Одобрен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «13» ноября 2025 года
Протокол №241

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

1. Вводная часть

1.1 Код(ы) МКБ-10:

Код	Наименование заболеваний и состояний
O45	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
O45.0	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты с нарушением свертываемости
O45.8	Другая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
O45.9	Преждевременная отслойка неуточненная

1.2 Дата разработки и пересмотра клинического протокола: 2017 год, пересмотр 2024 год.

1.3 Сокращения, используемые в клиническом протоколе:

АГ	–	Артериальная гипертензия
АФС	–	Антифосфолипидный синдром
ВОП	–	Врач общей практики
ВОЗ	–	Всемирная организация здравоохранения
ДВС	–	Диссеминированное внутрисосудистое свёртывание
КАД	–	Клинический академический департамент
КТГ	–	Кардиотокограмма
КС	–	Кесарево сечение
КЩС	–	Кислотно-щелочное состояние
КФ «UMC»	–	Корпоративный Фонд «University Medical Center»
МКБ	–	Международная классификация болезней
ННЦМД	–	Национальный Научный Медицинский Центр

ОАК	–	Общий анализ крови.
ПМСП	–	Первичная медико санитарная помощь
ПОНРП	–	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
РКИ	–	Рандомизированное контролируемое испытание.
СДР	–	Синдром дыхательных расстройств.
УЗИ	–	Ультразвуковое исследование
ЧСС	–	Частота сердечных сокращений

1.4 Пользователи клинического протокола: акушеры-гинекологи, акушерки, врачи общей практики, терапевты, врачи скорой помощи.

1.5 Категория пациентов: беременные.

1.6 Шкала уровня доказательности:
Соотношение уровней доказательности и градаций рекомендаций, разработанные Оксфордским Центром доказательной медицины[1]

Уровни доказательности		Градации рекомендаций
Систематический обзор, клинические исследования, отдельное клиническое исследование	I	A
Систематический обзор когортных исследований, или отдельное когортное исследование	II	B
Исследование типа "случай-контроль" (отдельное, либо систематический обзор нескольких)	III	B
Описание серии случаев, низкокачественные когортные исследования	IV	C
Мнение экспертов без точной критической оценки	V	D

1.7 Термины и определения:

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – это частичное или полное отделение нормально расположенной плаценты от стенок матки, которое происходит до рождения плода во время беременности или родов в сроке 20 недель и более [2].

1.8 Классификация заболевания или состояния:

Классификация ПОНРП в зависимости **от типа кровотечения**[3,4,5]:

✓ **наружное кровотечение –** отслаивается край плаценты и кровь вытекает наружу из половых путей;

✓ **скрытое кровотечение –** ретроплацентарное, кровь скапливается между плацентой и стенкой матки, часто с выраженной экстравазацией и имбибицией в миометрий, кровотечения из половых путей при этом нет;

✓ **смешанное кровотечение –** часть крови вытекает наружу из половых путей, а часть остается ретроплацентарно.

Клиническая классификация ПОНРП в зависимости **от степени кровотечения**[6,7]

Степень	Критерии
Легкая степень	✓ объем кровопотери из половых путей не более 200 мл; ✓ тонус матки слегка повышен; ✓ ЧСС плода в пределах нормы; ✓ состояние беременной женщины или роженицы удовлетворительное; ✓ основные физиологические параметры и показатели свертывающей системы в норме (АД, пульс, ЧДД, гемоглобин, тромбоциты, гематокрит, фибриноген, МНО, АЧТВ)
Средняя степень	✓ объем кровопотери из половых путей 200 - 500 мл. ✓ тонус матки повышен, возможна болезненность матки при пальпации; ✓ отмечаются аномалии сердечного ритма плода (тахикардия, брадикардия), иногда отсутствие сердцебиения плода; ✓ у беременной отмечается тахикардия, ортостатическая гипотония и низкое артериальное и пульсовое давление; ✓ возможно снижение уровня фибриногена, тромбоцитов, гемоглобина, гематокрита, изменение МНО, АЧТВ
Тяжелая степень	✓ объем кровопотери более 500 мл. ✓ матка резко напряжена, болезненная при пальпации; ✓ антенатальная гибель плода; ✓ у беременной развивается геморрагический шок, ДВС- синдром

1.9 Клиническая картина заболевания или состояния [2,31]:

ПОНРП может произойти во время беременности, в первом и втором периодах родов.

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.

Гипертонус матки вплоть до тетании.

Кровотечение из влагалища может варьировать в зависимости от степени тяжести ПОНРП, но при образовании ретроплацентарной гематомы может отсутствовать.

