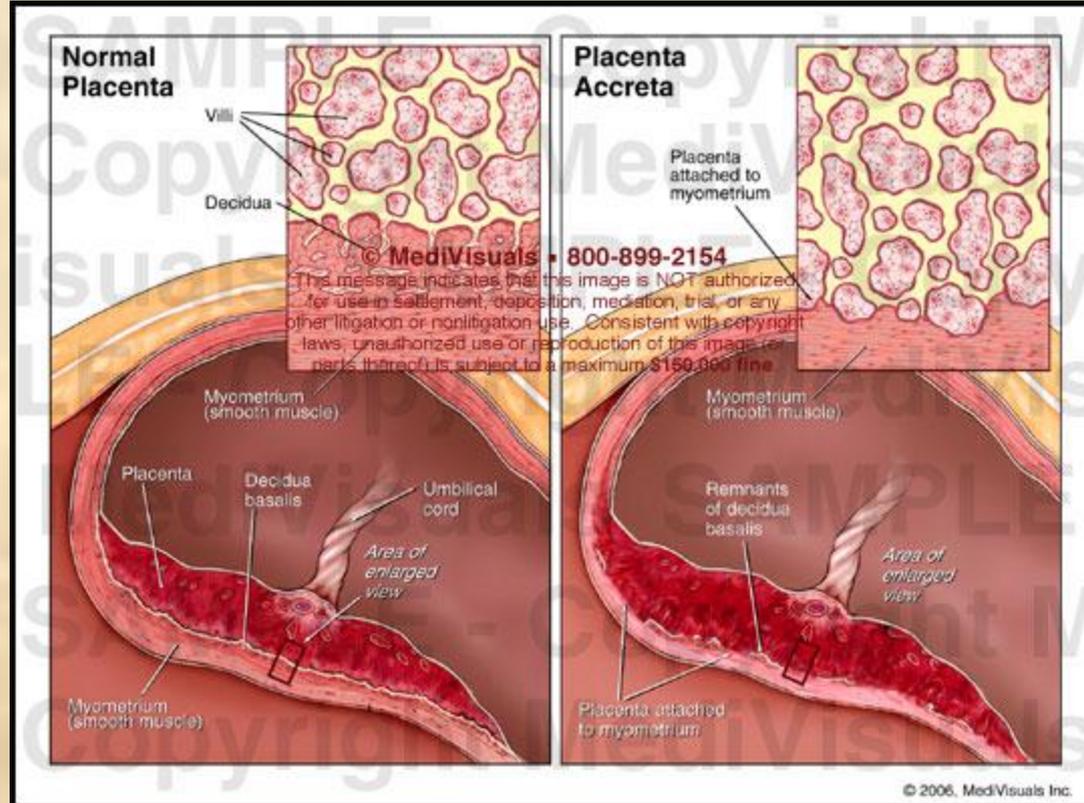


Современные подходы к диагностике и родоразрешению пациенток с вращением плаценты

И.Н.Коротких

**Д.м.н., профессор, зав.кафедрой акушерства
и гинекологии №1 ВГМУ им. Н.Н.Бурденко,
Заслуженный врач РФ**

Приращение плаценты представляет собой такое прикрепление ее к стенке матки, когда между мышечным слоем и ворсинками хориона отсутствует губчатый слой децидуальной оболочки и ворсины достигают мышечного слоя матки и даже проникают в него



Актуальность

обусловлена:

- высоким риском для жизни женщины из-за профузного кровотечения во время отделения плаценты.
- Как известно, вращение плаценты ассоциируется с массивной кровопотерей (до 3000–5500 мл) в момент отделения плаценты. Риск неконтролируемого кровотечения повышается при вовлечении задней стенки мочевого пузыря.
- Осложнениями при попытке отделения плаценты и последующей гистерэктомии являются синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, повреждение мочеточников и мочевого пузыря, инфекционные осложнения, образование свищей.

Актуальность

обусловлена:

