

Краткое описание

Предлежание плаценты (placenta praevia) – прикрепление плаценты в нижнем сегменте матки в области внутреннего зева. При предлежании плацента находится на пути рождающегося плода.

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
O44	Предлежание плаценты
O44.0	Предлежание плаценты, уточнённое как без кровотечения. Низкое прикрепление плаценты, уточнённое как без кровотечения.
O44.1	Предлежание плаценты с кровотечением. Низкое прикрепление плаценты без дополнительных указаний или с кровотечением. Предлежание плаценты (краевое, частичное, полное) без дополнительных указаний или с кровотечением

Дата разработки: 2017 год.

Сокращения, используемые в протоколе:

ПП	–	предлежание плаценты
ТВС	–	трансвагинальная сонография
СД	–	сонография в «серой» шкале
ТЭД	–	трехмерная энергетическая доплерография
МРТ	–	магнитно-резонансная томография
ТВС	–	трансвагинальная сонография
ПОНРП	–	преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
УЗИ	-	ультразвуковое исследование
МКБ-10	-	международная классификация болезней 10 пересмотр
ПМСП	-	первичная медико санитарная помощь

Пользователи протокола: акушеры-гинекологи, акушерки, специалисты УЗ диагностики

Категория пациентов: беременные, роженицы, родильницы с предлежанием плаценты.

Шкала уровня доказательности:

Классификация силы рекомендаций	
Уровень доказательности	Описание
I	Доказательства, полученные по крайней мере из одного качественного рандомизированного контролируемого

	испытания.
II-1	Доказательства, полученные, из хорошо спланированного контролируемого исследования без рандомизации.
II-2	Доказательства, полученные, из хорошо спланированного когортного исследования или исследования типа «случай –контроль», одно- или многоцентрового.
II-3	Доказательства, полученные из нескольких серий случаев с наличием вмешательства и без вмешательства.
Степень рекомендаций	
Класс А	требует по крайней мере одного мета-анализа, систематического обзора или РКИ, или доказательства расценены как хорошие и непосредственно применимые для целевой популяции.
Класс В	требует доказательств, полученных из хорошо проведенных клинических испытаний, непосредственно применимых для целевой популяции и демонстрирует полную согласованность результатов; или доказательства экстраполированы из мета-анализа, систематического обзора и РКИ.
Класс С	требует доказательств, полученных из отчетов экспертных комиссий, или мнений и/или клинического опыта авторитетных лиц, указывает на недостаток клинических исследований хорошего качества.
Класс D	экспертное мнение без критической оценки, или основанное на клиническом опыте или лабораторных исследованиях.

Классификация

:

- Полное (центральное) предлежание (placenta praevia totalis s. centralis)- полностью перекрывает внутренний зев.
- Неполное (частичное) предлежание (placenta praevia partialis) - частично перекрывает внутренний зев.
- Краевое ПП (предлежание плаценты) (placenta praevia marginalis) – нижний край плаценты располагается на уровне края внутреннего зева;
- Низко расположенная плацента – такое расположение плаценты, когда между ее нижним краем и внутренним зевом матки расстояние менее 5 см.

Плотно прикрепленная плацента (placenta adhaerens)

Патологически приросшая плацента включает в себя: приросшую плаценту (placenta accreta), врастающую плаценту (placenta increta) и прорастающую плаценту (placenta percreta).

Предрасполагающие факторы к ПП:

- рубец на матке после операции кесарева сечения и других операций на матке;
- предлежание плаценты в анамнезе;
- воспалительные процессы матки (хронический эндометрит);
- большое число родов в анамнезе;
- перенесенные аборт и послеабортные воспалительные заболевания матки;
- субмукозная миома матки;
- беременность после ЭКО;
- возраст первородящей старше 40 лет;
- многоплодие.

Диагностика

МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

Диагностические критерии

Жалобы:

- кровянистые выделения из половых путей яркого цвета при безболезненной матке во второй половине беременности
- анамнез: повторяющиеся безболезненные кровянистые выделения из половых путей

Физикальное обследование:

- высокое стояние предлежащей части плода;
- неправильные положения или тазовые предлежания плода.

Лабораторные исследования:

- общий анализ крови (гематокрит, тромбоциты, свертываемость крови); коагулограмма;
- определение группы крови и резус-фактора.

