**БПОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**ПМ .02** **Осуществление лечебно -** д**иагностической деятельности**

**МДК 02.04** **Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний акушерско-гинекологического профиля**

**Учебно-методический комплект преподавателя**

**Комаровой Г.Я. по теме «Диагностика и лечение осложнений беременности»**

**Цель лекции**: Изучить теоретические аспекты диагностических мероприятий и планирования лечения при предлежание плаценты

**План лекции**.

1.Предлежание плаценты. Определение понятия. Этиология. Патогенез. Классификация. Ведение беременных и рожениц с предлежанием плаценты.

2.Отслойка нормально расположенной плаценты

***1.Предлежание плаценты. Определение понятия. Этиология. Патогенез. Классификация. Ведение беременных и рожениц с***

***предлежанием плаценты.***

Нормальным считается расположение плаценты в верхней части тела матки, при таком условии в родах сначала рождается ребенок и потом уже плацента.

***Предлежание плаценты —*** расположение плаценты в нижнем сегменте матки в области внутреннего зева или на 7 см выше (по данным УЗИ). При предлежании плацента находится на пути рождающегося плода.

В III триместре частота предлежания плаценты составляет 0,2–3,0%. До 22–24 нед предлежание плаценты наблюдают чаще. По мере прогрессирования беременности и роста матки происходит смещение плаценты вверх, после чего она располагается на 7–10 см выше внутреннего зева. Этот процесс иногда называют «миграция плаценты».

***Этиология***. Чаще всего к предлежанию плаценты приводят патологические изменения в матке, особенно в её слизистой. У первородящих и здоровых в гинекологическом плане женщин предлежание плаценты маловероятно.

*Маточный фактор* связан с дистрофическими изменениями слизистой оболочки матки, в результате чего происходит нарушение условия плацентации:

- хронический эндометрит;

- значительное количество родов и абортов в анамнезе, особенно при развитии послеродовых или послеоперационных эндометритов;

- наличие рубцов на матке после КС или консервативной миомэктомии;

- курение.

К *плодовым факторам*, способствующим предлежанию плаценты, относят:

- снижение протеолитических свойств плодного яйца, когда нидация в верхних отделах матки невозможна.

При предлежании плаценты в силу недостаточного развития слизистой матки в нижнем сегменте возможно плотное прикрепление плаценты или истинное приращение.

***Патогенез.*** Плодное яйцо при нормальной беременности должно имплантироваться в слизистую в верхней части матки, но если в этих отделах плохо развит эндометрий, имеются рубцы или трофобласт недостаточно активен на данный момент, то имплантации не происходит и плодное яйцо опускается ниже и прикрепляется в нижнем отделе.Наблюдается миграция плаценты:

* активная миграция за счет разрастания ворсин хориона с одной стороны, где обеспечение плода может быть более эффективным, и сглаживание с другой стороны, где были исчерпаны эти возможности. Оптимальной является средняя скорость миграции, когда в течение 2-4 недель плацента перемещается вверх, и появляется возможность нормальногородоразрешения без осложнений;
* пассивная миграция связана с ростом матки. Если во II триместре выявляется довольно много случаев низкой плацентации, то с ростом матки плацента пассивно отодвигается на безопасное расстояние от внутреннего зева.

***Принята следующая классификация предлежания плаценты:***

* ***полное предлежание плаценты***, когда плацента полностью закрывает внутренний маточный зев;
* ***частично епредлежание плаценты***- в том случае, когда внутренний зев лишь отчасти закрыт плацентой;
* ***краевое предлежание плаценты***- характеризуется тем, что край плаценты и край внутреннего зева совпадают;
* ***низкая плацентация -*** плацента не определяется даже при полном раскрытии, но нижний её край расположен не далее 6 см от внутреннего зева.

Это наиболее распространенный вид предлежания, в то время как полное предлежание бывает реже всего.

Согласно данным трансвагинальной эхографии выделяют четыре степени предлежания плаценты:

- I степень (плацента расположена в нижнем сегменте, край плаценты достигает внутреннего зева, но расположен на расстоянии не менее 3 см от него);

- II степень (нижний край плаценты достигает внутреннего зева шейки матки, но не перекрывает внутренний зев);

- III степень: нижний край плаценты перекрывает внутренний зев, переходя на противоположную часть нижнего сегмента, при этом расположение плаценты на передней и задней стенке матки асимметрично;  
- IV степень: плацента симметрично расположена на передней и задней стенках матки, перекрывает внутренний зев своей центральной частью.

**Врастание плаценты**

Выделяют три морфологических варианта нарушения инвазии ворсин хориона:

- приращение к миометрию – placenta accreta

- прорастание мышечной оболочки – placenta increta

- прорастание серозного слоя и/или соседних органов – placenta percreta.

