

УДК 618.36-007.274-089.811/.814

UDC 618.36-007.274-089.811/.814

**ОПЫТ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ
ДВУХУРОВНЕВОГО ГЕМОСТАЗА
ТУРНИКЕТАМИ ПРИ
ВРАСТАНИИ И ПРЕДЛЕЖАНИИ
ПЛАЦЕНТЫ**

**EXPERIENCE OF
IMPLEMENTATION OF TWO-
LEVEL HEMOSTASIS BY
TURNKETS UNDER PLACENT
ACCESSION AND PRESENTATION**

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

Ahidjak Asya Nuhovna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
SBEA HE «Kuban state medical
university», Krasnodar, Russia

Гайфуллина Маргарита Эдуардовна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница
№ 2»; Краснодар, Россия

Gayfullina Margarita Eduardovna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», ,
Krasnodar, Russia

Юсупова Ольга Владимировна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница
№ 2»; Краснодар, Россия

Yusupova Olga Vladimirovna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», ,
Krasnodar, Russia

За последние 50 лет количество
врастаний плаценты увеличилось в
десять раз. Эта патология по всем
признакам приняла характер эпидемии
и является одной из основных причин
экстирпации матки и осложнений,
связанных с массивным
кровотечением: гемотрансфузии,
геморрагическим шоком, ДВС-
синдром, септическими
осложнениями, синдромом Шихана.

Ключевые слова: Двухуровневый
гемостаз турникетами, беременность,
предлежание и врастание плаценты.

Over the past 50 years, the number of
placental growths has increased tenfold.
By all indications, this pathology has
taken on the character of an epidemic and
is one of the main causes of
hysterectomy and complications
associated with massive bleeding: blood
transfusion, hemorrhagic shock, DIC,
septic complications, Sheehan syndrome.

Keywords: Two-level hemostasis with
turnikets, pregnancy, placenta previa and
ingrowth

На сегодняшний день во всём мире параллельно с ростом количества операций кесаревых сечений пропорционально увеличилась частота вращений плаценты. По данным Национального центра статистики здравоохранения США процент родов путём кесарева сечения достиг 31,9% [1]. При этом в мире появилась тенденция к увеличению частоты экстирпации матки по акушерским показаниям, в США этот показатель вырос в 1,2 раза [2]. В России в 2018г. процент родов путём кесарева сечения составил 30,02% [3]. Экстирпация матки в условиях профузного кровотечения сопряжена с высоким риском осложнений послеоперационного периода, а так же с высокой смертностью пациенток - 12,5 % [4,5]. Альтернативой удалению матки являются реконструктивные операции с проведением метропластики. Наличие большого числа анастомозов, связывающих русла внутренней и наружной подвздошных артерий между собой и с бассейнами магистральных сосудов (аорта, яичниковая артерия, внутренняя грудная артерия и нижняя брызжеечная артерия) при кровоснабжении матки создаёт значительные трудности для полноценного гемостаза в ходе проведения метропластики при аномальной инвазии плаценты. Всё вышесказанное ведёт к возрастанию интереса к разработке и применению оптимальных методов и подходов к родоразрешению, в том числе и органосохраняющих операций, которые возможно проводить при отсутствии методов эндоваскулярной хирургии, так как методика является достаточно сложной, требует наличия дорогостоящего оборудования, а также врачей соответствующего профиля (сосудистого хирурга). Прекращение кровотока по общим подвздошным артериям сопровождается ишемией других органов малого таза, нижних конечностей. При этом адекватного гемостаза добиться невозможно, ввиду особенностей кровоснабжения матки.

Приводим описание 2 наблюдений органосохраняющих операций с использованием двухуровневого гемостаза турникетами при истинном вращении плаценты. Пациентки родоразрешены в ПЦ ГБУЗ ККБ№2 в 2019г.

Турникетный гемостаз проводится следующим образом: пережимают восходящие ветви маточных артерий и яичниковые артерии, для чего накладывают первый турникет на уровне верхнего края маточной аневризмы (грыжевого выпячивания истонченной стенки матки в зоне рубца от предыдущего кесарева сечения) вокруг тела матки, захватывая с двух сторон единым блоком широкие связки матки с маточными трубами. После отделения матки от мочевого пузыря до нижнего края маточной аневризмы пережимают маточные артерии, накладывают второй турникет вокруг матки на уровне нижнего края маточной аневризмы. После иссечения несостоятельной стенки матки, включающей маточную аневризму с участком вросшей плаценты, ушивания полученного дефекта стенки матки турникеты удаляют.

Наблюдение 1.