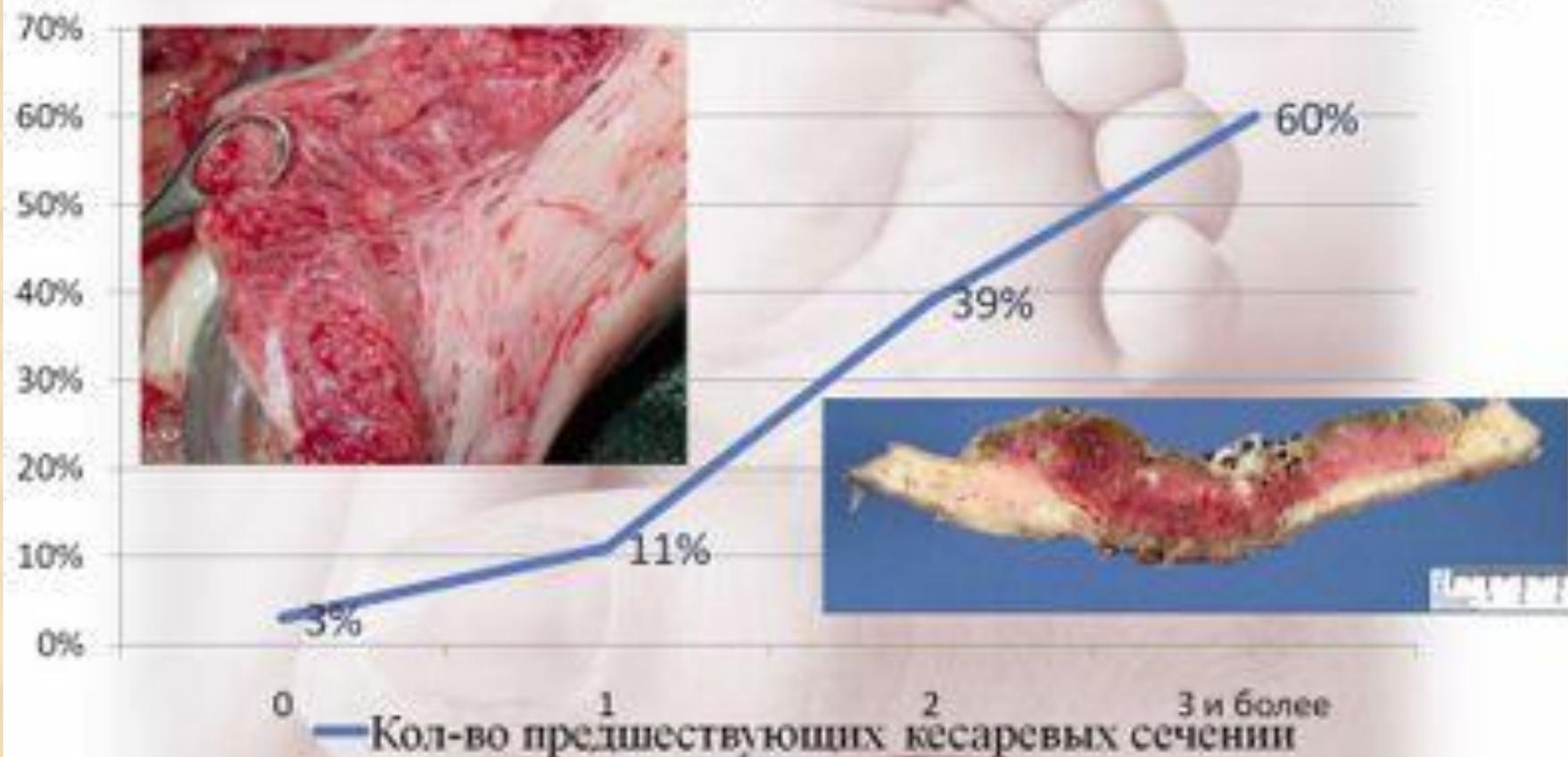
- значительным увеличением распространенности приращения плаценты в связи с ростом количества операций кесарева сечения.
- В современной России в среднем каждые четвёртые-пятые роды завершаются оперативным путём, в Великобритании частота таких вмешательств составляет 23%, в США — 31%. Неминуемое следствие — учащение случаев истинного врастания плаценты (**placenta accreta**).

Частота истинного вращения плаценты (ИВП)

- По сводным данным, ИВП наблюдают у одной женщины на 2500–7000 родов. Частота варьирует от 1:540 родов в Таиланде, 1:1000 родов в Южной Африке до 1:93 000 родов в США. За последние 50 лет отмечен 10-кратный рост числа пациенток с ИВП .
- Многими авторами отмечена корреляция между ростом числа **placenta accreta** и увеличением количества операций кесарева сечения.

Отношение числа предшествующих кесаревых сечений к частоте встречаемости плаценты accreta.

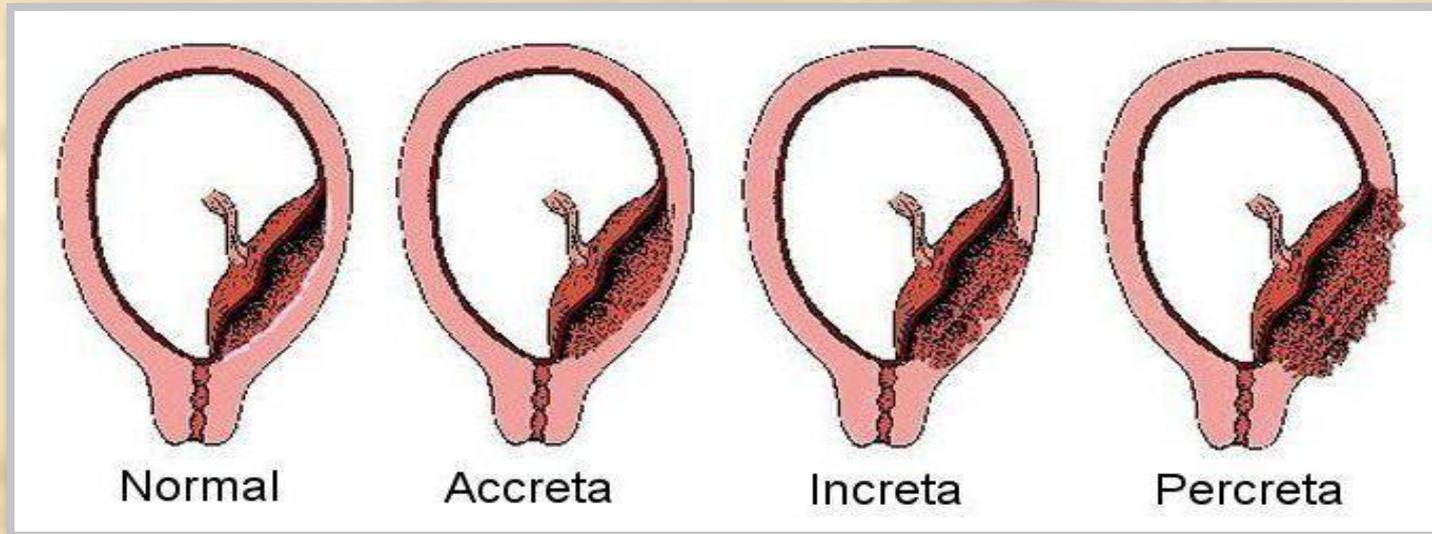
National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network
© 2007 by The American College of Obstetricians and Gynecologists



