

РЕФЕРАТ

По Акушерству и гинекологии год обучения 2
(Наименование дисциплины)

На тему Предметание плаценты
(Полное название темы)

Ординатора Мовсесян Мелхиз Тарниковна
(Фамилия Имя Отчество)

Профиль подготовки Акушерство и гинекология
(Наименование профиля подготовки)

Дата предоставления работы «___» _____ 20___ г.

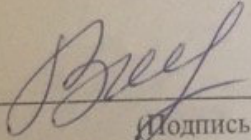
РЕЦЕНЗИЯ

Преподаватель Коновалов В.Н.
(ФИО преподавателя)

Тема реферата соответствует содержанию
полностью раскрыта.

Оценка отлично

Дата проверки «___» _____ 20___ г.

Преподаватель  (Подпись)
(Коновалов). (Расшифровка подписи)

При физиологическом течении беременности плацента располагается в области дна или тела матки, по задней стенке, с переходом на боковые стенки, т. е. в тех областях, где лучше васкуляризация миометрия. На передней стенке плацента располагается несколько реже, так как передняя стенка матки подвергается значительно большим изменениям, чем задняя. Кроме того, расположение плаценты по задней стенке предохраняет ее от случайных травм.

Предлежание плаценты (*placenta praevia*) - патология, при которой плацента располагается в области нижнего сегмента матки, частично или полностью перекрывая внутренний зев. Встречается с частотой 0,1-1 % от общего числа родов.

Соответственно различают полное и неполное предлежание плаценты. Если плацента полностью перекрывает область внутреннего зева, то это квалифицируется, как полное предлежание плаценты (*placenta praevia totalis*). Такой вариант встречается с частотой 20-30 % от общего числа предлежаний. Если плацента только частично перекрывает область внутреннего зева, то это неполное предлежание (*placenta praevia partialis*), которое отмечается с частотой 35-55 %.

Различают также и низкое расположение плаценты, когда ее нижний край находится ниже 5 см (в III триместре) от внутреннего зева.

При предлежании плаценты отмечается высокая перинатальная смертность, достигающая 7- 25 %. Это обусловлено более высокой частотой преждевременных родов (недоношенность новорожденных, развитие синдрома дыхательных расстройств), ФПН, неправильным положением и предлежанием плода.

Материнская смертность от кровотечения и геморрагического шока достигает 3 %.

Что провоцирует. Причины предлежания плаценты

Причины возникновения аномального расположения плаценты условно можно разделить на две группы.

-факторы, зависящие от состояния организма женщины.

Наиболее частыми причинами являются патологические изменения эндометрия, нарушающие нормальную децидуальную реакцию вследствие воспаления, оперативных вмешательств- выскабливание, кесарево сечение, консервативная миомэктомия, перфорация матки, многократных осложненных родов. К этиологическим факторам относят также миому матки, эндометриоз, аномалии или недоразвитие матки, патологию шейки матки, ИЦН, эндоцервицит, многоплодную беременность. Предлежание плаценты более характерно для повторно беременных женщин (75 %), чем для первородящих.

-факторы, связанные с особенностями плодного яйца.

Вследствие нарушения процесса имплантации трофобласта и запоздалого проявления ферментативных процессов в трофобласте плодное яйцо не может своевременно имплантироваться в верхних отделах матки. Этот процесс осуществляется только тогда, когда плодное яйцо опустилось уже в нижние отделы матки.

В группу риска по формированию предлежания плаценты следует относить беременных с:

-отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (многочисленные аборт, диагностические выскабливания, осложненные роды);

-перенесенными ранее оперативными вмешательствами на матке;

-нарушениями нейроэндокринной регуляции менструального цикла;

-гипоплазией гениталий;

-воспалительными заболеваниями органов репродуктивной системы;

-миомой матки;

- эндометриозом;
- патологией шейки матки.

Симптомы предлежания плаценты

Ведущим клиническим симптомом при предлежании плаценты является повторяющееся кровотечение из половых путей. Кровотечения могут возникать в различные сроки беременности (начиная с I триместра и до срока родов). Однако чаще всего они наблюдаются во второй половине беременности вследствие формирования нижнего сегмента матки. У 1/3 женщин - до 30 нед, у Уз - от 32 до 35 нед, у оставшейся трети после 35 нед, а также при появлении родовой деятельности. В последние недели беременности, когда сокращения матки становятся более интенсивными, кровотечения могут усиливаться. Кровотечение во время беременности при предлежании плаценты встречается в 34 % случаев, во время родов - в 66 %.

