

Органозберігальна операція під час розродження вагітної з *placenta praevia percreta* (Клінічне спостереження)

В.П. Лакатош¹, В.В. Біла², О.Е. Стаховський³, О.С. Загородня¹, О.Б. Маланчук²

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

²Перинатальний центр м. Києва

³Національний інститут раку, м. Київ

У статті наведено опис клінічного випадку пророщення плаценти, що передлежить, з ураженням стінки сечового міхура з урахуванням чинників ризику та гестаційних ускладнень. Розглянуто особливості діагностики цього ускладнення, обговорюється обрання тактика лікування (проведення органозберігальної операції) з точки зору літературних даних.

Ключові слова: передлежання плаценти, пророщення плаценти.

Передлежання плаценти (*placenta praevia*) є одним із найбільш загрозливих акушерських діагнозів. Класичне акушерство ще в епоху відсутності незамінного сьогодні ультразвукового дослідження містило описання клінічної картини передлежання плаценти. Можливу фатальність кровотечі, спричиненої передлежанням плаценти, ілюструє одна із «заповідей» акушерів – за наявності вагінальних геморагічних виділень внутрішнє дослідження проводити лише в умовах розгорнутої операційної! У 90-х роках минулого сторіччя передлежання плаценти у 3 випадках з 1000 закінчувалось смертю породіллі, головним чином внаслідок некерованої кровотечі та коагулопатії [3].

До чинників ризику передлежання плаценти відносять рубець на матці та вік вагітної. Так, Clark (1985) описав одинадцятиразове зростання частоти передлежання плаценти у жінок віком 40 років та більше, ніж у вагітних молодше 20 років. Для вікового діапазону 35–40 років таке підвищення є п'ятиразовим [3]. З віком тісно пов'язаний і паритет пологів – у жінок, що мали в минулому 4 та більше пологів, ймовірність плацентації у нижньому сегменті матки є всемоє більшою, ніж у першороділей [6]. Драматичне збільшення частоти передлежання плаценти за наявності рубця на матці залежить від кількості попередньо виконаних кесаревих розтинів – від 2,5-разового зростання ризику після першого до 38-разового – після четвертого [10].

Розглядаючи проблему передлежання плаценти, не можна оминати роль паління як патогенетичного чинника. У I триместрі вагітності площа плаценти становить від 1/3 до 1/2 від поверхні стінки матки. До III триместра це співвідношення зменшується до 1/6. З цим, власне, і пов'язаний феномен міграції плаценти з прогресуванням вагітності. Матково-плацентарний кровотік у вагітної, що палить, перебуває у стані гіпоксії, і це призводить до компенсаторного збільшення площі плаценти. Така гіпотеза патогенезу підтверджується вищими середніми значеннями площі плаценти від породілль, що палили.

Патологія прикріплення плаценти полягає у надмірному проростанні плацентарних ворсин у стінку матки.

Гістологічно розрізняють три ступеня аномального прикріплення плаценти:

- істинне прирощення плаценти – *placenta accreta* – ворсини плаценти досягають внутрішньої поверхні міометрія;
- вращення плаценти – *placenta increta* – ворсини плаценти проникають у товщу міометрія;

– пророщення плаценти – *placenta percreta* – ворсини плаценти проростають крізь всю товщину міометрія, сягаючи серозної оболонки матки та суміжних органів, у першу чергу – стінки сечового міхура.

Оскільки клінічна картина та тактика ведення різних ступенів аномального прикріплення плаценти є однаковими, а остаточно ступінь його можна визначити лише під час гістологічного дослідження, J. Saleh у своєму клінічному огляді «*Placenta praevia and accreta*» (2008) пропонує об'єднувати їх у понятті *Placenta accreta*.

До факторів ризику прирощення плаценти, крім рубця на матці, відносять недорозвинення матки (інфантилізм внутрішніх статевих органів), аномалії розвитку матки, синдром Ашермана, кюретаж порожнини матки, ендометрит, затримку частин плаценти у попередніх пологах, променеву терапію, реконструктивні операції на трубах, інтрамуральну форму трубної вагітності, лейоміому матки.

Частота аномального прикріплення плаценти зростає протягом останніх 50 років, наразі воно ускладнює одні з тисячі пологів. У першу чергу це є результатом поширення кесарева розтину як способу розродження, удосконалення техніки, що робить його більш популярним, та розширення показань до нього [8]. Частота пророщення плаценти у сечовий міхур є значно меншою – 1 на 10 000 пологів [6]. І хоча наразі технологія ультразвукового дослідження дозволяє передбачити аномальне прикріплення плаценти до стінки матки, ураження сечового міхура за використання цього методу прогнозувати неможливо. Клінічні симптоми пророщення плаценти у стінку сечового міхура, серед яких найбільш поширеним є макрогематурія, спостерігаються лише у 25% випадків [9].

