**«СОГЛАСОВАНО» «УТВЕРЖДАЮ»**

**На общеврачебной Директор РПЦ конференции \_\_\_\_\_\_\_\_\_Любчич А.С.**

**«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2013 год.**

**ПРОТОКОЛ**

**ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ**

**Шифр 044; 044.0; 044,1**

**Цель:** своевременная диагностика и оказание квалифицированной помощи. Уменьшение кровопотери и сохранение жизни матери и ребёнка.

**Предлежание плаценты- (placenta previa)-** расположение плаценты в нижнем сегменте матки в области внутреннего зева или на 3см. выше (по данным УЗИ).

Чаще предлежание наблюдается в 22-24 недели по мере прогрессрования беременности и роста матки плацента «мигрирует» на 7-10 см. выше внутреннего зева.

**Классификация:**

* полное предлежание — плацента полностью перекрывает внутренний зев;
* неполное (частичное) предлежание — внутренний зев перекрыт частично или плацента нижним краем доходит до него;
* низкое предлежание — плацента расположена на расстоянии 7 см и менее от внутреннего зева.

Вариант предлежания плаценты во время беременности определяют с помощью УЗИ. Согласно данным трансвагинальной эхографии, в настоящее время 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 его;
* 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.

 Этиология среди причин образования предлежания плаценты выделяют два фактора: маточный и плодовый. Маточный фактор связан с дистрофическими изменениями слизистой полости матки в связи с чем и происходит наручение плацентации. К изменениям слизистой оболочки матки приводят хронический эндометрит, роды, аборты, операции и т.д.

К плодовым факторам относят снижение протеолитических свойств плодного яйца, в связи с чем наблюдается нидация плодного в нижних отделах и наступает отклонение в развитии хориона-атрофия ворсин в области deciduas capsularis и вместо ворсин формируется ветвистый хорион в нижних отделах плодного яйца. С прогрессированием беременности и росте матки плацента «мигрирует» кверху плацента смещается и возможно появление кровянистых выделений.

 При предлежании плаценты ввиду недостаточности развития слизистой матки возможно плотное прикрепление плаценты или истинное приращение.

**Клиническая картина**

 Главный симптом предлежания- кровотечение из половых путей ярко-алого цвета, появляющееся внезапно, не сопровождаются болью. Чаще во II –III триместре беременности.

 В период роста матки (мышцы сокращаются) растягивается нижний сегмента и плацента смещается, часть её отслаивается обнажая сосуды плацентарной площадки и начинается кровотечение (кровь материнская). Как правило гематомы образуются редко.

**Тактика ведения при кровотечении**

 Во время беременности- госпитализация в стационар. Постельный режим с использованием судна как минимум в течение 3х дне после прекращения кровотечения.

1. Не смотреть –вагинально.

2. Осмотр УЗИ.

3. заготовить кровь на индивидуальную совместимость.

3. Назначениt спазмолитиков,

4. Гемостатическая терапия.

Дицинон в/м по 4,0-6,0

Тремин 500мг в/в капельно.

Контрикал 10 тыс.в/в капельно на растворе NaClor 0,9%-200,0

5.При сроке до 34 нед –профилактика СДР плода

6. Контроль за кровопотерей, за гемодинамическими показателями Ps; АД; ЧД.

 При критическом состоянии -оперативное родоразрешение. Если кровотечение остановлено- беременность пролонгировать возможно до жизнеспособного плода.

 Целесообразно оставить женщину в стационаре до родов. В случае прессинга со стороны родственников , выписать можно при условии,что пациентка живет недалеко.

 При кровотечениях в конце 2 и 3 триместра – повторить УЗИ через 2 нед. При отсутствии предлежания и кровяных выделений – выписать домой

**Диагностика**

 Во время проведения УЗИ скрининга беременным выявляется предлежание плаценты, часто без клинических проявлений.

 При трансвагинальной эхографии диагносцируется более глубокое прорастание ворсин в эндомиометрий, которое часто сочетается с предлежанием.

**Физикальное исследование:**

 К клиническим признакам предлежания плаценты относят:

* Яркие кровянистые выделения из половых путей при безболезненной матки (кровотечение не связанное с болью);
* Высокое стояние предлежащей части плода;
* Неправильное положение или тазовые предлежания плода.

Обязательно осмотреть наружные половые органы.

**Не смотреть вагинально!**

При крайней необходимости осмотр проводить при развёрнутой операционной.

**ТАКТИКА**

 1. При незрелом плоде и удовлетворительном состоянии матери, необильные кровянистые выделения из половых путей- наблюдение.

