



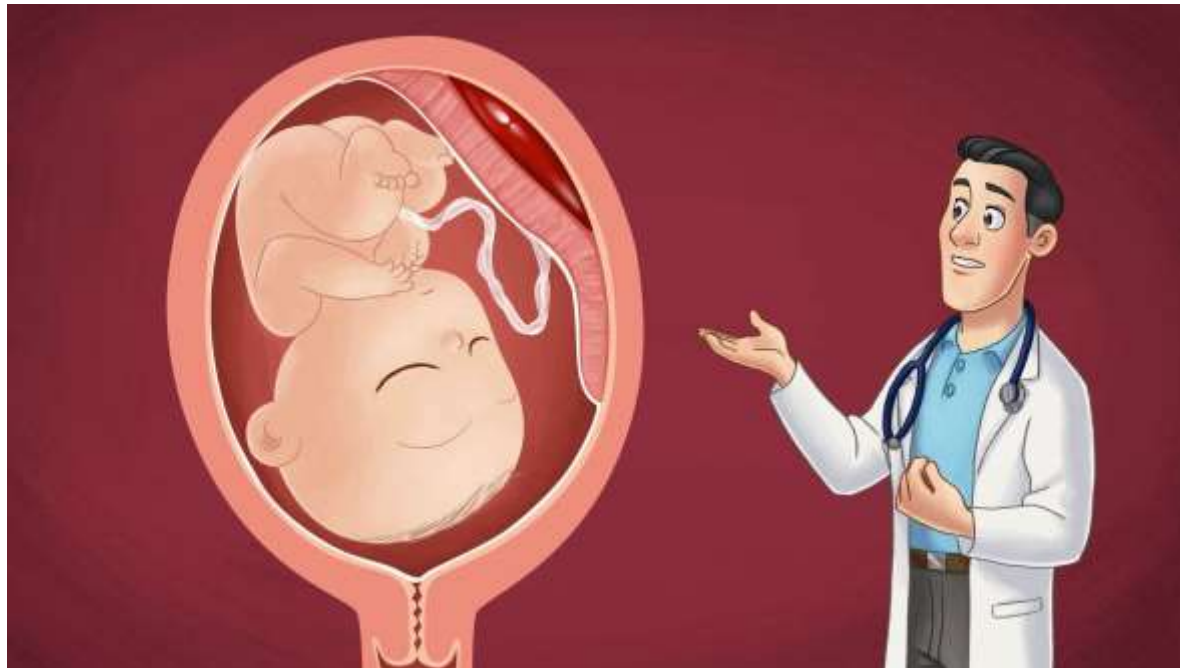
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого
Минздрава России

Преждевременная отслойка плаценты

Выполнила: ординатор
кафедры Акушерства и гинекологии ИПО
Федореева А.В.

Красноярск, 2022

- **Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)** - преждевременное (до рождения ребенка) отделение плаценты от стенки матки во время беременности или в I – II периодах родов.



ЭТИОЛОГИЯ

Непосредственная **причина ПОНРП неизвестна.**

Факторы риска ПОНРП:

1. Во время беременности

- соматические заболевания (ГБ, о. и хр. гломерулонефрит, о. и хр. пиелонефрит, (тромбоцитопения), аутоиммунные состояния, антифосфолипидный синдром, врожденные тромбофилии, СД);
- преэклампсия, особенно тяжелые формы, эклампсия;
- генетическая предрасположенность к тромбозам;
- аномалии развития матки, ее опухоли;
- количество родов в анамнезе более 3;
- многоплодная беременность;
- многоводие;
- чрезмерное употребление алкоголя, наркотиков, курение;
- наружный поворот плода;
- амниоцентез;

2. В родах:

- быстрое излитие околоплодных вод при разрыве плодного пузыря;
- запоздалый разрыв плодного пузыря (при полном открытии шейки матки);
- многоводие;
- многоплодная беременность;
- стимуляция родовой деятельности окситоцином при целом плодном пузыре.

Предрасполагающие факторы ПОНРП:

1. Во время беременности:

- механическая травма.

