

Современные методы диагностики истинного приращения плаценты как профилактика массивных кровотечений

А.Н. Рыбалка, Я.А. Егорова, М.В. Лубенникова

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь

Своевременная диагностика истинного приращения плаценты позволяет правильно и в полном объеме оказать помощь беременным с данной патологией, уменьшить количество массивных кровотечений, а следовательно снизить перинатальную и материнскую смертность. Наиболее эффективными методами диагностики у беременных из группы риска является ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно-резонансная томография (МРТ).

Ключевые слова: беременность, истинное приращение плаценты, диагностика.

Одним из самых распространенных осложнений предшествующих оперативных родов при последующих беременностях является патологическое прикрепление и предлежание плаценты. Если у пациенток без предшествующих операций приращение возникает в 4% случаев, то у женщин с рубцом на матке placenta accreta возникает в 10–35%. А у женщин с двумя и более рубцами на матке риск патологической плацентации составляет 60–65%. Как минимум, 2/3 из них потребуются гистерэктомия (удаление матки).

Истинное приращение плаценты (placenta increta) – прорастание ворсин в стенку матки при выраженных изменениях decidua basalis. Это осложнение встречается с частотой 1 на 7000 родов. Различают placenta accreta totalis, когда приращена вся площадка плаценты, и placenta accreta partialis – приращены только ограниченные участки плаценты. При микроскопическом исследовании находят отсутствие спонгиозного слоя (placenta accreta) или полное отсутствие спонгиозного и базального слоя децидуальной оболочки (placenta increta). В миометрии на участке приращения также обнаруживают патологические изменения – дегенерацию и элементы синцития. Полагают, что основной причиной этого процесса являются не воспалительные изменения – эндометриты, а атрофия децидуальной оболочки после слишком энергичных выскабливаний или послеродовых септических заболеваний; при этом плацента локализуется именно в этих истонченных и неполноценных местах стенки матки. Возможно приращение плаценты происходит в связи с чрезмерным протеолитическим действием ворсин на децидуальную оболочку. Placenta accreta (increta) встречается чаще у рожавших. Наиболее сильные кровотечения наблюдаются при частичном приращении плаценты или при оставлении в матке отдельных приращенных долек. Полное приращение плаценты может иногда не давать никакого кровотечения. Весьма обильные кровотечения появляются при шеечном прикреплении и приращении плаценты (placenta accreta cervicalis). Эта патология в 5–6 раз чаще отмечается при предлежании плаценты.

Эффективность диагностики placenta increta оставляет желать лучшего. Это приводит к большому проценту патологической кровопори во время оперативного родоразрешения. Разработка алгоритма диагностики и родоразрешения беременных с антенатально диагностированной placenta increta является, безусловно, актуальной [2, 3, 5].

Исследование плаценты является важной частью каждого акушерского ультразвукового исследования. От состояния плаценты во многом зависит состояние плода, его рост и развитие; состояние плаценты может быть точно и аккуратно оценено при эхографии. Точное место расположения плаценты определяется по отношению к плоду и к оси шейки матки. Так же может оцениваться структура плаценты и маточно-плацентарное соединение.

Плацента легко визуализируется начиная с 14 нед беременности. Нормальная плацента на 16-й неделе беременности занимает половину внутренней поверхности матки. В сроки 36–40 нед плацента занимает от 1/4 до 1/3 площади внутренней поверхности матки. Сокращение матки может симулировать плаценту или образование в стенке матки. Перерастяжение мочевого пузыря иногда может создавать ложную эхографическую картину предлежания плаценты. Для исследования плаценты, расположенной по задней стенке, необходимо делать косые срезы.

Положение плаценты может быть следующим: по средней линии, на правой боковой стенке, на левой боковой стенке. Также плацента может располагаться на передней стенке, на передней стенке с распространением на дно, в области дна, на задней стенке, на задней стенке с переходом на дно. Крайне важно при подозрении на предлежание плаценты визуализировать канал шейки матки. Канал шейки матки визуализируется в виде эхогенной линии, окруженной двумя гипо- или анэхогенными ободками, или он может быть целиком гипоехогенным. Шейка матки и нижний маточный сегмент будут визуализироваться по-разному, в зависимости от степени наполнения мочевого пузыря. При полном мочевом пузыре шейка матки кажется вытянутой; боковые тени от головки плода, мочевого пузыря или костей таза могут скрывать некоторые детали. При меньшем наполнении мочевого пузыря шейка изменяет свою ориентацию на более вертикальную и становится перпендикулярной плоскости сканирования. Шейку матки более сложно визуализировать при пустом мочевом пузыре, однако в этих условиях она меньше смещена, при этом взаимоотношение плаценты и канала шейки матки определяется более четко.

