

Предлежание плаценты

Выполнил:

Сизов Денис Александрович

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

Патологическим считается низкое расположение плаценты и тем более частичное или полное предлежание плаценты, т. е. расположение ее в нижней части матки, при котором она препятствует рождению плода.

Частота данной патологии при доношенной беременности около 0,5%, но в более ранние сроки она встречается гораздо чаще.

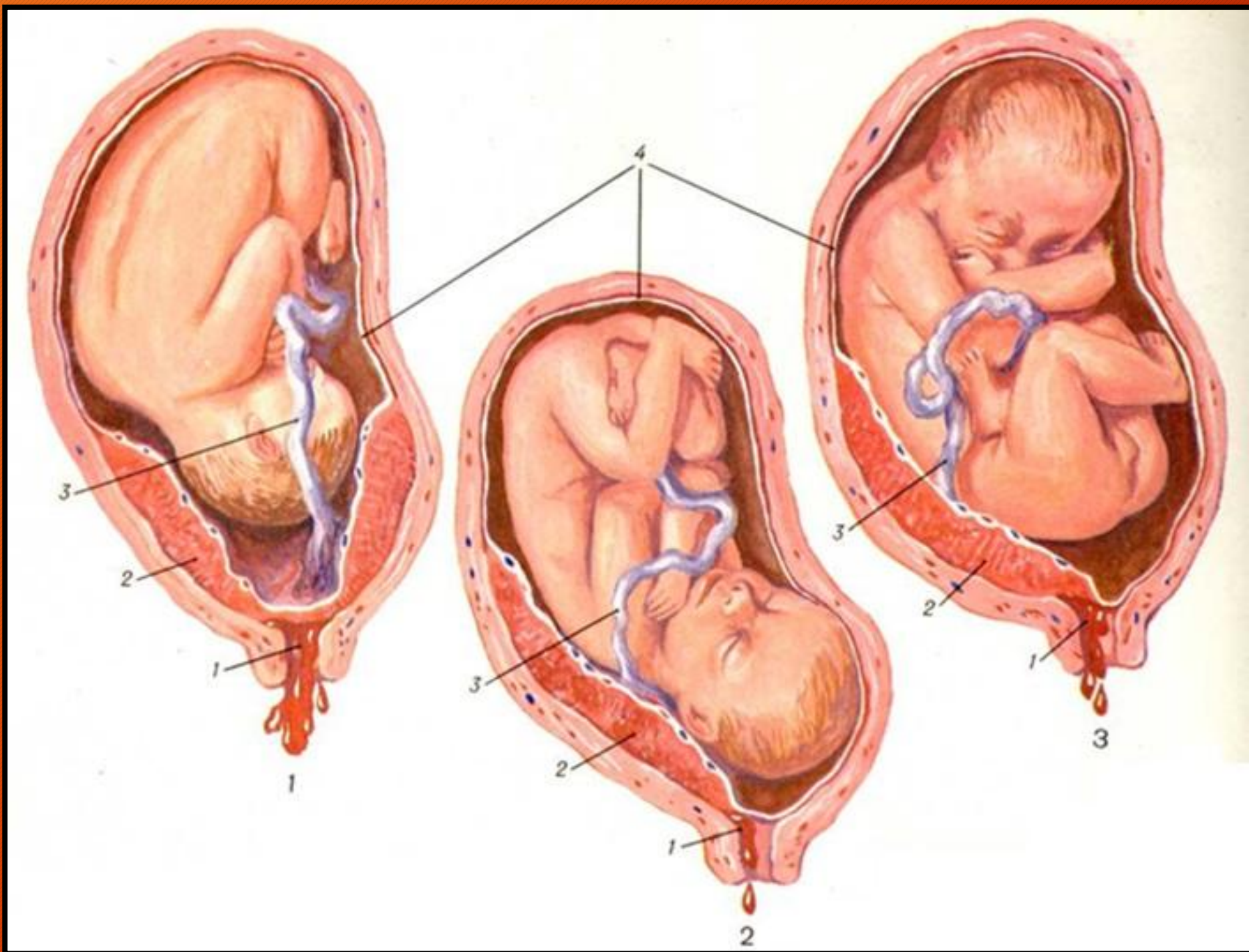


Виды предлежания плаценты

- центральное предлежание (иногда называют полное предлежание) — в этом случае плацента полностью перекрывает внутренний зев и полностью расположена в нижнем сегменте (даже при полном открытии нет возможностей для естественного родоразрешения);
- боковое предлежание, при котором плацента не полностью перекрывает внутренний зев и занимает область нижнего сегмента частично лишь с одной стороны (в этом случае при увеличении раскрытия может быть определен плодный пузырь);
- краевое предлежание, при котором плацента частично и тоже с одной стороны располагается в области нижнего сегмента, но не перекрывает внутренний зев, и плацента достигается лишь при большом открытии (это создает больше возможностей для естественного родоразрешения);
- низкую плацентацию, при которой плацента не определяется даже при полном раскрытии, но нижний край ее расположен не далее 6 см от внутреннего зева. Это наиболее распространенный вид предлежания, в то время как полное предлежание бывает реже всего. Реже бывает шеечное прикрепление плаценты, которое к тому же сочетается с приращением плаценты;

Основные типы предлежания плаценты (1 — внутренний маточный зев —перешеек матки, PNA; 2— плацента; 3 — пуповина; 4—плодные оболочки).

Рис. 1. Полное предлежание.
Рис. 2. Краевое предлежание.
Рис. 3. Боковое-предлежание



Этиология

- Чаще всего к предлежанию плаценты приводят патологические изменения в матке, особенно в ее слизистой. К таким изменениям приводят аборт, особенно многочисленные и осложненные, воспалительные заболевания матки после абортов, выкидышей и осложненных родов. Этой патологии может способствовать кесарево сечение, аномалии матки и ее опухоли, гормональная патология, способствующая нарушению развития эндометрия, а также замедленное развитие трофобласта. У первородящих и здоровых в гинекологическом плане женщин предлежание плаценты маловероятно.



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.