***Клиника.*** В результате отслойки плаценты от стенки матки (в связи с формированием нижнего сегмента к концу беременности) главным клиническим симптомом предлежания плаценты является кровотечение. Особенностью кровотечения является то, что оно абсолютно безболезненно. Кроме того, оно внезапное, наружное и повторяющееся.

Наблюдаются снижение артериального давления, железодефицитная анемия и дефицит объема циркулирующей крови. Очень часто предлежание плаценты осложняется слабостью родовой деятельности, тазовыми предлежаниями плода, недонашиванием, а также нарушением течения послеродового периода, так как плацента может врастать. Косвенными признаками предлежания плаценты являются: поперечное или косое положение плода, высокое стояние предлежащей части плода над входом в малый таз и пастозность сводов влагалища.

В родах один из факторов появления кровотечения при предлежании плаценты - натяжение оболочек в нижнем полюсе плодного пузыря. Разрыв плодных оболочек прекращает натяжение, плацента перемещается вместе с нижним сегментом, кровотечение может остановиться.

Дополнительным фактором остановки кровотечения при неполном предлежании плаценты может стать прижатие плаценты опускающейся в таз головкой плода. При полном предлежании плаценты самопроизвольная остановка кровотечения невозможна, поскольку плацента в родах по мере сглаживания шейки продолжает отслаиваться от стенки матки.

Общее состояние женщины при предлежании плаценты зависит от величины кровопотери. При этом необходимо учитывать кровь, скапливающуюся во влагалище (до 500 мл).

Состояние плода зависит от тяжести анемии или геморрагического шока при кровопотере. При обильном кровотечении развивается острая гипоксия плода.

Осложнения беременности и родов:

- угроза прерывания беременности;

- железодефицитная анемия;

- неправильное положение и тазовое предлежание плода;

- хроническая гипоксия и задержка роста плода за счёт плацентации в нижнем сегменте и относительно низкого кровотока в этом отделе матки;

- в раннем послеоперационном или послеродовом периоде возможно маточное кровотечение, обусловленное гипотонией или атонией нижнего маточного сегмента или разрывом шейки матки после родов через естественные родовые пути.

***Диагностика.*** С развитием УЗИ диагностика данной патологии не вызывает затруднений. Она возможна еще до проявления осложнений и позволяет вовремя принять профилактические меры.

*Физикальное исследование*

Диагностика основана на клинических признаках предлежания плаценты:

- кровяные выделения из половых путей яркого цвета при безболезненной матке;

- высокое стояние предлежащей части плода;

- неправильные положения или тазовые предлежания плода.

При предлежании плаценты влагалищное исследование проводить нежелательно, так как может произойти отслойка плаценты, усиливающая кровотечение. При отсутствии возможности УЗИ влагалищное исследование осуществляют крайне осторожно. При исследовании пальпируют губчатую ткань между предлежащей частью и пальцами акушера.

Влагалищное исследование проводят при развёрнутой операционной, позволяющей экстренно произвести КС в случае появления обильных кровяных выделений. Многочисленные исследования продемонстрировали снижение объема кровопотери при плановом родоразрешении по сравнению с экстренным

***Лечение.*** В том случае, когда незначительное кровотечение начинается при недоношенной беременности, необходимо назначить женщине строгий постельный режим, токолитические и спазмолитические препараты, а также препараты для лечения анемии и улучшения маточно-плацентарного кровотока.

Консервативное ведение родов возможно в случае неполного предлежания плаценты при хорошей родовой деятельности, затылочном предлежании плода после проведения амниотомии при раскрытии шейки матки на 5-6 см.

При незначительных кровяных выделениях назначают терапию, направленную на сохранение беременности под контролем гемостаза в стационаре:

- спазмолитики;

- b-адреномиметики;

- при выявлении дефектов гемостаза вводят свежезамороженную плазму;

- дезагрегационные препараты (дипиридамол, пентоксифиллин);

- лекарственные средства, направленные на активацию гемостаза и улучшение микроциркуляции;

- одновременно проводят антианемическую терапию;

- осуществляют ультразвуковой контроль расположения плаценты Повторяющиеся кровопотери объемом до 200 мл или же одномоментная кровопотеря свыше 250 мл, наличие хронических заболеваний органов и систем, полное предлежание плаценты, неполное предлежание плаценты в сочетании с продолжающейся кровопотерей, косое или поперечное положение плода, крупный плод, гипоксия плода или же анатомически узкий таз являются показаниями к операции кесарева сечения.