2. ПОНРП во время родов может наступить при:

- гиперстимуляции матки;
- рождении первого плода при многоплодии;
- короткой пуповине (менее 30 см);
- наружновнутреннем повороте плода при многоплодной беременности.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Распространенность ПОНРП в мире составляет **0,3-0,4%**. В Российской Федерации заболеваемость ПОНРП в 2019 г. составила **9,3** на 1000 родов.
- Материнская летальность при ПОНРП составляет **1,6-15,6%** (вследствие кровотечения и геморрагического шока), перинатальная смертность – **200-350‰** (вследствие дистресс-синдрома плода).
- Частота развития маточно–плацентарной апоплексии (матки Кувелера) достигает **3,5%** от всех случаев ПОНРП.

КОДИРОВАНИЕ ПО МКБ 10

- **O45** Преждевременная отслойка плаценты (abruption placentae):
 - O45.0** Преждевременная отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови
 - O45.8** Другая преждевременная отслойка плаценты
 - O45.9** Преждевременная отслойка плаценты неуточненная.
- **O46** Дородовое кровотечение, не классифицированное в других рубриках.

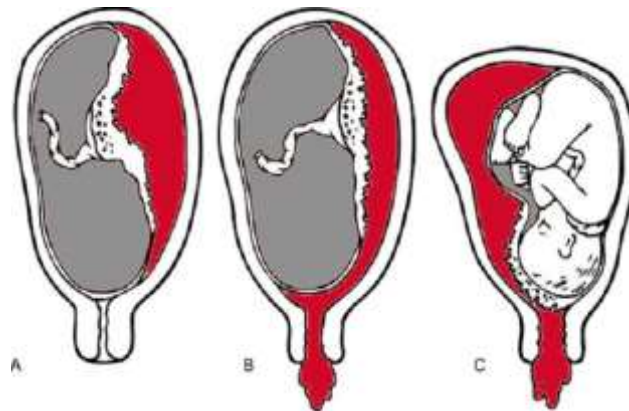
КЛАССИФИКАЦИЯ

По площади отслойки различают:

- частичную ПОНРП:
 - не прогрессирующую;
 - прогрессирующую.
- полную ПОНРП.

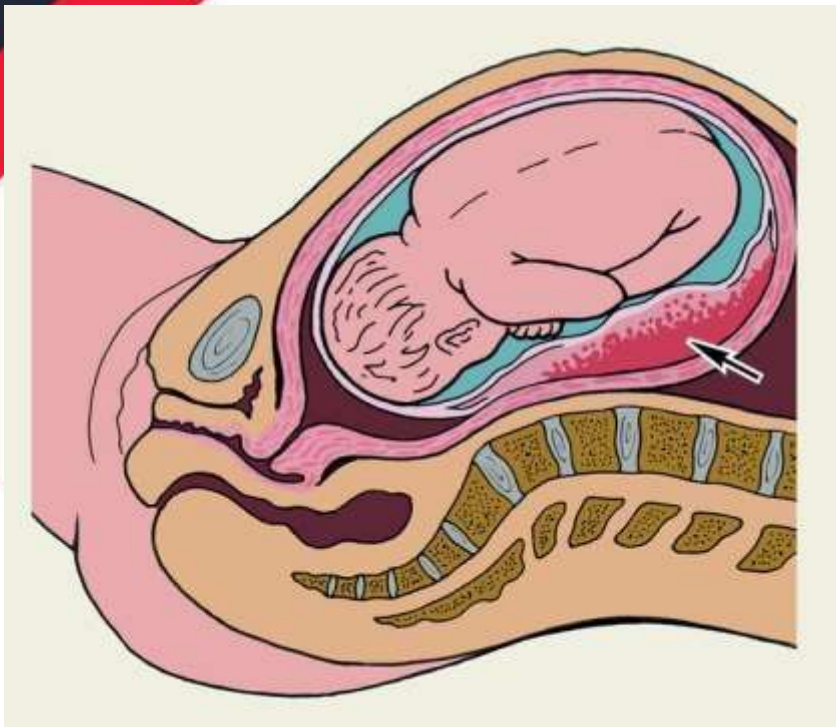
При частичной отслойке плаценты от маточной стенки отслаивается часть ее, при полной - вся плацента.