Вращення плаценти є причиною тяжких акушерських кровотеч. Аналіз 73 випадків акушерських екстирпацій зафіксував, що 31 (42,1%) із них спричинені саме вращенням та пророщенням плаценти. Майже завжди у цих випадках мова йшла не просто про видалення репродуктивного органу, але і про необхідність інтенсивної трансфузійної терапії та переливання препаратів крові. Деякою відсотків породілей з вращенням плаценти вимагали геморансфузії у процесі оперативного втручання, а у 40% кількість використаних доз препаратів крові перевищила 10 [5]. Середній об'єм крововтрати під час оперативного розродження пацієнток з вращенням плаценти сягає 3–5 л. Материнська смертність за цієї патології сягає 7% [5].

На сучасному етапі діагностика вращення плаценти, що передлежить, можлива за допомогою ультразвукового сканування. Нормальному прикріпленню плаценти властива гіпоехогенна смужка між нею та стінкою сечового міхура (вільний ретроплацентарний простір). Ультразвукова картина вращення плаценти включає неправильну форму плацентарних лакун, стоншення міометрія між плацентою та сечовим міху-

ром, втрата вільного ретроплацентарного простору, протрузії плаценти в міхур, надмірна васкуляризація матково-міхурового простору та турбулентний рух крові лакунами, визначений методом доплерівського картування. Чутливість ультразвукового методу діагностики врослення плаценти коливається у межах 77–87%, специфічність – 96–98%. Додаткове застосування доплерометричного методу, 3D-зображення не підвищує діагностичної чутливості методу.

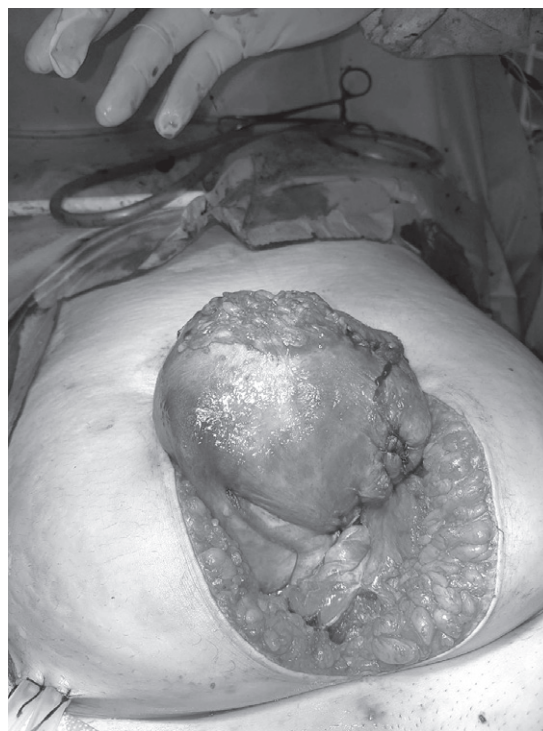
Незважаючи на те що жодним дослідженням не доведено переваг магнітно-резонансної томографії без застосування парамагнетика, вважається, що застосування цього методу дозволяє більш точно оцінити інвазію трофобласта та її стосуюнок до регіонарних кровоносних судин. P. Jaqarquemada (2005) встановив, що контрастування гадолінієм дозволяє більш чітко окреслити лінію між плацентою і міометрієм та диференціювати гетерогенні сигнали від судин плаценти і материнських судин. На питання про можливість застосування парамагнетика під час вагітності Комітет безпеки контрастних речовин дає чітку відповідь про відсутність негативного впливу на плід [11]. Тим не менше, Американська колегія радіологів рекомендує застосування гадолінію лише за наявності життєво важливих показань.

Нижче наведений опис клінічного спостереження передлежання плаценти з пророщенням її у сечовий міхур.

Vazitna S., 33 років, звернулася до Перинатального центру м. Києва 30.09.2017 р. зі скаргами на незначні геморагічні виділення зі статевих шляхів, що виникли у гестаційному терміні 28 тиж та 4 дні. Вагітна перебувала на обліку у жіночій консультації. Під час виконання ультразвукового дослідження у 20–21 тиж виявлено передлежання плаценти, діагноз підтверджено під час повторних досліджень у 25 та 27 тиж. В анамнезі – 2 кесарева розтини, один з причини дистопії шийки матки у 2006 р., інший – з приводу попереднього кесарева розтину та багатоплідної вагітності. Крім того, пацієнтка мала 2 мимовільні викидні у терміні 6 та 8 тиж, з приводу чого було виконано кюретаж стінок порожнини матки. Під час госпіталізації виконано ультразвукове дослідження, розміри плода відповідають 28 тиж вагітності, ознак відшарування плаценти не виявлено, плаценту локалізовано переважно по задній стінці матки з переходом на передню стінку через внутрішній зів шийки матки. Зовнішній контур матки у ділянці післяопераційного рубця візуалізувався як чіткий, без дефектів.

