Преждевременная отслойка плаценты

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O45, O46 · Российское общество акушеров-гинекологов

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — отделение плаценты от стенки матки до рождения ребенка во время беременности или в I–II периодах родов. Главное в рекомендации — быстро распознать кровотечение, боль, гипертонус матки и дистресс плода, не терять время при показаниях к экстренному кесареву сечению и контролировать гемостаз.

Главное

- Заподозрить ПОНРП нужно при кровянистых выделениях во время беременности или родов, боли, гипертонусе матки, отсутствии расслабления матки между схватками, признаках дистресса плода, прогрессирующем снижении артериального давления и тахикардии.
- Классическая картина встречается только у 25% беременных; у трети нет боли. Ведущие признаки — кровянистые выделения и дистресс плода.
- При подозрении на ПОНРП осмотр акушером-гинекологом в приемном отделении проводят не позднее 10 минут. УУР С, УДД 5.
- После установления предварительного диагноза вызывают второго акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, вторую акушерку и медсестру-анестезистку при наличии возможности.
- После предварительного диагноза мониторинг артериального давления, пульса, дыхания, сатурации крови и диуреза начинают не позднее 10 минут; при сатурации менее 92% начинают ингаляцию кислорода. УУР С, УДД 5.
- УЗИ помогает увидеть гипоэхогенные зоны между плацентой и стенкой матки, оценить площадь отслойки и ретроплацентарную гематому, но чувствительность низкая — 24–57%, специфичность 96–100%; при показаниях к срочному родоразрешению УЗИ не должно задерживать операцию. УУР В, УДД 2.
- Кесарево сечение показано независимо от срока при прогрессирующей ПОНРП, выраженном наружном или внутреннем кровотечении, нарушении гемодинамики беременной, дистрессе плода, прогрессировании анемии или признаках коагулопатии. УУР С, УДД 5.
- При показаниях к операции интервал от диагноза ПОНРП до начала хирургического вмешательства нужно сократить до 30 минут с учетом клинической ситуации и возможностей стационара. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Собрать жалобы: боль сначала в проекции матки с распространением на живот, поясницу или спину, повышение тонуса матки, кровянистые выделения из половых путей. УУР С, УДД 4.
2. Выявить факторы риска у беременных во II–III триместре и в родах: преэклампсия, эклампсия, гипертензия, болезни почек, тромбоцитопения, АФС, тромбофилии, сахарный диабет, многоплодие, многоводие, более 3 родов в анамнезе, ПОНРП в прошлой беременности, кровотечение после 28 недель, предлежание плаценты и др. УУР С, УДД 5.
3. Оценить состояние матери: ЧСС, АД, ЧДД, сознание, кожу; бледность, холодный липкий пот, тахикардия и снижение АД могут указывать на скрытое кровотечение. УУР С, УДД 4.
4. Провести наружное акушерское исследование: искать гипертонус, деформацию матки с локальным выпячиванием, болезненность при пальпации и смещении, невозможность определить части плода из-за боли, нарушение двигательной активности плода. УУР С, УДД 4.
5. Оценить сердцебиение плода с помощью фетального допплера или стетоскопа. УУР В, УДД 3.
6. При подозрении на ПОНРП провести КТГ, а при подтвержденной ПОНРП и показаниях к экстренному родоразрешению — непрерывно до операции, не задерживая ее. УУР С, УДД 5.
7. Выполнить общий (клинический) анализ крови с подсчетом тромбоцитов. УУР С, УДД 4. Определить основные группы крови по системе АВО и антиген D системы Резус. УУР С, УДД 5. Исследовать систему гемостаза с определением фибриногена. УУР С, УДД 4. При нестабильной гемодинамике или признаках дистресс-синдрома плода родоразрешение не откладывают до получения лабораторных результатов.

8. Окончательный диагноз подтверждают после родоразрешения: на материнской поверхности плаценты находят кратерообразное вдавление и сгусток крови.

