

Клинические рекомендации

# Преждевременная отслойка плаценты

Кодирование по Международной  
статистической классификации  
болезней и проблем, связанных  
со здоровьем: O45, O46

Возрастная группа: Взрослые / дети

Год утверждения: **2021**

Разработчик клинической рекомендации:

- ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)

## Оглавление

### Оглавление

Оглавление.....	2
Оглавление.....	2
Список сокращений .....	4
Термины и определения .....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) .....	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) ...	7
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем .....	8
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)...	8
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	8
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики .....	10
2.1 Жалобы и анамнез .....	10
2.2 Физикальное обследование .....	10
2.3 Лабораторные диагностические исследования .....	12
2.4 Инструментальные диагностические исследования .....	12
2.5 Иные диагностические исследования.....	14
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения 15	
3.1 Немедикаментозные методы лечения.....	15
3.2 Медикаментозные методы лечения .....	15
3.3 Хирургическое лечение.....	16
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов .....	19
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	20

6. Организация оказания медицинской помощи .....	21
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) .....	22
Критерии оценки качества медицинской помощи .....	23
Список литературы .....	24
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций .....	27
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций .....	30
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата .....	32
Приложение Б. Алгоритмы действий врача .....	34
Приложение В. Информация для пациента .....	35
Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях .....	38

## **Список сокращений**

КТГ – кардиотокография

ОЦК – объем циркулирующей крови

ПОНРП – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

ПР – преждевременные роды

УЗИ – ультразвуковое исследование

## Термины и определения

**Антибиотикопрофилактика** – предоперационное введение антибактериальных препаратов с целью снижения риска развития послеоперационной раневой инфекции.

**Массивная кровопотеря** – одномоментная потеря более  $\geq 1500$  мл крови (25-30% ОЦК) или  $\geq 2500$  мл крови (50% ОЦК) за 3 часа.

**Послеродовое кровотечение** – кровопотеря, возникшая в результате естественных родов или после оперативного родоразрешения путем операции кесарева сечения, превышающая или равная 500 мл при естественных родах и 1000 мл и более при оперативном родоразрешении, или любой клинически значимый объем кровопотери (приводящий к гемодинамической нестабильности), возникающий на протяжении 42 дней после рождения плода.

**Предлежание плаценты** – расположение плаценты в нижнем сегменте матки в области внутреннего зева или на 20 мм выше (по данным ультразвукового исследования (УЗИ)).

**Предлежание сосудов (vasa previa)** – осложнение беременности, при котором пуповина с проходящими в ней сосудами прикрепляется к оболочкам в низко расположенной плаценте, и сосуды располагаются перед предлежащей частью плода.

**Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)** - преждевременное (до рождения ребенка) отделение плаценты от стенки матки во время беременности или в I – II периодах родов.

**Преждевременные роды (ПР)** - это роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36<sup>6</sup> недель, при этом установление срока беременности определяется на основании данных о 1-м дне последней менструации (при регулярном менструальном цикле) и УЗИ плода, выполненном в 1-м триместре.

**Родоразрешение путем кесарева сечения** – это способ родоразрешения, при котором рождение ребенка происходит посредством хирургического вмешательства с рассечением стенки беременной матки, извлечением плода, последа и последующим восстановлением целостности матки.

**Своевременные роды** - роды в 37<sup>0</sup> - 41<sup>6</sup> недель беременности.

# **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)**

## **1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

**Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты** - преждевременное (до рождения ребенка) отделение плаценты от стенки матки во время беременности или в I – II периодах родов [1].

## **1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Непосредственная причина ПОНРП неизвестна.

Факторы риска ПОНРП [1, 2]:

### 1. Во время беременности

- соматические заболевания (гипертоническая болезнь, острый и хронический гломерулонефрит, острый и хронический пиелонефрит, заболевания крови (тромбоцитопения), аутоиммунные состояния, антифосфолипидный синдром, врожденные тромбофилии, сахарный диабет);
- преэклампсия, особенно тяжелые формы, эклампсия;
- генетическая предрасположенность к тромбозам;
- аномалии развития матки, ее опухоли;
- количество родов в анамнезе более 3;
- многоплодная беременность;
- многоводие;
- чрезмерное употребление алкоголя, наркотиков, курение;
- наружный поворот плода;
- амниоцентез;

### 2. В родах:

- быстрое излитие околоплодных вод при разрыве плодного пузыря;
- запоздалый разрыв плодного пузыря (при полном открытии шейки матки);
- многоводие;
- многоплодная беременность;
- стимуляция родовой деятельности окситоцином при целом плодном пузыре.

Предрасполагающие факторы ПОНРП [1, 3]:

### 1. Во время беременности:

- механическая травма.

### 2. ПОНРП во время родов может наступить при:

- гиперстимуляции матки;

- рождении первого плода при многоплодии;
- короткой пуповине (менее 30 см);
- наружновнутреннем повороте плода при многоплодной беременности.

Во время беременности и в родах плацента подвергается давлению со стороны маточной стенки. Вследствие губчатого строения она легко приспосабливается к изменениям давления и размерам площади маточной стенки, с которой интимно связана. Кроме того, плод и околоплодные воды оказывают противодействие давлению на плаценту, прижимая ее к стенке матки. Отслойка плаценты начинается с геморрагии в децидуальную оболочку матки (decidua). Затем в ней образуется гематома, которая ведет к отслойке, сдавлению и деструкции плаценты, прилегающей к этому участку, что влечет за собой дальнейшее распространение гематомы и появление наружного кровотечения. В некоторых случаях кровь проникает в толщу миометрия, достигая серозной оболочки. Такое патологическое состояние называют маточно - плацентарной апоплексией, или маткой Кувелера. При ПОНРП кровотечение может быть чрезвычайно обильным из-за нарушений коагуляционных свойств крови. Такая ситуация характерна для центральной отслойки, когда в области скопления крови повышается давление, возникают условия для проникновения клеток плацентарной ткани, обладающих тромбопластическими свойствами, в материнский кровоток [4].

### **1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Распространенность ПОНРП в мире составляет 0,3-0,4%. В Российской Федерации заболеваемость ПОНРП в 2019 г. составила 9,3 на 1000 родов с большой вариабельностью в различных субъектах РФ (минимальное значение в 2019 г. – 3,4 на 1000 родов, максимальное значение - 23,8 на 1000 родов).<sup>1</sup>

До начала родовой деятельности ПОНРП возникает в 75-80%, в родах - в 20-25% случаев [2, 5].