Причина кровотечений заключается в повторяющейся отслойке плаценты, которая не способна растягиваться вслед за растяжением стенки матки при прогрессировании беременности или начале родовой деятельности. При этом плацента частично отслаивается со вскрытием межворсинчатого пространства, и кровотечение происходит из сосудов матки. Плод не теряет кровь. Однако ему угрожает гипоксия, так как отслоившаяся часть плаценты не участвует в газообмене.

Провоцирующими факторами возникновения кровотечения при беременности могут быть физическая нагрузка, резкое кашлевое движение, влагалищное исследование, половой акт, дефекация, тепловые процедуры (горячая ванна, сауна).

Выделяют некоторые особенности характера кровотечения в зависимости от вида предлежания плаценты.

При полном предлежании плаценты кровотечение часто появляется внезапно, без болевых ощущений, может быть обильным. Кровотечение

может прекратиться, но спустя некоторое время возникнуть вновь, а может продолжаться в виде скудных выделений. В последние недели беременности кровотечение возобновляется и/или усиливается.

При неполном предлежании плаценты кровотечение может начаться в самом конце беременности, чаще в начале периода раскрытия или даже позже, когда произошло сглаживание и раскрытие зева на 4-5 см. Сила кровотечения зависит от величины предлежащего участка плаценты. Чем больше предлежит плацентарной ткани, тем раньше и сильнее начинается кровотечение.

Иногда интенсивность кровотечения не соответствует степени предлежания плаценты: при полном предлежании плаценты может быть небольшое кровотечение, а неполное предлежание может сопровождаться очень обильным кровотечением, если отслойка произошла в области краевого венозного синуса плаценты.

Кровотечение при предлежании плаценты характеризуется следующими особенностями:

- всегда наружное;
- внезапное;
- алой кровью;
- без видимой внешней причины;
- не сопровождается какими-либо болевыми ощущениями;
- часто начинается в покое, ночью (беременная просыпается "в луже крови");
- внезапно может прекратиться;
- обязательно повторяется.

Характер повторного кровотечения никогда нельзя предусмотреть. Учетная наружная кровопотеря не соответствует истинной, степень анемии всегда более высокая.

Повторяющиеся кровотечения при беременности, осложненной предлежанием плаценты, в подавляющем числе наблюдений способствуют

развитию железодефицитной анемии.

Происходит отставание прироста ОЦК в первую очередь за счет снижения количества форменных элементов крови (эритроцитов), составляющее не более чем 500 мл против 1-1,2 мл при нормальном течении беременности. Это обуславливает высокий риск развития ДВС-синдрома и гиповолемического шока даже при очень небольшой кровопотере из-за снижения ресурсов ОЦК для централизации и компенсации.

Беременность при предлежании плаценты нередко осложняется угрозой прерывания, что, вероятно, обусловлено теми же причинами, что и возникновение аномального расположения плаценты. Преждевременные роды чаще всего имеют место у пациенток с полным предлежанием плаценты.

Для беременных с предлежанием плаценты характерно наличие артериальной гипотонии, которая встречается в 25-34 % наблюдений.

Гестоз также не является исключением для беременных с предлежанием плаценты. Известно, что при гестозе имеет место недостаточность второй волны инвазии цитотрофобласта, что негативно влияет на характер плацентации. Кроме того, гестоз, протекающий на фоне полиорганной недостаточности, а также с явлениями нарушений реологических и коагуляционных свойств крови, в значительной степени усугубляет характер повторяющихся кровотечений.

Предлежание плаценты часто сопровождается фетоплацентарной недостаточностью, гипоксией плода и задержкой его развития. Отслоившаяся часть плаценты выключается из общей системы маточно-плацентарного кровообращения и не участвует в газообмене. Поэтому степень гипоксии зависит от площади отслойки плаценты.

При предлежании плаценты нередко формируется неправильное положение плода (косое, поперечное) или тазовое предлежание, которые в свою очередь сопровождаются определенными осложнениями.