Частичная ПОНРП может быть краевой, когда отслаивается край плаценты, или центральной - соответственно - центральная часть.



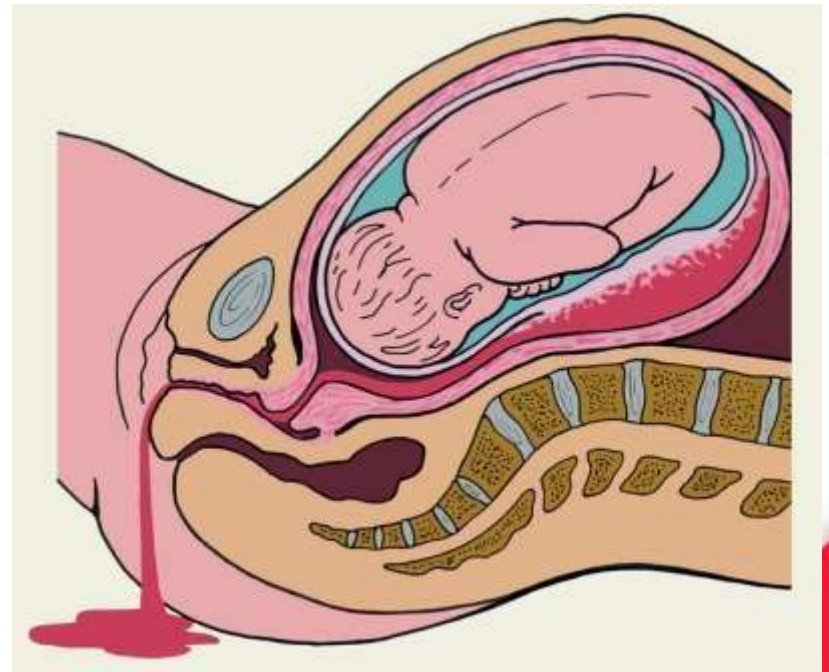
При отслойке нормально расположенной плаценты различают:

- отслойку с наружным или видимым кровотечением (выделение крови из влагалища);
- отслойку с внутренним или скрытым кровотечением (кровь скапливается между плацентой и стенкой матки, образуя ретроплацентарную гематому);
- отслойку с комбинированным или смешанным кровотечением (присутствует как скрытое, так и видимое кровотечение).



Ретроплацентарная гематома при отслойке центральной части нормально расположенной плаценты.

Ретроплацентарная гематома и наружное кровотечение при отслойке нормально расположенной плаценты в центральной и краевой ее частях.



Клиническая картина заболевания

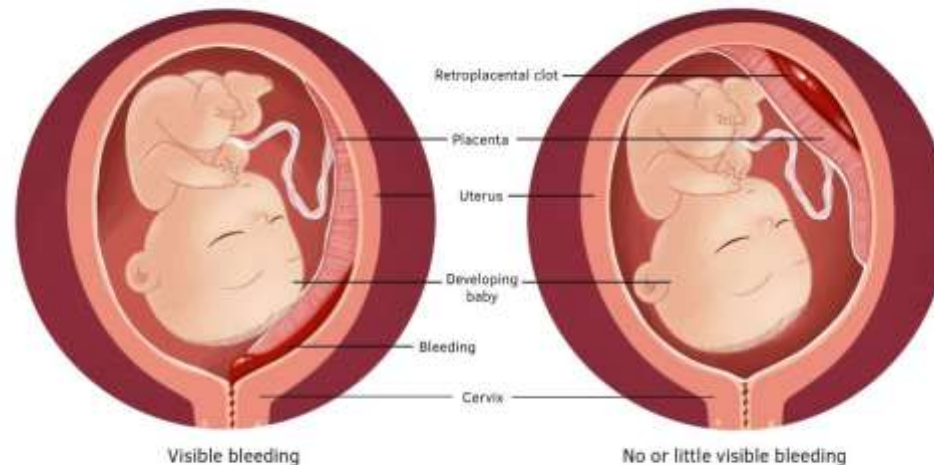
1.Болевой синдром: острая боль в проекции локализации плаценты, которая затем распространяется на всю матку, поясницу, спину и становится диффузной. Боль наиболее выражена при центральной отслойке и может быть не выраженной при краевой отслойке. При отслойке плаценты, расположенной по задней стенке матки, боль может имитировать почечную колику.

