

Клинический протокол

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ __
	Экземпляр	№ __
	Введен в действие	дата
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	<i>Клинический протокол «Патологическое прикрепление плаценты »</i> <i>Коды МКБ: О43.0; О43.1; О43.2; О44.0; О44.1</i> <i>Возрастная группа: взрослые и дети</i> <i>Год утверждения 2021</i>	

Утверждено приказом № __

От «__» ____ 2021 г.

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	<i>Должность</i>			
Согласовано	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	Адильханов Б.Г.		
	И.о.Заместителя главного врача по хирургической работе	Абдулаев Ш.А.		
	И.о заведующего экспертным отделом	Алибекова А.М.		

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Предлежание плаценты (*placenta praevia*) - расположение плаценты в нижнем сегменте матки в области внутреннего зева или на 20 мм выше него (по данным УЗИ при доношенной беременности). При предлежании плацента находится на пути рождающегося плода («*praе*» - «перед», «*via*» - «на пути»). При сроке беременности более 16 недель выставляется диагноз: низкорасположенная плацента, если край плаценты находится менее чем в 20 мм от внутреннего зева.

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 мышечной оболочки плацентой и *placenta percreta* или прорастание плацентой серозного слоя и/или соседних органов).

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

Этиология и патогенез врастания плаценты до конца не изучены. Основной причиной врастания и предлежания плаценты считается атрофия эндометрия на фоне инвазивных внутриматочных манипуляций и/или на фоне воспалительных процессов эндометрия.

Наиболее актуальная теория патогенеза врастания и предлежания плаценты основана на неполноценности децидуального слоя эндометрия, не способного остановить инвазию плацентарной ткани [2]. Беременность инициирует усиление маточного кровотока, но область рубцовоизмененного миометрия не способна к обеспечению полноценного кровотока. Снижение васкуляризации в районе дефекта происходит за счет замены соединительной ткани на фиброзную, что приводит к местной ишемии и очаговой дегенерации.

1.3. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Предлежание плаценты

Существует несколько классификаций предлежания плаценты по данным УЗИ:

- полное предлежание - плацента полностью перекрывает внутренний зев
 - неполное (частичное) предлежание - внутренний зев перекрыт частично или плацента нижним краем доходит до него;
- низкая плацентация - плацента расположена на расстоянии от 2 до 5 см от области внутреннего зева [19].
- низкое расположение плаценты - расстояние от края плаценты до внутреннего зева менее 20 мм (термин применим при сроке беременности более 16 недель) [20].

Врастание плаценты

Выделяют три морфологических варианта нарушения инвазии ворсин хориона:

- приращение к миометрию – *placenta accreta*
- прорастание мышечной оболочки -*placenta increta*
- прорастание серозного слоя и/или соседних органов – *placenta percreta* [8].

1.4. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Предлежание/врастание плаценты не имеют патогномоничных клинических признаков. Основное проявление – маточное кровотечение как во время беременности, так и в родах или во время кесарева

сечения. Вращение плаценты характеризуется невозможностью самопроизвольного и ручного отделения плаценты от стенки матки

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

2.1 Жалобы и анамнез:

- Рекомендовано проводить подробный сбор акушерско-гинекологического анамнеза и жалоб. Необходимо учитывать следующие жалобы: кровяные выделения из половых путей, маточные кровотечения на протяжении беременности, боль в животе. В анамнезе обращать внимание на: инвазивные внутриматочные манипуляции (кюретаж, аблацию эндометрия, ручное обследование стенок послеродовой матки), кесарево сечение, воспалительные заболевания органов малого таза, эмболизацию маточных артерий, субмукозную лейомиому.

2.2 Физикальное обследование:

- Рекомендовано проводить осмотр шейки матки в зеркалах. Не рекомендовано применять бимануальное влагалищное исследование с целью предотвращения кровотечения. Нет данных о безопасности бимануального влагалищного исследования беременных с предлежанием и вращением плаценты.

2.3 Лабораторные диагностические исследования: План обследования согласно клиническим рекомендациям «Нормальная беременность»¹ и «Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения»².

2.4. Инструментальные диагностические исследования

Ультразвуковое исследование.

- При проведении 1-го пренатального скрининга (11-136 недель) у женщин с рубцом на матке и/или признаками предлежания плаценты рекомендовано определять ультразвуковые маркеры предлежания/вращения плаценты. Вращение плаценты после предшествующих оперативных родоразрешений возникает в результате имплантации плодного яйца в нишу, образовавшуюся после предыдущей операции кесарева сечения. Данная патология может быть диагностирована с помощью ультразвуковых методов.

