

**АНОМАЛИИ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ
КАК ФАКТОР РИСКА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**

Э.К. Асанкулов, Д.М. Субанов, Т.Х. Тепеева, М.М. Омурбекова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра акушерства и гинекологии №1
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье проведен ретроспективный анализ 95 историй родов женщин с аномалиями прикрепления плаценты, родоразрешенных в Городском Перинатальном Центре в 2016 году. Проведен анализ литературных данных, частоты аномалий прикрепления плаценты, исхода беременности и родов.

Ключевые слова: предлежание плаценты, плотное прикрепление и приращение плаценты, кесарево сечение, кровотечение.

**БАЛА ТОНУНУН ЖАБЫШУУ АНОМАЛИЯЛАРЫ
АКУШЕРЛИК КАН АГУУНУН КООПТУУ ФАКТОРУ КАТАРЫ**

Э.К. Асанкулов, Д.М. Субанов, Т.Х. Тепеева, М.М. Омурбекова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
№1 акушердик жана гинекология кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада 2016-жылы Шаардык Перинаталдык Борбордо, бала тонунун жабышуу аномалиялары менен төрөгөн аялдардын төрөт баяндарына ретроспективдүү талдоо жүргүзүлгөн. Адабияттык маалыматтар, бала тонунун жабышуу аномалиялардын жыштыгы, кош бойлуулуктун жана төрөттөрдүн натыйжалары боюнча талдоо жүргүзүлгөн.

Негизги сөздөр: бала тонунун алдыда жайгашуусу, бала тонунун бекем жабышып калуусу жана өсүшү, кесардык кесүү, кан агуу.

**ANOMALIES OF PLACENTAL IMPLANTATION,
AS A FACTOR OF OBSTETRICAL HEMORRHAGE RISK**

E.K. Asankulov, D.M. Subanov, T.H. Tepееva, M.M. Omurbekova
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of obstetrics and gynecology № 1
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: Retrospective analysis of 95 women delivery case histories with anomalies of placental implantation, taking place in Urban Perinatal Centre in 2016 year is given in this article. Analysis of literary findings, frequency of placental implantation anomalies, outcome of pregnancy and deliveries is carried out.

Key words: placental presentation, dense placental implantation and adherent placenta, cesarean section, hemorrhage.

Введение

В последние годы наметилась стойкая тенденция увеличения частоты органосберегающих операций на матке при неотложных состояниях в акушерской практике.

Одним из грозных осложнений течения беременности и родов являются аномалии прикрепления плаценты, приводящие к массивным акушерским кровотечениям, влекущим за собой удаление детородного органа и даже смерть женщин. В структуре акушерских патологий, аномалии прикрепления плаценты занимают особое место, благодаря широкому полиморфизму морфологических вариантов

(предлежание плаценты, плотное прикрепление плаценты, приращение плаценты, вращение плаценты, прорастание плаценты) [1,2]. Более того, при повторных беременностях после перенесенных операций кесарева сечения, зачастую встречаются такие серьезные осложнения, когда плацента прикрепляется в области нижнего сегмента матки и ворсины хориона пенетрируют миометрий и периметрий с инвазией в соседние органы – мочевого пузыря, прямую кишку.

В последние десятилетия наблюдается неуклонный рост распространенности данного осложнения, что в немалой степени обусловлено

увеличением частоты операций кесарева сечения и, как следствие, беременностей с рубцом на матке [3,4]. Выявлена четкая причинная связь локализации вставания плаценты с наличием рубца на матке после кесарева сечения, поскольку зона вставания ворсин чаще всего находится на передней стенке в нижнем сегменте матки, т.е. по месту типичного ее разреза [5].

По мнению экспертов ВОЗ, основными факторами риска материнской летальности при акушерских кровотечениях являются недооценка факторов риска, несвоевременная диагностика особенностей плацентации, неадекватная и несвоевременная терапия, отсутствие прегравидарной подготовки [1,6].

К сожалению, до сегодняшнего дня основным методом борьбы с интраоперационным кровотечением остается гистерэктомия, в результате чего пациентки утрачивают репродуктивную функцию. Согласно мировым статистическим данным, аномалии прикрепления плаценты являются ведущей причиной акушерских гистерэктомий [7].

Цель исследования: Изучить частоту встречаемости аномалий прикрепления плаценты, особенности течения беременности и исходы родов при данной патологии.

Материалы и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный анализ 95 историй родов женщин с аномалиями прикрепления плаценты, родоразрешенных в

Городском Перинатальном Центре (ГПЦ) г. Бишкек в 2016 году.

За 2016 год в ГПЦ было зарегистрировано 9667 родов. Из них 1424 (14,7%) женщин родоразрешены путем операции кесарева сечения, что составило 14,7% от общего числа родов. Из 9667 рожениц аномалии прикрепления плаценты диагностированы у 95 женщин, что составило 1%.

