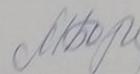


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ

Предлежание плаценты

Выполнила:

клинический ординатор

Зубцова Ю.О.

Красноярск, 2018.

Рецензия

на реферат по дисциплине «акушерство и гинекология»

клинического ординатора Зубцовой Ю.О. на тему: «Предлежание плаценты» от 2018 года

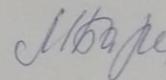
В реферате Зубцовой Ю.О. раскрыты все актуальные аспекты, касающиеся данной проблемы. Автором было проанализировано большое число факторов риска, классификация, этиологичность данной проблемы. Рассмотрена клиническая картина, приведены основные методы диагностики. Большое внимание уделено методам лечения данной проблемы.

Работа характеризуется высокой теоретической и практической значимостью. Реферат написан хорошим научным языком, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованны, обладают важным теоретическим значением. Текст логичен, последователен. Содержание работы соответствует заявленной теме. Замечаний к оформлению нет.

Учитывая достоинства и недостатки, реферат Зубцовой Ю.О. на тему «Предлежание плаценты» заслуживает оценки «отлично».

Проверила: Базина М.И.



Содержание

- I.** Введение
- II.** Определение
- III.** Предрасполагающие факторы к ПП
- IV.** Классификация
- V.** Скиннинг и диагностика
- VI.** Клиническая картина при ПП
- VII.** Профилактика при ПП
- VIII.** Лечение и родоразрешение при ПП
- IX.** Заключение
- X.** Список используемой литературы

1. Введение

Кровотечение при предлежании плаценты с возможным ее вращением в матку или близлежащие органы непредсказуемо и непредотвратимо, чаще всего значительно по объему и представляет реальную угрозу жизни и здоровью матери и плода. В связи с ростом частоты КС в течение последних десятилетий в сочетании с увеличением среднего возраста беременных (особенно первородящих) увеличивается и частота данного осложнения.

По данным ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации кровотечения при беременности и в родах являются наиболее частой причиной материнской смертности в России из числа прямых акушерских причин, несмотря на то что именно эти причины являются управляемыми, и правильно и своевременно оказанная помощь может значительно увеличить шансы выжить как матери, так и плода. Именно поэтому задача диагностики и своевременного и адекватного вмешательства, прежде всего, родоразрешения является на сегодня актуальнейшей задачей, стоящей перед всеми специалистами, оказывающими помощь при беременности. Этот клинический протокол ведения беременности и родов при предлежании плаценты является документом, суммирующим последние доказательные данные о тактике ведения при описанных осложнениях.

2. Определение

Предлежание плаценты (Placenta previa)-прикрепление плаценты в области внутреннего зева или в непосредственной близости от него, препятствующее или создающее помехи при родоразрешении через естественные родовые пути.

Частота встречаемости предлежания плаценты колеблется в пределах 0,3— 0,8%.

Основная причина смерти – шок и кровотечение.

Материнская заболеваемость составляет 23%. Преждевременные роды встречаются в 20% случаев.

3. Предрасполагающие факторы к ПП:

- воспалительные процессы (хронический эндометрит);
- большое число родов в анамнезе;
- перенесенные аборт и послеабортные воспалительные заболевания;
- миома матки;
- рубец на матке после операции кесарева сечения и других операций на матке;
- дисфункция яичников и коры надпочечников;
- беременность после ЭКО;

- пожилой возраст первородящей.

Основной причиной предлежания плаценты является наличие дистрофических изменений слизистой оболочки матки.

4. Классификация

В норме плацента располагается в теле матки, на 7 см выше внутреннего зева.

Классификация:

- полное предлежание плаценты – внутренний зев полностью перекрыт плацентой;
- частичное предлежание плаценты – внутренний зев частично перекрыт плацентой;
- краевое предлежание плаценты – край плаценты располагается у края внутреннего зева;
- низкое прикрепление плаценты – плацента имплантируется в нижнем сегменте матки, но край плаценты не достигает внутреннего зева.

5. Скрининг и диагностика

Предлежание плаценты обычно определяется при УЗИ. Более достоверно исследование вагинальным датчиком, чем трансабдоминальным, при этом безопасность обоих способов одинакова.