УЗ признаки вращения плаценты в первом триместре (до 14 недель беременности) являются: низкая имплантация плодного яйца вблизи рубца после предыдущего кесарева сечения, дополнительные признаки - уменьшение толщины подлежащего плодному яйцу миометрия (менее 5-6 мм) и внутриматочные лакуны). Уменьшение толщины миометрия менее 2 мм при УЗИ в сроках 9-14 недель беременности ассоциируется с высоким риском развития вращения плаценты и осложнений, связанных с данным заболеванием.

- При проведении 2-го пренатального скрининга (18 - 20 недель) всем женщинам с клиническими факторами риска вращения плаценты и предлежанием плаценты (расположением по передней стенке матки) рекомендовано определять ультразвуковые маркеры предлежания/вращения плаценты.

- При выявлении низкого расположения (менее 20 мм от внутреннего зева) либо предлежания плаценты при ультразвуковом исследовании во 2-ом триместре рекомендовано контрольное транвагинальное ультразвуковое исследование в 32 недели беременности для диагностики случаев сохраняющегося низкого расположения либо предлежания плацент. Комментарий: во втором триместре беременности пациенткам с предлежанием плаценты в 90% случаев возможно установить диагноз вращение плаценты (при условии выполнения опытным специалистом) [6,23,27–29].

- В случаях предлежания плаценты в 32 недели беременности по данным УЗИ рекомендуется повторить ультразвуковое исследование на 36 неделе для определения расположения края плаценты и выбора метода родоразрешения.

- У пациенток с предлежанием плаценты и/или расположением в области рубца на матке после предыдущего кесарева сечения рекомендуется проводить прицельный поиск признаков приращения плаценты при ультразвуковом исследовании.

- При подозрении/для уточнения диагноза вращение плаценты рекомендуется использовать ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного кровотока.

Магнитно-резонансное исследование

- Рекомендовано выполнять магнитно-резонансное исследование всем беременным с вращением плаценты по данным ультразвукового исследования для уточнения диагноза и степени вращающей плаценты. МРТ – является более точным методом диагностики для оценки глубины и топографии инвазии, а также в случаях инвазии плаценты в заднюю стенку матки.

2.5. Иные диагностические исследования

- Для подтверждения вращающей плаценты рекомендовано проведение патоморфологического исследования. При гистологическом исследовании на срезах определяются расширенные участки отсутствующего децидуального слоя между плацентой и миометрием. Они могут включать область с ворсинками плаценты, прикрепленными непосредственно к миометрию или аномальную имплантацию со слоем фибриноида и промежуточным трофобластом между ворсинками плаценты и миометрием.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Консервативная терапия, диетотерапия не предусмотрены.

3.1. Ведение беременности.

- Рекомендовано пациенткам с вращением плаценты с клиническими симптомами (кровяные выделения, тонус матки или сокращение матки) госпитализация в стационар.

- При истмико-цервикальной недостаточности у пациенток с предлежанием/вращением плаценты не рекомендовано наложение швов на шейку матки для пролонгирования беременности и уменьшения риска кровотечения.

- Рекомендованный срок планового родоразрешения у здоровых женщин с вращением плаценты без истории влагалищных кровотечений во время данной беременности составляет 34-36 недель беременности .

- Не рекомендовано родоразрешение после 36 недель беременности.

- В случае диагностики у женщин с вращением плаценты кровотечения, ПРПО или схваткообразных болей рекомендовано экстренное кесарево сечение.

- Перед оперативным вмешательством рекомендовано проинформировать пациенток с вращением плаценты о высоком риске гистерэктомии и других осложнениях, получить согласие на проведение гистерэктомии.

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.

Не предусмотрено.

5. Организация оказания медицинской помощи.

- Родоразрешение у пациенток с вращением/предлежанием плаценты рекомендовано планировать в стационаре 3 уровня.

- Рекомендована плановая госпитализация пациенток с вращением плаценты, при отсутствии других показаний, в 33-34 недели.

- Срок планового родоразрешения у пациенток с вращением плаценты - 34-36 недель беременности, который рассчитывается индивидуально в зависимости от предполагаемой глубины инвазии плаценты . В случае диагностики у женщин с вращением плаценты кровотечения, ПРПО или схваткообразных болей производят экстренное кесарево сечение

6. Критерии оценки качества медицинской помощи:

К (частота предоставления)	Критерии качества	Выполнение	Уровень достоверности доказательств (при наличии)	Уровень убедительности рекомендаций (при наличии)
К 1	У пациенток с предлежанием плаценты и/или расположением в области рубца на матке после предыдущего кесарева сечения проведен прицельный поиск признаков приращения плаценты при ультразвуковом исследовании	да	1	А
К 0.9	Выполнено ультразвуковое исследование трансвагинальным доступом	да	5	С
К 0.8	Применена ультразвуковая доплерография маточноплацентарного кровотока при подозрении на вращение плаценты	да	1	А
К 0.7	Выполнено магнитно-резонансное исследование беременным с подозрением на вращение плаценты по данным ультразвукового исследования в случае необходимости уточнения диагноза.	да	1	А
К 0.6	Проведена профилактика респираторного дистресссиндрома плода у женщин с вращением/предлежанием плаценты при повторяющихся эпизодах кровяных выделений.	да	2	А
К 0.5	Выполнена гистеротомия при вращении плаценты вне зоны расположения плаценты	да	3	В

