

**ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России
Кафедра оперативной гинекологии ИПО**

Зав.кафедрой:
д.м.н., Доцент
Макаренко Т.А.

Реферат на тему
«Фетоплацентарная недостаточность»

Выполнила:
Клинический ординатор
Кафедры оперативной гинекологии ИПО
Ермохина Владислава Сергеевна

КРАСНОЯРСК 2021

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

Рецензия д.м.н., доцента Макаренко Татьяны Александровны на реферат клинического ординатора первого года обучения по специальности «Акушерство и гинекология» Ермохиной Владиславы Сергеевны по теме «Фето-плацентарная недостаточность».

Основные оценочные критерии рецензии:

№	Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1	Структурированность	
2	Наличие орфографических ошибок	
3	Соответствие текста реферата теме	
4	Владение терминологией	
5	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	
6	Логичность доказательной базы	
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	
8	Использование известных научных источников	
9	Умение сделать общий вывод	

Итоговая оценка:

Комментарий рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) – это клинический синдром, отражающий состояние плода, связанное с патологическими состояниями материнского организма и плаценты, и приводящий к внутриутробной гипоксии плода.

Во время беременности плацента проходит несколько этапов развития – это обычный физиологический процесс, который называется созреванием плаценты. В настоящее время, в акушерско-гинекологической практике, различают четыре этапа созревания плаценты, и каждый из них в норме соответствует определенному периоду беременности.

При нормальном течении беременности созревание плаценты заканчивается к 37-38 неделе. Снижение способности плаценты поддерживать адекватный обмен между организмами матери и плода связан с ранним созреванием (старением) плаценты. Таким образом, функций плаценты достаточно для обеспечения родового акта. При преждевременном старении плацента может или уменьшаться в размерах, или значительно увеличиваться за счет отека, кроме того, в ткани плаценты в большом количестве откладываются соли кальция и появляются участки жировой и соединительной ткани. Все эти изменения способствуют значительному снижению кровотока в плаценте, нарушению газообменной и трофической функций. В результате этих нарушений развивается ФПН, и как следствие, внутриутробная гипоксия плода. Причинами ФПН могут быть эндогенные и экзогенные факторы. К эндогенным факторам относятся нарушения формирования и развития плаценты в связи с наличием заболеваний матери, а к экзогенным факторам относятся вредные воздействия внешней среды. ФПН может быть острой и хронической.

Острая ФПН
Этиология:

- осложнения беременности (ОРН-гестоз, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты)
- экстрагенитальные заболевания (гломерулонефриты, пиелонефриты, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, острые вирусные инфекции)
- аномалии прикрепления плаценты (предлежание плаценты)
- перенашивание беременности
- выпадение петли пуповины и ее сдавление
- в родах – аномалии родовой деятельности

Клинические проявления острой ФПН заключаются в изменении характера сердечной деятельности (в норме частота сердцебиения плода 140 в минуту) и двигательной активности плода, кроме того, имеют значение симптомы острой акушерской патологии, чаще всего это ПОНРП. Острая ФПН развивается практически молниеносно и приводит к острой гипоксии плода.

Симптомы острой гипоксии плода:

- резкое усиление или ослабление шевелений плода
- частота сердцебиения плода с тенденцией к брадикардии и аритмии (ниже 140 в минуту)
- частота сердцебиения плода выше 140 в минуту
- околоплодные воды интенсивно окрашены меконием (черно-зеленого цвета)

Острая гипоксия может привести к антенатальной или интранатальной гибели плода, асфиксии новорожденного.

Самостоятельные роды при острой внутриутробной гипоксии невозможны.

Алгоритм доврачебной медицинской помощи при острой гипоксии плода

1 Вызов БСМП

2 Успокоить пациентку, придать удобное положение

3 Расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха

4 Оценить жалобы беременной

5 Оценить состояние: сознание, ЧСС, АД, сердцебиение плода, тонус матки, наличие выделений из половых путей

6 Начать оксигенотерапию 100% кислородом

7 Обеспечить контакт с веной

8 Приготовить и ввести по назначению врача: раствор глюкозы 40% 20 мл в одном шприце с аскорбиновой кислотой 5% 5 мл в/венно болюсно

9 Экстренная госпитализация в горизонтальном положении

В родильном доме показана экстренная операция кесарева сечения.

