

РОДЫ С ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

CHILD WITH PLACENTA INROGATION.
CLINICAL EXPERIENCE*N. Pechenkina*

Summary. Relevance. In obstetrics, placenta ingrowth is the most dangerous complication for the life of the patient and her fetus, as massive bleeding often occurs during childbirth. Currently, placenta ingrowth occurs with a frequency of 1 in 3000–5000 births [2]. Over the past decade, there has been a significant decrease in the level of maternal mortality, but obstetric bleeding still occupies a leading position in the structure of its causes, reaching 21.1% [3,4,5].

The following is an example of a metroplasty performed on a woman in which the placenta is rotated into the uterus.

Conclusion. Carrying out the operation under planned conditions made it possible to exclude massive blood loss, blood loss during the operation was less than a liter, and this made it possible, taking into account modern requirements, to minimize the risk of loss of the reproductive organ in the patient by performing an organ-preserving operation, namely uterine metroplasty.

Keywords: rotation of the placenta, metroplasty uterine amputation, uterine extirpation, ultrasound examination.

Печенкина Наталья Сергеевна

*Кандидат медицинских наук, ФГБОУ ВО Кировский
государственный медицинский университет
Минздрава России
doktor_nat@mail.ru*

Аннотация. Актуальность. В акушерстве врастание плаценты — это самое опасное осложнение для жизни пациентки и ее плода, так как часто происходит в родах массивное кровотечение. В настоящее время врастание плаценты встречается с частотой 1 на 3000–5000 родов [2]. За последнее десятилетие произошло значительное снижение уровня материнской смертности, но акушерские кровотечения по-прежнему занимают лидирующие позиции в структуре ее причин, достигая 21,1% [3,4,5].

Далее приводится пример проведения метропластики у женщины в вращением плаценты в матку.

Заключение. Проведение операции в плановых условиях позволило исключить массивную кровопотерю, кровопотеря вовремя операции составила менее литра и это позволило с учетом современных требований минимизировать риск потери репродуктивного органа у пациентки, выполнив органосохраняющую операцию, а именно метропластику матки.

Ключевые слова: вращение плаценты, метропластика, ампутация матки, экстирпация матки, ультразвуковое исследование.

Актуальность

В акушерстве врастание плаценты — это самое опасное осложнение для жизни пациентки и ее плода, так как часто происходит в родах массивное кровотечение. Во время беременности определить врастание плаценты возможно во время ультразвукового исследования и затем с подтверждением диагноза при проведении магнитно-резонансной томографии. Глубина врастания плаценты в матку достоверно определяется во время патоморфологического исследования. Патологическая инвазия чаще всего происходит при отсутствии полноценной децидуальной оболочки эндометрия, препятствующей врастанию хориона в миометрий [1]. В настоящее время врастание плаценты встречается с частотой 1 на 3000–5000 родов [2]. За последнее десятилетие произошло значительное снижение уровня материнской смертности, но акушерские кровотечения по-прежнему занимают лидирующие позиции в структуре ее причин, достигая 21,1% [3,4,5]. В структуре причин фатальных акушерских кровоте-

ний ведущими являются плацентарные факторы, из них 20% приходится на плотное прикрепление плаценты, а 10% — на ее предлежание [6]. Проведение операций с целью сохранения репродуктивного органа у пациентки в настоящее время является приоритетным в акушерстве.

Далее приводится пример проведения метропластики у женщины в вращением плаценты в матку. В таблице № 1 указано количество проведенных органудаляющих операций у пациенток, можно отметить, важно отметить что количество данных операций в 2013 и 2015 году составило 13. Был проведен анализ ведения родов у пациенток с угрожающей массивной кровопотерей и с 2016 количество органудаляющих операций менее десяти. В 2022 году перинатальный центр приступил к проведению операций по метропластике при приращении плаценты. Известно, что врастание плаценты является наиболее распространенной причиной гистерэктомии при абдоминальном родоразрешении в развитых странах, достигая 47%. [7,8,9].

