

Приложение 4 к приказу №____
от «__» _____ 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И
РЕБЁНКА**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«АНОМАЛИИ РАСПОЛОЖЕНИЯ И ПРИКРЕПЛЕНИЯ
ПЛАЦЕНТЫ (предлежание и вращение плаценты)»**

ТАШКЕНТ 2025

«УТВЕРЖДАЮ»
Министр здравоохранения
Республики Узбекистан
А.А. Худаяров

«____» _____ 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«АНОМАЛИИ РАСПОЛОЖЕНИЯ И ПРИКРЕПЛЕНИЯ
ПЛАЦЕНТЫ (предлежание и вращение плаценты)»**

«СОГЛАСОВАНО»
Директор ГУ «РСНПМЦЗ»
Н.С. Надырханова

Handwritten signature



НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «АНОМАЛИИ РАСПОЛОЖЕНИЯ И ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ (предлежание и вращение плаценты)»

ТАШКЕНТ 2025

ТАШКЕНТ 2025

Оглавление

Вводная часть.....	5
Основная часть.....	8
Список литературы	26
Приложения.....	27

1. Вводная часть

Коды по МКБ-10:

O43	Плацентарные нарушения
O43.0	Синдромы плацентарной трансфузии
O43.1	Аномалия плаценты
O43.2	Приращение плаценты
O43.8	Другие плацентарные нарушения
O43.9	Плацентарное нарушение неуточненное
O44	Предлежание плаценты
O44.0	Предлежание плаценты, уточненное как без кровотечения, в том числе низкое прикрепление плаценты, уточненное как без кровотечения
O44.1	Предлежание (полное / неполное) плаценты с кровотечением, в том числе низкое прикрепление плаценты без других указаний или с кровотечением
Ссылка: https://mkb-10.com/index.php?pid=14254	

Коды по МКБ-11:

JA8A	Медицинская помощь матери при плацентарных нарушениях
JA8A.0	Синдромы плацентарной трансфузии
JA8A.1	Аномалия развития плаценты
JA8A.2	Аномальное прикрепление плаценты
JA8A.Y	Другая уточненная медицинская помощь матери при плацентарных нарушениях
JA8A.Z	Медицинская помощь матери при плацентарных нарушениях, неуточненная
JA8B	Медицинская помощь матери в связи с предлежанием или низким расположением плаценты
JA8B.0	Предлежание плаценты, уточнённое, не сопровождающееся кровотечением
JA8B.1	Предлежание плаценты с кровотечением
JA8B.Z	Медицинская помощь матери в связи с предлежанием или низким расположением плаценты, неуточненная
Ссылка: https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release	

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2030 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке клинического протокола: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка.

Руководители рабочей группы:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Надырханова Н.С.	Директор РСНПМЦЗМиР, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР
2	Абдуллаева Л.М.	Главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, д.м.н., профессор	ТМА

Список составителей:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Абдураимов Т.Ф.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
2	Нурова А.А.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
3	Нишанова Ф.П.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
4	Микиртичев К.Д.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
6	Ильясов А.Б.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
7	Шерматова С.Э.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
8	Каримов З.Д.	акушер-гинеколог, д.м.н., профессор	Ташкентский городской филиал РНСНПМЦЗМиР
9	Абдикулов Б.С.	акушер-гинеколог	Ташкентский городской филиал РСНПМЦЗМиР
10	Умаров А.Р.	акушер-гинеколог	ТМА
11	Давронова Ю.А.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
12	Шукурова М.Р.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
13	Рахманова И.И.	акушер-гинеколог, к.м.н.	ЦРПКМР

Рецензенты:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Юсупов У.Ю.	Научный руководитель гинекологического отдела, д.м.н.	Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка
2	Бабаджанова Ш.Д.	Заведующая 1-м акушерским отделением, д.м.н.	Республиканский перинатальный центр

РСНПМЦЗМиР – Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребёнка

ТМА – Ташкентская медицинская академия

ЦРПКМР – Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совете рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директоров филиалов ГУ РСНПМЦЗМиР и их заместителей), врачей региональных учреждений системы родовспоможения в онлайн-формате «__7__» _ февраля _ 2025 г., протокол №1. Руководитель рабочей группы – д.м.н. Надырханова Н.С., директор ГУ «РСНПМЦЗМиР».

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра здоровья матери и ребенка» «__11__» _ февраля _ 2025 г., протокол №__2__

Председатель Ученого Совета – д.м.н., профессор Асатова М.М.

Внешняя экспертная оценка:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Тинатин Гагуа	акушер-гинеколог, эксперт ВОЗ, д.м.н.	Медицинский Университет Д. Твилдиани (Тбилиси, Грузия)

Список сокращений:

NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PAS	Placenta Accreta Spectrum, Спектр приращения/врастания плаценты

RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
SpO2	процентное содержание в капиллярной крови гемоглобина, насыщенного кислородом
АД	артериальное давление
ВБО	временная баллонная окклюзия
ВП	врастание плаценты
ИВЛ	искусственная вентиляция легких
ИМТ	индекс массы тела
ИРА	интраоперационная реинфузия аутоэритроцитов
КС	кесарево сечение
МКБ-10	международный классификатор болезней 10-го пересмотра
МКБ-11	международный классификатор болезней 11-го пересмотра
МРТ	магнитно-резонансная томография
ПВПА	перевязка внутренних подвздошных артерий
РДС	респираторный дистресс синдром
СЗП	свежезамороженная плазма
УЗИ	ультразвуковое исследование
ЧСС	частота сердечных сокращений
ЭМА	эмболизация маточных артерий

Цель протокола: предоставить медицинским специалистам научно обоснованные данные и рекомендации по ведению беременности и родов при патологическом прикреплении плаценты (предлежании и врастании) для оптимизации клинических практик и снижения рисков материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Категории пациентов: беременные, роженицы и родильницы с патологическим прикреплением плаценты (предлежанием и врастанием).

Пользователи клинического протокола: врачи акушеры-гинекологи; общие хирурги; ангиохимики; анестезиологи-реаниматологи; семейные врачи; терапевты; лаборанты; клинические фармакологи; неонатологи; организаторы здравоохранения; акушерки; студенты; клинические ординаторы; магистранты; аспиранты; преподаватели медицинских ВУЗов; беременные, роженицы, родильницы, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Приверженность рекомендациям протокола:

В протоколе представлены рекомендации общего характера, разработанные на основе имеющихся на момент публикации доказательств.

Если в практической деятельности принимается решение отойти от рекомендаций данного протокола, то врачи-клиницисты должны задокументировать в истории болезни пациента следующие данные:

- кем принято такое решение;
- подробное обоснование решения отхода от протокола;
- какие рекомендации по ведению пациента были приняты.

Рекомендации не охватывают все элементы клинической практики, это означает, что врачи должны обсуждать с пациентами индивидуальную тактику ведения, принимая во внимание потребности пациента, придерживаясь принципа уважительного конфиденциального общения. Это включает:

- использование услуг переводчика в случае необходимости;
- консультирование пациента и получение информированного согласия на ту или иную манипуляцию или тактику введения;

- обеспечение ухода в рамках требований законодательства и соблюдения стандартов профессионального поведения;
- документирование любой тактики ведения и ухода в соответствии с общими и местными требованиями.

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

УУР	Расшифровка
GCP	Good Clinical Practice – «надлежащая клиническая практика»
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	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)
C	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)

2. Основная часть

2.1. Предлежание плаценты

Определение

Предлежание плаценты (placenta praevia) – расположение плаценты, при котором она полностью или частично перекрывает внутренний маточный зев.

При предлежании плацента находится на пути рождающегося плода («prae» - «перед», «via» - «на пути»).

<https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/diagnosis-and-management-of-placenta-accrета-spectrum.pdf>

<https://www.rcog.org.uk/media/r1cpqapm/bjog-2018-jauniaux-placenta-praevia-and-placenta-accrета-diagnos.pdf>

Эпидемиология

Частота возникновения предлежания плаценты составляет в среднем от 0,1% до 1% от общего числа родов. По данным ряда систематических обзоров распространенность предлежания плаценты составляет 4–5 на 1000 родов, но в разных странах мира этот показатель различается.

При этом есть различия в частоте в зависимости от типа предлежания:

- Неполное предлежание – 70-80% от общего числа предлежаний;
- Полное предлежание – 20-30%.

Классификация

Традиционная классификация предлежания плаценты учитывает степень перекрытия маточного зева плацентарной тканью в родах. Выделяют 3 категории аномального расположения плаценты:

- **Полное предлежание** – плацентарная ткань полностью перекрывает маточный зев и делает невозможным продвижение плода в родах
- **Неполное предлежание** – часть внутреннего зева свободна от плацентарной ткани, а часть – перекрыта ею

- **Низкое расположение плаценты (низкое прикрепление / низкая плацентация)** – расположение плаценты, при котором нижний её край располагается в пределах 20 мм от внутреннего маточного зева, но не перекрывает его, при транвагинальном УЗИ в сроке более 16 недель беременности. При расположении края плаценты > 20 мм от внутреннего маточного зева, расположение плаценты считается нормальным.

Исторические термины «краевое» и «частичное» предлежание плаценты больше не используются, поскольку они относились к информации, полученной при пальцевом вагинальном исследовании, которого следует избегать и которое больше не требуется, учитывая превосходство ультразвуковой диагностики.

Принцип формулирования диагноза

Формулирование диагноза предлежания и вращения плаценты основывается на международных классификациях, таких как МКБ-10/11 и должно отражать его основные характеристики:

1. Срок беременности (в неделях).
2. Тип предлежания плаценты (по данным УЗИ):
 - Полное (полностью перекрывает внутренний зев).
 - Неполное (перекрывает зев частично).
 - Низкое расположение (менее 2 см от внутреннего зева, но не достигает его).
3. Аномалии прикрепления плаценты (если есть):
 - Плацента accreta (врастание в поверхностный слой миометрия).
 - Плацента increta (врастание в толщу миометрия).
 - Плацента percreta (прорастание через миометрий до серозного слоя или соседних органов).
4. Осложнения (при наличии): кровотечение, угроза прерывания, ДВС-синдром и др.