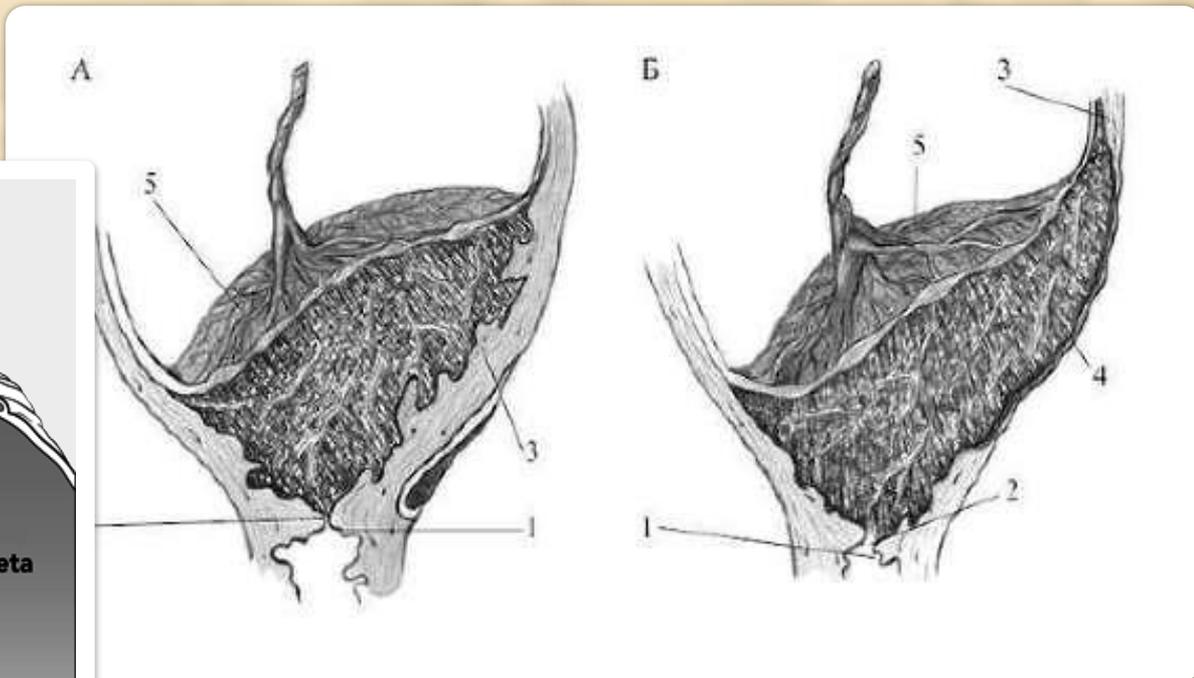
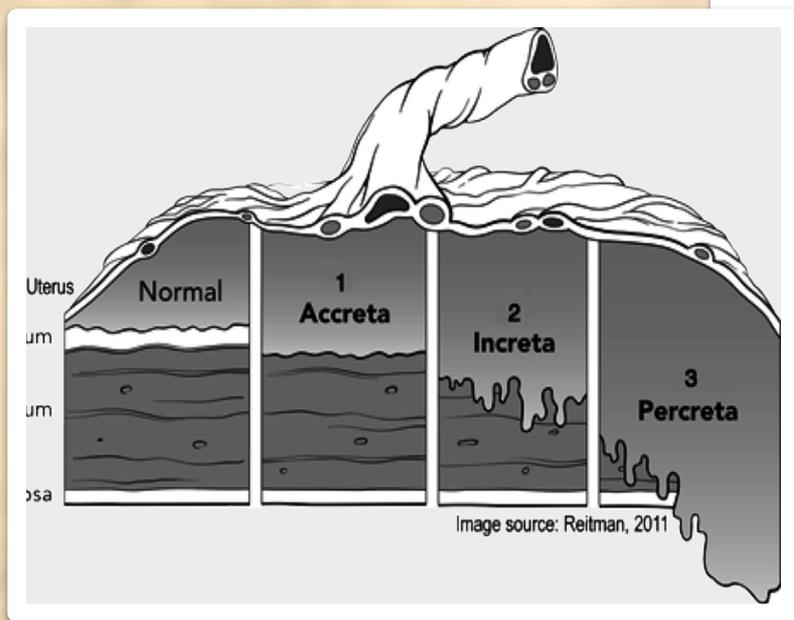
Классификация

Выделяют различные виды ИВП, классифицируемые гистологически по глубине проникновения хориальных ворсин в миометрий:

- приращение плаценты – **placenta accreta** (поверхностная инвазия)
- врастание – **placenta increta** (глубокая инвазия)
- прорастание – **placenta percreta**.



