**Согласовано «УТВЕРЖДАЮ»**

**на общебольничной Директор РПЦ**

**конференции Любчич А.С.**

**«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2013год**

**Ведение женщин с ПОНРП**

**Обоснование:**

* ПОНРП встречается в 1:100-200 родов
* ПОНРП является причиной 20% случаев МС
* Пренатальная смертность при ПОНРП достигает 10-20%

**Цель:**

Своевременная диагностика и оказание квалифицированной медицинской помощи при ПОНРП как результат снижения материнской и перинатальной смертности

**Определение:**

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – отслойка плаценты до рождения плода (во время беременности,в первом и во втором периодах родов)

**КОД по МКБ-10**

**О45. Преждевременная отслойка плаценты**

**О45.0 Преждевременнаяя отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови**

**О45.8 Другая преждевременная отслойка**

**О45.9 Преждевременная отслойка плаценты неуточненная**

**Классификация:**

**Три типа ПОНРП:** - наружное кровотечение – отслаивается край плаценты,и кровь вытекает наружу из шейки матки -скрытое кровотечение – ретроплацентарное,кровь скапливается между плацентой и стенкой матки, часто с выраженной экстравазацией в миометрий, кровотечения из половых путей при этом нет -смешанное кровотечение- часть крови вытекает наружу из половых путей, а часть остается ретроплацентарно

**Три категории в зависимости от тяжести симптомов явного или скрытого кровотечения:** -легкое -средней тяжести -тяжелое

**Тактика ведения:**

**Задачей первичного осмотра является установление степени тяжести и типа кровотечения.**

**Диагностика ПОНРП основана на:**

-клиническая картина заболевания -данные УЗИ -изменения гемостаза

**Алгоритм** обследования беременных, поступающих в стационар с кровяными выделениями:

* Наружное акушерское исследование
* Выслушивание сердечных тонов плода,Кардиомониторинг
* Осмотр наружных половых органов и определение характера кровяных выделений
* УЗИ ( при массивной кровопотере в операционной)
* ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, ССК, группа крови и резус фактор, прикроватный тест, кровь на индивидуальную совместимость.

Если при наружном акушерском и УЗИ диагноз ПОНРП не подтвержден, необходимо провести осмотр шейки матки и стенок влагалища в зеркалах ( диф.диагностика с эрозией,РШМ,полипами шейки матки, разрывом варикозно расширенных вен, травмами)

Влагалищное исследование в родах производят в следующих случаях: -амниотомия при ведении родов через естественные родовые пути -определение степени раскрытия шейки матки -выявление сгустков крови во влагалище, заднем своде (определения истинной кровопотери)

Влагалищное исследование производят при **развёрнутой операционной**. При усилении кровотечения экстренно производят КС.

**Обязательно!** Определение величины кровопотери (взвешивание пелёнок, простыней) с учетом сгустков крови, находящихся во влагалище.

**Основные симптомы ПОНРП:** -кровянистые выделения -боль в животе -гипертонус, болезненность матки ,отсутствие расслабления матки в паузах между схватками в родах -острая гипоксия плода или антенатальная гибель - симптомы геморрагического шока

При влагалищном исследовании во время беременности шейка матки обычно сохранена, наружный зев закрыт. В первом периоде родов при ПОНРП плодный пузырь обычно напряжен, иногда наблюдают умеренное количество кровяных выделений со сгустками из матки. При вскрытии плодного пузыря изливающиеся ОВ могут содержать примесь крови

**УЗИ** при подозрении на ПОНРП следует проводить как можно раньше( определить место и площадь отслойки плаценты, размеры и структуру ретроплацентарной гематомы)

**Анализ показателей гемостаза** ( ОАК, коагулограмма, прикроватный тест ) указывает на развитие ДВС –синдрома

**Клиника:**

**Легкая форма** – отслойка небольшого участка плаценты, незначительные выделения из половых путей. Общее состояние не нарушено. При УЗИ можно определить ретроплацентарную гематому, если же кровь выделяется из наружных половых органов,топри УЗИ она не выявляется. После родов обнаруживается организовавшийся сгусток на плаценте