Таблица 1. Органоудаляющие операции в Кировском областном клиническом перинатальном центре (КОКПЦ)

Год	Ампутации матки	Экстирпации матки	Процент от общего количества родов	Вращение плаценты
2011	1	0	0,03	1–0,03%
2012	3	3	0,16	0
2013	3	10	0,21	5–0,08%
2014	0	4	0,06	2–0,03%
2015	3	10	0,18	5–0,07%
2016	2	4	0,07	3–0,04%
2017	2	6	0,11	1–0,01%
2018	1	7	0,12	3–0,04%
2019	1	4	0,06	3–0,03%
2020	1	7	0,13	6–0,09%
2021	1	6	0,09	7–0,09%
2022	0	4	0,06	2–0,03%

Приводится клинический случай проведения органосохраняющей операции у женщины с вращением плаценты.

Пациентка Н., 32 года (приводятся фотографии, получено официальное разрешение на публикацию) поступила в перинатальный центр с диагнозом:

Беременность 37,2 недели. Вращение плаценты. ОАА.

Жалоб на момент осмотра не установлено.

Менструальная функция: менархе с 14 лет установились сразу по 5 дней через 28 дней безболезненные.

Беременность четвертая. Пациентка длительно не могла осуществить свой репродуктивный потенциал.

Первая беременность в 2011 завершилась самопроизвольным выкидышем в 6 недель, с последующим выскабливанием полости матки. Нарушение менструального цикла в последующем не выявлено. Вторая беременность наступила через два года и вновь неблагоприятный исход. В 2013 замершая беременность в 7 недель, выскабливание полости матки. Антибактериальную терапию и гормональные препараты с целью контрацепции не получала.

Только третья беременность закончилась родами. 2019 год срочные роды в сроке 41 неделя. Общая продолжительность родов 8 часов, безводный период 4 часа. Вес новорожденной составил 3420 г. Послеродовый период протекал без особенностей и женщина была выписана на 5 сутки в удовлетворительном состо-

янии домой под наблюдение в дальнейшем в женской консультации.

Четвертая беременность настоящая. Установлено, что в 2021 наступила спонтанная беременность.

Гинекологических заболеваний не выявлено.

Соматические заболевания: редкие простудные заболевания, ветряная оспа, от краснухи, корипривита.

Оперативные вмешательства и наличие травм не установлено. Гемотрансфузии: не проводились. Аллергический анамнез не отягощен. Венерические заболевания, перенесенный туберкулез или гепатит: отрицает. Состоит в зарегистрированном браке, брак первый, все предыдущие беременности от мужа. Возраст мужа 34 года, соматической патологии не имеет. Вредных привычек нет.

Течение данной беременности: наблюдается с беременностью в женской консультации с 7 недель. Общая прибавка веса за время беременности составила — 2,5 кг. Артериальное давление (АД) в семь недель беременности 110/70 мм.рт.ст, и за беременность не повышалось. Осмотрена следующими специалистами за время наблюдения в женской консультации: терапевт патологии не установлено, окулист: миопия слабой степени.

Пациентка за время беременности была трехкратно госпитализирована в стационар. Госпитализации в стационар во время беременности:

Первая госпитализация с диагнозом: Беременность 23,1 недель. Угроза преждевременных родов. ОАА. Ми-

опия сл. ст. (Проведена профилактика дексаметазоном в 24 недели) .

Вторая госпитализация был диагноз: Беременность 28 недель Маловодие. Реконвалесцент по новой коронавирусной инфекции. Внебольничная интерстициальная пневмония РГ-1 ДН-0 (Получала лечение: Дексаметазон в/в, Гепарин 5000 МЕ п/к, Цефтриаксон 2,0 в/в). Третья госпитализация с диагнозом: Беременность 36 недель. ФПН. Подозрение на вращение плаценты. Реконвалесцент по новой коронавирусной инфекции. Внебольничная интерстициальная пневмония РГ-1 ДН-0 в 28 недель.

В 29,5 недель беременности проведена телемедицинская консультация с ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова». По результатам телемедицинской консультации рекомендована госпитализация в Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии. Пациентка отказалась.

Ультразвуковое исследование было проведено во время беременности до поступления в перинатальный центр в сроки: до 12 недель беременности, в 25,3 недели, в 26 недель, в 29,4 недели.

Первое ультразвуковое исследование до 12 недель беременности соответствует сроку, особенностей не установлено.

УЗИ Беременность 25,3 недель Нарушение маточно-плацентарного кровотока 1 А степени. Преждевременное созревание плаценты.

УЗИ Беременность 26 недель Вращение плаценты?

УЗИ Беременность 29,4 недель. Нельзя исключить вращение плаценты.

Магнитно-резонансная томография. Магнитно-резонансная -картина вращающейся плаценты.