Акушерский чек-лист при вращении плаценты

Дата

Ф.И.О. и возраст пациентки

№ истории болезни

Хирург

ИМТ

Паритет

Количество предыдущих КС

Оперативные вмешательства
да / нет

Срок беременности

Желание будущей фертильности
да / нет

Информированное согласие подписано
да / нет, причина

Результаты обследования:

-Аллергия в анамнезе
нет / есть, на что

-Кровотечение в анамнезе
нет / есть, причина

-Группа крови, Резус-фактор
нет / есть

-Фенотип резус фактора
нет / есть

-RW, ВИЧ, гепатит нет / есть ОАК

-Коагулограмма (по показаниям)
нет / есть

-Подготовка и план операции

-Расположение плаценты

-Степень инвазии по МРТ

-Степень инвазии по УЗИ

-Установка центрального венозного катетера в отделении реанимации
да / нет

-Проведение РДС плода
да / нет

-Заявка на реинфузию, Cell saver,
-оповещение трансфузиолога
да / нет

-Статус В20, гепатит, особо опасная инфекция у пациента Предусмотрена защита персонала (очки, экраны, перчатки).

- Антибиотикопрофилактика за 30- 60 мин до операции
есть / нет, причина

-Профилактика тромбоза компрессионным трикотажем
нет / да

-Выслушивание сердцебиения плода перед операцией
нет / да

-Планируемый объем операции.

- Отсроченное пересечение пуповины
да / нет

-Установка пластины электрокоагулятора
да / нет, не планируется

-Обсуждены возможные особенности и трудности во время операции с ответственным консультантом, анестезиологом, неонатологом, трансфузиологом. Вероятность расширения объема операции.

-Готовность к разрешению нетипичных ситуаций
да/нет

-Подсчет салфеток и инструментов
да /нет

Объем кровопотери Мл

-Заполнение листа тромбопрофилактики
да /нет

Дополнительные назначения в послеоперационном периоде
да/нет

Алгоритм действия для

врача

1. Диагностика предлежания плаценты по данным УЗИ, вставания плаценты по данным УЗИ и МРТ.
2. Выбор кожного разреза: нижнесрединная лапаротомия (у пациенток с вставанием плаценты) поперечное надлобковое чревосечение (у пациенток с предлежанием плаценты)
3. Выбор разреза на матке: донное кесарево сечение (у пациенток с вставанием плаценты) кесарево сечением в нижнем маточном сегменте (у пациенток с предлежанием плаценты)
4. Выбор метода хирургического лечения при вставании плаценты органосохраняющий (при вставании плаценты на ограниченном участке) - метропластика с использованием комплексного компрессионного гемостаза и/или эндоваскулярных методов гемостаза и/или перевязки, временной окклюзии магистральных маточных сосудов, гемостатических швов. - органоуносящий (при вставании плаценты в шейку матки, при невозможности остановки кровотечения) - оставление плаценты in situ (вставание плаценты – интраоперационная находка).

Информация для пациента

Вставание плаценты – это осложнение беременности, при котором плацента достаточно плотно фиксируется к стенке матки или же врастает в нее. В норме в конце родов плацента отделяется от стенки матки и рождается (т.н. рождение последа). При патологическом прикреплении плаценты ее чрезмерная фиксация к стенке матки нарушает процесс отделения плаценты, приводит к ее задержке в полости матки и развитию осложнений, самыми опасными из которых являются послеродовое кровотечение, удаление матки.

Предлежание плаценты - это осложнение беременности, при котором плацента располагается низко относительно внутреннего зева, что может быть следствием кровотечений, как на протяжении беременности, так и в родах. Вставание, предлежание плаценты являются абсолютным показанием к оперативному родоразрешению путем кесарева сечения. Кесарево сечение при вставании плаценты выполняется в 34-37 недель беременности, при предлежании в 37-39 недель беременности. Для родоразрешения Вас заблаговременно госпитализируют в акушерский стационар 3 уровня. В случае начала родовой деятельности, разрыва плодных оболочек до предполагаемой даты родоразрешения, кровотечения, Вам необходимо срочно вызвать бригаду скорой помощи для госпитализации в акушерский стационар. В стационаре Вам будет выполнен необходимый перечень лабораторных и инструментальных исследований в зависимости от акушерской ситуации.

Вас проконсультируют врач-акушер-гинеколог и врач-анестезиологреаниматолог. Вы будете обязаны сообщить врачам обо всех известных Вам проблемах, связанных с Вашим здоровьем,