В норме плацента может быть однородной или иметь изоэхогенные или гиперэхогенные очаги по базальному слою. На последних сроках беременности могут определяться эхогенные перегородки по всей толщине плаценты.

Анэхогенные участки непосредственно ниже пластинки хорiona или в пределах плаценты часто обнаруживаются в результате тромбоза и последующего скопления фибрина. Если они не обширны, то могут считаться нормальными. Внутриплацентарные анэхогенные участки могут быть вызваны кровоток, видимым в расширенных венах. Если они затрагивают лишь небольшую часть плаценты, то клинического значения не имеют.

Под базальным слоем плаценты можно видеть ретроплацентарные гипоехогенные каналы вдоль стенки матки в результате венозного оттока. Их не следует путать с ретроплацентарной гематомой.

В настоящее время разработаны следующие ультразвуковые критерии патологии прикрепления плаценты:

1) истончение или отсутствие мышечной оболочки матки в зоне плацентарной площадки;

2) отсутствие гипоэхогенного обода между плацентой и миометрием;

3) визуализация лакун плаценты («венозных» лакун) в виде множественных анэхогенных областей в плаценте.

Такие УЗ-признаки, как отсутствие пограничной зоны между материнской поверхностью плаценты и стенкой мочевого пузыря (менее 1 мм), распространение плацентарной ткани за серозную оболочку матки, визуализация ворсин хориона в стенке мочевого пузыря, как правило, происходит при самом грозном варианте приращения плаценты – placenta percreta.

Ультразвуковая диагностика аномалий прикрепления плаценты требует тщательного и кропотливого исследования, проводимого опытным врачом. При подозрении на вращение плаценты, что чаще бывает при расположении плаценты по задней стенке во II и III триместрах беременности, или для дифференциальной диагностики рекомендуется использовать магнитно-резонансную томографию (МРТ).

МРТ-исследование при патологии прикрепления плаценты наиболее информативно исследование в режиме T2-weighted благодаря возникновению контраста между плацентарной тканью и миометрием. МРТ-признаками вращающейся плаценты являются истончение и неравномерность миометрия в месте инвазии плаценты, наличие гомогенных тканей в толще миометрия.

Сучасні методи діагностики істинного прирощення плаценти як профілактика масивних кровотеч А.М. Рибалка, Я.А. Єгорова, М.В. Лубеннікова

Своєчасна діагностика істинного прирощення плаценти дозволяє правильно і в повному обсязі надати допомогу вагітним з даною патологією, зменшити кількість масивних кровотеч, а отже знизити перинатальну та материнську смертність. Найбільш ефективними методами діагностики у вагітних з групи ризику є ультразвукове дослідження (УЗД) та магнітно-резонансна томографія (МРТ).

Ключові слова: вагітність, істинне прирощення плаценти, діагностика.

В качестве дородовой диагностики вращающейся плаценты некоторые исследователи предлагают использовать показатели сывороточного альфа-фетопротеина во II триместре беременности, так как этот гормон, по данным некоторых авторов, у женщины с предлежанием плаценты в сочетании с вращением плаценты возрастал на 45% по сравнению с женщинами с предлежанием плаценты без ее вращающейся.

ВЫВОДЫ

1. Истинное приращение плаценты имеет тенденцию к росту, учитывая увеличение количества беременных с экстрагенитальной патологией, осложненных беременностей и родов, следовательно связанное с этим родоразрешение путем операции кесарева сечения.

2. Своевременная диагностика истинного приращения плаценты приводит к снижению осложнений, связанных с родоразрешением таких беременных, подключению к операции смежных специалистов (сосудистого хирурга и уролога, гемотрансфузиолога) и своевременному оказанию помощи.

3. Правильное и своевременное оказание помощи приведет к снижению количества геморрагических шоков 3–4-й степени, развитию ДВС, снизит перинатальную и материнскую смертность.

4. Подтверждать данные УЗИ целесообразно с помощью проведения МРТ.

Modern methods of diagnostics real increment of the placenta as prevention of massive bleeding A.N. Rybalka, Y.A. Egorova, M.V. Lubenikova

Timely diagnosis of the true increment of the placenta allows correctly and in full to assist pregnant women with this pathology, reduce the number of massive bleeding, and consequently to reduce perinatal and maternal mortality. The most effective methods of diagnosis in pregnant women from high-risk groups are ultrasound and MRI.

