

Плацента *increta*: методы лечения

Н.К. Деменина, А.И. Ищенко, А.В. Милевский

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

Плацента *increta* – это следствие аномальной имплантации в децидуальную оболочку или в миометрий. Это состояние редко диагностируют в акушерской практике, но с ним связано около 7% смертности среди рожениц. Патология плаценты осложняет, по разным источникам, 1/533 – 1/40 000 беременностей. В связи с увеличением числа операций кесарева сечения число случаев плаценты *increta* растет. Патогенез плаценты *increta* окончательно до сих пор не известен. Диагностика и лечение представляют собой важную клиническую проблему. Консервативное лечение зависит от применения метотрексата в различных дозах. Так как не существует стандартного протокола клинического лечения, выбор тактики должен быть продуман очень тщательно и индивидуально.

Ключевые слова: плацента *increta*, патогенез, диагностика, лечение, метотрексат, гистерэктомия, кровотечение, беременность.

Плацента *increta* – редкое осложнение беременности, связанное со значительными послеродовыми кровотечениями, часто требующими экстренной гистерэктомии.

Проблема диагностики аномальной плацентации и разработка методов лечения данной патологии являются чрезвычайно актуальными, так как, с одной стороны, подобная патология связана с высоким риском для жизни женщины из-за профузного кровотечения во время отделения плаценты, а с другой – распространенность ее значительно увеличилась в связи с ростом количества операций кесарева сечения.

Выделяют различные виды аномальной плацентации, классифицируемые гистологически по глубине проникновения хориальных ворсин в миометрий: приращение плаценты – *placenta accreta* (поверхностная инвазия), врастание – *placenta increta* (глубокая инвазия) и прорастание – *placenta percreta* [1].

Плацента *increta* является осложнением беременности, которое характеризуется полным или частичным дефектом децидуальной оболочки и неполным развитием фиброзного слоя; это приводит к аномальной инвазивной имплантации плаценты. Хотя такая плацентация и считается редким явлением с частотой приблизительно 1 случай на 2,500–7,000 родов, но все же она связана с высоким уровнем заболеваемости, иногда и со смертельным исходом, в основном в результате массивного кровотечения, разрыва матки и инфицирования [4].

По данным литературы, плацента *increta* является редкой формой плацентарных аномалий – около 15% случаев среди всех случаев приросшей плаценты [5]. Заболеваемость возросла в десять раз за последние пятьдесят лет, что отражает быстро растущее число кесаревых сечений [8]. Многие авторы выделяют и другие факторы риска, влияющие на предлежание плаценты: возраст матери, часто и много рожавшие женщины, кюретаж матки в анамнезе или наличие рубцов после миомэктомий [11, 17, 20].

Поскольку эта форма плацентарных аномалий может привести к опасным для жизни сильным кровотечениям или недостаточному гемостазу, требующему гистерэктомии, или смерти, дородовое определение аномальных расположений

плаценты имеет важное значение для планирования надлежащего ведения родов и минимизации рисков послеродового кровотечения.

В прошлом диагноз врастания плаценты устанавливали во время родов и при гистологическом исследовании удаленной матки, что имело катастрофические последствия для пациенток. В настоящее время для пренатальной диагностики этой патологии используют данные ультразвукового исследования, цветовой доплерометрии и магнитно-резонансной томографии [15, 28].

Ультрасонография считается исследованием первой линии для диагностики аномальной плацентации и ее степени. Магнитно-резонансная томография превосходит ультразвуковое исследование в случаях с задним врастанием или с целью определения степени врастания плаценты [9, 17, 18, 33].

Таким образом, использование ультразвука с цветным доплеровским изображением в сочетании с МРТ может быть потенциально эффективным для диагностики врастания плаценты. Эти исследования могут повысить точность прогнозирования врастания плаценты и привести к более благоприятным результатам. Тем не менее в настоящее время нет единого мнения по поводу этих методов диагностики приросшей плаценты, и прогностическая ценность этих исследований невелика [18]. Поэтому врастание плаценты часто диагностируют после неудачной попытки отделить плаценту от матки.

В течение длительного времени господствовавшее в акушерстве мнение было таково: лечение вросшей плаценты заключается в гистерэктомии после кесарева сечения без попыток отделения плаценты [1, 2, 12, 34]. С 1996 г. *placenta accreta* стала ведущим показанием для гистерэктомии, опередив лидировавшие ранее разрывы матки и не поддающиеся терапии кровотечения [12].

За последнее десятилетие подход к лечению пациенток с врастанием плаценты изменился: старая догма, запрещающая оставлять даже часть плаценты в матке, уступила место более консервативным методам.

