

УДК 618.36-007.274-089

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ
РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ АНОМАЛИЯХ
ИНВАЗИИ ПЛАЦЕНТЫ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ
ЦЕНТРЕ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ
БОЛЬНИЦЫ № 2. КЛИНИЧЕСКОЕ
НАБЛЮДЕНИЕ**

Шаповалова Ольга Александровна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Ахиджак Ася Нуховна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Батмен Саида Казбековна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Казанчи Фатима Байзетовна
*ГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Врастание плаценты является одной из наиболее тяжелых аномалий прикрепления, обусловленной высоким риском массивного кровотечения. По данным ВОЗ за последние годы кровотечение занимает одну из лидирующих позиций в структуре причин материнской смертности, варьируя от 19,9 до 36,2 %.

Ключевые слова: ПРИРАЩЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ, БАЛЛОННАЯ ОККЛЮЗИЯ ОБЩИХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ, ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ, ДОННОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ, ГИСТЕРЭКТОМИЯ

UDC 618.36-007.274-089

**MODERN TECHNIQUES OF DELIVERY
IN ANOMALIES OF ADHERENT PLACENTA
IN PRENATAL CENTRE OF REGION CLINIC
HOSPITAL Nr 2. CLINIC CASE**

Shapovalova Olga Alexandrovna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

Akhidjak Asya Nukhovna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Batmen Saida Kazbekovna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Kazanchi Fatima Baizetovna
*SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Adherent placenta is one of the most severe anomalies of incretion with high risk of bleeding. According to WHO data the bleeding has one of the main position in structure of maternal lethality causes (from 19.9 to 36.2 %) during the last years.

Key words: ADHERENT PLACENTA, BALLOON OCCLUSION OF TOTAL ILEAC ARTERIES, EMBOLIZATION OF UTERINE ARTERIES, FUNDAL CESARIAN SECTION, HYSTEROECTOMY

Цель. Проблема истинного вращения плаценты (ИВП) и разработка методов лечения пациенток с этой патологией представляются чрезвычайно актуальными, так как, с одной стороны, подобная патология сопряжена с высоким риском для жизни женщины из-за профузного кровотечения во время отделения плаценты, с другой – распространенность ее значительно увеличилась с возрастанием количества операций кесарева сечения.

Материал и методы

Приведен анализ клинического случая.

Заключение. На сегодняшний момент сложно переоценить значимость органосохраняющего подхода к родоразрешению по сравнению с акушерской гистерэктомией при АИП. В современных условиях реализация и выполнение органосохраняющих операций стали возможными.

Ключевые слова: приращение плаценты, баллонная окклюзия общих подвздошных артерий, эмболизация маточных артерий, донное кесарево сечение, гистерэктомия.

В России в первую тройку причин материнской смертности, наряду с преэклампсией и септическими осложнениями, входят акушерские кровотечения. Причинами смертельных акушерских кровотечений являются плацентарные факторы, в 10 % – это предлежание плаценты, в 20 % – плотное прикрепление плаценты [1].

Предлежание плаценты встречается в 2,8 из 1000 случаев одноплодной и в 3,9 из 1000 случаев многоплодной беременности [2]. По данным различных авторов частота предлежания плаценты колеблется от 0,1 % до 3 %, вращения – от 0,04 % до 0,2 % всех родов [3]. Исследования, проведенные в Новой Зеландии и Австралии за период с 2010 по 2012 г., выявили частоту аномалии прикрепления плаценты – один случай на 2262 родов [4].

Причины формирования аномалий прикрепления плаценты в настоящее время остаются невыясненными.

Предлежание плаценты, а также ее врастание могут возникать в результате изменений в самом оплодотворенном яйце, имплантация которого обеспечивается сложными взаимоотношениями морфологических структур в составе трофобласта. К другой группе причин относят патологические изменения в слизистой оболочке матки, нарушающие нормальную децидуальную реакцию и соответственно условия для плацентации [5].

Врастание плаценты представляет собой аномалию прикрепления плаценты, при которой невозможно самостоятельное отделение последа или его удаление ручными методами. Происходит избыточная инвазия ворсин в подлежащие тканевые структуры эндометрия. Выделяют три морфологических варианта нарушения инвазии ворсин хориона: их приращение к миометрию – *placenta accreta*, прорастание мышечной оболочки называют *placenta increta*, а при достижении ворсин серозного слоя и/или соседних органов – *placenta percreta*.

Можно проследить прямую зависимость: в странах с высоким уровнем оперативного абдоминального родоразрешения распространенность врастания плаценты имеет наиболее высокие значения [6; 7]. В исследовании А. Creanga (2015), охватывающем десятилетний период (с 2000 по 2011 г.), отмечается, что распространенность врастания плаценты значительно увеличилась на 30,8 % у женщин, повторяя аналогичную динамику частоты выполнения кесарева сечения за этот интервал времени [8].

