

ПРИРАЩЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ: ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Гошкевич Е.А.¹, Пересада О.А.², Ващилина Т.П.¹

¹ Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»,

² Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

г. Минск, Республика Беларусь

Резюме. Проведен сравнительный анализ течения беременности, акушерских и перинатальных исходов у 30 женщин с приращением плаценты в рубец матки. Установлено, что женщины с приращением плаценты в анамнезе имеют высокий удельный вес заболеваний мочевыделительной системы – 46,7 %. Родоразрешение осуществлялось с применением и без применения рентгенэндоваскулярных технологий. Объем кровопотери при родоразрешении с использованием рентгенэндоваскулярных технологий статистически значимо меньше ($p=0,000081$), чем без их использования. Женщины с приращением плаценты, течение беременности которых осложнилось кровотечением, значительно чаще были родоразрешены в экстренном порядке без применения рентгенэндоваскулярных технологий. Срок беременности

при экстренном родоразрешении был меньше, чем при родоразрешении в плановом порядке, что повышает риск перинатальных осложнений.

Ключевые слова: приращение плаценты, кесарево сечение, рентгенэндоваскулярные технологии.

Введение. Одной из актуальных проблем современного акушерства является проблема ведения беременности у женщин с рубцом матки после кесарева сечения. По данным государственной отчетности, частота кесарева сечения неуклонно растет в течение последних десятилетий и в 2022 году достигла в Республике Беларусь 33,8 %.

Неминуемым следствием высокой частоты оперативного родоразрешения является увеличение распространенности патологической инвазии ворсин хориона, следствием которого является приращение плаценты у беременных с рубцом матке [1, 4]. Женщины с приращением плаценты относятся к группе высокого риска не только по массивным акушерским кровотечениям, но и по разрыву матки, травме мочевого пузыря или мочеточников во время операции кесарево сечение [2].

В настоящее время приращение плаценты встречается с частотой 2–6%, сочетается с её предлежанием в 75–90 % случаев, что повышают риск материнской смертности и количество случаев критических акушерских состояний («Near miss») вследствие профузного кровотечения с массивной кровопотерей [3, 4].

В то же время сохранение матки в процессе оперативных родов возможно посредством выполнения метропластики при условии использования технологий, обеспечивающих минимизацию кровопотери [1,2].

Цель работы: провести сравнительный анализ течения беременности и исходы родов у женщин с приращением плаценты, родоразрешенных с применением и без применения рентгенэндоваскулярных технологий.

Материалы и методы. Был проведен анализ анамнеза, течения беременности, исходов беременности и родов, состояния здоровья у 30 женщин с приращением плаценты и их детей при рождении. Женщины были разделены на две группы: в группу 1 вошли 15 женщин с приращением плаценты, которые были родоразрешены с применением рентгенэндоваскулярных технологий (далее – РЭТ), в группу 2 – 15 женщин с приращением, без применения РЭТ.

Применение РЭТ осуществлялось в государственном учреждении «Минский научно-практический центр «Хирургии, трансплантологии и гематологии» и государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр «Кардиология». Женщинам с приращением плаценты (группа 2) медицинская помощь без применения РЭТ при родоразрешении оказывалась в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя». Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту, антропометрическим данным. Наличие вращающей плаценты было подтверждено гистологически.

Статистическую обработку материала выполнили с использованием статистической программы «STATISTICA 10». Определяли удельный вес (%), медиану (Me) и интерквартильный размах (Q_{25} – Q_{75}). Для сравнения независимых выборок с количественными показателями использовали непараметрический критерий Манна-Уитни (U). Для сравнения качественных показателей (долей) в группах использовали критерий χ^2 . Статистически значимыми принимали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение

Таблица 1 – Возраст и антропометрические показатели беременных женщин исследуемых групп, Ме (Q₁–Q₃)

Показатели	Группа 1 (n=15), %	Группа 2 (n=15), %	Статистическая значимость различий
Возраст, года	32 (30–33)	33 (29–36)	U=103; p=0,71
Рост, см	162 (157–165)	166 (156–170)	U=111; p=0,96
Масса тела до беременности, кг	60 (55–66)	60 (52–67)	U=101; p=0,65
ИМТ до беременности	22,0 (20,3–24,4)	22,6 (20,1–26,7)	U=107; p=0,68
Прибавка массы тела за беременность, кг	11 (6–13)	7 (5–10)	U=66,5; p=0,16
Временной интервал между последним кесаревым сечением и настоящей беременностью, года	3 (2–4)	3 (1–5)	U=111; p=0,98

Женщины группы исследования не имели статистически значимых различий по прибавке массы тела до беременности и временному интервалу между последним кесаревым сечением и настоящей беременностью.

