

ФЕТОПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

ПМ02. «Лечебная деятельность»
МДК 02.03. «Оказание акушерской
помощи»
Специальность 060101
«Лечебное дело»

- Фетоплацентарная недостаточность — это клинический синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в плаценте и нарушениями компенсаторно-приспособительных механизмов, проявляющихся ухудшением состояния, роста и развития плода.



БЕРЕМЕННЫЕ ВЫСОКОГО РИСКА:

- С вирусной или бактериальной инфекцией -55%
- С поздним гестозом-24%,
- При перенашивании беременности-30%,
- С угрозой прерывания беременности-45%,
- С экстрагенитальными заболеваниями,
- С аутоиммунной патологией.



КЛАССИФИКАЦИЯ

- Первичная плацентарная недостаточность обусловлена изменениями в строении, расположении и прикреплении плаценты и созревании ворсин хориона.
- Вторичная плацентарная недостаточность развивается на фоне сформировавшейся плаценты и осложненного течения беременности во 2 и 3 триместрах беременности.



- Острая ПН чаще развивается на фоне обширных инфарктов и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Это может привести к гибели плода и прерыванию беременности.
- Хроническая ПН возникает при нарушении компенсаторно-приспособительных механизмов и развитии инволюционно-дистрофических процессов, что может привести к развитию ВЗРП.



ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПЛАЦЕНТЫ

- Трофическая - нарушается всасывание и усвоение питательных продуктов, а также синтез собственных продуктов обмена веществ плода.
- Дыхательная – нарушение транспорта кислорода и углекислоты.

Эти формы ПН могут существовать самостоятельно или сочетаться, могут лежать в основе патогенеза.



ДИАГНОСТИКА ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- Первичная- акушерско-гинекологический и соматический анамнез, течение беременности. В 1 триместре определение гормонов: хгч, плацентарный лактоген, хорионический тиреотропин, прогестерон, эстрогены.
- Вторичная - клинико-лабораторное обследование, фето - и плацентометрия, ктг, доплерометрия, оценка биофизического профиля плода, функциональные и гормональные пробы.



ПАТОГЕНЕЗ ПН

- Нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения в результате нарушения притока крови в межворсинчатое пространство, затруднения оттока крови из него, изменений реологических и коагуляционных свойств крови (гиперкоагуляция).
- Нарушение метаболизма.
- Нарушение состояния клеточных мембран плаценты.



ЛЕЧЕНИЕ ФПН

- Комплексный подход и патогенетическая направленность.
- Устранение причины, вызвавшей вторичную ФПН.
- Динамическое наблюдение за состоянием беременной в акушерском стационаре.
- Улучшение МПК и ФПК (спазмолитики, антиагреганты: эуфиллин, компламин, фраксипарин).



- Интенсификация газообмена (антиоксиданты, антигипоксанты: метионин, токоферола ацетат, аскорбин. кислота, вит В12, преп. Fe).
- Устранение гиповолемии и гипопроteinемии (аминокислоты, реополиглюкин, декстраны).
- Нормализация сосудистого тонуса и сократительной активности матки (спазмолитики, токолитики: гинипрал, партусистен).



- Усиление антиоксидантной защиты (оксигено-терапия, антиоксиданты, антигипоксанты).
- Оптимизация метаболических и обменных процессов (актовегин, троксевазин. инстенон).
- Коррекция реологических и гемокоагуляционных свойств крови (антиагреганты-фраксипарин, препараты гидрооксиэтилированного крахмала).
- Соблюдение беременной соответствующих рекомендаций: дозированный постельный режим «bed rest», ночной сон по 10-12 часов, устранение физических и эмоциональных нагрузок, рациональное и сбалансированное питание.



РОДОРАЗРЕШЕНИЕ

Выбор метода родоразрешения зависит от:

1. степени тяжести ФПН,
2. риска прогрессирования ФПН,
3. наличия акушерской или экстрагенитальной патологии,
4. готовности родовых путей.

При благоприятной акушерской ситуации возможны роды через естественные родовые пути.

В случае угрозы гибели плода проводится плановое или экстренное оперативное родоразрешение.

