

УДК 618.36-007.274; 618.14-006.36-089.87

**ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ
РОДОРАЗРЕШЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ
С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ, ВРАСТАНИЕМ
ПЛАЦЕНТЫ И МИОМОЙ ТЕЛА МАТКИ
БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ**

Шаповалова Ольга Александровна – канд. мед. наук, профессор
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия*

Лобач Светлана Васильевна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Пилипенко Анна Анатольевна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Солнцева Алина Витальевна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

В последние годы отмечается активный рост патологии инвазии плаценты. Наиболее частое и значимое осложнение врастания плаценты – массивное кровотечение, которое усугубляется при такой патологии, как миома матки. В рассмотренном клиническом случае отражено успешное оказание хирургической помощи пациентке с патологической инвазией плаценты и наличием большого миоматозного узла, что осложняет ход операции.

Ключевые слова: БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДОРАЗРЕШЕНИЕ, ВРАСТАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ, МИОМА МАТКИ

UDC 618.36-007.274; 618.14-006.36-089.87

**ORGAN-PRESERVING DELIVERY OF A
PREGNANT WOMAN WITH PLACENTA
PREVIA, ACCRETA AND LARGE UTERINE
FIBROIDS**

Shapovalova Olga Alexandrovna – MD, professor
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
SBEA HE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Lobach Svetlana Vasilievna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

Pilipenko Anna Anatolievna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

Solntseva Alina Vitalievna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

In recent years, there has been an active growth in the pathology of placental invasion. The most frequent and significant complication of placenta accreta is massive bleeding, which is aggravated by uterine myoma. The clinical case presents the successful surgery in patient with pathological placental invasion and a large myomatous node, that has complicated the course of the operation.

Key words: PREGNANCY, DELIVERY, PLACENTA PREVIA, PLACENTA ACCRETA, LARGE UTERINE LEIOMYOMA

Врастание плаценты – аномальная инвазия трофобласта, части или всего эмбрионального органа в миометрий маточной стенки и за ее границы [1, 2].

Основной причиной врастания и предлежания плаценты считают атрофию эндометрия на фоне инвазивных внутриматочных манипуляций и/или его воспалительных процессов. Наиболее актуальная теория патогенеза врастания и предлежания плаценты основана на неполноценности дегенеративного слоя эндометрия, не способного остановить инвазию плацентарной ткани. Беременность инициирует усиление маточного кровотока, но область рубцово-измененного миометрия не способна к обеспечению полноценного кровоснабжения. Снижение васкуляризации в районе дефекта происходит за счет замены соединительной ткани на фиброзную, что приводит к местной ишемии и очаговой дегенерации [1, 2].

Предположительно, патофизиологической основой врастания плаценты является фиброз миометрия, инициирующий некроз стенок сосудов. Этот процесс приводит к пролапсу ворсинок хориона в просвет сосудов и образованию сосудистых лакун, неососудов [1, 3].

В последние годы отмечают активный рост патологии инвазии (в частности врастание) плаценты, начиная от 1:4000 родов в 70-х гг. до 1:500 в настоящее время, что обусловлено увеличением частоты кесаревых сечений [19]. Основными причинами *placenta accreta* являются рубец на матке после кесарева сечения и предлежание плаценты. Наиболее распространенное и значимое осложнение врастания плаценты – массивное кровотечение во время ее отделения. Ранее такие ситуации разрешали гистерэктомией после кесарева сечения без попыток отделения плаценты. Для уменьшения интраоперационной кровопотери и сохранения репродуктивной функции у женщин применяют органосохраняющие методики.

В 2004 г. J. M. Palacios-Jaraquemada впервые описал метод метропластики с иссечением участка миометрия в области врастания плаценты и

дальнейшей реконструкцией. Кесарево сечение при вращении плаценты сопровождается быстрым, профузным кровотечением. В большинстве случаев такие операции раньше заканчивались удалением матки. В настоящее время внедрены органосохраняющие методы при патологической инвазии плаценты с использованием ангиографических методов гемостаза в процессе родоразрешения оперативным путем – эмболизация маточных артерий, баллонная окклюзия общих подвздошных артерий.