Тем не менее за последние десятилетия были опубликованы данные о консервативном ведении случаев с врастанием плаценты с использованием дополнительного метотрексата или эмболизации маточных артерий (ЭМА). Об успешном лечении врастания плаценты метотрексатом по Arulkumaran и соавторам [3] впервые было сообщено в 1986 году, и заключалось оно в оставлении во время кесарева сечения плаценты в матке и во внутривенном введении 50 мг метотрексата. Через 11 дней происходила экспульсия плаценты. В литературе можно найти сообщения о различных формах альтернативного лечения врастания плаценты, представленных локальной резекцией плацентарного ложа и применением метотрексата после оставления плаценты *in situ* [16, 21]. Многие работы посвящены изучению способов диагностики и консервативного лечения врастания плаценты. Авторы предложили органосохраняющую методику, основанную на различных вариантах метропластики [14, 15, 24].

Консервативное лечение включает кесарево сечение, оставление плаценты *in situ*.

Дополнительно применяется ЭМА, парентеральное введение метотрексата или оба этих вмешательства [7, 30–32].

Об использовании ЭМА в качестве альтернативного ведения неконтролируемого послеродового кровотечения впервые было сообщено в 1979 году [6]. Это позволяет снизить частоту гистерэктомий и сохранить фертильность. Descargues и соавторы [10] сообщили, что вероятность успеха ЭМА для профилактики аномальной плацентации составляет 71%, что ниже, чем вероятность успеха для предупреждения послеродового кровотечения. Авторы рекомендуют консервативное ведение с плацентой, оставленной на месте, и процедуры ЭМА в случаях аномальной плацентации, что дает более благоприятные результаты.

Тем не менее из-за ограниченности доказательств нет окончательного решения касательно оптимального ведения случаев вставания плаценты. На сегодня полученные результаты свидетельствуют о разной степени успеха. Согласно данным литературы, у 5 из 22 женщин, получавших адьювантный метотрексат, терапия не удалась, а также у 3 из 12 женщин, которых вели с ЭМА, терапия не принесла результатов [31]. Таким образом, консервативное лечение необходимо рассматривать только в отдельных случаях, когда пациентка имеет сильное желание сохранить матку или когда потеря крови минимальна [14, 31].

Разработка методов лечения при вставании плаценты представляется чрезвычайно актуальной в связи с неуклонным ростом количества беременностей данной группы. Повышение частоты аномальной плацентации напрямую связано с повсеместной «эпидемией» применения кесарева сечения [1]. Основную опасность представляет профузное кровотечение во время отделения плаценты, сопряженное с высоким риском для жизни женщины.

В течение длительного времени существовало положение о необходимости плановой гистерэктомии во время кесарева сечения у пациенток с placenta accreta без попыток отделения плаценты. Поиск нового подхода при родоразрешении этих беременных обусловлен стремлением минимизировать неизбежную кровопотерю, иногда достигающую 5000–7000 мл. Важным является то, что для качества дальнейшей жизни пациенток имеет большое значение сохранение репродуктивной функции.

В виде альтернативы экстирпации предложено иссечение участка миометрия вместе с патологически прикреплен-

ной плацентой и дальнейшая реконструкция матки [2, 25]. Более детальное описание автор привел в 2008 году [26]. Способ предполагает разделение нижнего сегмента и задней стенки мочевого пузыря, тщательное лигирование новообразованных сосудов между маткой и пузырем, широкую визуализацию ретроперитонеального пространства и диссекцию параметров для обнажения маточных артерий. После извлечения плода через разрез, не затрагивающий плаценту, производится иссечение зоны вставания и удаление единым блоком с плацентарной тканью. Разрез на матке зашивается двухрядным швом.

В литературе существует много разногласий по поводу того, следует ли метотрексат использовать при лечении инвазивной плацентации. Тем не менее лишь небольшое число сообщений о таких случаях было опубликовано. Метотрексат эффективен против пролиферации трофобласта, но нет никаких исследований, сравнивающих случаи использования метотрексата и неиспользования метотрексата в лечении плацентарного вставания [22, 23, 27, 31].

Некоторые авторы утверждают, что не существует дальнейшего деления клеток плацентарной ткани после родов плода, и следовательно метотрексат может не иметь ценности. Кроме того, необходимо учитывать общее иммунодепрессивное действие. Консервативное лечение несет риск внутриутробной инфекции и отдаленного кровотечения. Пациентки должны быть проинформированы о важности тесного и последовательного амбулаторного наблюдения в течение многих недель.

