

ВРАСТАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ В РУБЕЦ НА МАТКЕ: АНАЛИЗ РАБОТЫ ТАШКЕНТСКОГО ГОРОДСКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ЗА ПЕРИОД 2018–2020 ГГ.

Б.С. АБДИКУЛОВ¹, З.Д. КАРИМОВ^{1,3}, И.Я. ЯХШИБОВЕВ¹, Ш.М. МУМИНОВ², Б.П. ХАМИДОВ², Ш.Х. МАШАРИПОВ¹, Д.Л. КИМ², М.И. УРИНОВ¹, Г.А. ХОДИЕВА¹, И.Ю. ОСИПОВА¹

¹Ташкентский городской перинатальный центр Главного управления здравоохранения г. Ташкента, Узбекистан,

²Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан,

³Первая кафедра акушерства, гинекологии и перинатальной медицины Ташкентского института усовершенствования врачей, Узбекистан.

Цель. Изучение результатов родоразрешения беременных с вращением плаценты в рубец на матке в зависимости от клинического статуса и использованных методов кровосбережения.

Материал и методы. В разработку выборочного ретроспективного исследования вошли 54 беременные женщины с центральным предлежанием плаценты и рубцом на матке после кесарева сечения, с гистологически подтвержденными результатами вращающейся плаценты. Из арсенала кровосберегающих методов использовались: перевязка трех пар магистральных сосудов матки, перевязка внутренних подвздошных артерий, комплексный компрессионный гемостаз по Шмакову Р.Г., временное клеммирование общих подвздошных артерий.

Результаты. Путём донного КС родоразрешены 47(87,0%) из 54 женщин. Гистерэктомия проведена у 17(31,5%) из 54 женщин. В остальных 37(68,5%) случаях осуществлялась метропластика, органосохранение. Релапаротомии не было; материнская смертность отсутствовала; перинатальная смертность – 4(7,4%); вынужденное вскрытие, резекция мочевого пузыря – в 7(13,0%); вскрытие мочевого пузыря без резекции стенки – в 2(3,7%) случаях; случаи «near miss» отмечены в 2-х клинических эпизодах; осложнений, связанных с временным клеммированием общих подвздошных артерий не было; эндометрит (излечение после консервативного лечения) отмечен у 2(3,7%) женщин. Результаты гистологического исследования: placenta accreta – у 15(27,8%), placenta increta – у 30(55,6%), placenta percreta – у 8(14,8%). В 8 случаях отмечалось сочетание различного по глубине вращающейся плаценты в область РНМ, а в 2 (3,7%) – сочетанное глубокоинвазивное поражение задней стенки нижнего сегмента и тела матки.

Заключение. Комплексный компрессионный гемостаз по Р.Г. Шмакову – наиболее рациональный и перспективный метод кровосбережения, приемлемый среди большинства пациенток с PAS. Временное клеммирование общих подвздошных артерий целесообразно при поражении задней стенки мочевого пузыря. Сохранение матки: при глубокоинвазивном поражении, включая случаи сочетанного повреждения задней стенки НСМ или тела матки, значительной кровопотери до поступления женщины в стационар – не является императивом хирургической тактики.

Ключевые слова: вращение плаценты, центральное предлежание плаценты, рубец на матке.

PLACENTA ACCRETA SPECTRUM ON UTERINE SCAR: THE ANALYSIS OF THE WORK OF THE TASHKENT PERINATAL CENTER FOR THE PERIOD 2018-2020

B.S. ABDIKULOV¹, Z.D. KARIMOV^{1,3}, I.Y. YAKHSHIBOEV¹, S.M. MUMINOV², B.P. KHAMIDOV²,
S.H. MASHARIPOV¹, D.L. KIM², M.I. URINOV¹, G.A. KHODIEVA¹, I.Y. OSIPOVA¹

¹The Department of the Health of Tashkent city, The Tashkent City Perinatal Center, Uzbekistan.

²The Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan.

³The First Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatal Medicine of the Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, Tashkent, Uzbekistan.

Objective. Study presents the results of delivery of pregnant women with placenta accreta on uterine scar, depending on the clinical status and blood-saving methods used.

Material and Methods. A selective retrospective study included 54 pregnant women with central placenta previa and uterine scarring after cesarean section (CS), with histologically confirmed placenta accreta. From available blood-saving methods we used: the ligation of three pairs main uterine vessels, ligation of the internal iliac arteries, the complex compression hemostasis according to R.G. Shmakov, temporary clamping of the common iliac arteries.

Results. 47 of 54 women (87.0%) were delivered by lower segment cesarean section. Hysterectomy was performed in 17 of 54 women (31.5%). In the remaining 37 (68.5%) cases, metroplastic and organ preservation were performed. There was no relaparotomy; there was no maternal mortality; perinatal mortality was 4 (7.4%); forced opening and bladder resection – in 7 (13.0%) cases; opening of the bladder without wall resection – in 2 (3.7%); cases of “near miss” were noted in 2 clinical episodes; there were no complications associated with temporary clipping of the common iliac arteries; endometritis (recovery after conservative treatment) was noted in 2 (3.7%) of women. The histological examination results: placenta accreta was in 15 (27.8%), placenta increta – in 30 (55.6%), placenta percreta – in 8 (14.8%) cases. In 8 cases, there was a combination of different depth of placenta accreta in the area of the uterine scar, and in 2 (3.7%) – a combined deep – invasive lesion of the posterior wall of the lower segment and the uterine body.