В акушерской практике метод окклюзии общих подвздошных артерий применяется с 1995 г. после выполненной гистерэктомии во время кесарева сечения. Впервые в Российской Федерации операция временной баллонной окклюзии подвздошных артерий во время кесарева сечения была проведена в 2012 г. Марком Аркадьевичем Курцером [4].

В 2023 г. в стационаре перинатального центра ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (КККБ № 2) в условиях рентгенохирургической операционной проведено 39 акушерских операций с использованием временной окклюзии общих подвздошных артерий, 37 операций – временного двухуровневого гемостаза с помощью турникетов в случае вращении плаценты (таблица 1). В 71 случае удалось выполнить органосохраняющую операцию с проведением метропластики. В пяти случаях произведена экстирпация матки вследствие большой площади вращении (кровопотеря в этих случаях составляла 3000–4800 мл).

Таблица 1 – Динамика клинических случаев вращении плаценты у пациенток, прооперированных в перинатальном центре ККБ № 2

Показатель	2023 г.	2022 г.	2021 г.
Вращение (всего)	76	65	54
Временная окклюзия подвздошных артерий	39 (из них 35 по ВМП и 4 по ОМС)	33	49
Турникеты	37	22	4
Экстирпация	5	2	1
Миомэктомия	0	1	6
ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь. ОМС – обязательное медицинское страхование.			

В рассмотренном клиническом случае отражено успешное оказание хирургической помощи пациентке с патологической инвазией плаценты и наличием большого миоматозного узла, осложняющего ход операции.

Клиническое наблюдение

Пациентка К. в плановом порядке была госпитализирована в акушерское отделение перинатального центра ККБ № 2 с диагнозом: Беременность 35 нед 4 дня. Предлежание и врастание плаценты. Рубец на матке после двух кесаревых сечений. Миома матки.

Из анамнеза жизни беременной известно, что развитие соответствовало возрасту, регулярный менструальный цикл – с 14 лет, половая жизнь – с 16 лет, с 2005 по 2006 г. применяла гормональную контрацепцию Ярина.

В акушерском анамнезе пациентки 4 беременности: в 2005 г. экстренное кесарево сечение в сроке гестации 26 нед по поводу преэклампсии тяжелой степени. Родился мальчик весом 770 г (ребенок умер в первые сутки жизни). В 2007 г. выполнено плановое кесарево сечение в 39 нед ввиду рубца на матке после кесарева сечения, в 2013 г. неразвивающаяся беременность в сроке 12 нед завершена инструментальным выскабливанием полости матки. Четвертая желанная беременность наступила без проведения прегравидарной подготовки (ППП).

При постановке на учет беременной в ходе проведения УЗИ по правому ребру матки впервые выявлен интерстициальный миоматозный узел диаметром 98 мм. На ранних сроках беременности отмечали низкое расположение хориона.

В 26 нед по УЗИ выявлены признаки предлежания и врастания плаценты. С учетом нарушения ее инвазии и с целью профилактики респираторного дистресс-синдрома (РДС) пациентка была госпитализирована в перинатальный центр Детской краевой клинической больницы (ДККБ). Для подтверждения факта инвазии и определения степени и распространенности

врастания беременной рекомендовали МРТ органов малого таза, на проведение которой она не согласилась.

При дородовом поступлении беременной в стационар выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) плода: расположение плаценты по передней и правой боковой стенке матки, по задней стенке, перекрывающей область внутреннего зева. Гипоэхогенная субплацентарная зона не визуализируется, имеются множественные плацентарные лакуны. Частично визуализируется прерывистость стенок мочевого пузыря, определяется четкое выбухание наружного контура матки. Толщина миометрия над плацентой четко не визуализируется на протяжении 110 мм. Определяются гиперваскуляризация пузырно-маточной зоны на протяжении 110 мм, субплацентарная гиперваскуляризация, а также по правой боковой стенке выявлено образование – интерстициально-субсерозный узел (98 мм), неоднородной структуры со смешанным кровотоком (миоматозный узел). Предположительный вес плода – 2861 г.

