

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ У РОЖЕНИЦ С ИСТИННЫМ ПРИРАЩЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

Власова К. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Фомина И. В.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии, г. Тюмень

Ключевые слова: кесарево сечение, истинное приращение плаценты, массивная кровопотеря.

Резюме: истинное приращение плаценты - серьезное осложнение беременности, грозящее женщине массивной кровопотерей во время родоразрешения и высокой вероятностью потери детородного органа. Проанализированы случаи родоразрешений с использованием экстирпации матки и органосохраняющих вмешательств, с применением эмболизации маточных артерий, иссечением маточной грыжи и последующей метропластикой во время кесарева сечения.

Resume: a true increase in the placenta is a serious complication of pregnancy, which threatens a woman with massive blood loss during delivery and a high probability of loss of the genital organ. The cases of delivery with the use of uterine extirpation and organ-preserving intervention, with the use of uterine artery embolization, uterine hernia and metroplasty during Caesarean section.

Актуальность. Вследствие инвазии ворсин хориона в миометрий возникает одно из опасных осложнений беременности - истинное приращение плаценты. Постоянно растущее во всем мире число родоразрешений путем операции кесарева сечения привело к увеличению частоты встречаемости данной патологии. Так, распространенность аномалий прикрепления плаценты за последние 60 лет возросла в десятки раз. В 50-х годах XX века частота ее составляла 1 случай на 30000 родов [3], тогда как в настоящее время – 1 : 1000-2500 [2,4]. Родоразрешение пациенток с аномалиями прикрепления плаценты имеет высокий риск массивной кровопотери, требующей интенсивной трансфузионной терапии и применения адекватной хирургической тактики, зачастую заключающейся в экстирпации матки и безвозвратной потере детородного органа и утрате репродуктивной функции для пациенток. В настоящее время активно обсуждаются вопросы альтернативных методов профилактики массивного кровотечения при приращении плаценты, различных вариантов “обескровливания” матки во время оперативного вмешательства: двусторонняя перевязка внутренних подвздошных артерий в сочетании с терапией метотрексатом после родоразрешения [1], эмболизации маточных артерий [4], временная балонная окклюзия внутренних подвздошных артерий. Но, для возможностей применения органосохраняющих технологий требуется своевременная диагностика данной патологии.

Цель: проанализировать случаи родоразрешений женщин с истинным приращением плаценты.

Задачи: 1. Изучить по данным литературы ультразвуковые признаки приращения плаценты. 2. Изучить клинико-anamнестическую характеристику женщин с истинным приращением плаценты 3. Выявить ультразвуковые признаки

истинного приращения плаценты и срок их диагностики 4. Оценить материнские исходы у пациенток с истинным приращением плаценты с различными объемами оперативного вмешательства во время кесарева сечения.

Материалы и методы. Проведено сплошное ретроспективное исследование всех случаев родоразрешений женщин с истинным приращением плаценты с 2014 по 2017 гг. в акушерском стационаре ГБУЗ ТО “Перинатальный центр” (г. Тюмень), далее ПЦ и выездной бригадой акушеров-гинекологов ПЦ на базе ОКБ № 2 г. Тюмени. Материалом явились 38 историй родов и индивидуальных карт женщин, родоразрешенных с данной патологией за указанный период. Критерием включения в исследование явилось наличие аномалии прикрепления плаценты. Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением пакета прикладных программ STATISTICA (версия 6.0). рассчитывали среднее (M) и стандартное отклонение (SD), достоверность отличий определяли с помощью критерия Манна Уитни.

Результаты и их обсуждение. Особенностью оказания медицинской помощи пациенткам с приращением плаценты в ТО является то, что на базе ПЦ отсутствует необходимая для проведения ЭМА рентгенооперационная и сосудистый хирург, поэтому подобные родоразрешения у пациенток в плановом порядке проводятся на базе ОКБ №2 выездной бригадой акушеров-гинекологов ПЦ, где имеются данные условия. При возникновении показаний для родоразрешения в экстренном порядке (преждевременная отслойка плаценты или предлежание плаценты с кровотечением) оно проводится в ПЦ. Все роженицы были разделены на 3 группы: I группа – 27 женщин (71,05%), которым было выполнено родоразрешение путем операции донного кесарева сечения в плановом порядке с последующим после извлечения плода применением эмболизации маточных артерий, метропластикой и сохранением матки на базе ОКБ №2 г. Тюмени; II группа – 10 женщин (26,3%), которым родоразрешение выполнено в экстренном порядке путем операции кесарева сечения с экстирпацией матки; III группа – 1 человек (2,6%) – родоразрешение по путем операции кесарева сечения в плановом порядке без эмболизации маточных артерий с применением метропластики. В первой группе всем 100% пациенткам сохранили основной детородный орган - матку, а во второй все ее лишились. Пациентке третьей группы также удалось сохранить матку.

