



«ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» АКЦИОНЕРЛІК ҚОҒАМЫ

АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

СРИ

Тема: *Преждевременная отслойка нормально
расположенной плаценты (ПОНРП)*
№ 18 МЗ РК от 19 сентября 2013 года

Выполнила: Жұмабай Л.О..
701-2-гр АиГ

Проверила: Кожабекова Т.А.

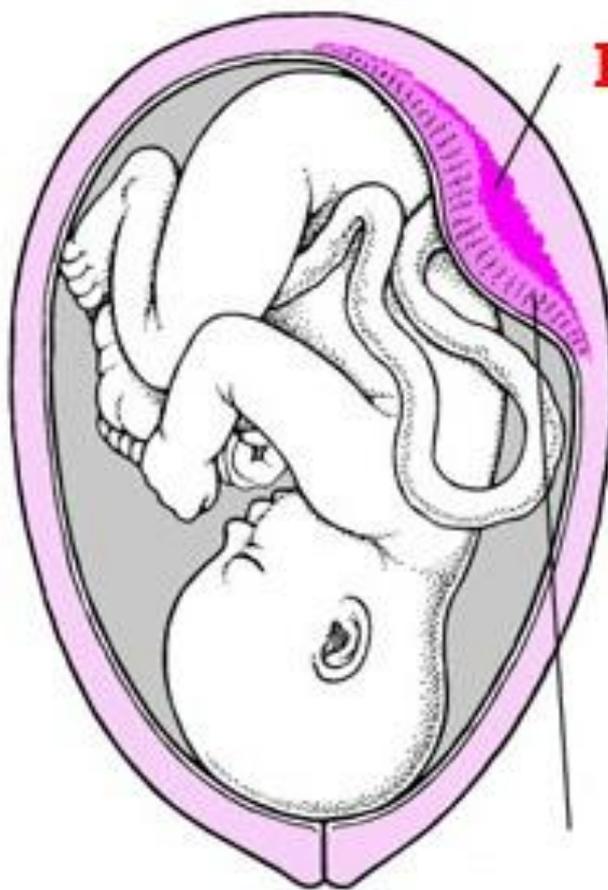
Алматы 2018

*** Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) - это преждевременное (до рождения ребенка) отделение нормально расположенной плаценты от стенки матки (во время беременности, в первом и во втором периодах родов)**

Отслойка плаценты



Нормальная плацента



Кровь

Отслойка плаценты

*Код (коды) по МКБ-10:

О45 Преждевременная отслойка плаценты (abruption placentae).

О45.0 Преждевременная отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови.

О45.8 Другая преждевременная отслойка плаценты.

О45.9 Преждевременная отслойка плаценты неуточненная.

*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)

* Клиническая классификация ПОНРП

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.

* Клиническая классификация ПОНРП

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.

проявление	легкая	средняя	тяжелая
Плацентарное кровотечение	<500 мл	500 - 1000 мл	>1000 мл или скрытое
Отслоение поверхности плаценты	<1/4	1/4 - 1/2	>1/2
Боль в животе	Дискомфорт в нижних отделах	Продолжительная болезненность	Кинжальная, разрывающая
Тонус матки	Неполное расслабление	Непрекращающиеся сильные схватки	Матка не расслабляется между схватками
Дистресс плода	Дистресса нет	Дистресс плода	Выраженный дистресс или гибель плода
Коагулопатия у женщины	Нарушение коагуляционного профиля: удлинение времени свертывания крови, гипофибриногенемия	Возможна ранняя коагулопатия потребления	Шок, олигурия, коагулопатия потребления