Нарушение состояния внутриутробного плода (нарушение двигательной активности, тахи- или брадикардия у плода, риск внутриутробной гибели плода).

Присоединение симптомов геморрагического шока и ДВС – синдрома.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ:

2.1 Диагностические критерии:

Жалобы:

- ✓ кровотечение из половых путей;
- ✓ боли в животе;
- ✓ напряжение и болезненность матки;
- ✓ ухудшение внутриутробного состояния плода, вплоть до гибели.

Анамнез:

Факторы риска ПОНРП[2,9-14]**:**

Во время беременности:

- ✓ предшествующая отслойка плаценты (риск увеличивается в 93 раз);
- ✓ употребление кокаина и других сосудосуживающих препаратов (встречается у 10% беременных женщин употребляющих кокаин);
- ✓ Курение сигарет (риск повышается до 4 раз);
- ✓ Употребление алкоголя;
- ✓ Вагинальное кровотечение в первом триместре
- ✓ Астма;
- ✓ Субклинический гипотиреоз;
- ✓ Серьезные врожденные аномалии плода;
- ✓ Предыдущее кесарево сечения;
- ✓ Острое повреждение почек связанное с беременностью;
- ✓ Воздействие загрязнённого воздуха;
- ✓ Краевое прикрепление плаценты;
- ✓ Низкий рост беременной;
- ✓ повышенный уровень α-фетопротеина в сыворотке крови матери во втором триместре (риск повышается до 10 раз);

- ✓ хроническая артериальная гипертензия с преэклампсией (риск повышается примерно в 5 раз);
- ✓ генетическая предрасположенность;
- ✓ аномалии развития матки, ее опухоли;
- ✓ количество родов в анамнезе более 3;
- ✓ крупный плод;
- ✓ многоплодная беременность;
- ✓ многоводие;
- ✓ амниоцентез;
- ✓ тупая травма брюшной полости (встречается у 5 – 50% пациентов);
- ✓ экстракорпоральное оплодотворение;
- ✓ бесплодие в анамнезе;
- ✓ железо-дефицитная анемия;
- ✓ депрессия и тревожность;
- ✓ экстрагенитальная патология (гломерулонефрит, астма тяжелая анемия) и эндокринопатии (сахарный диабет, субклинический гипотериоз);
- ✓ аутоиммунные состояния (АФС, системная красная волчанка).
- ✓ COVID-19;

В родах:

- ✓ быстрое излитие околоплодных вод при разрыве плодного пузыря;
- ✓ многоводие;
- ✓ многоплодная беременность;
- ✓ стимуляция родовой деятельности при целом плодном пузыре;
- ✓ гиперстимуляция матки;
- ✓ короткая пуповина;
- ✓ хориоамнионит.

Физикальное обследование[13-15]**:**

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.

Гипертонус матки: вплоть до тетании, болезненность и напряжение матки.

Кровотечение:

- ✓ варьирует в зависимости от степени тяжести ПОНРП и ее характера (краевая или центральная отслойка), от незначительного до массивного;

- ✓ наружное кровотечение (при отслойке края плаценты кровь вытекает через половые пути);
- ✓ внутреннее кровотечение (кровь скапливается между плацентой и стенкой матки), при формировании ретроплацентарной гематомы, наружное кровотечение может отсутствовать;
- ✓ смешанное кровотечение (часть крови вытекает наружу, часть – остается ретроплацентарно).

Нарушение внутриутробного состояния плода:
- ✓ нарушение двигательной активности;
- ✓ тахи- или брадикардия у плода;
- ✓ внутриутробная гибель плода.

Геморрагический шок и ДВС: смотрите клинический протокол «Послеродовое кровотечения».

Основные лабораторные исследования[16-19]**:**

ОАК: снижение уровня гемоглобина и тромбоцитов.
Коагулограмма: укорочение АЧТВ, снижение фибриногена, увеличение тромбинового времени и МНО.
Определение КЩС: ацидоз.

Дополнительные лабораторные исследования[17-19]**:**
Проба на совместимость крови донора и реципиента: (**Показания**: сильное, массивное кровотечение).

Биохимический анализ крови (включая креатинин): тяжелая отслойка плаценты может привести к нарушению функции почек, возможное развитие HELLP синдрома.

Определение антител к ВИЧ в крови методом ИФА (**Показания**: необследованные беременные согласно Приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил проведения мероприятий по профилактике ВИЧ инфекции» от 19 октября 2020 года № КР ДСМ-137/2020.

