

## РЕТРОПЛАЦЕНТАРНАЯ ГЕМАТОМА ПРИ ПРИРАЩЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ

Лапковская Т.А., Анфиногенова Е.А.

Белорусский государственный медицинский университет,  
кафедра патологической анатомии, г. Минск

**Ключевые слова:** вращание плаценты, ретроплацентарная гематома.

**Резюме:** вращание плаценты - это аномалия вращания хориальных ворсин с инвазией трофобласта в децидуальную оболочку без повреждения структуры миометрия (*Placenta accreta*), миометрий (*Placentaincreta*), параметрий и окружающие органы (*Placentapercreta*). Частота патологии от 1 на 2510 до 1 на 272 случаев.

**Resume:** *placenta accreta is an abnormality of chorial villi growth with trophoblast invasion into the decidual membrane without damage to the structure of the myometrium (Placenta accreta), myometrium (Placenta increta), parametrium and surrounding organs (Placenta percreta). The frequency of pathology is from 1 in 2510 to 1 in 272 cases.*

**Актуальность.** Кровотечение во время родов занимает лидирующую позицию в структуре материнской смертности. При этом на долю вращания плаценты приходится около 7 % кровотечений, приводящих к материнской смертности. Также следует отметить связь роста данной патологии с увеличением частоты операции кесарева сечения.

**Цель:** установить морфологические особенности плаценты при вращании в тело матки, которые сопряжены с ретроплацентарной гематомой за 2017-2019гг. на базе УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» г. Минска.

**Задачи:** 1. Произвести выборку операционного материала, в котором присутствует ретроплацентарная гематома при вращании плаценты; 2. Провести анализ акушерского анамнеза, вариантов приращения и плотного прикрепления плаценты, морфологических особенностей плаценты с наличием ретроплацентарной гематомы.

**Материалы и методы.** Материалом послужили 10 биопсий с ретроплацентарной гематомой (РПГ) при вращании плаценты и 10 биопсий группы сравнения (ГС) с идентичными признаками (*placentapercreta*-7, *placenta increta*-3; центральное предлежание-7, краевое-3) без гематомы. Использовались морфологический и статистический методы исследования.

**Результаты и их обсуждение.** Возраст пациенток с РПГ  $34,6 \pm 4,8$  лет [от 29 до 45], ГС  $33,9 \pm 4,4$  лет [от 24 до 40], что является дополнительным фактором риска для вращания плаценты.

Роды группе РПГ  $2,8 \pm 1,03$  [от 2 до 5], в ГС  $3,0 \pm 0,95$  [от 2 до 5], в анамнезе неоднократные операции на матке (кесарево сечение, миомэктомия, аборт).

Табл.1. Сравнение среднего возраста и количества родов в анамнезе

Группа с ретроплацентарной гематомой		Группа сравнения	
Возраст	Роды	Возраст	Роды
$34,6 \pm 4,8$ лет	$2,8 \pm 1,03$	$33,9 \pm 4,4$ лет	$3,0 \pm 0,95$

Статистическая оценка возраста пациенток: парный t-критерий Стьюдента равен -0,357, критическое значение t-критерия Стьюдента 2,26, табл <tкрит изменения признака статистически не значимы ( $p=0,729$ )

Статистическая оценка количества родов в анамнезе: парный t-критерий Стьюдента равен 0,408, критическое значение t-критерия Стьюдента 2,26, табл <tкрит изменения признака статистически не значимы ( $p=0,693$ )

Среди сопутствующих патологий: заболевания щитовидной железы( $n=3$ ), миопия( $n=3$ ), хронические заболевания почек( $n=3$ ), пороки сердца( $n=1$ ), курение( $n=1$ ), резус-конфликт( $n=1$ ), двойня( $n=1$ ), мертворождение( $n=1$ ).

В группе с РПГ placenta percreta ( $n=7$ ) в 100% случаев сопровождалась полным приращением, центральным предлежанием и центральной ретроплацентарной гематомой. Placentaincreta ( $n=3$ ): в 33,3% ( $n=1$ ) полное приращение, в 66,7% ( $n=2$ ) неполное приращение, в 100 % ( $n=3$ ) краевое предлежании и краевая ретроплацентарная гематома.

