

ИСХОД УГРОЖАЮЩЕГО АБОРТА С ЗАБОЛОЧЕЧНОЙ ГЕМАТОМОЙ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ СЕПСИСОМ

Омарова Г.К., Алиева Ж.О., Алиева Ш.У., Байлина М.И.

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Алматы, Республика Казахстан

Резюме: В статье описан случай ведения беременной с угрожающим абортom, ретроплацентарной гематомой при предлежании плаценты, осложнившийся сепсисом.

Ключевые слова: угрожающий аборт, ретрохориальная гематома, предлежание и приращение плаценты, инфицированный аборт, сепсис.

OUTCOME OF IMMINENT ABORTION WITH RETROCHORIAL HEMATOMA WITH PLACENTA PREVIA COMPLICATED BY SEPSIS

Omarova G.K., Aliyeva Zh.O., Aliyeva Sh.U., Baylina M.I.

S.D.Asfendiyarov Kazakh National Medical University
Almaty, Republic of Kazakhstan

Resume: The case of delivery with imminent abortion, retrochorial hematoma with placenta previa complicated by sepsis was described in given article.

Key words: imminent abortion, retrochorial hematoma, placenta previa & accrete, infected abortion, sepsis.

Угрожающий аборт – самое частое осложнение беременности. Частота его составляет до 20% всех клинически диагностированных беременностей. Кровянистые выделения из половых путей в первом и втором триместрах беременности являются отражением проблем имплантации и плацентации, тогда как появление их во втором триместре могут быть следствием таких состояний как отслойка плаценты с и/или без образования ретроплацентарной гематомы, формирование заоболочечной гематомы, «миграция» формирующейся предлежащей или низко расположенной плаценты, децидуальная реакция «пустующей» полости матки при пороках ее развития, редукция одного из эмбрионов/плодов при многоплодной беременности [1].

Ретрохориальная гематома – специфическое патологическое состояние, возникающее на ранней стадии беременности, которое развивается в результате частичной отслойки хориальной пластинки от подлежащей децидуальной оболочки при генетически нормальном плодном яйце и проявляется в виде кровоизлияния и скопления крови (гематомы) ретрохориальном пространстве. Ретрохориальная гематома составляет около 18% всех случаев кровотечения в I триместре [6].

Предлежание плаценты (placenta previa) – это аномальное ее прикрепление и расположение над внутренним зевом или в непосредственной близости от него, перед предлежащей частью

плода. Аномалии прикрепления плаценты встречаются в 0,2-0,6% случаев, составляя 1 случай на 200-250 беременностей [2].

Ворсины хориона при предлежании плаценты глубже внедряются в мышечную стенку матки и децидуальную оболочку, что дает более высокий процент приращения плаценты. Приращение плаценты – осложнение, которое встречается с частотой 1 на 7000 родов [2, 3].

Среди всех инфицированных абортов частота септических составляет от 0,9 до 4,6%, при этом летальность достигает 26% [1, 5].

В доступной литературе нам не удалось обнаружить сведений о случаях инфицирования сформировавшейся заоболочечной гематомы при предлежании плаценты и угрожающем аборте. Поэтому считаем, что нижеописанный клинический случай представляет определенный интерес для практического здравоохранения.

Повторнобеременная Х., 33 лет, поступила в отделение экстренной гинекологии городской клинической больницы №7 г. Алматы с жалобами на тянущие боли внизу живота, сукровичные выделения из половых путей. Из анамнеза выяснено, что данная беременность 6-ая, было 5 срочных родов, последние роды путем операции кесарево сечение 1,5 года назад в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Имело место 2 случая ранней неонатальной смертности, причину пациентка не знает.