Определение маркеров гепатит В И С В методом ИФА (**Показания**: переливания крови согласно Приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении номенклатуры, правил заготовки, переработки, контроля качества, хранения, реализации крови, ее компонентов» от 20 октября 2020 года № КР ДСМ-140/2020.

Основные инструментальные исследования[16]**:**

КТГ плода: бради-, тахикардия плода/отсутствие сердцебиения плода.

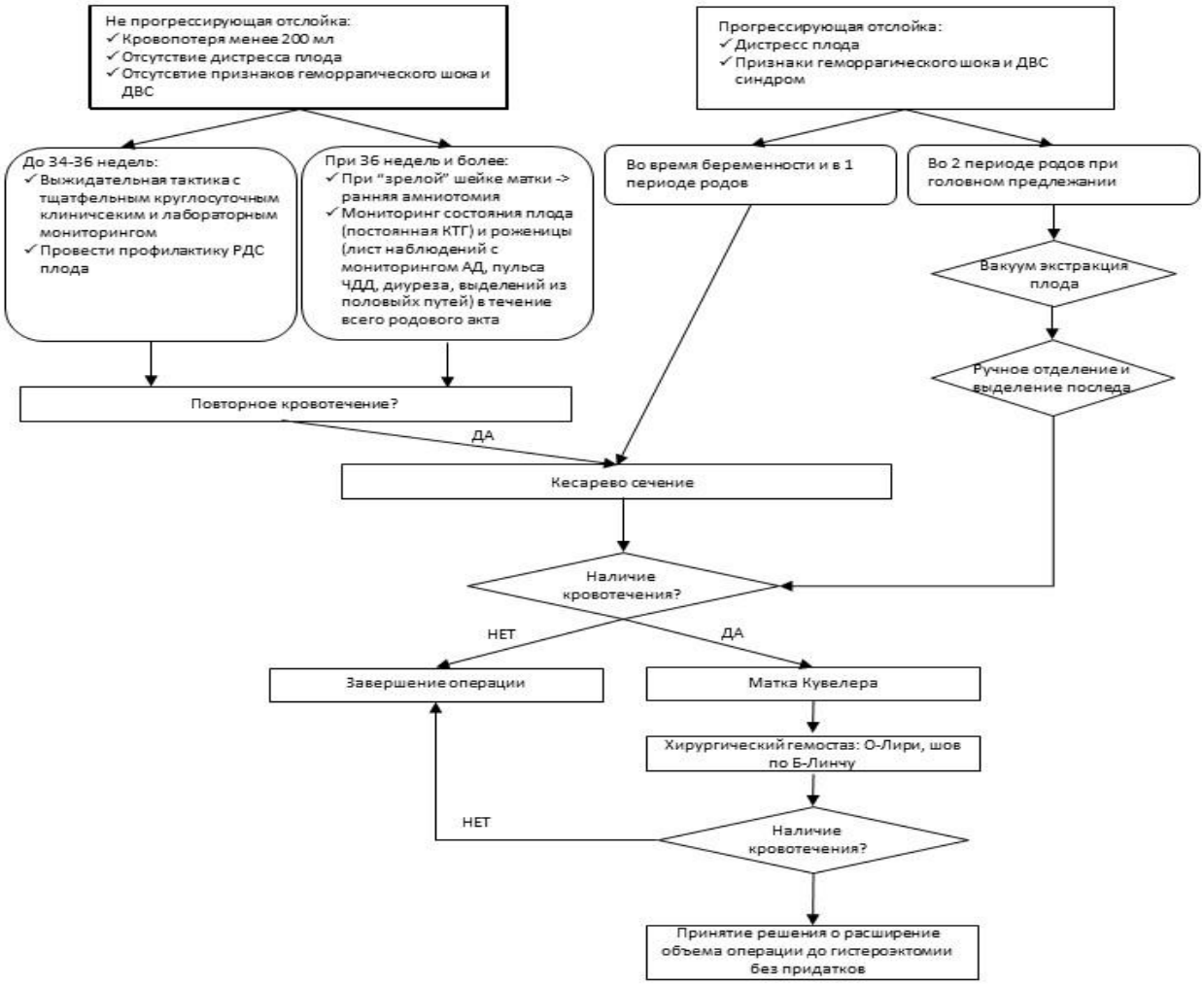
Дополнительные инструментальные исследования[20]**:**

УЗИ плода

Консультация профильных специалистов[9,15,20]:

Консультация анестезиолога – реаниматолога.