Лечение

- Всем пациенткам с подозрением на ПОНРП — постельный режим и непрерывное наблюдение за матерью и плодом. УУР С, УДД 5.
- Тактику выбирают по величине кровопотери, состоянию беременной и плода, сроку гестации и гемостазу. УУР С, УДД 5.
- Выжидательная тактика допустима только в стационаре при отсутствии выраженного или продолжающегося наружного/внутреннего кровотечения, небольшой непрогрессирующей ретроплацентарной гематоме по УЗИ, отсутствии нарушений состояния матери и плода, отсутствии анемии и сроке менее 36 недель. УУР С, УДД 5.
- При выжидательной тактике проводят лечение основного заболевания, предположительно вызвавшего ПОНРП, снижение тонуса миометрия, коррекцию нарушений гемостаза и профилактику РДС плода. УУР С.
- Выжидательную тактику при ПОНРП проводят только при регулярном проведении УЗИ плода, допплерографии плодового кровотока и КТГ плода. УУР С, УДД 4.
- Адреномиметики и токолитики не применяют при подозрении на ПОНРП, кровотечении из половых путей или ретроплацентарной гематоме по данным УЗИ. УУР С, УДД 4.
- Экстренное кесарево сечение выполняют при подтвержденной прогрессирующей ПОНРП, выраженном наружном или внутреннем кровотечении, геморрагическом шоке, прогрессировании анемии — в интересах беременной независимо от состояния плода, включая анте- или интранатальную гибель. УУР С, УДД 5.
- В родах при подозрении на ПОНРП или непрогрессирующей ПОНРП в I периоде без выраженного кровотечения и при удовлетворительном состоянии матери и плода проводят амниотомию; стимуляция родов противопоказана. УУР С, УДД 4.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при подозрении на ПОНРП или подтвержденной ПОНРП, а также при любых кровянистых выделениях из половых путей во время беременности.
- Прогрессирующая ПОНРП — показание к экстренному кесареву сечению, I категория неотложности.
- Продолжающееся кровотечение из половых путей — противопоказание к переводу в другую медицинскую организацию, если на месте есть условия для экстренного родоразрешения.
- Массивное кровотечение, особенно при нестабильной гемодинамике, — противопоказание к транспортировке даже внутри стационара; операцию выполняют там, где находится пациентка.
- Если экстренное родоразрешение на месте невозможно, пациентку перевозят в ближайший стационар с условиями для помощи матери и новорожденному реанимобилем, в сопровождении анестезиолого-реанимационной бригады и с постоянным мониторингом матери и плода.

Частые вопросы

Какие симптомы наиболее важны для подозрения на ПОНРП?

Ведущие признаки — кровянистые выделения из половых путей и признаки дистресса плода; также возможны боль, гипертонус матки, симптомы геморрагического шока и ДВС-синдрома. Классическая картина встречается только у 25% беременных, а у трети отсутствует боль. При центральной отслойке наружное кровотечение может отсутствовать.

Можно ли исключить ПОНРП нормальным УЗИ?

Нет. УЗИ имеет низкую чувствительность 24–57%, хотя специфичность высокая — 96–100%; при небольшой краевой отслойке с наружным кровотечением отслойка может не визуализироваться.

Когда при ПОНРП возможна выжидательная тактика?

Только в стационаре: нет выраженного или продолжающегося кровотечения, по УЗИ небольшая непрогрессирующая ретроплацентарная гематома, состояние матери и плода не нарушено, анемии нет, срок беременности менее 36 недель.

Когда нужно экстренное кесарево сечение?

При прогрессирующей ПОНРП, выраженном наружном или внутреннем кровотечении, гемодинамических нарушениях у беременной, дистрессе плода, прогрессировании анемии или коагулопатии. Операция показана независимо от срока беременности.

Что делать с маткой Кувелера во время кесарева сечения?

После извлечения плода обязательно ревизуют стенки матки, особенно наружную поверхность. При продолжающемся кровотечении и неэффективности органосохраняющих мер или при маточно-плацентарной апоплексии объем операции расширяют вплоть до экстирпации матки; сама матка Кувелера не является абсолютным показанием к гистерэктомии.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/800-prezhdevremennaya-otslojka-placenty. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/800_1