Пациентка М., 35 лет, поступила в ПЦ ГБУЗ ККБ№2 по направлению ЖК с диагнозом: «Беременность 36 недель. Тазовое предлежание плода. Предлежание плаценты. Вростание плаценты. Два рубца на матке после 2-х кесаревых сечений». Жалоб при поступлении не предъявляла.

Настоящая беременность 6-я, наступила самостоятельно, без прегравидарной подготовки. 1-я беременность закончилась преждевременными родами на 31-32 недели, ребёнок инвалид детства (ДЦП). 2-я беременность прервана на сроке 5-6 недель путём вакуум-аспирации. 3-я беременность закончилась кесаревым сечением в сроке 36 недель по поводу преэклампсии тяжелой степени, у новорождённого СЗРП 3 степени. 4-я беременность прервана на сроке 5-6 недель путём вакуум-аспирации. 5-я беременность закончилась в 28 недель антенатальной гибелью плода, родоразрешена путём кесарева сечения.

Данная беременность протекала на фоне гормональной поддержки угрожаемым до 31 недели. С 20 недель проводилась терапия НМГ. В сроке 20 и 31 неделя находилась на стационарном лечении в Усть-Лабинской ЦРБ, получала магниевую терапию. В 34 недели консультирована и

обследована в ПЦ ГБУЗ ККБ№2: по данным ультразвукового исследования - плацента по передней стенке матки перекрывает область внутреннего зева; послеоперационный рубец: по передней стенке матки в нижней трети и в проекции внутреннего зева на протяжении 65 мм отсутствует дифференцировка миометрия с повышенной васкуляризацией по базальной мембране; по данным магнитно-резонансной томографии: плацента определяется по передней, правой, задней стенках матки, полностью перекрывает область внутреннего зева, в толще плаценты визуализируются крупные лакуны, выше рубца по передней стенке матки в нижней трети и в проекции внутреннего зева на протяжении 65 мм дифференцировка между плацентой и стенкой матки неубедительная, МР-признаки полного предлежания плаценты, врастания плаценты в стенку матки. В сроке 37 нед и 4 дня произведено плановое кесарево сечение. На фоне эпидуральной анестезии выполнена нижнесрединная лапаротомия с обходом пупка слева, обнаружена увеличенная до доношенного срока беременная матка. В проекции нижнего сегмента визуализируется маточная грыжа размером 15*12 см с участком васкуляризации 10*12 см. Осуществлен донный разрез на матке в продольном направлении, извлечена живая доношенная девочка массой 2780г, ростом 48 см, 8/8 баллов по шкале Апгар. Пуповина перевязана, погружена в полость матки. Разрез на матке ушит двухрядным сафиловым швом. Вскрыта и отсепарована пузырно-маточная складка, мочевого пузырь смещён вниз, обнажён нижний маточный сегмент. В широких связках в безсосудистой зоне сформированы окна, через которые осуществлён временный двухуровневый гемостаз эластичными турникетами. Миометрий с фрагментом предлежащей плаценты в области грыжевого выпячивания иссечён в пределах неизменённых тканей. Разрез на матке в нижнем сегменте ушит двухрядным сафиловым швом. Турникеты удалены. Кровопотеря во время операции составила 950 мл, что составило 12,3 мл/кг. Проводилась аппаратная реинфузия аутокрови в объёме 300 мл, гемотрансфузия в объёме 343 мл. Длительность операции составила 2 часа 13

минут. Гистологический ответ: врастание терминальных ворсин в миометрий на 0,1 см (placenta accreta).

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия, терапия НМГ, обезболивающая терапия, стимуляция кишечника, сокращающая матку терапия. Послеоперационный период протекал без осложнений. В лабораторных показателях крови гемоглобин 98г/л (исходный 104 г/л), показатели мочи соответствовали норме. При ультразвуковом исследовании органов малого таза (3-и сутки после родов): тело матки 110x80x100 мм, М-эхо 6 мм. На 7-е сутки швы сняты, родильница выписана домой с ребенком.

Наблюдение 2.

Пациентка Х., 28 лет. переведена из ПЦ ДККБ с диагнозом: «Беременность 33 недели и 2 дня. Предлежание плаценты. Врастание плаценты. Два рубца на матке после 2-х кесаревых сечений. ОАГА. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Анемия 1 степени». Жалоб при поступлении не предъявляла.

Данная беременность 3-я наступила самостоятельно, без прегравидарной подготовки. 1-я беременность завершилась операцией кесарево сечение в доношенном сроке по поводу тазового предлежания плода. 2-я беременность закончилась оперативным родоразрешением в плановом порядке в доношенном сроке.

