ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ МЕТОДОВ ПРИ ВРАСТАНИИ ПЛАЦЕНТЫ

© Любчич А.С., Бабажанова Ш.Д.

Республиканский перинатальный центр, Узбекистан, Ташкент, ул.Богишамол 223А., E-mail: shakhida68@mail.ru

Ключевые слова: врастание плаценты; кесарево сечение; рубец на матке; органосохраняющие методы.

Актуальность. Несмотря на усилия медицинского сообщества, послеродовые кровотечения (ПРК) остаются серьезной проблемой и занимают ведущее место в структуре причин материнской смертности (МС) в мире — 27% (ВОЗ, 2014). Одной из основных причин МС от ПРК врастание плаценты. Для снижения МС при врастании плаценты чаще используется удаление матки, чем объясняется рост количества послеродовой гистерэктомии в мире. В то же время, современные исследователи (JM Palacios-Jaraquemada, Курцер М.А., Kayem G., Sentilles L, Chandraharan E. и др.) предлагают органосохраняющие методы при врастании плаценты. В нашем центре методы по сохранению матки при врастании плаценты проводятся с 2016 года.

Цель исследования. Обобщение опыта внедрения органосохраняющих методов при врастании плаценты

Материалы и методы. Проведен клинический анализ случаев врастания плаценты у 45 женщин в Республиканском перинатальном центре за 2016–2018гг. У 40 женщин была операция кесарево сечение (КС), 5 женщин родили через естественные родовые пути. Нами применялись следующие 2 метода для сохранения матки при врастании плаценты: 1 метод — лапаротомия, перевязка сосудов, иссечение приращенного участка и метропластика, наложение компрессионных швов на матку; 2 метод- оставление части плаценты в матке — placenta in situ. При операции КС у женщин с рубцами на матке с врастанием плаценты в области рубца, мы не проводили донное КС, так как в этом случае будет 2 разреза на матке — на дне и на нижнем сегменте матки в области рубца, что повышает риск разрыва матки при последующей беременности. Разрез на матке мы проводили поперечным разрезом выше края плаценты, выше края рубца на матке, чтобы не рассечь плаценту, что может вызвать резкое кровотечение. После извлечения ребенка, мы не отделяя плаценту от матки, накладывали лигатуры на маточные артерии, круглые связки (чаще на эти 2 образования накладывали одну лигатуру, чтобы они вместе были ушиты одной лигатурой), яичниковые артерии. После этого удаляли плаценту, если плацента была приращена в области истонченного рубца, иссекали рубец вместе с плацентой и проводили метропластику. На ложе плаценты, если она располагалась в области внутреннего зева или задней стенки, накладывали на эндометрий гемостатические «П» или «Z» образные или кисетные швы кетгутом или викрилом, также, в зависимости от места кровотечения, накладывали на матку со стороны серозной оболочки несколько компрессионных швов по Чо, Перейра, или «П» или «Z» образные швы. В случае продолжающего кровотечения проведена перевязка внутренних подвздошных артерий. Одновременно проводились консервативные меры по восполнению ОЦК кристаллоидами, препаратами крови, а также в\в вводились утеротоники, транексамовая кислота, антибиотики. Тщательно вели контроль кровопотери, в случае сильного кровотечения или превышения кровопотери свыше 2500 мл, дальнейшая тактика сохранения матки прекращалась и проводилась гистерэктомия.

Результаты. Больные были в возрасте 20–24лет — 7 (15,6%), 25–29лет — 12 (26,7%), 30–34лет -15 (33,3%) и 35 лет и старше-11 (24,4%). Повторнородящие (93,3%), 2- роды наблюдались у 19 женщин, 3- роды — у 18; 4 и более родов были у 5 женщин. Первородящих было всего 3 (6,7%). Аборты в анамнезе — у 8 (17,8%) женщин, бесплодие — у 3 (6,7%). КС перенесли в прошлом 24 (53,3%) беременные, при этом один рубец после КС — 11 (24,4%), 2 рубца после КС — 12 (26,7%) и 3 рубца после КС — 1 (2,2%). Гестационный срок был 28–33 недели — у 12 (26,7%), 34–36 недель- у 9 (20,0%) и 37 недель и более — у 24 (53,3%) женщин. Показаниями к КС (40 женщин) были различные состояния в сочетании с рубцом на матке или без рубцов на матке: предлежание плаценты — 24 (60,0%), неправильное поло-

жение плода у 6 (15%), тяжелая соматическая патология — 2(5%), тяжелая преэклампсия+двойня -1, крупный плод -1, двурогая матка -1, бесплодие+ЭКО -2, миома матки -2, критический кровотока плода -1. В 5 случаях врастание плаценты было обнаружено после родов через естественные родовые пути, при послеродовом кровотечении. Из 40 случаев врастания плаценты у женщин, которые обнаружены во время КС, в 32 случаях проведена успешная органосохраняющая методика (80%), а в 8 случаях проведена гистерэктомия (20%) из за сильного кровотечения. Кровопотеря в группе сохранения органа от 1500 до 2300мл. В 6 случаях небольшая часть вросшей плаценты оставлена в матке, на эти части накладывались гемостатические швы, нашей основной задачей было остановка кровотечения и сохранение матки, эти части плаценты в 4 случаях в послеродовом периоде самостоятельно отходили, в 2 случаях на 7–12 сутки проведены выскабливания полости матки. Из 5 самостоятельных родов, в 2 случаях проведена экстирпация матки (из за массивного ПРК), в 3 случаях матка сохранена, из них в 1 случае проведена лапаротомия, перевязка сосудов, наложение компрессионных швов, часть плаценты оставлена в матке, в 2 случаях — при ручном обследовании полости матки из за вросшей плаценты невозможно было удалить большую часть плаценты, но из за остановки кровотечения, эти большие части плаценты были оставлены в матке. Этим 3 женщинам проведен курс 1 курс метотрексатом. Всем 3 женщинам проведено выскабливание полости матки, были удалены плаценты: 2 женщинам на 12–14 сутки, 1 женщине плацента удалена на 43- сутки после родов.

Заключение. Таким образом, применение органосохраняющих методов при врастании плаценты позволяет женщинам сохранить матку и репродуктивную функцию.