Пример диагноза:

«Беременность 32 недели. Полное предлежание плаценты. Placenta accreta. Угрожающие преждевременные роды»

Этиология и факторы риска

Точные причины предлежания плаценты не установлены.

Есть факторы риска, которые повышают вероятность предлежания плаценты:

- Многократные роды
- Увеличение возраста матери
- Аборты, как искусственные, так и самопроизвольные
- Инвазивные внутриматочные манипуляции (кюретаж, абляция эндометрия, ручное обследование стенок послеродовой матки)
- Хронические воспалительные процессы слизистой матки, инфекции половых путей
- Анатомические нарушения полости матки, субмукозная миома матки
- Лечение бесплодия, в том числе вспомогательные репродуктивные технологии

В Вспомогательные репродуктивные технологии и курение матерей увеличивают риск предлежания плаценты

- Мужской пол плода
- Эмболизация маточных артерий в анамнезе
- Эндометриоз
- Многоплодная беременность, причем монохориальная двойня больше, чем дихориальная двойня в сравнении с одноплодной беременностью
- Курение

- Кесарево сечение. КС связано с увеличением риска предлежания плаценты при последующих беременностях. Этот риск возрастает с увеличением числа кесарева сечения. Частота предлежания плаценты увеличивается с 10 на 1000 родов после одной операции кесарева сечения, до 28 на 1000 родов после 3-х и более операций кесарева сечения

В Кесарево сечение связано с повышенным риском предлежания плаценты в последующих беременностях. Этот риск увеличивается с ростом количества предыдущих кесаревых сечений

https://www.researchgate.net/publication/322963988_FIGO_consensus_guidelines_on_placenta_accrета_spectrum_disorders_Epidemiology

<https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/diagnosis-and-management-of-placenta-accrета-spectrum.pdf>

Клиническая картина

Предлежание плаценты не имеют патогномоничных клинических признаков.

В 90% случаев основным проявлением предлежания плаценты как во время беременности, так и в родах или во время кесарева сечения является маточное кровотечение:

- кровотечение чаще возникает во II–III триместрах беременности,
- без болевого синдрома,
- развивается после физической нагрузки, полового акта или без видимых причин.

Вероятность кровотечения выше, когда край плаценты в третьем триместре располагается в пределах 2-х см от внутреннего маточного зева.

Расположение края плаценты ≥ 2 см от внутреннего маточного зева не увеличивает риск антенатального кровотечения и кесарева сечения.

У 10-20% пациенток наблюдаются сокращения матки и кровотечение сопровождается болью, в этих случаях требуется дифференциальная диагностика с отслойкой плаценты.

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

https://www.researchgate.net/publication/327915382_Placenta_Praevia_and_Placenta_Accrета_Diagnosis_and_Management_Green-top_Guideline_No_27a

Диагностика

Анамнез

А Рекомендовано проводить подробный сбор акушерско-гинекологического анамнеза и жалоб

При сборе анамнеза следует обращать внимание на факторы риска предлежания плаценты.

GCP Женщин с бессимптомным предлежанием плаценты или с низким расположением плаценты в третьем триместре следует проконсультировать о рисках преждевременных родов и акушерского кровотечения, а их уход должен быть адаптирован к их индивидуальным потребностям

<https://www.rcog.org.uk/media/r1cpqapm/bjog-2018-jauniaux-placenta-praevia-and-placenta-accrета-diagnos.pdf>

Физикальное обследование

Патогномоничных для предлежания плаценты физикальных методов диагностики нет.

Косвенным признаком предлежания плаценты может служить высокое стояние дна матки в доношенном сроке беременности, определяемое при пальпации.

С С целью предотвращения кровотечения не рекомендовано применять бимануальное влагалищное исследование

Данные о безопасности бимануального влагалищного исследования у беременных с предлежанием отсутствуют. В виду повышенного риска кровотечения при бимануальном исследовании в случае необходимости осмотра шейки матки рекомендуется проводить его с использованием зеркала.

При выявлении предлежания плаценты объем физикального обследования во время беременности не отличается от такового при нормальном расположении плаценты и должен соответствовать рекомендациям национального клинического протокола «Аntenатальный уход, ведение беременных групп риска» (приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №195 от 14.06.2024 г.).

Лабораторные диагностические исследования

Патогномоничных для предлежания плаценты лабораторных методов диагностики не существует. При предлежании плаценты объем лабораторного обследования во время беременности не отличается от такового при нормальном расположении плаценты и должен соответствовать рекомендациям национального клинического протокола «Аntenатальный уход, ведение беременных групп риска» (приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №195 от 14.06.2024 г.).

В случае необходимости родоразрешения путем операции кесарева сечения лабораторная диагностика при предлежании плаценты проводится в соответствии с рекомендациями национального клинического протокола «Кесарево сечение» (приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №401 от 25.12.2024 г.).

https://www.researchgate.net/publication/327915382_Placenta_Praevia_and_Placenta_Accreta_Diagnosis_and_Management_Green-top_Guideline_No_27a

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Инструментальные диагностические исследования

Основной метод диагностики предлежания плаценты – ультразвуковое исследование, основанное на сонографической идентификации экзогенной однородной плацентарной ткани, простирающейся над внутренним зевом шейки матки.

А Всем беременным при проведении плановых антенатальных ультразвуковых исследований рекомендовано определять ультразвуковые маркеры предлежания плаценты

GCP Трансвагинальное ультразвуковое исследование является более эффективным и безопасным методом диагностики предлежания или низкого прикрепления плаценты по сравнению с трансабдоминальным и трансперинеальными методами

Наиболее часто бессимптомное предлежание плаценты обнаруживается во время 2-го пренатального скрининга в 18-20⁶ недель.

Расстояние (миллиметры), на которое плацента простирается над внутренним зевом шейки матки при полном / неполном предлежании, а также расстояние (миллиметры) между внутренним зевом шейки матки и нижним краем плаценты при низком предлежании плаценты должны описываться в заключительном отчете или протоколе УЗ-обследования.

Значимость результатов УЗИ во многом зависит от срока беременности на момент обследования. Так как многие случаи предлежания плаценты, обнаруженные на 20-й неделе, разрешаются к доношенному сроку, ранний гестационный диагноз можно считать предварительным.

С При выявлении низкого расположения (менее 20 мм от внутреннего зева) либо предлежания плаценты при ультразвуковом исследовании во 2-ом триместре рекомендовано контрольное транвагинальное УЗИ в 32 недели беременности для диагностики случаев сохраняющегося низкого расположения либо предлежания плаценты

Если в 32 недели край плаценты находится на расстоянии ≥ 2 см от внутреннего зева, положение плаценты определяется как нормальное, и дополнительные контрольные ультразвуковые исследования для определения положения плаценты не показаны.

К прогностическим признакам, указывающим на то, что предлежание плаценты сохранится до родов, относятся:

- сохранение предлежания плаценты к третьему триместру,

- выход края плаценты за пределы маточного зева более чем на 25 мм,
- предлежание плаценты по задней стенке матки,
- толстая плацента,
- предшествующее кесарево сечение,
- зачатие с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

С Женщинам с сохраняющейся низкой плацентацией или предлежанием плаценты на 32 неделе беременности рекомендуется провести дополнительное трансвагинальное УЗИ для плаценты выявления дополнительных долей плаценты, прикрепления пуповины, определения расположения края плаценты на 36 неделе беременности и обсуждения способа родоразрешения

Если край плаценты перекрывает внутренний зев, назначается кесарево сечение, так как предлежание, скорее всего, сохранится до момента родов.

А У пациенток с предлежанием плаценты или расположением плаценты в области рубца на матке после предыдущего кесарева сечения рекомендуется проводить прицельный поиск признаков врастания плаценты при каждом ультразвуковом исследовании

При диагностике предлежания плаценты следует учитывать возможность спектра приращения плаценты (PAS). Это особенно важно, когда плацента располагается над областью предшествующей гистеротомии (рубец после кесарева сечения), и, таким образом, наиболее часто встречается при переднем предлежании плаценты. У пациенток с предлежанием плаценты, перенесших кесарево сечение, частота приращения увеличивается с увеличением числа кесаревых сечений.

С Для подтверждения предлежания плаценты и уточнения ее приращения рекомендуется использовать цветное доплеровское исследование

Цветное доплеровское исследование полезно для подтверждения положения края плаценты и исключения предлежания сосудов.

С Измерение длины шейки матки может помочь облегчить принятие решений по лечению бессимптомных женщин с предлежанием плаценты: короткая длина шейки матки при трансвагинальном УЗИ до 34 недель беременности увеличивает риск преждевременных и массивного кровотечения при КС

Длина цервикального канала – предиктор антенатального кровотечения и экстренного преждевременного кесарева сечения. У пациенток с низким расположением плаценты длина цервикального канала <2 см была связана с увеличением риска антенатального кровотечения и преждевременного родоразрешения. У пациенток с предлежанием плаценты длина цервикального канала <3 см была связана с увеличением риска антенатального кровотечения и необходимости проведения экстренного кесарева сечения.

С Рекомендовано проведение интраоперационного УЗИ при оперативном родоразрешении в плановом порядке в ряде случаев предлежания, низкого расположения плаценты для определения местоположения края плаценты и принятия решения относительно места разреза матки

Интраоперационное УЗИ проводится в стерильных условиях. Польза выполнения разреза вдали от плацентарного ложа выше теоретического риска попадания инфекции в операционную рану. Поэтому, по возможности, следует использовать интраоперационное УЗИ матки для определения верхнего края плаценты и принятия решения относительно места разреза на матке. В случаях предлежания плаценты по передней стенке, разрез через плаценту связан с риском материнского кровотечения. Избегание разреза через плаценту, уменьшает необходимость трансфузии компонентов крови матери во время или после операции.

https://www.researchgate.net/publication/327915382_Placenta_Praevia_and_Placenta_Accreta_Diagnosis_and_Management_Green-top_Guideline_No_27a
<https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/diagnosis-and-management-of-placenta-accrta-spectrum.pdf>
https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Ведение беременности.