На амбулаторном этапе или до поступления в стационар ПОНРП возникает в 30%, в стационаре - в 70% случаев.

Материнская летальность при ПОНРП составляет 1,6-15,6% (вследствие кровотечения и геморрагического шока), перинатальная смертность – 200-350‰ (вследствие дистресс-синдрома плода) [6, 7]. Степень опасности для матери и плода возрастает по мере увеличения площади отделения плаценты от матки, размеров гематомы, величины кровопотери,

---

1. Сборник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации», Москва 2019.

нарушения гемостаза [7]. При ПОНРП легкой степени перинатальная смертность составляет 100-150%, при средней степени - 800%.

Частота развития маточно – плацентарной апоплексии (матки Кувелера) достигает 3,5% от всех случаев ПОНРП [1–3, 5, 7].

#### **1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

О45 Преждевременная отслойка плаценты (abruption placentae):

О45.0 Преждевременная отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови

О45.8 Другая преждевременная отслойка плаценты

О45.9 Преждевременная отслойка плаценты неуточненная.

О 46 Дородовое кровотечение, не классифицированное в других рубриках.

#### **1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

По площади отслойки различают [8]:

■ частичную ПОНРП:

- не прогрессирующую;

- прогрессирующую.

■ полную ПОНРП.

При частичной отслойке плаценты от маточной стенки отслаивается часть ее, при полной - вся плацента. Частичная ПОНРП может быть краевой, когда отслаивается край плаценты, или центральной - соответственно - центральная часть.

При отслойке нормально расположенной плаценты различают:

■ отслойку с наружным или видимым кровотечением (выделение крови из влагалища);

■ отслойку с внутренним или скрытым кровотечением (кровь скапливается между плацентой и стенкой матки, образуя ретроплацентарную гематому);

■ отслойку с комбинированным или смешанным кровотечением (присутствует как скрытое, так и видимое кровотечение) [9].

#### **1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

ПОНРП может произойти во время беременности, в первом и втором периодах родов. Клиническими симптомами являются:

1. Болевой синдром: острая боль в проекции локализации плаценты, которая затем распространяется на всю матку, поясницу, спину и становится диффузной. Боль наиболее выражена при центральной отслойке и может быть не выраженной при краевой отслойке. При отслойке плаценты, расположенной по задней стенке матки, боль может имитировать почечную колику.

2. Гипертонус матки вплоть до тетании, который не купируется применением спазмолитиков, токолитиков.

3. Кровотечение из влагалища может варьировать в зависимости от степени тяжести ПОНРП и ее характера (краевая или центральная отслойка), от незначительного до массивного. При формировании ретроплацентарной гематомы, наружное кровотечение может отсутствовать. При ПОНРП выделяют три типа кровотечения: наружное (происходит отслойка края плаценты и кровь вытекает через половые пути), внутреннее (кровь скапливается между плацентой и стенкой матки) и смешанное (часть крови вытекает наружу, часть – остается ретроплацентарно).

4. Нарушение состояния плода (нарушение двигательной активности, тахи- или брадикардия у плода, возможна внутриутробная гибель плода).

5. Присоединение симптомов геморрагического шока и ДВС-синдрома.

Классическая клиническая картина наблюдается только у 25% беременных. У 1/3 беременных отсутствует болевой синдром как один из важных диагностических признаков данной патологии. Ведущими клиническими симптомами ПОНРП являются кровяные выделения из половых путей и признаки дистресс-синдрома плода [10, 11].

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики<sup>2</sup>**

Диагноз ПОНРП ставится на основании следующих клинических признаков:

- 1) кровяные выделения из половых путей во время беременности или в родах;
- 2) болевой синдром;
- 3) гипертонус матки;
- 4) отсутствие расслабления матки в паузах между схватками (при начале родовой деятельности);
- 5) признаки дистресс-синдрома плода;
- 6) прогрессирующее снижение артериального давления, тахикардия.

Окончательный диагноз устанавливают после родоразрешения, когда на материнской поверхности плаценты определяют кратерообразное вдавление и сгусток крови [12].

### **2.1 Жалобы и анамнез**

- У всех беременных и рожениц рекомендовано учитывать жалобы на боли в животе (первоначально в проекции матки, затем распространяющуюся на весь живот, поясницу, спину), гипертонус матки, кровянистые выделения из половых путей с целью своевременной диагностики ПОНРП [1, 8].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

- У всех беременных и рожениц рекомендован сбор анамнеза и выявление факторов риска ПОНРП с целью выявления группы риска ПОНРП [13].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

### **2.2 Физикальное обследование**

- Рекомендовано оценить состояние беременной пациентки (частота сердечных сокращений, артериальное давление, частота дыхательных движений, сознание, состояние кожных покровов) с целью выявления внутреннего кровотечения [14].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

---

<sup>2</sup> Относится ко всем пациенткам с ПОНРП или подозрением на ПОНРП, если не указано иное

**Комментарии:** Необходимо обратить внимание на бледность кожных покровов, холодный, липкий пот, наличие тахикардии, снижение уровня артериального давления [1, 14].

- Рекомендована пальпация плода с целью оценки тонуса и болезненности матки, возможности определения расположения плода [14].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

**Комментарии:** При проведении наружного акушерского исследования необходимо обратить внимание на гипертонус матки, наличие деформации матки с локальным выпячиванием ее стенки при расположении плаценты по передней стенке матки, болезненность матки при смещении и пальпации, невозможность определить части плода из-за болезненности матки, нарушение двигательной активности плода, появление признаков дистресс-синдрома плода.

- Рекомендована аускультация плода с помощью стетоскопа с целью оценки состояния плода [14].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

- Рекомендовано влагалищное исследование и осмотр шейки матки в зеркалах с целью оценки величины кровопотери и состояния плодного пузыря [14].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

**Комментарии:** Внутреннее акушерское исследование при наличии продолжающегося кровотечения из половых путей проводится в условиях развернутой операционной. При усилении кровотечения экстренно производят чревосечение и кесарево сечение (КС). Обязательным является определение величины кровопотери (взвешивание пеленок, простыней) с учетом сгустков крови, находившихся во влагалище. При проведении внутреннего акушерского исследования определяется напряжение плодного пузыря (при отсутствии излития околоплодных вод). При центральной отслойке плаценты признаки наружного кровотечения могут отсутствовать [1, 9].

