



Преждевременная отслойка
нормально расположенной
плаценты.

Жалобы:

В.. 33 лет, обратилась в женскую консультацию 1.11.1986 г. в связи с появлением болей внизу живота и небольших кровянистых выделений из половых путей.

Анамнез. *Наследственность неотягощена. Из детских инфекций перенесла корь, СВИНКУ: взрослой часто болеет гриппом.*

Система дыхания: Дыхание через нос свободное. Грудная клетка нормостенической формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации - эластична. Перкуторно - ясный легочный звук. При аускультации определяется везикулярное дыхание, хрипов нет.

Частота дыхания - 18 в минуту.

Система кровообращения: Область сердца и сосудов не изменена. Определяется верхушечный толчок в 5 межреберье, ограниченный, не усиленный, не резистентный. При перкуссии расширения границ относительной и абсолютной тупости не выявлено.

Аускультативно тоны сердца ритмичны. Шумов нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, частота сердечных сокращений – 82 в минуту. АД: на правой руке - 120~80 мм. рт. ст., на левой руке - 120/80 мм. рт. ст.

Система пищеварения: Язык влажный, розовый. Живот овоидной формы. Аппетит хороший. Физиологические отправления в норме.

Система органов мочевого выделения: Жалоб нет. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется.

Симптом Пастернацкого - отрицательный с обеих сторон. Диурез соответствует выпитому объему жидкости.

Неврологический статус: Сознание ясное. Пациентка ориентируется в пространстве, во времени и в собственной личности. Очаговых и менингеальных симптомов не выявлено.

Зрачки симметричны, реакция на свет полная, содружественная. Глазодвигательных нарушений нет, носогубные складки симметричны. Чувствительных и двигательных расстройств не выявлено.

Акушерский анамнез:

Менструации с 12 лет, установились ерав, по 4—5 дней, через 27—28 дней, безболезненные, умеренные.

Последние месячные были 13.2.1986 г. Половая жизнь с 23 лет, брак первый. Мужу 35 лет. здоров.

Было три беременности: первая закончилась срочными родами без осложнений, вторая и третья — искусственными абортами также без осложнений (последняя беременность, прерванная искусственным абортom, была 1,5 гола назад). Настоящая беременность — четвертая.

Объективное обследование.

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост - 159 см, вес – 64 кг (общая прибавка в весе – 11.5кг). Температура тела 36.4. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Полос беременности, расчёсов не наблюдается. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены, безболезненны, не спаяны между собой и с кожей. Костно-мышечная система - без патологии. Отеков нет.

Течение настоящей беременности. В I половине ее была тошнота, временами рвота. Шевеление плода впервые отметила 5.7.1986 г. Женскую консультацию посетила 5 раз. Прошла неполный курс физиопсихопрофилактической подготовки к родам. Месяц назад обнаружила отеки на нижних конечностях. АД повысилось до 150/100 мм рт.ст. (до беременности оно было нормальным). Была госпитализирована в палату патологии беременных, где находилась в течение 2 нед. Под влиянием лечения отеки почти исчезли. АД нормализовалось. Выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение женской консультации. За беременность прибавила в массе 11 кг. Несколько дней назад вновь появились отеки на ногах. К акушерке не обращалась, показателей АД не знает. Утром 4.11. внезапно возникли боли внизу живота, из половых путей показались небольшие кровянистые выделения. Родовой деятельности не было, воды не изливались.

Акушерское обследование.

Живот овальной формы, увеличен в размерах за счет беременной матки. Окружность живота на уровне пупка 102 см, высота стояния дна матки над лоном 37 см.

Матка при пальпации напряжена и болезненна, особенно в области правого ребра и передней поверхности справа. Родовая деятельность отсутствует.

Положение плода продольное, головное предлежание.

Головка плода прижата ко входу малого таза.. Длина плода 50 см, лобно-затылочный размер головки 11,5 см.

Сердцебиение плода приглушенное, 150 в минуту, ритмичное, слева ниже пупка.