Наиболее редкой и тяжелой формой является placenta percreta, которая обнаруживается в 5–7% от всех вариантов ИВП. В России и за рубежом placenta percreta трактуется как инфильтрация ворсинами всей толщи миометрия, нарушение целостности серозной оболочки и повреждение соседних органов.



Факторы формирования ИВП

- ❖ Рубец на матке после кесарева сечения (у 0,65% женщин с рубцом после одного кесарева сечения и у 10% — при наличии четырёх и более вмешательств в анамнезе)
- ❖ Предлежание плаценты (в 75–90% наблюдений)
- ❖ Многократный кюретаж матки
- ❖ Трофобластическая болезнь в анамнезе
- ❖ Синдром Ашермана
- ❖ Вариант наложения швов на разрез матки при кесаревом сечении (можно предположить, что изменение техники операции и использование однорядного шва влечет за собой увеличение риска разрыва матки и количества пациенток с вращением плаценты).

Патоморфология вращения плаценты

- Плацентарная ткань разъедает сосуды миометрия и, таким образом, возникают гигантские артерио-артериальные, артерио-венозные и вено-венозные анастомозы между плацентой и миометрием. Эти анастомозы ведут себя как сосудистые мальформации. Высокоскоростные потоки из сосудов миометрия напрямик попадают в плаценту, образуют огромные лакуны и сосудистые клубки.

Диагностика. Главное правило.

- Любое предлежание плаценты у женщины с рубцом на матке должно рассматриваться на предмет подтверждения или исключения врастания плаценты

Диагностика вращения плаценты



УЗИ

цветовая
доплерометрия

МРТ

Диагностика ИВП

Эхо-признаки Placenta accreta (по данным американского общества *Maternal Fetal Medicine* (2010):

- Отсутствует нормальное гипоэхогенное ретроплацентарное пространство.
- Множественные сосудистые лакуны в ткани плаценты дают визуальный эффект «швейцарского сыра».
- Кровеносные сосуды или ткань плаценты в виде «мостика» перекидываются через границу с миометрием или мочевым пузырьком, доходя до серозной оболочки.
- Толщина миометрия под плацентой составляет менее 1 мм.
- В режиме трёхмерной энергетической доплерографии визуализируются множественные когерентные сосуды в базальном слое.

Диагностика

- *По данным отечественных исследований выявляются:*
- Разной формы лакуны в ткани плаценты с турбулентным током крови при доплерографии;
- Расширение сосудов миометрия в зоне плацентации;
- Истончение или отсутствие миометрия над плацентой— так называемая «аневризма матки», «маточная грыжа»;
- У каждой пятой эхографических признаков врастания плаценты не отмечено; у них placenta accreta выявлена интраоперационно— при вскрытии брюшной полости обнаружен выраженный сосудистый рисунок в области нижнего сегмента матки.

Диагностика

- МРТ- признаки: Аномальное выбухание передней стенки матки в нижнем сегменте, истончение миометрия в этой зоне, множественные извитые сосуды, выходящие за контур матки.