Частота предлежания плаценты во II триместре беременности в 8-10

раз выше, чем к началу родов, что обусловлено ее "миграцией" во II и III триместрах в сторону верхних отделов матки. Термин "миграция плаценты" на самом деле не отражает реальной сущности происходящего, однако он широко укоренился в акушерской практике. Изменение локализации плаценты осуществляется за счет изменения архитектоники нижнего сегмента матки в процессе беременности и направленности роста плаценты в сторону лучше васкуляризированных участков миометрия по сравнению с нижним сегментом матки. Более благоприятный прогноз с точки зрения миграции плаценты, отмечается при ее расположении на передней стенке матки. Обычно процесс "миграции плаценты" протекает в течение 6-10 нед и завершается к середине III триместра беременности.

Диагностика предлежания плаценты

Диагностика предлежания плаценты не представляет особых сложностей. При диагностике предлежания плаценты принимают во внимание следующие обстоятельства.

Жалобы пациентки (появление наружного маточного кровотечения, особенно повторного с учетом его особенностей). Повторяющиеся кровотечения со второй половины беременности, как правило, связаны с полным предлежанием плаценты. Кровотечение в конце беременности или в начале первого периода родов чаще связано с неполным предлежанием плаценты.

Данные анамнеза (наличие факторов риска).

Результаты наружного акушерского исследования (ВСДМ всегда выше, чем должна быть в данный срок беременности из-за высокого расположения предлежащей части плода), обнаружение косого или поперечного положения плода.

Выявление при аускультации шума сосудов плаценты в нижнем сегменте матки (место прикрепления плаценты).

Следует осмотреть стенки влагалища и шейки матки при помощи зеркал для исключения травмы, патологии шейки матки (полип, опухоль шейки матки и др.).

Данные влагалищного исследования. При полном предлежании плаценты и закрытом наружном зеве через своды предлежащая часть не определяется. Пальпируется мягкое массивное образование через все своды влагалища при полном предлежании плаценты, а при неполном предлежании - в переднем или одном из боковых сводов.

В том случае если канал шейки матки проходим, то при полном предлежании плаценты весь просвет внутреннего зева занят плацентарной тканью, а пальпация усиливает кровотечение. Если в пределах маточного зева обнаруживают плацентарную ткань и плодные оболочки, то это свидетельствует о частичном (неполном) предлежании плаценты. При низком прикреплении плаценты обращает на себя внимание шероховатость плодных оболочек. Следует всегда учитывать опасность развития обильного кровотечения при влагалищном исследовании в случаях предлежания плаценты. В этой связи при подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование допустимо только в условиях развернутой операционной. Выполняют его максимально бережно, с соблюдением правил асептики и антисептики, не форсируя, при полной готовности к инфузионно-трансфузионной терапии и к операции (катетер в вене).

В настоящее время наиболее объективным и безопасным методом диагностики предлежания плаценты является УЗИ, которое позволяет установить сам факт предлежания плаценты и вариант предлежания (полное, неполное), определить размер, структуру и площадь плаценты, оценить степень отслойки, а также получить точное представление о "миграции плаценты".

Если при УЗИ выявлено полное предлежание плаценты, то влагалищное исследование проводить вообще не следует. Если под данным УЗИ определяется неполное предлежание плаценты, то влагалищное

исследование производить необходимо.

При низком расположении плаценты в III триместре беременности, ее край определяется на расстоянии 5 см и менее от области внутреннего зева.

О предлежании плаценты свидетельствует обнаружение плацентарной ткани в области внутреннего зева.

О характере локализации плаценты во II и III триместрах беременности судят по соотношению расстояния от края плаценты до области внутреннего зева с величиной БПР головки плода.

При выявлении аномалий расположения плаценты следует проводить динамическое исследование для контроля за ее "миграцией". Для этих целей целесообразно выполнение трехкратного эхографического контроля на протяжении беременности в 16; 24-26 и в 34-36 нед.

УЗИ следует проводить при умеренном наполнении мочевого пузыря. При исследовании в основном используют стандартное продольное сканирование, но в ряде случаев для более четкой картины требуется получение изображения в косых сечениях. О предлежании плаценты свидетельствует обнаружение плацентарной ткани в области внутреннего зева матки.

С помощью УЗИ возможно также и определение наличия ретроплацентарной гематомы при отслойке плаценты (в том случае, если не произошло излитие крови из полости матки). Эхографическая картина гематомы зависит от давности ее существования. В течение 1-2 сут гематома обычно представляет собой гипоэхогенное образование различных размеров с мелкодисперсной взвесью, которое располагается между стенкой матки и плацентой. Со 2-3-х суток гематома становится более эхогенной за счет повышения плотности кровяных сгустков. При этом границы гематомы становятся менее четкими. К 10-15-м суткам наряду с участками высокой эхоплотности в структуре гематомы появляются анэхогенные зоны, одновременно уменьшаются и размеры гематомы.

