. Разумеется, логика проста, если мать находится в тяжёлом состоянии из-за преэклампсии или разрушилась связь между ребёнком и плацентой, то медлить нельзя [3,4]. Но победа над острой ситуацией оборачивается новыми опасностями – инфекционными осложнениями (эндометрит бывает почти у каждой десятой без профилактики), тромбозами (особенно у женщин старше 35 лет или страдающих ожирением [2]), а иногда массивными кровотечениями из-за гипотонии матки. Антибиотикопрофилактика перед разрезом стала стандартом, комбинация компрессионных чулков и гепарина снижает частоту тромбозов [5,6]. Тем не менее, сегодняшняя практика требует все большей точности отбора тех, кому операция действительно жизненно необходима.

Крайне важно помнить об отсроченных проблемах. Женщины после кесарева чаще сталкиваются со спайками малого таза, хроническими болями, нередко затягивается лактация, да и психоэмоциональные последствия нельзя сбрасывать со счетов.

Точки контроля для профилактики: антибиотик дают чётко за час-полтора до операции [5]; антикоагулянт – спустя минимум 6 часов после разреза при отсутствии признаков кровоточивости [2]; гемостатическая поддержка продумана заранее («в запасе» механические методы остановки кровотечения вплоть до баллонной тампонады или артериальной эмболизации).

Нельзя забывать про силу команды – если в стационаре реально функционирует связка «акушер-анестезиолог-трансфузиолог-хирург», шансы справиться с любой непредвиденной ситуацией значительно возрастают.

Заключение

Если коротко подытожить последние годы исследований и практики — преэклампсия, отслойка плаценты и кесарево продолжают быть взаимосвязанными звеньями одного цикла проблем современной акушерской помощи. Всё упирается в умение распознать тревожный сигнал вовремя (по возможности — используя современные биомаркеры преэклампсии), мобилизовать ресурсы быстро («крайний случай» требует решения здесь-и-сейчас), обеспечить женщине поддержку не только до выписки домой, но и спустя месяцы после судьбоносной ночи на акушерском столе. Прорыв возможен если:

Биомаркеры типа sFlt-1/PlGF войдут хотя бы в практику вторых-третьих уровень перинатальных центров.

Стационары продумают региональные схемы трансфузионной поддержки для экстренных случаев тяжёлых кровопотерь.

После каждого кесарева наладится мониторинг «после выписки»: врачи наконец обратят внимание на психоэмоциональное состояние рожениц наряду с физическим.

Протоколы будут пересматриваться регулярно – учитывая аудит результатов работы стационара – это реальная возможность двигаться к осознанному качеству помощи шаг за шагом.

Список литературы:

1. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. Obstetrics and Gynecology, 2020, vol. 135, no. 6, pp. e237-e260. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003891.
2. Overton E., Tobes D., Lee A. Preeclampsia diagnosis and management. Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology, 2022, vol. 36, no. 1, pp. 107-121. DOI: 10.1016/j.bpa.2022.02.003.
3. Schneider E., Kinzler W.L. Placental Abruptio: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2025, vol. 68, no. 1, pp. 98-104. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000903.
4. Brandt J.S., Ananth C.V. Placental abruption at near-term and term gestations: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2023, vol. 228, no. 5S, pp. S1313-S1329. DOI: 10.1016/j.ajog.2022.06.059.
5. Lazzaro A., Karandikar G., Martins M.L., et al. Reducing post-cesarean sepsis: Current best practice in prevention and treatment. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2025, vol. 171, no. 2, pp. 517-527. DOI: 10.1002/ijgo.70500.
6. Меджидова Д. Р., Маршалов Д. В., Петренко А. П., Шифман Е. М. ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР // Саратовский научно-медицинский журнал. 2020. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/perioperatsionnye-i-otdalennye-oslozhneniya-pri-kesarevom-sechenii-sistematicheskiy-obzor> (дата обращения: 02.09.2026).
7. Modern concepts of preeclampsia: A literature review. *Reproductive Medicine*, 2026. DOI: 10.37800/RM.2.2026.711.
8. Fan Y., Li X., Zhang L., et al. Risk factors for placental abruption: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2025, vol. 25, article no. 218. DOI: 10.1186/s12884-025-07482-7.

9. Dickerson A.G., et al. Current Approaches and Innovations in Managing Preeclampsia: Highlighting Maternal Health Disparities. *Journal of Clinical Medicine*, 2025, vol. 14, no. 4, 1190. DOI: 10.3390/jcm14041190.

References:

1. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstetrics and Gynecology*, 2020, vol. 135, no. 6, pp. e237-e260. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003891.
2. Overton E., Tobes D., Lee A. Preeclampsia diagnosis and management. *Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology*, 2022, vol. 36, no. 1, pp. 107-121. DOI: 10.1016/j.bpa.2022.02.003.
3. Schneider E., Kinzler W.L. Placental Abruptio: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2025, vol. 68, no. 1, pp. 98-104. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000903.
4. Brandt J.S., Ananth C.V. Placental abruptio at near-term and term gestations: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2023, vol. 228, no. 5S, pp. S1313-S1329. DOI: 10.1016/j.ajog.2022.06.059.
5. Lazzaro A., Karandikar G., Martins M.L., et al. Reducing post-cesarean sepsis: Current best practice in prevention and treatment. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2025, vol. 171, no. 2, pp. 517-527. DOI: 10.1002/ijgo.70500.
6. Medzhidova D. R., Marshalov D. V., Petrenko A. P., Shifman E. M. PERIOPERATIVE AND DISTANT COMPLICATIONS DURING CESAREAN SECTION: A SYSTEMATIC REVIEW. 2020. №1. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/perioperatsionnye-i-otdalennye-oslozhneniya-pri-kesarevom-sechenii-sistematicheskii-obzor> (accessed: 02.09.2026).
7. Modern concepts of preeclampsia: A literature review. *Reproductive Medicine*, 2026. DOI: 10.37800/RM.2.2026.711.
8. Fan Y., Li X., Zhang L., et al. Risk factors for placental abruptio: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2025, vol. 25, article no. 218. DOI: 10.1186/s12884-025-07482-7.
9. Dickerson A.G., et al. Current Approaches and Innovations in Managing Preeclampsia: Highlighting Maternal Health Disparities. *Journal of Clinical Medicine*, 2025, vol. 14, no. 4, 1190. DOI: 10.3390/jcm14041190.