Conclusion. The complex compression hemostasis according to R.G. Shmakov is the most rational and promising method of blood saving, acceptable among the majority of patients with placenta accreta. Temporary clipping of the common iliac arteries is advisable when the posterior wall of the bladder is affected. Preservation of the uterus: in case of a deep-invasive lesion, including cases of combined damage to the posterior wall of the uterus lower segment or uterus body, significant blood loss before the woman is admitted to the hospital is not an imperative of surgical tactics.

Key words: the placenta accreta, the central placenta previa, the uterine scar.

ВВЕДЕНИЕ

С середины 20 века по настоящее время случаи врастания плаценты в рубец на матке (ВПРМ) участились в 50-60 раз: 1:25000-50000 родов до 1:500-1000 в наше время, а в специализированных центрах – до 1: 343 [3, 5]. По сведениям FIGO (2018 г.), имеются убедительные эпидемиологические доказательства того, что врастание плаценты по существу стала ятрогенным состоянием в результате существенного повышения частоты кесарева сечения (КС) во всем мире [2]. Высокие риски массивной кровопотери и материнской

смертности выдвинули данную проблему в число первостепенных в современном акушерстве, а оптимизация кровосберегающих технологий стала её важнейшим аспектом. Учитывая гетерогенный состав пациенток с PAS (в международных источниках информации ВПРМ используется термин placenta accreta spectrum), оптимизация хирургической тактики подразумевает: рациональный баланс между характером хирургической травматизации, эффективностью и безопасностью вмешательства относительно реально существующей патологии в каждом конкретном

случае. Помимо этого, весьма немаловажным в оценке подходов являются экономические и организационные издержки. В этом плане мы постарались подвести некоторые итоги нашей деятельности, после того как с февраля 2018 г. наше учреждение стало аккумулировать пациенток с PAS. Настоящее исследование, по существу, является первой работой, характеризующей проблему ВПРМ в РУз.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Критерием включения в исследование явилось наличие у пациентки с рубцом на матке после КС центрального предлежания плаценты (ПП) и признаков ВП по данным УЗИ и МРТ. В разработку выборочного ретроспективного исследования вошли 54 беременные женщины в сроках более 22 недель, наличием 1 и более РНМ после КС, поступившие в Ташкентский городской перинатальный центр (ТГПЦ) в период: февраль 2018 г. – март 2020 г.

Возраст пациенток колебался от 21 до 41 года, средний показатель $31,9 \pm 3,6$ года, чаще всего в диапазоне 26-32 лет. Среднее число беременностей в анамнезе – $3,9 \pm 1,3$. С одним РНМ было 15 (27,8%) женщин, с 2 – 28 (51,9%), с 3 – 7 (13,0%), с 4 – 4 (7,4%). Двойня имела место у 2 (3,7%). Самопроизвольные роды (до КС) в анамнезе были у 6 (11,1%) женщин. Артифициальных аборт в анамнезе не отмечено, замерших беременностей было 8 (14,8%) в сроках гестации от 5 до 14 недель. Срок беременности, при котором проведено оперативное родоразрешение колебался от 24 до 39 недель: 24 - 30 недель – у 7 (13,0%), 31 - 34 недель – у 17 (31,5%), 35 - 37 недель – у 24 (44,4%), 38-39 недель – у 6 (11,1%). Все беременные поступали без регулярной родовой деятельности.

Осложнения беременности в момент поступления: преэклампсия легкой степени имела место у 9 (16,7%), тяжелой степени – у 4 (7,4%); прогрессирующая отслойка ПП – у 9 (16,7%), наличие старых ретроплацентарных гематом (УЗИ) величиной от 26,0х18,0 мм до 80,0х34,0 мм отмечено у 29 (53,7%); антенатальная гибель плода в сроке 31 неделя отмечена в 1 (1,9%) случае; угроза прерывания на различных сроках беременности с кровяными выделениями до поступления отмечалась у 27 (50,0%) женщин. Значимый состав экстрагенитальной патологии был представлен:

сахарный диабет – у 3 (5,6%); нарушения сердечного ритма – у 2 (3,7%); хроническая артериальная гипертензия – у 4 (7,4%); варикозная болезнь (включая область вульвы) – у 12 (22,2%); хронический гепатит (В и С) – у 3 (5,6%); бессимптомная бактериурия – у 3 (5,6%).

Пренатально в женской консультации первичный диагноз PAS был установлен у 38 (70,4%) из 54 женщин, в сроках беременности от 16 до 27 недель беременности. У остальных 16 (29,6%) диагноз устанавливался при urgentном поступлении в стационар: у 10 (18,5%) в приёмном отделении, а у 6 (11,1%) интраоперационно. Диагноз центрального ПП, ВПРМ устанавливался на основании УЗИ (доплеровское исследование). Критериями постановки диагноза были: плацентарные лакуны, гипертрофированные крупнокалиберные сосуды в области рубца на матке и в подскладочном пространстве, исчезновение гипозоногенной зоны между плацентой и миометрием НСМ, исчезновение очевидной границы между мочевым пузырём и стенкой матки. МРТ-исследование проведено у 21 (38,9%) пациентки из 54. Во всех случаях выявлены признаки ВПРМ.