Установлено діагноз: Вагітність V, 28 тиж і 4 дні, передлежання плаценти. Оперована матка (2 рубці після попередніх кесаревих розтинів). Призначено токолітичну терапію (інгібітори циклооксигенази ректально), гемостатичну терапію (транексамова кислота) та стероїдну профілактику дихальних розладів новонародженого. Ураховуючи 2 попередніх кесарева розтини та передлежання плаценти, вирішено для більш детального вивчення поширеності плаценти на міометрій та суміжні органи виконати магнітно-резонансну томографію. Під час сканування виявлено, що в каудальних відділах післяопераційного рубця на матці є розходження тканини на відстані 40 мм, через яке тканина плаценти поширюється на передньоправі відділи сечового міхура, інфільтруючи всю товщину його стінки на відстані близько 20 мм. У передньому відділі тканина плаценти проникає у порожнину сечового міхура на глибину 2 мм на відстані 5 мм, тобто виявлена аномалія прикріплення плаценти у формі її проростання (placenta percreta).

На тлі лікування у пацієнтки зберігались скарги на незначні геморагічні виділення зі статевих шляхів. 18.10.2017 р. вагітна поскаржилась на зменшення інтенсивності рухів плода. Під час проведення ультразвукового дослідження виявлено порушення матково-плацентарного



кровообігу (уповільнення кровотоку в артерії пуповини), біофізичний профіль оцінено у 4 бали. Ураховуючи ознаки дистресу плода, гестаційний термін 31 тиж, консиліумом прийнято рішення про абдомінальне розродження. Ураховуючи інформацію про проростання плаценти в стінку сечового міхура, до операційної бригади залучено уролога. Під час планування оперативного втручання передбачено 3 його етапи – донний кесарів розтин на першому етапі, ішемізація матки на другому етапі шляхом перев'язування внутрішніх клубових артерій та висічення грижі у ділянці післяопераційного рубця.

19.10.2017 р. шляхом донного кесарева розтину матки народилась жива недоношена дівчинка з масою тіла 1500 г, довжиною тіла 39 см, оцінкою за шкалою Апгар 4–5 балів. Матку у ділянці розрізу ушито дворядним вікриловим швом. Далі виконано перев'язку внутрішніх клубових артерій. Розітнуто ріса vesicouterina, висічено грижу у ділянці післяопераційного рубця на матці з дефектом та ділянкою пророщення плаценти у межах здорових тканин. Виконано метрорпластику нижнього сегмента матки окремими вікриловими швами. Ушито дефект задньої стінки сечового міхура вікриловими швами. Загальна крововтрата становила 4100 мл. Інтенсивну інфузійну терапію проводили під час операції, загалом перелито 10 000 мл розчинів та препаратів крові (фото).

Післяопераційний період перебігав без ускладнень, пацієнтка отримувала антибактеріальну терапію, профілактику тромботичних ускладнень. Функція сечового міхура відновила на 10-у добу, післяопераційна рана загоїлась первинним натягом, шви знято на 10-у добу після операції. Породіллю виписано у задовільному стані.

Оскільки описана патологія є досить рідкісною, не існує єдиного алгоритму оперативного втручання. Так, для зменшення обсягу крововтрати перед спробою відділення плаценти або перед початком гістеректомії проводять повну хірургічну деваскуляризацію матки. Сьогодні зменшення крововтрати досягають декількома шляхами – перев'язкою клубових артерій, їхньою емболізацією або балонізацією. Перший спосіб може мати певні технічні складності у зв'язку з важкістю доступу у малий таз, збільшенням матки. Ембо-

лізація та балонізація судин потребує відповідної апаратури та навичок судинного хірурга. Обов'язковим є залучення уролога до хірургічної бригади за такої клінічної ситуації, що дозволяє зберегти репродуктивний орган, або, якщо цього не вдається, – хоча б зменшити тривалість операції, обсяг кровотечі та травми сечового міхура.

Пацієнтка мала чинники ризику формування передлежання плаценти. Крім 2 попередніх кесаревих розтинів до них належить і звичне невиношування з властивими йому гормональними порушеннями та дистрофічними змінами ендометрія. Типовим для передлежання плаценти є і порушення стану плода через розлади матково-плацентарного кровообігу.