Инструментальные исследования:

- 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 врастание 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:

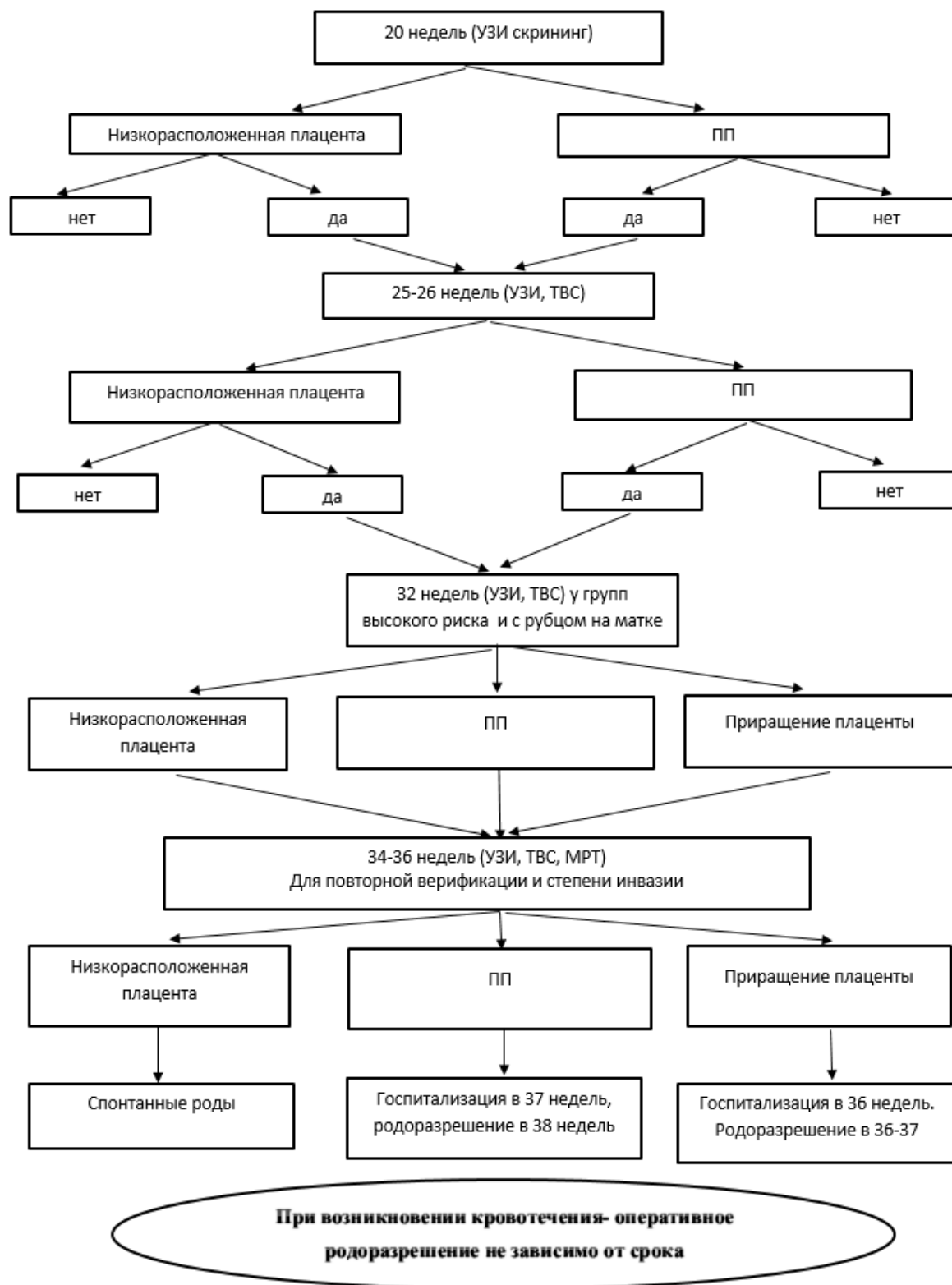
- дородовая сонографическая визуализация может быть дополнена магнитно-резонансной томографией в сомнительных случаях, но окончательный диагноз может быть поставлен только во время операции;
- диагностическая ценность различных методов ультразвукового исследования представлена в таблице 1.

Таблица – 1. Диагностическая ценность методов ультразвукового исследования.