Ведение беременности при бессимптомном предлежании плаценты проводится согласно рекомендациям национального клинического протокола «Аntenатальный уход, ведение беременных групп риска», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №195 от 14.06.2024 г.

Основные цели при ведении бессимптомных пациенток с предлежанием плаценты:

- определить, сохраняется ли предлежание плаценты с увеличением гестационного возраста;
- определить, является ли плацента также патологически прикрепленной – имеется ли врастание / приращение плаценты;
- снизить риск кровотечения;
- определить оптимальное время для планового кесарева сечения, если предлежание сохраняется.

При отсутствии жалоб, клинических проявлений, осведомлении о всех возможных осложнениях, женщины с предлежанием плаценты могут наблюдаться в амбулаторных условиях.

С Рекомендуются наблюдение в стационарных условиях у пациенток с высоким риском кровотечения при: отдаленном проживании от медицинской организации, одиноком проживании

Факторы риска кровотечения при предлежании или низком расположении плаценты:

- Повторяющиеся эпизоды ≥ 3 кровяных выделений;
- Толщина края плаценты > 1 см;
- Наличие краевого синуса;
- Короткий цервикальный канал: < 3 см при предлежании плаценты, < 2 см при низкорасположенной плаценте;
- Предыдущее кесарево сечение.

С Постельный режим не рекомендован пациенткам с предлежанием плаценты

Следует рекомендовать выполнение рутинной деятельности и легкие физические упражнения для улучшения физического, умственного и эмоционального состояния.

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

Возможна коррекция шейки матки путем наложения акушерского пессария, позволяющего снизить частоту родов ≤ 34 недель.

С Пациенткам с предлежанием плаценты с клиническими симптомами (кровотечение, сокращения матки) рекомендована неотложная госпитализация в стационар 3 уровня

С Рекомендовано проведение профилактики респираторного дистресс-синдрома плода у женщин с предлежанием плаценты при повторяющихся эпизодах кровяных выделений или сокращений матки до 34⁶ недель беременности в связи с высоким риском экстренного родоразрешения

Аntenатальные кортикостероиды и токолитическая терапия при предлежании плаценты у женщин с признаками маточной активности проводятся согласно рекомендациям национального клинического протокола «Преждевременный разрыв плодных оболочек», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №107 от 29.03.2024 г.

https://www.researchgate.net/publication/322963988_FIGO_consensus_guidelines_on_placenta_accrета_spectrum_disorders_Epidemiology

<https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/diagnosis-and-management-of-placenta-accrета-spectrum.pdf>

Родоразрешение

Срок родоразрешения при предлежании плаценты должен определяться с учетом клинических проявлений во время беременности.

С При бессимптомном неосложненном полном и неполном предлежании плаценты рекомендуется родоразрешение путем КС в плановом порядке (III категория неотложности) на сроке от 36⁰ до 37⁶ недель беременности

Неосложненное предлежание плаценты определяется как отсутствие задержки роста плода, присоединившейся преэклампсии, приращения/врастания плаценты или других акушерских состояний, которые должны быть приоритетными при принятии решения о сроках родов.

Обзор имеющихся данных свидетельствует о том, что риски для матери и плода, связанные с пролонгированием беременности > 36⁰-37⁶ недель (сильное кровотечение, экстренные незапланированные роды), выше, чем неонатальные риски, связанные с преждевременными родами в этом диапазоне гестационного возраста.

GCP У женщин с бессимптомным низким расположением плаценты в третьем триместре способ родоразрешения должен основываться на клиническом анамнезе, предпочтениях женщины и дополняться данными трансвагинального УЗИ, включая расстояние между краем плаценты и положением головки плода относительно переднего края плаценты

При низком предлежании плаценты, когда нижний её край расположен менее 2 см от внутреннего зева и не перекрывает его, могут быть рассмотрены пробные вагинальные роды, так как риск кровотечения небольшой. Риск кровотечения увеличивается по мере уменьшения расстояния между краем плаценты и внутренним зевом и при наличии предлежания сосудов.

С В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при любом варианте предлежания плаценты с кровотечением

GCP Любая женщина, дающая согласие на КС, должна быть проинформирована об общих рисках, связанных с данной операцией, а также об специфических рисках, связанных с аномалией плацентарного, включая массивное акушерское кровотечение, повышенный риск повреждения нижних мочевых путей, необходимость переливания крови и вероятность гистерэктомии

А При предлежании плаценты рекомендуются компрессионные трикотажные чулки с целью профилактики венозных тромбоэмболических осложнений в дородовом и раннем послеродовом периоде

2.2. Приращение (врастание) плаценты

Определение

Врастание/приращение плаценты (PAS) – это аномальное прикрепление и внедрение трофобласта в миометрий, что приводит к нарушению отделения плаценты после рождения плода. Данное состояние подозревается антенатально с помощью ультразвукового исследования и

магнитно-резонансной томографии (МРТ) и подтверждается при гистопатологическом исследовании.

<https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/diagnosis-and-management-of-placenta-accrета-spectrum.pdf>

<https://www.rcog.org.uk/media/r1cpqapm/bjog-2018-jauniaux-placenta-praevia-and-placenta-accrета-diagnos.pdf>

Эпидемиология

Распространенность приращения плаценты в мире значительно увеличилась за последние десятилетия: с начала 1900-х годов частота приращения плаценты возросла в 13 раз. Частота приращения плаценты напрямую коррелирует с ростом числа кесаревых сечений. Исследования 1980-х годов сообщали о распространенности 1 случая на 2500-4000 родов, в то время как более современные данные из США за 2016 год указывают на частоту 1 случай на 2724 родов. Тем не менее, некоторые исследования дают более низкую оценку, указывая на распространенность 1 случай на 2000 беременностей.

<https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/diagnosis-and-management-of-placenta-accrета-spectrum.pdf>

Классификация

Спектр приращения плаценты (Placenta Accrета Spectrum – PAS) включает в себя (FIGO, 2018):

PAS 1 – аномальное прикрепление плаценты (placenta adherent or crета);

PAS 2 – аномальная инвазия плаценты (incrета)

PAS 3 – аномальная инвазия плаценты (percretета):

- **3a** – прорастание ограничено серозной оболочкой матки;
- **3b** – с инвазией мочевого пузыря;
- **3c** – инвазия других тканей/органов малого таза.

Варианты аномально инвазивной плаценты.

Степень вставания	Клинические критерии	Макроскопические критерии	Микроскопические критерии
1 степень - Placenta adherent or creta (плотное прикрепление или приращение плаценты к мышечному слою).	Отделение плаценты не происходит при проведении утеротонической терапии, контролируемых тракций за пуповину. Попытки ручного отделения плаценты приводят к сильному кровотечению.	Маточная грыжа не определяется, неососуды отсутствуют.	Визуализируется измененный рисунок промежуточного трофобласта, выходящего далеко за пределы децидуальной оболочки и миометрия при окраске гематоксилин-эозином.
2 степень - Placenta increta (ворсины прорастают мышечный слой, поверхностная инвазия).	Плацента не проникает через серозную оболочку. Матка над плацентой может иметь синевато-фиолетовый окрас и может определяться "плацентарная грыжа". Тракции за пуповину приводят к втягиванию матки внутрь без отделения плаценты.	На поперечном срезе нечеткая граница между плацентой и миометрием без вовлечения наружного слоя миометрия.	Ворсины хориона проникают внутрь мышечных волокон, иногда определяются в просвете сосудов.
3 степень - Placenta percreta (плацента прорастает все слои матки, глубокая инвазия). Степень 3а: прорастание ограничено серозной оболочкой матки.	Прорастание плаценты до серозного покрова матки.	Плацентарная ткань проникает через поверхность матки. Отсутствует инвазия в какой-либо другой орган, включая заднюю стенку мочевого пузыря (между мочевым пузырем и маткой можно определить четкую границу).	Ворсины плаценты проникают в серозную оболочку матки.
Степень 3б: с инвазией в мочевого пузырь.	Визуализируются ворсины плаценты, которые проникают в мочевого пузырь, но не другие органы.	Нечеткая граница между плацентой и миометрием с вовлечением наружного слоя миометрия.	Ворсины плаценты прорастают серозную оболочку.
Степень 3с: прорастание плаценты других тканей/ органов.	Визуализируется плацентарная ткань, проросшая через серозную оболочку матки в боковую стенку малого таза или в любой близлежащий орган, вне зависимости от наличия вставания в мочевого пузырь.	Ворсины плаценты проникают в широкую связку, стенку влагалища, параметрий или любой другой тазовый орган.	Ворсины плаценты проникают в серозную оболочку и близлежащие органы и ткани (вне зависимости от наличия вставания в мочевого пузырь).