Этиология и патогенез

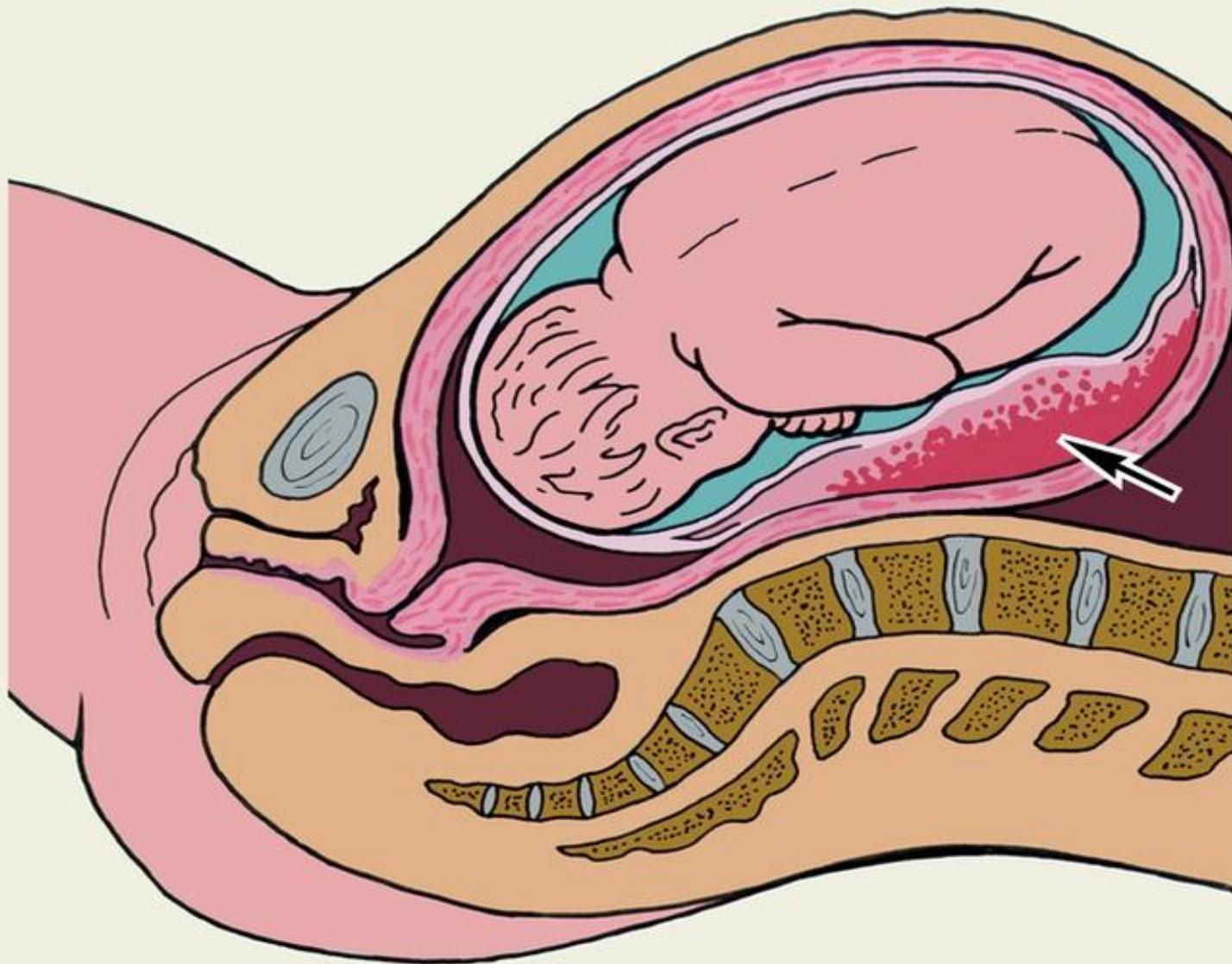
Отслойка плаценты является проявлением системной, иногда скрыто протекающей патологии у беременных. Среди причин патологии выделяют несколько факторов:

- сосудистый (васкулопатия, ангиопатия плацентарного ложа, поверхностная инвазия цитотрофобласта в неполноценный эндометрий);
- гемостатический (тромбофилия).