При анализе историй родов тщательно оценивались: анамнез, объективный статус, соматический статус, течение беременности, родов и послеродового периода. Статистическая обработка выполнялась программой SPSS версия 20.

Результаты и их обсуждение

В ГПЦ за 2016 год были родоразрешены 95 беременных с аномалиями прикрепления плаценты. Учитывая отсутствие условий для родоразрешения через естественные родовые пути – плацента перекрывала внутренний зев цервикального канала, 80 (84,2%) беременным была произведена операция кесарево сечение. Из них, в плановом порядке прооперированы 38 (40%) женщин, 42 (44,2%) женщины родоразрешены в экстренном порядке. У 15 (15,7%) женщин беременность завершилась самостоятельными родами.

Все пациентки в зависимости от места локализации плаценты разделены на 4 группы (табл. 1):

Таблица 1

Виды аномалий плацентации

Вид аномалии	Число аномалий	% от общего числа аномалий
Центральное предлежание плаценты (placenta praeviacentralis)	42	44,2
Краевое предлежание плаценты(placenta praeviamarginalis)	9	9,4
Боковое предлежание плаценты(placenta praevialateralis)	5	5,2
Низкое предлежание плаценты(placenta praeviahumilis)	29	30,5

При центральном предлежании плаценты в 3 (7,1%) случаях отмечалось плотное прикрепление плаценты; в 2 (4,7%) случаях вставание плаценты в миометрий; в 14 (33,3%) случаях прорастание плаценты через всю стенку матки, из них 3 (7,1%) случая сопровождались инвазией в мочевою пузырь.

При низком предлежании плаценты на долю плотного прикрепления пришлось 6 (20,6%) случаев, вставания плаценты в миометрий 1

(3,4%) случай, прорастание плаценты через все слои матки 3 (10,3%) случая, приращения плаценты 2 (6,8%) случая.

При краевом предлежании отмечен 1 (11,1%) случай плотного прикрепления и 1 (11,1%) случай прорастания плаценты.

При боковом предлежании диагностирован 1 (20%) случай приращения плаценты.

Процентное соотношение аномалий прикрепления плаценты представлено на рис. 1.

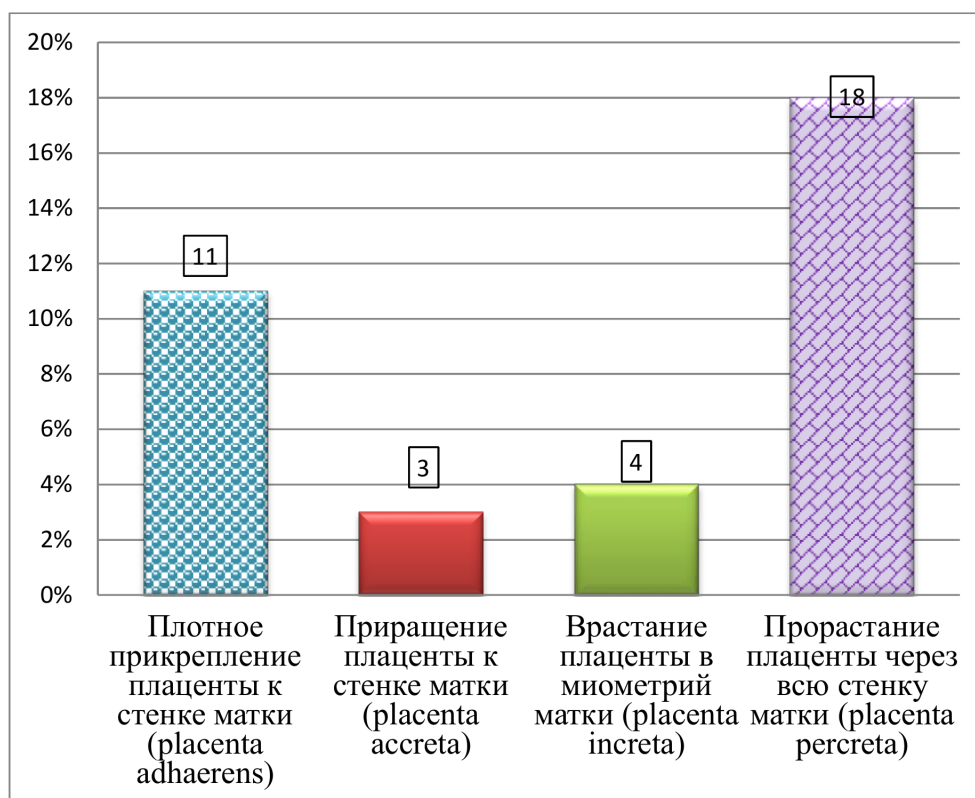


Рис. 1. Виды аномалий прикрепления плаценты.