Объективное состояние беременной при поступлении в перинатальный центр. Общее состояние на момент осмотра удовлетворительное. Температура тела 36,4. Правильного телосложения. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Варикозные вены — нет. Молочные железы симметричные, округлой формы, мягкие, соски чистые. Дыхательная система: дыхание везикулярное. Хрипов нет. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Сердечно-сосудистая система: пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД справа 120/80 мм рт.ст. АД

слева 120/80 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет. Пищеварительная система: язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена безболезненная. Окружность живота 120см. Высота дна матки 38 см. Таз: 28x32x34x23. Индекс Соловьева: 16,5 см., ромб Михаэлиса: 10x10 см.

Отёки: нет. Диурез адекватный.

В отделении патологии выполнено ультразвуковое исследование: Срок беременности: 38,1 недель. В полости матки визуализируется 1 плод в головном предлежании. Бипариетальный размер 88 мм., окружность головы 314 мм. окружность живота 313 мм. бедренной кости: левой / правой 71 мм. Сердцебиение определяется, ритмичное, 144 уд. в минуту. Плацента плода расположена по правому ребру с переходом на переднюю стенку матки, высоко от края внутреннего зева. чуть выше пупка ближе к правому ребру определяется участок субплацентарной гиперваскуляризации. Степень зрелости 2, что соответствует сроку беременности. Толщина плаценты 51 мм. Количество околоплодных вод: маловодие. Общий индекс амниотической жидкости: 7,4 см. Вес плода 2696 г.

В отделении патологии определена дата плановой операции в 39 недель беременности и проведена предоперационная подготовка беременности. В назначенный день пациентка доставлена в операционную. Состояние удовлетворительное. АД –125/80 мм.рт.ст. Пульс 120 ударов/минуту ритмичный, SpO2 98%. Антибиотикопрофилактика: в родовом отделении за 30 минут до операции Цефутоксим 1,5 гв/в, метронидазол 500 мг. в/в кап. после извлечения плода. В асептических условиях в положении на левом боку на уровне L3 — L4, под местным обезболиванием раствором лидокаина 2%-3,0 выполнена верификация эпидурального пространства иглой Туохи, введена тест доза раствора лидокаина 5%-3,0. Через 5 минут признаки сенсомоторного блока отсутствуют. Установлен эпидуральный катетер +3 см краниально. Введена основная доза раствора ропивакаина 0,75%-16,0 мл эпидурально. В течение операции дополнительно введен раствор ропивакаина 0,75%-8 мл эпидурально через катетер. Наложена асептическая повязка. Положение на столе на спине с наклоном влево на 15°. Анестезия адекватная, уровень анестезии Th4. Течение анестезии без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, проводится с обеих сторон. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Протокол операции кесарева сечения. В асептических условиях произведена лапаротомия: по Джоэль-Кохену. В рану предлежит беременная матка. Пузырно-маточная связка вскрыта поперечным разрезом и низведена. Разрез на матке: поперечный в нижнем сегменте, последующим тупым разведением

Таблица 2. Состояние гемодинамики у пациентки во время операции.

АД мм.рт.ст.	125/80	145/85	120/70	110/60	110/55
Пульс ударов/минуту	120	97	110	78	88
SpO2%	98	98	98	98	99



Рис. 1. Матка: два рубца первый в дне после метропластики и второй в нижнем сегменте



Рис. 2. Дно матки и вращение плаценты

раны, после надреза длиной 2 см. Околоплодные воды: светлые, количество: мало. Положение плода: продольное. Предлежание головное, прижата ко входу в малый таз. Через 5 минут извлечен плод живой женского пола, в головном предлежании, без затруднений. Вес 2680 г. рост 49 см. Оценка по Апгар 1 минута 8 баллов, 5 минута 8 баллов. Пуповина пересечена через 30 сек. после рождения. С целью профилактики кровотечения в/в введено 1 мл. карбетоцина. Плацента расположена: по передней стенке матки и в дне. Ревизия полости матки, Плацента отделилась частично. В центральной ее части участок врастания плаценты в стенку матки 3x3 см. Из плацентарной площадки обильные кровянистые выделения. С целью достижения адекватного гемостаза и уменьшения объема кровопотери выполнена перевязка магистральных сосудов матки. Кровотечение прекратилось. Консилиум интраоперационно. Коллегиально принято решение о выполнении органосохраняющей операции. Выполнено иссечение участка передней стенки матки, с участком врастания плаценты. Метропластика. Ушивание раны на матке непрерывным, двухрядным швом. Шовный материал: викрил.