2.Гипертонус матки вплоть до тетании, который не купируется применением спазмолитиков, токолитиков.

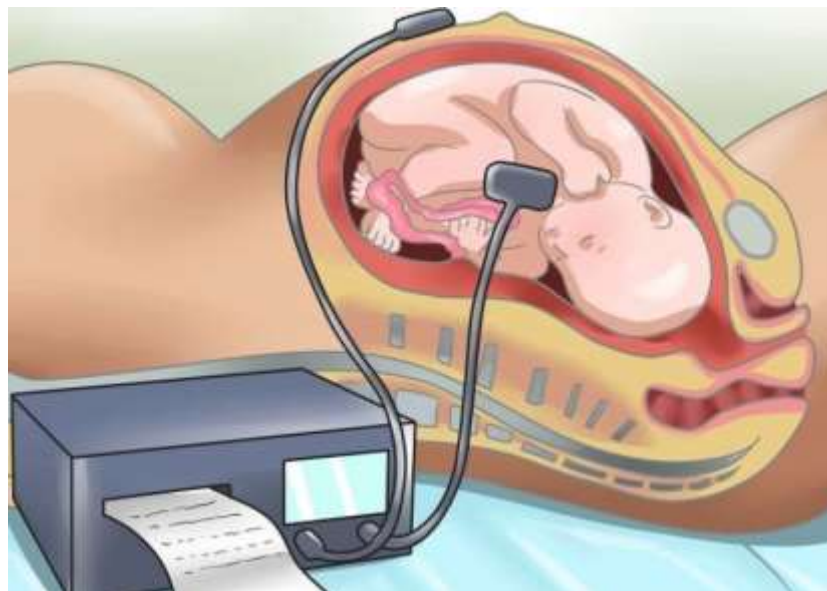
3. Кровотечение из влагалища может варьировать в зависимости от степени тяжести ПОНРП и ее характера (краевая или центральная отслойка), от незначительного до массивного.

При формировании ретроплацентарной гематомы, наружное кровотечение может отсутствовать.

При ПОНРП выделяют три типа кровотечения: наружное (происходит отслойка края плаценты и кровь вытекает через половые пути), внутреннее (кровь скапливается между плацентой и стенкой матки) и смешанное (часть крови вытекает наружу, часть – остается ретроплацентарно).



- 4. Нарушение состояния плода** (нарушение двигательной активности, тахи- или брадикардия у плода, возможна внутриутробная гибель плода).
- 5. Присоединение симптомов геморрагического шока и ДВС-синдрома.**