Течение данной беременности: в сроке 7-8 недель отмечалась клиника угрожающего аборта, по поводу чего было проведено стационарное лечение в отделении экстренной гинекологии. При ультразвуковом исследовании была диагностирована прогрессирующая беременность 7-8 недель, ретрохориальная гематома объемом $3,0 \times 2,3 \times 0,9 \text{ см}^3$. В дальнейшем после выписки больная постоянно получала гормональную терапию гестагенами, но скудные кровянистые выделения из половых путей периодически возобновлялись. Беременная в сроке 13 недель встала на учет по беременности в женскую консультацию, на пренатальные инфекции не обследована. В сроке 16 недель при повторном ультразвуковом исследовании обнаружено полное предлежание плаценты и заоболочечная гематома объемом $4,5 \times 1,6 \times 1,0 \text{ см}^3$.

В связи с усилением кровянистых выделений из половых путей, повторно госпитализирована в гинекологическое отделение с диагнозом: Беременность 16-17 недель, угрожающий аборт, предлежание плаценты, кровотечение, умеренная анемия, рубец на матке, отягощенный акушерский анамнез и назначена сохраняющая терапия.

На 7-ые сутки стационарного лечения у больной появились жалобы на подъем температуры тела до 38°C , недомогание, озноб, боли в области поясницы, умеренные кровянистые выделения из половых путей. Пациентка осмотрена консилиумом: общее состояние тяжелое, кожные покровы и видимые слизистые бледные, язык суховат, обложен белым налетом, температура тела 38°C , сердечные тоны приглушены, АД 90/60 мм рт ст, пульс 108-110 ударов в минуту. В легких дыхание везикулярное, одышка – частота дыхательных движений 22-24 в минуту. Живот увеличен за счет беременности, участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Матка увеличена до 17-18 недель срока беременности, возбудима. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные. В клинико-лабораторных и инструментальных методах исследования отмечается анемия: гемоглобин – 79 г/л и гипопропротеинемия – 56,2 г/л.

Учитывая вышеуказанные данные, выставлен клинический диагноз: Беременность

17-18 недель, предлежание плаценты, кровотечение, ретроплацентарная гематома, сепсис, септический аборт, ДВС-синдром, гиперкоагуляция, бактериальный вагиноз, умеренная анемия беременных, рубец на матке, отягощенный акушерский анамнез. Ввиду септического аборта решено произвести экстирпацию матки с плодом без вскрытия полости матки, дренирование брюшной полости через «открытое» влагалище. В предоперационном периоде начата антибактериальная терапия по «золотому стандарту»: цефалоспорин + аминогликозид + метронидазол с последующей коррекцией с учетом чувствительности бактериальной флоры к антибиотикам.

В экстренном порядке произведена операция нижнесрединная лапаротомия, экстирпация матки с плодом и маточными трубами, дренирование брюшной полости через влагалище, гемотрансфузия, плазматрансфузия. Особенности операции: спаечный процесс и варикозное расширение вен органов малого таза, элевация мочевого пузыря за счет спаечного процесса, дряблость и гиперемия матки, маточных труб, истончение нижнего сегмента матки в области послеоперационного рубца до 2 мм на всем протяжении, за счет предлежания и приращения плаценты. Плодные оболочки серого цвета, околоплодные воды зеленые, плод мертвый, иктеричный, женского пола, весом 150 грамм, длиной 18 см. Общая кровопотеря составила 500,0. Интраоперационно произведена трансфузия свежезамороженной плазмы в объеме 950,0 и эритроцитной массы 720,0.

Послеоперационный диагноз: Беременность 17-18 недель, предлежание плаценты, приращение плаценты, инфицирование заоболочечной гематомы, хориоамнионит, метроэндометрит, сепсис, септический аборт, ДВС-синдром, гиперкоагуляция, бактериальный вагиноз, анемия беременных, спаечная болезнь, варикозное расширение вен малого таза, рубец на матке.

Результат гистологического исследования: истинное очаговое приращение плаценты (placenta accreta), диффузная инвазия трофобласта, инвазия единичных ворсин хориона в миометрий, диффузный гнойный эндометрит, децидуит, очаговый серозно-гнойный миометрит, периметрит, диффузный серозно-гнойный интервиллусит (воспаление межворсинчатого пространства), кисты nabothovых желез.