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12407>

Этиология и факторы риска

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

Факторы риска врастания плаценты:

- Рубец на матке. Риск возрастает по мере увеличения количества предшествующих операций кесарева сечения. Частота врастания плаценты у пациенток, перенесших 1, 2, 3, 4 и 5 абдоминальных родоразрешений составляет 3%, 11%, 40%, 61%, 67%, соответственно. Корреляции между глубиной инвазии ворсин хориона и количеством предыдущих операций кесарева сечения не обнаружено. Не выявлена достоверная связь между временным интервалом абдоминального оперативного родоразрешения и риском развития врастания плаценты в будущем. Плановое КС ассоциировано с меньшей вероятностью развития врастания плаценты в будущем по сравнению с экстренным. Беременность в рубце на матке после предыдущего кесарева сечения на малых сроках или миомэктомии в анамнезе ассоциирована с врастанием плаценты на более поздних сроках
- Рубец на матке после операции КС в сочетании с предлежанием плаценты при данной беременности. Сочетание рубца на матке после КС и предлежания плаценты в данную беременность ассоциируется с повышенным риском развития врастания плаценты
- Внутриматочные манипуляции (кюретаж, абляция эндометрия, ручное обследование стенок послеродовой матки)
- Воспалительные заболевания органов малого таза, хронический эндометрит
- Эмболизация маточных артерий
- Субмукозная лейомиома
- Синдром Ашермана
- Врожденные пороки развития матки
- Химиотерапия, лучевая терапия в анамнезе
- Старший репродуктивный возраст
- Курение

https://www.researchgate.net/publication/327915382_Placenta_Praevia_and_Placenta_Accreta_Diagnosis_and_Management_Green-top_Guideline_No_27a

<https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/diagnosis-and-management-of-placenta-accrета-spectrum.pdf>

Клиническая картина

Врастание плаценты не имеют патогномоничных клинических признаков.

Врастание плаценты характеризуется невозможностью самопроизвольного и ручного отделения плаценты от стенки матки в 3-м периоде самопроизвольных родов или во время операции кесарева сечения.

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Диагностика

Анамнез

При сборе анамнеза следует обращать внимание на факторы риска врастания плаценты.

Физикальное обследование

Патогномоничных для врастания плаценты физикальных методов диагностики нет. При выявлении врастания плаценты объем физикального обследования во время беременности не отличается от такового при нормальном родовом уходе и должен соответствовать рекомендациям национального клинического протокола «Аntenатальный уход, ведение

беременных групп риска» (приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №195 от 14.06.2024 г.).

https://www.researchgate.net/publication/327915382_Placenta_Praevia_and_Placenta_Accreta_Diagnosis_and_Management_Green-top_Guideline_No_27a

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Лабораторные диагностические исследования

Патогномоничных для вставания плаценты лабораторных методов диагностики не существует.

При вставании плаценты объем лабораторного обследования во время беременности не отличается от такового при нормальном родовом уходе и должен соответствовать рекомендациям национального клинического протокола «Аntenатальный уход, ведение беременных групп риска» (приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №195 от 14.06.2024 г.).

В случае родоразрешения путем операции кесарева сечения лабораторная диагностика при вставании плаценты проводится в соответствии с рекомендациями национального клинического протокола «Кесарево сечение» (приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №401 от 25.12.2024 г.).

https://www.researchgate.net/publication/327915382_Placenta_Praevia_and_Placenta_Accreta_Diagnosis_and_Management_Green-top_Guideline_No_27a

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Инструментальные диагностические исследования

При подозрении на вставание плаценты рекомендуется проведение трансвагинального УЗИ для выявления признаков аномальной инвазии.

УЗИ позволяет диагностировать вставание плаценты, но не дает достоверной информации для определения глубины инвазии плаценты. Чувствительность и специфичность УЗИ возрастает с увеличением степени тяжести вставания плаценты.

С Всем беременным с факторами риска вставания плаценты при проведении плановых родовых ультразвуковых исследований в 1-м (11-13⁶ недель) и 2-м (18-20⁶ недель) триместрах беременности следует учитывать возможность приращения плаценты (PAS) и проводить прицельный поиск признаков вставания плаценты

Определение УЗ-признаков вставания плаценты на 12-16 неделе беременности обладает высокой прогностической ценностью. Во втором триместре беременности пациенткам с предлежанием плаценты в 90% случаев возможно установить диагноз вставание плаценты (при условии выполнения исследования опытным специалистом). В одном из метаанализов, включавшем 13 (13 исследований, средняя чувствительность и специфичность скрининга PAS при расположении плаценты в нижнем маточном сегменте составила 80%.

УЗ-признаками вставания плаценты в первом триместре являются:

- низкая имплантация плодного яйца вблизи рубца после предыдущего кесарева сечения (чувствительность 44,4%, специфичность 67,5%),
- дополнительные признаки – уменьшение толщины подлежащего плодному яйцу миометрия (менее 5-6 мм) и внутриплацентарные лакуны (чувствительность 33,1%, специфичность 93,4%).

Сочетание всех признаков ассоциируется с риском развития тяжелых степеней вставания плаценты. Уменьшение толщины миометрия менее 2 мм при УЗИ в сроках 9-14 недель беременности ассоциируется с высоким риском развития вставания плаценты и осложнений, связанных с данным заболеванием.

Основные ультразвуковые признаки вставания плаценты:

1. Плацентарные лакуны – это множественные большие, неравномерные внутриплацентарные

сонолюцентные пространства в центре дольки или котиледона, прилегающие к вовлеченному миометрию, которые заменяют нормальную однородность плаценты и придают плаценте вид «изъеденной молью». Риск PAS наиболее высок при наличии более трех больших лакун с неровными границами и высокой скоростью и/или турбулентным потоком (>15 см/с). В метаанализе чувствительность лакун для определения placenta creta, increta и percreta составляла приблизительно 75, 89 и 76 процентов. Плацентарные лакуны можно описать с помощью баллов:

- 0 – отсутствие лакун,
- 1+ – от 1 до 3 лакун,
- 2+ – от 4 до 6 лакун,
- 3+ – >6 лакун.

Высокий балл лакун (3+) увеличивает вероятность PAS и связан с более чем 5-тикратным увеличением риска гистерэктомии при PAS в родах.

2. Истончение миометрия – ретроплацентарный миометрий может быть тонким (<1 мм) или неопределяемым из-за предшествующего рубца от гистеротомии или плацентарной инвазии. Когда плацента покрывает область истончения, важно искать другие признаки PAS.
3. Аномальная структура границы между маткой и стенкой мочевого пузыря или аномальный контур матки (баллонирование) – может присутствовать аномальный контур матки, при котором часть матки, прилежащая к аномально прикрепленной плаценте, вдаётся в мочевой пузырь из-за слабости подлежащего тонкого миометрия. Это также называется плацентарной выпуклостью.
4. Экзофитная масса – очаговая масса, которая прорывает серозную оболочку матки, обычно распространяясь в мочевой пузырь, является признаком прорастания плаценты.
5. Исчезновение нормальной гипоехогенной ретроплацентарной зоны. Потеря гипоехогенной ретроплацентарной зоны и субплацентарная гиперваскуляризация более характерны для placenta increta, в то время как сосудистые лакуны, и «маточная грыжа» ассоциируются с более глубокими степенями врастания (placenta percreta).
6. Патологический характер кровотока при цветовом доплеровском картировании

Для повышения эффективности выявления врастания плаценты при проведении ультразвукового исследования рекомендовано:

- использование высокочастотного конвексного (линейного, при наличии) датчика (5-9 МГц);
- наполнение мочевого пузыря (около 200-300 мл) у беременной;
- избегание чрезмерного надавливания на переднюю брюшную стенку беременной трансабдоминальным датчиком.

С Пациенткам с факторами риска и отсутствием ультразвуковых данных врастания плаценты при проведении 1-го и 2-го пренатального скрининга рекомендовано определять ультразвуковые маркеры врастания плаценты в 28-30 и 32-34 недели

<https://www.rcog.org.uk/media/r1cpqapm/bjog-2018-jauniaux-placenta-praevia-and-placenta-accreta-diagnos.pdf>
<https://www.rcpi.ie/Faculties-Institutes/Institute-of-Obstetricians-and-Gynaecologists/National-Clinical-Guidelines-in-Obstetrics-and-Gynaecology>

GCP Рекомендуются стандартизировать ультразвуковое описание признаков PAS (предлежания / врастания плаценты), чтобы обеспечить единообразный и унифицированный подход в их интерпретации и отчетности

Стандартизированное описание ультразвуковых признаков вставания плаценты и образец протокола ультразвукового исследования в случаях подозрения на вставание плаценты представлены в приложении.

https://www.researchgate.net/publication/322963988_FIGO_consensus_guidelines_on_placenta_accrета_spectrum_disorders_Epidemiology

https://www.researchgate.net/publication/327915382_Placenta_Praevia_and_Placenta_Accrета_Diagnosis_and_Management_Green-top_Guideline_No_27a

<https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/diagnosis-and-management-of-placenta-accrета-spectrum.pdf>

С При подозрении/уточнении диагноза вставания плаценты рекомендуется использовать цветовой доплеровское картирование

Цветной доплер полезен для подтверждения диагноза PAS при использовании в сочетании с другими результатами ультразвукового исследования, описанными выше. Конкретные результаты цветного доплеровского УЗИ, которые предполагают этот диагноз, включают:

- Турбулентный лакунарный кровоток (>15 см/сек)
- Соединительные сосуды. Это плацентарные сосуды, которые проходят через миометрий и за пределы серозной оболочки в мочевого пузырь (или другие органы). Их не следует путать с варикозным расширением вен мочевого пузыря, которые представляют собой увеличенные вены мочевого пузыря у матери и часто наблюдаются при нормальной беременности
- Диффузный или очаговый интрапаренхиматозный поток
- Гиперваскуляризация серозно-пузырного интерфейса
- Выраженный субплацентарный венозный комплекс

А Рекомендовано выполнять магнитно-резонансное исследование беременным с вставанием плаценты по данным ультразвукового исследования для уточнения диагноза и степени вставания плаценты при предлежании плаценты по задней стенке, подозрении на placenta percreta, неудовлетворительной визуализации при УЗИ (у женщин с ожирением)

МРТ – является более точным методом диагностики для оценки глубины и топографии инвазии, а также в случаях инвазии плаценты в заднюю стенку матки. Чувствительность МРТ для диагностики placenta accreta составляет 94,4%, placenta increta – 100%, placenta percreta – 86,5%. Специфичность МРТ для диагностики placenta accreta составляет 98,8%, placenta increta – 97,3%, placenta percreta – 96,8%.

