

УДК 618.56-005.1

ВАРИАНТ ОСТАНОВКИ И ПРОФИЛАКТИКИ МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ

В.Л. Зверко, Ж.К. Авер, А.В. Федин

УЗ "Гродненский областной клинический перинатальный центр", Гродно, Беларусь

Кровотечение во время и после операции кесарево сечение по поводу центрального предлежания плаценты является опасным для жизни осложнением. На клиническом примере показана целесообразность перевязки восходящих ветвей маточных артерий и "стягивания" нижнего сегмента матки как альтернатива гистерэктомии.

Ключевые слова: центральное предлежание плаценты, кесарево сечение, перевязка маточных артерий.

Среди причин, влияющих на показатели материнской и перинатальной смертности, следует отметить аномалии расположения плаценты, к которым относятся предлежание плаценты и низкое ее прикрепление. Основным осложнением беременности и родов при данной патологии является кровотечение, иногда носящее характер массивного с развитием геморрагического шока.

Как известно, в области нижнего сегмента матки децидуальная реакция эндометрия менее выражена, ворсины хориона проникают глубже компактного слоя, что приводит к затруднению отделения плаценты (плотное прикрепление плаценты или ее истинное приращение) [1, 2]. Нижний сегмент матки содержит в своей стенке значительно меньше мышечной ткани, поэтому сокращений плацентарной площадки, находящейся в нижнем сегменте, после отделения плаценты часто бывает недостаточно для остановки кровотечения (гипотония или атония нижнего маточного сегмента). Вследствие этих причин операция кесарево сечение по поводу центрального предлежания плаценты, особенно при локализации плаценты на передней стенке матки, как правило осложняется массивной кровопотерей. Развившееся массивное кровотечение является основанием для расширения объема оперативного вмешательства: перевязка магистральных сосудов (по О-Лири, Негура, Абдарabbo и др.) [4, 6, 7]; наложение гемостатических компрессионных швов на матку (по Би-Линч, Хайман, Перейра, Чо и др.) [5]; перевязка внутренних подвздошных артерий; ангиографическая эмболизация маточных артерий [3]; гистерэктомия. Однако предпочтение чаще отдается гистерэктомии, которая не только приводит к потере репродуктивной функции, но и сопровождается значительными нарушениями в гормональной системе женщины.

Противоестественно, когда женщина выписывается из родильного стационара без детородного органа. Поэтому при "борьбе" с акушерскими кровотечениями определяющим должен быть органосохраняющий принцип.

Цель

Показать преимущества и эффективность перевязки восходящих ветвей маточных артерий и прошивания нижнего сегмента матки для остановки и профилактики маточного кровотечения при центральном предлежании плаценты.

Материалы и методы

В нашей клинической практике во время операции кесарево сечение при центральном предлежании плаценты была предпринята успешная попытка хирургического гемостаза (как альтернативы гистерэктомии) с целью

остановки маточного кровотечения из плацентарной площадки и профилактики гипотонии нижнего маточного сегмента в послеродовом периоде.

Беременная М., 33 года, находилась в УЗ "Гродненский областной клинический перинатальный центр" с диагнозом: "Беременность 37-38 недель. Центральное предлежание плаценты. Миопия слабой степени обоих глаз. Гидронефроз 1-й степени справа. Ринит. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез". Из анамнеза: настоящая беременность 4-я, 1 срочные роды через естественные родовые пути и 2 искусственных аборта. Перенесенные заболевания - простудные. Гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, нерегулярные, по 5 дней, гинекологические заболевания - отрицает. Течение настоящей беременности - без особенностей. Обследована клинически, лабораторно и инструментально. Определен план ведения родов - родоразрешить путем операции кесарево сечение.