2.2 Алгоритм диагностики



2.3 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований

Таблица 2 Дифференциальный диагноз ПОНРП[21]

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Предлежание сосудов	Внезапное безболезненное вагинальное кровотечение	УЗИ	Внезапное начало вагинального

пуповины	после амниотомии или излития околоплодных вод.		кровотечения, сопровождающее болью
Предлежание плаценты	Безболезненное вагинальное кровотечение после 20 недель беременности. В анамнезе: рубец на матке.	Жалобы	Внезапное начало вагинального кровотечения, сопровождающее болью
		УЗИ плода	Наличие ретрохориальной гематомы по УЗИ; Нарушений сердечного ритма плода.
Ложные схватки	Белые, прозрачные, розовые или слегка кровянистые выделения	Жалобы	Внезапное начало вагинального кровотечения, сопровождающее болью
		КТГ	Нарушений сердечного ритма плода
Опухоль шейки матки	Вагинальное кровотечение: от незначительных до обильных	Осмотр в зеркалах	Отсутствие образования на шейке матки; Кровотечение из матки
Приращение плаценты	Безболезненное вагинальное кровотечение после 20 недель беременности.	УЗИ	Наличие ретрохориальной гематомы по УЗИ;
		Жалобы	Внезапное начало вагинального кровотечения, сопровождающее болью
Разрыв матки	Резкое ухудшение состояния плода, боль, вагинальное кровотечение, гемодинамические нарушения беременной с гистеротомией в анамнезе.	Жалобы	Наличие схваток. Вагинальное кровотечение. Повышенный тонус матки.

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

3.1 Немедикаментозное лечение: нет.

Режим: общий.

Диета: общий.

3.2 Медикаментозное лечение[22]**:**

При наличии признаков геморрагического шока – противошоковые мероприятия согласно клиническому протоколу «Послеродовое кровотечение».

NB!

Транспортировка пациентки осуществляется в ближайшую медицинскую организацию, имеющую условия для оказания медицинской помощи женщине и новорожденному в условиях специального медицинского транспорта (реанимобиля) в сопровождении реанимационной бригады с постоянным мониторным контролем состояния женщины и плода!

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

4.1 Показания для плановой госпитализации: нет.

4.2 Показания для экстренной госпитализации[20]:

- ✓ болезненность матки при пальпации, повышение тонуса матки;
- ✓ кровотечение из влагалища;
- ✓ нарушение функционального состояния плода.

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ[23,24]:

Тактика ведения беременности при ПОНРП зависит от следующих показателей:

- ✓ величина кровопотери;
- ✓ состояние беременной и плода;
- ✓ срок гестации;
- ✓ состояние гемостаза.

На уровне приемного отделения показано проведение первичного осмотра с оценкой жизненно важных функции. При необходимости начало реанимационных мероприятий и поиск причины кровотечения или шока.

Возможна выжидательная тактика до 34 – 36 недель, если:

- ✓ состояние беременной и плода удовлетворительное;
- ✓ отсутствие выраженного наружного или внутреннего кровотечения (небольшая непрогрессирующая ретроплацентарная гематома по данным УЗИ).

При выжидательной тактике проводится профилактика РДС плода согласно клиническому протоколу «Преждевременные роды»[17].

При выжидательной тактике не проводить токолитическую терапию[31].

Не рекомендовано использование β-адреномиметиков при наличии подозрения на ПОНРП, наличии кровотечения из половых путей, наличии ретроплацентарной гематомы по данным УЗИ исследования[31].

При выжидательной тактике проводить регулярно УЗИ контроль плода, допплерометрии кровотока и КТГ плода. Частота проведения УЗИ контроля плода, допплерометриии кровотока, КТГ плода определяется клинической ситуацией[31].

Родоразрешение через естественные родовые пути в доношенном сроке возможно при следующих условиях:

- ✓ легкой степени отслойки плаценты;
- ✓ кровопотеря менее 200 мл;
- ✓ не прогрессирующая ретроплацентарная гематома по данным УЗИ;
- ✓ отсутствие признаков нарушения жизнедеятельности плода (УЗИ, доплерография матки и плода, КТГ);
- ✓ отсутствие лабораторных и клинических признаков коагулопатии.

При родоразрешении через естественные родовые пути в доношенном сроке необходимы:

- ✓ ранняя амниотомия;
- ✓ установка катетеров большого диаметра (16 или 18 калибра) [4].
- ✓ мониторинг состояния плода (постоянная КТГ) и роженицы (лист наблюдений с мониторингом АД, пульса, ЧДД, диуреза, выделений из половых путей) в течение родового акта.
- ✓ после рождения новорожденного провести ручное отделение плаценты и выделение последа [31];
- ✓ проведение стимуляции родовой деятельности противопоказано[31];
- ✓ если в процессе родов возобновляется или усиливается кровотечение, отмечаются признаки нарушения состояния матери и плода, нет условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути, то показано родоразрешение путем кесарева сечения[31].

