

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования "Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.

## **РЕФЕРАТ**

«Плацентарная недостаточность»

Выполнила: клинический ординатор  
кафедры перинатологии,  
акушерства и гинекологии  
лечебного факультета

Москальченко С.А.  
Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

Красноярск, 2022г

## Содержание

Введение .....	3
Этиология и патогенез .....	3
Клиника.....	4
Диагностика .....	5
Лечение .....	6
Принципы ведения .....	7
Заключение .....	7
Список литературы .....	8

## **Введение**

Плацентарная недостаточность – актуальная и серьезная проблема современного акушерства и перинатологии. Плацентарная недостаточность остается ведущей причиной высокой заболеваемости и смертности у детей не только в перинатальном периоде, но и на более поздних стадиях развития ребенка. Данная патология обуславливает высокую частоту соматической и инфекционной заболеваемости новорожденных, является причиной нарушений физического и умственного развития ребенка, что обуславливает огромную медико-социальную важность патологии плаценты. Многообразие функций плаценты, широкая трактовка понятия «плацентарная недостаточность» определяют неоднозначность точки зрения исследователей на значение морфологических изменений в плаценте при оценке её функции. Несмотря на то, что акушеры-гинекологи и перинатологи занимаются проблемой плацентарной недостаточности и задержки внутриутробного развития во всем мире более сорока лет, вопросы терминологии, этиологии и патогенеза этого состояния до сих пор полностью не изучены.

Национальное руководство дает следующее определение плацентарной недостаточности (ПН). ПН - это синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в плаценте, приводящими к нарушению темпов роста плода и/или гипоксии.

Савельева Г.М. трактует ПН как клинический синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в плаценте и нарушениями компенсаторно-приспособительных механизмов, обеспечивающих функциональную полноценность органа.

Ассистент кафедры ОрГМУ Гиндер М.В., изучив вопрос многообразия определений, обобщает их в своё. Плацентарная недостаточность – это сложный клинический синдром, обусловленный морфологическими и функциональными изменениями в плаценте, в основе которых лежат патологические изменения в плодово - плацентарном и/или маточно - плацентарном комплексах с нарушением компенсаторно - приспособительных механизмов на молекулярном, клеточном и тканевом уровнях, обеспечивающих нормальный рост и развитие плода, а также приспособление организма женщины к беременности.

## **Этиология и патогенез**

В этиологии ПН невозможно выделить ведущий или единственный компонент, чаще это бывает сочетание нескольких факторов, то есть данное патологическое состояние имеет мультифакториальную природу. Среди причин, предрасполагающих и отягощающих ПН, рассматривают возраст

матери (моложе 18 и старше 30 лет), вредные привычки (курение, алкоголь, наркомания), неблагоприятную экологическую среду. Предрасполагают к развитию ПН прием различных лекарственных препаратов и различная соматическая патология (заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, почек, тяжелая форма железодефицитной анемии), отягощенный акушерский анамнез (самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, внутриутробное инфицирование, перинатальные потери), осложненное течение настоящей беременности (угрожающий выкидыш, преэклампсия, кровотечение), пороки развития матки, аномалия развития плаценты и пуповины.

Патогенез плацентарной недостаточности определяется морфологическими изменениями и расстройствами функции плаценты. Морфологическим субстратом плацентарной недостаточности являются изменения, связанные с нарушением имплантации и плацентации: патологическое строение, расположение и прикрепление плаценты, а также дефекты васкуляризации. В развитии плацентарной недостаточности основными и нередко первоначальными причинами являются гемодинамические микроциркуляторные нарушения. Изменения плацентарного кровотока, как правило, сочетанные:

- 1) снижение перфузионного давления в матке, проявляющееся либо уменьшением притока крови к плаценте в результате системной гипотензии у матери (гипотензия беременных, синдром сдавления нижней полой вены, локальный спазм маточных сосудов на фоне гипертензивного синдрома), либо затруднением венозного оттока (длительные сокращения матки или ее повышенный тонус, отечный синдром);
- 2) инфаркты, отслойка части плаценты, ее отек;
- 3) нарушения капиллярного кровотока в ворсинах хориона (нарушение созревания ворсин, внутриутробное инфицирование, тератогенные факторы);
- 4) изменения реологических и коагуляционных свойств крови матери и плода.