За последние 25 лет в России частота кесарева сечения также заметно возросла с 10 до 27,9 %. Средняя частота врастания плаценты – один случай на 2500 родов. После первого оперативного родоразрешения риск аномальной инвазии плаценты возрастает на 10 %, а после четвертого – на 60 %.

Статистика случаев вставания плаценты у пациенток в перинатальном центре Краевой клинической больницы № 2 за 2014 г. составила 8, однако в 2018 г. – 52, то есть встречаемость патологии возросла почти в 7 раз.

Диагностика включает в себя следующие диагностические методики: эхографию, цветное доплеровское картирование, магнитно-резонансную томографию. В прошлом диагноз вставания плаценты устанавливался во время родов и при гистологическом исследовании удаленной матки, что имело катастрофические последствия для пациенток. В настоящее время неоценимую помощь в диагностике этой патологии оказывают такие методы диагностики, как данные ультразвукового исследования, цветовой доплерометрии и магнитно-резонансной томографии.

До недавнего времени единственным методом разрешения этой акушерской ситуации считали плановую гистерэктомию во время кесарева сечения [9]. Стремительное развитие эндоваскулярной хирургии позволяет врачу не только контролировать и минимизировать интраоперационную кровопотерю, но и избежать гистерэктомии, сохранив репродуктивную функцию женщины.

Задачи современных методик родоразрешения при АИП: снижение интраоперационной кровопотери, а значит – летальности, быстрая реабилитация, возможность выполнения органосохраняющей операции – сохранение репродуктивной функции.

Тактика родоразрешения при аномалиях инвазии плаценты у пациенток перинатального центра Краевой клинической больницы № 2 состоит в междисциплинарном подходе в условиях многопрофильного стационара. Бригада специалистов включает: опытного акушера-гинеколога, эксперта ультразвуковой диагностики, уролога, хирурга, неонатолога, интервенционного радиолога, ангиохирурга, анестезиолога-реаниматолога.

Необходимые условия для проведения органосохраняющей операции: интервенционная радиология, неонатальная интенсивная терапия.

Служба крови: трансфузиолог, запасы крови, трансфузионных сред, (аппарат Cell-saver). Основной принцип работы – организация круглосуточного функционирования всех служб.

Пример наблюдения

За пять лет применения методики наблюдалось одно осложнение – острый тромбоз общей подвздошной артерии, наружной подвздошной артерии, общей бедренной артерии слева. Оно возникло на вторые сутки в послеоперационном периоде. Принимая во внимание командную работу всех специалистов, удалось благополучно и своевременно оказать квалифицированную помощь.

Пациентка Ш., 26 лет, поступила в перинатальный центр Краевой клинической больницы № 2 в сроке гестации 33 недели с диагнозом: предлежание, вращение плаценты, подтвержденные по данным ультразвукового исследования и МРТ.

Из акушерского анамнеза известно, что в 2006 г. были роды на 41 неделе путем кесарева сечения, в 2012 г. – аборт, выскабливание полости матки, беременность у пациентки была третья.

Согласно анамнестическим данным, менструации с 14 лет по 5 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. Соматически здорова. Перенесенные гинекологические заболевания: хронический аднексит, эктопия шейки матки.

Объективно: матка увеличена соответственно 33 неделям беременности. Положение плода продольное, головка – высоко над входом в малый таз. Область рубца на матке безболезненна.

Диагноз при поступлении: Беременность – 33 недели. Рубец на матке после кесарева сечения. Вращение плаценты.

Было решено пролонгировать беременность под тщательным контролем состояния пациентки.

На следующий день при проведении кардиотокографии плода запись прервана, зафиксировано нарушение ритма сердца плода по типу мерцательной аритмии с частотой сердечных сокращений – до 260 ударов в минуту. Внутриутробное состояние плода было оценено как острая гипоксия, и беременная Ш. прооперирована в экстренном порядке.

С учетом вращающейся плаценты для проведения оперативного родоразрешения пациентка транспортирована в рентген-операционную. После проведения селективной ангиографии маточных артерий и далее эмболизации маточных артерий произведена операция нижнесрединная лапаротомия, донное кесарево сечение.

Извлечен ребенок мужского пола массой 2300 г 48 см 6–7 баллов по шкале Апгар. Разрез на матке ушит, далее после вскрытия и отсепарирования пузырно-маточной складки брюшины мочевого пузыря смещен вниз, обнаружен участок вращающейся плаценты размерами 10×12 см по передней и левой боковой стенке матки. Участок был иссечен в пределах неизменного миометрия, плацента удалена. Одномоментно выделилось 1000 мл крови, внутривенно вводились утеротоники. Пациентка интубирована, произведена перевязка маточных артерий, прошиты крестцово-маточные связки, в области плацентарной площадки имелась повышенная кровоточивость, прошита отдельными швами, матка дряблая, произведено влагалищное исследование, удалены сгустки в объеме 500 мл. Произведена эмболизация маточных артерий, выполнена управляемая баллонная тампонада через разрез на матке. Кровопотеря составила 2000 мл. Матка плотная, произведено ушивание разреза на матке, брюшная полость дренирована. Брюшная