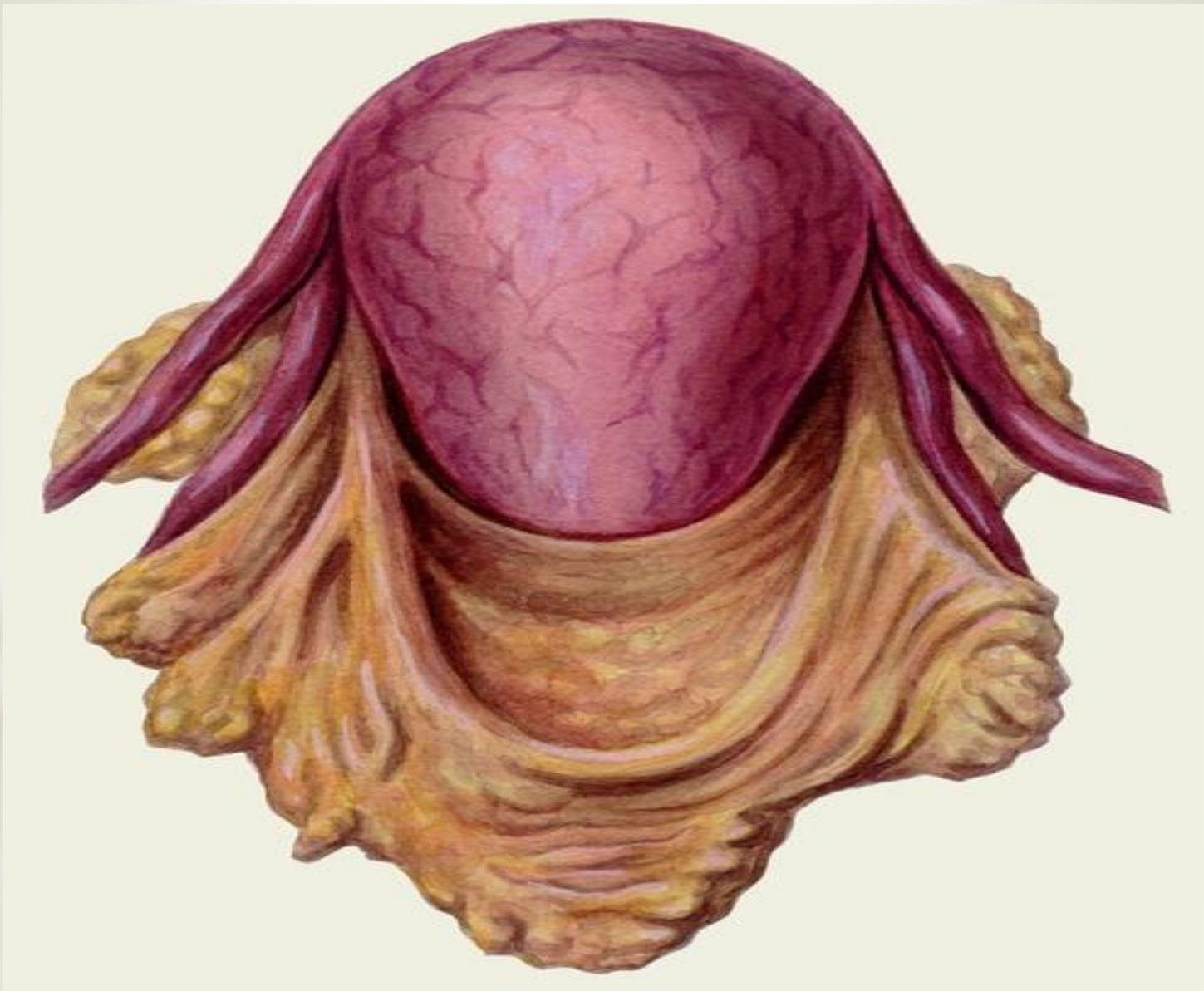
Они относительно часто возникают при преэклампсии, артериальной гипертензии (АГ), гломерулонефрите.