В результате гемодинамических и морфологических изменений первично нарушается трофическая функция плаценты и лишь позднее изменяется газообмен на уровне плацентарного барьера.

## **Клиника**

Клиническая картина ПН зависит от формы ПН (острая, хроническая). При острой ПН клиническая картина определяется ее причиной (преждевременная отслойка плаценты, инфаркты плаценты, разрыв матки) и острой гипоксией плода. Хроническая ПН клинически проявляется ЗРП и/или хронической гипоксией плода.

Хроническая плацентарная недостаточность может быть компенсированной,

субкомпенсированной и декомпенсированной. В основу такого деления положены выраженность инволютивно-дистрофических изменений (нарастает), компенсаторно-приспособительные реакции (уменьшаются), нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотоков (ухудшаются), признаки гипоксии плода (нарастают), ЗРП.

На основании клинико-морфологической картины выделяют первичную и вторичную ПН. Первичная ПН возникает в ранние сроки беременности (до 16 недель) при формировании плаценты (имплантация, эмбриогенез, плацентация) под влиянием различных неблагоприятных факторов (генетические, эндокринологические, инфекционные и т.д.). Анатомически это проявляется изменениями в строении, расположении в матке и прикреплении плаценты, а также дефектами васкуляризации и нарушениями созревания ворсинок хориона. Первичная ПН сопровождается врожденные пороки развития и неразвивающуюся беременность. Клинически это проявляется симптомами угрожающего или самопроизвольного выкидыша в ранние сроки беременности.

Вторичная ПН развивается во второй половине беременности (после 16 недели) на фоне уже сформировавшейся плаценты и возникших осложнений гестационного процесса.

## **Диагностика**

При сборе анамнеза выявляют данные, относящиеся к материнским, плодовым или плацентарным факторам риска развития ПН.

При сборе жалоб могут обращать внимание на себя признаки гипоксии плода: от бурных шевелений до полного их отсутствия.

При наружном акушерском исследовании можно обнаружить признаки ЗРП, если таковой процесс имеется: несоответствующая ВДМ сроку беременности, малая ОЖ, низкая ПМП.

В родах при излитии околоплодных вод можно наблюдать их зелеными, мекониальными, что является признаком гипоксии плода.

Из дополнительных методов диагностики помогут УЗИ, доплерометрия кровотоков, КТГ.

При УЗИ выявляется отставание роста плода, снижение толщины, преждевременное созревание и кистозные изменения плаценты, маловодие (ИАЖ менее 8-5 см, ВК менее 2 см). При доплерометрии кровотока в системе мать-плацента-плод выделяют следующие степени гемодинамических нарушений:

- I степень - нарушение маточно-плацентарного (А) или плодово-плацентарного кровотока (Б);
- II степень - нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока;

■ III степень – централизация плодово-плацентарного кровотока, нарушение маточного кровотока

■ IV степень - критические нарушения плодово-плацентарного кровотока (нулевой или реверсный диастолический кровоток в артерии пуповины и/или аорте).

При кардиотокографии выявляются признаки острой или хронической гипоксии плода: тахикардия или брадикардия, низкая вариабельность ритма, децелерации.

## Лечение

ПН довольно не изученная патология. Если обратиться в новые клинические рекомендации «Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода)» (а ЗРП является результатом ПН), то мы увидим, что из медикаментозного лечения показано лишь Ацетилсалициловая кислота по 150 мг внутрь ежедневно с 12 по 36 неделю беременности. Диета и НМГ уже не актуальны. Что еще необходимо делать? Найти причину и попытаться ее устранить или ослабить: исключить вредные привычки, лекарственные препараты, скомпенсировать соматическую патологию (лечение анемии, ССЗ), терапия акушерских осложнений (Антигипертензивная терапия).