Влагалищные родоразрешающие операции (наложение акушерских щипцов, вакуум – экстракция плода) проводятся **во втором периоде родов** при диагностике ПОНРП.

5.1 Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента [23,24]

Критерии	Тактика
Кровотечение от легкой степени и частота сердечных сокращений плода патологическая (меньше 100 или больше 180 ударов в минуту, патологическая КТГ)	✓ кесарево сечение, если вагинальное родоразрешение произвести невозможно; ✓ введение утеротоников
Кровотечение средней, тяжелой степени	✓ кесарево сечение; ✓ наблюдение и интенсивная терапия в послеоперационном периоде при родоразрешении путем операции кесарева сечения в условиях отделения реанимации или палаты интенсивной терапии в

	течение не менее 12 часов после окончания операции; ✓ введение утеротоников;
При обнаружении матки Кювелера (багровый или синюшный цвет матки в результате пропитывания кровью из ретроплацентарной гематомы) и при **сохраненной** сократительной способности матки, отсутствии кровотечения и признаков ДВС – синдрома	Решение о проведении органосохраняющей операции принимается **комиссионно**! ✓ хирургический гемостаз; ✓ ранний послеоперационный период наблюдение в условиях развернутой операционной; ✓ провести дренирование брюшной полости; ✓ введение утеротоников
При обнаружении матки Кювелера (багровый или синюшный цвет матки в результате пропитывания кровью из ретроплацентарной гематомы) и **нарушение сократительной способности матки**, неэффективности проводимых мероприятий (хирургический гемостаз, эмболизация или перевязка внутренних подвздошных артерий)	✓ Гистерэктомия ✓ наблюдение и интенсивная терапия в послеоперационном периоде в условиях отделения реанимации или палаты интенсивной терапии

NB!
Кесарево сечение **не должно откладываться для проведения УЗИ**, если имеются клинические признаки нестабильного состояния матери и плода! [22,27]

5.2 Немедикаментозное лечение:

Режим[26,27]**:**

✓ постельный (в послеоперационном периоде). Ранняя активизация через 4 – 6 часов после окончания операции в целях минимизации риска развития спаечных осложнений, застойных явлений в легких, тромбоэмболических осложнений.

Диета[27,28]**:** без ограничений.

5.3 Медикаментозное лечение[27 – 29, 35]**:**

Профилактика кровотечения

Препараты выбора:

Первая линия:
- ✓ окситоцин;

Вторая линия:
- ✓ карбетоцин

Антибиотикопрофилактика проводится при родоразрешении оперативным путем.

Препараты выбора:
- ✓ цефазолин;
- ✓ ванкомицин.

Лечение геморрагического шока и ДВС: согласно клиническому протоколу «Послеродовое кровотечения».

Профилактика тромбоэмболических осложнений: согласно клиническому протоколу «Тромбоэмболические осложнения в акушерстве».

Основные лекарственные средства[27- 30]**:**

Фармакотерапевтическая группа	**Международное непатентованное наименование лекарственного средства**	**Способ применения**	**Уровень доказательности**
Первая линия			
Препарат, повышающий тонус и сократительную активность миометрия	Окситоцин	В/венно, доза вводится после извлечения плода ребенка, разовая доза 10 ЕД, однократно Продолжить в/в капельно со скоростью 40 кап/мин (10 Ед в 500 мл физиологическ	IA

		ого раствора), однократно	
Вторая линия			
Препарат, повышающий тонус и сократительную активность миометрия	Карбетоцин	внутривенно 1 мл (100 мкг) сразу после рождения плода медленно в течение 1 минуты	IIB

Дополнительные лекарственные средства[27-29, 35]**:**

Фармакотерапевтическая группа	**Международное непатентованное наименование лекарственного Средства**	**Способ применения**	**Уровень доказательности**
Антибактериальные препараты	Цефазолин	Внутривенно, за 30 минут до начала операции, 2 грамма, однократно	IIB
Антибактериальные препараты	Ванкомицин	Внутривенно 15 мг/кг (максимум 2 грамма) вводить медленно в течении 60 – 120 мин до разреза кожи. При отсутствии времени, рекомендуется начинать инфузию параллельно с началом операции и продолжать во время операции.	IIB

5.3 Хирургическое лечение [28-31]

Хирургические вмешательства[28-31]**:**

✓ **кесарево сечение** (смотрите клинический протокол «Кесарево сечение»;

NB!