### **2.3 Лабораторные диагностические исследования<sup>3</sup>**

- Рекомендован общий (клинический) анализ крови в крови и исследование уровня тромбоцитов крови с целью выявления анемии и наличия кровотечения [15, 16].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

- Рекомендовано определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) с целью готовности к возможной гемотрансфузии [16].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

### **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

- Рекомендовано УЗИ плода с целью оценки его состояния [1, 14].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

**Комментарии:** При УЗИ в ряде случаев возможно визуализировать признаки ПОНРП по наличию гипоэхогенных очагов или зон между плацентой и стенкой матки, а также место и площадь отслойки плаценты, размеры и структуру ретроплацентарной гематомы [1,16]. В большинстве случаев при краевой отслойке плаценты с наружным кровотечением по данным УЗИ отслойку плаценты обнаружить не удастся. При наличии показаний к экстренному родоразрешению проведение УЗИ плода не должно удлинять время до начала операции [1, 14].

- Рекомендовано УЗИ плода в динамике при выборе выжидательной тактики ведения с целью мониторинга состояния плода [15].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

**Комментарии:** Кратность УЗИ плода определяется клинической ситуацией.

- Рекомендована кардиотокография (КТГ) плода с целью оценки его состояния [17].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

---

<sup>3</sup> При кровотечении в 3-м периоде родов и в послеродовом периоде алгоритм обследования соответствует клиническим рекомендациям «Послеродовое кровотечение» [https://roag-portal.ru/clinical\\_recommendations](https://roag-portal.ru/clinical_recommendations)

**Комментарии:** Длительность проведения КТГ плода зависит от клинической ситуации. При подтвержденной ПОНРП рекомендуется непрерывная запись КТГ плода вплоть до начала операции при выявлении показаний для экстренного родоразрешения. При наличии показаний к экстренному родоразрешению проведение КТГ не должно удлинять время до начала операции.

- Рекомендовано КТГ плода в динамике при выборе выжидательной тактики ведения с целью мониторинга состояния плода [15].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

**Комментарии:** Кратность КТГ плода определяется клинической ситуацией.

- Не рекомендована ультразвуковая доплерография фетоплацентарного кровотока с целью оценки состояния плода до определения акушерской тактики ведения пациентки [17].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

**Комментарии:** Проведение ультразвуковой доплерографии фетоплацентарного кровотока при необходимости экстренного родоразрешения приводит к необоснованной потере времени. Данное исследование целесообразно проводить при выработанной выжидательной тактике ведения пациентки и отсутствии показаний к экстренному родоразрешению.

- Рекомендована ультразвуковая доплерография фетоплацентарного кровотока при выборе выжидательной тактики ведения с целью мониторинга состояния плода [15].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

**Комментарии:** Кратность ультразвуковой доплерографии фетоплацентарного кровотока определяется клинической ситуацией.

- Рекомендовано начать мониторинг жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) не позднее 10 минут от момента установления диагноза ПОНРП [18, 19].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

**Комментарии:** При уровне сатурации крови менее 92% по данным мониторингового наблюдения необходимо начать респираторную поддержку (ингаляцию кислорода) с

последующей оценкой клинической ситуации и оценкой тактики респираторной поддержки [18, 19].

## **2.5 Иные диагностические исследования**

- Рекомендован осмотр врача-анестезиолога-реаниматолога при принятии решения о родоразрешении путем операции кесарева сечения для определения анестезиолого-операционного риска [18, 19].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

**Комментарии:** Основная цель консультации врача-анестезиолога-реаниматолога - это осмотр пациентки с регистрацией физического статуса, выбора метода обезболивания, оценка риска трудной интубации трахеи, риска тромбоэмболических осложнений, риска аспирационного синдрома и анафилаксии [18, 19].

- Рекомендована консультация медицинского психолога пациенткам, преждевременно родоразрешенным в связи с ПОНРП, особенно тем, чьи дети находятся в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных [20].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

**Комментарии:** ПР, обусловленные ПОНРП, являются тревожным событием для родителей, которые часто сообщают о симптомах посттравматического стресса в течение нескольких лет, иногда даже через 5- 6 лет после ПР матери имеют негативное мнение о своем перинатальном периоде. Основной стресс, испытываемый родителями, связан с разлучением со своим ребенком (нахождение в палате интенсивной терапии) и потерей родительской роли вследствие потери физической и эмоциональной близости, которые являются важными факторами в формировании отношений между родителями и новорожденным ребенком. Во время стационарного лечения недоношенного ребенка, особенно в отделении интенсивной терапии матери могут испытывать противоречивые эмоциональные реакции, такие как горе, грусть, вина, страх, гнев, потеря самооценки и чувство неудачи. Фактически, эта ситуация может настолько угнетать матерей, что они могут реагировать, эмоционально дистанцируясь от своих детей. Это препятствует их позитивному настрою в отношении перспектив для своего ребенка. В частности, матери недоношенных детей часто имеют меньше позитивных идей и ожиданий в отношении своих детей, чем матери доношенных новорожденных [20].

### **3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения<sup>4</sup>**

#### **3.1 Немедикаментозные методы лечения**

- Рекомендован постельный режим с целью минимизации кровопотери [14].  
**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

- Рекомендовано учитывать величину кровопотери (определяется доступными в медицинской организации методами), состояние беременной/роженицы и плода, срок беременности, состояние системы гемостаза с целью выбора тактики ведения беременности и родоразрешения [1, 14].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

- Рекомендована выжидательная тактика при отсутствии выраженного или продолжающегося наружного или внутреннего кровотечения (небольшая не прогрессирующая ретроплацентарная гематома по данным УЗИ), отсутствии нарушения состояния беременной и плода, анемии, недоношенной беременности в стационарных условиях с целью пролонгирования беременности [14].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).**

#### **3.2 Медикаментозные методы лечения**

- Рекомендовано при выборе выжидательной тактики ведения беременности лечение основного заболевания, вызвавшего ПОНРП [14].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).**