Key words: pregnancy, placenta accreta true diagnosis.

Сведения об авторах

А.Н. Рыбалка – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», 95051, г. Симферополь, бул. Ленина 5/7. E-mail: Egorovayana90@yandex.ru

Я.А. Єгорова – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», 95051, г. Симферополь, бул. Ленина 5/7

М.В. Лубеннікова – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», 95051, г. Симферополь, бул. Ленина 5/7

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике //СПб.: СпецЛит. – 2010. – С. 328.
2. Бунин А.Т., Горбунов А.Л. Перевязка внутренних подвздошных артерий как метод лечения акушерских кровотечений// Акушер. и гинекол. – 2010. – № 10. – С. 89–108.
3. Волощук И.Н. Патология спиральных артерий матки и ее значение от типа центральной материнской гемодинамики //Акуш. и гинекология. – 2011. – № 7. – С. 22–28.
4. Давыдов А.И., Агрба И.Б., Киличева И.И. Ближайшие и отдаленные результаты электрохирургической гистерорезектоскопии при вращении плаценты // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2012. – № 6. – С. 44–58.
5. Комиссарова Л.М., Васильченко О.Н. Органосберегающая тактика родоразрешения при истинном приращении плаценты // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – № 6. – С. 18–25.
6. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Лукашина М.В., Штабницкий А.М., Панин А.В., Алексеева Т.В., Платицин И.В. Опыт осуществления органосохраняющих операций при вращении плаценты // Акушерство и гинекология. – 2011; 8: 86–90.
7. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Лукашина М.В. Опыт использования временной баллонной окклюзии общих подвздошных артерий при органосберегающих операциях у пациенток с вращением плаценты//Акушерство и гинекология. – 2013. – № 7. – С. 80–84.
8. Латышев И.О., Курцер М.А., Савельева Г.М., Бреслав И.Ю. и др. Антенатальная диагностика вращающейся плаценты у женщин с кесаревым сечением в анамнезе// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2013. – № 6. – С. 33–38.
9. Лидская А.М. Патоморфологические изменения в стенке матки при гипо- и атонических кровотечениях, связанных с предлежанием и низким прикреплением плаценты // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 5. – С. 38–44.
10. Мусаев Р.Д., Давыдов А.И., Междиев В.Э., Сиordia А.А. клиническое значение трехмер-

11. трансагинальной эхографии в режиме цветного доплера в дифференциальной диагностике при приращении плаценты // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2010. – № 1. – С. 10–18.
11. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Курцер М.А., Краснова И.А., Капранов С.А., Бобров Б.Ю. Эндovasкулярные методы лечения в сохранении репродуктивного здоровья женщины // Проблемы репродукции. Спецвыпуск: Материалы V Международного конгресса по репродуктивной медицине. 2011: 189.
12. Протопопова Т.А. Тактика ведения беременных и принципы родоразрешения при предлежании и миграции плаценты / Рос мед журн. – 2006; 5: 48–50.
13. Самойлова Т.Е., Голубев В.А. Применение чрезкожной артериальной эмболизации в акушерстве и гинекологии / Акуш. и гин. – 2008; 7: 9–11.
14. Савельева Г.М. Кесарево сечение и его роль в современном акушерстве / Акуш. и гин. – 2006; 3: 10–15.
15. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Бахтияров К.Р. Органосберегающие операции на матке при осложнениях беременности, родов и послеродового периода. Матер. форума «Мать и дитя». – 2007. – С. 352–357.
16. Alanis M. Conservative management of placenta increta with selective embolization preserves future fertility and results in a favorable outcome in subsequent pregnancies. Fertil Steril 2007; 133: 34–39.
17. Allahdin S., Voigt S., Htwe T.T. Management of placenta praevia and accreta. J. Obstet. Gynaecol. 2011; 31 (1): 1–6.
18. Shrivastava V., Nageotte M., Major C., Haydon M., Wing D. Case-control comparison of cesarean hysterectomy with and without prophylactic placement of intervascular balloon catheters for placenta accreta. Am. J. Obstet. Gynecol. – 2007; 197 (4): 402; e 1–5.
19. Tan C.H., Tay K.H., Sheah K., Kwek K., Wong K., Tan H.K., Tan B.S. Perioperative endovascular internal iliac artery occlusion balloon placement in management of placenta accreta. AJR Am. J. Roentgenol. 2007; 189 (5): 1158–63.

Статья поступила в редакцию 03.09.2014