В России большинство беременных обращаются за помощью в женские консультации в первой половине беременности. В этом случае УЗИ-скрининг должен проводиться на сроке 18—20 нед, при этом обязательно определяется локализация плаценты, а значит, должен быть выставлен диагноз «предлежание плаценты».

В случае получения положительных или сомнительных результатов УЗИ беременная должна быть проконсультирована в родовспомогательном учреждении 3-го уровня для составления дальнейшего плана ведения беременности.

В наиболее сложных случаях, особенно при подозрении на placenta accreta, increta, percreta, желательное использование аппарата ядерно-магнитного резонанса или мощного цветного Доплера.

Плацента способна к «миграции» в течение II и III триместров (эта способность более выражена при локализации плаценты на передней стенке матки, чем на задней, а также при отсутствии КС в анамнезе).

При полном предлежании плаценты и отсутствии дополнительных показаний УЗИ необходимо повторить не позднее 32 недель гестации.

При неполном предлежании и отсутствии дополнительных показаний повторное УЗИ должно быть проведено не позднее 36 недель.

Медицинский работник, оказывающий помощь беременной, должен заподозрить предлежание плаценты у необследованных женщин в случае: — любого кровотечения (особенно яркой, свежей крови) из половых путей во второй половине беременности; — высокого расположения предлежащей части над входом в таз или неправильного положения плода.

6. Клиническая картина предлежания плаценты

- возможны эпизоды кровотечений без болевого синдрома и повышенного тонуса матки;
- кровотечение наружное, поэтому визуально определенный объем кровопотери соответствует состоянию беременной;
- высокое расположение предлежащей части плода или неправильное его положение;
- развитие признаков дистресса плода соответствует объему наружной кровопотери.

Ведение во время беременности

Любой случай антенатального кровотечения — показание для срочной госпитализации в ближайшее родовспомогательное учреждение (на сроке до 34 нед желательно в учреждение 3-го уровня).

При госпитализации на сроке беременности до 34 недель гестации и возможности родоразрешения необходимо проведение курса глюкокортикоидов по принятой схеме для профилактики РДС.

Полное предлежание плаценты (при отсутствии в анамнезе эпизодов кровотечений) — показание для дородовой госпитализации в 34 недели беременности. При отсутствии возможности экстренной транспортировки в стационар 3-го уровня беременная может быть госпитализирована раньше.

В случаях отказа от госпитализации возможно продолжение амбулаторного наблюдения, особенно в условиях города, когда имеется возможность экстренного обращения за специализированной помощью, обязательно после качественно проведенного консультирования.

Режим госпитализации при отсутствии кровянистых выделений — свободный. При появлении кровянистых выделений — ограниченный, возможно, постельный.

В случае продолжительной госпитализации с ограничением режима необходимо помнить о повышении риска тромбоза.

При поступлении и во время последующих бесед с пациенткой и членами ее семьи должны быть обсуждены следующие вопросы: о единственно возможный метод родоразрешения при полном предлежании плаценты — кесарево сечение; о наиболее частое осложнение — кровотечение, поэтому возможно проведение трансфузии; о возможно расширение объема

операции, вплоть до гистерэктомии; о другие вопросы, интересующие пациентку и ее родственников.

7. Профилактика

Начало кровотечения при предлежании плаценты связано с динамическими изменениями в нижнем сегменте матки, происходящими в конце беременности, а также с повышением маточной активности.

Попытки использования токолитиков группы бета-миметиков в случаях предлежания плаценты, с одной стороны, привели к увеличению гестационного срока и веса новорожденных, с другой — вызвали значительное количество известных побочных эффектов для матери и плода. Поэтому использование токолитиков для улучшения исходов беременности при предлежании плаценты в данное время в практике родовспомогательных учреждений не рекомендуется.

Наложение профилактического шва на шейку матки при предлежании плаценты в одном РКИ привело к уменьшению количества родов до 34 недель беременности (ОР 0,45), рождения детей весом < 2000 г (ОР 0,34) и с низкой оценкой по шкале Апгар на 5-й минуте (ОР 0,34) по сравнению с контрольной группой, в которой шов не накладывался.