Средний возраст достоверно не отличался во всех группах и составил по группам: в первой - $33,5 \pm 4,2$, во второй $34,4 \pm 5,6$, в третьей 35 лет соответственно. Все 100% пациенток имели отягощенный акушерский анамнез (ОАА) и у всех имелся один и более рубец на матке. Сочетание наличия рубца на матке и выскабливаний полости матки выявлено в 48,1% случаев в первой и 50% во второй группе. Истинное приращение плаценты зарегистрировано у всех пациенток. При изучении диагностики данной аномалии выявлено, что в 48,1% и 60 % в I и II группах соответственно уже в I триместре беременности определялись такие УЗ-признаки, как необычная локализация хориона (низкое прикрепление/перекрывает внутренний зев), что наряду с ОАА в виде оперативных вмешательств на матке (кесарево сечение в анамнезе) – 92,6% и 100%, позволяет заподозрить аномалию прикрепления. Во II триместре гестации низкое прикрепление плаценты/отсутствие

миграции наблюдалось в 96,2% (из них $n=3$ – в области рубца) и 100%. Также отмечены такие признаки, как отсутствие гипоэхогенной зоны между плацентой и миометрием, а также гиперваскуляризация нижнего сегмента матки 7,4% в I группе, во II - плацентарная грыжа у 10%. Лакуны диагностированы в 7,4% и 50% случаев соответственно в I и II, истончение миометрия наблюдали у 3,7% и 10% рожениц. Для III триместра были характерны следующие признаки: аномальная локализация плаценты в 92,6% и 60% (из них в 80 и 83,3% плацента локализовалась в области внутреннего зева - предлежание плаценты), плацентарная грыжа обнаружена в 48,1% и 20%, усиление маточного кровотока в 70,3% и 30%, истончение миометрия в 37% (из них в 20% миометрий отсутствовал) и 10%.

Среди других осложнений беременности наиболее часто встречались плацентарная недостаточность (74% и 80%) и угрозы прерывания беременности в различные сроки (33,3% и 60%). Среди сопутствующей патологии наиболее часто отмечены анемия различных степеней тяжести (55,5% и 50%), во второй группе в 40% выявлен хронический вирусный гепатит С и в 20% ВИЧ-инфекция, остальная экстрагенитальная патология встречалась значительно реже. Достоверно различался и срок родоразрешения: $37,2 \pm 1,08$ (I) и $32,4 \pm 4,6$ (II) недель по группам, а пациентка третьей группы родоразрешена в 38,5 недель гестации. Объем кровопотери достоверно отличался между группами и составил $1362,9 \pm 1089,8$ мл (I) и $5633,3 \pm 3320$ мл (II), у пациентки третьей группы он составил 4000 мл.

Выводы: 1. В анамнезе у всех пациенток с аномалией прикрепления плаценты имелось кесарево сечение (зачастую и не одно), у половины из них сочетающееся с последующим выскабливанием полости матки. 2. Наиболее часто встречающимися ультразвуковыми признаками приращения плаценты являются расположение хориона в области рубца на матке в сочетании с отсутствием миграции плаценты во втором и третьем триместре, наличие маточной грыжи. 3. Применение органосохраняющих методик при родоразрешении пациенток с истинным приращением плаценты позволяет достоверно снизить объем кровопотери, улучшить материнские и перинатальные исходы, сохранить репродуктивную функцию.

Литература

1. Комиссарова Л.М., Васильченко О.Н. Органосберегающая тактика родоразрешения при истинном приращении плаценты // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2009. - №№6. - С. 25-28.
2. Тихоненко И.В., Барсуков А.Н., Пацев С.В., Когаленок Н.Н. Диагностика приращения плаценты: клиническое наблюдение и обзор литературы // Пренатальная диагностика. - 2007. - №№6 (2). - С. 123-130.
3. Флейшер А., Мэнинг Э., Дженти Ф., Ромеро Р. Эхография в акушерстве и гинекологии: теория и практика. - 6-е изд. - М.: Дом Видар, 2005. - 345 с.
4. Rebarder A. et al. Successful bilateral uterine artery embolization during an ongoing pregnancy // Obstetrics and gynecology. - 2009. - №№2. - Vol. 113.