В ГС в 30% ( $n=3$ ) полное и в 70%( $n=7$ ) неполное приращение, предлежание центральное в 70%(  $n=7$ ) и в 30%(  $n=3$ ) краевое.

Таким образом, наличие ретроплацентарной гематомы не зависит от предлежания и типа врастания (percreta, increta). Но выявлено различие по виду гематомы:

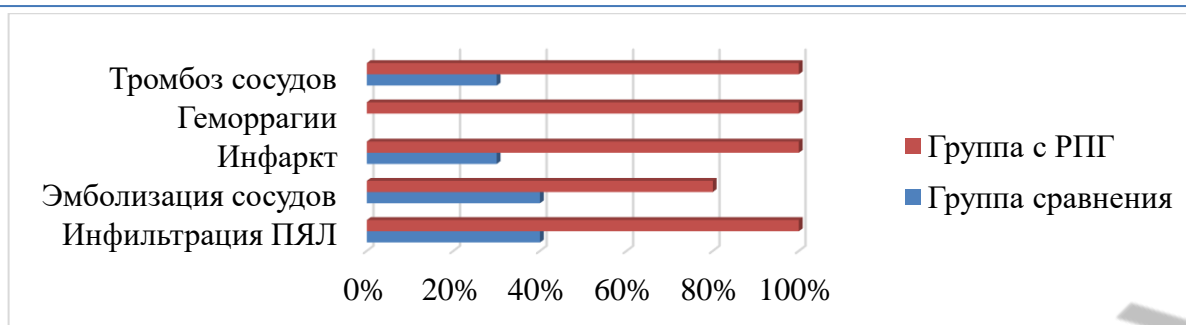
1. Центральная РПГ связана с центральным предлежанием и полным приращением.

2. Краевая РПГ с краевым предлежанием с полным и неполным приращением, так как операционный материал получен в результате операции кесарева сечения, т.е. без наличия родовой деятельности.



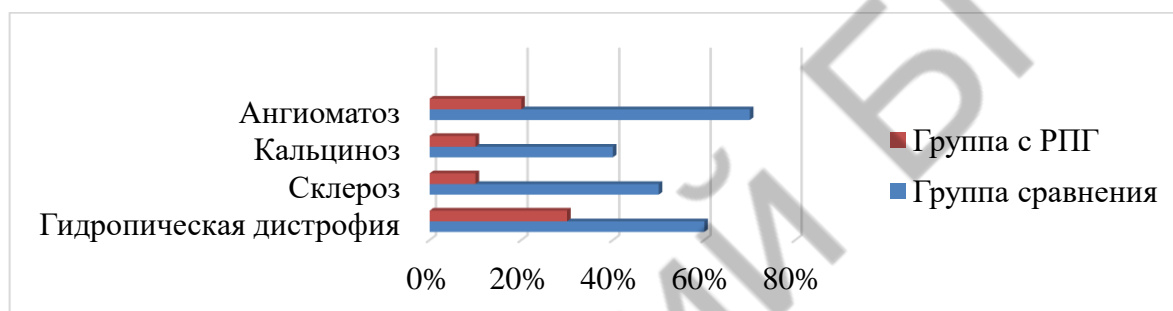
**Рис.1** - Глубина и протяженность прорастания плаценты в нижнем сегменте тела матки

В группе с РПГ в 100% случаев в плаценте встречаются расстройства кровообращения (тромбоз сосудов, инфаркт, гемorragии) и воспалительная реакция. Инфаркты (группа с РПГ 100%, ГС 30%) связаны с эмболизацией артерий (группа с РПГ 80%, ГС 40%).