Определенного внимания заслуживает и оценка площади гематомы.

Если участок отслойки занимает не более 1/4 площади плаценты, то прогноз для плода является относительно благоприятным. В том случае если гематома занимает более 1/3 площади плаценты, то чаще всего это приводит к смерти плода.

Ведение беременных и особенности родоразрешения

Характер ведения и лечение беременных с предлежанием плаценты зависит от выраженности кровотечения и количества кровопотери.

В первой половине беременности, если кровяные выделения отсутствуют, беременная может находиться дома под амбулаторным контролем с соблюдением режима, исключающего действие провоцирующих факторов, способных вызвать кровотечение (ограничение физической нагрузки, половой жизни, стрессовых ситуаций и т. д.).

Наблюдение и лечение при сроке беременности свыше 24 нед осуществляются только в акушерском стационаре.

Консервативное лечение, направленное на пролонгирование беременности до 37-38 нед, возможно, если кровотечение необильное, а общее состояние беременной и плода удовлетворительное.

Несмотря на прекращение кровянистых выделений из половых путей, беременные с предлежанием плацента ни при каких условиях не подлежат выписке до родов.

Ведение беременных в акушерском стационаре включает:

- соблюдение строгого постельного режима;

- применение препаратов спазмолитического и токолитического действия, обеспечивающих координированный характер сократительной деятельности матки и способствующих более плавному и постепенному растяжению нижнего сегмента матки;

- лечение анемии;

- лечение фетоплацентарной недостаточности.

В рамках лечения при предлежании плаценты назначают следующие препараты:

раствор магния сульфата 20-25 % внутримышечно 10 мл;

магне В6 по 2 таблетки внутрь 2 раза в день;

но-шпа по 2,0 внутримышечно или в таблетках по 0,04 г 3 раза в сутки.

При отсутствии выраженного кровотечения целесообразно назначение препаратов токолитического действия (β -адреномиметики).

Партусистен в дозе 0,5 мг разводят в 250 мл 5 % раствора глюкозы. В 1 мл (20 каплях) этого раствора содержится 2 мкг препарата. Препарат вводят внутривенно капельно со скоростью 15- 20 капель/мин в течение 3-4 ч. За 15- 20 мин до окончания внутривенного введения партусистен дают внутрь в дозе 5 мг 4 раза в сутки.

Далее курс терапии можно продолжить путем назначения препарата внутрь с индивидуальным подбором наиболее эффективной дозы.

Гинипрал также вводят внутривенно капельно в дозе 0,025 мг (5 мл) в 400 мл 5 % раствора глюкозы или изотонического раствора хлорида натрия.

В качестве побочного действия при использовании β -адреномиметиков могут наблюдаться тахикардия, артериальная гипотензия, головная боль, повышенная возбудимость, тремор, потливость, озноб, тошнота, рвота. При назначении препаратов требуется тщательный врачебный контроль за беременными. При назначении препаратов рекомендуется одновременно применять изоптин или финоптин, что значительно смягчает или исключает побочные явления.

Для лечения анемии применяют препараты железа:

сорбифер дурулес по 1 драже 2 раза в день до приема пищи;

тардиферон по 1 драже 2 раза в день за 1 ч до еды;

актиферрин по 1-2 капсуле в день;

ферро-градумент по 1 таблетке натощак за 1 ч до еды.

Для лечения ФПН, улучшения маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока и обменных процессов назначают:

трентал внутривенно капельно 0,1 г 2 % раствора (5 мл) в 400 мл инфузионной среды (изотонический раствор хлорида натрия, 5 % раствор глюкозы или реополиглюкин) 2-3 раза в неделю (4-6 вливаний). Внутривенное введение трентала сочетают с приемом внутрь по 100 мг 3 раза или по 200 мг 2 раза в день после еды;

курантил внутрь в дозе 25 мг за 1 ч до еды 2- 3 раза в день;

витамин Е (токоферола ацетат) внутрь 1 раз в день по 200 мг в течение 10-14 дней;

аскорбиновую кислоту (витамин С) внутрь по 0,1-0,3 г 3 раза в день или внутривенно с глюкозой по 5 мл в течение 10-14 дней;

эссенциале (5 мл) вводят с 5 % раствором глюкозы (200 мл) внутривенно капельно. Эссенциале форте назначают внутрь по 2 капсулы 3 раза в день во время еды в течение 4 нед;

кокарбоксилазу внутривенно в количестве 0,1 г в сочетании с раствором глюкозы;

фолиевую кислоту внутрь по 400 мкг в день в течение 3-4 нед;

актовегин по 1-2 драже в сутки или внутривенно капельно по 4-5 мл с 5 % раствором глюкозы или изотоническим раствором хлорида натрия.