В случае развития геморрагического шока, массивной кровопотери, подозрении на наличие Матки Кювелера **предпочтительным** является **нижнесрединный разрез** при проведении операции кесарева сечения![31]

- ✓ **гистерэктомия**.

Гистерэктомия[28-31]

Показания для гистерэктомии:

- ✓ атония матки, не поддающаяся терапии утеротониками;
- ✓ отсутствии эффекта от хирургического гемостаза (гемостатические швы по B-Lynch, матрасные или другой модификации, перевязки маточных, яичниковых, а затем внутренних подвздошных артерий);
- ✓ матка Кювелера и отсутствие эффекта от хирургического гемостаза.

Противопоказания к гистероэктомии: нет.

Риски [30-31]**:**

- ✓ травматизация мочевого пузыря;
- ✓ травматизация кишечника;
- ✓ послеоперационное послеродовое кровотечение;
- ✓ гнойно-септические осложнения.

Осложнения во время операции и после операции:

Гнойно – септические осложнения

Профилактические мероприятия:

- ✓ антибиотикопрофилактика при абдоминальном родоразрешении;
- ✓ обработки кожи и влагалища перед операцией хлоргексидином или йодом.

Массивное кровотечение геморрагический шок, ДВС синдром

Профилактические мероприятия:

- ✓ согласно клиническому протоколу «Послеродовое кровотечения»;
- ✓ установка катетеров большого диаметра (16 или 18 калибра) [4];
- ✓ нижнесрединная лапаротомия[31].

Тромбоэмболия

Профилактические мероприятия:

- ✓ согласно клиническому протоколу «Тромбоэмболические осложнения в акушерстве».

6. Дальнейшее ведение:

NB!

После первой отслойки при последующей беременности риск отслойки в несколько раз выше! [23]

Профилактические мероприятия в группе риска по развитию ПОНРП[22]**:**

- ✓ соблюдение интергенетического интервала после операции кесарева сечения более 1 года;
- ✓ удаление подслизистых миом до наступления следующей беременности;
- ✓ отказ от курения, приема наркотиков[9-15];
- ✓ прием аспирина с целью снижения риска развития преэклампсии (протокол «Артериальная гипертензия у беременных»).

Рекомендации для раннего послеоперационного периода[30-31]**:**

- ✓ **сухое ведение послеоперационного шва;**
- ✓ **ранняя активация:** смотрите клинический протокол «Кесарево сечение»
- ✓ **ранний прием пищи и питья** (через 2 часа после операции – жидкость/вода, через 6 часов начать энтеральное питание (бульон), общий стол – через 24 часа);
- ✓ **ношение компрессионных чулков**[32]**.**

Рекомендации после выписки из стационара[28. 29,30, 31]**:**

- Наблюдение акушер – гинеколога по месту жительства в течение:
  - ✓ первый осмотр – в течение первой недели после выписки;
  - ✓ повторный осмотр – через 30 дней после выписки из стационара.
- Лабораторные и инструментальные исследования: при наличии показаний.

7. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, рекомендованных в клиническом протоколе:

- ✓ отсутствие послеоперационных осложнений;
- ✓ частота массивных кровотечений после операции кесарево сечение;
- ✓ частота госпитальной инфекции в послеоперационном периоде.

8. Организационные аспекты протокола:

8.1 Список разработчиков протокола:

1) Бапаева Гаури Биллахановна – доктор медицинских наук, ассоциированный профессор, директор Клинического академического департамента женского здоровья Корпоративного фонда «University Medical Center», главный внештатный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Казахстан/
2) Ермекова Мерверт Жаббаровна – акушер – гинеколог высшей категории,