- Рекомендовано при выборе выжидательной тактики ведения беременности профилактика дистресс-синдрома плода в 24<sup>0</sup> - 33<sup>6</sup> недель беременности [14].<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Относится ко всем пациенткам с ПОНРП или подозрением на ПОНРП, если не указано иное

<sup>5</sup> Клинические рекомендации «Преждевременные роды» [https://roag-portal.ru/clinical\\_recommendations](https://roag-portal.ru/clinical_recommendations)

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).**

- Рекомендовано при выборе выжидательной тактики ведения беременности терапия #нифедипином\*\* (блокатор «медленных» кальциевых каналов) [21–23] и атозибаном\*\* (препарат, блокирующий рецепторы окситоцина) [68] в 24<sup>0</sup> - 33<sup>6</sup> недель беременности в качестве токолитической терапии [14].<sup>6</sup>

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).**

- Не рекомендован гексопреналин\*\* и и нестероидные противовоспалительные препараты (#индометацин) с целью пролонгирования беременности [15].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

### **3.3 Хирургическое лечение**

- Рекомендовано при родоразрешении обеспечить готовность персонала и оборудования для проведения процедуры реинфузии крови при возможности медицинской организации [25–28].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

- Рекомендовано родоразрешение путем операции кесарева сечения при наличии одного из факторов: прогрессирующая ПОНРП, наличие выраженного наружного или внутреннего кровотечения, нарушение параметров гемодинамики у беременной, признаки дистресс-синдрома плода, прогрессирование анемии, появление признаков коагулопатии не зависимо от срока беременности [1, 29].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).**

**Комментарии:** Неоправданно запоздалое родоразрешение приводит к гибели плода, развитию маточно-плацентарной апоплексии, массивной кровопотере, геморрагическому шоку, ДВС-синдрому, потере репродуктивной функции женщины [30]. Необходимо стремиться, чтобы интервал времени между установлением диагноза ПОНРП и началом

---

<sup>6</sup> Клинические рекомендации «Преждевременные роды» [https://roag-portal.ru/clinical\\_recommendations](https://roag-portal.ru/clinical_recommendations)

хирургического вмешательства был максимально коротким и не превышал 30 минут, однако этот показатель может изменяться в зависимости от клинической ситуации и возможностей медицинской организации. Перед проведением операции кесарева сечения оптимальным является установка внутривенного катетера и катетеризация мочевого пузыря<sup>7</sup>.

- Рекомендована амниотомия перед началом операции кесарева сечения при продольном положении плода при наличии условий для ее выполнения с целью уменьшения кровотечения при прижатию плаценты предлежащей частью плода [1, 14].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

- Рекомендовано расширение объема оперативного вмешательства до экстирпации матки при продолжающемся маточном кровотечении при неэффективности проводимых мероприятий (перевязка маточных артерий, компрессионные швы на матку, эмболизация или перевязка внутренних подвздошных артерий), наличии маточно-плацентарной апоплексии (матки Кувелера) [1, 14, 31, 32].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

**Комментарии:** При небольшой площади маточно-плацентарной апоплексии (2-3 очага малого диаметра 1-2 см, или один - до 3 см), сохраненной сократительной способности матки, отсутствии кровотечения и признаков ДВС-синдрома, при необходимости сохранения репродуктивной функции (первые роды, наличие гибели плода в анамнезе) консилиумом врачей может быть принято решение о сохранении матки. При принятии подобного решения в течение 20-30 минут проводится наблюдение за состоянием матки при открытой брюшной полости, при отсутствии признаков кровотечения проводится послойное ушивание брюшной полости с обязательным ее дренированием. Для проведения динамического наблюдения за состоянием матки, наличием наружного или внутреннего кровотечения, пациентка в раннем послеродовом периоде наблюдается в условиях развернутой операционной. Такая тактика допустима в исключительных случаях в учреждениях 2-го и 3-го уровня оказания медицинской помощи при обязательном наличии круглосуточного врача-акушера-гинеколога и врача-анестезиолога-реаниматолога, возможности проведения экстренного хирургического вмешательства и лабораторного контроля в режиме 24/7 [14].

---

<sup>7</sup> Клинические рекомендации «Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения» [https://roag-portal.ru/clinical\\_recommendations](https://roag-portal.ru/clinical_recommendations)

- Рекомендована ранняя амниотомия при ведении родов через естественные родовые пути в случае непрогрессирующей ПОНРП в I периоде родов без признаков выраженного наружного и внутреннего кровотечения, нарушения состояния женщины и плода [14].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

**Комментарии:** Роды ведутся под тщательным мониторингом состояния матери и плода [1]. Если в процессе родов усиливается кровотечение, отмечаются признаки нарушения состояния матери и плода, нет условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути, то показано родоразрешение путем кесарева сечения.

- Не рекомендована индукция родов [14].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

- При ведении родов через естественные родовые пути во втором периоде родов рекомендована вакуум-экстракция или наложение акушерских щипцов при головном предлежании плода, расположении головки плода в узкой части таза и ниже, и наличии условий для проведения влагилицных оперативных родов [14].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

**Комментарии:** Перед вакуум-экстракцией плода необходимо убедиться в отсутствии противопоказаний для проведения данной процедуры.

- Во втором периоде родов и головном предлежании плода, расположении головки плода в широкой части таза и выше рекомендовано родоразрешение путем операции кесарева сечения [14].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

- Во втором периоде родов и тазовом предлежании плода рекомендовано родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке или проведение экстракции плода за тазовый конец в зависимости от акушерской ситуации с учетом условий и противопоказаний для каждого из указанных вмешательств [1].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

**Комментарии:** Перед вакуум-экстракцией плода необходимо убедиться в отсутствии противопоказаний для проведения данной процедуры.

- При ведении родов через естественные родовые пути рекомендовано ручное отделение плаценты и выделение последа, и ручное обследование матки послеродовое [28, 33].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

**4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

Не применимо.

## **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

Специфической профилактики ПОНРП не существует.