**Средняя степень тяжести** – отслойка плаценты на 1\3-1\4 поверхности. Из половых путей происходит отделение крови со сгустками в значительном количестве. При образовании ретроплацентарной гематомы возникает боль в животе, гипертонус матки. Если отслойка произошла во время родов,матка между схватками не расслабляется. При большой ретроплацентарной гематоме матка может стать ассиметричной,резко болезненной при пальпации. Без своевременного родоразрешения плод погибает. Одновременно развиваются симптомы шока( геморрагического и болевого)

**Тяжелая форма** – отслойка более 1\2 площади поверхности плаценты. Внезапно возникает боль в животе, кровотечение( первоначально внутреннее,а затем и наружное). Довольно быстро появляются симптомы шока. При осмотре и пальпации матка напряжена, ассиметрична,в области ретроплацентарной гематомы можно обнаружить выбухание. Отмечаются симптомы острой гипоксии или гибели плода.

**Тактика ведения беременности при ПОНРП зависит от следующих показателей**:

-величина кровопотери -состояние беременной и плода -срок гестации - гемостаза

Во время беременности и родах при **средней и тяжелой степени ПОНРП** показано **экстренное родоразрешение путем КС нижнесрединным лапаротомным доступом.** независимо от срока гестации и состояния плода. **Следует выполнить** клинический анализ крови, определить группу крови и резус-фактор, взять кровь на индивидуальную совместимость, исследовать коагулограмму, заготовить эр.массу.

**Незамедлительная инфузия кристаллоидов** и препаратов крови в целях поддержания перфузии тканей, особенно почек, для снижения вероятности ДВС-синдрома. При выборе объема и состава трансфузии учитывают **«правило тридцаток»:** -потеря 30% ОЦК не оказывает существенное влияние на витальные показатели; -поддержание диуреза не менее 30мл\час -гематокрит более 30%.

Кровопотерю восполняется из расчета 1:3 кристаллоиды, коллоиды 1:3 + 2:3 эр.масса и СЗП по показаниям.

В случае тяжелого кровотечения необходимо мониторирование **ЦВД**.

Во время операции необходим осмотр матки для выявления кровоизлияния в мышечную стенку и под серозную оболочку(матка Кювелера – маточно-плацентарная апоплексия). При диагностике гипотонии матки и матки Кювелера – перевязка 3х пар магистральных сосудов, наложение компрессионного шва по Б-Линчу, при необходимости – перевязка внутренних подвздошных артерий. При отсутствии кровотечения объем операции ограничивается, и матка сохраняется. При продолжающемся кровотечении – экстирпация матки.

Вопрос переливания препаратов крови решается индивидуально. Исходя из объема кровопотери, показателей гемостаза, диуреза.

**При легкой форме течения ПОНРП**, если состояние беременной и плода значительно не страдает, нет выраженного наружного или внутреннего кровотечения( небольшая непрогрессирующая ретроплацентарная гематома по данным УЗИ), анемии:

- **При сроке гестации до 34-35 нед**, возможна выжидательная тактика.Ведение беременной проводится под контролем УЗИ, при постоянном наблюдении за состоянием плода (по показаниям доплерометрия,КТГ). Постельный режим.Спазмолитики.Профилактики РДС плода– дексометазон 6мг в\м каждые 12 час, курсовая доза 24мг.Гемостатическая терапия : дицинон 2,0 в\м х 2р\д, тремин 10,0 в\в кап , контрикал 10 тыс.ед х 2р\д в\в. У ряда пациенток с маленьким сроком гестации кровяные выделения прекращаются полностью, и пациентку можно выписать домой. В дальнейшем в амбулаторноых условиях проводят тщательную оценку состояния плода для исключения гипоксии и задержки роста плода.

