

Клиническая медицина

**ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ
МАССИВНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ИСТИННЫМ
ПРИРАЩЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ**

Таусенева К.С., Чечулин Е.С.

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

Тюменский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии

Ключевые слова: приращение плаценты, эндоваскулярные технологии, акушерское кровотечение.

Резюме: приращение плаценты – это серьезное осложнение беременности, приводящее к развитию массивного акушерского кровотечения с необходимостью срочной экстирпации матки. В статье рассмотрены случаи родоразрешения женщин с истинным приращением плаценты, проанализированы анамнестические данные и результаты диагностических методик.

Resume: placental increment is a serious complication of pregnancy, leading to the development of massive obstetric bleeding with the need for urgent extirpation of the uterus. The article deals with cases of delivery of women with true placental increment, analyzes the anamnestic data and the results of diagnostic techniques.

Актуальность. Кесарево сечение в современном акушерстве является наиболее распространенной операцией, направленной на улучшение исходов беременности как для матери, так и для плода [1]. На фоне увеличения частоты хирургического родоразрешения наблюдается снижение материнской и перинатальной смертности, как основных показателей службы родовспоможения [4]. Однако данная тактика ведения родов привела к малопредсказуемым, но логическим последствиям – увеличению частоты аномалий предлежания и прикрепления плаценты.

Доля патологической плацентации в последние десятилетия сильно возросла и имеет тенденцию к росту. По данным различных источников частота патологической инвазии составляет 0,05% от общего количества родов [3]. В большинстве случаев приращение плаценты развивается при низкой плацентации и наличии послеоперационного рубца на матке. Это обусловлено тем, что место инвазии ворсин хориона чаще локализуется в нижнем сегменте передней стенки матки, то есть в месте типичного ее разреза при проведении кесарева сечения [2].

Родоразрешение пациенток с данной патологией предполагает выбор четкой врачебной тактики и применение адекватной трансфузионной терапии, что связано с высоким риском массивного акушерского кровотечения. Целью современного оперативного акушерства является сохранение репродуктивной функции женщины и отказ от радикальных операций, к которым относится экстирпация матки. В связи с этим, в практику активно вводятся технологии альтернативной профилактики массивного кровотечения при приращении плаценты, которые включают в себя методы эндоваскулярного гемостаза. К таким технологиям относятся: временная баллонная

Клиническая медицина

окклюзия внутренних подвздошных артерий, эмболизация маточных артерий. Возможность применения органосохраняющих методик во многом зависит от своевременного выявления данной патологии и от конкретной клинической ситуации.

Цель: рассмотреть тактику ведения родов у женщин с истинным приращением плаценты.

Задачи: 1. Определит ультрозвуковые критерии истинного приращения плаценты и срок их выявления; 2. Проанализировать анамнез и особенности течения беременности у пациенток с приращением плаценты. 3. Оценить варианты материнских исходов у пациенток с истинным приращением плаценты при различной врачебной тактике.

Материалы и методы. Проведено сплошное ретроспективное когортное исследование всех случаев родоразрешений женщин с истинным приращением плаценты с 2014 по 2017 гг. в городе Тюмень, произошедших на базе акушерского стационара ГБУЗ ТО “Перинатальный центр” (г. Тюмень) и выездной бригадой акушеров-гинекологов перинатального центра в Областной клинической больнице № 2 г. Тюмени. Материалом послужили 38 историй родов, индивидуальных карт беременных и рожениц с истинным приращением плаценты. Критерием включения в исследование явилось выявление патологической плацентации. Для статистического анализа использованы программы Microsoft Excel и Statistica 13. О достоверности различий судили по непараметрическому критерию (U) Манна-Уитни, считая их достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. При родоразрешении женщин с истинным приращением плаценты работает следующий алгоритм маршрутизации. На базе ГБУЗ ТО “Перинатальный центр” (г. Тюмень) отсутствует необходимое для проведения эмболизации маточных артерий оборудование, рентгенооперационная и сосудистый хирург, в связи с этим хирургическое родоразрешение производится в Областной клинической больнице №2 выездной бригадой врачей. Все случаи экстренного кесарева сечения у женщин с приращением и наличием показаний к операции проводятся в перинатальном центре.

