

УДК 618.36-007.274
ГРНТИ 76.29.48

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ЦЕНТРАЛЬНЫМ ПРЕДЛЕЖАНИЕМ И ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ В ОБЛАСТНОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ Г. АСТРАХАНИ

DOI: 10.31618/ESU.2413-9335.2021.2.82.1210

Степанян Лусине Вардановна,

*кандидат медицинских наук,
ассистент кафедры акушерства и
гинекологии лечебного факультета,
ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России,
врач акушер-гинеколог Областного перинатального
центра ГБУЗ АО «Александро-Мариинская
областная клиническая больница», г. Астрахань
тел: +7(988) 078-70-01*

Малышева Ирина Павловна,

*заведующая родовым (родильным) отделением
Областного перинатального центра
ГБУЗ АО «Александро-Мариинская
областная клиническая больница», г. Астрахань*

Барковская Нина Александровна,

*врач акушер-гинеколог Областного перинатального
центра ГБУЗ АО «Александро-Мариинская
областная клиническая больница», г. Астрахань*

Волобаева Светлана Николаевна,

*врач акушер-гинеколог Областного перинатального
центра ГБУЗ АО «Александро-Мариинская
областная клиническая больница», г. Астрахань*

АННОТАЦИЯ

Представлены результаты обследования и лечения 32 беременных с центральным предлежанием и вращением плаценты. С целью своевременной диагностики вращающейся центрально расположенной плаценты рекомендовано проведение ультразвукового и МРТ-исследований у женщин с предлежанием плаценты и операцией кесарево сечение в анамнезе. Представлены результаты родоразрешения беременных в условиях Областного перинатального центра ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница» г. Астрахани за 2019-2020 гг..

ANNOTATION

The results of examination and treatment of 32 pregnant women with central presentation and placental accreta are presented. For the purpose of timely diagnosis of centrally located placenta ingrowth, it is recommended to conduct ultrasound and MRI studies in women with placenta previa and a history of cesarean section. The results of delivery of pregnant women in the conditions of the Regional Perinatal Center "Alexandro-Mariinsky Regional Clinical Hospital" in Astrakhan for 2019-2020 are presented.

Ключевые слова: центральное предлежание плаценты, вращение плаценты, кесарево сечение, метропластика, гистерэктомия.

Key words: central placenta previa, placental accreta, cesarean section, metroplasty, hysterectomy.

В современном акушерстве проблема кровотечений в настоящее время по-прежнему остается актуальной. Массивная кровопотеря и геморрагический шок является одной из ведущих причин материнской смертности [1, 2, 3]. Примерно 10 всех кровотечений в акушерстве приходится на долю приращения и вращающейся плаценты и нарушений ее отделения. Причины и патогенез до конца не изучены. Существует множество гипотез. Согласно одной из них, вращение плацентарной ткани в стенку матки происходит в результате дефектной децидуализации вследствие хирургических вмешательств на матке и избыточной инвазии трофобласта [4, 5]. По последним данным средняя частота приращения плаценты составляет 1 случай на 1000- 2500 родов [6]. Учитывая тенденцию к росту частоты кесарева

сечения во всем мире, линейно возрастает риск предлежания и вращающейся плаценты [7]. Приращение плаценты классифицируется следующим образом: 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 и др. Диагностика вращающейся плаценты осложняется скудной клинической картиной и отсутствием специфических УЗ-признаков при нормальной

локализации и неглубокой инвазии плаценты в миометрий [8]. Для своевременного выявления врастания 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 врастание при предлежании плаценты до родов позволяет клиническая картина, микро- или макрогематурия (при врастании в заднюю стенку мочевого пузыря), острый живот с признаками внутрибрюшного кровотечения. Для исключения врастания плаценты на этапе амбулаторного наблюдения беременной методом выбора является УЗИ с доплерометрией. Данные УЗИ 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 [6].

Цель – представить исходы беременностей пациенток с центральным предлежанием и врастанием плаценты в условиях Областного перинатального центра ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница» г. Астрахани за 2019-2020 гг..

Материалы и методы.

За медицинской помощью в ОПЦ ГБУЗ АО АМОКБ всего обратились 32 женщины с диагнозом центральное предлежание и врастание плаценты.

Результаты исследования.

Средний возраст их составил $32 \pm 2,1$ 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 32 беременных выявлено центральное предлежание. Все женщины были повторнородящие. Беременности были одноплодные у 31 (96,9%) женщины, и многоплодная (дихориальная диамниотическая) у 1 (3,1%). В анамнезе только у одной пациентки не было оперативных вмешательств на матке. Остальные 31 женщина имели рубец на матке. Все пациентки были родоразрешены путем операции кесарева сечения. Плановое кесарево сечение произведено у 26 (81,2%) беременных, экстренное – у 6 (18,8%) пациенток.

С целью профилактики и/или остановки кровотечения при центральном предлежании плаценты мы выполняем следующие действия: 1. Прошивание кровотока участка ложа плацентарной площадки; 2. Перевязка магистральных сосудов матки (яичниковых и маточных артерий); 3. Наложение компрессионных швов на матку («матрасный» или В-Lynch, Перейра; 4. Введение компрессионного баллона Я.Г. Жуковского (баллонная тампонада); 5. Sandwich метод (способ бутерброда) — введение в

полость матки компрессионного баллона и наложение после ушивания матки компрессионных швов; 6. Экстирпация или низкая надвлагалищная ампутация матки.

Кроме того применяем методы консервативного гемостаза и кровесберегающие технологии: • применение утеротоников; • внутривенное введение; • применение карбетоцина; • использование мизопроста; • антифибринолитики (транексамовая кислота); • антраоперационная нормоволевмическая гемодилюция; • аппаратная реинфузия аутоэритроцитов; • компоненты крови (СЗП, тромбоциты, криопреципитат); • факторы свертывания.

Итак, диагноз врастания плаценты у женщин был подтвержден или установлен интраоперационно. Их число составило 13 человек (40,6%). У данных пациенток объем операции был расширен до экстирпации матки без придатков. Средняя кровопотеря при экстирпации матки составил 2800 ± 200 мл.

У 11 (34,4%) пациенток с центральным предлежанием плаценты была выполнена метропластика. Общий объем кровопотери при метропластике в среднем составил 1500 ± 200 мл.

Средний срок гестации на момент родоразрешения варьировал от 28 до 39 недель. Доля недоношенных детей составила 70%. По Апгар дети были оценены на 7/8 баллов. Из 33 новорожденных 1 ребенок (3%) умер от врожденной пневмонии.

Таким образом, в статье представлены исходы беременности пациенток с центральным предлежанием и врастанием плаценты, что еще раз утверждает, что данное осложнение беременности относит пациенток к группе высокого риска.

Список литературы

1. 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.
2. McLintock C. Postpartum haemorrhage. / C. McLintock // *Thromb Res.*, 2005. Feb. P. 115.
3. 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.
4. Gami G., Goldman S., Shalev E., Salim R. *Obstet. Gynaecol*, 2011. Vol. 117. № 1. P. 55–59.
5. Tantbirojn P., Crum C.P., Parast M.M. *Placenta*, 2008. Vol. 29. № 7. P. 639-645.
6. Eller A.G., Porter T.F., Soisson P., Silver R.M. *BJOG*, 2009. Vol. 116. № 5. P. 648-654.
7. Sinha P., Mishra M. *Obstet. Gynaecol.*, 2012. Vol. 32. № 7. P. 621-623.
8. Comstock C.H. *Ultrasound Obstet. Gynaecol.*, 2005. Vol. 26. P. 89-96.