

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| Список сокращений и условных обозначений..... | 5 |
| Введение..... | 7 |
| Глава 1. Классификация акушерских кровотечений..... | 10 |
| Глава 2. Кровотечения при беременности и в родах..... | 12 |
| 2.1. Патологическое прикрепление (врастание) плаценты..... | 12 |
| 2.1.1. Этиология и патогенез патологического прикрепления (врастания) плаценты..... | 13 |
| 2.1.2. Эпидемиология предлежания/врастания плаценты ... | 15 |
| 2.1.3. Классификация предлежания/врастания плаценты. ... | 16 |
| 2.1.4. Клиническая картина предлежания/врастания плаценты..... | 25 |
| 2.1.5. Диагностика предлежания/врастания плаценты..... | 27 |
| 2.1.6. Алгоритм действий при предлежании/врастании плаценты..... | 39 |
| 2.1.7. Хирургическая тактика при врастании плаценты..... | 49 |
| 2.1.8. Методы гемостаза при врастании плаценты..... | 60 |
| 2.1.9. Профилактика кровотечения при предлежании плаценты..... | 75 |
| 2.1.10. Реабилитация при предлежании/ врастании плаценты..... | 75 |
| 2.2. Преждевременная отслойка плаценты..... | 75 |
| 2.2.1. Этиология, патогенез, факторы риска и предрасполагающие факторы отслойки плаценты..... | 75 |
| 2.2.2. Эпидемиология отслойки плаценты..... | 78 |
| 2.2.3. Классификация преждевременной отслойки плаценты..... | 79 |
| 2.2.4. Клиническая картина отслойки плаценты..... | 80 |
| 2.2.5. Диагностика отслойки плаценты..... | 82 |
| 2.2.6. Алгоритм действий при преждевременной отслойке плаценты..... | 88 |
| 2.2.7. Консервативное лечение..... | 91 |

| | |
|---|------------|
| 2.2.8. Хирургическое лечение. | 92 |
| 2.2.9. Матка Кувелера | 95 |
| 2.2.10. Профилактика преждевременной отслойки плаценты | 111 |
| Глава 3. Послеродовые кровотечения | 112 |
| 3.1. Причины послеродовых кровотечений | 113 |
| 3.2. Эпидемиология послеродовых кровотечений | 115 |
| 3.3. Классификация и факторы риска послеродовых кровотечений. | 116 |
| 3.4. Клиническая картина послеродовых кровотечений. | 127 |
| 3.5. Диагностика послеродового кровотечения. | 128 |
| 3.6. Менеджмент при послеродовом кровотечении | 131 |
| 3.7. Лечение послеродовых кровотечений. | 133 |
| 3.7.1. Нехирургические и консервативные методы лечения послеродовых кровотечений | 139 |
| 3.7.2. Национальный алгоритм оказания медицинской помощи при послеродовом кровотечении | 147 |
| 3.7.3. Хирургические методы остановки кровотечения | 164 |
| 3.7.4. Тактика при кровотечении, обусловленном начавшимся и свершившимся разрывом матки | 189 |
| 3.7.5. Тактика при вывороте матки | 191 |
| 3.8. Принципы интенсивной терапии при послеродовых кровотечениях. | 192 |
| 3.9. Осложнения хирургического этапа оказания помощи при послеродовом кровотечении. | 213 |
| 3.10. Профилактика послеродовых кровотечений | 220 |
| 3.11. Реабилитация после послеродового кровотечения. | 229 |
| Заключение | 229 |
| Список литературы | 230 |

Глава 2

Кровотечения при беременности и в родах

Кровотечения во время беременности и в родах могут быть следствием отслойки предлежащей или нормально расположенной плаценты (ACOG, 2017).

Нарушения плацентации, такие как предлежание плаценты (*placenta previa*), врастание плаценты (*placenta accreta*) и предлежание сосудов (*vasa previa*), ассоциированы с кровотечением во второй половине беременности. Они также являются важными причинами тяжелой материнской и неонатальной заболеваемости и смертности (Ueda A., 2022; Say L., 2017).

2.1. ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ (ВРАСТАНИЕ) ПЛАЦЕНТЫ

Предлежание плаценты (*placenta previa*) представляет собой акушерское осложнение, при котором плацента частично или полностью перекрывает внутренний зев (Jauniaux E., 2019).