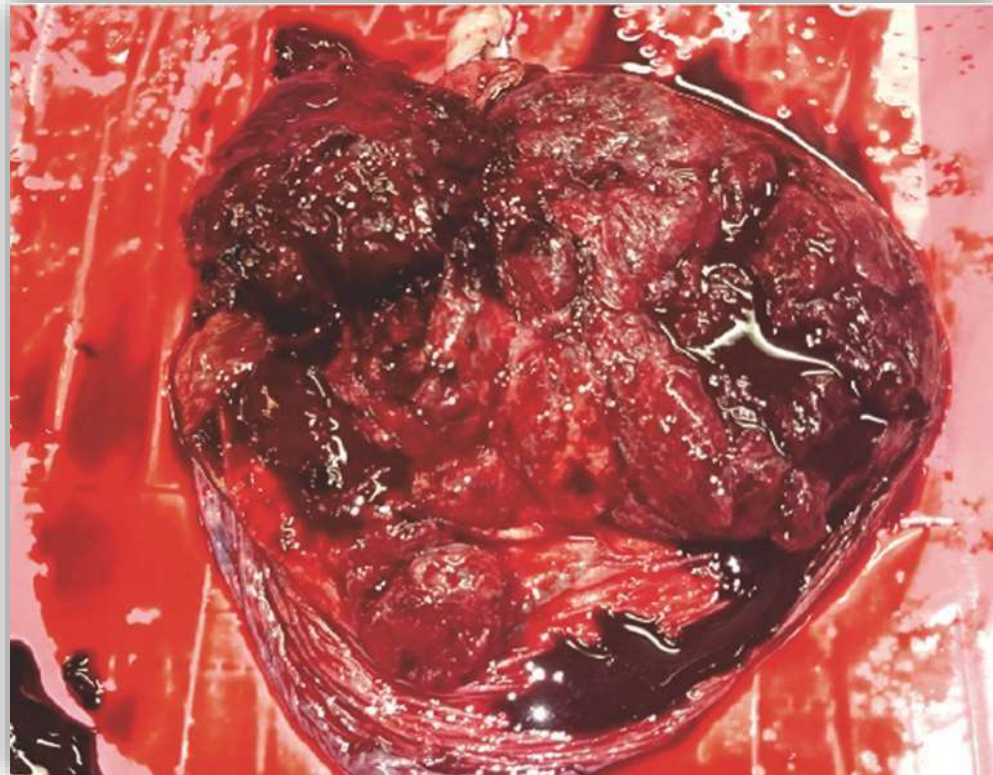
- Классическая клиническая картина наблюдается только у 25% беременных. У 1/3 беременных отсутствует болевой синдром как один из важных диагностических признаков данной патологии.
- Ведущими клиническими симптомами ПОНРП являются **кровяные выделения** из половых путей и признаки **дистресс-синдрома плода**.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз ПОНРП ставится на основании следующих клинических признаков:

- кровяные выделения из половых путей во время беременности или в родах;
- болевой синдром;
- гипертонус матки;
- отсутствие расслабления матки в паузах между схватками (при начале родовой деятельности);
- признаки дистресс-синдрома плода;
- прогрессирующее снижение артериального давления, тахикардия.

- Окончательный диагноз устанавливают после родоразрешения, когда на материнской поверхности плаценты определяют **кратерообразное вдавление** и **сгусток крови**.



Материнская поверхность плаценты с огромной плацентарной гематомой в ее верхней части

Жалобы и анамнез

- У всех беременных и рожениц рекомендовано учитывать жалобы на боли в животе (первоначально в проекции матки, затем распространяющуюся на весь живот, поясницу, спину), гипертонус матки, кровянистые выделения из половых путей с целью своевременной диагностики ПОНРП.
- У всех беременных и рожениц рекомендован сбор анамнеза и выявление факторов риска ПОНРП с целью выявления группы риска ПОНРП.

Физикальное обследование

- Оценка состояния беременной пациентки (ЧСС, АД, ЧДД, сознание, состояние кожных покровов) с целью выявления внутреннего кровотечения.
- Пальпация плода с целью оценки тонуса и болезненности матки, возможности определения расположения плода.
- Аускультация плода с помощью стетоскопа с целью оценки состояния плода.

- Влагалищное исследование и осмотр шейки матки в зеркалах с целью оценки величины кровопотери и состояния плодного пузыря:

- Внутреннее акушерское исследование при наличии продолжающегося кровотечения из половых путей проводится в условиях развернутой операционной. При усилении кровотечения экстренно производят чревосечение и кесарево сечение).

- При проведении внутреннего акушерского исследования определяется напряжение плодного пузыря. При центральной отслойке плаценты признаки наружного кровотечения могут отсутствовать.

Лабораторные диагностические исследования

- Общий (клинический) анализ крови в крови и исследование уровня тромбоцитов крови с целью выявления анемии и наличия кровотечения.
- Определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) с целью готовности к возможной гемотрансфузии.



Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендовано:
 - УЗИ плода с целью оценки его состояния.
 - УЗИ плода в динамике при выборе выжидательной тактики ведения с целью мониторинга состояния плода.
 - Кардиотокография (КТГ) плода с целью оценки его состояния.



- Рекомендовано начать мониторинг жизненно важных функций (АД, ЧСС, ЧДД, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) не позднее 10 минут от момента установления диагноза ПОНРП.

При уровне сатурации крови менее 92% необходимо начать респираторную поддержку с последующей оценкой клинической ситуации и оценкой тактики респираторной поддержки.

Иные диагностические исследования

- Осмотр врача-анестезиолога-реаниматолога при принятии решения о родоразрешении путем операции кесарева сечения для определения анестезиолого-операционного риска.
- Консультация медицинского психолога пациенткам, преждевременно родоразрешенным в связи с ПОНРП, особенно тем, чьи дети находятся в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

ЛЕЧЕНИЕ

Немедикаментозные методы лечения

- Постельный режим.
- Рекомендовано:
 - учитывать величину кровопотери, состояние беременной/роженицы и плода, срок беременности, состояние системы гемостаза с целью выбора тактики ведения беременности и родоразрешения.
 - выжидательная тактика при отсутствии выраженного или продолжающегося наружного или внутреннего кровотечения, отсутствии нарушения состояния беременной и плода, анемии, недоношенной беременности в стационарных условиях с целью пролонгирования беременности.

Медикаментозные методы лечения

- Рекомендовано:

- при выборе выжидательной тактики ведения беременности лечение основного заболевания, вызвавшего ПОНРП.

- при выборе выжидательной тактики ведения беременности в 24⁰- 33⁶ недель профилактика дистресс-синдрома плода, терапия нифедипином и атозибаном в качестве токолитической терапии.



Хирургическое лечение

- Рекомендовано:
 - при родоразрешении обеспечить готовность персонала и оборудования для проведения процедуры реинфузии крови.
 - родоразрешение путем операции КС при наличии одного из факторов: прогрессирующая ПОНРП, наличие выраженного наружного или внутреннего кровотечения, нарушение параметров гемодинамики у беременной, признаки дистресс-синдрома плода, прогрессирование анемии, появление признаков коагулопатии не зависимо от срока беременности.

- Рекомендовано:

- амниотомия перед началом операции кесарева сечения при продольном положении плода при наличии условий для ее выполнения с целью уменьшения кровотечения при прижатии плаценты предлежащей частью плода.

- расширение объема оперативного вмешательства до экстирпации матки при продолжающемся маточном кровотечении при неэффективности проводимых мероприятий, наличии маточно-плацентарной апоплексии (матки Кувелера).



- Рекомендовано:

- ранняя амниотомия при ведении родов через естественные родовые пути в случае непрогрессирующей ПОНРП в I периоде родов без признаков выраженного наружного и внутреннего кровотечения, нарушения состояния женщины и плода.

- при ведении родов через естественные родовые пути во II периоде родов рекомендована вакуум-экстракция или наложение акушерских щипцов.

- во II периоде родов и головном предлежании плода, расположении головки плода в широкой части таза и выше рекомендовано родоразрешение путем операции кесарева сечения.

- при ведении родов через естественные родовые пути ручное отделение плаценты и выделение последа, и ручное обследование матки послеродовое.

- Не рекомендована индукция родов.

ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- Специфической профилактики ПОНРП не существует.
- Рекомендовано:
 - своевременная диагностика и лечение заболеваний и состояний, предрасполагающих к развитию ПОНРП во время беременности и в родах (АГ, преэклампсия).
 - предупреждение механических травм пациентки во время беременности.
 - избегать во время родов гиперстимуляции родовой деятельности, быстрого излития околоплодных вод, запоздалого вскрытия плодного пузыря.
 - наблюдение и интенсивная терапия в послеоперационном периоде в течение не менее 12 часов после окончания операции.

Список литературы

- Клинические рекомендации (проект) «Преждевременная отслойка плаценты», разработчик клинической рекомендации ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ).

Спасибо за внимание!