Течение данной беременности: в сроке 24 недели угрожающие преждевременные роды, проводилось лечение в стационарных условиях. Врастание плаценты диагностировано с 28 недель. В 30 недель стационарное лечение в АПБ ПЦ ДККБ угрожающих преждевременных родов. По данным ультразвукового исследования плацента расположена по задней, по правой боковой, по передней стенкам матки, перекрывает область внутреннего зева; послеоперационный рубец - толщина миометрия передней стенки матки в предполагаемой области послеоперационного рубца 0,2-0,6 мм имеется большой участок отсутствия визуализации миометрия (больше справа). По

данным магнитно-резонансной томографии плацента расположена по задней, по правой боковой, по передней стенкам матки, перекрывает область внутреннего зева, в толще плаценты визуализируются крупные лакуны, выше рубца дифференцировка между плацентой и стенкой матки неубедительная на примерном протяжении до 26 мм, МР-признаки полного предлежания плаценты, врастания плаценты в стенку матки.

В сроке 37 нед и 3 дня пациентка родоразрешена в плановом порядке. На фоне эпидуральной анестезии произведена нижнесрединная лапаротомия с обходом пупка слева. Интраоперационно обнаружена увеличенная до доношенного срока беременная матка, в проекции нижнего сегмента визуализируется маточная грыжа размером 10*7 см с участком васкуляризации 8*7 см. Проведено донное кесарево сечение. Извлечен плод женского пола массой 2700г, ростом 48 см, 8-8б по шкале Апгар. Пуповина лигирована, погружена в полость матки. Разрез на матке ушит двухрядным сафиловым швом. Вскрыта и отсепарована пузырно-маточная складка, мочевого пузырь смещён вниз, обнажён нижний маточный сегмент. В широких связках в безсосудистой зоне сформированы окна через которые осуществлён временный двухуровневый гемостаз эластичными турникетами. Миометрий с фрагментом предлежащей плаценты в области грыжевого выпячивания иссечён в пределах неизменённых тканей, проведена перевязка восходящих ветвей маточных артерий, управляемая баллонная тампонада, Разрез на матке в нижнем сегменте ушит двухрядным сафиловым швом. Турникеты удалены. Произведена реинфузия аутокрови в объёме 1000,0 мл. Гемотрансфузия не проводилась: интраоперационно гемоглобин составил 98 г/л. Общая кровопотеря составила 2000,0 мл (25,5 мл/кг). Длительность операции - 1 час 56 минут. Гистологический ответ: в миометрии определяется децидуальная ткань, кровоизлияния, инвазивный СТБ, ворсины с выраженными дистрофическими изменениями в виде «ворсин-теней» без эпителия с аваскулярной стромой на 2/3 миометрия.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилась антибактериальная терапия в лечебном режиме, терапия НМГ, обезболивающая терапия, сокращающая матку терапия. В лабораторных показателях крови гемоглобин 94г/л (исходный 103 г/л), показатели мочи соответствовали норме. При ультразвуковом исследовании органов малого таза (4-и сутки после родов): тело матки 98x67x97 мм, М-эхо 5-5-6 мм. На 7-е сутки сняты швы, на 8-сутки родильница выписана домой с ребенком.

Приведённые клинические случаи свидетельствуют о возможности проведения органосохраняющих операций у пациенток с вращением плаценты при отсутствии методов эндоваскулярной хирургии с помощью двухуровневого гемостаза турникетами.

Литература

1. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK, Drake P. Births: Final data for 2018. National Vital Statistics Reports; vol 68 no 13. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2019.
2. Bateman B.T., Mhyre J.M., Callaghan W.M. et al. Peripartum hysterectomy in the United States: nationwide 14 year experience//Am. J. Obstet. Gynecol. 2012. Vol.206/ P.63.e1-e8.
3. Л.И. Агеева, Г.А. Александрова, Н.М. Зайченко, Г.Н. Кириллова, С.А. Леонов, Е.В. Огрызко, И.А. Титова, Т.Л. Харьковская, В.Ж. Чумарина, Пак Ден Нам. Здоровоохранение в России. 2019: Стат. сб./Росстат. - М., 3-46 2019. – 170 с.
4. Christopoulos P., Hassiakos D., Tsitoura A., Panoulis K., Papadias K., Vitoratos N. Obstetric hysterectomy. A review of cases over 16 years. J. Obstet. Gynaecol. 2011; 31(2): 139–41.
5. Machado L.S. Emergency peripartum hysterectomy: Incidence, indications, risk factors and outcome. N. Am. J. Med. Sci. 2011; 3(8): 358–61.