Низкое расположение плаценты — расположение плаценты, при котором она располагается в пределах 20 мм от внутреннего маточного зева, но не перекрывает его [Патологическое прикрепление (врастание) плаценты. Клинические рекомендации. 2023]. Согласно рекомендациям Британского королевского колледжа акушеров-гинекологов (2018) термин «предлежание плаценты» (*placenta previa*) следует использовать, когда плацента располагается непосредственно над внутренним зевом.

При сроке беременности более 16 нед следует использовать термин «низкорасположенная плацента» (*low-lying placenta*), когда край плаценты находится менее чем в 20 мм от внутреннего зева при трансабдоминальном или трансвагинальном ультразвуковом сканировании (RCOG, 2012).

Врастание плаценты (*placenta accreta spectrum*) — патологическое состояние беременности, связанное с избыточной инвазией плаценты

в стенку матки (выделяют *placenta accreta*, или приращение плаценты к миометрию, *placenta increta*, или прорастание плаценты в мышечную оболочку и *placenta percreta*, или прорастание плаценты в серозный слой и/или соседние органы (RCOG, 2012).

2.1.1. Этиология и патогенез патологического прикрепления (врастания) плаценты

Патологическое прикрепление плаценты — это собирательный термин, включающий в себя приращение плаценты к мышечному слою (*placenta accreta*), врастание плаценты в мышечный слой (*placenta increta*) и прорастание плаценты через серозную оболочку матки в соседние органы, наиболее часто в мочевого пузырь (*placenta percreta*) (рис. 2.1). В основе патогенеза патологического прикрепления плаценты лежит нарушение процесса имплантации вследствие как повышенной пролиферативной и инвазивной активности клеток трофобласта, так и морфологических изменений децидуальной оболочки, что обуславливает закрепление якорных ворсин плаценты не в децидуальной оболочке эндометрия, а в непосредственной близости от миометрия или в толще самого миометрия.

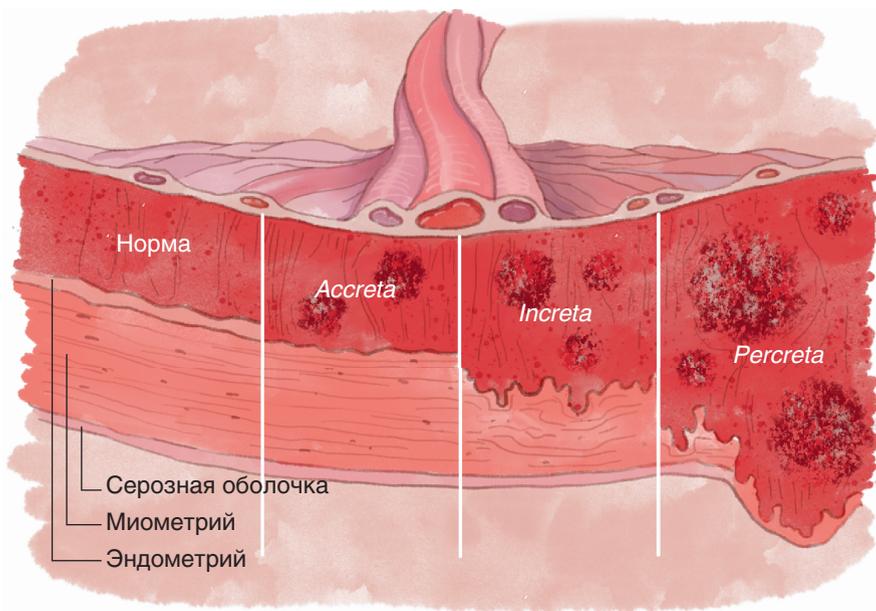


Рис. 2.1. Нормальная плацентация и разные степени патологической инвазии плаценты

Причина имплантации плаценты в нижний сегмент матки неясна. Тем не менее это тесно связано с предыдущими повреждениями эндометрия и рубцеванием матки из-за миомэктомии или кесарева сечения, предшествующего предлежания плаценты или многоплодия (Raо K.P., 2012).

