

# ОПЫТ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ЖЕНЩИН С ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ В РУБЕЦ НА МАТКЕ

Корень Ю. Г.

Гродненский государственный медицинский университет

Научные руководители: к.м.н, доцент Белуга В. Б., Белуга М. В.

**Актуальность.** Такое состояние, как приращение плаценты в проекции рубца на матке после кесарева сечения может приводить к катастрофическим последствиям как для матери, так и плода. Проблема диагностики и разработка методов лечения таких пациенток представляются чрезвычайно актуальными, так как, с одной стороны, подобная патология сопряжена с высоким риском для жизни женщины из-за профузного кровотечения, с другой – частота ее экспоненциально увеличилась за последние 15 лет с 0,5‰ до 10,4‰, в связи с ростом числа оперативных родов. Одними из основных факторов, предрасполагающих к вращанию плаценты, являются ее локализация в нижних отделах матки. Как известно, данная патология ассоциируется с массивной кровопотерей. Риск неконтролируемого кровотечения повышается при вовлечении соседних органов и ДВС-синдрома, что может привести к развитию декомпенсированного шока. Для оценки степени вращающей плаценты в рубец на матке и соседние органы в настоящее время широко применяются УЗИ и МРТ. Органосохраняющие методики позволяют улучшить качество жизни женщин в будущем, предотвратить нарушение анатомии тазового дна, раннее наступление менопаузы, а также улучшить психологическую составляющую здоровья женщины.

На сегодняшний день частота вращающей плаценты варьирует от 0,04% до 0,2% всех родов. Рассматривая кесарево сечение как бережный метод родоразрешения для плода, следует помнить о том, что течение пренатального периода в существенной степени определяется состоянием здоровья женщины, в том числе ее репродуктивных органов, а матка после кесарева сечения является анатомически неполноценным органом. Известно, что факторы перинатального риска многочисленны и разнообразны, достоверное прогнозирование перинатальных исходов для выбора метода родоразрешения требует не только клинической оценки, но и определения предикторов плацентарной дисфункции и в каждом конкретном случае должен решаться индивидуально.

**Цель.** Изучить результаты двух клинических случаев оперативных родов с вращающей плаценты в рубец на матке и непредсказуемыми исходами родоразрешения.

## **Методы исследования.**

### **Клиническое наблюдение №1**

Повторнобеременная А., 31 год, поступила в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» с диагнозом: Беременность 4-ая в сроке 38-39 недель. ОАА. Дважды оперированная матка. Центральное предлежание плаценты с врастанием в область п/операционного рубца и параметрии.

УЗИ проводилось на аппарате Mindray DC-70 X-Insight. Признаки центрального предлежания плаценты по передней стенке с переходом на заднюю через внутренний зев (большая площадь плаценты). Наличие множественных сосудистых лакун на всей поверхности плаценты и на участке плаценты в месте предполагаемого врастания. Толщина в области предполагаемого врастания 55 мм, в остальной части плаценты 48 мм. Наличие «грыжи» участка плаценты в мочевого пузырь. Распространение плаценты за серозу матки. Врастание плаценты в шейку. Отсутствие ретроплацентарной гипоехогенной зоны (между плацентой и миометрием). Истончение миометрия (<1 мм над плацентой в зоне предполагаемого врастания). Полное отсутствие визуализации миометрия над плацентой в зоне приращения. Неровный контур материнской поверхности плаценты (границы между серозой матки и стенки мочевого пузыря). Режим ЦДК: турбулентный кровоток в сосудистых лакунах; гиперваскуляризация в зоне границы серозы и стенки мочевого пузыря; наличие сети множественных расширенных и извитых сосудов с хаотичным ветвлением; турбулентный высокоскоростной кровоток в этой зоне; направление потока от плаценты перпендикулярно к границе серозы и стенки мочевого пузыря; прерывистость ретроплацентарного потока. Наличие в малом тазу в области шейки варикозно расширенных зон.