8. Лечение и родоразрешение при предлежании плаценты

Тактика ведения беременности:

При выявлении ПП при УЗИ в ранние сроки беременности

- при отсутствии кровянистых выделений наблюдение в амбулаторных условиях;
- при наличии кровянистых выделений – стационарное лечение.

Терапия направлена на снятие возбудимости матки, укрепление сосудистой стенки:

Дротаверин 2% раствор, 2,0 в/м 3 раза/сутки+ Магне В6 2 таблетки 2 раза/сутки+ Этамзилат 2,0 в/м 2-3 раза/сутки.

Лечение проводят до нормализации тонуса матки и прекращения кровянистых выделений.

При сроке беременности более 16 недель возможно назначение токолитиков:

Гексопреналин 0,005 мг в/в капельно в 500 мл 5% раствора декстрозы до угнетения сокращений матки, затем внутрь 0,5 мл 4-8 раз/сутки, лечение проводится несколько недель или

Фенотерол 0,5 мг в/в капельно в 500 мл 0,9% раствора хлорида натрия до угнетения сокращений матки, затем внутрь 5 мг 4-8 раз/сутки в течение нескольких недель.

Сульфат магния для токолиза не используют. Так как гипермагниемия сглаживает реакцию организма матери на кровопотерю. На фоне применения сульфата магния мать и плод более тяжело переносят кровопотерю.

При недоношенной беременности с целью профилактики РДС плода показано с 26 недель введение глюкокортикоидов:

Дексаметазон 4 мг в/м 2 раза/день, 2-3 суток;

или внутрь: 1 день – 2 мг 4 раза/сутки

2 день – 2 мг 3 раза/сутки

3 день – 2 мг 2 раза/сутки.

Плановое родоразрешение при известном диагнозе полного предлежания плаценты . Полное предлежание плаценты — абсолютное показание для родоразрешения путем КС. Наиболее приемлемый срок проведения планового КС для уменьшения риска рождения незрелого ребенка — 38 недель беременности.

Необходимо заранее переопределить группу крови и Rh-принадлежность пациентки. Данные о результатах тестирования должны быть вынесены на первую страницу истории родов.

Необходимо заготовить не менее 4 единиц эритроцитарной массы для возможной трансфузии.

Выбор анестезии зависит от предпочтений пациентки, врача-анестезиолога и врача-акушера с учетом увеличения количества доказательств одинаковой эффективности, но большей безопасности региональной анестезии в случаях оперативного родоразрешения при предлежании плаценты в сравнении с общим наркозом.

Операцию должен проводить самый опытный врач акушер-гинеколог из присутствующих на смене (особенно опасно расположение по передней стенке при рубце после КС). КС проводится в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом. Во время операции высок риск кровотечения из плацентарного ложа — возможно наложение дополнительных гемостатических швов с одновременным введением дополнительных доз утеротоников (20 ЕД окситоцина на 1 л раствора со скоростью 60 кап. в минуту).

В случае возникновения тяжелого кровотечения дальнейшие действия определяет протокол «Послеродовое кровотечение (ПРК)». В случае некупируемого кровотечения, особенно при вращении плаценты, может потребоваться расширение объема операции вплоть до гистерэктомии.

При неполном предлежании плаценты возможны роды через естественные родовые пути. В этом случае повышен риск кровотечения во время родов. Ранняя амниотомия в родах может

быть эффективной для профилактики и остановки кровотечения, так как прилежащая часть прижимает край плаценты. Родоразрешение проводится в стационаре 2—3-го уровня.

Любое кровотечение во второй половине беременности — противопоказание для влагалищного исследования без развернутой операционной.

При наличии показаний к экстренному родоразрешению необходимо:

- до 34 недель гестации проводить родоразрешение в учреждении только 3-го уровня;
- на сроке 34 недели и более возможно проведение родоразрешения в условиях акушерского стационара 2-го уровня, но только при наличии возможности трансфузии значительных объемов препаратов крови.