- Рекомендована своевременная диагностика и лечение заболеваний и состояний, предрасполагающих к развитию ПОНРП во время беременности и в родах (артериальная гипертензия, преэклампсия) [1, 14].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)**

- Рекомендовано предупреждение механических травм пациентки во время беременности с целью профилактики ПОНРП [2–4, 6].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)**

- Рекомендовано избегать во время родов гиперстимуляции родовой деятельности, быстрого излития околоплодных вод, запоздалого вскрытия плодного пузыря с целью предупреждения ПОНРП в родах [8].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)**

- Рекомендовано наблюдение и интенсивная терапия в послеоперационном периоде при родоразрешении путем операции кесарева сечения в связи ПОНРП в условиях отделения реанимации или палаты интенсивной терапии в течение не менее 12 часов после окончания операции с целью профилактики послеоперационных осложнений [34, 35].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)**

**Комментарии:** В послеоперационном периоде рекомендуется тщательное наблюдение за состоянием родильницы, контроль тонуса матки, объема выделений из половых путей, уровня гемоглобина, показателей свертывающей системы крови [34].

## **6. Организация оказания медицинской помощи**

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- 1) подозрение на ПОНРП или подтвержденная ПОНРП;
- 2) наличие кровянистых выделений из половых путей во время беременности.

Прогрессирующая ПОНРП является показанием к родоразрешению путем кесарева сечения в экстренном порядке (I категория неотложности). При возникновении экстренных показаний к родоразрешению путем КС, операция выполняется в стационаре той медицинской организации, где пациентка находится на момент установления диагноза, при условии наличия необходимого медицинского оборудования и медицинского персонала для оказания помощи матери и новорожденному. Наличие продолжающегося кровотечения из половых путей является противопоказанием к медицинской транспортировке из одной медицинской организации в другую при наличии условий для проведения экстренного родоразрешения. При отсутствии возможности проведения экстренного родоразрешения транспортировка пациентки осуществляется в ближайшую медицинскую организацию, имеющую условия для оказания медицинской помощи женщине и новорожденному в условиях специального медицинского транспорта (реанимобиля) в сопровождении анестезиолога-реанимационной бригады с постоянным мониторным контролем состояния женщины и плода.

Показания к выписке пациента из медицинской организации: выписка родильниц из акушерского стационара после родоразрешения путем КС проводится по общим правилам при следующих условиях:

- 1) отсутствие гипертермии (выше 37,2°C) и неосложненное течение послеоперационного периода;
- 2) отсутствие патологических изменений при УЗИ матки и придатков;
- 3) отсутствие признаков мастита и лактостаза;
- 4) отсутствие признаков воспаления в области шва.

Выписка возможна с нерассасывающимся шовным материалом с последующим удалением шовной нити по месту жительства.

## **7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

Факторами, влияющими на исход беременности для плода при ПОНРП, являются [1, 14]:

площадь преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты;

величина кровопотери;

состояние беременной и плода;

срок беременности;

состояние системы гемостаза (наличие коагулопатии).

Прогноз в отношении жизни матери и плода при ПОНРП неоднозначен. Исход заболевания зависит от этиологического фактора, тяжести отслойки, своевременности установления диагноза, характера кровотечения (наружное, внутреннее), выбора адекватного метода лечения, состояния организма беременной, степени зрелости плода, и своевременностью оказания квалифицированной помощи.

## Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1.	Выполнено влагалищное исследование и осмотр шейки матки в зеркалах	Да/нет
2.	Начат мониторинг жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислородом в крови, диуреза) не позднее 10 минут от момента установления диагноза	Да/нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови и исследование уровня тромбоцитов крови	Да/нет
4.	Выполнено определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор)	Да/нет
5.	При выборе выжидательной тактики ведения беременности назначена токолитическая терапия в 24 <sup>0</sup> - 33 <sup>6</sup> недель беременности	Да/нет
6.	Выполнено родоразрешение путем операции кесарева сечения при наличии одного из факторов: прогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты, наличие выраженного наружного или внутреннего кровотечения, нарушение параметров гемодинамики у беременной, признаки дистресс-синдрома плода, прогрессирование анемии, появление признаков коагулопатии независимо от срока беременности	Да/нет
7.	При ведении родов через естественные родовые пути выполнено ручное отделение плаценты и выделение последа, и ручное обследование матки послеродовое	Да/нет

## Список литературы

1. Takeda S., Makino S., Takeda J., Kanayama N., Kubo T., Nakai A., et al. Japanese Clinical Practice Guide for Critical Obstetrical Hemorrhage (2017 revision). *J Obstet Gynaecol Res.* 2017; 43(10):1517–21.
2. Say L., Chou D., Gemmill A., Tunçalp Ö., Moller A.-B., Daniels J., et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Heal.* 2014; 2(6):e323-33.
3. Creanga A.A., Berg C.J., Ko J.Y., Farr S.L., Tong V.T., Bruce F.C., et al. Maternal mortality and morbidity in the United States: where are we now? *J Womens Health (Larchmt).* 2014; 23(1):3–9.
4. Maswime S., Buchmann E. A systematic review of maternal near miss and mortality due to postpartum hemorrhage. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017; 137(1):1–7.
5. Khan K.S., Wojdyla D., Say L., Gülmezoglu A.M., Van Look P.F. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet (London, England).* 2006; 367(9516):1066–74.
6. Knight M, Nair M, Tuffnell D, Kenyon S, Shakespeare J, Brocklehurst P K.J. Surveillance of maternal deaths in the UK 2012-14 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009-14. 2016.
7. Clark S.L., Belfort M.A., Dildy G.A., Herbst M.A., Meyers J.A., Hankins G.D. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199(1):36.e1-5; discussion 91-2. e7-11.
8. Berg C.J., Harper M.A., Atkinson S.M., Bell E.A., Brown H.L., Hage M.L., et al. Preventability of pregnancy-related deaths: results of a state-wide review. *Obstet Gynecol.* 2005; 106(6):1228–34.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Patient Safety and Quality Improvement. Committee opinion no. 590: preparing for clinical emergencies in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol.* 2014; 123(3):722–5.
10. Shields L.E., Wiesner S., Fulton J., Pelletreau B. Comprehensive maternal hemorrhage protocols reduce the use of blood products and improve patient safety. *Am J Obstet Gynecol.* 2015; 212(3):272–80.
11. Lyndon A., Lagrew D., Shields L., Main E., Cape V. Improving health care response to obstetric hemorrhage version 2.0. A California quality improvement toolkit. Stamford (CA): California Maternal Quality Care Collaborative; Sacramento (CA): California Department of Public Health. 2015; .
12. Anorlu R.I., Maholwana B., Hofmeyr G.J. Methods of delivering the placenta at caesarean section. *Cochrane database Syst Rev.* 2008; (3):CD004737.
13. Romero R., Espinoza J., Kusanovic J.P., Gotsch F., Hassan S., Erez O., et al. The

preterm parturition syndrome. BJOG. 2006; 113 Suppl:17–42.

