

УДК 618.36-007.274

**АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ  
БЕРЕМЕННЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ  
ПРИКРЕПЛЕНИЕМ (ВРАСТАНИЕМ)  
ПЛАЦЕНТЫ**

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

Сергиенко Юлия Сергеевна  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар

Мкртчян Женья Овсеповна  
ГБОУ ВО «Кубанский государственный  
медицинский университет», Краснодар

**Цель:** анализ случаев родоразрешения беременных с патологическим прикреплением (врастанием) плаценты в перинатальном центре Краевой клинической больницы № 2.

**Материал и методы.** Истории родов беременных, имеющих диагноз «врастание плаценты», установленный во время беременности. Пациентки были родоразрешены в перинатальном центре Краевой клинической больницы № 2 в 2022 г.

**Результаты.** Проведен анализ случаев родоразрешения беременных с патологическим прикреплением (врастанием) плаценты: срок, паритет беременности, кровопотеря во время операции, оценка новорожденных по шкале Апгар.

Ключевые слова: ВРАСТАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ, БЕРЕМЕННОСТЬ, ВРЕМЕННАЯ ОККЛЮЗИЯ ОБЩИХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ, ВРЕМЕННЫЙ ДВУХУРОВНЕВЫЙ ГЕМОСТАЗ ТУРНИКЕТАМИ

UDC 618.36-007.274

**ANALYSIS OF DELIVERY CASES  
OF PREGNANT WOMEN WITH  
PATHOLOGICAL ATTACHMENT (ACRETA)  
PLACENTA**

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

Sergienko Yulia Sergeevna  
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,  
Krasnodar

Mkrtchyan Zhenya Ovsepovna  
SBEA HE «Kuban state medical university»,  
Krasnodar

**Aim of the study:** analysis of cases of delivery of pregnant women with pathological attachment (accreta) of placenta in the perinatal center of the Regional Clinical Hospital No. 2.

**Material and methods.** Birth histories of pregnant women with “placenta accreta” were analysed. The patients were delivered in the perinatal center of the Regional Clinical Hospital No. 2 in 2022.

**Results.** The analysis of cases of delivery of pregnant women with pathological placenta accreta was carried out: term, pregnancy parity, blood loss during surgery, assessment of newborns on the Apgar scale.

Key words: PLACENTA ACRETA, PREGNANCY, TEMPORARY OCCLUSION OF THE COMMON ILIAC ARTERIES, TEMPORARY TWO-LEVEL HEMOSTASIS BY TURNSTILE

## **Введение**

В последние десятилетия наблюдается неуклонный рост частоты встречаемости вращающейся плаценты – один случай на 4000 родов в 1970 г. и 533 в настоящее время, что обусловлено увеличением частоты оперативных родоразрешений. На сегодняшний день вращающаяся плацента является ведущей в мире (38 %) причиной акушерских гистерэктомий.

Этиология и патогенез вращающейся плаценты до конца не изучены. Основной причиной вращающейся и предлежащей плаценты считается атрофия эндометрия на фоне инвазивных внутриматочных манипуляций и/или воспалительных процессов эндометрия.

## **Факторы риска вращающейся плаценты**

1. Риск образования рубца на матке возрастает по мере увеличения количества предшествующих операций кесарева сечения (КС). Частота вращающейся плаценты у пациенток, перенесших 1, 2, 3, 4 и 5 абдоминальных родоразрешений, составляет 3 %, 11, 40, 61, 67 % соответственно. Корреляции между глубиной инвазии ворсин хориона и количеством предыдущих операций кесарева сечения не обнаружено. Не выявлена достоверная связь между временным интервалом абдоминального оперативного родоразрешения и риском развития вращающейся плаценты в будущем. Плановое кесарево сечение ассоциировано с меньшей вероятностью развития вращающейся плаценты в будущем по сравнению с экстренным оперативным вмешательством. При экстренном КС вероятность возникновения случаев вращающейся плаценты в будущем выше, чем при плановом.

2. Сочетание рубца на матке после кесарева сечения и предлежащей плаценты в беременность ассоциируется с повышенным риском развития вращающейся плаценты.

3. Беременность с рубцом на матке после предыдущего кесарева сечения на малых сроках или миомэктомии в анамнезе ассоциирована с вращающейся плацентой на более поздних сроках.

4. Внутриматочные манипуляции (кюретаж, абляция эндометрия, ручное обследование стенок послеродовой матки), воспалительные заболевания органов малого таза, эмболизация маточных артерий, субмукозная лейомиома, синдром Ашермана, врожденные пороки развития матки, химиотерапия и лучевая терапия в анамнезе, хронический эндометрит, старший репродуктивный возраст, курение.

Совсем недавно вращание плаценты было показанием к экстирпации матки во время кесарева сечения и было сопряжено с массивной кровопотерей, высоким риском материнской и перинатальной смертности. В настоящее время внедрение высокотехнологичной помощи, представленной временными окклюзией общих подвздошных артерий, а также двухуровневым гемостазом турникетами, позволяет провести органосохраняющую операцию и снизить вышеперечисленные риски.