Все женщины группы исследования были повторнобеременными и повторнородящими, особенности акушерско-гинекологического анамнеза представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Структура особенностей акушерско-гинекологического анамнеза, абс.число (%)

Особенности акушерско-гинекологического анамнеза у пациентов с аномалиями инвазии плаценты	Группа 1 (n=15), %	Группа 2 (n=15), %	Статистическая значимость различий
Одно кесарево сечение	2 (13,3)	5 (33,3)	$\chi^2 = 1,7$, p>0,05
Два кесаревых сечения	7 (46,7)	4 (26,7)	$\chi^2 = 1,35$, p>0,05
Три кесаревых сечения	5 (33,3)	5 (33,3)	$\chi^2 = 0,0$, p>0,05
Четыре кесарева сечения	1 (6,7)	1 (6,7)	$\chi^2 = 0,0$, p>0,05
Преждевременные роды	4 (26,7)	6 (40,0)	$\chi^2 = 0,6$, p>0,05
Вакуум аспирация	6 (40,0)	0	–
Медицинский аборт	0	3 (20,0)	–
Неразвивающаяся беременность	6 (40,0)	2 (13,3)	$\chi^2 = 2,7$, p>0,05
Самопроизвольный выкидыш	5 (33,3)	3 (20,0)	$\chi^2 = 0,7$, p>0,05
Внематочная беременность	1 (6,6)	0	–
Антенатальная гибель плода	0	1 (6,7)	–
Беременность по счету	4 (3 – 5)	3 (3 – 4)	U=83,5; p=0,24
Число родов в анамнезе	2 (2 – 3)	2 (1 – 3)	U=96,5; p=0,52

В таблице 3 представлены результаты наличия у женщин групп исследования сопутствующих соматических и гинекологических заболеваний.

Таблица 3 – Распределение беременных женщин групп исследования по наличию соматических и гинекологических заболеваний, абс. число (%)

Показатели	Группа 1 (n=15), %	Группа 2 (n=15), %	Статистическая значимость различий
Заболевания сердечно-сосудистой системы (ПМК, варикозная болезнь, железодефицитная анемия)	7 (46,7)	4 (26,7)	$\chi^2 = 1,3, p>0,05$
Эндокринные заболевания (сахарный диабет (прегестационный или гестационный), гипотиреоз)	2 (13,3)	3 (20,0)	$\chi^2 = 1,2, p>0,05$
Хронические заболевания ЛОР-органов и верхних дыхательных путей	2 (13,3)	1 (6,7)	$\chi^2 = 0,64 p>0,05$
Заболевания желудочно-кишечного тракта	3 (20,0)	1 (6,7)	$\chi^2 = 1,2, p>0,05$
Заболевания мочевыделительной системы	7 (46,7)*	2 (13,3)	$\chi^2 = 4,0, p<0,05$
Заболевания глаз (миопия)	3 (38,8)	5 (33,3)	$\chi^2 = 0,7 p>0,05$
Наследственная тромбофилия	2 (13,3)	0	–
Воспалительные заболевания женских тазовых органов в анамнезе	2 (13,3)	0	–
Невоспалительные заболевания в анамнезе (эрозия, дисплазия шейки матки, миома матки, кисты яичников)	1 (6,7)	4 (26,7)	$\chi^2 = 2,2, p>0,05$

Примечание – «*» статистически значимые различия в группах, $p<0,05$

Из анамнеза у женщин групп исследования диагностировались единичные случаи невоспалительных гинекологических заболеваний, такие как миома матки, эрозия шейки матки, кисты яичника. Среди соматических заболеваний в группе 1 первое место занимали заболевания сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем по 7 (46,7 %) случаев, однако статистически значимые различия между группами были отмечены только по количеству случаев среди заболеваний мочевыделительной системы: 7 (46,7 %) случаев в группе 1 против 2 (13,3 %) случаев в группе 2 ($p<0,05$).

