Патологическое прикрепление плаценты (предлежание и врастание плаценты)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2023 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O43.0, O43.1, O43.2, O44.0, O44.1 · Российское общество акушеров-гинекологов, Корпоративная некоммерческая организация "Ассоциация анестезиологов – реаниматологов"

Патологическое прикрепление плаценты включает ее предлежание и аномальную инвазию в стенку матки; главное осложнение — массивное кровотечение во время беременности, родов или операции. Тактика основана на раннем УЗ-выявлении, плановом родоразрешении в стационаре 3 уровня и готовности к гемостазу, переливанию крови и гистерэктомии.

Главное

- Врастание плаценты — аномальная инвазия части или всей плаценты в миометрий.
- Предлежание плаценты означает полное или частичное покрытие внутреннего маточного зева; низкое расположение — край плаценты находится на расстоянии ≤20 мм от внутреннего маточного зева, но не покрывает его. Диагноз предлежания или низкого расположения устанавливают после 16 недель беременности.
- Ключевые факторы риска врастания — рубец на матке, особенно после повторных кесаревых сечений, сочетание рубца с предлежанием плаценты, внутриматочные вмешательства, хронический эндометрит, воспалительные заболевания органов малого таза, эмболизация маточных артерий и субмукозная лейомиома.
- Основное клиническое проявление — маточное кровотечение; при врастании плацента не отделяется самостоятельно или при ручной попытке отделения. Патогномоничных признаков нет.
- При предлежании плаценты или ее расположении в области рубца нужно прицельно искать признаки врастания при каждом УЗИ; для повышения эффективности диагностики рекомендован трансвагинальный доступ. УУР А, УДД 1. При подозрении или уточнении диагноза используют цветовое допплеровское картирование. УУР С, УДД 5.
- При врастании плановое родоразрешение проводят в 34–36 недель; после 36 недель родоразрешение не рекомендуют. При бессимптомном предлежании кесарево сечение планируют в 36+0–37+6 недель, при низком расположении с краем плаценты ≤20 мм — в 37+0–38+6 недель.
- При врастании нельзя пытаться отделять плаценту во время операции. Гистеротомию выполняют вне плацентарной площадки; основной метод лечения — гистерэктомия, но сохранение матки возможно индивидуально при отсутствии массивной кровопотери, инвазии в параметрий или шейку матки и наличии опытной команды.

Диагностика

1. Соберите подробный акушерско-гинекологический анамнез и уточните кровянистые выделения и боль в животе. Обязательно выясните наличие кесарева сечения, внутриматочных манипуляций, воспалительных заболеваний органов малого таза, эмболизации маточных артерий и субмукозной лейомиомы. УУР А, УДД 2.
2. Не выполняйте бимануальное влагалищное исследование из-за риска кровотечения; при необходимости осмотрите шейку матки в зеркалах. УУР С, УДД 5.
3. При поступлении в стационар, перед операцией и не позднее 72 часов после оперативного родоразрешения выполните общий анализ крови. Перед операцией определите группу крови АВ0, резус-фактор, изоантитела и фенотип группы крови.
4. Женщинам с рубцом на матке или клиническими факторами риска ищите УЗ-маркеры предлежания и врастания при пренатальных скринингах. Основные признаки врастания — плацентарные лакуны, исчезновение нормальной ретроплацентарной зоны, нарушение границы матки и мочевого пузыря, патологический кровоток по цветовому допплеровскому картированию. УУР А, УДД 2.
5. При предлежании или низком расположении плаценты уточните ее положение трансвагинальным УЗИ и измерьте длину цервикального канала до 32 недель. Контрольное трансвагинальное исследование

проводят в 32 недели, а при сохраняющемся предлежании или низком расположении повторное ультразвуковое исследование проводят в 36 недель.

6. МРТ выполняйте при признаках врастания по УЗИ для уточнения глубины и топографии инвазии, особенно при заднем предлежании, подозрении на placenta percreta или неудовлетворительной визуализации при УЗИ; оптимальный срок — 24–32 недели. УУР А, УДД 1; УУР С, УДД 5.
7. Для подтверждения врастания исследуйте операционный или биопсийный материал плаценты патолого-анатомически. УУР С, УДД 5.