В настоящее время общепризнано, что кесарево сечение связано с повышенным риском предлежания и вставания плаценты при последующих беременностях. Этот риск возрастает по мере увеличения количества предшествующих кесаревых сечений.

Так, в проспективном когортном многоцентровом исследовании, проведенном U.A. Umeh и соавт. (2022), установлено, что короткий интервал между беременностями, по-видимому, не оказывает существенного влияния на частоту предлежания и вставания плаценты после кесарева сечения. Однако предлежание плаценты и нарушение спектра вставания плаценты чаще встречаются у женщин с предшествующим кесаревым сечением в анамнезе, и вероятность предлежания плаценты также увеличивается с увеличением количества кесаревых сечений (Umeh U.A., 2022).

После кесарева сечения слой децидуальной оболочки становится тоньше, что может привести к невозможности восстановления децидуального базального слоя/эндометрия. Это может дополнительно способствовать вставанию плаценты в предыдущий рубец в нижнем сегменте матки (Park H.S., 2020).

В настоящее время доказано, что ВРТ и курение матери повышают риск предлежания плаценты (RCOG, 2012).

К факторам развития вставания плаценты относят: хронический эндометрит, старший репродуктивный возраст, курение, а также внутриматочные манипуляции (кюретаж, абляция эндометрия, ручное обследование стенок послеродовой матки), воспалительные заболевания органов малого таза, эмболизацию маточных артерий (ЭМА), субмукозную лейомиому (Kohn J.R., 2018).

Частота вставания плаценты у пациенток, перенесших 1, 2, 3, 4 и 5 абдоминальных родоразрешений, составляет 3, 11, 40, 61 и 67% соответственно (Jauniaux E., 2019).

Корреляции между глубиной инвазии ворсин хориона и количеством предыдущих операций кесарева сечения не обнаружено (Jauniaux E., 2019).

Плановое кесарево сечение ассоциировано с меньшей вероятностью развития вставания плаценты в будущем по сравнению с экстренным, и напротив, при экстренном кесаревом сечении (КС) вероят-

ность возникновения данного осложнения выше, чем при плановом (Castaneda S., 2000).

Клинические факторы риска, связанные с предлежанием плаценты и вращением плаценты, хорошо известны и включают пожилой возраст матери, многоплодие и курение (Park H.S., 2020).

Повторные операции кесарева сечения, предлежание плаценты, рубцы на передней стенке матки, вращение плаценты и пожилой возраст матери увеличивают риск массивных перипартальных кровотечений и трансфузий (Martimucci K., 2019). Прогностическими факторами для перипартальной гистерэктомии у женщин были предшествующее кесарево сечение [скорректированное отношение шансов (OR) — 23,1], предлежание плаценты, включая частичное и полное предлежание (OR — 14,6), подозрение на вращение плаценты с помощью ультразвукового исследования (УЗИ) (OR — 42,4) и гестационный возраст меньше чем 34 нед (OR — 9,3) (Park H.S., 2020).

2.1.2. Эпидемиология предлежания/вращения плаценты

Предлежание плаценты регистрируется с частотой от 0,3 до 2%. По данным систематического обзора и метаанализа, проведенного E. Jauniaux и соавт. (2019), включавшего 258 статей, 13 ретроспективных и 7 проспективных исследований, в которых сообщалось о 587 женщинах с предлежанием плаценты и вращением плаценты, имеется значительная неоднородность между исследовательскими оценками распространенности предлежания плаценты и вращения плаценты в когорте предлежания плаценты. Частота вращения плаценты у женщин с предлежанием плаценты составила 11,10% (интерквартильный интервал 7,65–17,35). Исследование включало в общей сложности 383 003 беременности и родов, а распространенность различных степеней вращения при предлежании плаценты составляла 0,05, 0,02 и 0,01% для *accreta*, *increta* и *percreta* соответственно (Jauniaux E., 2019).

Частота вращения плаценты зависит от количества операций кесарева сечения в анамнезе и составляет от 3% при одной операции до 11% — при двух, 40% — при трех и >60% — при четырех операциях и более в анамнезе (Panaiotova J., 2018).

Частота вращения плаценты не зависела от степени предлежания плаценты: полного предлежания плаценты по сравнению с частичным ($p=0,067$) (рис. 2.2).