- У пациенток с **предлежанием/низким** расположением плаценты при наличии (*Клинические рекомендации – Патологическое прикрепление плаценты (предлежание и врастание плаценты) – 2023-2024-2025 (22.05.2023*) – схваткообразных болей, рекомендовано проведение токолитической терапии в течение 48 часов для проведения профилактики РДС плода.

**Рекомендовано проведение профилактики респираторного дистресс-синдрома плода** у женщин с врастанием/предлежанием плаценты при повторяющихся эпизодах кровяных выделений или сокращений матки до 36 недель беременности в связи с высоким рисом экстренного родоразрешения.

- При **истмико-цервикальной недостаточности** у пациенток с предлежанием/врастанием плаценты не рекомендовано наложение швов на шейку матки для пролонгирования беременности и уменьшения риска кровотечения. Возможна коррекция шейки матки путем наложения акушерского пессария, позволяющего снизить частоту родов <= 34 недель- Рекомендовано пациенткам с врастанием плаценты с клиническими симптомами (кровотечение, сокращение матки) госпитализация в стационар 3 группы

Информация для пациентки

Дома беременная женщина должна соблюдать определённый режим (исключить физическую нагрузку, поездки, половую жизнь).

Необходимо регулярно (через 3–4 нед) проводить УЗИ для того, чтобы проследить миграцию плаценты.

Беременная женщина и её родственники должны знать, в какое лечебное учреждение будет экстренно госпитализирована женщина при появлении кровяных выделений, особенно массивных.

***Осложнения:*** анемия, ДВС-синдром, геморрагический шок, смертельный исход. Высок процент оперативных вмешательств и послеоперационных осложнений.

***Обязанности акушерки***. При диагностике предлежания плаценты во время беременности необходимо госпитализировать женщину в специализированное акушерское отделение или родильный дом.Акушерка обязана осуществлять уход, наблюдение под контролем врача и выполнять его назначения при консервативной тактике; подготавливать женщину к операции, обеспечить послеоперационный уход.

На доврачебном уровне акушерка должна оценить степень кровопотери, тяжесть состояния, обеспечить экстренную госпитализацию пациентки на носилках с опущенным головным концом в ближайший роддом, проводить инфузионную терапию для восполнения объема циркулирующей крови (ОЦК), сообщить в стационар для подготовки к операции и гемотрансфузии.

При уходе за женщиной с предлежанием плаценты в родильном доме акушерка должна обеспечить максимальный комфорт, следить за выполнением режима беременной, наблюдать за АД, пульсом, температурой, сердцебиением плода, выделениями (контроль подкладной), физиологическими отправлениями, суточным диурезом, количеством вводимой жидкости, сообщать эту информацию врачу, выполнять назначения.

***Профилактика*** предлежания плаценты включает профилактику абортов и их осложнений, половых инфекций, послеродовых осложнений.

***2.Отслойка нормально расположенной плаценты. Определение понятия. Этиология. Патогенез. Классификация.***

***Ведение беременных и рожениц с ПОНРП.***

Своевременным является отслоение плаценты в III или последовом периоде родов. Преждевременной считается отслойка плаценты, которая произошла раньше III периода родов. Этот редкий вид осложнения встречается приблизительно в 0,1% случаев.

***Этиология.*** Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты возникает на фоне нарушения маточно-плацентарного кровообращения, которое чаще всего бывает у женщин с общими нарушениями кровообращения (при гестозе, сердечно-сосудистой патологии, гломерулонефрите, диабете и других заболеваниях).

Преждевременной отслойке способствуют перерастяжение матки при многоводии, многоплодии, патология матки и оболочек плода, травматизм, стрессовые ситуации. Во время родов к этим причинам добавляются натяжение пуповины при ее недостаточной длине или обвитии, бурная родовая деятельность, оперативные пособия, позднее вскрытие плодного пузыря. При многоплодии отслойка плаценты может наступить после рождения первого плода. При сочетании причин вероятность осложнения увеличивается.

***Патогенез***. В результате ухудшения кровотока в плаценте снижается эластичность сосудистой стенки, повышается её проницаемость, в результате чего артериолы и капилляры разрываются. Разрыв сосудов приводит к формированию микрогематом (кровоизлияний), которые постепенно сливаются и нарушают базальную пластинку децидуальной ткани, образуя при этом ретроплацентарную (заплацентарную) гематому, причем потом уже сама гематома способствует отслаиванию плаценты.

***Виды преждевременной отслойки плаценты:***

* по времени (во время беременности, в I или во II периоде родов);
* по локализации (нормально расположенную или низко располо-женную);
* по динамике отслоения (быстро или медленно прогрессирующую);
* по площади (небольшую или обширную, полную);
* по адаптации матери и ребенка (компенсированная и некомпенси-рованная).

При наличии обширной быстро прогрессирующей и некомпенсированной отслойки существует опасность смертельных осложнений для матери и плода.