С При необходимости и наличии возможности в связи с большей диагностической значимостью, рекомендовано проводить МРТ в 24-32 недели беременности

До 24 недель беременности результаты МРТ недостоверны.

УЗИ и МРТ обладают большей специфичностью и чувствительностью у пациенток с предлежанием плаценты и рубцом на матке после предыдущего кесарева сечения, чем у пациенток без комбинации данных факторов риска.

С Не рекомендуется рутинно проводить предоперационную цистоскопию пациентам с предлежанием/вставанием плаценты.

Цистоскопия показана пациенткам с подозрением на вставание плаценты в мочевого пузырь по данным ультразвукового и/или магнитно-резонансного исследований

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30260097/>

Иные диагностические исследования

С Для подтверждения вставания плаценты рекомендовано проведение патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала плаценты

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

Ведение беременности.

Ведение беременности при врастании плаценты не отличается от такового при предлежании плаценты (см. выше) и проводится согласно рекомендациям национального клинического протокола «Аntenатальный уход, ведение беременных групп риска», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №195 от 14.06.2024 г.,

GCP	После постановки диагноза «приращения плаценты» необходимо совместно с женщиной разработать план экстренных родов, включая использование протокола по лечению массивного акушерского кровотечения
	https://www.researchgate.net/publication/322963988 FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders Epidemiology
	https://www.researchgate.net/publication/327915382 Placenta Praevia and Placenta Accreta Diagnosis and Management Green-top Guideline No 27a

Родразрешение

GCP	При врастании плаценты рекомендуется плановое КС на сроке 35 ⁰ –36 ⁶ недель гестации, что обеспечивает наилучший баланс между зрелостью плода и риском незапланированных родов.
------------	---

C	Не рекомендуется родоразрешение после 36 недель беременности у женщин с врастанием плаценты в связи с тем, что в 50% случаев после 36 недели требуется экстренное родоразрешение в связи с кровотечением
----------	--

При планировании КС у беременных с врастанием плаценты или подозрением необходимо обеспечить присутствие мультидисциплинарной команды (абдоминальный хирург, сосудистый хирург, уролог и др.) и достаточного количества препаратов крови. Это снижает риск осложнений и улучшает исходы для матери и ребенка. В экстренных ситуациях в ведении пациентки должны участвовать наиболее квалифицированные специалисты, доступные в данный момент.

Действия, когда врастание плаценты не было выявлено в антенатальном периоде и диагностировано в процессе родоразрешения.

Влагалищные роды:	
–	Если плацента не отделяется и есть кровотечение: применить ручное выделение последа.
–	При невозможности отделения последа показана лапаротомия и резекция стенки матки при наличии подготовленного специалиста и возможностей учреждения; при отсутствии таковых необходимо выполнить гистерэктомию;
–	Если плацента не отделяется в течение 30 минут и нет кровотечения: применить ручное выделение последа. При невозможности отделения последа показана лапаротомия и резекция стенки матки при наличии подготовленного специалиста и возможностей учреждения; при отсутствии таковых необходимо выполнить гистерэктомию;
–	Если имеется сильное кровотечение из плацентарного ложа, показана лапаротомия, резекция стенки матки с соблюдением технологии временного обескровливания матки или гистерэктомию (в зависимости от уровня и возможностей учреждения и квалификации хирурга).
Кесарево сечение:	
–	Запрещено предпринимать попытку производить разрез матки в области подозрительной

- на вращение (маточная грыжа) и пытаться отделить плаценту;
- Не нужно пытаться отделить плаценту, если возникают трудности, и она рвется;
- Показана резекция стенки матки с соблюдением технологии временного обескровливания матки или гистерэктомия (в зависимости от уровня и возможностей учреждения и квалификации врача);
- В исключительных случаях возможно оставление плаценты (решается строго индивидуально).

2.3. Особенности КС при предлежании/врастании плаценты

Женщины должны быть информированы о рисках, связанных с предлежанием и врастанием плаценты, включая возможность массивного кровотечения, необходимость гистерэктомии и потенциальные осложнения в будущих беременностях.

С Рекомендуется выполнять лапаротомию с обеспечением достаточного доступа для проведения полного объема хирургического вмешательства

При врастании плаценты предпочтительным доступом является срединная лапаротомия. При предлежании плаценты или placenta adherent возможно проведение разреза нижней поперечной лапаротомии.

GCP Рассмотрите возможность выполнения вертикальных разрезов кожи и/или матки, когда плод находится в поперечном положении, чтобы избежать повреждения плаценты, особенно при КС до 28 недель беременности

С Рассмотрите возможность использования предоперационной и/или интраоперационной ультрасонографии для точного определения расположения плаценты и оптимального места для разреза матки

С Рекомендуется выполнение гистеротомии при врастании плаценты вне зоны расположения плаценты, в том числе путем донного продольного или поперечного разреза

При выполнении гистеротомии необходимо избегать рассечения плаценты, если ВП четко определяется при вскрытии брюшной полости, следует выполнить высокий поперечный разрез на 4-5 см выше предполагаемого верхнего края плаценты или в дне матки, что уменьшит кровопотерю из плацентарного ложа.

При выполнении поперечного разреза в нижнем маточном сегменте увеличивается интраоперационная кровопотеря, по сравнению с разрезом вне зоны плацентарной площадки. Проведение донного кесарева сечения снижает величину кровопотери и материнских осложнений.

С Если плацента пересекается во время разреза матки, немедленно пережмите пуповину после рождения плода, чтобы избежать чрезмерной потери крови у плода

В Рекомендуется не предпринимать попытки интраоперационного отделения плаценты при врастании плаценты для профилактики кровотечения

С При предлежании/врастании плаценты рекомендовано использовать окситоцин и его аналоги только после удаления плаценты

Профилактическое введение окситоцина и его аналогов (карбетоцин), сразу после родоразрешения способствует сокращению матки, что может быть полезным для отделения плаценты. Однако, при неполной инвазии плаценты сокращение матки может вызвать частичную отслойку плаценты, что приведет к увеличению кровопотери, что может побудить хирурга либо насильственно удалить оставшуюся часть плаценты, либо выполнить гистерэктомию. Утеротоническая терапия может проводиться следующими препаратами: окситоцин 1 мл (5 ME)

внутривенно медленно (в течение 1-2 минут) или внутривенно инфузоматом со скоростью 16,2 мл/час (27 мЕд/мин), или с помощью капельницы со скоростью 40 кап/мин (5 Ед в 500 мл натрия хлорида); карбетоцин 1 мл (100 мкг) внутривенно медленно в течение 1 минуты (только при наличии факторов риска интра- и постоперационного кровотечения).

https://www.researchgate.net/publication/322963988_FIGO_consensus_guidelines_on_placenta_accreta_spectrum_disorders_Epidemiology

https://www.researchgate.net/publication/327915382_Placenta_Praevia_and_Placenta_Accreta_Diagnosis_and_Management_Green-top_Guideline_No_27a

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

С Рекомендуются решать вопрос о возможности сохранения матки интраоперационно, в зависимости от: топографии вставания, объема кровопотери, опыта хирурга

Существует три операционных тактики при вставании плаценты:

- Органосохраняющая операция
- Гистерэктомия
- Оставление плаценты in situ с последующей отсроченной гистерэктомией

Основной метод лечения вставания плаценты – гистерэктомия.

При наличии условий (опытная хирургическая бригада, отсутствии массивной кровопотери и инвазии плаценты в параметрий, шейку матки) производится органосохраняющая операция.

Если вставание плаценты является интраоперационной находкой, то рекомендовано оставление плаценты in situ до приезда опытных специалистов.

С Не рекомендуется рутинно производить гистерэктомию всем пациенткам с вставанием плаценты

Органосохраняющая операция может снизить объем кровопотери, материнскую заболеваемость и смертность по сравнению с гистерэктомией. Однако органосохраняющая тактика с использованием техники эмболизации маточных артерий при ВП по-прежнему вызывает споры, поскольку нет статистически значимых исследований. Риск осложнений, приведенных в литературе, включает: сепсис, тромбоэмболию и частоту рецидивов до 50% при последующих беременностях.

Если степень прикрепления плаценты ограничена по глубине и площади поверхности, а вся область имплантации плаценты доступна и визуализируется (т. е. полностью спереди, в области дна или сзади без глубокого проникновения в таз), может быть целесообразна операция по сохранению матки, включая частичную резекцию миометрия.

С Хирургические методы сохранения матки должны применяться только хирургами, работающими в составе бригад с соответствующим опытом ведения таких случаев, после соответствующего консультирования относительно рисков и с информированного согласия

С Органосохраняющую операцию не рекомендовано проводить при инвазии плаценты в шейку матки и/или параметрий

С Всем пациенткам с вставанием плаценты для снижения объема кровопотери и улучшения исходов рекомендовано использовать хирургические методы гемостаза: комплексный компрессионный гемостаз, перевязку/временное пережатие магистральных сосудов или эндоваскулярные методы

Существует несколько методов гемостаза, используемых при вставании плаценты:

- Эндоваскулярные методы – эмболизация маточных артерий, баллонирование внутренних или общих подвздошных артерий, аорты;
- Деваскуляризация матки – перевязка маточных артерий, перевязка или временная окклюзия внутренних подвздошных артерий или временная окклюзия общих

подвздошных артерий;

- Комплексный компрессионный гемостаз.

Выбор метода гемостаза зависит от предпочтений хирурга и оснащения клиник. Каждый из вышеперечисленных методов может использоваться как самостоятельно, так и в комплексе с другими.

Для остановки атонического послеродового кровотечения и кровотечения из области плацентарной площадки можно комбинировать перевязку маточных артерий с последующим компрессионным швом.

При кровотечении из нижнего маточного сегмента на переднюю и заднюю стенки матки возможно наложение двух параллельных вертикальных компрессионных швов, для быстрой остановки кровотечения.

