

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 мочевой 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.

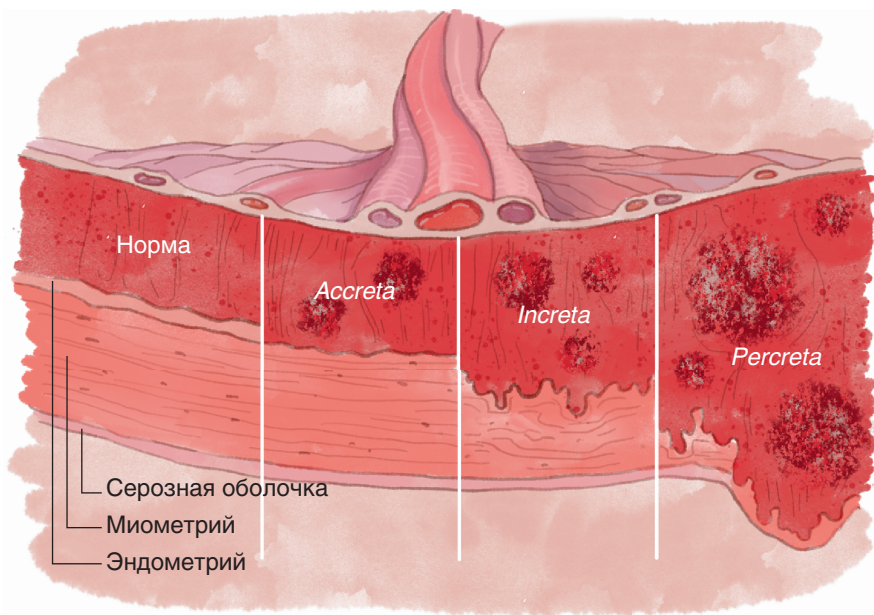


Рис. 2.1. Нормальная плацентация и разные степени патологической инвазии плаценты

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).