В плановом порядке оперировано 34 (63,0%) пациентки, в экстренном – 20 (37,0%). Основанием для проведения экстренного вмешательства во всех случаях была прогрессирующая отслойка ПП. В сроке 24-30 недель оперировано 7 (13,0%) женщин из 54, все в экстренном порядке; в сроке 31-34 недели – 17 (31,5%), в плановом – 9 (16,7%), в экстренном – 8 (14,8%); в 35-37 недель – 23 (42,6%) в плановом и 1 (1,9%) в экстренном; в 38-39 недель – 2 (3,7%) в плановом и 4 (7,4%) в экстренном. Как видно, основной массив плановых операций проведен в сроках 31-37 недель, а экстренных – в 24-30 недель и 38-39 недель, хотя различие не существенно.

Во время операции использовались следующие кровосберегающие хирургические методы: комплексный компрессионный гемостаз по Шмакову Р.Г. – у 30 (55,6%) женщин. Метод заключается в наложении компрессирующих «удавок» на: сосуды яичникового коллектора – воронкотазовые связки и проксимальные отделы шейки матки после извлечения плода, перед метрорепластикой [6]. На воронкотазовые связки мы накладывали мягкие зажимы Сатинского, а на шейку матки, как и принято традиционно, –

РЕЗУЛЬТАТЫ

катетеры Фолея, сквозь проделанные апертуры в широких маточных связках. Интраоперационное прямое временное клеммирование общих подвздошных артерий (ВКОПА) использовалось у 11 (20,4%) женщин. Доступ к сосудам осуществлялся традиционно – путём вскрытия дорзальной париетальной брюшины, ОПА брались на резиновые турникеты, перед клеммированием подтягивались вверх, накладывали по одному зажиму De Bakey на расстоянии 2 см от бифуркации аорты. Временное клеммирование абдоминальной аорты проведено в 1 (1,9%) случае. Баллонная окклюзия подвздошных артерий не использовалась из-за отсутствия технологического оснащения. Резекция измененных участков передней стенки НСМ (метропластика) вместе с плацентой применялась в плане органосохранения. Окончательное решение относительно плана операции и применения того или иного кровосберегающего пособия принимали интраоперационно. Критериями выбора были макроскопические маркеры глубины и распространенности ВП, признаки предвещающие технические трудности проведения операции и большой объем кровопотери: степень и площадь гипертрофии сосудов в области передней стенки НСМ, степень истончения передней стенки НСМ и выраженность маточной грыжи, характер спаечного процесса между мочевым пузырём и НСМ.

Удаляемый материал: резецированные участки НСМ, плацента, матка после гистерэктомии направлялись на гистологическое исследование. Во всех 54 случаях проводилось фото- и видеодокументирование основных этапов операции.

Статистические данные родовспоможения по г. Ташкенту за 2018 г. – первый квартал 2020 г. показывают: на фоне увеличения числа родившихся живыми (44838 в 2018 г., 49906 – в 2019 г. и 11757 в первом квартале 2020 г.). Отмечается рост частоты КС – 27,0% в 2018 г., 28,1% в 2019 г. и 30,6% в 2020 г. Частота гистерэктомии в эти годы оставалась стабильной, на уровне 0,2% (191 из 106501 родов в сроке более 22 недель). Структуру данного показателя, включая случаи PAS, мы не можем привести из-за отсутствия данных по г. Ташкенту.

В ТГПЦ, в вышеуказанные годы оперировано 110 (0,7%) женщины с ПП (все формы) из 16881 поступивших при беременности более 22 недель. При этом, без РНМ оперировано 17 (0,1%) женщин, с РНМ – 93 (0,6%), а с центральным ПП и РНМ – 54 (0,3%). Как видно, частота ПП в популяции женщин с РНМ существенно превышала показатель среди пациенток без РНМ, в среднем – в 6 раз. Надо обратить внимание, что в структуре гистерэктомии показатель PAS, начавший фигурировать в статистических отчетах ТГПЦ с 2018 г., резко возрастал на фоне пятикратного снижения показателя гипотонии матки (табл. 1). В настоящее время он является ведущим показателем к акушерской гистерэктомии в ТГПЦ, занимая более половины от числа всех гистерэктомий.

Кровопотеря является краеугольным камнем в оценке результатов оперативного родоразрешения беременных с PAS. В таблице 2 приводятся уровни кровопотери в зависимости от некоторых клинических и морфологических параметров. Как видно, из 39 женщин с уровнем кровопотери до 1500,0 мл – 24 (61,5%) име-

Таблица 1. Структура гистерэктомии в ТГПЦ, абс. (%)

Изучаемые показатели	Годы, число КС			Всего, КС - 5314
	2018,	2019,	2020,	
	КС - 1968	КС - 2072	(1 квартал) КС - 1274	
Всего гистерэктомий	9 (0,5)	15 (0,7)	9 (0,7)	33 (0,6)
– гипотония	5 (55,6)	3 (20,0)	1 (11,1)	9 (27,3)
– миома матки	-	2 (13,3)	2 (22,2)	4 (12,1)
– инфекция	1 (11,1)	2 (13,3)	-	3 (9,1)
– PAS	3 (33,3)	8 (53,3)	6 (66,7)	17 (51,5)