При поступлении в стационар беременной с подозрением на предлежание плаценты и кровотечением необходимо одновременно:

- позвать на помощь свободный персонал;
- на каталке доставить женщину в операционно-родовой блок;
- развернуть операционную;
- оценить величину кровопотери;
- оценить состояние матери (пульс, АД, ЧДД, температуру тела);
- катетеризировать две кубитальные вены катетерами большого размера (G 14 или 16) (в идеальном случае должно быть произведено на этапе перевозки);
- начать инфузию физиологического раствора в объеме 3:1 к объему предположительной кровопотери;
- определить группу крови, Rh-принадлежность, гемоглобин, эритроциты, гематокрит, коагулограмму;
- обеспечить наличие препаратов крови и СЗП;
- при подозрении на коагулопатию провести прикроватный тест.

При сильном и продолжающемся кровотечении срочно родоразрешить оперативным путем.

Тактика при легком или остановившемся кровотечении

-если плод живой и гестационный срок < 34 недель — консервативная тактика (начать профилактику РДС глюкокортикоидами по принятому в стационаре протоколу);

-если плод живой и гестационный срок 34—37 недель — консервативная тактика;

-если плод живой и доношенный — подготовка к плановому оперативному родоразрешению;

-плод мертвый или с явными аномалиями развития при любом сроке гестации — подготовка к родоразрешению (при полном предлежании — оперативным путем).

При остановившемся кровотечении в случае первоначального поступления в стационар 1-го уровня необходимо рассмотреть возможность перевода в учреждение более высокого уровня. При повторившемся эпизоде кровотечения необходимо взвесить преимущества и риски для женщины и плода при продолжении выжидательной тактики.

В случае если проведение УЗИ для подтверждения диагноза невозможно или его результат ненадежен, влагалищное исследование можно проводить только в условиях развернутой операционной.

Очередность исследования

1. Осмотреть шейку матки в зеркалах, если шейка частично раскрыта и видна ткань плаценты — диагноз очевиден.

2. Если шейка матки закрыта, осторожно пропальпировать своды влагалища: если определяется губчатая ткань, диагноз предлежания плаценты подтверждается; если пальпируется твердая головка плода, предлежание плаценты маловероятно.

3. Если диагноз предлежания плаценты по-прежнему вызывает сомнения, провести осторожное пальцевое исследование цервикального канала: если пальпируются мягкие ткани внутри шейки матки, предлежание плаценты подтверждается.

9. Заключение

Перинатальная смертность при предлежании плаценты обусловлена недоношенностью и величиной кровопотери у матери.

Кровотечение при ПП требует неотложной помощи, все действия необходимо производить быстро и четко. При позднем начале лечения и проведении неадекватной гемостатической и кровозамещающей терапии велика опасность развития ДВС-синдрома, что увеличивает опасность для жизни матери и плода.

Несмотря на усилия по улучшению ситуации по охране здоровья матери и ребенка, качество предоставляемой помощи в неотложных ситуациях остается на низком уровне.

Только при комплексном системном решении вопросов обеспечения своевременной квалифицированной неотложной акушерской помощью можно достичь снижения материнской смертности.

10. Список используемой литературы

1. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. – 3-е изд., испр. и доп. / Г.М. Савельева, В.Н. Серов, Г.Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009. – 880 с.
2. Акушерство. Национальное руководство/ В.И. Кулаков, Г.М. Савельева, И.Б. Манухин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1072 с.
3. Предлежание плаценты// В кн.: 2000 болезней от А до Я. Справочник-путеводитель практического врача/ Под ред. И.Н. Денисова, Э.Г. Улумбекова. - М.: ГЕОТАР МЕДИЦИНА, 1999.- с. 712-713
4. Серов В.Н., Маркин С.А. Акушерские кровотечения. Предлежание плаценты. Глава XI. / В кн.: Критические состояния в акушерстве - М. , 2003, 704 с. с.521-528.
5. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Лукашина М.В. и др. Опыт осуществления органосохраняющих операций при вращении плаценты./Акушерства и гинекология , 2011.- №8., с.86 - 90.
6. Мусуралиев М.С., Макенжан у. А. Качество и проблемы оказания неотложной помощи при критических состояниях в акушерстве. Ж. Здоровье матери и ребенка, 2011.,- Том 3, №1.- С 139142