В связи с множеством функций и сложным строением плаценты, её патология очень разнообразна. Патологический процесс может локализоваться в базальной пластинке (*decidua basalis*), межворсинчатом пространстве, плодовой части плаценты (ворсинах, хориальной пластинке), пуповине и внеплацентарных плодных оболочках. Наиболее частыми патологическими процессами в плаценте являются воспаление, нарушения кровообращения и созревания ворсинчатого дерева.

АНОМАЛИИ ПЛАЦЕНТАРНОГО ДИСКА, ЛОКАЛИЗАЦИИ И ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

Плацента имеет форму диска округлой или овальной формы. К нарушениям её строения относят: диффузную (*placenta membranacea*), окончатую (*placenta fenestrata*), кольцевидную, дву- и многодолевую, плаценту, окружённую валиком или ободком. В большинстве случаев эти изменения клинического значения не имеют, но могут сопровождаться дородовыми кровотечениями и аномалиями прикрепления пуповины.

Предлежание плаценты (*placenta previa*) развивается в случае имплантации зародыша в нижнем сегменте матки. При этом плацента частично или полностью прикрывает внутренний зев. Частота предлежания плаценты колеблется от 0,2 до 0,9% случаев беременности. Для клинической картины характерно маточное кровотечение. При полном предлежании плаценты во время самопроизвольных родов кровотечение может быть настолько тяжёлым, что представляет собой серьёзную угрозу жизни беременной. В связи с этим при своевременно диагностированном предлежании плаценты производят оперативное родоразрешение (кесарево сечение). В случае самопроизвольных родов частота мертворождения достигает 20%.

Приращение плаценты (*placenta accreta*) развивается при отсутствии или значительном истончении базальной децидуальной оболочки. В результате ворсины плотно прикреплены к миометрию, прорастают поверхностные слои (
placenta increta
) или всю толщу миометрия (
placenta percreta
). Клинически приращение плаценты проявляется отсутствием самостоятельного отделения последа или его фрагмента с развитием кровотечения. В 14% случаев приращение плаценты сопровождается разрывом матки. В большинстве случаев бывает достаточным ручное отделение последа, однако иногда требуется гистерэктомия (удаление матки).

Интересные статьи:

1) Аномалии сосудов

2) Гранулематоз Вегенера

3) Пульпит