

# Менеджмент пациентов с вращанием плаценты

Сушкова О.С., н.с. лаборатории репродуктивного здоровья

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»

## ВВЕДЕНИЕ

Вращание плаценты чрезвычайно серьезное осложнение беременности, сопряженное с риском массивного маточного кровотечения, являясь одной из основных причин развития критических состояний, относящихся к предотвратимым материнским потерям «near miss», а также материнской смертности при неверно выбранной тактике ведения и родоразрешения беременных. Из года в год наблюдается неуклонный рост указанной патологии. Частота вращания плаценты варьирует от 0,04% до 0,2% всех родов [1]. Вращание плаценты является наиболее распространенной причиной гистерэктомии при абдоминальном родоразрешении в развитых странах, достигая 47% [2]. Избежать гистерэктомии и провести органосохраняющую реконструктивно-пластическую операцию – важная задача современного акушерства. В связи с возрастающей частотой вращающейся плаценты в последнее десятилетие возникла необходимость разработки комплексного подхода и алгоритма в диагностике и тактике оперативного родоразрешения беременных с вращанием плаценты

## ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Сравнить исходы родоразрешения пациентов с вращанием плаценты в рубец на матке с применением и без применения эндоваскулярных технологий.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ



**Основные этапы родоразрешения пациентов с вращением плаценты.**

1. Выполнение нижнесрединной лапаротомии с обходом пупка.
2. Выполнение кесарева сечения в области дна матки (донное или корпоральное), извлечение плода, лигирование пуповины без отделения последа и низведение пуповинного остатка в полости матки. Ушивание разреза на матке в области дна.
3. Визуальная оценка грыжевого выпячивания, глубины и площади распространения вращающейся плаценты.
4. При выявлении интраоперационно признаков вращающейся плаценты только в области послеоперационного рубца осуществлялась временная окклюзия подвздошных сосудов с последующей органосохраняющей реконструктивно-пластической операцией.
5. Выполнение транзитной ишемизации матки путем перевязки маточных артерий с целью дополнительного гемостаза по показаниям.
6. Выполнение внутриматочной тампонады с помощью баллона Бакри при органосохраняющей операции с целью дополнительного гемостаза.
7. Ушивание раны на матке.
8. Выполнение хирургической стерилизации.
9. При выявлении интраоперационно признаков вращающейся плаценты заднюю стенку матки проводилась эмболизация маточных артерий, баллонная окклюзия подвздошных артерий с последующей гистерэктомией.
10. Проведение аутогемотрансфузии интраоперационно отмытыми эритроцитами.
11. Осуществление визуального контроля за целостностью мочевого пузыря путем наполнения стерильной жидкостью с целью исключения скрытых дефектов задней стенки мочевого пузыря.
12. Выполнение экскреторной урографии интраоперационно для исключения травмы мочеточников после гистерэктомии.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний срок родоразрешения Me (Q<sub>25</sub>-Q<sub>75</sub>) в I группе составил 36,0 (35,0-37,0) недель, во II группе – 35,0 (32,0-38,0) недель, при проведении сравнительного анализа не было выявлено статистически значимых отличий в показателях срока родоразрешения пациентов анализируемых групп (p=0,731; U<sub>M-W</sub>=173,5).

Таблица 1 – Исходы беременностей. % (абс.)

Срок и экстренность родоразрешения	I группа, n=34	II группа, n=11	Статистическая значимость результатов
Преждевременные роды	21 (61,8%)	7 (63,6%)	$\chi^2=0,01, p=0,911$
Срочные роды	13 (38,2%)	4(36,4%)	
Экстренное кесарево сечение	9 (26,5%)	5 (45,5%)	$\chi^2=1,39, p=0,237$
Плановое кесарево сечение	25 (73,5%)	6 (54,5%)	

Средняя масса тела новорожденных Me (Q<sub>25</sub>-Q<sub>75</sub>) в I группе составила 2829,0 (2296,0-3128,0) грамм, во II группе – 2700,0 (1630,0-3000,0) грамм, при проведении сравнительного анализа не было выявлено статистически значимых отличий в показателях массы тела новорожденных (p=0,204; U<sub>M-W</sub>=138,5).

Таблица 2 – Структура и удельный вес оперативного вмешательства по группам, % (абс.)

Структура оперативного вмешательства	I группа, n=34	II группа, n=11
Реконструктивно-пластические органосохраняющие операции	18 (53,0%)	5 (45,4%)
Надвлагалищная ампутиация матки	3 (8,8%)	4 (36,4%)
Экстирпация матки	13 (38,2%)	2(18,2%)

Таблица 3 – Структура и удельный вес кровосберегающих технологий по группам, % (абс.)

Структура оперативного вмешательства	I группа, n=34	II группа, n=11
Эмболизация маточных артерий	19 (55,9%)	0
Баллонная окклюзия подвздошных артерий	30 (88,2%)	0
Баллонная тампонада полости матки внутриматочным баллоном Бакри	10 (29,4%)	5 (45,5%)
Перевязка сосудистых пучков	10 (29,4%)	4 (36,4%)

Средний объем кровопотери Me (Q<sub>25</sub>-Q<sub>75</sub>) в I группе составила 1000,0 (800,0-1800,0) мл, во II группе –2500,0 (900,0-3000,0) мл, при проведении сравнительного анализа были выявлены статистически значимые отличия в показателях объема кровопотери пациентов анализируемых групп (p=0,005; U<sub>M-W</sub>=58,5).

## ВЫВОДЫ

1. Глубина и площадь вращающейся плаценты – главные факторы, определяющие хирургическую тактику и объем оперативного вмешательства.
2. Применение рентгенэндоваскулярных технологий при родоразрешении женщин с вращением плаценты позволило контролировать и минимизировать объем кровопотери по сравнению с женщинами с вращением плаценты без применения эндоваскулярных технологий.
3. Гибридные оперативные вмешательства являются сложным многоступенчатым способом оперативного лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Опыт использования временной баллонной окклюзии общих подвздошных артерий при органосохраняющих операциях у пациенток с вращением плаценты / М.А. Курцер [и др.] // Акушерство и Гинекология. – 2013. – №7. – С. 80–84.
2. Менеджмент крови пациентки в акушерской практике при вращении плаценты / Т.А. Федорова [и др.] // Медицинский совет. – 2019. – №7. – С. 134–141.

## КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Dr.ol.sushkova@gmail.com