 При усилении выделений и ухудшения состояния матери показано срочное родоразрешение.

 2. При зрелом плоде (сроке 36 недель и более) возможно родоразрешение путём кесарево-сечения.

 3.При неполном предлежании, зрелой шейке, икровянистых выделений на момент начала родовой деятельности, возможно ведение родов через естественные родовые пути ( синформированного согласия женщины).

 а) амниотомия (предупреждает прогрессирование отслойки головкой);

 б) при слабых схватках: окситоцин.

 4. При обильных кровянистых выделениях показано срочное оперативное родоразрешение.

 5. Плод мертвый или с явными аномалиями развития при любом сроке гестации-подготовка к родоразрешению, при полном предлежании-оперативным путем.

**Тактика операции кеварево-сечения**

**при предлежании плаценты**

 **Помнить:**

1. Лапаротомный доступ: плановая операция- по Джоэль -Кохену, экстренная- нижнесрединная ЛТ.

2. При предлежании нарушается сократительная способность нижнего сегмента**;**

3. Оперирующий врач должен владеть: техникой наложения швов на 3 пары магистральных сосудов, проведением операции экстирпации матки, наложения стягивающих швов на нижний сегмент, операцией Линча.

При таких условиях возможно проведение операции в нижнем сегменте (выше прикрепления плаценты, или ниже).

3. Начинающий врач должен произвести нижне-срединную лапаротомию и корпоральное кесарево-сечение

 4. При продолжающимся кровотечении показана экстирпация матки.

**В случае приращения плаценты:**

* Диагносцируемого на УЗИ во время беременности или во время операции.

1**. После извлечения плода на разрез на матке положить зажимы, послед не отделять!!!**

**2**. Полость матки затампонировать.

**Окситоцин не вводить до отделения плаценты!!!**

3. Наложить кетгутовые швы на 3 пары магистральных сосудов.

4. Отделить рукой и выделить плаценту.

5. В нижний сегмент матки ввести метилэргометрин 1,0 или энзопрост 0,5мг , в/в капать окситоцин20 ед на 1л. физ.р-ра.

6. Плацентарную площадку ушить викриловыми или кетгутовыми швами (при кровоточивости).

**Предупреждение нежелательной беременности и абортов, воспалительных заболеваний.**

Информация для пациентки.

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

2. Необходимо регулярно (через 3-4 недели) проводить УЗИ для того, чтобы проследить миграцию плаценты.

3. Беременная должна знать в каком учреждении будет родоразрешена (III-уровень).

**Литература:**

Очерки по производственной и клинической трансфузиологии /Под.общ.ред. А.И.Воробьёва.-М: Ньюдиамед, 2006.-632с.

Габа Д.М., Фиш К.Д., Хауард С.К. Критические ситуации в анестезиологии: Перевод с анг.-М.: Медицина, 2000.-440с.

Benedetti T.J. Obstetric Hemorrhage// S.G. Gabbe Obstetrics-normal and problem pregnancies, 4 th ed-Philadelphia: Churchill Livingstone, 2002

B-Lynch C ., Keith L.G., Lalonde A.B., Karoshi M. A textbook of postpartum hemorrhage.-Duncow: Sapiens Publishing, 2006.-P. 468

Fujitani S., Baldisseri M.R. Hemodinamic assessment in a pregnant and peripartum patient// Crit Care Med.-2005.-N 33 (Suppl.). –P. 354-361

Jones A.E., Kline J.A Shock // J.A. Marx Rosen’s Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice.-6 TH ed.-Philadelphia, Mosby, 2006.

Martel M.J. et al. Hemorrhagic shock. SOGC Clinical practice guidelines // J. Obstet. Gynaecol. -2002. – N 24 (6). – P. 504-511.

Miller R.D. Miller’s Anesthesia. – 6 TH ed. –Philadelphia: Churchill Livingstone, 2005

Roberts J.R., Hedges J.R., Chanmugam A.S., Chudnofsky C.R. et al. Clinical procedures in emergency medicine.- 4 TH ed. – Philadelphia: Saunders, 2004

Suresh M.S. Obstetric Hemorrhage / D.J Birnbach Ostheimer’s manual of obstetric anesthesia. – 3 th ed. – Philadelphia, Churchill Livingstone, 2000

Wali A., Suresh M.S., Gregg A.R. Antepartum hemorrhage / S. Datta. Anesthetic and obstetric management of high-risk pregnancy. 3 rd ed. – New York, Springer-Verlag, 2004.