Глюкозу вводят внутривенно в виде 5-10 % раствора в количестве 200-250 мл вместе с инсулином (из расчета 1 ЕД на 4 г сухого вещества), кокарбоксилазой, аскорбиновой кислотой, витамином В6 в течение 10 дней в условиях стационара.

При угрозе преждевременных родов для профилактики синдрома дыхательных расстройств у новорожденного необходимо назначить глюко-кортикостероиды. Следует подчеркнуть, что такая профилактика имеет смысл в сроки беременности 28-36 нед и может дать определенный эффект, если она продолжается не менее 2-3 дней.

Для проведения курса профилактической терапии применяют дексаметазон по 4 мг 2 раза в сутки внутримышечно 2-3 дня или в таблетках по 3 мг 4 раза в сутки в 1-й день, 2 мг 3 раза в сутки на 2-й день, 2 мг 2 раза в

сутки на 3-й день, или дексазон по 4 мг внутримышечно 2 раза в сутки в течение 2 дней, или преднизолон по 60 мг в сутки в течение 2 дней.

Показаниями к кесареву сечению в экстренном порядке независимо от срока беременности являются:

- полное предлежание плаценты;
- повторяющиеся кровопотери, объем которых превышает 200 мл;
- сочетание небольшой кровопотери с анемией и гипотонией;
- одномоментная кровопотеря (250 мл и более);
- полное предлежание плаценты и начавшееся кровотечение.

Операцию выполняют по жизненным показаниям со стороны матери независимо от срока беременности и состояния плода.

В том случае если беременность удалось пролонгировать до 37-38 нед и сохраняется предлежание плаценты, следует выбрать адекватный способ родоразрешения.

Абсолютным показанием к кесареву сечению является полное предлежание плаценты. Перекрывающая внутренний зев плацента не позволяет предлежащей части встаться во вход в малый таз, а тем более нет возможности вскрыть плодный пузырь, чтобы уменьшить напряжение матки и прекратить дальнейшую отслойку. В процессе прогрессирования сократительной деятельности матки, когда происходит раскрытие маточного зева, плацента все более отслаивается и кровотечение значительно усиливается.

Если указанные сопутствующие осложнения отсутствуют и нет кровяных выделений, то можно дожидаться момента начала спонтанной родовой деятельности с последующей ранней амниотомией. Перед выполнением амниотомии внутривенно вводят 40 мл 40 % раствора глюкозы, 4 мл 2 % раствора но-шпы, кокарбоксилазу 50 мг, 5 мл 5 % раствора кокарбоксилазы.

В том случае если после амниотомии началось кровотечение, то необходимо решить вопрос о выполнении кесарева сечения.

Если при неполном предлежании плаценты кровотечение возникает до начала родовой деятельности, то вскрывают плодный пузырь. Влагалищное исследование необходимо провести в условиях развернутой операционной для уточнения варианта предлежания плаценты, оценки и уточнения предлежания плода, определения расположения головки плода, оценки степени "зрелости" шейки матки и выполнения амниотомии.

Необходимость и целесообразность амниотомии обусловлены тем, что при вскрытии плодных оболочек головка плода вставляется во вход в таз и прижимает отслоившуюся часть плаценты к стенке матки и таза, что способствует прекращению дальнейшей отслойки плаценты и остановке кровотечения. Продолжение кровотечения после амниотомии может быть вызвано слабой сократительной активностью матки или малыми размерами головки плода (недоношенность, ЗВУР плода).

Если кровотечение после амниотомии продолжается и/или шейка матки "незрелая", то производят кесарево сечение.

В случае остановки кровотечения возможно ведение родов через естественные родовые пути (при благоприятной акушерской ситуации).

Кровотечение может начаться и на ранних этапах развития родовой деятельности с момента первых схваток. В этом случае также показано раннее вскрытие плодного пузыря.