Хроническая ФПН

Развивается в течение недель-месяцев.

Этиология хронической ФПН:

- ОРН-гестоз (отеки беременных, умеренная преэклампсия)
- экстрагенитальные заболевания (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение, анемия, пиелонефрит)
- резус-конфликтная беременность - развивается при условиях, что у матери беременность не первая, плод имеет резус-положительную принадлежность, а мать – резус отрицательную. При этом в крови матери появляются резус-антитела, содержащие иммуноглобулины, которые при контакте с эритроцитами плода, вызывают их разрушение (гемолиз). В результате гемолиза освобождается билирубин, который

вызывает токсическое поражение жизненно важных систем плода, и в первую очередь поражается ЦНС.

- неполноценное питание
- курение, злоупотребление алкоголем
- угроза прерывания беременности
- Внутриутробная инфекция (ВУИ) – цитомегаловирусная инфекция, вирусы краснухи, хламидии, микоплазмы, токсоплазмы, уреаплазма, герпес-вирусная инфекция. Опасность заключается в том, что происходит инфицирование плаценты и плодных оболочек, что и приводит к угрозе прерывания беременности и хронической ФПН.

Хроническая ФПН приводит к хронической гипоксии плода и задержке внутриутробного развития плода (ЗВУР). ХФПН может перейти в острую ФПН.

Симптомы хронической ФПН:

- Усиление или ослабление шевелений плода
- Изменение характера сердцебиения плода, с периодами улучшения
- Околоплодные воды слегка окрашены меконием

Клиническим проявлением задержки внутриутробного развития плода является уменьшение матки по сравнению с нормативными показателями, характерными для данного срока беременности.

Диагностика фетоплацентарной недостаточности

На начальном этапе развития фетоплацентарной недостаточности перечисленные клинические признаки могут быть выражены слабо или отсутствовать. В этой связи существенное значение приобретают методы лабораторного и инструментального динамического контроля за состоянием фетоплацентарного комплекса в группе высокого риска по развитию фетоплацентарной недостаточности. С учетом многофакторной этиологии и патогенеза фетоплацентарной недостаточности её диагностика должна быть основана на комплексном обследовании пациентки.

Можно выделить основные принципы комплексной диагностики

- 1 Тщательный сбор акушерско-гинекологического; соматического; хирургического, эпидемиологического и аллергологического анамнеза; выяснить наличие профессиональных вредностей, вредных привычек и условий жизни;
- 2 При акушерско-гинекологическом обследовании обращают внимание на характер выделений с их обязательным бактериоскопическим исследованием; оценивают тонус матки, характер шевелений плода и его сердцебиения; размеры матки и их соответствие сроку беременности.
- 3 УЗИ – позволяет определить размеры плода. Основой ультразвуковой диагностики для уточнения соответствия размеров плода предполагаемому сроку беременности и выявления задержки внутриутробного развития плода является сопоставление фетометрических показателей с нормативными данными. Непременным условием является оценка анатомических структур плода для выявления аномалий его развития. Эхографическое исследование включает в себя и плацентографию. При этом определяют локализацию плаценты, толщину плаценты, расстояние плаценты от внутреннего зева, соответствие степени зрелости плаценты гестационному сроку, патологические включения в структуре плаценты. В процессе исследования проводят оценку объема околоплодных вод, строения пуповины и расположения петель пуповины.
- 4 Допплерометрия (УЗДГ) представляет собой высокоинформативный метод оценки кровотока в сосудах матки, плаценты, пуповины и плода.
- 5 Кардиотокография (КТГ), которая представляет собой метод функциональной оценки состояния плода на основании регистрации частоты его сердцебиений и их

изменений в зависимости от самого плода. КТГ значительно расширяет возможности антенатальной диагностики, позволяя решать вопросы рациональной тактики ведения беременности. КТГ применяется не только во время беременности, а также в родах, так как позволяет оценить и динамику родовой деятельности.