Матка сократилась, плотная. Ушивание раны на матке непрерывным, двухрядным швом. Шовный материал: викрил. Осмотр придатков: — без особенностей. Стерилизация выполнена. Туалет брюшной полости. Счет салфеток все, инструментов все. Контроль гемостаза достаточный. Ушивание раны брюшной стенки послойно, подкожная клетчатка, на кожу косметический непрерывный внутрикожный шов.

Инфузия во время операции: стерофундин изотонический 1000 мл. Натрия хлорид 0.9% — 500 мл. Введённые препараты: транексам 1000 мг в/в струйно, Карбетоцин 100 мкг. в/в, морфин 10 мг в/м. Кровопотеря 900 мл. Диурез 100 мл. После операции: состояние удовлетворительное, сознание ясное, гемодинамика стабильная. Переводится в палату интенсивной терапии под наблюдение медицинского персонала.

Послеоперационный период протекал без повышения температуры, анализ крови на третьи сутки: гемоглобин 108, количество эритроцитов- 3.9, тромбоцитов 220–10³, лй1коциты 12.1, СОЭ 25мл/ч. Ультраз-

вуковое исследование на пятые сутки послеоперационного периода. Тело матки определяется в обычном положении. Контуры ровные. Границы четкие. Форма обычная. Размеры: 14,0x7,5x12,0 см. Структура миометрия не изменена. В области послеоперационного шва матке без особенностей.

М-эхо: толщина 0,4 см, границы четкие, контуры ровные. Полость матки не расширена. Послеоперационный шов на передней брюшной стенке без особенностей. Параметрий и придатки без особенностей. Свободная жидкость не визуализируется.

В удовлетворительном состоянии на 7 сутки послеоперационного периода женщина с ребенком была вы-

писана под наблюдение женской консультации по месту жительства.

Результаты патогистологического исследования — участка матки. Заключение: истинное приращение плаценты.

Заключение

Проведение операции в плановых условиях позволило исключить массивную кровопотерю, кровопотеря во время составила менее литра и это позволило с учетом современных требований минимизировать риск потери репродуктивного органа у пациентки, выполнив органосохраняющую операцию, а именно метропластику матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Comstock C.H., Bronsteen R.A. The antenatal diagnosis of placenta accrete // BJOG. 2014. Vol. 121. P. 171–182.
2. Савельва Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н. Радзинский В.Е. Акушерство 2022;1078.
3. Баринов С.В., Дикке Г.Б., Шмаков Р.Г. Баллонная тампонада матки в профилактике массивных акушерских кровотечений. Акушерство и гинекология. 2019; (8):7–12.
4. Баринов С.В., Неустроева Т.Н. Анализ исходов родов у беременных с предлежанием плаценты в перинатальном центре Республики Саха (Якутия) с 2013 по 2019 гг. // Мать и дитя в Кузбассе. 2020; (4):39–43.
5. Буштырев А.В. Предикция и профилактика акушерских кровотечений при аномалиях плацентации: Автореф. дис.канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2017. 26.
6. Памфамиров Ю.К., Самойленко А.В. Вращение плаценты. Стратегия лечения. Реалии. Ближайшие перспективы. Современные инновации. 2017; (3):33–5.
7. Radnia N., Manouchehrian N., Shayan A., Shirmohamadi N., Eskandarloo T., Otagara M. Frequency and causes of emergency hysterectomy along with vaginal delivery and caesarean section in Hamadan, Iran. Electron Physician. 2017; 6:4643–4647
8. Пенжоян Г.А., Макухина Т.Б., Мингалева Н.В., Солнцева А.В., Амирханян А.М. Менеджмент пациенток с вращением плаценты на разных сроках гестации // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение Том 7, № 1 2019:79–84
9. Федорова Т.А., Шмаков Р.Г., О.В. Рогачевский О.В., А.В. Пырегов А.В., А.А. Виноцкий А.А., Королев А.Ю., Иванец Т.Ю., Пирогова М.М. Менеджмент крови пациентки в акушерской практике при вращении плаценты // Медицинский совет 2019; (7) 134–140.

© Печенкина Наталья Сергеевна (doktor_nat@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»