### **Материал и методы**

Проведен анализ историй родов беременных, имеющих диагноз «вращение плаценты», установленный во время беременности. Они были родоразрешены в перинатальном центре (ПЦ) ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (ККБ № 2) г. Краснодара в 2022 г.

### **Результаты и обсуждения**

В 2022 г. в перинатальном центре ККБ № 2 родоразрешены 62 беременные с вращением плаценты, из них 32 операции проводили с помощью временного двухуровневого гемостаза турникетами, 29 операций – с использованием высокотехнологичной помощи (временной окклюзии общих подвздошных артерий, одна операция была проведена без временного двухуровневого гемостаза и без использования высокотехнологичной медицинской помощи). Была проведена миомэктомия миоматозного узла больших размеров с применением временной окклюзии общих подвздошных артерий (рисунок 1). Среди операций большую часть составляли плановые (49) и

экстренные (13). Необходимо отметить, что при врастании плаценты в 99 % случаев проводили метропластику.

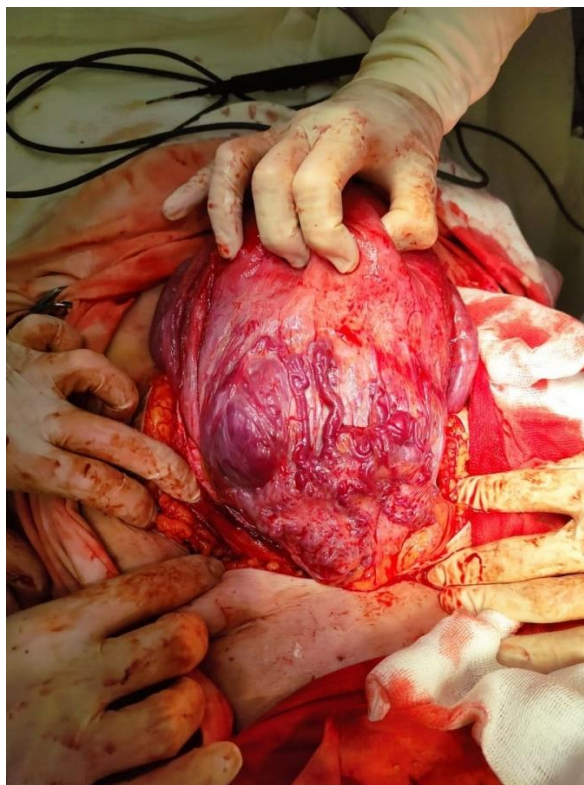


Рисунок 1 – Миомэктомия миоматозного узла больших размеров с применением временной окклюзии общих подвздошных артерий

Средний срок родоразрешения беременных с врастанием плаценты составляет 36–37 нед, проведено 48 плановых операций. В недоношенных сроках в экстренном порядке выполнено 6 операций в 35 нед и 4 операции в 34 и 32 нед.

В ходе анализа историй паритет родов при врастании плаценты распределился следующим образом: основную часть составляли повторнородящие женщины с двумя (30) и тремя родами (14) в анамнезе; одни роды в анамнезе – у 12 пациенток; четверо родов – у трех женщин, пять родов – у двух; восемь родов – у одной. У одной беременной с первыми предстоящими родами не было рубца на матке, но врастание плаценты в ее полости в анамнезе являлось следствием оперативных вмешательств (рисунок 2).

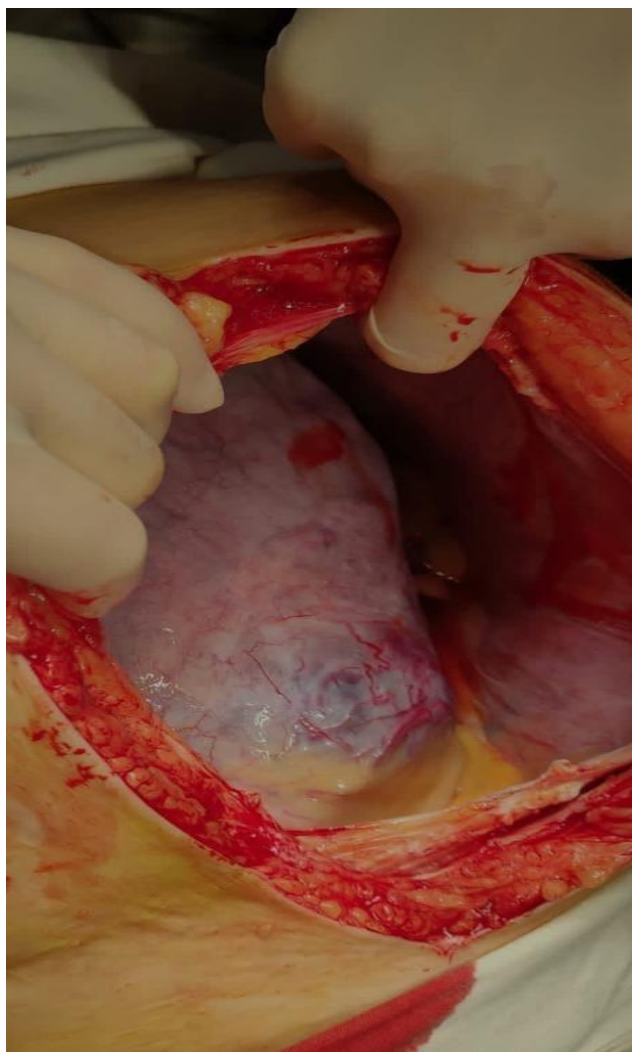


Рисунок 2 – Оперативное родоразрешение пациентки с вращением плаценты вследствие оперативных вмешательств в анамнезе

Основную долю пациенток с патологическим прикреплением плаценты составляют беременные с одним и двумя рубцами на матке (28 и 24 соответственно), а также с тремя рубцами – 9 женщин. У одной беременной были 4 рубца на матке.