Все пациентки были разделены на три клинические группы в зависимости от выбранной хирургической стратегии. В первую группу вошло 27 пациенток (71,05%), которым была проведена плановая операция донного кесарева сечения с последующим использованием эмболизации маточных артерий, метропластики и сохранения матки. Данные оперативные вмешательства применялись на базе Областной клинической больницы №2. Всем женщинам удалось провести органосохраняющую операцию. Во вторую группу вошло 10 рожениц (26,3%), которым в экстренном порядке было выполнено абдоминальное родоразрешение в перинатальном центре с последующей экстирпацией матки. В результате все женщины потеряли детородный орган. Третья группа включает 1 пациентку (2,6%), родоразрешенную в экстренном порядке в перинатальном центре без применения эндоваскулярных методик с использованием метропластики. Роженице из третьей группы удалось сохранить детородный орган.

Клиническая медицина

При расчете среднего возраста пациенток получены следующие данные: в первой группе – $33,5 \pm 4,2$, во второй $34,4 \pm 5,6$, в третьей 35 лет – средний возраст пациенток достоверно не отличается. Анализ анамнестических данных показал, что все 38 женщин имели отягощенный акушерский анамнез с наличием одного и более кесарева сечения. В первой группе у 48,1% пациенток выявлено сочетание рубца на матке и выскабливания, во второй группе у 50%.

Истинное приращение плаценты было зарегистрировано у всех рожениц. Такие УЗИ-признаки, как необычная топик хориона (низкое прикрепление, перекрытие внутреннего зева) выявлено в I триместре беременности в 48,1% и 60% случаев в первой и второй группе соответственно. Выявление подобных аномалий наряду с отягощенным акушерским анамнезом (рубец на матке) – 92,6% и 100%, позволяет предположить патологическое прикрепление плаценты. Во II триместре низкое прикрепление плаценты или отсутствие миграции обнаруживалось у 96,2% пациенток в первой группе (в 3 случаях в области рубца) и 100% во второй группе. При УЗ-исследовании дополнительно выявлены следующие признаки: отсутствие гипозоженной зоны между плацентой и миометрием, гипреваскуляризация нижнего сегмента матки 7,4% в I группе, во II- плацентарная грыжа у 10%. К признакам, выявленным в III триместре относятся аномалии локализации плаценты в 92,6% и 60% (у 80 и 83,3% наблюдалось предлежание плаценты, в 48,1% и 20% обнаружена плацентарная грыжа, усиление маточного кровотока в 70,3% и 30%, истончение миометрия в 37% (из них в 20% миометрий отсутствовал) и 10%.

Изучение клинических особенностей течения беременности показало, что в 74% и 80% в первой и второй группе соответственно наблюдалась плацентарная недостаточность, угроза прерывания беременности в различные сроки – 33,3% и 60%. Анамнез отягощают сопутствующие патологии: анемия различной степени тяжести (55,5% и 50%), хронический вирусный гепатит С выявлен во второй группе в 40% и в 20% ВИЧ-инфицированность.

Обнаружены достоверные различия сроков 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. У всех пациенток с истинным приращением плаценты наблюдался отягощенный акушерский анамнез, включающий в себя наличие рубца на матке, у половины из них он сочетается с выскабливанием полости матки. 2. К наиболее типичным УЗ-признакам приращения относятся: плацентация в области рубца на матке, отсутствие миграции плаценты во II и III триместре, наличие маточных грыж. 3. Применение эмболизации маточных артерий достоверно позволяет улучшить материнские и перинатальные исходы за счет снижения объема кровопотери, что в свою очередь ведет к сохранению детородного органа.

Литература

Клиническая медицина

1. Акушерская агрессия, v. 2.0. / В.Е. Радзинский. - М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2017. - 872 с., илл.
2. Власова К.С. Результаты родоразрешения женщин с истинным приращением плаценты с использованием эмболизации маточных артерий или без нее // Смоленский медицинский альбоматер. – 2018. - №1. – С. 49-50.
3. Попова Т.В., Беева Е.А. Приращение плаценты // Медицинская наука и образование урала. – 2012. - №3. – С. 73 – 74.
4. Хасанов А.А. и соав. Эмболизация маточных артерий у беременных и рожениц как метод профилактики массивной акушерской кровопотери // Актуальные проблемы медицины. – 2011. - №7(55). – С. 141-143.