Тактика родоразрешения пациенток с врастанием плаценты



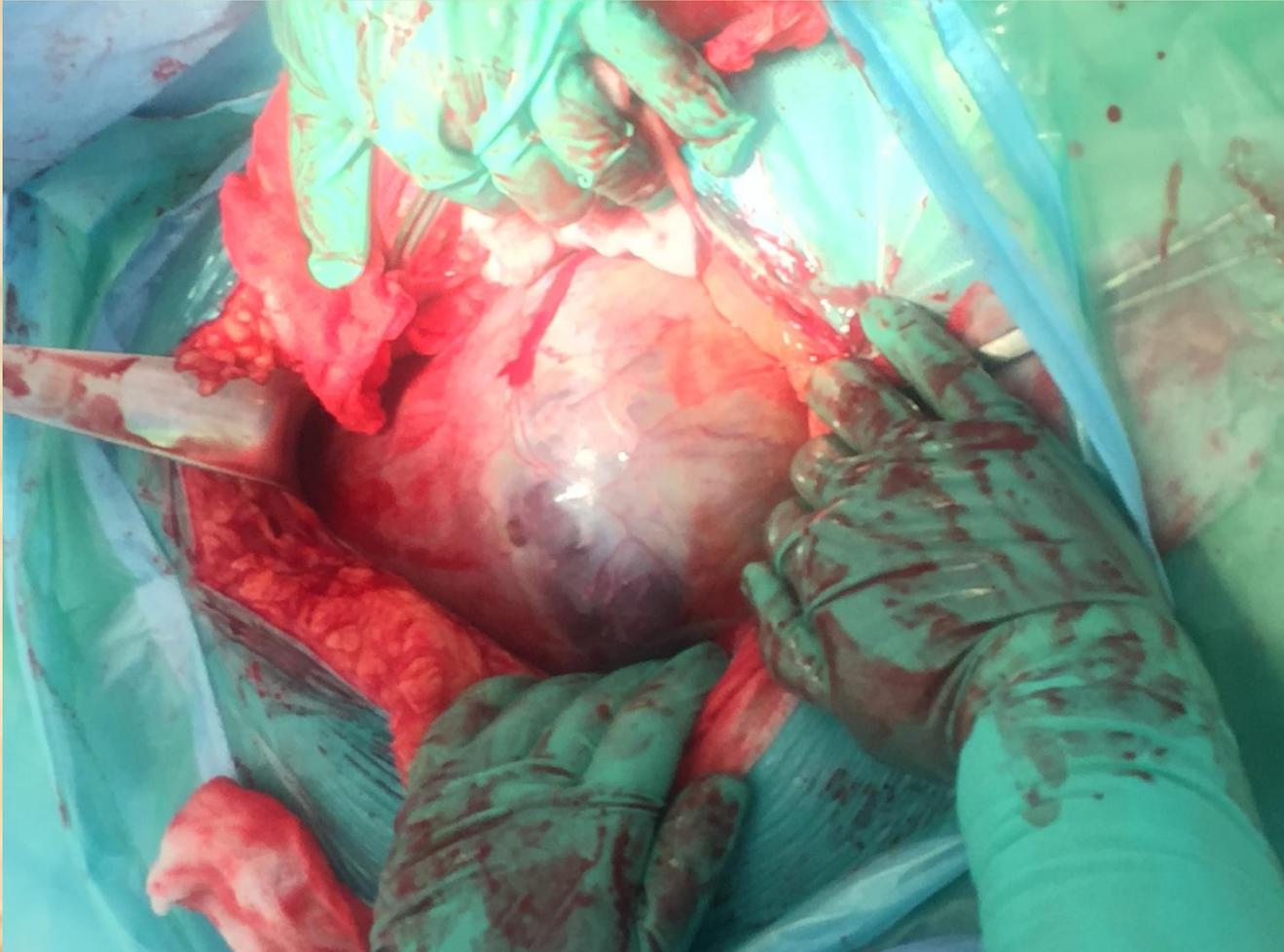
- Проведение управляемой нормоволемической гемодилюции и заготовка цельной крови
- Интраоперационная реинфузия эритроцитов (CellSaver)
- Учет кровопотери с момента разреза на коже (минимизация