Выполнено кесарево сечение. **Протокол операции:** лапаротомия с обходом пупка слева. Матка вскрыта в области дна. Воды светлые. За тазовый конец был извлечен живой доношенный мальчик массой 3180 г. Без удаления последа матка ушита. На передней поверхности матки- плацентарная грыжа размерами 21\*18 см с выраженной сосудистой сетью, распространяющаяся в области параметриев слева и справа. Консилиумом решено выполнить субтотальную гистерэктомию. Мочевого пузырь с техническими трудностями низведён острым путем. Гемостаз задней стенки мочевого пузыря. Раздут аортальный баллон. Маточные сосуды лигированы дважды. Тело матки отсечено от шейки на уровне внутреннего зева. Баллон эвакуирован (25 минут). Культи шейки матки ушита отдельными швами, перитонизация отдельными листками тазовой брюшины. Выполнена экскреторная урография: мочевого пузырь хорошо наполняется, мочеточники проходимы на всём протяжении. Дренаживание брюшной полости. Брюшная стенка ушита послойно наглухо, швы на кожу. Кровопотеря 2000 мл, моча светлая. При влагалищном осмотре обнаружено: влагалище выполнено сгустками крови до 500 мл, шейка матки дряблая, атоничная, кровотечение из шейки продолжается. Решено выполнить экстирпацию культи шейки матки. Релапаротомия. Поэтапно лигирован парацервикс слева и справа. Мочевого пузырь низведён. Вскрыт задний влагалищный свод, шейка отсечена от сводов. Влагалище ушито. Гемостаз.

Брюшная полость ушита. Контрольная брюшная аортография. Баллонный катетер и диагностический катетер извлечены. Интродьюсер 12F и правой БА извлечен. Гемостаз.

Общая кровопотеря 4000 мл. Массивная гемотрансфузия. Моча по катетеру светлая, 400 мл.

Послеоперационный период протекал без особенностей, проводилась антибактериальная, обезболивающая, антианемическая терапия, профилактика ТЭО, гастропротекция. Выписана в удовлетворительном состоянии без ребенка.

#### **Клиническое наблюдение №2**

Повторнобеременная К., 34 года, поступила в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» с диагнозом: Беременность 3-я в сроке 35-36 недель. Центральное предлежание плаценты с врастанием в п/операционный рубец. Поперечное положение плода. ОАА (Дважды оперированная матка). Миома матки.

При ультразвуковом исследовании признаки центрального предлежания плаценты. Наличие множественных сосудистых лакун на всей поверхности плаценты. Толщина в области предполагаемого врастания 43 мм. Наличие «грыжи» участка плаценты в мочевого пузыря. Распространение плаценты за серозу матки. Отсутствие ретроплацентарной гипоэхогенной зоны (между плацентой и миометрием). Истончение миометрия (<1 мм над плацентой в зоне предполагаемого врастания). Полное отсутствие визуализации миометрия над плацентой в зоне приращения. Неровный контур материнской поверхности плаценты (границы между серозой матки и стенки мочевого пузыря). Режим ЦДК: турбулентный кровоток в сосудистых лакунах; гипертаскуляризация в зоне границы серозы и стенки мочевого пузыря; наличие сети множественных расширенных и извитых сосудов с хаотичным ветвлением; турбулентный высокоскоростной кровоток в этой зоне; направление потока от плаценты перпендикулярно к границе серозы и стенки мочевого пузыря; прерывистость ретроплацентарного потока. Наличие в малом тазу в области шейки варикозно расширенных зон.

МРТ плаценты: при исследовании плацента расположена по передней стенке матки, нижний ее край перекрывает внутренний зев, переходя на противоположную сторону, толщиной до 62 мм. Структура ее неоднородна. В проекции постоперационного рубца справа определяется локальное выпячивание стенки матки в сторону мочевого пузыря, на этом же уровне отмечается неравномерное истончение миометрия, гипоинтенсивные линейные включения. В нижнем сегменте матки-миома размером 48x42x49 мм. Заключение: признаки врастания плаценты, предлежания плаценты III ст., миомы матки.

Родоразрешена путем кесарево сечения. **Протокол операции:** лапаротомия. В рану прилежит беременная матка с грыжевым выпячиванием 20\*15 см. Матка вскрыта корпорально, за тазовый конец извлечен живой доношенный мальчик массой 3100 г. Мочевого пузыря подтянут до средней трети тела матки, тупым и острым путем низведен с поэтапной перевязкой коллатеральных сосудов. Освобожден нижний сегмент матки ниже прикрепления плаценты. Интраоперационным консилиумом решено выполнить

органосохраняющую реконструктивно-пластическую операцию, учитывая отсутствие вставания плаценты в шейку матки и параметрии. В нисходящей аорте ниже отхождения почечных артерий выполнена дилатация баллонного катетера Reliant 46 мм до полного перекрытия аорты. С целью деваскуляризации прошиты сосудистые пучки с обеих сторон. Участок стенки матки с вросшей плацентой (20\*15 см) иссечен в пределах здоровых тканей. Выполнена метропластика. По задней поверхности в области перешейки определяется интрамурально-субмукозный узел размером 8x8 см. Из разреза на матке поэтапно острым и тупым путем произведена миомэктомия с последующим ушиванием ложа узла отдельными z-образными швами. Рана на матке ушита -х рядными отдельными ПГА-швами. Дополнительный гемостаз. Баллонный катетер в нисходящей аорте эвакуирован (время экспозиции 25 мин). Дополнительный гемостаз отдельными ПГА-швами. Лигированы патологические сосуды по задней стенке мочевого пузыря. Пластина тахокомба в пузырно-маточное пространство. Перитонизация. Туалет брюшной полости. Произведена хирургическая стерилизация. ПВХ-дренаж в задний свод. Передняя брюшная стенка ушита.