Наведений опис клінічного випадку окреслює потенціальну можливість проведення органозберігальних

операцій у разі вродження плаценти у післяопераційний рубець. Виконання таких операцій значуще не лише для подальшої реалізації репродуктивної функції – збереження матки має інші позитивні наслідки, а саме: позитивне психологічне значення менструальної функції, дотримання нормальної анатомії органів малого таза, попередження опущення стінок піхви тощо. Дане спостереження демонструє також обмежені можливості ультразвукової діагностики для виключення вродження плаценти. Сучасні технічні можливості дозволяють виконувати магнітно-резонансну томографію у вагітних, тому її доцільно рекомендувати як уточнювальний метод у разі передлежання плаценти у вагітної з попередньо виконаним кесаревим розтинном.

Органосохраняющая операция при родоразрешении беременной с placenta preavia percreta (Клиническое наблюдение)

В.П. Лакатош, В.В. Белая, А.Э. Стаховский, А.С. Загородняя, О.Б. Маланчук

В статье приведено описание клинического случая прорастания предлежащей плаценты с поражением стенки мочевого пузыря с учетом факторов риска и гестационных осложнений. Рассмотрены особенности диагностики этого осложнения, обсуждается выбранная тактика лечения (проведение органосохраняющей операции) с точки зрения литературных данных.

Ключевые слова: *предлежание плаценты, прорастание плаценты.*

An organ-preserving operation in the delivery of a pregnant woman with placenta preavia percreta (Clinical observation)

V.P. Lakatosh, V.V. Bila, A.E. Stakhovsky, O.S. Zahorodnia, O.B. Malanchuk

The article describes a clinical case of childbirth of pregnant with placenta preavia percreta, with a defeat of the bladder wall, speaking about risk factors and gestational complications. The peculiarities of diagnostics of this complication are considered, the chosen tactics of treatment (carrying out of an organ-saving operation) is discussed from the point of view of literary data.

Key words: *placenta preavia, placenta percreta.*

Сведения об авторах

Лакатош Владимир Павлович – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бульвар Шевченко, 13

Белая Виктория Владимировна – Перинатальный центр г. Киева, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9

Стаховский Александр Эдуардович – Национальный институт рака, 03022, г. Киев, ул. Ломоносова, 33/43

Загородняя Александра Сергеевна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бульвар Шевченко, 13. *E-mail: gyner2007@gmail.com*

Маланчук Олег Борисович – Перинатальный центр г. Киева, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Abbas F. Placenta percreta with bladder invasion as a cause for life threatening hemorrhage /F. Abbas, J. Talati, S. Wasti // J Urol. – 2000. – N 164. – P. 1270–1274.
2. Clark S. Placenta previa/accreta and prior cesarean section /S. Clark, P. Koonings, J. Phelan // Obstet Gynecol. – 1985. – N 66. – P. 89.
3. Iyasu S. The epidemiology of placenta previa in the United States, 1979–1987 / S. Iyasu, A. Saftlas, D. Rowley et al. // Am J Obstet Gynecol. – 1993. – N 168. – P. 14–24.
4. Palacios Jaraquemada J. Magnetic resonance imaging in 300 cases of placenta accreta: surgical correlation of new finding /J. Palacios Jaraquemada, C. Bruno. // Acta Obstet Gynecol Scand. – 2005. – N 84. – P. 716–24.
5. Placenta accreta. Committee Opinion No. 529. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2012. – N 120. – P. 207–11.
6. Rasmussen S. Obstetric history and the risk of placenta previa/ S. Rasmussen, S. Albrechtsen, K. Dalaker // Acta Obstet Gynecol Scand. – 2000. – N 79. – P. 502.
7. Saleh H. Placenta Previa and Accreta Glob. libr. women's med. (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10121
8. Smith Z. Placenta Percreta With Invasion into the Urinary Bladder/ Z. Smith, S. Sehgal, K. Van Arsdalen, I. Goldstein // Urol Case Rep. – 2014. – N 2 (1). – P. 31–32. doi: 10.1016/j.eucr.2013.11.010
9. Takai N. Placenta percreta invading the urinary bladder /N. Takai, M. Eto, F. Sato // Arch Gynecol Obstet. – 2005. – N 271. – P. 274–275.
10. To W. Placenta previa and previous cesarean section /W. To, W. Leung // Int J Gynaecol Obstet. – 1995. – N 51. – P. 25.
11. Webb J. The use of iodinated and gadolinium contrast media during pregnancy and lactation. Members of Contrast Media Safety Committee of European Society of Urogenital Radiology (ESUR) /J. Webb, H. Thomsen, S. Morcos // Eur Radiol. – 2005. – N 15. – P. 1234–40.

Статья поступила в редакцию 20.04.2018