ли 2 и более РНМ, а с кровопотерей от 1501,0 до 3500,0 мл все 15 женщин с таким статусом. Второй важной особенностью, вытекающей из данной таблицы, является влияние способа проведения КС на уровень кровопотери. Как видно, донное КС ни в одном случае не сопровождалось кровопотерей более 2000,0 мл, в то время, как из 7 женщин, среди которых проведено КС поперечным разрезом по верхнему краю подлежащей плаценты, у 6 кровопотеря была в диапазоне 2000,0 – 3500,0 мл. В число этих пациенток вошли 2 женщины статуса «near miss». У обеих во время операции в результате большой кровопотери в течение нескольких минут отме-

чалась остановка сердца. Быстрая успешная реанимация позволила сохранить жизнь женщинам и выписать их из ТГПЦ вместе с младенцами [1]. Также необходимо обратить внимание на то, что из 7 женщин данной группы – у 6 (включая 2 с «near miss») пришлось провести гистерэктомию (табл. 2). Только в 1 случае из 7 отмечалась кровопотеря не более 1,0 литра. У данной пациентки не было глубокоинвазивного поражения миометрия, не было несостоятельности РНМ и не потребовалось метропластики. Поэтому небольшой уровень кровопотери в данном случае мы связываем с относительно спокойным морфологическим субстратом патологии.

Таблица 2. Кровопотеря по результатам оперативного родоразрешения среди пациенток с центральным предлежанием плаценты и рубцом на матке в зависимости от некоторых клинических и морфологических параметров, абс. (%)

Показатели	Кровопотеря, мл				Всего женщин n=54
	500,0-1000,0 n=20	1001,0-1500,0 n=19	1501,0-2000,0 n=8	2001,0-3500,0 n=7	
Число рубцов на матке (РНМ):					
- 1 РНМ	8 (40,0)	7 (36,8)	-	-	15 (27,8)
- 2 РНМ	12 (60,0)	8 (42,1)	5 (62,5)	3 (42,8)	28 (51,8)
- 3 РНМ	-	4 (21,1)	1 (12,5)	2 (28,6)	7 (12,9)
- 4 РНМ	-	-	2 (12,5)	2 (28,6)	4 (7,4)
Донное КС, без метропластики, органосохранение	1	-	-	-	1 (1,8)
Донное КС, метропластика, органосохранение	17 (85,0)	16 (84,2)	2 (25,0)	-	35 (64,8)
Донное КС, метропластика, гистерэктомия	-	1 (6,3)	1 (12,5)	-	2 (3,7)
Донное КС, гистерэктомия	2 (10,0)	2 (12,5)	5 (62,5)	-	9 (16,7)
КС по верхнему краю плаценты в HCM (n=7), включая 2 женщин статуса «near miss».					
– Органосохранение	1 (14,2)	-	-	-	1 (14,2)
– Гистерэктомия	-	-	-	6 (85,7)	6 (11,1)
Глубина врастания плаценты:					
- placenta accreta	12 (60,0)	2 (12,5)	-	-	14 (25,9)
- placenta increta	6 (30,0)	10 (52,6)	5 (62,5)	4 (57,1)	25 (46,3)
- placenta percreta	2 (10,0)	7 (36,8)	3 (37,5)	3 (42,9)	15 (27,8)
Врастание в мочево-й пузырь, резекция задней стенки м/п (n=7)	1 (5,0)	1 (6,3)	2 (25,0)	3 (42,8)	7 (12,9)
Врастание в заднюю стенку HCM и тело матки (n=2). Гистерэктомия в обоих случаях	-	-	1 (12,7)	1 (14,3)	2 (3,7)

Отчётливое влияние на уровень кровопотери оказывал фактор глубины вставания плаценты. Поверхностные формы не давали кровопотери более 1,5 литра. Кровопотеря более 1,5 литра наблюдалась только среди пациенток с placenta increta и placenta percreta. Важным фактором, обуславливающим большую кровопотерю, перекликающимся с глубиной плацентарной деструкции, является поражение мочевого пузыря (табл. 2). Вынужденное вскрытие, резекция мочевого пузыря последовала в 7 (13,0%) из 54 случаев; вскрытие мочевого пузыря без резекции его стенки – в 2 (3,7%). Данные осложнения течения операции были связаны с очевидным вставанием плаценты в дно и заднюю стенку мочевого пузыря и тяжелым спаечным процессом. При этом повреждения слизистой мочевого пузыря в результате плацентарной инвазии не отмечалось.

Из 54 женщин с центральным ПП и РНМ – у 2 (3,7%) интраоперационно (верифицировано гистологическим исследованием) отмечалась глубокоинвазивная форма акреции, не только в зоне РНМ, но и в области задней стенки НСМ и тела матки. Кровопотеря у них составила 2000,0 мл и 2400,0 мл. Оба случая завершились гистерэктомией (табл. 2).