Изменения гемостаза - причина и следствие ПОНРП. В развитии ПОНРП важное значение придают антифосфолипидному синдрому (АФС), генетическим дефектам гемостаза (мутация фактора Лейдене, дефицит ангиотензина - II, дефицит протеина Си пр.), предрасполагающим к тромбозам. Тромбофилия, развивающаяся вследствие этих нарушений, препятствует полноценной инвазии трофобласта, способствуя дефектам плацентации, ПОНРП.

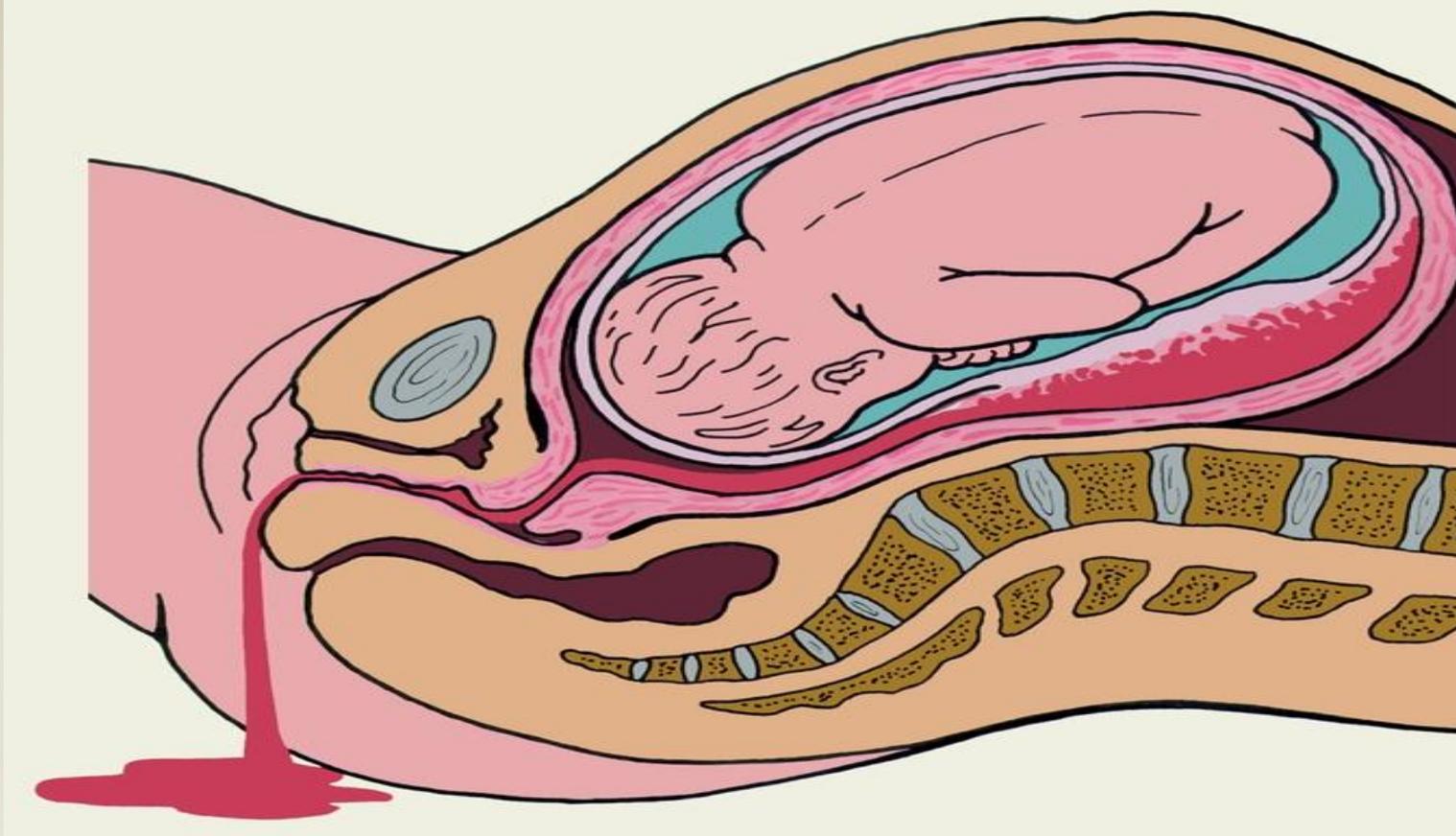
Нарушения гемостаза могут возникать вследствие ПОНРП, например острая форма ДВС - синдрома, приводящая к массивному кровотечению и развитию полиорганной недостаточности (ПОН).