Таким образом, ведение родов при неполном предлежании плаценты через естественные родовые пути возможно, если:

кровотечение остановилось после вскрытия плодного пузыря;

"зрелая" шейка матки;

хорошая родовая деятельность;

головное предлежание плода.

При отсутствии указанных условий следует выполнить кесарево сечение с адекватным восполнением кровопотери.

Кесарево сечение является одним из наиболее часто избираемых акушерами методов родоразрешения при предлежании плаценты и

выполняется с частотой 70-80 % при данной патологии.

Если плацента большей своей частью располагается на передней стенке матки, более целесообразно произвести корпоральный разрез. В противном случае при предлежании плаценты в ране (*placenta praevia cesarae*) приходится рассекать плаценту для извлечения плода, что влечет за собой обильное кровотечение, которое усугубляется тем, что в области нижнего сегмента матки имеет место обширная сеть кровеносных сосудов, питающих плаценту. При этом от кровопотери страдают и мать, и плод. Кроме того, могут возникнуть дополнительные затруднения при извлечении плода, что может привести к травме плода и ранению сосудистого пучка на матке.

Поперечный разрез на матке возможен в том случае, если плацента большей своей частью располагается по задней стенке и ее ткань не попадает в линию разреза.

Другая опасность во время операции таится в возможности развития гипотонического кровотечения из-за слабой сократительной активности нижнего сегмента матки.

При отсутствии эффекта от остановки кровотечения консервативными методами (массаж матки, применение утеротонических препаратов) следует расширить объем операции до экстирпации матки, и в ряде случаев с перевязкой внутренних подвздошных артерий.

Инфузионно-трансфузионную терапию необходимо начинать до кесарева сечения и проводить в зависимости от состояния женщины и адекватно количеству потерянной крови.

В случае экстренной операции наиболее рациональным методом обезболивания является эндотрахеальный наркоз, позволяющий достигнуть достаточной мышечной релаксации и контролировать дыхание пациентки. При плановой операции предпочтение отдают эпидуральной анестезии.

В процессе любого метода родоразрешения роженица требует особого внимания. Одновременно с остановкой кровотечения проводят мероприятия по борьбе с острой анемией, инфузионно-трансфузионную терапию,

устранение слабости родовой деятельности, осуществляют лечение гипоксии плода.

Исключая кровотечения, к другим типичным осложнениям в родах при неполном предлежании плаценты относят слабость родовой деятельности и гипоксию плода.

Обязательным условием ведения родов через естественные родовые пути является постоянный мониторинг за состоянием плода и сократительной деятельностью матки.

При лечении слабости родовой деятельности следует учитывать фазу родов.

Внутривенное введение препаратов простагландина E2 применяют в основном в латентную фазу родов при недостаточной "зрелости" шейки матки и первичной слабости родových сил.

Методика введения простаина E2: 1 мл препарата разводят в 500 или 1000 мл 5 % раствора глюкозы или 0,9 % раствора хлорида натрия и вводят внутривенно со скоростью 10 капель/мин, увеличивая дозу в зависимости от ответа на препарат каждые 15 мин на 8 капель. Максимальная доза составляет 40 капель/мин. Противопоказаниями для использования препаратов простагландина E2 являются бронхиальная астма, заболевания крови, индивидуальная непереносимость.

Значительный эффект при лечении слабости родových сил в активную фазу родов может быть получен при сочетании простаина F2a с окситоцином. При комбинированном внутривенном введении оба препарата в половинной дозировке (по 2,5 мг и 2,5 ЕД) разводят в 500 мл 5 % раствора глюкозы и вводят внутривенно капельно со скоростью 8 капель/мин, прибавляя каждые 15 мин по 8 капель, доводя до 40 капель/мин (максимальная дозировка).

Если при введении простагландина, окситоцина или при их комбинированном использовании в течение 2 ч не наблюдается динамики раскрытия шейки матки или состояние плода ухудшается, то дальнейшее введение препаратов нецелесообразно. В этой ситуации следует решать

вопрос в пользу абдоминального родоразрешения.

Во время родов необходима пункция вены (целесообразна катетеризация) для инфузионной корригирующей терапии, направленной на поддержание не только адекватного уровня маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока, но и метаболических процессов в фетоплацентарном комплексе, а также на предотвращение аномалий сократительной деятельности матки.