Распределение уровней кровопотери в зависимости от хирургических способов редукции

кровопотери показало следующие результаты (табл. 3). Как видно, перевязка трех пар магистральных сосудов матки только в 1 случае из 7 сопровождалась кровопотерей не более 1,0 литра. Это те самые 7 пациенток, у которых КС проводилось поперечным разрезом по верхнему краю подлежащей плаценты (табл. 2). Как отмечалось выше, у 1 из них не отмечалось глубокоинвазивного поражения, не было несостоятельности РНМ и не потребовалось метропластики. Поэтому небольшой уровень кровопотери в данном случае мы связываем с спокойным морфологическим субстратом патологии. Остальные 6 женщин дали кровопотерю в диапазоне 2,0-3,5 литра: минимальная кровопотеря среди них – 2,0 литра была у 1 женщины, 2,5-3,0 литра – у 3, до 3,5 литра – у 2-х. Перевязка внутренних подвздошных артерий перед метропластикой и экстракцией плаценты также мало удовлетворяла нас (табл. 3). Из 5 женщин, среди которых проводился данный метод, кровопотеря составила: 1800,0 мл – у 2-х, 1900,0 мл – у 2-х и 2400,0 мл – у 1-й. ВКОПА и абдоминальной аорты использовалось у 12 из 54 женщин с наиболее сложным, макроскопически определяемым составом патологии, где отмечались крайние формы несостоятельности РНМ с формированием обширной маточной грыжи, выраженные формы гипертрофии сосудов в зоне РНМ, очевидные признаки

Таблица 3. Уровень кровопотери при различных методах кровосбережения, абс. (%)

Хирургические методы редукции кровопотери	Кровопотеря, мл				Всего женщин
	500,0-1000,0	1001,0- 1500,0	1501,0- 2000,0	2001,0- 3500,0	
Перевязка 3-х пар сосудов матки	1 (1,9)	-	-	6 (11,1)	7 (13,0%)
Перевязка внутренних подвздошных артерий	-	-	4 (7,4)	1 (1,9)	5 (9,3%)
Временное клеммирование общих подвздошных артерий	4 (7,4)	4 (7,4)	3 (5,6)	-	11 (20,4%)
Временное клеммирование абдоминальной аорты	-	-	1 (1,9)	-	1 (1,9%)
Комплексный компрессионный гемостаз	15 (27,8)	15 (27,8)	-	-	30 (55,6%)
Всего	20 (37,0)	19 (35,9)	8 (14,8)	7 (12,9)	54 (100%)

врастания плаценты в заднюю стенку и дно мочевого пузыря. У 8 из 12 женщин кровопотеря не превышала 1,5 литра, у 4-х – 2,0 литра. Длительность пережатия артериальных магистралей не превышало 35 минут. Наиболее эффективным способом снижения кровопотери в нашем исследовании явился комплексный компрессионный гемостаз по Р.Г. Шмакову [6]. Он использовался у 30 (55,6%) из 54 женщин. Как видно, кровопотеря во всех 30 случаях не превышала 1,5 литра: медиана – 1200,0, минимальная кровопотеря 700,0 мл, максимальная 1500,0 в единичном случае.

Гистерэктомия проведена у 17 (31,5%) из 54 женщин. Из этого числа – у 2 (11,8%), помимо ВПРНМ (как было сказано выше), отмечалось глубокоинвазивное поражение задней стенки НСМ и тела матки (рис. 1 и 2). У одной из них КС проводилось по верхнему краю предлежащей плаценты и данная форма врастания была установлена при попытке проведения метропластики. У второй – обширное поражение задней стенки НСМ и тела матки (по передней и задней стенке) установлено при донном КС. Уровень и площадь плацентарной инвазии были настолько очевидны, что гистерэктомия последовала без попыток проведения метропластики. Наибольшее влияние на необходимость проведения гистерэктомии оказывал фактор интенсивного кровотечения в результате КС по верхнему краю предлежащей плаценты: у 6 из 7 женщин (табл. 2). В общей сложности после донного КС, без попыток проведения метропластики, гистерэктомия проведена у 9 из 17 женщин, а после

таких попыток – у 2 (табл. 2). Главным побуждением органоремедиации, помимо обширности и глубины плацентарной деструкции, явилась значительная кровопотеря, наступившая до начала проведения операции у пациенток, поступавших в экстренном порядке (20 женщин из 54). Кровопотеря до момента проведения операции среди указанных 20 пациенток колебалась от 300,0 до 800,0 мл, в среднем – $532,0 \pm 210,0$ мл, медиана 450,0 мл.

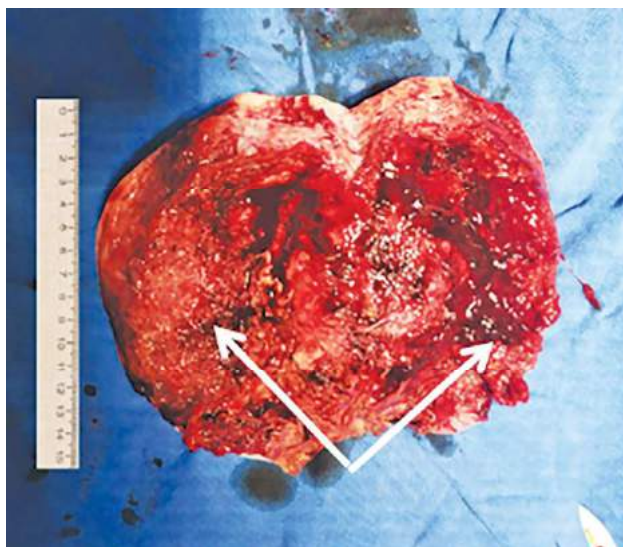
Список послеоперационных осложнений включал: эндометрит – у 2 (3,7%), инфекция мочевых путей – у 4 (7,4%), формирование гематом под переходной складкой – у 3 (5,6%). Релапаротомии не было, тромбоэмболических осложнений, в том числе связанных с временным клеммированием артериальных магистралей, также не было. Материнская смертность отсутствовала, перинатальные потери – 4 (7,4%) случая из 54 в результате: антенатальной гибели плода в сроке 31 неделя беременности – у 1 (1,9%), глубокой недоношенности – у 3 (5,6%).