салфеток, аппарат CellSaver, учет кровотечения из влагалища)
- Оптимизация анестезиологического пособия (принцип «три анестезиолога»)

Основные принципы родоразрешения при ИВП

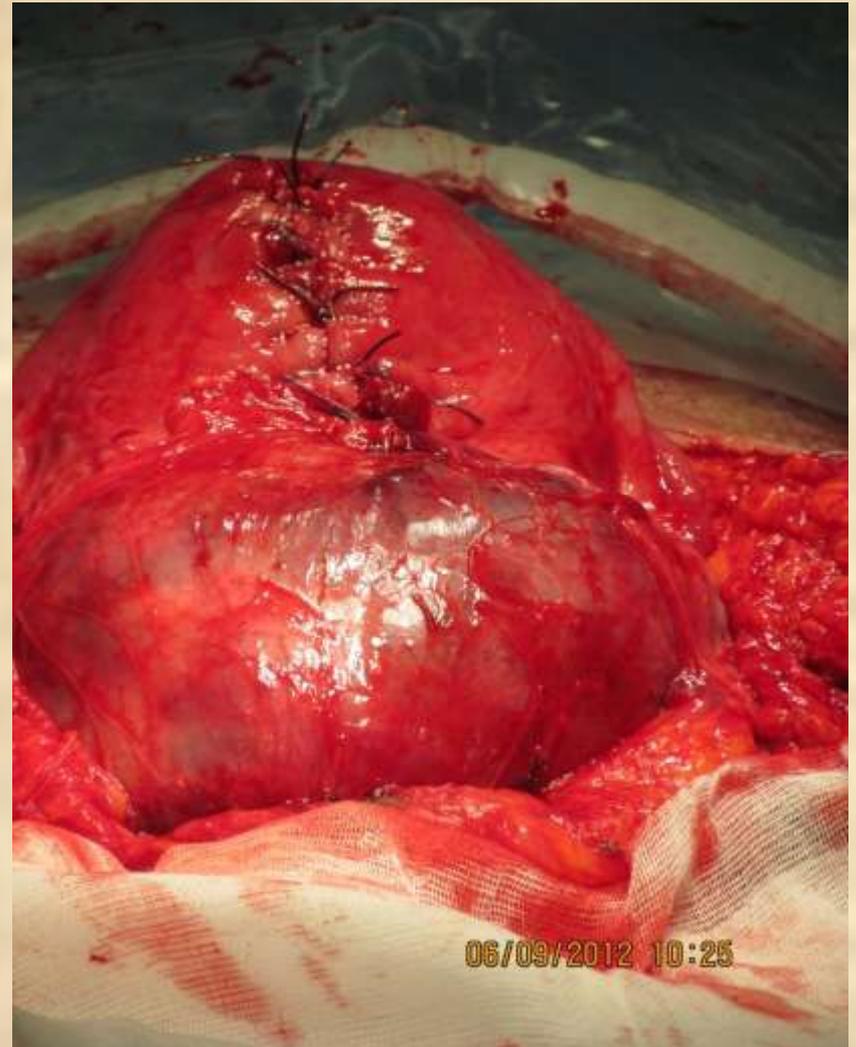
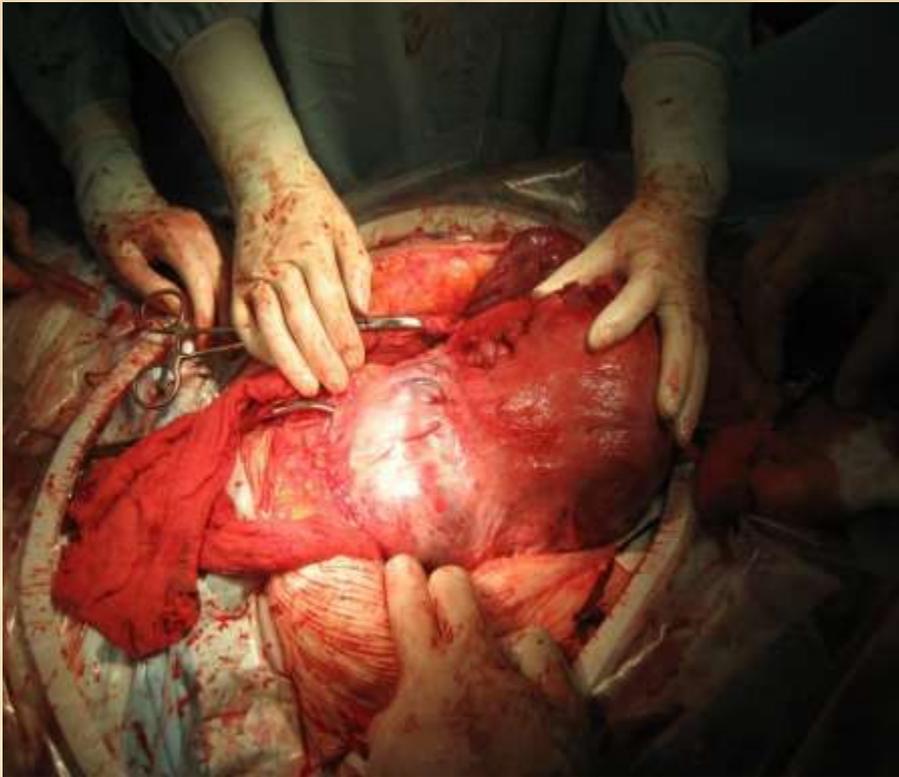
Основные хирургические этапы :