При кровотечении из плацентарной площадки при низком расположении плаценты возможно проводить наложение надплацентарного сборочного шва.

А Не рекомендуется у пациенток с вращением плаценты рутинно использовать эмболизацию маточных артерий с целью уменьшения объема кровопотери

По данным одного исследования при сравнении профилактической эмболизации маточных артерий с отсутствием эмболизации не наблюдалось никакой разницы в кровопотере, частоте гистерэктомии или частоте массивного переливания крови. У одной пациентки в группе эмболизации был некроз матки, потребовавший гистерэктомии.

А Не рекомендуется у пациенток с вращением плаценты рутинно использовать перевязку или баллонирование внутренних подвздошных артерий с целью уменьшения объема кровопотери

Баллонирование внутренних подвздошных артерий не способствует снижению объема кровопотери.

А При отсутствии жизнеугрожающего кровотечения и невозможности осуществить операцию при вращении плаценты одномоментно (отсутствие врача-хирурга, недостаточный опыт у врача-акушера-гинеколога) рекомендуется оставить плаценту *in situ*

После оставления плаценты *in situ* пациентка должна находиться в отделении реанимации под постоянным наблюдением акушера-гинеколога и анестезиолога. На данный момент нет доказательств, подтверждающих эффективность запланированной отсроченной гистерэктомии.

Тактика "оставления плаценты *in situ*" или выжидательная стратегия заключается в полном сохранении плаценты без вмешательства, с ожиданием ее самостоятельной резорбции, возможного прибытия специализированной хирургической бригады или транспортировки пациентки в специализированный центр.

Принудительная попытка удаления плаценты значительно увеличивает кровопотерю, риск гистерэктомии, инфекционных осложнений и развития диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. В таких случаях вероятность последующей экстренной гистерэктомии составляет 40%, а риск материнской смертности достигает 42%.

А Рекомендовано у пациенток с вращением плаценты рассмотреть возможность о проведении временной баллонной окклюзии общих подвздошных артерий/брюшной аорты с целью профилактики и снижения интраоперационной кровопотери при наличии технического оснащения

Окклюзия общих подвздошных артерий снижает риск массивной интраоперационной кровопотери и является безопасным и эффективным методом для пациенток с вращением плаценты.

Наиболее результативным методом эндоваскулярного вмешательства считается профилактическая баллонная окклюзия брюшной аорты. При этом процедуру следует проводить на уровне ниже почечных артерий, что способствует уменьшению кровопотери и снижает риск послеродового кровотечения из яичниковых артерий.

C	В качестве интраоперационного гемостаза для осуществления метропластики при вращении плаценты рекомендовано использовать комплексный компрессионный гемостаз
C	При условии неэффективности остальных методов хирургического гемостаза рекомендовано наложение компрессионных маточных швов на матку (шва В-Линча) при атоническом кровотечении Выбор вида компрессионного шва зависит от опыта и предпочтений хирурга (см. национальный клинический протокол «Профилактика и тактика ведения послеродовых акушерских кровотечений», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №273 от 30.11.2021 г.).
C	Установка мочеточниковых катетеров рекомендована только при подозрении на placenta percreta с прорастанием в параметрий по данным МРТ и УЗИ и/или при планировании гистерэктомии https://www.researchgate.net/publication/322963988_FIGO_consensus_guidelines_on_placenta_accrta_spectrum_disorders_Epidemiology https://www.researchgate.net/publication/327915382_Placenta_Praevia_and_Placenta_Accreta_Diagnosis_and_Management_Green-top_Guideline_No_27a https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

2.4. Анестезиологическое пособие.

C	Рекомендуется обеспечение венозного доступа путем катетеризации 2 периферических вен (катетеры 14G или 16G) или постановки многопросветного центрального венозного катетера
C	Регионарная анестезия считается безопасной и связана с меньшим риском кровотечения, чем общая анестезия при кесаревом сечении у женщин с предлежанием плаценты или низкой плацентой. Женщинам с передним предлежанием плаценты или низкой плацентой следует сообщить, что при необходимости может потребоваться переход на общую анестезию, и попросить их дать на это согласие
C	Рекомендуется применение комбинированной спинально-эпидуральной анестезии с использованием эпидурального компонента при продолжительной операции, приращивании объема, для послеоперационной аналгезии
C	Переход на общую анестезию рекомендуется выполнять при наличии показаний: неэффективность регионарной анестезии, неуправляемая массивная кровопотеря с развитием геморрагического шока III-IV степени, большая продолжительность времени операции
C	Показанием для применения продленной ИВЛ являются: 1. Остановка кровообращения; 2. Апноэ или брадипноэ; 3. Истощение функции основных и вспомогательных дыхательных мышц; 4. Нарушение сознания вследствие гипоксии; 5. Продолжительная тахикардия гипоксического генеза; 6. Отек легких; 7. Гипоксемия без ответа на ингаляционное введение кислорода (PaO₂ менее 60 мм рт. ст., SaO₂ менее 90%, PaCO₂ более 55 мм рт. ст.) 8. Уровень гемоглобина менее 60 г/л
C	В периоперационном периоде при проведении ИВЛ рекомендован мониторинг

основных параметров жизнедеятельности в следующем объеме: АД, ЧСС, SpO₂, термометрия и капнометрия

При расчете объема и состава инфузионно-трансфузионной терапии в случае развития массивного кровотечения рекомендуется следовать национальному клиническому протоколу «Анестезиологическое пособие и инфузионно-трансфузионная терапия при акушерских кровотечениях», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №273 от 30.11.2021 г.

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ

2.5. Организация оказания медицинской помощи

С Родоразрешение у пациенток с приращением или предлежанием плаценты рекомендуется планировать в стационаре III уровня

2.6. Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерий качества	Да/нет
1	У пациенток с предлежанием плаценты (низким расположением плаценты) и/или расположением в области рубца на матке после предыдущего кесарева сечения проведен прицельный поиск признаков врастания плаценты при ультразвуковом исследовании	Да / нет
2	Выполнено ультразвуковое исследование трансвагинальным доступом при подозрении на вращение плаценты.	Да / нет
3	Выполнено магнитно-резонансное исследование беременным с подозрением на вращение плаценты по данным ультразвукового исследования в случае необходимости уточнения диагноза.	Да / нет
4	Проведена профилактика респираторного дистресс-синдрома плода у женщин с вращением/ предлежанием плаценты (низкое расположение плаценты) при появлении кровяных выделений или сокращений матки до 34 ⁶ недель беременности в связи с высоким риском экстренного родоразрешения.	Да / нет
5	При вращении плаценты гистеротомия выполнена вне зоны расположения плаценты.	Да / нет
6	При вращении плаценты использованы хирургические методы гемостаза: комплексный компрессионный гемостаз и/или перевязка/временное пережатие магистральных сосудов или эндоваскулярные методы.	Да / нет
7	Выполнено определение группы крови и резус фактора, изоантител, фенотипа группы крови.	Да / нет
8	При оперативном родоразрешении при вращении плаценты использовалась аппаратная интраоперационная реинфузия аутоэритроцитов.	Да / нет

3. Список литературы.

1. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Epidemiology 2018. https://www.researchgate.net/publication/322963988_FIGO_consensus_guidelines_on_placenta_accr_eta_spectrum_disorders_Epidemiology
2. Green-top Guideline No. 27a. Placenta Praevia and Placenta Accreta:Diagnosis and Management. RCOG.2018. https://www.researchgate.net/publication/327915382_Placenta_Praevia_and_Placenta_Accreta_Diagnosis_and_Management_Green-top_Guideline_No_27a

3. Guideline No. 402 Diagnosis and Management of Placenta Previa. J Obstet Gynaecol Can. 2020.
4. Hecht J.L. et al. Classification and reporting guidelines for the pathology diagnosis of placenta accreta spectrum (PAS) disorders: recommendations from an expert panel. // Mod. Pathol. 2020. Vol. 33, N 12. P. 2382-2396
5. Hobson S.R. et al. No. 383-Screening, Diagnosis, and Management of Placenta Accreta Spectrum Disorders. // J. Obstet. Gynaecol. Can. 2019. Vol. 41, № 7. P. 1035–1049.
6. Hobson S.R. et al. No. 383-Screening, Diagnosis, and Management of Placenta Accreta Spectrum Disorders. // J. Obstet. Gynaecol. Can. 2019. Vol. 41, N 7. P. 1035-1049.
7. Iacovelli A. et al. Risk factors for abnormally invasive placenta: a systematic review and metaanalysis. // J. Matern. Fetal. Neonatal Med. 2020. Vol. 33, N 3. P. 471-481.
8. Jauniaux E., Bhide A. Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. // Am. J. Obstet. Gynecol. 2017. Vol. 217, № 1. P. 27–36.
9. National Clinical Practice Guideline Diagnosis and Management of Placenta Accreta Spectrum (PAS) 2020. <https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/diagnosis-and-management-of-placenta-accreta-spectrum.pdf>
10. NICE guidelines. Equality impact assessment. Caesarean birth – placenta accreta spectrum. 2023.
11. Клинические рекомендации «Патологическое прикрепление плаценты (предлежание и врастание плаценты)», МОСКВА 2023. https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics
12. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Григорьян А.М. Л.О.А. Опыт использования временной баллонной окклюзии общих подвздошных артерий при органосохраняющих операциях у пациенток с врастанием плаценты // Акушерство и Гинекология. 2013.

4. Приложения.

4.1. Стандартизированная форма для регистрации ультразвуковых и МРТ-признаков при PAS (приращения плаценты).