Клинический академический департамент женского здоровья Корпоративного фонда «University Medical Center»;
3) Муканова Шолпан Насыровна – независимый медицинский эксперт, менеджер здравоохранения высшей категории, сертифицированный методист по разработке клинических руководств, главный менеджер Департамента по медицинским и регуляторным вопросам Корпоративного фонда «University Medical Center»;
4) Омарова Гульжахан Кашкинбаевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», акушер – гинеколог высшей категории;
5) Танышева Гульяш Алтынгазинова – кандидат медицинских наук, ассоциированный профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии им. А.А. Козбагарова НАО Медицинский университет город Семей»;
6) Сайдилдина Ляззат Ляуликовна – акушер – гинеколог высшей категории, заведующая акушерским отделением Клинического академического департамента женского здоровья Корпоративного фонда «University Medical Center»;
7) Каржибаев Ержан Тлеутаевич – акушер – гинеколог высшей категории, Клинического академического департамента женского здоровья Корпоративного фонда «University Medical Center»;
8) Бельдеубаева Асель Аскаровна – врач клинический фармаколог Корпоративного фонда «University Medical Center»;
9) Байсмбаева Арайлым Аскарбековна – клинический фармаколог отдела клинической фармакологии Департамента менеджмента качества Корпоративного фонда «University Medical Center»;
10) Исатаева Нагима Мухамедрахимовна – кандидат медицинских наук, независимый медицинский эксперт, менеджер здравоохранения высшей категории, эксперт по методологии разработки клинических протоколов, главный менеджер Отдела методологии и стандартизации бизнес процессов Департамента менеджмента качества Корпоративного фонда «University Medical Center»;
11) Джусубалиева Динара Ириковна – акушер-гинеколог высшей категории, Клинический академический департамент женского здоровья Корпоративного фонда «University Medical Center».

8.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

8.3 Данные рецензентов:
1) Малгаждарова Бахыт Сексембаевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии НАО «Медицинский университет Астана».

2) Рыжкова Светлана Николаевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии №2, НАО «Западно-Казахский медицинский университет имени Марата Оспанова».

8.4 Указание условий пересмотра протокола: пересмотр не реже 1 раза в 5 лет и не чаще 1 раза в 3 года при наличии новых методов диагностики и лечения с уровнем доказательности.

8.5 Список использованной литературы:

1) Ananth CV, Kinzler WL. Acute placental abruption: Pathophysiology, clinical features, diagnosis, and consequences. In: Connor RF, ed. UpToDate. Wolters Kluwer; Accessed August 28, 2025.
2) Ananth CV, Lavery JA, Vintzeleos AM, et al. Severe placental abruption: clinical definition and associations with maternal complications. Am J Obstet Gynecol 2016;214:272.e1–e9. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
3) Ananth CV, Wapner RJ, Ananth S, et al. First-Trimester and Second-Trimester Maternal Serum Biomarkers as Predictors of Placental Abruption. Obstet Gynecol 2017; 129:465.
4) Anderson E, Raja EA, Shetty A, Gissler M, Gatt M, Bhattacharya S, et al. Changing risk factors for placental abruption: A case crossover study using routinely collected data from Finland, Malta and Aberdeen. PLoS ONE. 2020;15(6):e0233641.
5) Bączkowska M, Kosińska-Kaczyńska K, Zgliczyńska M, Brawura-Biskupski-Samaha R, Rebizant B, Ciebiera M, Epidemiology. Risk factors, and perinatal outcomes of placental Abruption-Detailed annual data and clinical perspectives from Polish tertiary center. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(9).
6) Brandt J. S., Ananth C.V. Placental abruption at near-term and term gestations: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. American Journal of Obstetrics & Gynecology 228, 5 (2023). https://www.ajog.org/article/S0002-9378%2822%2900535-X/fulltext
7) Chahal HS, Gelaye B, Mostofsky E, et al. Physical Exertion Immediately Prior to Placental Abruption: A Case-Crossover Study. Am J Epidemiol 2018; 187:2073.
8) Chen, D., Gao, X., Yang, T. et al. Independent risk factors for placental abruption: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth 25, 351 (2025). https://doi.org/10.1186/s12884-025-07482-7.
9) Downes KL, Shenassa ED, Grantz KL. Neonatal outcomes associated with placental abruption. Am J Epidemiol. 2017;186(12):1319–28.
10) Eubanks AA, Walz S, Thiel LM. Maternal risk factors and neonatal outcomes in placental abruption among patients with equal access to health care. J Matern Fetal Neonatal Med 2021; 34:2101.
11) Gonen N, Levy M, Kovo M, Schreiber L, Noy LK, Volpert E, et al. Placental Histopathology and Pregnancy Outcomes in “Early” vs. “Late” Placental Abruption. Reprod Sci. 2021;28(2):351–60. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