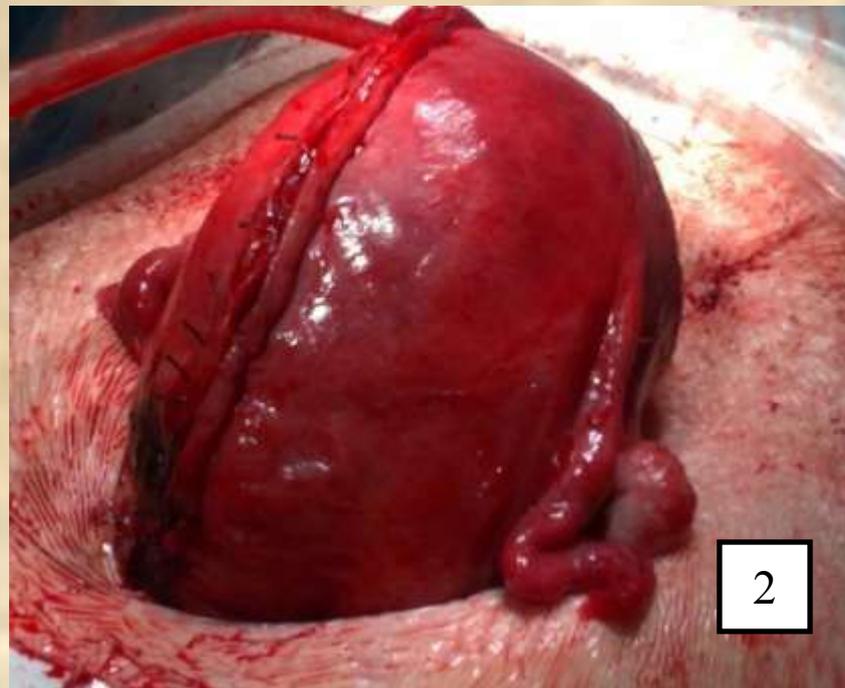
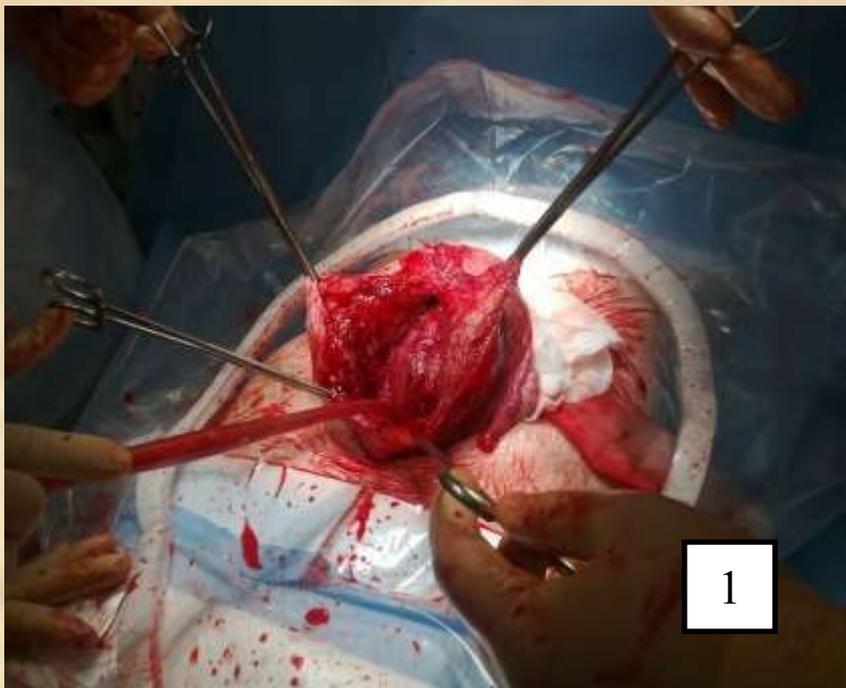
1. Катетеризация бедренной артерии, установка сосудистых проводников в маточных артериях.
2. Срединная лапаротомия.
3. Продольный разрез в дне матки для извлечения плода; плацента остаётся *in situ*— донное кесарево сечение.
4. Ушивание матки.
5. Эмболизация маточных артерий.
матки в нижнем сегменте, удаление плаценты и иссечение скомпрометированного миометрия вместе с вросшей плацентой.
7. Метропластика
8. Гистерэктомия при невозможности выполнить метропластику