Подозрение на приращения плаценты: шаблон описания результатов визуализации.							
Дата обследования _____ / _____ / _____							
Дата обследования _____ неделя _____ дней							
Демографические данные и факторы риска							
Паритет (количество родов)							
Количество предыдущих кесаревых сечений							
Количество предыдущих хирургических вмешательств на матке (включая прерывания беременности)							
Предыдущие операции на матке (например, миомэктомия, абляция эндометрия)				Да	Нет	Не очевидно	
Анамнез приращения плаценты							
Подозревалась ли беременность в рубце на матке в первом триместре?							
Предлежание плаценты по данным УЗИ?							
Ультразвуковые признаки (Отметить 'х' при необходимости)	Да	Нет	Не очевидно	МРТ-признаки (Отметить 'х' при необходимости)	Да	Нет	Не очевидно

Отсутствие четкой гипоехогенной зоны (clear zone)				Отсутствие гипоехогенной ретроплацентарной линии на Т2-взвешенных изображениях			
Истончение миометрия				Истончение миометрия (<1 мм)			
Деформация контура матки (uterine bulge)				Деформация контура матки (uterine bulge)			
Очаговая экзофитная плацентарная масса (прорастание через серозу, в параметрий)				Очаговая экзофитная плацентарная масса – прорастание через серозу, в параметрий.			
Нарушение целостности стенки мочевого пузыря				Нарушение целостности стенки мочевого пузыря			
Лакуны (сосудистые пространства в плаценте)				Гипоехогенные полосы в плаценте на Т2-взвешенных изображениях			
Цветовое доплеровское исследование							
Сосуды, питающие лакуны плаценты				Внутриплацентарные фетальные сосуды (>3 мм)			
Аномальная васкуляризация на границе плаценты и миометрия, серозной оболочки, мочевого пузыря				Аномальная васкуляризация на границе плаценты и миометрия, серозной оболочки, мочевого пузыря			
Клиническая значимость выявленных признаков				Высокая / Средняя / Низкая (отметить соответствующее)			
Степень распространенности PAS				Очаговая (Focal) / Диффузная (Diffuse)			

4.2. Алгоритм действия для врача в стационаре.

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 вращении плаценты:
- органосохраняющий (при вращении плаценты на ограниченном участке)
 - метрореплика с использованием комплексного компрессионного гемостаза и/или эндоваскулярных методов гемостаза и/или перевязки, временной окклюзии магистральных маточных сосудов, гемостатических швов
 - органосохраняющий (при вращении плаценты в шейку матки, при невозможности остановки кровотечения)
 - оставление плаценты in situ (вращение плаценты – интраоперационная находка)

4.3. Алгоритм хирургической безопасности при вращении плаценты в операционной.

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 (1 категория срочности операции, другое)
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	нет / есть
Коагулограмма (по показаниям)	нет / есть
Подготовка и план операции	
Расположение плаценты	
Степень инвазии по МРТ	accreta, increta, percreta, нет данных
Степень инвазии по УЗИ	accreta, increta, percreta, нет данных
Установка центрального венозного катетера в отделении реанимации	да / нет
Проведение РДС плода	да / нет
Заявка на реинфузию, Cell saver, оповещение трансфузиолога	да / нет
ВИЧ, гепатит, особо опасная инфекция у пациента	Предусмотрена защита персонала (очки, экраны, перчатки)
Антибиотикопрофилактика за 30-60 мин до операции	есть / нет, причина (1 категория срочности операции, аллергия в анамнезе, другое)
Обработка влагалища раствором антисептика	есть / нет, причина (1 категория срочности операции, аллергия в анамнезе, другое)
Профилактика тромбоза компрессионным трикотажем	нет / да
Выслушивание сердцебиения плода перед операцией	нет / да

Планируемый объем	Лапаротомия (ПНЧ, нижнесрединная, срединная). Интраоперационная ультразвуковая навигация. Кесарево сечение (донное/корпоральное/в нижнем сегменте матки), метропластика, комплексный компрессионный гемостаз. Управляемая баллонная тампонада матки. Реинфузия аутоэритроцитов. Миомэктомия, резекция яичника, дренирование брюшной полости, стерилизация, другое
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 Вероятность патологической кровопотери Нестабильность состояния пациентки (АД, кровопотеря, экстрагенитальная патология и пр.) Срочность начала операции (кровотечение, гипоксия плода, ПРПО, угроза разрыва матки, и др.) Состояние плода (гипоксия, недоношенность, пороки развития и др.) Другое да / нет, т.к. предполагается типичная операция
Готовность к разрешению нетипичных ситуаций	Наличие карбетоцина, метилэргометрина, мизопростола, транексама, реинфузии крови, баллонной тампонады, дренажных трубок, другое... Вызов дополнительного хирурга, сосудистого хирурга, уролога или др. смежного специалиста. Вызов неонатологов- реаниматологов Другое да / нет, т.к. предполагается типичная операция
Подсчет салфеток и инструментов	да /нет
Объем кровопотери	Мл
Заполнение листа тромбопрофилактики	да /нет
Дополнительные назначения в послеоперационном периоде	Антибиотикотерапия, утеротоники, консультация смежным специалистом, УЗИ брюшной полости и матки, другое

4.4. Техника частичной резекции с использованием комплексного компрессионного гемостаза.

1. Донное кесарево сечение, извлечение плода, перевязка пуповины без тракции, погружение ее в полость матки и зашивание матки двухрядным швом.
2. Комплексный компрессионный гемостаз.
Производится рассечение брюшины, пузырно-маточной складки, низведение мочевого пузыря с прицельной коагуляцией сосудов, формирование искусственных «окон» в широких связках матки и наложение через них турникетных жгутов билатерально и на шеечно-перешеечную область. При этом осуществляется отведение яичников латеральнее турникетов и создание петли из турникета, в которую попадают маточная труба, мезосальпинкс и собственная связка яичника. В результате, пережимаются трубные и коммуникантные ветви яичниковой и маточной артерий.
3. Метропластика – иссечение участка передней стенки матки с вросшей плацентой с последующей метропластикой с использованием внутриматочной баллонной тампонады

при возможности. Заполнение мочевого пузыря метиленовым синим облегчает визуализацию операционного поля.

4.5. Информация для пациента.

Врастание 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.

Врастание, предлежание плаценты являются абсолютным показанием к оперативному родоразрешению путем кесарева сечения. Кесарево сечение при врастании плаценты выполняется в 35-36 недель беременности, при предлежании в 36-37 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. При необходимости перед операцией Вам могут провести дополнительные методы исследования – цистоскопия, стентирование мочевого пузыря.

Так как врастание плаценты связано с риском удаления матки, перед операцией Вы подпишите согласие на операцию по удалению матки при невозможности ее сохранения.

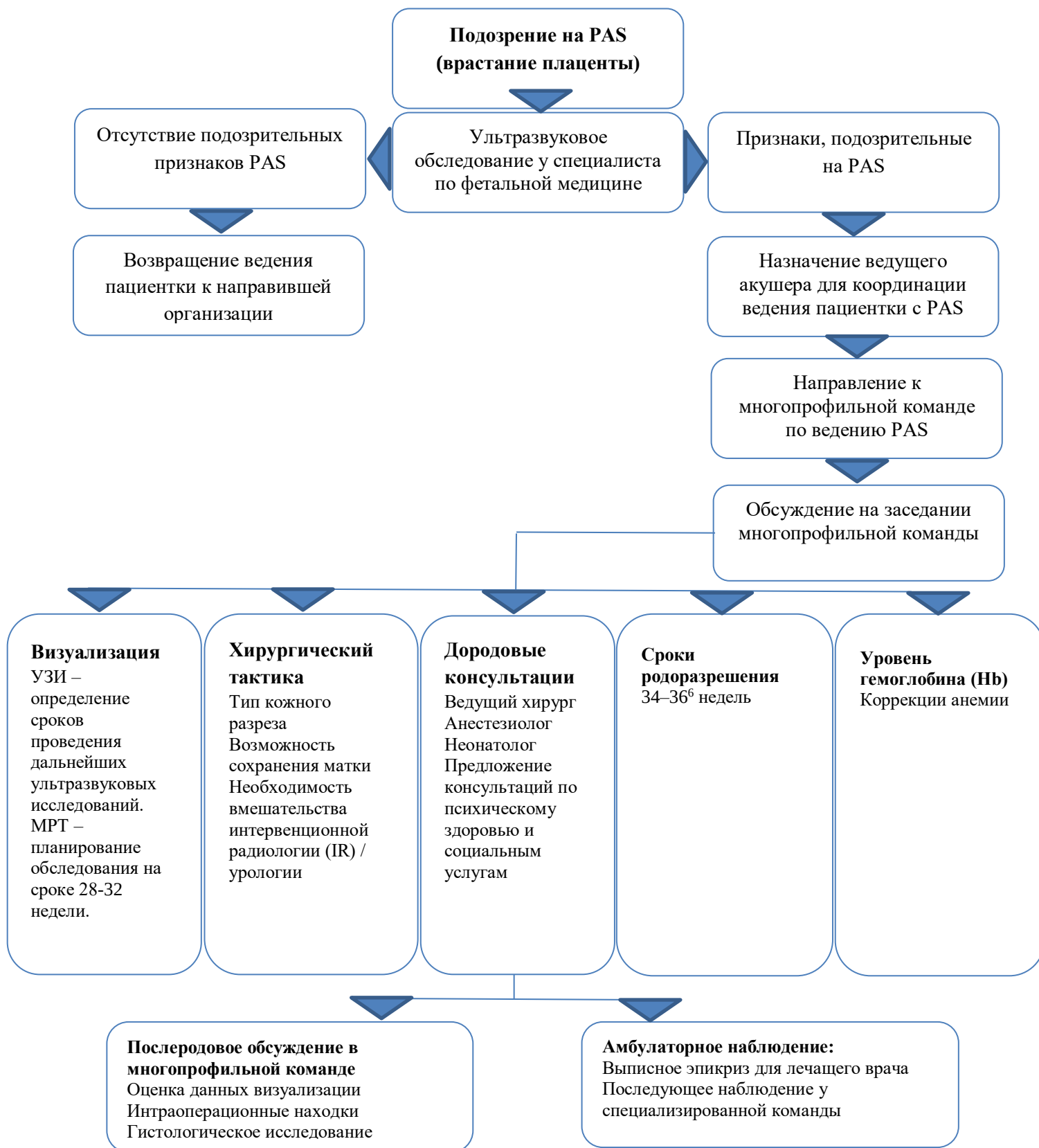
Вы должны быть осведомлены, что во время операции могут возникнуть различные осложнения, которые могут потребовать дополнительных вмешательств (перевязка сосудов, оставление плаценты *in situ*, ушивание дефекта мочевого пузыря, мочеточников) и переливания донорской крови и ее компонентов (плазмы, эритроцитарной массы, тромболейкомассы), а также других белоксодержащих препаратов. После ознакомления Вы должны подписать согласие на проведение данных манипуляций.