12) HOLLAND O, NITERT MD, GALLO LA, . VEJZOVIC M, FISHER JJ, PERKINS AV. Placental mitochondrial function and structure in gestational disorders. Placenta 2017; 54:2–9. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
13) Labarrere CA, DiCarlo HL, Bammerlin E, et al. Failure of physiologic transformation of spiral arteries, endothelial and trophoblast cell activation, and acute atherosis in the basal plate of the placenta. Am J Obstet Gynecol 2017;216:287.e1–e16. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar
14) Lee KE, Wen T, Faye AS, et al. Delivery risks and outcomes associated with grand multiparity. J Matern Fetal Neonatal Med 2022; 35:7708.
15) Lueth A, Blue N, Silver RM, et al. Prospective evaluation of placental abruption in nulliparous women. J Matern Fetal Neonatal Med 2022; 35:8603.
16) Lueth A, Blue N, Silver RM, et al. Prospective evaluation of placental abruption in nulliparous women. J Matern Fetal Neonatal Med 2022; 35:8603.
17) M. Green, C. Rider, D. Ratcliff, and B. C. Woodring, "Developing a Systematic Approach to Obstetric Emergencies.," J. Obstet. Gynecol. neonatal Nurs. JOGNN, vol. 44, no. 5, pp. 677–682, 2015, doi: 10.1111/1552-6909.12729
18) Maeland KS, Morken NH, Schytt E, et al. Placental abruption in immigrant women in Norway: A population-based study. Acta Obstet Gynecol Scand 2021; 100:658.
19) Mei Y, Lin Y. Clinical significance of primary symptoms in women with placental abruption. J Matern Fetal Neonatal Med 2018; 31:2446.
20) Miura K, Higashijima A, Murakami Y, et al. Circulating Levels of Pregnancy-Associated, Placenta-Specific microRNAs in Pregnant Women With Placental Abruption. Reprod Sci 2016.
21) Miura K, Higashijima A, Murakami Y, et al. Circulating Levels of Pregnancy-Associated, Placenta-Specific microRNAs in Pregnant Women With Placental Abruption. Reprod Sci 2016.
22) Muñoz M, Stensballe J, Ducloy-Bouthors AS, Bonnet MP, De Robertis E, Fornet I, et al. Patient blood management in obstetrics: prevention and treatment of postpartum haemorrhage. A NATA consensus statement. Blood Transfus. 2019;17(2):112–36. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
23) Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. https://www.cebm.ox.ac.uk/
24) Placental Abruption at Near-Term and Term Gestations: Pathophysiology, Epidemiology, . Diagnosis, and ManagementMaeland KS, Morken NH, Schytt E, et al. Placental abruption in immigrant women in Norway: A population-based study. Acta Obstet Gynecol Scand 2021; 100:658. Author manuscript; available in PMC: 2024 May 1.*Published in final edited form as:* Am J Obstet Gynecol. 2023 Mar 23;228(5 Suppl):S1313–S1329. doi: 10.1016/j.ajog.2022.06.059 https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10176440/
25) Schur E, Baumfeld Y, Rotem R, Weintraub AY, Pariente G. Placental abruption: assessing trends in risk factors over time. Arch Gynecol Obstet. 2022;306(5):1547–54.
26) Shek Jwn S, Pl K, Lt. Wong Sf. Incidence, risk factors, and clinical outcomes of placental abruption in a tertiary hospital in Hong Kong: a

retrospective case-control study. Hong Kong J Gynecol Obstet Midwifery. 2023;23(1).
27) Wilson, R.D. *et al.* (2018) 'Guidelines for antenatal and preoperative care in cesarean delivery: Enhanced recovery after surgery society recommendations (part 1)', *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(6). doi: 10.1016/j.ajog.2018.09.015
28) Zhang Y, Zuo X, Yuan T, Teng Y. Electronic fetal monitoring characteristics of a patient with sudden onset of placental abruption and intrauterine fetal demise: A case report. Medicine (Baltimore). 2019;98(18):e15472. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
29) Zhang Y, Zuo X, Yuan T, Teng Y. Electronic fetal monitoring characteristics of a patient with sudden onset of placental abruption and intrauterine fetal demise: A case report. Medicine (Baltimore). 2019;98(18):e15472. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
30) Клинические протоколы МЗ РК - 2017 (Казахстан) Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. https://diseases.medelement.com/disease/ 2017/15702
31) Клинический протокол «Преждевременные роды», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «26» мая 2023 года Протокол №181
32) Клинический протокол «Тромбоэмболические осложнения в акушерстве», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «13» января 2023 года Протокол №177
33) Клинический протокол КЗ. «Ведение родов». одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «13» января 2023 года Протокол №177);
34) Клинический протокол КЗ. «Кесарево сечение», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «17» марта 2023 года Протокол №180
35) ACOG Practice Bulletin No. 199: Use of Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery. Obstetrics & Gynecology 132(3):p e103-e119, September 2018. | DOI: 10.1097/AOG.0000000000002833.