- **при сроке менее 37 нед** – проведение терапии,направленное на пролонгирование беременности и применение выжидательной тактики,гемостатическая терапия. Даже после прекращения кровотечения и исчезновения клинической картины в виде болезненности матки при пальпации пациентку следует оставить в стационаре.

**- на доношенном сроке** даже при легкой степени ПОНРП и неподготовленной шейке матки в интересах плода – экстренное кесарево сечение.

При скудных кровяных выделениях из половых путей, незначительной болезненности матки при пальпациии, нормальных показателях КТГ можно рассмотреть вариант родоразрешения через естественные родовые пути (информированное согласие женщины).

Если пациентка находится в первом периоде родов, следует провести амниотомию и решить вопрос через 2-4 часа о дальнейшей тактике ведения (родовозбуждение не исключается).Если родовая деятельность самостоятельно не развилась – КС.

Роды вести под постоянным мониторным наблюдением за характером материнской гемодинамики, сократительной деятельности матки и сердцебиения плода. При малейшем отклонении- кесарево сечение.

Проводится катетеризация периферической вены. По показаниям – инфузионная терапия.

При слабости родовой деятельности в зависимости от периода родов решить вопрос о родостимуляции . При отсутствии условий для родорарешения через естественные родовые пути – КС.

При прогрессировании отслойки или появлении выраженных симптомов во 2 периоде родов тактика определяется местом нахождения предлежащей части в малом тазу: При головке, расположенной в широкой части малого таза и выше – КС

Если предлежащая часть располагается в узкой части малого таза и ниже – при головном предлежании – акушерские щипцы, при тазовом предлежании – экстракция плода за тазовый конец.

Сразу после родов производят ручное отделение и выделение последа под обезболиванием. Для профилактики кровотечения вводится окситоцин 10ЕД в физ.р-ре – 400,0 в\в кап .

При наличии признаков нарушения коагуляции ( прикроватный тест более 7 мин ) :

Контрикал 20тыс.ед.в/в,Тремин 500мг в/в,Дицинон 6,0 в/в

Если прикроватный тест более 10 мин- то же + осуществляется переливание СЗП,

Показания к гемотрансфузия ( острая кровопотеря более 1000,0 мл, лабораторные показатели - гемоглобин менее 70г\л, гематокрит менее 23%).

Литература:

Габа Д.М., Фиш К.Д., Хауард С.К. Критические ситуации в анестезиологии: Перевод с анг.-М.: Медицина, 2000.-440с.

Benedetti T.J. Obstetric Hemorrhage// S.G. Gabbe Obstetrics-normal and problem pregnancies, 4 th ed-Philadelphia: Churchill Livingstone, 2002

B-Lynch C ., Keith L.G., Lalonde A.B., Karoshi M. A textbook of postpartum hemorrhage.-Duncow: Sapiens Publishing, 2006.-P. 468

Fujitani S., Baldisseri M.R. Hemodinamic assessment in a pregnant and peripartum patient// Crit Care Med.-2005.-N 33 (Suppl.). –P. 354-361

Jones A.E., Kline J.A Shock // J.A. Marx Rosen’s Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice.-6 TH ed.-Philadelphia, Mosby, 2006.

Martel M.J. et al. Hemorrhagic shock. SOGC Clinical practice guidelines // J. Obstet. Gynaecol. -2002. – N 24 (6). – P. 504-511.

Miller R.D. Miller’s Anesthesia. – 6 TH ed. –Philadelphia: Churchill Livingstone, 2005

Roberts J.R., Hedges J.R., Chanmugam A.S., Chudnofsky C.R. et al. Clinical procedures in emergency medicine.- 4 TH ed. – Philadelphia: Saunders, 2004

Suresh M.S. Obstetric Hemorrhage / D.J Birnbach Ostheimer’s manual of obstetric anesthesia. – 3 th ed. – Philadelphia, Churchill Livingstone, 2000

Wali A., Suresh M.S., Gregg A.R. Antepartum hemorrhage / S. Datta. Anesthetic and obstetric management of high-risk pregnancy. 3 rd ed. – New York, Springer-Verlag, 2004.