Истории родов показали, что у женщин с вращением плаценты большинство детей (46) рождались в состоянии легкой асфиксии (6–7 баллов). В удовлетворительном состоянии (8–9 баллов) родились 11 детей. В пяти случаях дети родились в состоянии тяжелой асфиксии, что сопряжено с недоношенностью (сроки 32–34 нед). Благодаря использованию временных

интраоперационной окклюзии общих подвздошных артерий и двухуровневого гемостаза турникетами в 54 случаях при вращении плаценты удалось избежать массивной кровопотери, она составила до 1500 мл. Несмотря на проводимые мероприятия, всегда существует риск массивной кровопотери, в трех и пяти случаях она составила до 2500 мл (рисунок 3).



Рисунок 3 – Избежание массивной кровопотери при вращении плаценты благодаря использованию временных интраоперационной окклюзии общих подвздошных артерий и двухуровневого гемостаза турникетами (кровопотеря – 1500 м)

Максимальная кровопотеря составляла 11000 мл. Во всех анализируемых случаях она была сопряжена с центральным предлежанием плаценты,

с врастанием в мочевого пузыря, обильным кровотечением из сосудов предпузырной клетчатки. В двух случаях потребовалось проведение экстирпации матки. Вростание в мочевого пузыря отмечалось у трех пациенток, что предусматривало принудительное иссечение стенок мочевого пузыря в месте врастания, с последующим его ушиванием.

### **Заключение**

Использование временных окклюзии общих подвздошных артерий и двухуровневого гемостаза турникетами помогает избежать массивной кровопотери в тех случаях, где отсутствует врастание в мочевого пузыря, и произвести органосохраняющую операцию. При недостаточных условиях или возможностях применения временной окклюзии общих подвздошных артерий использование временного двухуровневого гемостаза турникетами является альтернативным и более дешевым способом, позволяющим сохранить матку и избежать массивной кровопотери.

### **Список литературы**

1. A systematic review and meta-analysis of cesarean delivery and other uterine surgery as risk factors for placenta accreta / *B. De Mucio et al.* // *J. Gynecol. Obstet.* – 2019. – Vol. 147, № 3. – P. 281–291.
2. Persistent hypoxia induced autophagy leading to invasiveness of trophoblasts in placenta accrete / *Y. et al Chen* // *J. Matern. Fetal. Neonatal Med.* – 2021. – Vol. 34, № 8. – P. 1297–1303.
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. Society of Gynecologic Oncology et al. Placenta Accreta Spectrum. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2018. – Vol. 219, № 6. – P. B2–B16.
5. Reproductive outcome after cesarean scar pregnancy: A systematic Отформатировано: английский (США) 33 review and meta-analysis / *M. Morlando et al.* // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* – 2020. – Vol. 99, № 10. P. 1278–1289.
6. Вростание предлежащей плаценты (placenta accreta) у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения. Клинико-морфологическое сопоставление / *Г. М. Савельева, М. А. Курцер, И. Ю. Бреслав, О. Б. Панина, А. И. Андреев, О. П. Барыкина* // *Акушерство и гинекология.* – 2015.
7. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management // *BJOG An / E. Jauniaux et al.* // *J. Obstet. Gynaecol.* – 2019. – Vol. 126, № 1. – P. e1–e48.
8. Interpregnancy interval and abnormally invasive placentation / *K. Martimucci et al.* // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* – 2019. – Vol. 98, № 2. – P. 183–187.

9. *Castaneda S.* Peripartum hysterectomy / *S. Castaneda, T. Karrison, L. A. Cibils* // *J. Perinat. Med.* – 2000. – Vol. 28, № 6. – P. 472–481.
10. *Jauniaux E.* Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis / *E. Jauniaux, A. Bhide* // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2017. – Vol. 217, № 1. P. 27–36.
11. Risk factors for abnormally invasive placenta: a systematic review and meta-analysis / *A. Iacovelli et al.* // *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* – 2020. – Vol. 33, № 3. – P. 471–481.
12. Incidence and risk factors for placenta accreta/increta/percreta in the UK: a national case-control study / *K. E. Fitzpatrick et al.* // *PLoS One.* – 2012. – Vol. 7, № 12. – P. e52893.
13. Outcome of Cesarean scar pregnancy managed expectantly: systematic review and meta-analysis / *G. Cali et al.* // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* – 2018. – Vol. 51, № 2. – P. 169–175.