В условиях рентгеноперационной проводили хирургическое вмешательство мультидисциплинарной бригадой врачей-специалистов (акушеры-гинекологи, анестезиолог-реаниматолог, ангиохirurg, уролог, гемотрансфузиолог, неонатолог, детский анестезиолог-реаниматолог), а также при участии среднего медицинского персонала высокого уровня подготовки, команды специалистов из разных областей медицины, объединенных решением одной задачи.

После проведения предоперационной подготовки и анестезиологического пособия (длительная эпидуральная анестезия) произведена эндоваскулярная окклюзия сосуда с помощью баллона. Установлены интродьюсеры 6F в общую бедренную правую и левую артерии. Баллонный катетер Mustang 8.0 × 40 mm проведен в проксимальные и приустьевые отделы общих подвздошных артерий (ОПА) с перекрытием проксимальных отделов внутренних подвздошных артерий (ВПА) с обеих сторон. Выполнена временная

окклюзия общих подвздошных артерий под давлением 5 атм., общее время окклюзии составило 20 мин. На контрольной ангиографии: ОПА, ВПА, наружные подвздошные артерии, бедренные артерии проходимы.

Далее была произведена нижнесрединная лапаротомия с обходом пупка слева. При вхождении в брюшную полость визуализируется увеличенная до 36 нед беременности матка, в области нижнего сегмента, верхушки и задней стенки мочевого пузыря выраженная васкуляризация верхних пузырных и маточных артерий. В области послеоперационного рубца на матке имеется маточная аневризма (размерами 20 × 20 см) с прорастанием серозного слоя, по правому ее ребру в широкой связке – интерстициальный миоматозный узел 10 × 10 см, с проявлениями вторичных изменений.

Проведен донный продольный разрез тела матки. Плодный пузырь вскрыт, излилось 800 мл светлых околоплодных вод. Плод извлечен за тазовый конец (мальчик весом 2770 г, длиной тела – 48 см, 7–7 баллов по шкале Апгар), без затруднений, передан неонатологической реанимационной бригаде. Признаков отделения последа нет, проведена замена материнского зажима на лигатуру, пуповинный остаток и оболочки поражены в полости матки, ушитой двурядным сафиловым швом. Выполнена временная окклюзия общих подвздошных артерий под давлением 5 атм.

Интраоперационная картина стенки матки в области маточной аневризмы и наличие крупного миоматозного узла по правому ребру в толще широкой связки: на передней поверхности видны множественные извитые аберрантные кровеносные сосуды (рисунки 1 и 2).

Вскрыта и отсепарована пузырно-маточная складка, крупные неососуды перевязаны и пересечены, мелкие сосуды коагулированы. Мобилизация мочевого пузыря проведена до границы здоровой ткани миометрия, выявлена инвазия хориона в рубец на протяжении 20 × 20 см.

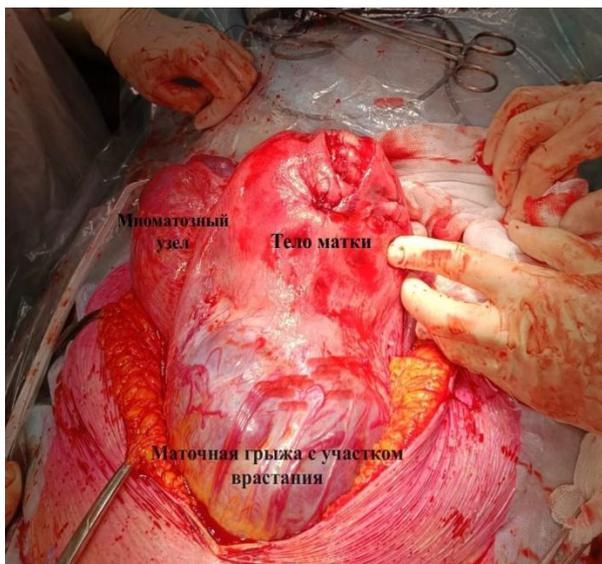


Рисунок 1 – Тело матки, маточная аневризма и миоматозный узел (вид сверху)