В послеоперационном периоде произведена трансфузия альбумина 10%-100,0 и эритроцитной массы 280,0. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений получала антикоагулянтную и антиагрегантную терапию под контролем коагулограммы. Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 8-е сутки после операции.

Как правило, прогноз при ретрохориальной гематоме в отношении дальнейшего развития беременности зависит как от абсолютных размеров гематомы, так и от относительной величины соотношения размеров гематомы и плодного яйца. У пациенток с небольшими ретрохориальными гематомами имеются все шансы на благоприятный исход в отличие от тех, у кого объем гематомы превышает более 60 см³ и/или 40% от объема плодного яйца, даже при наличии сердцебиения у плода при эхографическом обследовании [6, 7].

Исходя из литературных данных, в данном клиническом случае проводимая сохраняющая терапия с целью пролонгирования беременности в течение длительного времени (9-10 недель) была нецелесообразна, так как объем ретрохориальной гематомы уже при первом эхографическом исследовании составил 62,1 см³, а в 16-17 недель – 72,0 см³. Следовательно, уже при первой госпитализации, тем более, в первые дни повторной госпитализации необходимо было решить вопрос о прерывании беременности по медицинским показаниям с учетом объема заоболочечной гематомы, не дожидаясь генерализации гнойно-септической инфекции.

Согласно литературным данным, ретроплацентарные кровоизлияния клинически могут соответствовать трем вариантам течения: кровотечению из половых путей без формирования гематом, образованию ретроплацентарной или краевой гематомы с/без кровянистыми выделениями из половых путей, образованию заоболочечной гематомы на расстоянии от края плаценты с/без кровянистыми выделениями из половых путей [8].

У исследуемой пациентки отмечался

третий вариант ретроплацентарного кровоизлияния - формирование заоболочечной гематомы с/без кровянистыми выделениями из половых путей на фоне предлежания плаценты, что препятствовало опорожнению этой гематомы и способствовало ее инфицированию и развитию акушерского сепсиса. В данном случае имело место неблагоприятное сочетание нескольких акушерских патологий, таких как угроза прерывания беременности с формированием заоболочечной гематомы, отсутствием условий для ее опорожнения в связи с предлежанием и истинным приращением плаценты (placenta accreta), что и привело к развитию генерализованной формы послеабортной гнойно-септической инфекции. Своевременное принятие решения о хирургическом лечении и адекватном объеме операции (гистерэктомия с плодом) позволили предотвратить осложнения гнойно-септической инфекции после аборта и способствовали выздоровлению пациентки.

Таким образом, для предотвращения гнойно-септических осложнений после аборта, материнской заболеваемости и смертности следует относиться взвешенно к вопросу пролонгирования беременности с учетом эхографических данных об абсолютном и относительном объеме ретрохориальной гематомы в случае формирования заоболочечной гематомы в сочетании с предлежанием плаценты.

Литература:

1. Тетруашвили Н.К., Сидельникова В.М. *Современные принципы терапии кровотечений в первом и во втором триместрах беременности* // Журнал акушерства М.: 2007 - №2 - Том LVI
2. Oyelse Y., Smulian J.C. *Placenta previa, placenta accrete, and vasa previa* // *Obstetrics & Gynaecology* 2006 - №107:4 - С.927—931.
3. О.Н. Долгошапко. *Синдром системного воспалительного ответа в акушерстве* // Журнал «Акушерство». Украина 2012 - №4 - С.44.
4. Никифоровский Н.К., Степанькова Е.А., Андреева Е.С. *Исходы беременности при отслойке хориона с формированием внутриматочной гематомы* // Вестник Российского университета дружбы народов. М.: Медицина, 2011 - №5 – С.46-51.
5. C.J.Gruber, J.C.Huber. *The role of dydrogesterone in recurrent (habitual) abortion* // *Steroid. Biochem. Mol. Biol.* 2005 – Vol.97 - №5 – P.426-430.