ОБСУЖДЕНИЕ

Вероятно, в том, что РНМ после КС провоцирует увеличение частоты ПП, уже мало кто сомневается. Как показано в нашем исследовании, это происходит примерно в 6 раз чаще, чем в общей популяции. При этом уже замечено – чем хуже рубец, тем чаще возникает аномальная плацентация, хотя эти соображения нуждаются в дополнительной доказательной базе. Но если учащение ПП и ВП в область несостоятельного РНМ объяснимо и генез этих событий без особых за-

Рис. 1. Больная М., 32 лет. Диагноз: Беременность 3, 36 недель. Роды 3. Отягощённый акушерский анамнез (2 рубца на матке). Центральное предлежание плаценты с врастанием по рубцу на матке. PAS (placenta percreta).

Макропрепарат – удаленное тело матки на разрезе с вросшей плацентой в теле и НСМ (помечено стрелками).



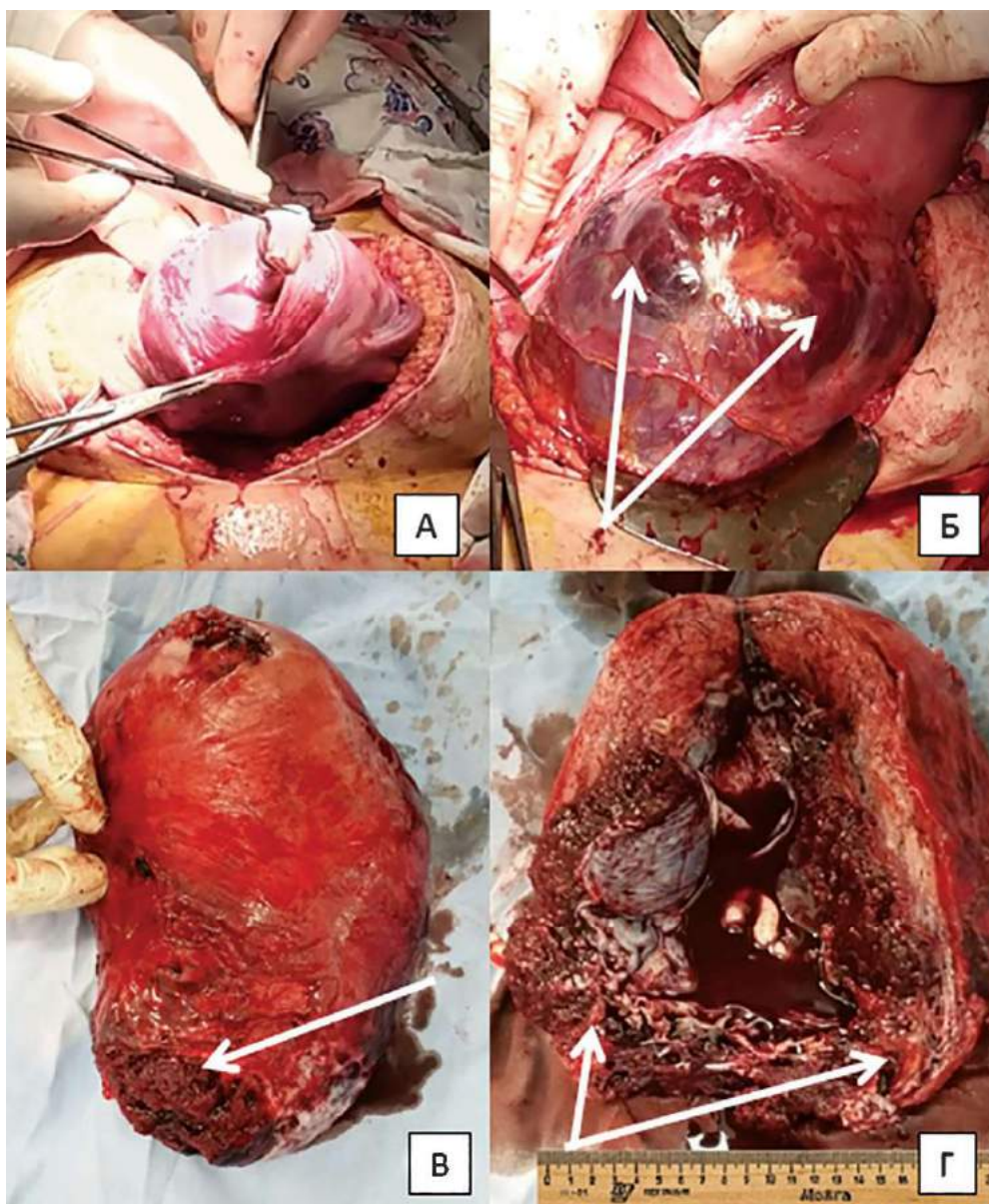


Рис. 2. Больная Н., 28 лет. Диагноз: Беременность 4, 34 недели. Роды 4. Отягощённый акушерский анамнез (3 рубца на матке). Центральное предлежание плаценты с вращением по рубцу на матке. PAS (placenta percreta). А. Интраоперационная картина после донного кесарева сечения. Б. Выбухание нижнего сегмента матки. Стрелками указаны локальные участки прорастания плаценты до серозной оболочки в нижнем сегменте матки. В. Макропрепарат – удаленное тело матки с вросшей плацентой. Стрелками указаны зоны плацентарной деструкции задней стенки нижнего сегмента матки. Г. Макропрепарат – удаленное тело матки на разрезе. Стрелками указаны зоны прорастания плаценты по передней и задней стенкам нижнего сегмента матки.