Размеры таза: *Distantia spinarum* – 24.

Distantia cristarum – 26.

Distantia trochanterica-31.

Conjugata externa-20 см.

Индекс Соловьева – 16 см.

Ромб Михаэлиса имеет форму четырехугольника с продольным и поперечным размера-ми в 11 см. Раз-мер истинной конъюгаты – 12 см.

Пальпация плода наружными приемами акушерского исследования:

1 прием - определение стояния дна матки и часть плода находящуюся в ней.

2 прием – определение позиции плода.

3 прием – определение характера предлежащей части и ее отношение к малому тазу.

4 прием – определение предлежащей части, место нахождения предлежащей части, в каком положении находится предлежащая часть.

Данные пальпации плода в матке: продольное положение, головное предлежание, 2 позиция, передний вид. Головка находится над входом в малый таз.

Предполагаемый вес плода:

Сердцебиение плода - ритмичное, ясное, ЧСС - 140 в минуту.

Дополнительные шумы не выслушиваются. Место наилучшего выслушивания расположено выше пупка и слева от него на 1,5-2 см.

Матка в нормотонусе, родовой деятельности нет.

На основании анамнеза, данных общего и акушерского методе/ исследования можно поставить следующий диагноз: беременность сроком 38 нед, нефропатия, подозрение на преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, начавшаяся внутриутробная гипоксия плода.

Предварительный диагноз

Общий анализ крови.
Показатель 03.04.98 Norma Единица измерения
Гемоглобин 124 120-140 Г/л
Эритроциты 3,91 3,9-4,7 x10¹²/л
Цветовой показатель 0,85 0,85-1,05 -
Тромбоциты 226 180-320 x10⁹/л
Лейкоциты 11.3 4,0-9,0 x10⁹/л
- нейтрофилы палочкоядерные 10 1-6 %
-нейтрофилы сегментоядерные 64 47-72 %
-эозинофилы 1 0,5-5,0 %
-базофилы 0 0-1 %
-лимфоциты 24 19-37 %
-моноциты 1 3-11 %
СОЭ 6 2-15 Мм/ч

Лабораторные данные.

Показатель Результат НОРМА
Цвет С/ж С/ж
Прозрачность Полная Полная
Плотность 1010 1012-1020
Лейкоциты 6-7 1-2-3
Белок Отр До 0,15 г/л
Слизь много -
Цилиндры эритроцитарные 1-2 -

Общий анализ мочи

Биохимический анализ крови
Показатель 26.01.01 НОРМА Единицы
Общий белок 66 60-80 Г/л
Глюкоза 4,5 3,3-5,5 Ммоль/л
Общий билирубин 7,0 0-20,5 Ммоль/л
Прямой билирубин 2,7 0-5,0 Ммоль/л
Мочевина 2,5 2,5-8,3 Ммоль/л
Альбумин 36 35-50 Г/л
Креатинин 59 50-110 Мкмоль/л

Мазок на флору "С" и "V" (26.01.01).

ФЛОРА

Палочек- abs, кокки- мало трихомонады - отсутству-ют

- УЗИ маточно плацентарного комплекса проводимое трансабдоминальным или трансвагинальным доступом;
- доплерография плаценты (цветная, 3D);
- МРТ для диагностики и уточнения степени инвазии вросшей плаценты. МРТ является методом выбора при подозрении на вращение плаценты, расположенной по задней стенке, а также более информативно у пациенток в большом сроке беременности и с ожирением высокой степени. [УД-С]

NB! Для постановки диагноза предлежания плаценты необходимо провести следующее:

- в срок 20 недель беременности при проведении скрининга уточнение локализации плаценты и патологию прикрепления (placenta adherens, placenta accreta, placenta percreta) [УД-D];
- в случае низкорасположенной плаценты в 25-26 недель проводится трансвагинальная сонография, которая реклассифицирует 26-60% случаев [УД-С];
- В случае наличия рубца на матке и наличии следующих отягощающих факторов: предлежание плаценты либо локализации плаценты по передней стенке, необходимо повторить УЗИ в 32 недели беременности для исключения приращения плаценты. В случае подтверждения диагноза ведение и организация наблюдения данных беременных проводится как при приращении плаценты [УД-D];