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

NB! В случае предлежания плаценты важное значение имеет информирование беременных о необходимости избегать половых контактов, риске преждевременных родов, кровотечения. Необходимо консультирование о важности близости нахождения к учреждению родовспоможения, постоянное присутствие партнера. [УД-D]

Диагностический алгоритм диагностики ПП



Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований

При наличии вышеуказанных клинических симптомов, необходимо провести дифференциальную диагностику со следующими патологическими состояниями (таблица 2)

Таблица –2. Дифференциальная диагностика ПП

Симптомы	Предлежание плаценты	ПОРНП	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 ПОРНП 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 ПОРНП до антенатальной гибели плода	прогрессивно ухудшается	удовлетворительное	удовлетворительное	

Лечение

Препараты (действующие вещества), применяющиеся при лечении

Нифедипин (Nifedipine)

Лечение (амбулатория)

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]

Лечение (стационар)

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ

При неугрожающем жизни беременной кровотечении возможна выжидательная тактика. Резус отрицательным женщинам (RhD) для количественной оценки фетоматеринского кровотечения, должен проводиться тест

Клейгауэра Бетке, чтобы рассчитать дозу анти-D иммуноглобулина. [УД-D]

В связи с повышенным риском преждевременных родов, следует рассмотреть возможность введения кортикостероидов для профилактики респираторного дистресс синдрома у плода [УД-A]. Токолиз при ПП (кроме β -миметиков) и не угрожающем жизни беременной кровотечении возможен в сроки беременности 28-34 недели. При выраженном кровотечении независимо от вида ПП показано родоразрешение кесаревым сечением в любом сроке беременности.

Перед родоразрешением необходимо провести консилиум для обсуждения следующих вопросов: вид лапаротомии, разрез на матке, тактика в случае развития массивного кровотечения. Необходима предварительная заявка на компоненты крови, обязательное присутствие опытных консультантов акушеров-гинекологов и анестезиологов в операционной независимо от экстренности операции.

Рекомендуется производить разрез матки в области, отдаленной от плаценты, и извлекать плод без повреждения плаценты, для того, чтобы рассмотреть возможность проведения консервативного лечения (оставление плаценты при ее приращении и отсутствии кровотечения) или elective гистерэктомии, в случае подтверждения приросшей плаценты.

Если при кесаревом сечении в случае отсутствия приращения возникает массивное кровотечение, которое не прекращается после ушивания разреза на матке и введения утеротонических лекарственных препаратов, на нижний сегмент накладывают гемостатические швы по В-Lynch, матрасные или другой модификации (Hauman). При

отсутствии эффекта осуществляют перевязку маточных, яичниковых, а затем внутренних подвздошных артерий. Если кровотечение продолжается - производят гистерэктомию. При возможности можно использовать в лечебных учреждениях радиологических методов (эмболизация сосудов). При подозрении/подтверждении приращения плаценты на операционном столе, перед чревосечением, осуществляют катетеризацию маточных артерий, а после извлечения плода их эмболизацию, что значительно уменьшает объем кровопотери. Впоследствии можно прошить поверхность матки, где было диагностировано приращение плаценты.

При полном ПП показано родоразрешение только путем кесарева сечения. При неполном, краевом предлежании плаценты можно использовать выжидательную тактику до спонтанного начала родовой деятельности в доношенном сроке беременности или появлении кровянистых выделений из половых путей с информированного согласия женщины. Роды начать вести через естественные родовые пути. В родах показана ранняя амниотомия, непрерывный электронный мониторинг плода. При усилении кровотечения и/или появлении признаков страдания плода роды закончить оперативным родоразрешением.

Хирургическое вмешательство

Название оперативного вмешательства:

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

Показания:

- кровотечение из половых путей после 20 недели беременности при наличии ПП.

Противопоказания: нет

В последние десятилетия при вращении плаценты активно разрабатываются органосохраняющие методики оперативного лечения. Основой для разработки подобных методик послужило внедрение в практику методов, позволяющих снизить объем интраоперационной кровопотери (перевязка, эмболизация, баллонная окклюзия подвздошных, маточных артерий), а также возможность реинфузии аутологичной крови (аппараты Cell-Saver) [УД-С].

Немедикаментозное лечение при плановой госпитализации: нет.

Режим – общий.

Диета персонализированная.

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. После купирования родовой деятельности, проведенной профилактики РДС дальнейший токолиз не рекомендуется из-за недоказанной эффективности и безопасности. [A-1b]

Индикаторы эффективности лечения:

- антенатальная верификация приращения плаценты (отношение антенатально диагностированных случаев приращения плаценты по отношению ко всем случаям, подтвержденным клинически или гистологически);
- частота массивных гемотрансфузий при приращении плаценты.

Госпитализация

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

Сроки для плановой госпитализации: госпитализация в медицинские организации третьего уровня регионализации перинатальной помощи

- предлежание плаценты без кровотечения в сроке 37 недель для планового оперативного родоразрешения в 38 недель гестации;
- предлежание плаценты с приращением/подозрением на приращение госпитализация осуществляется в 36 недель беременности с последующим родоразрешением в 36-37 недель. [D]

Показания для экстренной госпитализации: в медицинские организации третьего уровня регионализации перинатальной помощи

- *кровотечение из половых путей после 20 недель беременности.*