14. Schlembach D., Helmer H., Henrich W., von Heymann C., Kainer F., Korte W., et al. Peripartum Haemorrhage, Diagnosis and Therapy. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k Level, AWMF Registry No. 015/063, March 2016). Geburtshilfe Frauenheilkd. 2018; 78(4):382–99.

15. Green M., Rider C., Ratcliff D., Woodring B.C. Developing a Systematic Approach to Obstetric Emergencies. J Obstet Gynecol neonatal Nurs JOGNN. 44(5):677–82.

16. Blood Transfusions in Obstetrics (Green-top Guideline No. 47). Published: 29/05/2015.

17. James D. Caesarean section for fetal distress. BMJ. 2001; 322(7298):1316–7.

18. Oxford Textbook of Obstetric Anaesthesia / Ed. V. Clark, M. Van de Velde, R. Fernando -Oxford University Press. - 2016. - 987 p.

19. Paterson-Brown S, Howell C. The MOET Course Manual: Managing Obstetric Emergencies and Trauma, 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2014.

20. Welch M.G., Halperin M.S., Austin J., Stark R.I., Hofer M.A., Hane A.A., et al. Depression and anxiety symptoms of mothers of preterm infants are decreased at 4 months corrected age with Family Nurture Intervention in the NICU. Arch Womens Ment Health. 2016; 19(1):51–61.

21. Hyagriv N., Simhan M., Caritis S. Inhibition of acute preterm labor. UpToDate.

22. Haas D.M., Caldwell D.M., Kirkpatrick P., McIntosh J.J., Welton N.J. Tocolytic therapy for preterm delivery: systematic review and network meta-analysis. BMJ. 2012; 345:e6226.

23. King J.F., Flenady V.J., Papatsonis D.N., Dekker G.A., Carbonne B. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour. Cochrane database Syst Rev. 2003; (1):CD0022(1):CD002255.

24. Flenady V., Reinebrant H.E., Liley H.G., Tambimuttu E.G., Papatsonis D.N.M. Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour. Cochrane database Syst Rev. 2014; (6):CD004452.

25. Tanaka H., Matsunaga S., Yamashita T., Okutomi T., Sakurai A., Sekizawa A., et al. A systematic review of massive transfusion protocol in obstetrics. Taiwan J Obstet Gynecol. 2017; 56(6):715–8.

26. Goucher H., Wong C.A., Patel S.K., Toledo P. Cell Salvage in Obstetrics. Anesth Analg. 2015; 121(2):465–8.

27. Lim G., Melnyk V., Facco F.L., Waters J.H., Smith K.J. Cost-effectiveness Analysis of Intraoperative Cell Salvage for Obstetric Hemorrhage. Anesthesiology. 2018; 128(2):328–37.

28. Кровесберегающие технологии в акушерской практике. Клинические рекомендации (протокол лечения). Письмо Министерства здравоохранения РФ от 27 мая 2014 г. N 15-4/10/2-379839.

29. St Helens and Knowsley Hospitals NHS Trust Guideline for the Management of

30. Шмаков Р.Г., Баев О.Р., Пекарев О.Г., Пырегов А.В., Приходько А.М., Павлович С.В. Кесарево сечение. Показания, хирургическая техника, методы обезболивания: учебное пособие. Москва: ООО ИФП “Системные решения”; 2016. - 72 с.;

31. Кесарево сечение. Проблемы абдоминального акушерства: руководство для врачей / под общ. ред. Краснопольского В. И.- 3-е изд., перераб. и доп.- М.: СИМК; 2018. - 224 с.

32. Серов В.Н., Адамян Л.В., Филиппов О.С., Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е., Кан Н.Е., et al. Клинические рекомендации (протокол лечения) “Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода.” Москва; 2014. 38 р.

33. Dyer R.A., van Dyk D., Dresner A. The use of uterotonic drugs during caesarean section. *Int J Obstet Anesth.* 2010; 19(3):313–9.

34. Caughey A.B., Wood S.L., Macones G.A., Wrench I.J., Huang J., Norman M., et al. Guidelines for intraoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 2). *Am J Obstet Gynecol.* 2018; 219(6):533–44.

35. Macones G.A., Caughey A.B., Wood S.L., Wrench I.J., Huang J., Norman M., et al. Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3). *Am J Obstet Gynecol.* 2019; 221(3):247.e1-247.e9.

## **Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

1. **Климов Владимир Анатольевич** – к.м.н., руководитель службы организации медицинской помощи и информационного сервиса, начальник отдела ООМП ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует

2. **Николаева Анастасия Владимировна** – к.м.н., главный врач ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует

3. **Ушакова Инна Анатольевна** – к.м.н., заведующая 2-м родовым отделением ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

4. **Пекарев Олег Григорьевич** – д.м.н., профессор, заместитель директора института акушерства ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует

5. **Шмаков Роман Георгиевич** - д.м.н., профессор РАН, директор института акушерства ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует

6. **Долгушина Наталия Витальевна** – д.м.н., профессор, заместитель директора – руководитель департамента организации научной деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью женщин (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует

7. **Романов Андрей Юрьевич** – научный сотрудник департамента организации научной деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью женщин (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует

8. **Артымук Наталья Владимировна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО «Кемеровский

государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе (г. Кемерово). Конфликт интересов отсутствует

9. **Башмакова Надежда Васильевна** - д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «НИИ ОММ» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Уральском федеральном округе (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует

10. **Беженарь Виталий Федорович** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Северо-Западном федеральном округе (г. Санкт-Петербург). Конфликт интересов отсутствует

11. **Белокрицкая Татьяна Евгеньевна** - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Дальневосточном федеральном округе (г. Чита). Конфликт интересов отсутствует

12. **Крутова Виктория Александровна** – д.м.н., профессор, главный врач клиники, проректор по лечебной работе ФГБОУ ВО Кубанский Государственный университет Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в ЮФО (г. Краснодар). Конфликт интересов отсутствует.