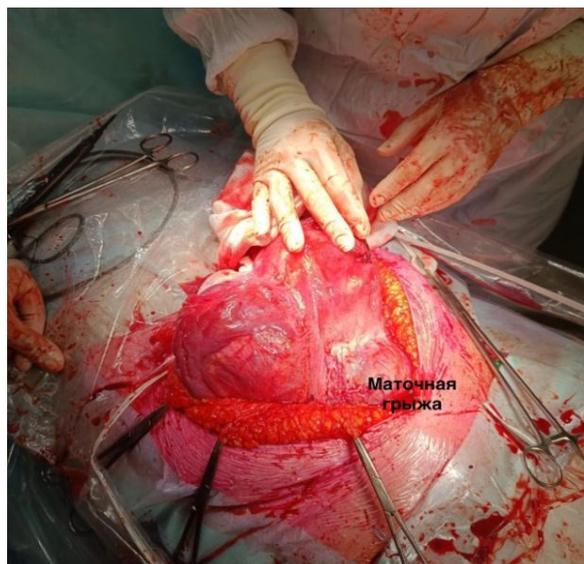


Рисунок 2 – Тело матки, маточная аневризма и миоматозный узел (вид сверху слева)

С учетом большого участка врастания, а также наличия крупного миоматозного узла по правому ребру матки, осложняющих ход операции, дополнительно наложены турникеты. В широких связках матки в бессосудистой зоне сформированы окна, через которые установлен турникет на уровне внутреннего зева. Перевязаны восходящие маточные артерии. Произведена метропластика (рисунки 3, 4, 5): участок врастания иссечен в пределах здоровых тканей на протяжении 20 × 20 см, удален вместе с плацентой. Выполнено инструментальное и ручное удаление остальной ткани плаценты, выделенный участок отправлен на ПГИ.

Наложены гемостатические швы в области внутреннего зева и по задней стенке матки. Плацентарная площадка прошита отдельными сафиловыми швами. Нижний маточный сегмент ушит отдельными двухрядными швами. Легированы и перевязаны кровоточащие коллатеральные сосуды в предпузырной клетчатке.

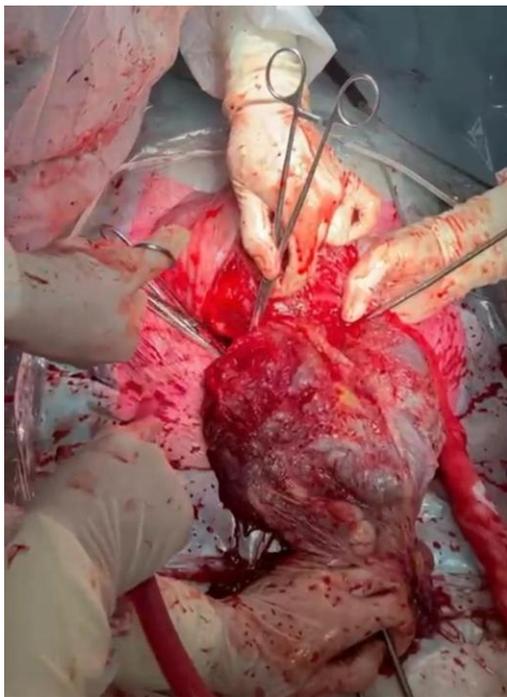


Рисунок 3 – Ручное удаление ткани плаценты



Рисунок 4 – Удаление ткани плаценты с выделением внутреннего зева и фиксацией окончатый зажимом Forceps 6.5



Рисунок 5 – Отсечение вросшего участка миометрия с последом

Произведена миомэктомия (рисунки 6, 7): узел размерами 10 × 10 см вылуцен, ложе ушито отдельными швами. Узел отправлен на ПГИ.