Из 95 исследуемых женщин на учете состояли 89 (94%). Возраст рожениц составлял от 21 до 45 лет. Средний возраст составил 30 ± 5 лет. Все женщины были прописаны и проживали в городе Бишкек. Из них были: домохозяйками - 84 (88,4%), работающими - 11 (11,5%). В браке состояли все 95 женщин. При изучении менструальной функции выяснено, что менархе наступало в возрасте от 12 до 16 лет, а средний возраст менархе составил $14 \pm 1,1$ год. Продолжительность менструального цикла была $28 \pm 1,5$ дня. Длительность менструации - 5 ± 1 день.

При поступлении в стационар, жалобы на кровянистые выделения из половых путей зафиксировано у 83 (66,3%) рожениц, на тянущие боли в нижней части живота у 21 (22,1%) роженицы, родовое излитие околоплодных вод у 3 (3,1%) рожениц.

Из анамнеза выяснено, что у 27 (28,4%) женщин, предыдущие беременности закончились медицинским абортom, причем у 24 (25,2%) пациенток, искусственное прерывание беременности предшествовало настоящей беременности. У 18 (18,9%) женщин в анамнезе отмечена замершая беременность с неоднократным выскабливанием полости матки. Самопроизвольные выкидыши произошли у 14 (14,7%) пациенток. У 1 (1%) роженицы

настоящей беременности предшествовала операция по поводу внематочной беременности.

Гинекологические заболевания выявлены у 29 (30,5%) женщин: воспалительные заболевания гениталий у 18 (18,1%), аденомиоз у 1 (1%), миома матки у 7 (7,3%) женщин. На долю пороков развития половых органов (двурогая матка, седловидная матка) приходится 3 (7,4%) случая.

Рубец на матке после перенесенной операции кесарево сечение имели 36 (37,8%) рожениц. Кесарево сечение в анамнезе значилось: однократно у 15 (15,7%) женщин, двукратно у 11 (11,5%), трехкратно у 10 (10,5%) пациенток. Осложнения беременности наблюдались у 60 (63,1%) исследуемых женщин: преэклампсия тяжелой степени - 2 (2,1%), родовое излитие околоплодных вод - 3 (3,1%), многоводие - 4 (4,2%), маловодие - 1 (1%), гестационный пиелонефрит - 1 (1%), анемия - 49 (51,5%) случаев. Кровотечение во время родов зарегистрировано у 95 пациенток (из них у 3 (3,1%) рожениц кровопотеря была физиологической). По объему кровопотери в родах все женщины были разделены на следующие группы: до 1000 мл; 1000-2000мл; 2000-3000мл; более 3000мл (табл.2).

Распределение групп по количеству кровопотери

Количество кровопотери	Число женщин	% соотношение	Средний объем кровопотери (мл)
До 1000 мл	56	58,9	626±15
1000-2000 мл	29	30,5	1360±15
2000-3000 мл	4	4,2	2625±15
Более 3000 мл	6	6,3	3133±15

Для остановки кровотечения в 5 (5,2%) случаях использованы консервативные методы – ручное обследование полости матки с внутривенным введением утеротонических средств и восполнением объема циркулирующей крови.

В 87 (91,5%) случаях пришлось прибегнуть к хирургическому гемостазу посредством: перевязки маточных артерий в 48(55,1%)

случаях, перевязки внутренних подвздошных артерий в 26(29,8%) случаях, перевязки маточных артерий в сочетании с перевязкой внутренних подвздошных артерий в 13(14,9%) случаях. Из них в 7 (7,4%) случаях, перевязка маточных сосудов потребовалась пациенткам после самостоятельных родов.

