

УДК 618.514-005.1-089.888

ПОПЕРЕДЖЕННЯ МАСИВНИХ КРОВОТЕЧ ЗА РОЗРОДЖЕННЯ ВАГІТНИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ПЛАЦЕНТАЦІЇ

ГОЛЯНОВСЬКИЙ О.В., ІВАНКОВА І.М., ЛЕЖНЕНКО С.П.

м.Київ

Сучасна концепція ведення пологів націлена на створення умов для безпечного материнства та народження не тільки живої, але й здорової дитини. Основним завданням родопомочі є розробка й впровадження заходів, спрямованих на запобігання та корекцію ускладнень пологів, які можуть бути наслідком нераціональної тактики ведення або неадекватної підготовки організму жінки до вагітності та пологів.

Кровотеча під час та після пологів порушує адаптаційні процеси в організмі породіллі, призводить до виникнення ускладнень та прогресування ранніх і віддалених наслідків, що є головною причиною інвалідизації жінки та однією з провідних причин материнської захворюваності та смертності (МС). Аналіз причин МС в Україні за останні 20 років показав, що масивні акушерські кровотечі (МАК) мають тенденцію до зростання і займають одне з перших місць в її структурі. За даними МОЗ України в 2012 році МАК посіли перше місце в структурі всіх зареєстрованих причин МС й склали 28,0%, що підтверджує гостроту й актуальність наукового пошуку та практичного впровадження інноваційних профілактичних і організаційно-лікувальних заходів щодо вирішення даної проблеми. Від геморагічних проблем щорічно помирає близько 140 тисяч жінок у світі, при цьому АК є основною причиною смертності в 20-25% випадків, конкуруючою причиною – в 42% і фоновою – до 78% [Кулаков В.И, Серов В.Н., Куликов А.В., 2001].

Особливе місце серед причин акушерських кровотеч, що призводять до МС у ранньому післяпологовому періоді, займає патологія плацентації. Близько 2-4% випадків таких кровотеч пов'язано з атонією матки в післяпологовому періоді, а приблизно 1% виникають при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти (ПВНРП) та предлежанні плаценти (ПП) - А. З. Хашукоєва, 2004. Кожна п'ята акушерська кровотеча зумовлена саме ПП (Саконбат Э., 2008), що супроводжується високим рівнем перинатальної (22%) та материнської смертності (2%-10%) (Медяникова И.В., 2007). Частота аномального прикріплення плаценти складає 1-2% від загальної кількості кровотеч. Водночас патологія плацентації (placenta previa/ placenta accreta, placenta percreta) є однією з основних причин життєвонебезпечних масивних кровотеч (45%), а 50% жінок з цією патологією потребують масивної інфузійно-трансфузійної терапії [8]. Кількість випадків неправильної плацентації збільшилась у 10 разів за останні 20 років і на теперішній час спостерігається в 9,3-10% жінок в поєднанні з Placenta previa (передлежання плаценти).

Існує пряма кореляційна залежність патологічного прикріплення плаценти від кількості кесаревих розтинів в анамнезі, що в свою чергу призводить до виникнення масивної кровотечі, а в подальшому в необхідності проведення гістеректомії. У жінок з діагностованою Placenta previa ризик виникнення Placenta accreta збільшується від 5% (без рубця на матці) до 24% (з одним КР в анамнезі) та до 67% у випадку чотирьох і більше оперативних втручань на матці.

Найоптимальнішим і найбільш частим способом лікування таких кровотеч є проведення гістеректомії без додатків матки [11]. Спосіб має суттєві недоліки: плід вилучають через плаценту, а спроба відділити плаценту, що приросла, збільшує об'єм крововтрати та призводить до необхідності проведення масивної інфузійно-трансфузійної терапії із застосуванням препаратів крові, що в свою чергу збільшує кількість ускладнень.

Існуючі на сьогоднішній день різні підходи до лікування та профілактики МАК розроблені недостатньо і потребують удосконалення з прогнозуванням їх розвитку та впровадженням покровокого алгоритму дій у разі даної патології. Тому важливе практичне значення має допологова діагностика патології плацентації та істинного прирощення/пророщення плаценти.

За допомогою сучасних методів діагностики та розродження в разі патології плацентації ми намагалися встановити прогностичну цінність різних методів діагностики патології плацентації (ультразвукове дослідження – УЗД, доплерографія, магнітно-резонансна томографія – МРТ) та удосконалити алгоритм розродження задля зменшення показника материнської захворюваності та смертності. Розробка нових та удосконалення існуючих методів ранньої діагностики, профілактики та лікування акушерських кровотеч продовжують залишатися основними завданнями сучасного акушерства.

Метою нашої роботи було підвищення ефективності профілактики і лікування АК у вагітних з патологією плацентації сучасними методами діагностики та удосконаленням алгоритму розродження, що дозволить запобігти розвитку масивної крововтрати, забезпечить надійний гемостаз, зменшити післяопераційні ускладнення та термін перебування породіллі в стаціонарі, а отже зменшити показники материнської захворюваності й смертності.

Матеріали і методи дослідження

Об'єктом дослідження обрані жінки з АК у випадку патології плацентації та істинного прирощення плаценти. Нашим завданням було проведення аналізу ефективності та встановлення прогностичної цінності різних методів діагностики патології плацентації (УЗД, доплерографія, МРТ) для вибору методу та об'єму оперативного втручання.

