

# Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты



Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2017 (Казахстан)

Категории МКБ: Преждевременная отслойка плаценты [abruptio placentae] (O45)

Разделы медицины: Акушерство и гинекология

**Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты** - это частичное или полное отделение нормально расположенной плаценты от стенок матки, которое происходит до рождения плода во время беременности или родов в сроке 20 недель и более [1].

## Классификация

### Классификация

Выделяют три типа кровотечения при ПОНРП:

- наружное кровотечение – отслаивается край плаценты и кровь вытекает наружу из половых путей.
- скрытое кровотечение – ретроплацентарное, кровь скапливается между плацентой и стенкой матки, часто с выраженной экстравазацией и имбибицией в миометрий, кровотечения из половых путей при этом нет.
- смешанное кровотечение – часть крови вытекает наружу из половых путей, а часть остается ретроплацентарно.

### Клиническая классификация ПОНРП

**Легкая степень** (40% случаев):

- объем кровопотери из половых путей не более 100 мл при образовании ретроплацентарной гематомы наружное кровотечение отсутствует;
- тонус матки слегка повышен;
- ЧСС плода в пределах нормы;
- состояние беременной женщины или роженицы удовлетворительное;
- основные физиологические параметры и показатели свертывающей системы в норме (АД, пульс, ЧДД, гемоглобин, тромбоциты, гематокрит, фибриноген, МНО, АЧТВ)

**Средняя степень** (45% случаев):

- Объем кровопотери из половых путей 100 - 500 мл. При образовании ретроплацентарной гематомы наружное кровотечение отсутствует

- тонус матки повышен. Возможна болезненность матки при пальпации.
- отмечаются аномалии сердечного ритма плода (тахикардия, брадикардия), иногда отсутствие сердцебиения плода.
- у беременной отмечается тахикардия, ортостатическая гипотония и низкое артериальное и пульсовое давление.
- возможно снижение уровня фибриногена, тромбоцитов, гемоглобина, гематокрита, изменение МНО, АЧТВ.

#### **Тяжелая степень (15% случаев)**

- объем кровопотери более 500 мл. При образовании ретроплацентарной гематомы наружное кровотечение отсутствует
- матка резко напряжена, болезненная при пальпации.
- антенатальная гибель плода
- у беременной развивается геморрагический шок.
- присоединяется ДВС- синдром.

#### **Факторы риска ПОНРП**

- Артериальная гипертензия до и во время беременности;
- Насильственные действия в отношении беременной, падения, травмы
- Курение, употребление наркотиков
- Экстрагенитальная патология (гломерулонефрит, тяжелая анемия) и эндокринопатии (сахарный диабет);
- Аутоиммунные состояния (АФС, системная красная волчанка);
- Генетические дефекты гемостаза, предрасполагающие к тромбозам;
- Короткая пуповина, предлежание плаценты;
- Быстрая декомпрессия перерастянутой матки (при многоплодии, многоводии);
- Многоорожавшие, кесарево сечение в анамнезе;
- ПОНРП в анамнезе;
- Внутриутробные инфекции;
- Аномалии развития и опухоли матки;
- Юный или старший (>40 лет) возраст первородящих;

## **Диагностика**

#### **Жалобы:**

- кровотечение из половых путей;
- боли в животе;
- напряжение и болезненность матки.

Сбор анамнеза: Расспросить не было ли травм, характер кровотечения, сопровождается ли кровотечение болью, были ли кровотечения ранее и выяснить возможные факторы риска ПОНРП.

#### **Физикальное обследование:**

При объективном осмотре и обследовании отмечается:

- болезненность и напряжение матки (преимущественно в тяжелых случаях);
- увеличение матки в динамике при формировании ретроплацентарной гематомы;
- может быть окрашивание околоплодных вод кровью;
- возможны признаки геморрагического шока;
- признаки нарушения ритма сердечной деятельности плода (тахикардия, брадикардия);
- ПОНРП может спровоцировать начало родов.

Кровотечение из половых путей наблюдается в 80% случаев, в 20% формируется ретроплацентарная гематома. Боль, чаще внезапная, носит постоянный характер, локализуется внизу живота и в пояснице.

### **Инструментальные методы исследования:**

- УЗИ – информативность УЗИ 25% (УД - II-2). [1,2]

УЗИ необходимо проводить для установления жизнеспособности и наличия сердцебиения плода, если жизнеспособность плода невозможно определить с помощью аускультации наружным методом. Отсутствие ретроплацентарной гематомы на УЗИ не исключает отслойку плаценты.

NB! Диагноз отслойки плаценты является в большой степени клиническим диагнозом.

Кесарево сечение не должно откладываться для проведения УЗИ, если имеются клинические признаки нестабильного состояния матери и плода. [D]

NB! По возможности, КТГ может быть выполнен тогда, когда знания о состоянии плода будет влиять на сроки и способ родоразрешения.

## **Дифференциальный диагноз**

### **Диагностический алгоритм дифференциальной диагностики при ПОНРП**

**Таблица – 2.** Дифференциальный диагноз ПОНРП.

<b>Симптомы</b>	<b>ПОНРП</b>	<b>Предлежание плаценты</b>	<b>Предлежание сосудов пуповины</b>	<b>Ложные схватки</b>	<b>Опухоль шейки матки</b>
<b>Болевой синдром</b>	От незначительной до резкой боли	Отсутствует	отсутствует	Схваткообразная боль	отсутствует
<b>Кровотечение</b>	Могут отсутствовать при скрытой форме ПОНРП в	От незначительных до обильных	Внезапное после амниотомии или излития околоплод	Отсутствуют	От незначительных до обильных

	20%		ных вод		
<b>Тонус матки</b>	Постоянный гипертонус	Нет	Нет	Между схватками расслабляется	Нет
<b>Гемодинамика</b>	Страдает	Не страдает	Не страдает	Не страдает	Не страдает
<b>Состояние плода</b>	При прогрессировании ПОНРП до антенатальной гибели плода	удовлетворительное	Прогрессивно ухудшается	удовлетворительное	Удовлетворительное

#### ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

Во время консультирования беременных женщин с кровотечением из половых путей при подозрении или установленной ПОНРП в условиях ПМСП вагинальное исследование не проводится. Беременная срочно транспортируется в стационар третьего уровня регионализации перинатальной помощи.

#### **Показания для экстренной госпитализации:**

- кровотечение из половых путей после 20 недели беременности;
- нарастающие боли внизу живота при повышенном тоне матки, изменение качества шевелений плода вплоть до отсутствия.

Госпитализация в учреждения третьего уровня регионализации перинатальной помощи.

Оказание неотложной медицинской помощи на ДГЭ смотреть «Стандарты оказания

акушерско-гинекологической помощи в РК»