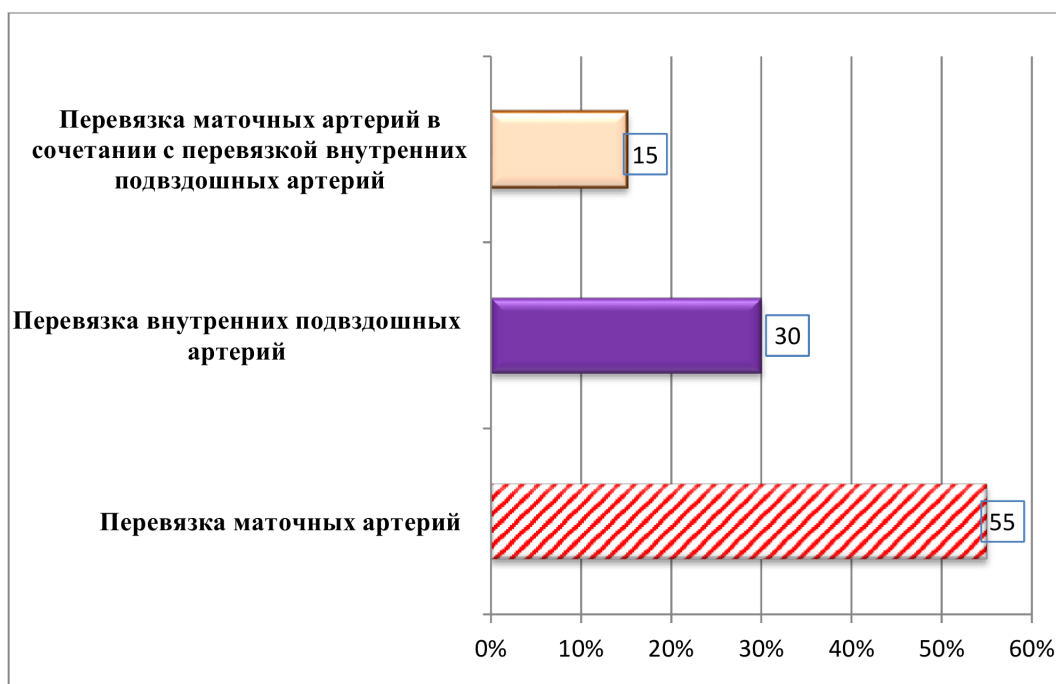


Рис. 2. Применение методов хирургического гемостаза.

В 26 (27%) случаях органосохраняющую операцию провести удалось: субтотальной гистерэктомии подверглись 24 (25,2%) роженицы, тотальной гистерэктомии – 2 (2,1%).

На свет появились 95 детей: 49 (51,5%) - доношенных, 44 (46,3%) - недоношенных и 2 (2,1%) - мертвых ребенка.

Выводы:

1. В результате проведенного анализа историй родов за 2016 год по ГПЦ выяснено, что кровотечение во время беременности, родов и послеродовом периоде несет реальную угрозу не только для рожениц, но и для их плодов. 44

(46,3%) ребенка родились недоношенными, 2 (2,1%) мертвыми.

2. Из-за массивной кровопотери, связанной с затруднением отделения вросшей в стенку матки плаценты, 26 (27%) женщин утратили свою репродуктивную функцию в результате удаления матки. 87 (91,5%) пациенткам потребовался хирургический гемостаз (перевязка маточных артерий; перевязка внутренних подвздошных артерий). Согласно международным стандартам, для обеспечения гемостаза при перевязке маточных сосудов следует применять баллонную тампонаду, которая окклюзирует плацентарную площадку.

3. Предлежание плаценты с ее вращением чаще развивается у женщин, в анамнезе которых имело место оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения, причем неоднократно.

4. Особое внимание необходимо обратить на выбор метода срока родоразрешения у данного контингента беременных женщин со своевременной оценкой акушерской ситуации для решения вопроса об объеме оперативного вмешательства.

5. Для предупреждения развития данной патологии необходимо уделять особое внимание планированию семьи, прегравидарной подготовке, своевременной диагностике аномалий плацентации и планированию родоразрешения в условиях стационара третичного уровня.

Литература:

1. Давыдов А.И., Азрба И.Б., Волощук И.Н. Патогенез патологии прикрепления плаценты // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2012. - №1. – С.48-55.
2. Черных С.В., Чайка А.В., Карамян Е.С. Некоторые аспекты аномальной локализации плаценты. - М.: Издательство журнала *Status Praesens*, 2016. – 61 с.
3. Räsänen S., Kancherla V., Kramer M.R., Gissler M., Heinonen S. Placenta previa and the risk of delivering a small-for-gestational-age newborn // *Obstet. Gynecology*. – 2014. - 124(2 Pt 1). – P. 85-91.
4. Вращение предлежащей плаценты у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения. Клинико-морфологическое сопоставление/ Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреслав И.Ю. и др. // *Акушерство и гинекология*. – 2015. - №11. – С. 41-45.
5. Курцер М.А., Кутакова Ю.Ю., Бреслав И.Ю., Сонгорова Е.Н. Опыт органосохраняющих операций при вращении плаценты // *Status Praesens*. – 2013. - №3 (14). – С. 14-19.
6. World Health Organization. *Women and Health. Today's evidence tomorrow's agenda //WHO report.- WHO, 2012.- P. 2-3.*
7. Семенова М.В., Талабадзе А.С. Аномалии прикрепления плаценты: особенности диагностики и терапии. // *Актуальные вопросы и перспективы развития медицины: сб. науч. трудов*. – Омск, 2014. – С.10-11.