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 возможности. Скорость миграции может быть очень быстрой, когда значительные изменения наблюдаются за несколько дней, и тогда имеется опасность отслоения плаценты. Скорость миграции считается очень медленной, если в течение месяца не отмечается существенного сдвига, что связано и со слабой активностью трофобласта, и с функциональной неполноценностью децидуальной оболочки; такая миграция не принесет существенных улучшений ни для течения беременности, ни для условий родоразрешения. Оптимальным является средняя скорость миграции, когда в течение 2—4 недель плацента перемещается вверх, и появляется возможность нормального родоразрешения без осложнений. Отмечены случаи миграции сверху вниз или поворот по кругу, в этом случае ситуация не улучшается, а в некоторых случаях становится более сложной;

Миграция плаценты

- • 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.



Осложнения

- При расположении плаценты в области нижнего сегмента и внутреннего зева очень вероятно ее отслоение вследствие даже незначительных ретракционных и дистракционных сокращений маточных волокон в области нижнего сегмента и шейки матки. Это может происходить при угрозе прерывания беременности, при развертывании нижнего сегмента и созревании шейки перед родами или в начале родовой деятельности. Вследствие отслойки плаценты при этой локализации начинается кровотечение – от кровомазанья до обильного кровотечения, которое приводит к анемии, ДВС-синдрому, геморрагическому шоку и может вызвать смертельный исход. Предлежание плаценты у женщин с очень отягощенным анамнезом может быть одновременно и с приращением плаценты. Может развиваться гипоксия плода. Высок процент оперативных вмешательств и послеоперационных осложнений.

Клиника

- О предлежании плаценты можно говорить с большой степенью уверенности, если возникают следующие симптомы:
- кровотечение или кровомазанье на фоне незначительных болей. Боли могут вообще отсутствовать, возможно повышение тонуса матки в нижнем отделе. Спровоцировать кровотечение могут физические нагрузки, половой акт.



Лечение

- Показана профилактическая госпитализация, это особенно важно, так как женщины с этой патологией всегда имеют факторы риска по невынашиванию, и опасность кровотечения велика
- Если даже беременность протекает без кровотечений, но остается предлежание плаценты, показана досрочная госпитализация и плановое оперативное родоразрешение до 38–39 недель беременности.
- Когда кровомазанье незначительно и возникает при недоношенной беременности и маложизнеспособном плоде, показана госпитализация и сохраняющая терапия.

Лечение

- Целесообразно провести наблюдение и лечение токолитиками, гемостатиками на фоне постоянной инфузионной терапии в условиях родильного отделения, пока не будет уверенности в стабильности состояния. Нет необходимости проводить влагалищное исследование при сохраняющей тактике, так как достаточно клинических данных и УЗИ. Влагалищное исследование может способствовать усилению кровотечения.

Спасибо за внимание!

