

# ВРАСТАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ. РЕАЛИИ. БЛИЖАЙШИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Памфамиров Ю.К.<sup>1</sup>, Самойленко А.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Памфамиров Юрий Константинович – кандидат медицинских наук, доцент;

<sup>2</sup>Самойленко Анна Валерьевна – студент,  
кафедра акушерства и гинекологии № 1,

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования

Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского, г. Симферополь

**Аннотация:** представлены результаты обследования и лечения 6 беременных с вращением плаценты. Оперативное родоразрешение осложнилось массивным кровотечением. Используются традиционные методы остановки кровотечения: деваскуляризация, перевязка *a. iliaca interna*, гистерэктомия. С целью своевременной диагностики вращения плаценты рекомендовано проведение ультразвукового и МРТ-исследований у женщин с предлежанием плаценты и операцией кесарево сечение в анамнезе. Приведены данные о современной методике ведения родов при данной патологии: баллонная окклюзия общих подвздошных артерий, селективная эмболизация маточных артерий, донное кесарево сечение.

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

УДК 618.36-007.274

Проблема акушерских кровотечений в настоящее время по-прежнему остается актуальной. Массивная кровопотеря и геморрагический шок является одной из ведущих причин материнской смертности [1, 2, 3, 4].

Примерно 10% всех кровотечений в акушерстве приходится на долю приращения плаценты и нарушений ее отделения. Этиопатогенез данного состояния остается не совсем изученным. Согласно одной из гипотез, вращение плацентарной ткани в стенку матки происходит в результате дефектной децидуализации вследствие хирургических вмешательств на матке и избыточной инвазии трофобласта [5, 6]. В настоящее время средняя частота приращения плаценты составляет 1 случай на 1000-2500 родов [7]. Учитывая тенденцию к росту частоты кесарева сечения во всем мире, линейно возрастает риск предлежания и вращения плаценты [8]. Приращение плаценты квалифицируют по степени ее инвазии в миометрий, выделяя *placenta accreta vera* (ворсины проникают в субмукозную зону миометрия), *placenta increta* (ворсины проникают в миометрий) и *placenta percreta* (инвазия миометрия и серозной оболочки матки, мочевого пузыря и др.).

К группе высокого риска приращения плаценты относятся женщины с операциями на матке: кюретаж матки, гистерорезектоскопия, удаление полипа эндометрия, консервативная миомэктомия, хронический эндометрит, синдром Ашермана, аномалии развития половых органов.

Диагностика приращения плаценты осложняется скудной клинической картиной и отсутствием специфических ультразвуковых признаков при нормальной локализации и неглубокой инвазии плаценты в миометрий [9]. Для своевременного выявления приращения плаценты, необходимо проявлять особенную настороженность у женщин с кесаревым сечением и миомэктомией в анамнезе при предлежании плаценты, при расположении ее по передней стенке матки. Заподозрить приращение при предлежании плаценты до родов позволяет клиническая картина, микро- или макрогематурия (при вращении в заднюю стенку мочевого пузыря), острый живот с признаками внутрибрюшного кровотечения. Для исключения вращения плаценты на этапе амбулаторного наблюдения беременной методом выбора является УЗИ с доплерометрией. Данные ультразвукового исследования служат показанием для проведения МРТ во II–III триместре беременности. Дополнительные методы обследования необходимы для определения объема и тактики оперативного вмешательства, прогнозирования кровопотери и возможных осложнений в ходе операции.

До недавнего времени единственным методом разрешения данной акушерской ситуации считали плановую гистерэктомию во время кесарева сечения [7]. Стремительное развитие эндоваскулярной хирургии позволяет врачу не только контролировать и минимизировать интраоперационную кровопотерю, но и избежать гистерэктомии, сохранив репродуктивную функцию женщины.

Современная методика ведения родов при вращении плаценты подробно отражена в работах Angstmann T. и соавт. [11] и Курцера М.А. [10]. Авторы предлагают следующую схему:

1. Перед операцией установить окклюзионные баллонные катетеры в общие подвздошные артерии.
2. Подготовить препараты крови для трансфузии: СЖП, эритроцитарную массу, тромбоцитарную массу.

3. На фоне общей комбинированной анестезии произвести срединную лапаротомию с обходом пупка слева.
4. Классическое кесарево сечение в верхнем сегменте матки (донное кесарево сечение).
5. Извлечение ребенка.
6. Баллонная окклюзия общих подвздошных артерий под рентгенологическим контролем или селективная ЭМА (при отсутствии возможности выбора данных методов - двусторонняя перевязка а. iliaca interna).
7. Перевязка пуповины и погружение ее в полость матки.
8. Ушивание разреза непрерывным двухрядным швом.
9. Иссечение измененных участков стенки матки с плацентой в пределах интактного миометрия, а также рубцово-измененной, истонченной стенки матки.
10. Наложение двухрядного шва на разрез в нижнем маточном сегменте.
11. Возможен второй путь завершения операции: оставить плаценту *in situ* с дальнейшей ее экспульсией и последующим выскабливанием полости матки (на фоне проведения антибиотикотерапии).

