



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 года 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  $\times 10^{12}/л$

Цветовой показатель 0,85 0,85-1,05 -

Тромбоциты 226 180-320  $\times 10^9/л$

Лейкоциты 11.3 4,0-9,0  $\times 10^9/л$

- 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 следующихотягощающих 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:**

| <b>Допплерография</b>            | <b>Чувствительность (%)</b> | <b>Специфичность (%)</b> | <b>Положительное прогностическое значение (%)</b> |
|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>серая шкала</b>               | 95                          | 76                       | 82                                                |
| <b>цветная</b>                   | 92                          | 68                       | 76                                                |
| <b>трехмерная энергетическая</b> | 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 кровотечения. 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  $\beta$ -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

---