Что касается лечения, то гистерэктомия, вероятно – лучший вариант для долгосрочного результата, как сообщалось ранее [29]. Учитывая все попытки лечения плаценты in situ различными лекарственными средствами, для сохранения фертильной функции наиболее широко используют препарат метотрексат, хотя его безопасность и эффективность в этой ситуации являются спорными [19].

Использование стратегии оставления плаценты на месте с адьювантной ЭМА в качестве консервативного ведения случаев вставания плаценты является эффективным. Тем не менее важно подчеркнуть, что эти женщины должны быть под тщательным наблюдением с целью выявления осложнений и проведения дальнейших исследований по изучению эффективности и влияния консервативных методов [13, 31].

Плацента in creta: методи лікування

Н.К. Деменина, Г.І. Іщенко, О.В. Мілевський

Плацента in creta – це наслідок аномальної імплантації у децидуальну оболонку або в міометрій. Цей стан рідко діагностують в акушерській практиці, але з ним пов'язано близько 7% смертності серед роділець. Патологія плаценти ускладнює, за різними джерелами, 1/533–1/40 000 вагітностей. У зв'язку зі збільшенням числа операцій кесарева розтину число випадків плаценти in creta зростає. Патогенез плаценти in creta остаточно до сьогодні не відомий. Діагностика та лікування є важливою клінічною проблемою. Консервативне лікування залежить від застосування метотрексату у різних дозах. Позаяк не існує стандартного протоколу клінічного лікування, вибір тактики повинен бути продуманий дуже ретельно та індивідуально.
Ключові слова: плацента in creta, патогенез, діагностика, лікування, метотрексат, гістеректомія, кровотеча, вагітність.

Placenta in creta, treatments

N.K. Demenina, A.I. Ishenko, A.V. Milevskiy

Placenta in creta is an effect of abnormal implantation in decidua or into the myometrium. This condition is very rare in obstetric practice, but it is associated with about 7% of deaths among pregnant women. The pathology of placenta complicates, according to different sources, 1/533 to 1/40 000 pregnancies. Due to the increasing number of cesarean section number of in creta placenta grows also. Pathogenesis of placenta in creta is still completely unknown. Diagnosis and treatment are an important clinical problem. Conservative treatment depends on the administration of methotrexate in a variety of doses and hysterectomy. Since there is no standard protocol of clinical treatment every qualification to this type of treatment should be considered carefully.

Key words: placenta in creta, pathogenesis, diagnosis, conservative treatment, methotrexate, hysterectomy, bleeding, pregnancy.

Сведения об авторах

Деменина Надежда Казимировна – ГУ «Институт Педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной Академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды 8; тел.: (097) 221-60-86. E-mail: laritu@ukr.net

Іщенко Анна Ивановна – ГУ «Институт Педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной Академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды 8; тел.: (050) 550-15-47. E-mail: laritu@ukr.net

Милевский Александр Валериевич – ГУ «Институт Педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной Академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды 8; тел. (063) 248-98-55. E-mail: ginekolog@inbox.ru. www.milevskiy.com.ua