Распределение пациенток исследуемых групп по наличию осложнений в течение беременности представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Распределение пациенток исследуемых групп по наличию осложнений беременности, абс. число (%)

Показатели	Группа 1 (n=15), %	Группа 2 (n=15), %	Статистическая значимость различий
Угроза прерывания беременности 1 триместр	6 (40,0)	5(33,3)	$\chi^2 = 0,1, p>0,05$
Гестационный сахарный диабет	1 (6,7)	1 (6,7)	$\chi^2 = 0,0, p>0,05$
Гестационная артериальная гипертензия	0	2 (13,3)	–

Продолжение таблицы 4

Показатели	Группа 1 (n=15), %	Группа 2 (n=15), %	Статистическая значимость различий
Фетоплацентарные нарушения с/без задержки роста плода	1 (6,7)	0	–
Маловодие	0	2 (13,3)	–
Кровотечение	2 (13,3)*	10 (66,7)	$\chi^2 = 8,9, p < 0,01$
Разрыв матки по рубцу	0	1 (6,7)	–
Аntenатальная гибель плода	0	1 (6,7)	–
Инфекционные осложнения во время беременности, острые респираторные заболевания, Covid-19	4 (26,7)	2 (13,3)	$\chi^2 = 0,8, p > 0,05$

Примечание – «*» статистически значимые различия в группах, $p < 0,05$.

У женщин группы 2 значительно чаще ($\chi^2 = 8,9, p < 0,01$) течение беременности осложнялось кровотечением – 10 (66,7 %) случаев, по сравнению с группой 1 – 2 (13,3 %) случая, что потребовало экстренного родоразрешения.

Среди интраоперационных характеристик исследуемых групп оценивали: срок беременности при родоразрешении, экстренность родоразрешения, выполнение донного или корпорального кесарева сечения, объем кровопотери, длительность и объем хирургического вмешательства (ампутация матки, экстирпация матки, органосохраняющая операция (метропластика), степень инвазии плаценты в органы малого таза женщины). Характеристика хирургического вмешательства у женщин групп исследования представлена в таблице 5.

Таблица 5 – Показатели при родоразрешении, Ме (Q1–Q3) или абс. число (%)

Показатель	Группа 1 (n=15)	Группа 2 (n=15)	Статистическая значимость различий
Срок родоразрешения, дней	249 (235–253)	229 (213–248) *	$U=63,5; p=0,04$
Преждевременные роды	13 (66,7)	14 (93,3)	$\chi^2 = 0,4, p > 0,05$
Экстренное родоразрешение	2 (13,3)	11 (73,3) *	$\chi^2 = 11,0, p < 0,001$
Донное кесарево сечение	1 (6,7)	3 (20,0)	$\chi^2 = 1,2, p > 0,05$
Корпоральное кесарево сечение	14 (93,3)	12 (80,0)	$\chi^2 = 1,2, p > 0,05$
Интраоперационная кровопотеря, мл	1000 (800 – 1500)*	2800 (2500 – 3500)	$U=17; p=0,000081$
Длительность операции, мин	135 (95 – 145)	153 (136 – 193)	$U=91; p=0,38$
Прорастание плаценты в заднюю стенку мочевого пузыря	6 (40,0)	3 (20,0)	$\chi^2 = 1,3, p > 0,05$
Экстирпация матки	3 (20,0)	2 (13,3)	$\chi^2 = 0,2, p > 0,05$
Ампутация матки	4 (26,7)	9 (60,0)	$\chi^2 = 3,4, p > 0,05$
Метропластика; Метропластика со стерилизацией	8 (53,3) 7 (46,7)	4 (26,7) 3 (20,0)	$\chi^2 = 2,2, p > 0,05$ $\chi^2 = 1,1, p > 0,05$
Дренаж брюшной полости	12 (80,0)	13 (86,7)	$\chi^2 = 0,82, p > 0,05$

Примечание – «*» статистически значимые различия в группах, $p < 0,05$

Характеристики хирургического вмешательства при родоразрешении женщин путем операции кесарево сечение с применением и без применения рентгенэндоваскулярных технологий имели статистически значимые различия по сроку беременности при родоразрешении, числу экстренного родоразрешения и объему интраоперационной кровопотери. Средний срок родоразрешения у женщин группы 2 (229 (213–248)) был статистически значимо меньше $U=63,5$; $p=0,04$, чем у женщин группы 1 (249 (235–253)).

Средний объем кровопотери при оперативном родоразрешении с использованием РЭТ, составил в группе 1, в группе женщин, при родоразрешении которых использовались РЭТ, составил 1000 (800 – 1500) мл, что было статистически значимо меньше ($U=17$; $p=0,000081$), чем в группе 2 (без использования РЭТ) – 2800 (2500 – 3500) мл.

Число операций кесарева сечения в экстренном порядке было статистически значимо выше ($\chi^2 = 11,0$, $p<0,001$) в группе 2, чем в группе 1 (11 (73,3) против 2 (13,3)).