Результати дослідження та їх обговорення

На клінічних базах кафедри акушерства та гінекології №1 НМАПО імені П.Л.Шупика визначені діагностичні критерії патології плацентації за даними ультразвукового, доплерометричного та МРТ досліджень) та розроблено алгоритм проведення оперативного розродження у разі часткового прирощення плаценти (pl. accreta) на тлі передлежання плаценти. Під час виконання операції КР можливе виконання органозберігаючої операції з проведенням корпорального кесаревого розтину в ділянці дна матки, перев'язування низхідних гілок маткових судин, яєчникових судин, обробкою плацентарної ділянки факелом аргону в режимі «ФУЛЬГУР» та внутрішньовенним введенням утеротонічних та вазопресивних препаратів (карбетоцин, терліпресин), а також антифібринолітиків.

Інший спосіб, запропонований нами у разі передлежання та врощення плаценти з переважною локалізацією плаценти по передній стінці матки, включає серединну лапаротомію, проведення донного кесарева розтину з метою мінімізації крововтрати та профілактики МАК, проведення двостороннього перев'язування внутрішніх клубових артерій (ВКА) з наступною гістеректомією без додатків, а для коагуляції тканин розрізу та обробки швів застосовували технологію високочастотної аргонно-плазмової коагуляції тканин та радіохвильовий скальпель.

Запропонованим способом проведені планові оперативні розродження у 14 вагітних протягом 2011-2013рр. з повним передлежанням плаценти та ультразвуковими і МРТ-ознаками істинного прирощення плаценти в термінах 35-38 тижнів вагітності.

Підтверджена висока ефективність цієї методики. Запропонована методика кесарева розтину в ділянці дна матки (донний КР) дозволила попередити масивну крововтрату при повному передлежанні та істинному прирощенні плаценти: середній об'єм крововтрати в основній групі (запропонована методика кесарева розтину) становив $770,0 \pm 90,0$ проти $1950,0 \pm 110,0$ в контрольній групі (традиційна методика кесарева розтину в нижньому сегменті матки). В обох групах була проведена гістеректомія без додатків матки, зважаючи, на підтвержене клінічно, істинне прирощення плаценти. Також, було встановлено менший час вилучення плода з $270,0 \pm 21,0$ сек. при традиційному втручанні до $201,0 \pm 19,0$ сек. при способі, що пропонується; тривалість оперативного втручання – від $68,5 \pm 3,3$ хв. до $52,5 \pm 2,0$ хв. відповідно.

Висновки

Діагностика патології плацентації та визначення ступеня істинного прирощення плаценти на сучасному рівні включає проведення ультразвукового дослідження, доплерометрії та магнітно-резонансної томографії.

Зважаючи на значний ризик виникнення МАК у випадках патології плацентації (особливо на тлі pl. percreta), доцільно проведення КР у дні матки (донний КР) без відділення плаценти з попереднім перев'язуванням внутрішніх клубових артерій та проведенням гістеректомії без придатків матки.

Таким чином, спосіб профілактики масивної крововтрати при кесарському розтині за повного передлежання та істинного прирощення плаценти дозволяє запобігти масивній крововтраті, забезпечити надійний гемостаз в ділянці післяопераційних швів, апоневрози та підшкірно-жировій клітковині, зменшити післяопераційні ускладнення та термін перебування породіллі в стаціонарі, зменшити показники материнської захворюваності та смертності, що дозволяє рекомендувати даний спосіб для впровадження в пологових будинках країни.

Подальші дослідження дозволять удосконалити діагностичні критерії істинного прирощення плаценти та методику проведення донного кесарева розтину з мінімальною крововтратою та незначною кількістю запальних ускладнень під час і після проведення даної операції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Масивні акушерські кровотечі // Камінський В. В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О., Чернов А. В. – К.: „Тріумф”, 2010. – 232с.
2. Голяновський О.В. Розродження вагітних при істинному прирощенні плаценти (огляд літератури) // Голяновський О.В., Мехедко В.В., Іванкова І.М. // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика.- К., 2012. – В. 21, Кн. 4. - С. 591-595.
3. Еремін А.А. Применение полифункционального электрохирургического комбайна «ФОТЕК ЕА 142» в различных областях хирургии: пособие для врачей // Еремін А.А. – Екатеринбург, 2007. – 27с.
4. Комбинированный поэтапный хирургический гемостаз при частичном приращении и предлежании плаценты // Голяновский О.В., Мехедко В.В., Палладий В.В. [и др.] / Таврический медико-биологический вестник. – Т. 15, №2, ч.1 (58). – С.69 – 73.
5. Sarmaz E. Bilateral ascending uterine artery ligation vs. tourniquet use for hemostasis in cesarean myomectomy: a comparison / Sarmaz E., Celik H., Altungul A. // J. Reprod. Med. – 2003. – Vol.48, №12. – P.950-954.
6. Айламазян Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : руководство // Айламазян Э. К. — [4-е изд., перераб. и доп.]. — СПб.: СпецЛит, 2007. — 400 с.
7. Серов В. Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: граткое руководство // Серов В. Н. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 256 с.
8. David A. Miller, MD. Obstetric Hemorrhage. – 2001. – 227 P.
9. Kayem G. [Management of placenta accreta] : [article in French] / G. Kayem, G. Grange, F. Goffinet // Gynecol. Obstet. Fertil. – 2007. – Vol. 35, N 3. – P. 186–192.
10. Clark S. L. Placenta previa/accreta and prior cesarean section / S. L. Clark, P. P. Koonings, J. P. Phelan // Obstet. Gynecol. – 1985. – Vol. 66, N 1. – P. 89–92.
11. Zelop C. Placenta accrete/percreta/increta: a cause of elevated maternal serum alpha-fetoprotein / C.Zelop, A.Nadel, F.D. Frigoletto // Obstetr.Gynecol.- 1992.-Vol. 80.- P. 693-694.