Общая кровопотеря **800** мл. Моча по катетеру светлая, 500 мл.

Послеоперационный период протекал без особенностей, проводилась антибактериальная, обезболивающая, инфузионная терапия, профилактика ТЭО, гастропротекция). Выписана в удовлетворительном состоянии без ребенка.

**Результаты и их обсуждение.** Представлено два случая вставания плаценты в рубец на матке и методы родоразрешений. Описаны клинические картины, а также приведены данные дополнительных методов исследований. Особый акцент сделан на выборе оперативного хода действий, в связи с разной клинической ситуацией. Приведен краткий обзор литературы по данной проблеме.

**Выводы.** Вследствие увеличения числа оперативных родов (кесарево сечение) частота вставания плаценты, а также ассоциированных массивных кровотечений растет. В прежние годы такая ситуация требовала радикального хирургического вмешательства – гистерэктомии. В последнее время на первый план вышли органосохраняющие и кровесберегающие методики в различных вариантах, которые позволяют снизить риск развития осложнений и значительно повысить качество жизни пациенток. Представленные случаи свидетельствуют, что данная патология может привести к неожиданным результатам, поэтому важнейшим этапом в оказании медицинской помощи является современная и высокотехнологичная диагностика, а также разработка соответствующего плана родоразрешения в специализированных медицинских учреждениях, позволяющих выполнить рентгенэндоваскулярные вмешательства. В случае обнаружения интраоперационно достоверных признаков вставания плаценты как по передней, так и по задней стенкам матки, выполнялась гистерэктомия с применением кровесберегающих технологий: эмболизация маточных артерий, баллонная окклюзия подвздошных артерий или их сочетание. При расположении плаценты только по передней стенке

проводилась реконструктивно-пластическая органосохраняющая операция совместно с рентгенэндоваскулярными вмешательствами, что является необходимой частью оперативного лечения. Снижение объема кровопотери предупреждает развитие тяжелых осложнений, а также потенцирует быструю реабилитацию женщин.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Демидов, В. Н. О возможности высокоточной диагностики вставания плаценты в рубец на матке после кесарева сечения / В. Н. Демидов, А. И. Гус, Т. А. Ярыгина // Пренатальная диагностика. – 2020. – Т. 19. – № 4. – С. 336-342.

2. Таланова, И. Е. Опыт применения метропластики с использованием дистального компрессионного гемостаза для проведения органосохраняющей операции при вставании плаценты / И. Е. Таланова // Проблемы репродукции. – 2021. – Т. 27. – № 5. – С. 142-146.

3. Боровков, В. А. Оценка перинатального риска у беременных с рубцом на матке / В. А. Боровков, Т. М. Черкасова, О. Ю. Пачковская, Г. А. Сафарова, Н. Л. Гуревич // Бюллетень медицинской науки. – 2019. – Т. 14. – № 2. – С. 50-55.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ СЕТЧАТЫХ ПРОТЕЗОВ КАК МЕТОД ВЫБОРА У ПАЦИЕНТОК С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Короневская А. С., Герцык Н. В.

Гродненский государственный медицинский университет

Научные руководители: к.м.н., доцент Гурин А. Л.,  
к.м.н., доцент Киселевский Ю. М., ассистент Левин В. И.

**Актуальность.** Цистоцеле – патологическое состояние, характеризующееся опущением у женщин передней стенки влагалища и мочевого пузыря (генитальный пролапс), что приводит к нарушению функции этих тазовых органов [1].

В основе патогенеза опущения передней стенки влагалища лежит ослабление мышечно-связочного аппарата органов малого таза, в частности лобково-шеечной фасции, которая является тканевой структурой, поддерживающей мочевой пузырь. В случаях потери фасцией биомеханической прочности мочевой пузырь, теряя опору, начинает опускаться вниз, что приводит к опущению передней стенки влагалища – формируется цистоцеле. По мере увеличения степени опущения мочевого пузыря появляются расстройства мочеиспускания, среди которых наиболее часто встречаются стрессовое недержание мочи, гиперактивность мочевого пузыря, обструктивное мочеиспускание [2].