труднений строится на классической патофизиологической платформе, то возникновение тяжелой плацентарной инвазии в области свободные от рубцовых изменений, возникающие параллельно с ВПРМ – в одном и том же клиническом случае, не укладываются в классическую модель

патофизиологии PAS. С тех пор, как J. Beard ещё в начале прошлого века высказал предположение о сходстве поведения злокачественных опухолей и трофобласта, в научной литературе периодически появлялись работы на данную тему. Новый импульс она получила в связи с современным

состоянием проблемы ВПРМ. В последнее время важное значение предается балансу между генами, регулирующими активность и супрессию хориона [13,17]. В данных работах существенную роль играют так называемому Kiss-гену, открытому в 1996 г. в клетках некоторых злокачественных опухолей. Однако относительно недавно установлена его роль в супрессии рака различной локализации. Вместе с тем показано его активное участие в инвазии трофобласта в эндометрии [12], а самая высокая его концентрация в человеческом организме выявлена в плаценте. Последние сообщения показывают: повышенная экспрессия EGFR (epidermal growth factor receptor) синцитиотрофобластом при врастании плаценты позволяет предположить, что аномальная ворсинчатая адгезия развивается в результате ненормальной экспрессии факторов роста, ангиогенеза и инвазии в популяциях трофобластов. Авторы приходят к выводу о том, что сосудисто-эндотелиальный фактор роста (VEGF) и sFLT-1 играют ключевую роль в процессе патологического программирования вневорсинчатого трофобласта в направлении повышения инвазивности при PAS [11]. Однако всё же остаётся открытым вопрос: это результат определённой генетической мутации в популяции или данный процесс может быть индуцирован особенностями PHM. В данных работах нет отчетливого ответа на вопрос: распространяются ли данные выводы на ВПРМ или они имеют более широкую экстраполяцию, затрагивая наблюдения врастания плаценты в миометрий, свободный от рубцовых изменений. В конце концов: речь идет о том – насколько данный процесс локальный, т.е. затрагивающий плацентацию исключительно в рубцовой зоне матки, или насколько он системный – вовлекающий всю плаценту. От этого зависит трактовка поступающих сообщений о глубокоинвазивных формах врастания плаценты в участки матки, свободные от рубцовых изменений. По данным настоящего исследования, это встречается примерно у 1:27 пациенток с центральным предлежанием на фоне PHM.

В одной из последних работ Palacios-Jaraquemada JM, et al., (2019 г.) относительно наиболее сложного контингента PAS – «near miss», показано, что пренатальная визуализация (УЗИ или МРТ) выявляла инвазивную плаценту

только в 54,4% (95% ДИ 41,0–67,5) случаев «near miss», а в 45,2% (95% ДИ 32,5–59,0) – интраоперационно [8,15]. Также следует отметить: в 22,1% (95% ДИ 9,7–37,9) случаев PAS, диагностированных пренатально, степень тяжести врастания, выявленная интраоперационно, была тяжелее, чем сообщалось до операции. До сих пор нет убедительных данных о том, может ли пренатальная визуализация идентифицировать случаи с самым высоким риском PAS, при которых ожидаем неблагоприятный материнский исход [7,10,14,16]. Если случаи «near miss» в исследованиях Palacios-Jaraquemada J.M., в основном были связаны с поражением задней стенки мочевого пузыря, то в наших наблюдениях – это вероятно следует связывать с не совсем оправданными попытками родоразрешения путём проведения КС по верхнему краю подлежащей плаценты. В свете вышеуказанных работ, а также принимая во внимание наш собственный опыт, вероятно, следует признать, что такой подход может быть оправдан, когда параллельно осуществляется эндоваскулярный блок на уровне общих подвздошных артерий [9] (так называемая методика «Triple-P»), а при отсутствии баллонной окклюзии рассчитывать на перевязку трех пар маточных сосудов после извлечения плода – это малооправданный риск.

В представленных нами 2-х случаях врастания плаценты в заднюю стенку HCM и тело матки пренатальная диагностика была неполной, т.к. в протоколах не было указано такой вероятности в области, свободные от рубцовых изменений. Скорее всего, это следует связывать с недостатком опыта таких наблюдений у специалистов УЗИ. Однако интраоперационная картина не оставляла сомнений, а гистологическая диагностика подтвердила эти наблюдения. У обеих пациенток операция протекала по одной и той же схеме: донное КС, клеммирование общих подвздошных артерий. Несмотря на своевременно констатированные макроскопические признаки глубокоинвазивного врастания плаценты в области задней стенки HCM и тела матки по передней и задней стенке, хирурги предпринимали попытки органосохранения. Однако малоуправляемое кровотечение в конце концов заставило прибегнуть к гистерэктомии. Ничем другим, кроме попыток органосохранения при очевидной об-

ширной плацентарной деструкции, потерянные объёмы крови в изученных нами 2 клинических эпизодах, нам объяснить не удалось. Многие специалисты, задаваясь вопросом получения массивной кровопотери, несмотря на устанавливаемый блок на уровне общих подвздошных артерий тем или иным методом (как и в наших случаях), указывают на то, что даже в этих условиях действуют обходные артериальные коллатерали к маточным артериям. Важнейшими из них, как было установлено в исследованиях Palacios-Jaraquemada JM. et al., (2019г.), является бассейн нижнебрыжеечной артерии, который во время беременности по диаметру основного сосуда увеличивается в 2-3 раза.