Нами проведена ретроспективная клиничко-анамнестическая оценка вставания плаценты у шести беременных. Работа выполнена на базе городского клинического родильного дома № 2 города Симферополь.

Женщины по возрасту распределялись следующим образом: 20 лет – одна пациентка; 25-29 лет – две пациентки, 30-34 года – три пациентки. Средний возраст составил  $28,8 \pm 3,7$  года.

Всем женщинам на протяжении беременности проводили общеклинические обследования (уровень гемоглобина, тромбоцитов, гематокрита, концентрация фибриногена, АЧТВ, мочевины, билирубин и т.д.), УЗИ, доплеровское картирование с определением локализации плаценты. У четырех пациенток роды были своевременные, у двоих – преждевременные (в сроке 33 и 35 недель беременности).

Все женщины были повторнородящие, из них у троих – роды вторые, у троих – третьи. В анамнезе одно кесарево сечение было у двух женщин, два – у четырех. Все пациентки были родоразрешены путем операции кесарева сечения. Показания к абдоминальному родоразрешению были следующими: предлежание плаценты у трех пациенток, несостоятельность рубца у двоих, вставание плаценты у одной женщины. Плановое кесарево сечение произведено у пяти беременных, экстренное – у одной.

Диагноз вставания плаценты у всех женщин был установлен интраоперационно. У одной из них в области нижнего сегмента определялось выпячивание диаметром до 4 см, с избыточной васкуляризацией и инвазией плацентарной тканью предпузырной клетчатки и задней стенки матки до крестцово-маточных связок. У всех женщин во время операции развилось маточное кровотечение. Проводились акушерские пособия по остановке кровотечения: деваскуляризация матки, перевязка внутренних подвздошных артерий; меры по предупреждению развития патологических процессов в системе гемостаза – инфузионно-трансфузионная терапия.

Отсутствие технической возможности органосохраняющей операции на матке и необходимость остановки кровотечения определили показания для гистерэктомии. Удаление матки предпринималось при кровопотере 1500-2000 мл. Неосложненная экстирпация послеродовой матки приводит к дополнительной кровопотере 1500-2500 мл, осложненная 2000-6000 мл.

Все пациентки выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы:

1. Вставание плаценты – потенциально угрожающее жизни состояние, будет носить управляемый характер при условии своевременного проведения ультразвукового и МРТ-исследований, прогнозирования и выбора оптимальной хирургической тактики.
2. Современный метод ведения родов у беременных с вставанием плаценты – применение органосохраняющих технологий: внутрисосудистая баллонная окклюзия общих подвздошных артерий, селективная эмболизация маточных артерий. Можно предположить, что данный метод в недалеком будущем может стать безопасной альтернативой акушерской операции-гистерэктомии, позволяющей избежать многочисленных осложнений, связанных с этой операцией.
3. Успех интенсивной терапии массивного кровотечения зависит от слаженной работы акушерского стационара: акушеров-гинекологов, анестезиологов, эндоваскулярных хирургов, трансфузиологов.

#### **Список литературы**

1. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О., Чернов А.В. Масивні акушерські кровотечі / В.В. Камінський [та ін], 2010. С. 232.
2. Conde-Agudelo A., Belizan J., Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study / A. Conde-Agudelo [et al.] // *Obstet Gynecol*, 2005. Feb. P. 192, 342-349.

3. *McLintock C.* Postpartum haemorrhage. / *C. McIntock* // *Thromb Res.*, 2005. Feb. P. 115.
4. Saving women's lives: evidence-based recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage, *Bulletin of the World Health Organization, Bull World Health Organ* vol.85 no.4 Geneva Apr. 2007.
5. *Gami G., Goldman S., Shalev E., Salim R.* *Obstet. Gynaecol.*, 2011. Vol. 117. № 1. P. 55–59.
6. *Tantbirojn P., Crum C.P., Parast M.M.* *Placenta*, 2008. Vol. 29. № 7. P. 639-645.
7. *Eller A.G., Porter T.F., Soisson P., Silver R.M.* *BJOG*, 2009. Vol. 116. № 5. P. 648-654.
8. *Sinha P., Mishra M.* *Obstet. Gynaecol.*, 2012. Vol. 32. № 7. P. 621-623.
9. *Comstock C.H.* *Ultrasound Obstet. Gynaecol.*, 2005. Vol. 26. P. 89-96.
10. *Курцер М.А., Кутакова Ю.Ю., Бреслав И.Ю., Сонгорова Е.Н.* *Status Praes.*, 2013. № 1. С. 14-19.
11. *Angstmann T., Gard G., Harrington T. et al.* Surgical management of placenta accreta: a cohort series and suggested approach // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2010. Vol. 202. P. 38–39.