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. ACOG Committee Opinion. Placenta accreta. Number 529, July 2012. American College of Obstetricians and Gynaecologists. *Obstet Gynecol* 2012; 120: 207–211.
2. Angstmann T., Gard G., Harrington T. et al. Surgical management of placenta accreta: a cohort series and suggested approach // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2010. – Vol. 202. – P. 38–39.
3. Arulkumaran S., Ng C.S., Ingemarsson I. et al. Medical treatment of placenta accreta with methotrexate // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* – 1986. – Vol. 65, № 3. – P. 285–286.
4. Berchuck A., Sokol RJ. Previous cesarean section, placenta increta, and uterine rupture in second-trimester abortion. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 145: 766–767.
5. Breen JL, Neubecker R, Gregori CA, Franklin JE Jr. Placenta accreta, increta, and percreta. A survey of 40 cases. *Obstet Gynecol* 1977; 49: 43–47.
6. Brown BJ, Heaston DK, Poulson AM, Gabert HA, Mineau DE, Miller FJ Jr. Uncontrollable postpartum bleeding: a new approach to hemostasis through angiographic arterial embolization. *Obstet Gynecol* 1979; 54: 361–365.
7. Chan B.C.P., Lam H.S.W., Yuen J.H.F. et al. Conservative management of placenta previa with accreta // *Hong Kong Med. J.* – 2008. – Vol. 14 – P. 479–484.
8. Committee on Obstetric Practice. ACOG committee opinion. Placenta accreta. Number 266, January 2002. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 77: 77–78.
9. Comstock CH. Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005; 26: 89–96.
10. Descargues G, Douvrin F, Degriñ S, Lemoine JP, Marpeau L, Clavier E. Abnormal placentation and selective embolization of the uterine arteries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 99: 47–52.
11. Doumouchtsis SK, Arulkumaran S. The morbidly adherent placenta: an overview of management options. *Acta ObstetGynecol Scand.* 2010; 89: 1126–33.
12. Flood K.M., Said S., Geary M. et al. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2009. – Vol. 200. – P. 632.e1–632.e6
13. Gielchinsky Y, Rojansky N, Fasouliotis SJ, Ezra Y. Placenta accreta: summary of 10 years: a survey of 310 cases. *Placenta* 2002; 23: 210–214.
14. Kayem G., Davy C., Goffinet F. et al. Conservative versus extirpative management in cases of placenta accreta // *Obstet. and Gynecol.* – 2004. – Vol. 104. – P. 531–536.
15. Kent A. Management of placenta accreta // *Rev. Obstet. Gynecol.* – 2009. – Vol. 2, № 2. – P. 127–128.
16. Lam H., Pun T.C., Lam P.W. Successful conservative management of placenta previa accreta during caesarean section // *Int. J. Gynecol. Obstet.* – 2004. – Vol. 86. – P. 31–32.
17. Legro RS, Price FV, Hill LM, Caritis SN. Nonsurgical management of placenta percreta: a case report. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 847–849.
18. Levine D, Hulka CA, Ludmir J, Li W, Edelman RR. Placenta accreta: evaluation with color Doppler US, power Doppler US, and MR imaging. *Radiology* 1997; 205: 773–776.
19. Liao CHY, Ding DCH: Failure of conservative treatment for placenta increta. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2009, 48: 302–304.
20. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 210–214.
21. Mussalli G.M., Shah J., Berck D.J. et al. Placenta accreta and methotrexate therapy: three case reports // *J. Perinatol.* – 2000. – Vol. 20. – P. 331–334
22. O'Brien JM, Barton JR, Donaldson ES. The management of placenta percreta: conservative and operative strategies. *Am J Obstet Gynecol.* 1996; 175: 1632–8.
23. Ophir E, Singer-Jordan J, Odeh M, Hirch Y, Maksimovsky O, Shaider O, et al. Abnormal placental invasion – a novel approach to treatment. *Obstet Gynecol Surv.* 2009; 64: 811–22.
24. Palacios Jaraquemada J.M., Bruno C.H. MRI in 300 cases of placenta accreta: surgical correlation of new findings // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* – 2005. – Vol. 84. – P. 719–727.
25. Palacios Jaraquemada JM, Pesaresi M, Nassif JC, Hermosid S. Anterior placenta percreta: surgical approach, hemostasis and uterine repair. *Acta Obstet Gynecol Scand,* 2004; 83(8): 738–44.
26. Palacios-Jaraquemada J.M. Diagnosis and management of placenta accreta. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008; 22: 1133–1148.
27. Sentilhes L, Ambroselli C, Kayem G, Provansal M, Fernandez H, Perrotin F, et al. Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2010; 115: 526–34.
28. Suh YH, Song EH, Kim DH, Lee YH, Park HY, Koh KS, et al. A clinical study of placental adhesions: placenta accreta, placenta increta, and placenta percreta. *Korean J Obstet Gynecol* 2003; 46: 81–88.
29. Suner S, Jagminas L, Peipert JF, Linakis J: Fatal spontaneous rupture of a gravid uterus: Case report and literature review of uterine rupture. *J Emerg Med.* 1996, 14: 181–185.
30. Thia E.W.H., Tan L.-K., Devendra K. et al. Lessons learnt from two women with morbidly adherent placentas and a review of literature // *Ann. Acad. Med. Singapore.* – 2007. – Vol. 36. – P. 298–303.
31. Timmermans S., van Hof A.C., Duvekot J.J. Conservative management of abnormally invasive placentation // *Obstet. Gynecol. Surv.* – 2007. – Vol. 62. – № 8. – P. 529–539.
32. Tong S.Y.P., Tay K.H., Kwek Y.C.K. Conservative management of placenta accreta: review of three cases // *Singapore Med. J.* – 2008. – Vol. 49. – № 6. – P. e156–e159.
33. Warshak CR, Ramos GA, Eskander R, Benirschke K, Saenz CC, Kelly TF, et al. Effect of predelivery diagnosis in 99 consecutive cases of placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2010; 115: 65–9.
34. Yi K.W., Oh M.-J., Seo T.-S. et al. Prophylactic hypogastric artery ballooning in a patient with complete placenta previa and increta // *J. Korean Med. Sci.* – 2010. – Vol. 25. – P. 651–655.

Статья поступила в редакцию 30.05.2016