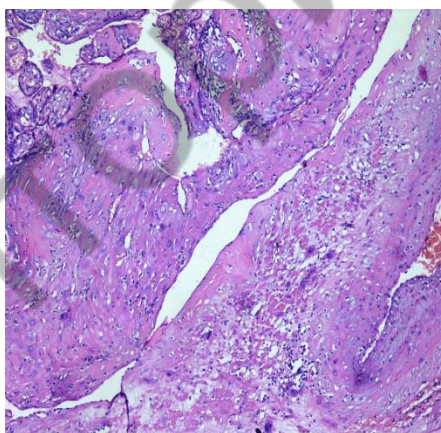


*Диагр. 1* - Расстройства кровообращения и выраженность воспалительной реакции

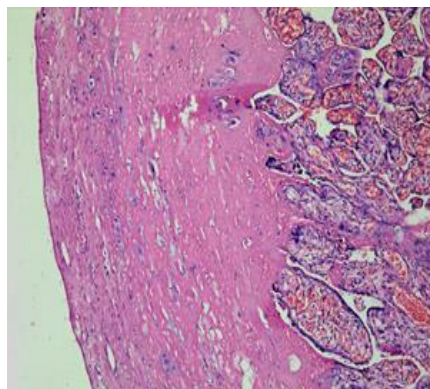
В ГС преобладают дистрофические изменения (ангиоматоз 70%(n=7), кальциноз 40%(n=4), склероз 50%(n=5)), которые в группе РПГ представлены в меньшей степени (ангиоматоз 20% (n=2), кальциноз 10%(n=1), склероз 10%(n=1)).



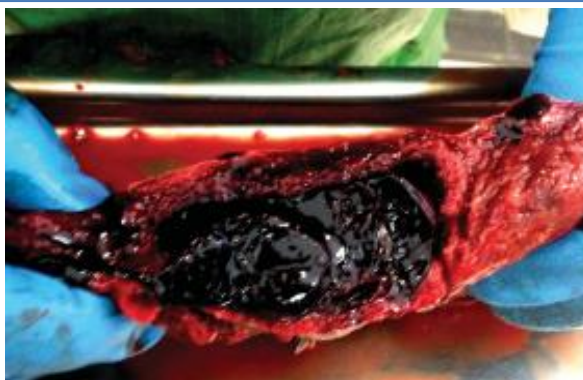
*Диагр. 2*- Дистрофические изменения в плаценте



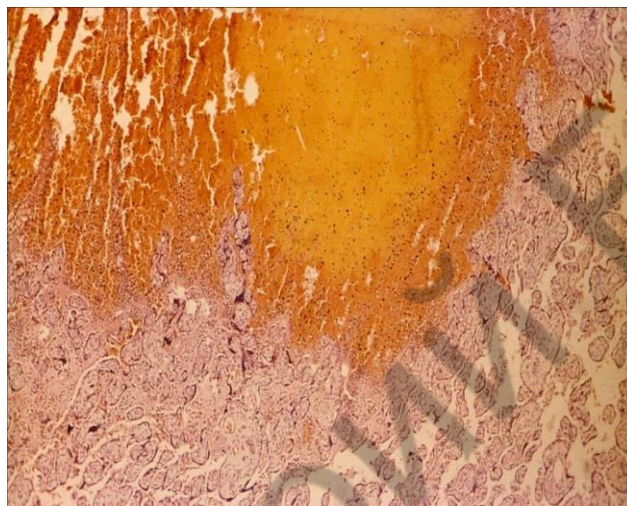
*Рис. 2* - Вращение плаценты в миометрий и серозную оболочку (Placentapercreta).  
Окраска гематоксилин-эозин. Ув.х50



*Рис. 3* - Вращение плаценты в миометрий и серозную оболочку.  
Окраска гематоксилин-эозин. Ув. х50



*Рис. 4* - Ретроплацентарная гематома



*Рис. 5* - Ретроплацентарная гематома. Окраска гематоксилин-эозин. Ув. x200

**Выводы:** 1. Наличие ретроплацентарной гематомы не зависит от предлежания и типа врастания (percreta, increta). Но выявлено различие по виду гематомы: центральная ретроплацентарная гематома связана с центральным предлежанием и полным приращением, краевая с краевым предлежанием с полным и неполным приращением, так как операционный материал получен в результате операции кесарева сечения, т.е. без наличия родовой деятельности; 2. Расстройство кровообращения в виде инфарктов встречается в двух группах и связано с эмболизацией артерий; 3. В группе с РПГ в плаценте преобладают вторичные изменения в виде расстройства кровообращения, в ГС дистрофические изменения.

#### Литература

1. Акушерство. Национальное руководство/ под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой-М:ГЭОТАР-Медиа, 2014.-1200с.
2. Серов, В.Н., Маркин С.А. Критические состояния в акушерстве. Руководство для врачей/ В. Н. Серов, С.А. Маркин -М.:Медиздат, 2003.- 703 с.
3. Патологическая анатомия болезней плода и ребенка/ под ред. Т. Е. Ивановской, Б. С. Гусман- М.: Медицина, 1981.-376с.