Тем не менее, приведу лечение прошлых лет, чтобы понимать, ЧТО уже делать не стоит.

Беременной с ПН рекомендовали щадящий режим с обязательным дневным сном, а также соблюдение диеты, содержащей большое количество белка в виде мясных и рыбных продуктов, молока и творога, овощей и фруктов.

Ранее применяли следующие препараты:

- спазмолитические средства: но-шпа, папаверин, теоникол, эуфиллин;
- антиагреганты (курантил, трентал) и антикоагулянты (гепарин и его низкомолекулярные фракции);
- препараты, влияющие на реологические свойства крови: реополиглюкин и декстраны;
- препараты, нормализующие тонус миометрия и воздействующие на сосудистый компонент:  $\beta$ -адреномиметики (партусистен, бриканил, гинипрал);
- средства, нормализующие метаболические процессы и участвующие в газообмене тканей: актовегин, эссенцеале, кокарбоксилаза, рибоксин, панангин, метионин, растворы аминокислот;
- витамины: Е, С, группы В, фолиевая кислота, рутин, Магне В6;
- препараты железа (по показаниям).

Из немедикаментозных воздействий в различных сочетаниях использовались электрорелаксация матки, акупунктура, электрофорез магнием, ультразвук на

область почек, чрезкожная нервная стимуляция, дециметровые волны, гипербарическая оксигенация, плазмоферез и др.

### **Принципы ведения**

Если женщине поставлен диагноз ПН, ей необходим динамический контроль за ростом и состоянием плода: УЗИ (ИАЖ, фетометрия) и Доплер (ЦДК) 1-2 раза в неделю, КТГ ежедневно.

При ПН с гемодинамическими нарушениями I-II степени возможно пролонгирование беременности до 37 недель, ведение родов через естественные родовые пути с интранатальным мониторингом состояния плода (непрерывное КТГ в родах).

При ГДН III-IV степени (критические нарушения кровотока) – показано родоразрешение путем операции кесарево сечения в стационаре 3-го уровня.

Если у плода возникает ЗРП, ведем женщину согласно рекомендациям «Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода)».

Если у плода возникает гипоксия, ведем женщину согласно рекомендациям «Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери».

### **Заключение**

Плацентарная недостаточность остается проблемой современного акушерства. Нет единой теории относительно этиологии и патогенеза ПН, что в значительной степени затрудняет прогнозирование, оценку степени тяжести и проведение профилактических мероприятий. Определенного лекарственного средства от плацентарной недостаточности не существует, что только осложняет проблему. Наша основная задача не пропустить осложнения: ЗРП, гипоксию плода, и вовремя родоразрешить женщину.

## Список литературы

1. Гиндер Максим Валерьевич (2021). ТРАКТОВКА ТЕРМИНА ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ. Новые импульсы развития: вопросы научных исследований, (2), 323-328.
2. Зайналова Ситорамох Абдурафиевна, Синчихин Сергей Петрович, & Степанян Лусине Вардановна (2014). Плацентарная недостаточность - Вопросы этиопатогенеза, диагностики, клиники и терапии. Астраханский медицинский журнал, 9 (2), 15-23.
3. Акушерство: Учебник/ Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. — М.: Медицина, 2000. — 816 с: ил.
4. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1080 с.
5. Плацентарная недостаточность. Современный взгляд / Ю. Э. Доброхотова, Л. С. Джохадзе, П. А. Кузнецов, П. В. Козлов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 64 с.
6. Клинические рекомендации «Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода)» 2021г.
7. «Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери» 2021г.



федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-  
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

### РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии для факультета  
(наименование кафедры)

Рецензия \_\_\_\_\_  
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности акушерство и гинекология  
Москальченко Светлана Александровна  
(ФИО ординатора)

Тема реферата Плацентарная недостаточность (эмбрионы, кишка, диафрагма, привульва видения)

#### Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5 (отлично)

Дата: «10» 05 2022 год

Подпись рецензента

[Подпись]  
(подпись)

[Подпись]  
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

[Подпись]  
(подпись)

Москальченко С.А.  
(ФИО ординатора)