* Ретроплацентарная гематома (указана стрелкой) при отслойке центральной части нормально расположенной плаценты



* Маточно-плацентарная апоплексия (матка Кувелера) при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты (массивные кровоизлияния в стенку матки, под брюшину).



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

* Предрасполагающие факторы 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); Многорожавшие, кесарево сечение в анамнезе;
- ПОНРП в анамнезе;
- Внутриутробные инфекции;
- Аномалии развития и опухоли матки; Юный или старший (>40 лет) возраст первородящих;

Диагностические критерии

- Клиническая картина. 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.

* Лабораторные исследования:

* анализ показателей гемостаза указывает на развитие ДВС синдрома, фибринолиз диагностируется при высоких титрах продуктов деградации фибрина:

1. Фаза гиперкоагуляции: в крови увеличивается количество тромбопластина и протромбина; время свертывания меньше 4 минут; паракоагуляционные тесты не изменены.

2. Переходная фаза: фибриноген меньше 2 г/л, паракоагуляционные тесты положительные, увеличено количество продуктов деградации фибрина; тромбиновое время $>30-35$ с, протромбиновое время >20 с, количество антитромбина III <75 %.

3. Фаза гипокоагуляции: фибриноген <1.5 г/л, паракоагуляционные тесты часто отрицательные; содержание продуктов деградации фибрина $>2 \times 10^{-2}$ /л, тромбиновое время >35 с, протромбиновое время >22 с, содержание антитромбина III составляет 30-60 %; количество тромбоцитов снижено

*Инструментальное исследование

* 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.

* Лабораторные исследования:

- * общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит, тромбоциты);
- * общий анализ мочи;
- * определение группы крови и Резус-фактора . NB! тест Клейгауэра Бетке проводится у женщин с резус-отрицательной кровью для измерения фетоматеринского кровотечения, с целью рассчитать требуемую дозу антирезусного иммуноглобулина (anti-DIg). [D] NB! анализ свертывающей системы, печеночные пробы, почечные показатели, электролиты, проба на перекрестную совместимость проводят при сильном, массивном кровотечении. NB! при незначительном (легкая степень) кровотечении необходимо провести общий анализ крови. Нет показаний для взятия коагулограммы, только если количество тромбоцитов не отклонено от нормы. .

МЫ		ие плаценты	е сосудов пуповины	схватки	шейки матки
Болевой синдром	От незначительно й до резкой боли	Отсутствует	отсутствует	Схваткооб разн ая боль	отсутствуе т
Кровоте ч ение	Могут отсутствовать при скрытой форме ПОНРП в 20%	От незначитель ны х до обильных	Внезапное после амниотомии или излития околоплодны х вод	Отсутству ют	От незначите льны х до обильных
Тонус матки	Постоянный гипертонус	Нет	Нет	Между схватками расслабля ется	Нет
Гемодин амика	Страдает	Не страдает	Не страдает	Не страдает	Не страдает
Состоян и е плода	При прогрессировании ПОНРП до	удовлетвор ител ьное	Прогрессивн о ухудшается	удовлетво рител ьное	Удовлетво рите льное

*Цели лечения:

- не допустить развития ДВС синдрома;
- получение жизнеспособного плода;
- сохранения репродуктивной функции женщины.

***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 госпитализации:

4.1 Показания для плановой госпитализации:
нет

4.2 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..

* ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:

* Тактика ведения беременности при ПОНРП зависит от следующих показателей: величина кровопотери; состояние беременной и плода; срок гестации; состояние гемостаза. На уровне приемного отделения показано проведение первичного осмотра с оценкой жизненно важных функций. При необходимости начало реанимационных мероприятий и поиск причины кровотечения или шока

*Если состояние беременной и плода удовлетворительное, нет выраженного наружного или внутреннего кровотечения (небольшая непрогрессирующая ретроплацентарная гематома по данным УЗИ), анемии при сроке гестации до 34–36 недель при постоянном наблюдении за состоянием плода (доплерометрия, КТГ) возможна выжидательная тактика. Профилактика РДС плода смотрите протокол «Преждевременные роды».

*** Родоразрешение через естественные родовые пути возможно при следующих условиях:**

- * степень тяжести отслойки плаценты - легкая степень;
- * кровопотеря менее 250 мл;
- * не прогрессирующая ретроплацентарная гематома по данным УЗИ;
- * отсутствие признаков нарушения жизнедеятельности плода (УЗИ, доплерография матки и плода, КТГ);
- * отсутствие лабораторных и клинических



При наличии данных условий показана ранняя амниотомия, мониторинг состояния плода (постоянная КТГ) и роженицы (лист наблюдений с мониторингом АД, пульса, ЧДД, диуреза, выделений из половых путей) в течение родового акта

*

Влагалищные родоразрешающие операции (наложение акушерских щипцов, вакуум - экстракция плода) во втором периоде родов проводится по акушерским показаниям и/или по показаниям со стороны матери. После родоразрешения профилактика кровотечения проводится по общепринятой схеме активного ведения третьего периода родов. Если диагностируется антенатальная гибель плода, при условии удовлетворительного состояния матери и отсутствия изменений в лабораторных показателях, вагинальное родоразрешение является более предпочтительным.

[С]

*Если кровотечение **от легкого до умеренного** (состояние матери стабильное), дальнейшие действия будут зависеть от состояния внутриутробного плода. Если частота сердечных сокращений плода патологическая (меньше 100 или больше 180 ударов в минуту, патологическая КТГ) показано срочное вагинальное родоразрешение при наличии условий для быстрого родоразрешения или кесарево сечение, если вагинальное родоразрешение произвести невозможно.

* При наличии клиники средней, тяжелой степени ПОНРП и отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути показано кесарево сечение. Тактика при обнаружении матки Кювелера во время лапаротомии (багровый или синюшный цвет матки в результате пропитывания кровью из ретроплацентарной гематомы): если в динамике наблюдения и проведения хирургического гемостаза (при наличии показаний) матка хорошо сокращается, вопрос сохранения матки решается консилиумом врачей.

* □ При атонии, не поддающейся терапии утеротониками, отсутствии эффекта от хирургического гемостаза (гемостатические швы по В-Lynch, матрасные или другой модификации, перевязки маточных, яичниковых, а затем внутренних подвздошных артерий) при продолжающемся кровотечении производят гистерэктомию.

* **немедикаментозное лечение при наличии легкого кровотечения:** Режим: II Диета: персонализированная Оценка состояния беременной (лист наблюдения с мониторингом АД, пульса, ЧДД, Т, диуреза, выделений из половых путей) и внутриутробного плода (лист наблюдения с мониторингом аускультации плода, КТГ 2 раза в сутки).

* **хирургическое вмешательство:** Кесарево сечение (смотрите клинический протокол по кесареву сечению);

* **дальнейшее ведение.** В послеоперационном/послеродовом периоде профилактика кровотечения и тромбозов в соответствии с рисками (смотрите клинический протокол по тромбоэмболическим осложнениям в акушерстве).

* Профилактические мероприятия в группе риска по развитию ПОНРП:

- * • прием аспирина с целью снижения риска развития преэклампсии (протокол «Артериальная гипертензия у беременных»).
- отказ от курения, приема наркотиков;
- * • соблюдение интергенетического интервала после операции кесарева сечения более 1 года.