В плановом порядке выполнена лапаротомия по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом. Извлечен живой доношенный ребенок женского пола массой 3350 грамм, длиной 51 см с оценкой по Апгар 8/9 баллов. Во время операции обнаружено симметричное центральное предлежание плаценты. Произведено ручное отделение плаценты и выделение последа. Размеры плаценты 18×19×2,2 см, масса - 440 грамм. После извлечения последа отмечается перерастяжение нижнего сегмента матки и повышенная кровоточивость из плацентарной площадки. На фоне утеротонической (окситоцин, метилэргометрин, простин) и инфузионно-трансфузионной терапии была выполнена перевязка восходящих ветвей маточных артерий в области кардинальной связки с захватом в шов миометрия на глубину до 2 см (кетгут), а также наложены "стягивающие" швы на перерастянутый нижний сегмент матки (дексон). Дальнейший ход операции без особенностей. Общая кровопотеря составила 960 мл. Продолжительность операции - 1 час 5 минут. Послеоперационный период протекал без осложнений. Женщина выписана домой на 9-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Результаты

Преимуществами данного органосохраняющего вмешательства являются простота, быстрота выполнения и отсутствие необходимости специального инструментария. По данным литературы, после перевязки магистральных сосудов матки сравнительно быстро развивается коллатеральное кровообращение за счет мелких трубчатых ветвей обеих яичниковых артерий, артерий, расположенных в круглых связках, через сосуды крестцово-

маточных связок, влагалищной части шейки матки и влагалища, околоматочной и предпузырной клетчатки. Изменения в яичниках и матке, возникающие после перевязки питающих их артерий, в основном обратимы; сохраняется также и функция внутренних половых органов [4,8].

Выводы

Таким образом, активное внедрение в практику подобных и других способов остановки и профилактики акушерских кровотечений позволит снизить процент органоуносящих вмешательств и, следовательно, сохранить здоровье и качество жизни женщины.

Литература

1. Савельева, Г.М. Акушерство: учебник / Г.М. Савельева [и соавт.] М.: ГЕОТАР - Медицина, 2009. - 656 с.: ил.
2. Серов, В.Н. Критические состояния в акушерстве / В.Н. Серов, С.А. Маркин // М.: Медиздат, 2003 - С.526.

3. Чернуха, Е.А. Родовой блок / Е.А. Чернуха // М.: Триада - X, 2001. - С.448.
4. AbdRabbo S.A. Stepwise uterine devascularization: a novel technique for management of uncontrolled postpartum hemorrhage with preservation of the uterus / AbdRabbo S.A. // Am. J. Obstet. Gynecol., 1994 - Vol. 171, № 3 - P. 694-700.
5. B-Lynch C. A textbook of postpartum hemorrhage / C. B-Lynch, L.G. Keith, A.B. Lalonde, M.A. Karoshi; Duncow: Sapiens Publishing, 2006 - P. 468.
6. O'Leary J. A. Uterine artery ligation in the control of post cesarean hemorrhage / J. A. O'Leary // J. Reprod. Med., 1995 - Vol. 40, № 3 - P. 189-193.
7. Negura A. Obstetric hemostatic ligation of the uterine arteries / A. Negura, G. Marderos, N. Gernea // Rev. Fr. Gynecol. Obstet., 1994 - Vol. 80, № 8-9 - P. 615-618.
8. Salvat J. Vascular ligation for severe obstetrical hemorrhage: review of the literature / J. Salvat, M. Schmidt, M. Guilbert, A. Martino // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 2002 - Vol.31, №7 - P. 629-639.

VARIANT OF UTERINE BLEEDING ARREST AND ITS PROPHYLAXIS IN CENTRAL PLACENTAL PRESENTATION

V.L. Zverko, Zh.K. Aver, A.V. Fedin

Health Care Institution "Grodno Regional Clinical Perinatal Center", Grodno, Belarus

Bleeding during and after the caesarean section because of central placental presentation is a major life-threatening complication. The advisability of the ligation of ascendant branches of uterine arteries and the constriction of the lower uterus segment as an alternative to hysterectomy has been shown on a clinical case.

Key words: central placental presentation, caesarean section, ligation uterine artery.

Адрес для корреспонденции: e-mail: zvl71@mail.ru

Поступила 21.02.2013