Тактика при острой гипоксии плода

Если острая гипоксия плода развивается во время беременности или в первом периоде родов (до раскрытия 5-6 см) производится экстренная операция кесарева сечения. В случае развития острой гипоксии в конце 1-го или во 2-м периоде родов – их заканчивают операцией наложения акушерских щипцов.

Лечение беременных с хронической ФПН

При выявлении фетоплацентарной недостаточности беременную целесообразно госпитализировать в стационар для углубленного обследования и лечения. Ведущее место в проведении лечебных мероприятий занимает лечение основного заболевания или осложнения, при котором возникла фетоплацентарная недостаточность. Применяемые средства терапии могут способствовать только стабилизации имеющегося патологического процесса и поддержанию компенсаторно-приспособительных механизмов на уровне, позволяющем обеспечить продолжение беременности до возможного оптимального срока родоразрешения.

Принципы лечения

1 Оксигенотерапия

2 Коррекция реологических свойств крови для улучшения ее циркуляции в маточно-плацентарной системе (антиагреганты – трентал, курантил)

3 Применение токолитиков (гинипрал, партусистен)

4 Витаминотерапия

5 Использование гепатопротекторов (карсил)

6 Лечение фетоплацентарной недостаточности начинают и проводят в стационаре не менее 4-х недель с последующим её продолжением в женской консультации. Общая длительность лечения составляет не менее 6-8 недель. Для оценки

При отсутствии положительного эффекта от лечения и нарастания признаков фетоплацентарной недостаточности, которые свидетельствуют о декомпенсации фетоплацентарного комплекса, или в случае острой гипоксии плода, решается вопрос об экстренном родоразрешении. В этой ситуации наиболее предпочтительно кесарево сечение. Если отсутствуют признаки декомпенсации фетоплацентарного комплекса, проводимая терапия эффективна, и позволяет сложившаяся клиническая ситуация, то родоразрешение возможно через естественные родовые пути при соблюдении следующих условий: головное предлежание плода; полная соразмерность головки плода и таза матери; достаточная готовность организма к родам.

Профилактические мероприятия

Одно из основных профилактических мероприятий - раннее выявление и взятие на диспансерный учет беременных группы риска по развитию фетоплацентарной недостаточности. С наступлением беременности следует правильно организовывать режим дня пациентки с полноценным отдыхом, включающим сон не менее 8-10 ч, в том числе и дневной в течение 2 ч, а также пребывание на свежем воздухе 3-4 ч.

Важное значение для здоровья матери и правильного развития плода имеет рациональное сбалансированное питание, с адекватным содержанием белков, жиров, углеводов, витаминов и микроэлементов. Потребление жидкости (при отсутствии отеков) во второй половине беременности должно составлять 800мл - 1л. Важно следить за увеличением массы тела во время беременности.

Профилактические мероприятия с применением медикаментозных препаратов у

беременных группы риска назначаются только врачом и их целесообразно проводить в 14-16 недель и в 28-34 недели. Длительность каждого из таких курсов должна составлять 3-4 недели. Медикаментозная профилактика усиливает компенсаторно-приспособительные реакции матери и плода, предупреждает нарушения фетоплацентарного кровотока и морфологические нарушения в плаценте.

Беременная должна быть своевременно госпитализирована в акушерский стационар для подготовки к родам и решения вопроса о сроке и способе родоразрешения.

Использованная литература:

1 Серов В.Н., Пырегов А.В., Баранов И.И. руководство для врачей «Неотложные состояния в акушерстве», ГЭОТАР-Медиа, 2013, с. 784

ISBN: 978-5-9704-2001-0

2 Учебное пособие «Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии» под ред. С.-М. А. Омарова, ГЭОТАР-Медиа, 2016, с. 845, ISBN: 978-5-9704-3860-2

3 Айламазян Э.К. «Неотложная помощь в акушерстве» руководство для врачей, изд.5-е переработанное и доп., ГЭОТАР-Медиа, 2015, с. 384, ISBN: 5970433314