ИВП. Собственное наблюдение



Врастание плаценты. Донное кесарево сечение.





1,2 - Этапы
метропластики

3 – этап перевязки
внутренней подвздошной
артерии

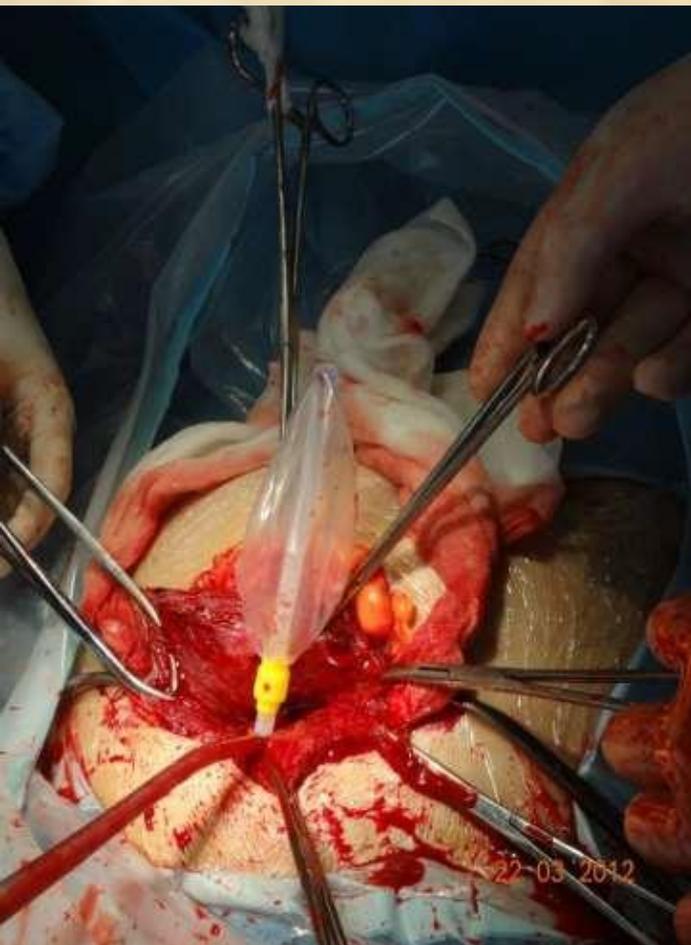


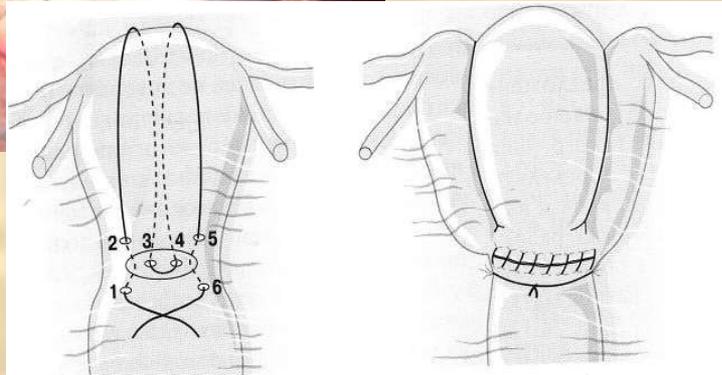
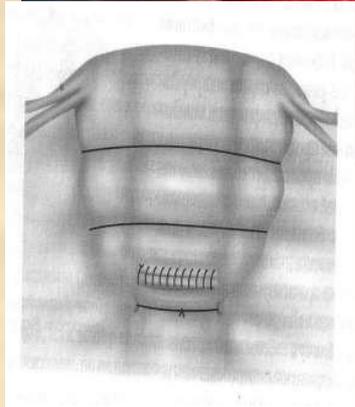
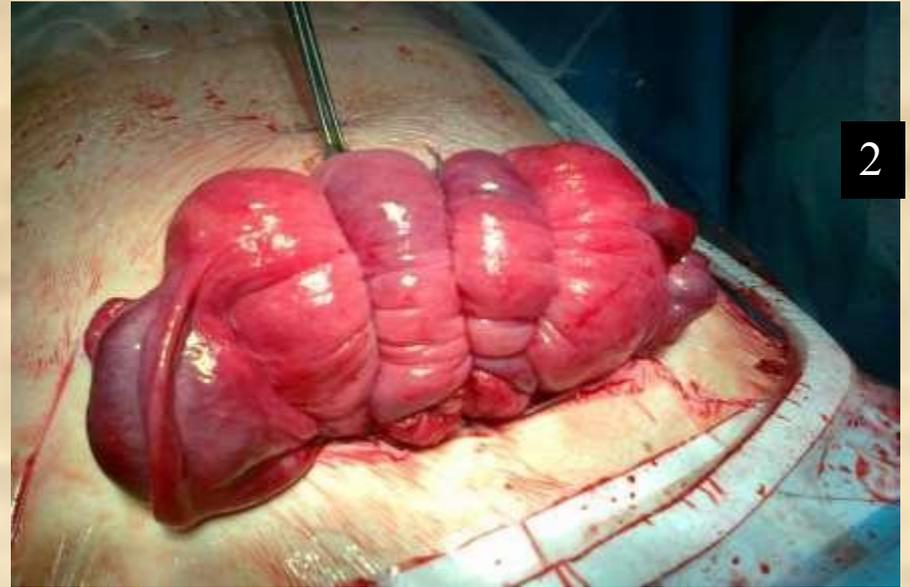
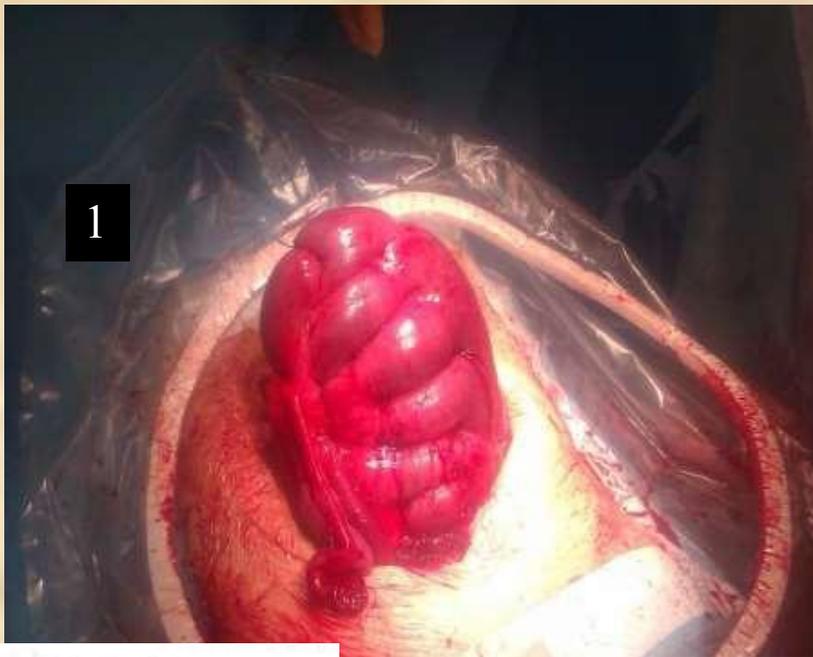
Тактика родоразрешения пациенток с предлежанием плаценты



- Применение УБТ
- Применение компрессионных швов на матку, нижний маточный сегмент, перевязка восходящих ветвей маточной артерии
- Готовность к перевязке внутренних подвздошных артерий, до этапа гистерэктомии (сосудистый хирург за спиной)

Применение баллонной тампоны
включено в качестве обязательного этапа
родоразрешения
пациенток с предлежанием плаценты





1,2,3-Модификации
компрессионных швов на
матке

Профилактика кровотечения при родоразрешении пациенток с предлежанием плаценты

- После ушивания матки пациенткам проводится наложение компрессионных швов на нижний маточный сегмент
- Компрессионные швы на тело матки, включая шов по В-Linch
- Управляемая баллонная тампонада
- Сочетание компрессионных швов с перевязкой маточных сосудов и яичниковых артерий

Профилактика ИВП

- Большинство показаний к первому кесареву сечению должны быть обоснованы. Каждый врач должен помнить о своей ответственности за последующие возможные осложнения, поскольку повторное кесарево сечение часто проводят вследствие несостоятельности рубца на матке.
- Нужно проявлять особенную насторожённость для своевременного выявления *placenta accreta*, предполагая возможность этого состояния у женщин с кесаревым сечением в анамнезе, при предлежании плаценты, а также при расположении её по передней стенке матки.
- Для исключения врастания плаценты необходимо проводить тщательное УЗИ с доплерометрией (а по показаниям сочетать с МРТ).