В 36 недель проводят повторное УЗИ в группе беременных женщин высокого риска по приращению плаценты и беременных женщин с частичным предлежанием плаценты для повторной верификации диагноза:

- дородовая сонографическая визуализация может быть дополнена магнитно-резонансной томографией в сомнительных случаях, но окончательный диагноз может быть поставлен только во время операции;

· диагностическая ценность различных методов ультразвукового исследования представлена в

Инструментальные исследования:

Допплерография	Чувствительность (%)	Специфичность (%)	Положительное прогностическое значение (%)
серая шкала	95	76	82
цветная	92	68	76
трехмерная энергетическая	100	85	88

Дифференциальный диагноз

Симптомы	Предлежание плаценты	ПОНРП	Предлежание сосудов пуповины	Ложные схватки	Опухоль шейки матки	
Болевой синдром	отсутствует	от незначительной до резкой боли	отсутствует	схваткообразная боль	отсутствует	
Кровотечение	от незначительных до обильных	могут отсутствовать при скрытой форме ПОНРП в 20%	внезапное после амниотомии или излития околоплодных вод	отсутствуют	от незначительных до обильных	
Тонус матки	нет	постоянный гипертонус	нет	между схватками расслабляется	нет	
Гемодинамика	не страдает	страдает	не страдает	не страдает	не страдает	
Состояние плода	удовлетворительное	при прогрессировании ПОНРП до антенатальной гибели плода	прогрессивно ухудшается	удовлетворительное	удовлетворительное	

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

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

В третьем триместре беременности, женщины с предлежанием плаценты должны быть осведомлены о риске преждевременных родов и кровотечении. Их лечение должно быть индивидуально подобранным.

Женщины, наблюдающиеся на дому, должны быть четко информированы о том, что этим женщинам следует избегать половых контактов. При возникновении кровотечения, схваток или боли (в том числе неопределенная надлобковая периодическая боль) им следует немедленно обратиться в стационар. Любой уход на дому требует непосредственную близость к стационару, постоянное присутствие кого-нибудь из дееспособных людей, который может помочь в случае необходимости. Должна быть обеспечена возможность быстрого доступа к родильному дому и полное информированное согласие женщины. [D]

Хирургическое вмешательство

Название оперативного вмешательства:

- кесарево сечение;
 - компрессионные гемостатические швы;
 - перевязка маточных, яичниковых, подвздошных артерий;
 - гистерэктомия;
 - эмболизация маточных артерий.
-

Медикаментозное лечение – симптоматическая терапия сопутствующих осложнений, смотрите клинический протокол по соответствующему профилю.

Токолиз при ПП (кроме β -миметиков) и не угрожающем жизни беременной кровотечении возможен в сроки беременности 28-34 недели. Препаратами выбора для токолитической терапии являются блокаторы кальциевых каналов (нифедипин) и антогонисты окситоцина. Схема применения нифедипина: 10 мг перорально, если сокращения матки сохраняются – через 15 минут 10 мг повторно. Затем по 10 мг каждые 3-8 часов в течение 48 часов до исчезновения схваток. Максимальная доза – 120 мг/день.

Роды вести через естественные родовые пути с применением анальгетиков, спазмолитиков, проведением профилактики внутриутробной гипоксии плода и кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде. Беременная входит в группу риска по слабости родовой деятельности (перенесенные аборт, возраст беременной /39 лет/), может потребоваться применение окситоцина и/или простагландинов, кровотечениям в родах и раннем послеродовом периоде (перенесенные аборт), Так же необходимо проводить профилактику антенатальной и перинатальной гипоксии плода, так как имеется обвитие пуповины вокруг шеи плода. Во время родов необходим контроль за сердцебиением плода и при наличии признаков гипоксии возможно оперативное родоразрешение при помощи кесарева сечения.

Прогноз