Лечение

- При кровотечении или сокращениях матки госпитализируйте пациентку в стационар 3 группы. При отсутствии симптомов возможно амбулаторное наблюдение после информирования о рисках; стационарное наблюдение целесообразно при высоком риске кровотечения, удаленности места проживания или одиноком проживании. УУР С, УДД 2 и 5.
- При повторных кровянистых выделениях или сокращениях матки до 36 недель проведите профилактику респираторного дистресс-синдрома плода. Если после первого курса прошло более 14 дней, перед плановым родоразрешением до 36 недель проводят повторный курс. При схваткообразных болях рекомендуется токолитическая терапия в течение 48 часов для профилактики респираторного дистресс-синдрома, но не для отсрочки экстренного родоразрешения при показаниях со стороны матери или плода.
- Планируйте родоразрешение мультидисциплинарной командой. В нее входят акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, трансфузиолог, хирург, неонатолог и специалист по функциональной диагностике и/или радиолог; при экстренной ситуации должны быть доступны также уролог и сердечно-сосудистый хирург. УУР С, УДД 4.
- При плановом родоразрешении предпочтительна регионарная анестезия; комбинированная спинально-эпидуральная методика подходит при ожидаемой длительной или расширенной операции и для послеоперационной анальгезии. Обеспечьте два периферических венозных доступа с катетерами 14G или 16G либо многопросветный центральный катетер. УУР С, УДД 4 и 5.
- При врастании выполняйте гистеротомию вне плаценты; при четком расположении плаценты разрез делают на 4–5 см выше ее предполагаемого верхнего края или в дне матки. Не предпринимайте попыток отделить плаценту. Основным вариантом лечения остается гистерэктомия; органосохраняющая операция не показана при инвазии в шейку матки или параметрий.
- Окситоцин и его аналоги применяйте только после удаления плаценты: окситоцин 1 мл (5 МЕ) внутривенно медленно за 1–2 минуты, либо инфузоматом 16,2 мл/ч (27 мЕд/мин), либо 5 ЕД в 500 мл натрия хлорида со скоростью 40 капель/мин. Карбетоцин — 1 мл (100 мкг) внутривенно за 1 минуту только при факторах риска интра- и послеоперационного кровотечения.
- Для гемостаза используйте комплексный компрессионный гемостаз, перевязку или временное пережатие магистральных сосудов и/или эндоваскулярные методы. УУР С, УДД 4.
- При оперативном родоразрешении по поводу врастания плаценты применяйте кровесберегающие технологии, включая интраоперационную реинфузию крови. УУР С, УДД 5.
- Используйте внутриматочный баллон у пациенток с врастанием плаценты для снижения риска послеродового кровотечения в связи с атонией матки. УУР А, УДД 2.
- Рутинная эмболизация маточных артерий, а также рутинная перевязка или баллонирование внутренних подвздошных артерий для уменьшения кровопотери не рекомендуются. При наличии технических возможностей можно рассмотреть временную баллонную окклюзию общих подвздошных артерий или брюшной аорты. УУР А, УДД 3; УУР А, УДД 2.

Когда направить и как наблюдать

- При кровотечении или сокращениях матки пациентку направляют в стационар 3 группы. УУР С, УДД 2.
- Плановое родоразрешение при предлежании или врастании плаценты организуют в стационаре 3 уровня. УУР С, УДД 5.
- Стационарное наблюдение следует предпочесть при высоком риске кровотечения, в том числе при удаленном проживании от медицинской организации или одиноком проживании.
- При начале родовой деятельности, разрыве плодных оболочек или кровотечении необходима срочная госпитализация в акушерский стационар.

Частые вопросы

Какая граница определяет предлежание и низкое расположение плаценты?

Предлежание — полное или частичное покрытие внутреннего маточного зева. Низкое расположение — край плаценты находится не далее 20 мм от зева, но не покрывает его; диагноз устанавливают после 16 недель.

Какие УЗ-признаки наиболее подозрительны на врастание плаценты?

Ищут плацентарные лакуны, исчезновение нормальной гипоэхогенной ретроплацентарной зоны, патологическую границу между маткой и мочевым пузырем и аномальный кровоток по цветовому допплеровскому картированию. УЗИ выявляет врастание, но не дает достоверной оценки глубины инвазии.

Когда нужна МРТ при подозрении на врастание плаценты?

МРТ выполняют при признаках врастания по УЗИ, особенно при заднем предлежании, подозрении на placenta percreta или плохой визуализации при УЗИ. Оптимальный срок — 24–32 недели; до 24 недель результаты считаются недостоверными.

Можно ли отделять плаценту вручную при врастании?

Нет. Интраоперационные попытки отделения плаценты не рекомендуются, поскольку значительно повышают риск кровотечения; плаценту оставляют in situ или выполняют хирургическое лечение в зависимости от ситуации.

Когда возможно сохранение матки?

Решение принимают интраоперационно с учетом топографии врастания, кровопотери и опыта хирурга. Органосохраняющая операция возможна при опытной бригаде, отсутствии массивной кровопотери и инвазии в параметрий или шейку матки; при такой инвазии ее не рекомендуют.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/767-patologicheskoe-prikreplenie-placenty-predlezhanie-i-vrastanie. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/767_1