стенка ушита послойно. Произведены аутогемотрансфузия через аппарат Cell-saver, гемотрансфузия. Через 20 минут кровотечение из половых путей возобновилось, матка гипотоничная, из влагалища струйкой подтекает алая кровь. С учетом развития раннего гипотонического кровотечения принято было решение о проведении релапаротомии и экстирпации матки с придатками. Общая кровопотеря составила 4000 мл (48 мл/кг). Далее роженице М. проводилась инфузионно-трансфузионная терапия, профилактика тромбоэмболических осложнений, антибактериальная терапия с целью профилактики гнойно-септических осложнений.

На 2-е сутки послеоперационного периода выполнено триплексное сканирование артерий конечности, выявлены слева в НПА гипоэхогенные, гетерогенные массы, окклюзирующие просвет до уровня паховой связки. При триплексном сканировании вен нижних конечностей установлена проходимость.

После данных ультразвукового исследования в экстренном порядке сосудистыми хирургами через паховый доступ одномоментно зондом Фогарти выполнена непрямая тромбэктомия, получен хороший антеградный и ретроградный кровоток.

Далее гепарин через инфузоматом – 1000 ед./час с последующим переходом на низкомолекулярный гепарин в высоких лечебных дозах, совместное наблюдение с сосудистыми хирургами.

На первые сутки после тромбэктомии выполнено триплексное сканирование магистральных артерий нижних конечностей, обнаружены признаки проходимости магистральных артерий обеих нижних конечностей. Повторно на пятые сутки выполнено повторное ультразвуковое исследование магистральных артерий – проходимы. На шестые сутки швы сняты с передней брюшной стенки.

На десятые сутки пациентка М. выписана из стационара в удовлетворительном состоянии с рекомендациями продолжить профилактику тромбозомболических осложнений низкомолекулярными гепаринами 6000 анти-ХА МЕ. Ребенок был переведен на второй этап выхаживания в удовлетворительном состоянии.

Выводы

Врастание плаценты – потенциально угрожающее жизни состояние – может быть управляемым при своевременной диагностике, прогнозировании и выборе оптимальной тактики.

Современные методики родоразрешения пациенток с врастанием плаценты – органосохраняющие технологии:

- временная внутрисосудистая баллонная окклюзия ОПА;
- селективная эмболизация маточных артерий;
- двухуровневый гемостаз с применением турникетных жгутов.

Методики – альтернатива гистерэктомии, позволяющие избежать осложнений, связанных с массивной кровопотерей. Эффективность современных методик – результат слаженной командной работы акушеров-гинекологов, анестезиологов, эндоваскулярных хирургов, трансфузиологов. В нашем стационаре мы придерживаемся принципов своевременного прогнозирования риска осложнений, организации работы акушерского стационара по согласованному выполнению превентивных и ургентных мер.

Список литературы

1. *Милованов А. П.* Причины и резервы снижения материнской смертности на современном этапе: руководство для врачей / А. П. Милованов, И. О. Буштырева, Л. В. Беляков, А. В. Добряков, К. В. Ноздряков, Н. А. Михоношина, А. А. Старченко – М.; Ростов-на-Дону, 2014. – С. 100–101.
2. *Опенхаймер Л.* Клиническое практическое руководство ассоциации акушеров-гинекологов Канады: диагностика и ведение предлежания плаценты / Л. Опенхаймер // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 1. – С. 76–83.
3. *Айламазян Э. К.* Еще один взгляд на проблему акушерских кровотечений / Э. К. Айламазян, М. А. Репина, Т. У. Кузьминых // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – № 3. – С. 3–11 Р. 31–32.
4. *Toledano R., Leffert L.* Anesthetic and Obstetric Management of Placenta Accreta: Clinical Experience and Available Evidence // Current Anesthesiology Reports. – 2017, 7(1): 93–102
5. *Милованов А. П.* Спорные вопросы патогенеза вращающегося в стенку матки / А. П. Милованов, Е. А. Димова // Архив патологии. – 2011. – Т. 73, № 2. – С. 54–57.
6. *Klar M.* Cesarean section and placental disorders in subsequent pregnancies- A meta-analysis / M. Klar, K. B. Michels // J. Perinat. Med. – 2014. – Vol. 42, №5 – P. 571–583.
7. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries / R. M. Silver [et al.] // Obstet. Gynecol. – 2006. – Vol. 107, № 6 – P. 1226–1232.
8. Magnetic resonance imaging for abnormally invasive placenta: the added value of intravenous gadolinium injection / A.-E. Millischer [et al.] // BJOG –2017. – Vol. 124, № 1 – P. 88–95.
9. *Eller A. G., Porter T. F., Soisson P., Silver R. M.* // BJOG. – 2009. – Vol. 116, № 5. – P. 648–654.