13. **Малышкина Анна Ивановна** - д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова». заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, медицинской генетики лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Центральном федеральном округе (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует

14. **Михайлов Антон Валерьевич** - д.м.н., профессор, главный врач СПб ГУЗ «Родильный Дом №17», профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО "СЗГМУ им. И.И. Мечникова" Минздрава России, и кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Северо-Западном федеральном округе (г. Санкт-Петербург). Конфликт интересов отсутствует.

15. **Оленев Антон Сергеевич** – к.м.н., главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения г. Москвы, заведующий филиалом

«Перинатальный центр» ГБУЗ «Городская клиническая больница №24 ДЗМ», доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН. Конфликт интересов отсутствует.

16. **Петрухин Василий Алексеевич** – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, директор ГБУЗ МО МОНИИАГ (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

17. **Радзинский Виктор Евсеевич** – Заслуженный деятель науки Российской Федерации, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ГАОУ ВПО «Российского университета дружбы народов» Министерства образования России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует

18. **Савельева Галина Михайловна** - академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, Герой Труда Российской Федерации (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

19. **Серов Владимир Николаевич** - академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, президент Российского общества акушеров-гинекологов, главный научный сотрудник ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

20. **Фаткуллин Ильдар Фаридович** - д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки Республики Татарстан, Заслуженный врач Республики Татарстан, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Приволжском федеральном округе (г. Казань). Конфликт интересов отсутствует

21. **Филиппов Олег Семенович** – д.м.н., профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФППОВ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует

22. **Шешко Елена Леонидовна** - к.м.н., руководитель департамента организации проектной деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи акушеры-гинекологи.
2. Студенты; ординаторы, аспиранты акушеры-гинекологи
3. Преподаватели, научные сотрудники

**Таблица 1.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Таблица 2.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Таблица 3.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)

В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

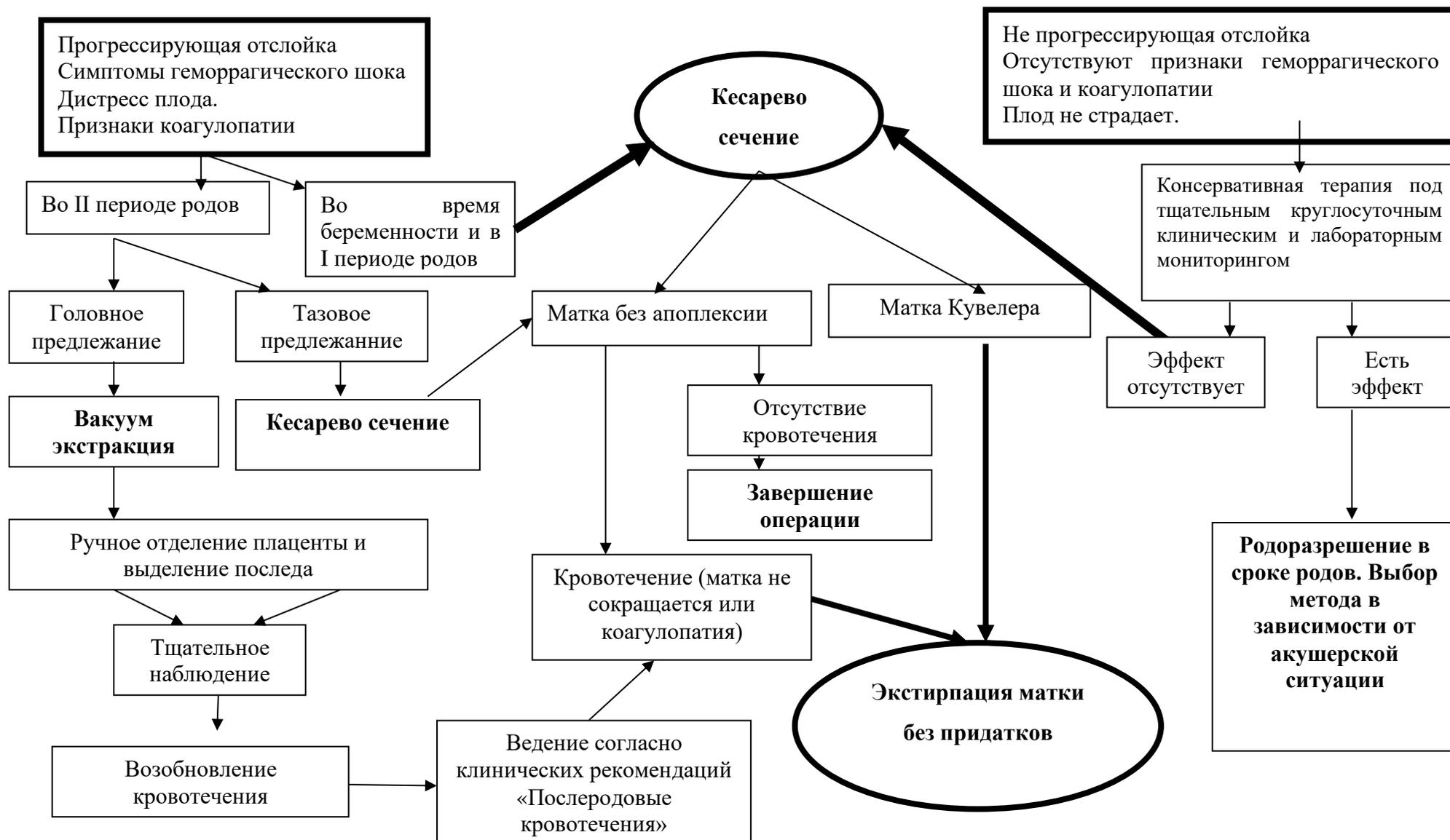
**Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

1. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011. №323-ФЗ.
2. Сборник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации», Москва 2019.
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 г. № 203н. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».
5. Приказ Минздрава России от 13.10.2017 № 804н (ред. от 16.04.2019г.) "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».
6. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации 15-4/и/2-2535 от 26.03.201г. «Профилактика, алгоритм ведения, анестезия и интенсивная терапия при послеродовых кровотечениях».
7. Письмо Министерство здравоохранения и социального развития РФ от 6 мая 2014 №15-4/10/2-3190 "Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода".
8. ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia.
9. ACOG Committee Opinion Number 712, August 2017: Intrapartum Management of Intraamniotic Infection.
10. ACOG committee opinion No. 433: optimal goals for anesthesia care in obstetrics. ACOG Committee on Obstetric Practice.
11. ACOG. Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles Replaces Practice Bulletin Number 70, December 2005. Reaffirmed 2017
12. ACOG committee opinion. Placenta accreta. Number 266, January 2002.
13. ASA Committee on Occupational Health Task Force on Infection Control. 2007.

14. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence «Caesarean section» National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. November 2011
15. ACOG Committee Opinion No. 382: Fetal Monitoring Prior to Scheduled Cesarean Delivery. Committee on Obstetric Practice.
16. NICE Caesarean section Clinical guideline Published: 23 November 2011 Last updated August 2019
17. RCOG. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management: Green-top Guideline No. 27a.
18. RCOG. Classification of urgency of caesarean section a continuum of risk. Good Practice No. 11 April 2010
19. The Cochrane Collaboration. Techniques for assisting difficult delivery at caesarean section (Review) 2016 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd
20. WHO recommendations: uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. World Health Organization. 2018;53 p.
21. Guidelines for Perinatal Care. 8th Edition. ACOG&AAP, 2017
22. Antenatal Care. Routine care for the Healthy Pregnant Woman. NICE&NCCWCH, RCOG Press 2008.

## Приложение Б. Алгоритмы действий врача

### Алгоритм ведения беременной с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты



## **Приложение В. Информация для пациента**

Во время беременности пациентка должна иметь информацию о возможных осложнениях и, в первую очередь, о возможности кровотечения во время беременности, родов и послеродового периода.

При любых признаках кровотечения (даже незначительных) из родовых путей, изменении состояния плода, необходимо обратиться к врачу-акушеру-гинекологу с целью решения вопроса об экстренной госпитализации.

При наличии кровотечения из половых путей во время беременности или в родах одной из причин его развития может быть преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. В ряде случаев при возникновении данного осложнения может возникнуть необходимость в экстренном родоразрешении. Тактику ведения беременности и выбор метода родоразрешения определяется врачом-акушером-гинекологом в зависимости от акушерской ситуации, состояния матери и плода, а также ряда других факторов.

В стационаре Вам будет выполнен необходимый перечень лабораторных и инструментальных исследований в зависимости от акушерской ситуации. В случае кесарева сечения, перед операцией Вас проконсультируют врач-акушер-гинеколог и врач-анестезиолог-реаниматолог. Вы будете обязаны сообщить врачам обо всех известных Вам проблемах, связанных с Вашим здоровьем, наследственностью, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и в прошлом. Врач-анестезиолог-реаниматолог выберет наиболее подходящий для Вас вид обезболивания во время операции. Перед операцией Вам будет необходимо надеть на ноги компрессионный трикотаж для профилактики тромбоэмболических осложнений, который Вы будете носить на протяжении всего послеоперационного периода. Также перед операцией Вам проведут антибиотикопрофилактику для снижения риска гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений.

В операционной Вам установят внутривенный катетер и мочевого катетер на время и первые часы после операции.

Вы должны быть осведомлены, что во время операции могут возникнуть различные осложнения, которые могут потребовать дополнительных вмешательств и переливания донорской крови и ее компонентов (плазмы, эритроцитарной массы, тромболейкомассы), а также других белоксодержащих препаратов. При наличии маточно-плацентарной

апоплексии, коагулопатии, продолжающегося кровотечения объем операции может быть расширен до удаления матки.

В послеоперационном периоде Вы будете переведены в палату интенсивной терапии на необходимое время в зависимости от Вашего состояния. В послеоперационном периоде Вам продолжат обезболивание, будет предложена ранняя активизация для снижения риска послеоперационных осложнений: раннее присаживание в кровати и вставание, обычно, в 1-е сутки после родов. Прием прозрачных жидкостей возможен сразу после родоразрешения, прием пищи – через несколько часов после родов.

Время прикладывание ребенка к груди зависит от Вашего состояния и состояния Вашего ребенка, но при отсутствии показаний практикуется раннее прикладывание: во время операции или сразу после нее.

Удаление шовного материала проводится в стационаре или после выписки в случае необходимости, так как в ряде случаев практикуется применение рассасывающегося шовного материала.

После выписки из стационара Вы должны будете соблюдать лечебно-охранительный режим на протяжении первых месяцев: ограничение подъема тяжестей (>5 кг), воздержание от половой жизни, а при ее возобновлении – использование методов контрацепции по рекомендации Вашего лечащего врача-акушера-гинеколога, ограничение физической нагрузки. Вы должны будете посетить Вашего лечащего врача-акушера-гинеколога через 1-1,5 месяца после родоразрешения. Планирование следующей беременности, учитывая наличие у Вас рубца на матке, рекомендовано не ранее чем через 1 год после родоразрешения после контрольного УЗИ с оценкой состояния рубца.

Вы должны знать, что кесарево сечение является достаточно безопасной операцией, однако возможны осложнения во время ее проведения и в послеоперационном периоде:

- Очень часто - повторное кесарево сечение при последующих родоразрешениях (1 случай на каждые 4 операции).
- Часто - боль в ране и дискомфорт в животе в первые несколько месяцев после операции (9 случаев на каждые 100 операций).
- Часто - повторная госпитализация, послеродовая инфекция (5-6 случаев на 100 операций).
- Часто – травмы плода, например, рассечение кожи скальпелем (2 случая на 100 операций).

- Не часто - повторная операция в послеоперационном периоде, госпитализация в отделение интенсивной терапии (5-9 случаев на 1000 операций).
- Не часто - разрыв матки в последующей беременности/родах, предлежание и вращение плаценты, кровотечение (1-8 случаев на 1000 операций).
- Редко - тромботические осложнения, повреждения мочевого пузыря, повреждение мочеточника во время операции (1-5 случаев на 1000 операций).
- Очень редко - смерть (1 женщина на 12 000 операций).

Также Вы должны быть осведомлены, что наличие рубца на матке может в дальнейшем снизить Вашу фертильность (способность к зачатию и деторождению). Также Вы должны знать, что после оперативного родоразрешения чаще, чем после родов через естественные родовые пути, отмечается снижение лактации.

**Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные  
инструменты состояния пациента, приведенные в клинических  
рекомендациях**

Не применимо.