При компенсированной микролокальнойнепрогрессирующей отслойке можно её не распознать во время беременности и обнаружить при осмотре плаценты после родов признаки, на нее указывающие

***Клиника.*** При обширной отслойке нормально расположенной плаценты возникает яркая клиническая картина: внезапные локальные боли в месте отслоения плаценты, признаки внутренней кровопотери (головокружение, частый пульс, гипотония, бледность). Может быть рвота, потеря сознания.

Наружное кровотечение наблюдается, если имеется краевое отслоение низко расположенной плаценты. При пальпации отмечается локальная болезненность в месте отслоения плаценты .Сердцебиение плода плохо прослушивается и может отсутствовать при его гибели. Состояние женщины средней тяжести или тяжелое при обширной отслойке. При небольшой отслойке клинические признаки менее выражены.

***Диагностика.*** Заподозрить данную патологию можно по выраженной клинике, особенно если она возникает на фоне предрасполагающих факторов (например, гестоза). При стертой клинике наличие отслойки плаценты подтверждается при помощиУЗИ. До внедрения в акушерскую практику этого метода, можно было поставить диагноз только при обширной отслойке, но теперь можно выявить незначительные изменения при ещё компенсированных состояниях и таким образом предотвратить осложнения и сохранить жизнь и здоровье матери и плоду.

После родов диагноз отслойки плаценты позволяет установить наличие кровяного сгустка, плотно прилегающего к плаценте, и углубления (фасетки) под ним. Цвет сгустка при старой отслойке - коричневатый. При более свежей - темно-кровянистый.

***Дифференциальный диагноз.*** Боли в эпигастральной области характерны для тяжелой преэклампсии и при начавшемся разрыве матки. При локализации плаценты по задней стенке дифференциальный диагноз проводится с почечной патологией и аппендицитом. Наибольшую диагностическую ценность имеет УЗИ.

***Осложнения.*** У плода либо возникает глубокая гипоксия, либо он погибает при отслоении 1/3 части плаценты. Матери грозят не менее опасные осложнения. При обширной ретроплацентарной гематоме может быть пропитывание матки кровью, маточно-плацентарная апоплексия, описанная Кувелером («матка Кувелера»).

Такая матка утрачивает способность сокращаться, вследствие чего возникает гипотоническое или атоническое кровотечение, развиваются ДВС-синдром, геморрагический шок, послеродовая анемия и инфекционные послеродовые осложнения. Если помощь была недостаточно быстрой и квалифицированной, наступает смертельный исход.

***Акушерская тактика***. Для оказания помощи необходимо врачебное вмешательство. При выявлении преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты показано срочноеродоразрешение. Во время беременности или в I периоде родов — это кесарево сечение. В случае «матки Кувелера» и развития ДВС-синдрома показана экстирпация матки.

Если отслойка возникает во II периоде родов, проводят срочное родоразрешение через естественные родовые пути, для этого применяют акушерские щипцы, вакуум-экстракцию или извлечение плода за ножку. Проводят ручное удаление последа и ручное обследование полости матки. Одновременно проводится инфузионная терапия.

При ПОНРП необходимо быстрое обеспечение госпитализации и развертывание операционной, адекватное восполнение кровопотери и борьба с нарушениями свертывания и гемодинамики. Поэтому женщина направляется в ближайший родильный дом, в который сообщается о ее поступлении, диагноз и некоторые сведения (например, группа крови и резус-фактор). Транспортировка на носилках с опущенным головным концом и обеспечением контакта с веной и инфузионной терапией.

При минимальных проявлениях отслойки (когда ее трактуют как наличие плацентарной недостаточности) проводится консервативное лечение, если это не грозит жизни и здоровью матери и плода. Акушерская тактика определяется только врачом, лечение проводится в стационаре.

***Профилактика.*** Своевременная диагностика и лечение состояний, способствующих преждевременной отслойке. Профилактическая госпитализация и лечение беременных с гестозами, экстрагенитальной патологией, многоводием, своевременное и правильное родоразрешение.

***Реабилитация.*** После такой тяжелой патологии и особенно её осложнений помимо обычной реабилитации, проводимой родильницам и послеоперационным больным, необходима коррекция нарушений, вызванных кровотечением. При потере ребенка (особенно в случае утраты репродуктивной функции) необходима психопрофилактическая коррекция.

***Обязанности акушерки и особенности ухода***. Акушерка обязана заподозрить патологию по клиническим признакам, вызвать врача, в отсутствие врача обеспечить контакт с веной, госпитализацию или транспортировку в операционную, проводить уход до и после операции, выполнять назначения врача, участвовать в профилактической и реабилитационной работе.