С этой целью в активную фазу родов (период раскрытия маточного зева от 4 до 8-9 см) рекомендуется внутривенное введение спазмолитических препаратов, которые способствуют более эффективному раскрытию шейки матки в координации с продвижением головки плода, а также улучшают процессы микроциркуляции в миометрии и фетоплацентарном комплексе.

Для поддержания адекватного маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока и оптимизации микроциркуляции в тканях целесообразно внутривенное введение 5,0 мл трентала с глюкозоновокаиновой смесью или с изотоническим раствором хлорида натрия, а также 5,0 мл 5 % аскорбиновой кислоты, кокарбоксилазы 150-200 мг, 3,0 мл 1 % витамина В6.

В третьем периоде родов кровотечение может возобновиться из-за нарушения процесса отделения плаценты, так как плацентарная площадка располагается в нижнем сегменте матки, а его сократительная способность снижена.

С профилактической целью в момент пререзывания головки плода следует внутривенно ввести метилэргометрин 1 мл 0,02 % раствора.

При возникновении каких-либо затруднений, возникающих при отделении подлежащей плаценты, следует также принимать во внимание, что при предлежании плаценты в 5-6 раз чаще развивается ее приращение или плотное прикрепление плаценты, так как ворсины хориона внедряются в децидуальную оболочку и миометрий в нижнем сегменте матки.

После рождения последа во всех случаях осматривают шейку матки с

помощью зеркал, так как возможны ее разрыв и травма сосудов, которые необходимо устранить. Послеродовой период может осложниться атоническим кровотечением, эмболией околоплодными водами и тромбозом, восходящей инфекцией. Обильные кровотечения нередко возникают в раннем послеродовом периоде, что обусловлено атонией нижнего сегмента матки. Послеродовое кровотечение возникает в связи с атонией нижнего сегмента матки и повреждением обширной сосудистой сети шейки матки.

Следует также учитывать, что обильные послеродовые кровотечения при предлежании плаценты, как правило, возникают на фоне предшествовавших ранее кровопотерь. В результате повторяющихся кровотечений развивается тромбоцитопения, снижающая свертывающий потенциал крови.

Недооценка факторов, снижающих компенсаторные ресурсы организма пациентки с предлежанием плаценты (повторяющиеся кровотечения, анемия, недостаточный прирост ОЦК), является одной из основных причин неблагоприятных исходов родов при данной патологии. Результаты анализа материнской смертности при предлежании плаценты свидетельствуют о том, что имеет место недостаточный учет кровопотери в сочетании с недооценкой гиповолемии, имеющейся у беременной и роженицы с предлежанием плаценты, что в свою очередь обуславливает неадекватное возмещение кровопотери во время кесарева сечения и в послеоперационном периоде. В результате этого развивается шок разной степени тяжести, который также неадекватно оценивается медицинским персоналом.

Геморрагический шок, обусловленный кровотечением при предлежании плаценты развивается у 20-30 % пациенток и обнаруживается более чем у 2 умерших от этой патологии.

Критический порог учтенной наружной кровопотери у родильниц с предлежанием плаценты на фоне проводимой инфузионно-трансфузионной терапии в среднем соответствует 3,5 % от массы тела или 60 % ОЦК.

Кровотечение может быть остановлено консервативными методами (ручное исследование матки, применение утеротонических средств) с одновременным восполнением кровопотери коллоидными и кристаллоидными растворами, а при необходимости и компонентами крови в зависимости от объема кровопотери и реакции организма на кровотечение. В первые 12 ч необходимо восполнить 70 % потерянной крови, восполнение до 100 % - в течение 2 сут.

При массивных кровотечениях их остановка возможна с помощью хирургических методов (экстирпация матки, перевязка внутренних подвздошных сосудов).

В связи с формированием "шоковых" органов проводят ИВЛ, коррекцию осмотического состояния и устранение нарушений микроциркуляции.

Профилактика предлежания плаценты

Профилактика предлежания плаценты заключается в проведении санитарно-просветительной работы относительно вреда абортов, раннем выявлении и лечении различных воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы, гормональных нарушений.

Профилактика осложнений для матери и плода при предлежании плаценты основана на своевременной достоверной и эффективной диагностике и оказании рациональной квалифицированной помощи. Важно также учитывать реакцию организма на кровопотерю, состояние сердечно-сосудистой системы, органов кроветворения.