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 врастания 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). После оперативного родоразрешения чаще, чем после родов через естественные родовые пути, отмечается снижение лактации.

4.6. Маршрутизация пациентов с вращением плаценты.



4.7. Методология разработки протокола.

Национальный клинический протокол разработан в соответствии с требованиями Указа Президента Республики Узбекистан №5590 «О комплексных мерах по совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7.12.2018 г. и приказа Министерства

здравоохранения Республики Узбекистан № 52 «Об утверждении методологии разработки, утверждения, и внедрения в медицинскую практику национальных/ локальных клинических протоколов и стандартов» от 23.02.2024 г.

В разработке протокола принимали участие специалисты акушеры-гинекологи ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка» и его Ташкентского городского филиала, Ташкентской медицинской академии, Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Создание данного протокола продиктовано медицинской значимостью проблемы, различиями в подходах в медицинской практике, существованием большого количества современных источников доказательств эффективности вмешательств.

Конфликт интересов: перед началом работы по созданию данного протокола все члены рабочей группы заполнили письменное Уведомление о конфликте интересов. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для применения в клинической практике по теме данного протокола.

Вовлечение заинтересованных сторон: при разработке руководящих принципов протокола и рекомендаций запрошены и учтены мнения целевой группы населения (пациентов и членов их семей), включая медицинские (польза для здоровья, побочные эффекты и риски вмешательств), этические, культурные, религиозные аспекты. Запрос мнений осуществлялся путем неформального интервью женщин в профильных отделениях ГУ РСНПМЦЗМиР.

Сбор, обобщение и критическая оценка доказательств.

Методы, использованные для сбора доказательств: поиск в электронных базах данных, библиотечные ресурсы. В качестве основных источников информации использовались клинические руководства медицинских сообществ и других профильных организаций разных стран на английском и русском языках за период 2014-2024 гг, приоритетными при разработке протокола явились данные последних 5 лет (с 2019 г.). В процессе разработки протокола не использовались учебники и монографии как источники с низким качеством доказательств или отсутствием таковых. Систематический поиск основных источников данных включал следующие базы данных:

- World Health Organization - <https://www.who.int/ru>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGS) - <http://sogc.medical.org>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) - <http://www.nice.org.uk>
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) - <http://www.rcog.org.uk>
- Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) - <http://www.health.gov.au>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) - <http://www.nzgg.org.nz>
- Health professionals in Queensland public and private maternity and neonatal services - Guidelines@health.qld.gov.au
- International Federation of Gynaecology and Obstetrics - <https://www.figo.org/>
- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) - https://roag-portal.ru/clinical_recommendations

В качестве исходного документа для заимствования и адаптации рекомендаций использовались несколько клинических руководств из разных стран.

В случаях, когда в найденных и оцененных клинических руководствах отсутствовали требуемые рекомендации или они были описаны недостаточно/неполно, не подкреплялись доказательствами, противоречили друг другу, были неприменимы в местных условиях или устарели проводился дополнительный поиск рандомизированных контролируемых испытаний, систематических обзоров, мета-анализов, когортных исследований в базах данных: <http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medmir.com>, <http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> и др.

Проведена критическая оценка качества найденных источников с учетом современности клинических руководств, методологии их разработки, ранжирования рекомендаций по уровням

достоверности доказательств и убедительности/силы, применимости к местным условиям оказания медицинской помощи.

Описание методов для формулирования рекомендаций. Окончательные рекомендации протокола формулировались путем заимствования части рекомендаций из нескольких клинических руководств в изначальной редакции без изменений, адаптации части рекомендаций клинических руководств к местным условиям, разработки рекомендаций на основе дополнительного поиска литературы. Рекомендации с низким качеством доказательств и не применимые в местных условиях исключались. Заимствованные из клинических руководств рекомендации принимались с тем уровнем доказательности, с каким они были опубликованы изначальным. В случае, если авторами зарубежных клинических руководств использовались другие шкалы уровней доказательности, то они (если это возможно) переводились в систему GRADE. В случаях, когда встречались одинаковые рекомендации в разных клинических руководствах, но с разным уровнем доказательности, рабочая группа включала в протокол ту рекомендацию, которая была сформулирована на основе более убедительных научных данных.

Протокол документально рецензирован внутренними и внешними экспертами. В случае, если доказательная база рекомендаций была более весома, чем мнение рецензента/эксперта, или более приемлема для применения в условиях целевого звена здравоохранения, члены рабочей группы, оставляли за собой право отклонить предложения рецензентов.

При формировании окончательной редакции протокола проект протокола был представлен для обсуждения широкому кругу специалистов из числа профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директора региональных филиалов ГУ РСНПМЦЗМиР и их заместители), врачей региональных учреждений системы родовспоможения. Проект протокола для обсуждения был доступен на официальном сайте ГУ РСНПМЦЗМиР <https://akusherstvo.uz//>. Отзывы принимались по электронной почте с заполнением стандартного Листа отзывов. Заключительное обсуждение проекта протокола и формирование окончательной его редакции проводилось в онлайн формате с участием рабочей группы, рецензентов, эксперта ВОЗ и широкого круга заинтересованных специалистов путем достижения неформального консенсуса. В рекомендациях данного клинического протокола все сведения ранжированы по уровню убедительности рекомендаций (УУР) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

4.8. Компетенции практических навыков для менеджмента патологий прикрепления плаценты (task shifting)

	Медсестра/акушерка	Семейный врач ПМСР (бакалавр)	Акушер-гинеколог/другие смежные специалисты
Жалобы и анамнез			
Продemonстрировать умения собрать жалобы у пациента	+	+	+
Применять знания о симптомах патологий расположения и прикрепления плаценты при сборе анамнеза пациента	+	+	+
Сформулировать полный анамнез пациентов с патологиями расположения и прикрепления плаценты.		+	+
Оценка факторов риска	+	+	+
Физикальный осмотр			

Продemonстрировать компетентность при измерении антропометрических данных	+	+	+
Продemonстрировать умение измерить жизненно важные показатели (пульс, АД, сознание, дыхание, температура)	+	+	+
Продemonстрировать компетентность в проведении комплексного физикального обследования пациента с патологией расположения и прикрепления плаценты, согласно рекомендациям протокола		+	+
Установление диагноза			
Установить диагноз патологий расположения и прикрепления плаценты на основании МКБ 10/11	+	+	+
Лабораторная диагностика			
Назначить базовые лабораторные анализы при патологиях расположения и прикрепления плаценты	+	+	+
Интерпретация результатов базовых лабораторных анализов		+	+
Назначить дополнительные лабораторные анализы при патологиях расположения и прикрепления плаценты		+	+
Интерпретация результатов дополнительных лабораторных анализов		+	+
Инструментальная диагностика			
Назначить базовые инструментальные исследования	+	+	+
Интерпретация результатов базовых инструментальных исследований		+	+
Назначить дополнительные инструментальные исследования		+	+
Интерпретация результатов дополнительных инструментальных исследований		+	+
Лечение			
Определить объем немедикаментозного лечения при патологиях расположения и прикрепления плаценты	+	+	+
Назначить медикаментозное лечение согласно рекомендациям протокола		+	+
Определить объем хирургических вмешательств при патологиях			+

расположения и прикрепления плаценты			
Компетенции в проведении хирургических вмешательств согласно протоколу			+
Профилактика			
Компетенции по улучшению поведения и промоции здорового образа жизни при патологиях расположения и прикрепления плаценты	+	+	+
Компетенции по улучшению приверженности к медикаментозному лечению при патологиях расположения и прикрепления плаценты	+	+	+

4.9. Компетенции знаний для менеджмента патологий прикрепления плаценты (task shifting)

	Медсестра/акушерка	Семейный врач ПМСП (бакалавр)	Акушер-гинеколог/другие смежные специалисты
Дать определение патологий расположения и прикрепления плаценты	+	+	+
Описать жалобы, факторы риска, симптомы при патологии расположения и прикрепления плаценты	+	+	+
Описать терминологию, связанную с патологией расположения и прикрепления плаценты		+	+
Классифицировать патологии расположения и прикрепления плаценты согласно МКБ 10/11	+	+	+
Описать патофизиологические механизмы патологии расположения и прикрепления плаценты		+	+
Описать факторы риска развития патологии расположения и прикрепления плаценты		+	+
Описать схему сбора анамнеза при патологиях расположения и прикрепления плаценты	+	+	+
Описать подходы к физикальному исследованию при патологиях расположения и прикрепления плаценты	+	+	+

Построить подход к диагностике патологий расположения и прикрепления плаценты на основе этиологии, симптомов и исследований	+	+	+
Интерпретация базовых анализов и инструментальных исследований		+	+
Построить подход к терапии расположения при патологиях расположения и прикрепления плаценты		+	+
Описать немедикаментозную терапию	+	+	+
Описать медикаментозную терапию		+	+
Обсудить патофизиологические изменения при патологиях расположения и прикрепления плаценты		+	+
Знать меры профилактики патологий расположения и прикрепления плаценты	+	+	+