Оценка состояния здоровья новорожденных и их антропометрические показатели представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Оценка состояния и антропометрических показателей новорожденных, абс. число (%)

Показатели	Группа 1 (n=15)	Группа 2 (n=15)	Статистическая значимость различий
Асфиксия при рождении (7 баллов и менее по шкале Апгар на 1-й минуте)	6 (40,0)	9 (60,0)	$\chi^2 = 1,2$, $p>0,05$
Переведено на ИВЛ	7 (46,7)	12 (80,0)	$\chi^2 = 3,6$, $p>0,05$
Масса тела, г	2 800 (2410–2 850)	2050 (1470–2600)	$U=71$; $p=0,089$
Пол новорожденного: – мужской – женский	9 (53,1) 6 (40,0)	7 (46,9) 8 (56,5)	$\chi^2 = 3,6$, $p>0,05$ $\chi^2 = 0,5$, $p>0,05$

В таблице 7 представлены результаты заключений морфогистологического исследования плацент в группах исследования.

Таблица 7 – Распределение женщин по степени инвазии плаценты в матку (гистологическое заключение) в группах исследования, абс. число (%)

Заключение	Группа 1 (n=15)	Группа 2 (n=15)	Статистическая значимость различий
Placenta accreta	0	3 (20,0)	–
Placenta increta	10 (66,7)	8 (53,3)	$\chi^2 = 0,56$, $p>0,05$
Placenta percreta	5 (33,3)	4 (26,7)	$\chi^2 = 0,11$, $p>0,05$

Заключение. Таким образом, установлено, что женщины с приращением плаценты в анамнезе имеют высокий удельный вес заболеваний мочевыделительной системы – 46,7 %.

Объем кровопотери при родоразрешении с использованием РЭТ статистически значимо меньше ($p=0,000081$), чем без использования РЭТ.

Женщины с приращением плаценты, течение беременности которых осложнилось кровотечением, значительно чаще были родоразрешены в экстренном порядке без применения РЭТ.

Срок беременности при экстренном родоразрешении был меньше, чем при родоразрешении в плановом порядке, что повышает риск перинатальных осложнений.

Следовательно, применение рентгенэндоваскулярных технологий при родоразрешении женщин с приращением плаценты будет способствовать сохранению здоровья и репродуктивной функции данной категории женщин, снижению акушерских и перинатальных осложнений.

Литература

1. Шмаков, Р.Г. Хирургическая тактика при врастании плаценты с различной глубиной инвазии / Р.Г. Шмаков [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2020. – № 1. – С. 78–82.
2. Курцер, М.А. Сравнительная характеристика эндоваскулярных методов остановки кровотечения при placenta accreta / М.А. Курцер [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2017. – Т. 16, № 5. – С. 17–24.
3. Ремнёва, О.В. Массивные акушерские кровотечения: медикосоциальный портрет «near miss», оптимизация акушерских и телемедицинских технологий на основе стратегии риска / О.В. Ремнёва, Е.Г. Ершова, А.Е. Чернова, А.И. Гальченко, В.А. Боровков // Фундаментальная и клиническая медицина. – 2019. – Т. 4, № 3. – С. 41–47.
4. Jauniaux, E. FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accrete spectrum disorders / E. Jauniaux, D. Ayres-de-Campos, J. Langhoff-Roos [et al.] // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2019. – Vol 146, Iss.1. – P.20–24.

PLACENTA ACCRETA: PREGNANCY COMPLICATIONS, OBSTETRIC AND PERINATAL OUTCOMES

Goshkevich E.A., Perecada O.A., Vashchilina T.P.

*State institution «Republican Scientific and Practical Centre «Mother and Child»,
Institute for advanced training and retraining for BSMU,
Minsk, Republic of Belarus*

A comparative analysis of the course of pregnancy, obstetric and perinatal outcomes was carried out in 30 women with placenta accretion into the uterine scar. It has been established that women with a history of placenta accreta have a high proportion of diseases of the urinary system – 46.7 %. Delivery was carried out with and without the use of X-ray endovascular technologies. The volume of blood loss during delivery using X-ray endovascular technologies is statistically significantly less ($p = 0.000081$) than without the use. Women with placenta accreta, whose pregnancy was complicated by bleeding, were significantly more likely to have an emergency delivery without the use of x-ray endovascular technologies. The gestation period during emergency delivery was shorter than during planned delivery, which increases the risk of perinatal complications.

Keywords: abnormally invasive placenta, cesarean section, X-ray endovascular technologies.

Поступила 14.10.2023