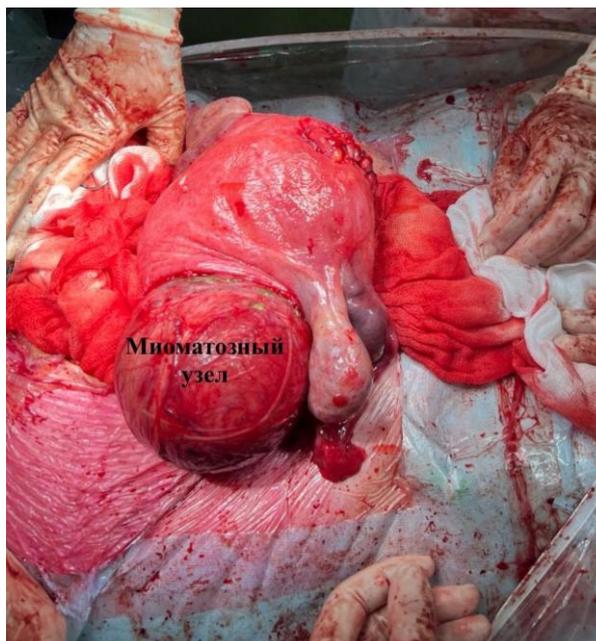


Рисунок 6 – Десерозированный миоматозный узел



Рисунок 7 – Миоматозный узел на разрезе

Окна в широких связках восстановлены. Брюшная полость дренирована через правый брюшной фланк. Проведено послойное ушивание брюшной полости.

В ходе операции выполнили реинфузию аутокрови с использованием аппарата *cell-saver* – 500 мл. Общая кровопотеря составила 1600 мл. При контроле ОАК в динамике гемотрансфузия донорской крови не понадобилась.

Контрольные исследования

18.04.2024 УЗИ матки через 2 ч после родоразрешения: размеры – 122 × 87 × 119 мм. Полость матки не расширена, М-ЭХО: 8–8–12 мм. Умеренно отечное состояние области швов на матке и передней брюшной стенке.

После 19.04.2024 по УЗИ размеры матки – 130 × 110 × 122 мм, ее полость не расширена, М-ЭХО: 8–8–19 мм. Умеренно отечное состояние области швов на матке и передней брюшной стенке.

Обсуждение

Основные задачи органосохраняющих операций у беременных с вращением плаценты направлены на сохранение репродуктивной функции

матки как органа-мишени для стероидных половых гормонов. Органоуносящие операции становятся дополнительным фактором риска развития многочисленных расстройств, возникающих при гистерэктомии. После удаления матки наблюдали: хроническую послеоперационную боль, мононевропатию, расстройство сексуальной функции и сна, дисфункцию нижних мочевыводящих путей и кишечника (затрудненное и болезненное мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря и кишечника). Эти расстройства, как правило, сохраняются до конца жизни, приводят к проблемам урологического характера и социальному дискомфорту.

Выводы

Применение временной баллонной окклюзии при родоразрешении пациенток с вращением плаценты, большими миоматозными узлами позволяет уменьшить интраоперационную кровопотерю, сохранить матку. В дальнейшем это благоприятно влияет на качество жизни и здоровье женщин.

Список литературы

1. Патологическое прикрепление плаценты (предлежание и вращение плаценты) РОАГ: клинические рекомендации, 2023.
2. A systematic review and meta-analysis of cesarean delivery and other uterine surgery as risk factors for placenta accreta / *B. De Mucio et al.* // *Int. J. Gynecol. Obstet.* – 2019. – Vol. 147. – № 3. – P. 281–291.
3. Cesarean scar pregnancy and early placenta accreta share common histology / *I. E. Timor-Tritsch et al.* // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* – 2014. – Vol. 43, № 4. – P. 383–395.
4. Современный взгляд на тактику лечения беременных с патологическим прикреплением и предлежанием плаценты (обзор литературы) / *И. А. Куликов, Ю. Э. Добрыхотова, К. А. Артемьева, Н. Б. Тихонова, Е. И. Боровкова* // *Проблемы репродукции.* – 2023; 29(2):42–50.