В данном обсуждении, вероятно, необходимо коснуться выжидательной тактики – оставление плаценты *in situ*. Надо отметить: в настоящее время выжидательная тактика не имеет прямых рекомендаций международных организаций, контролирующих данную проблему (ACOG, FIGO), а главной причиной этого является тревожный и хорошо известный спектр послеоперационных осложнений [3,4,18]. Гистерэктомия в большинстве исследований, включая международные экспертные группы, позиционируется, как вполне оправданный этап завершения операции при PAS. Вместе с тем, к вопросу сохранения матки некоторые акушерские школы, вероятно, небезосновательно подходят весьма трепетно, пытаясь достичь высоких показателей. Используя ангиографические пособия, ряд российских исследователей, добиваются хороших результатов органосохранения [3,5], несмотря на крайне тяжелые по глубине и площади формы PAS. На наш взгляд, современная акушерская наука находится в эпицентре данной дискуссии, а на результатах исследований сказывается не только технологическая оснащенность, но и региональные особенности – показатели рождаемости.

Базируясь на собственном опыте работы, мы можем предположить о том, что метод комплексного компрессионного гемостаза по Р.Г. Шмакову в ближайшем обозримом будущем станет базовым при оперативном родоразрешении пациенток с PAS. Такая точка зрения сформировалась в результате достаточно продолжительной практической работы с данным контингентом, а также глубокая убежденность в окончательной правоте и торжестве закономерной эволюции, в том числе управляемых человеком процессов, где царит простота и целесообразность. В данной методике есть лишь одно уязвимое место, т.е. ограничение её использования – это случаи серьезных осложнений, связанных с вращением плаценты в мочевого пузырь, когда его диссекция (для обеспечения наложения «удавки» на начальные отделы шейки матки) может быть связана с дебютом неуправляемого кровотечения. Подробное рассмотрение данного вопроса – это отдельная тема. Но здесь следует отметить, что случаи тяжелого вращаения плаценты в мочевого пузырь к счастью редки и поэтому метод ККГ по праву может занять основную нишу кровосберегательных технологий при PAS.

Выводы: 1. Патогенетические аспекты глубокоинвазивного вращаения плаценты в различные отделы матки, свободные от рубцовых изменений при PAS, малоизучены и не определены.

2. Причинами случаев «near miss» при PAS могут быть недостаточная пренатальная диагностика тяжести патологии и проведение на этом фоне не оправданных хирургических методик.

3. При выявлении признаков глубокоинвазивного повреждения PAS задней стенки HCM или тела матки (пренатально или интраоперационно) высока вероятность гистерэктомии. В таких случаях, при отсутствии эндоваскулярных методов управления маточного кровотечения, гистерэктомия является оправданным объемом завершения операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдикулов Б.С., Каримов З.Д., Яхшибаев И.Я., Уринов М.А., Машарипов Ш.Х., Ходиева Г.А., Осипова И.Ю. Случаи «near miss» в структуре вращаения плаценты в рубец на матке. Хирургия Узбекистана. 2020; 3:77-81.
2. Веницкий А.А. Вращение плаценты: диагностика и органосохраняющая тактика при оперативном родоразрешении: автореф.

- дисс. ... канд. мед. наук. – Москва. 2018; 26.
3. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Григорьян А.М., и др. Временная баллонная окклюзия общих подвздошных артерий при осуществлении органосохраняющих операций у пациенток с врастанием плаценты. *Акушерство и гинекология*. 2018; 4:31-37.
 4. Хасанов А.А. Диагностика, профилактика и органосохраняющие методы родоразрешения беременных с врастанием плаценты. *Казанский медицинский журнал*. 2016; 97(4):477-485.
 5. Шмаков Р.Г., Пирогова М.М., Васильченко О.Н. и др. Хирургическая тактика при врастании плаценты с различной глубиной инвазии. *Акушерство и гинекология*. 2020; 1:78-82.
 6. Шмаков Р.Г., Чупрынин В.Д., Виницкий А.А. Комплексный компрессионный гемостаз при выполнении органосохраняющего оперативного родоразрешения у пациенток с врастанием плаценты: пат. 2627633 Рос. Федерация: МПК А61В 17/42 (2006.01).
 7. Aitken K., Allen L., Pantazi S. et al. MRI Significantly improves disease staging to direct surgical planning for abnormal invasive placentation: A single centre experience. *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2016; 38(3):246-251.
 8. Bowman Z.S., Eller A.G., Kennedy A.M. et al. Accuracy of ultrasound for the prediction of placenta accreta. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2014; 211(2):177-177.
 9. Chandrahara F., Rao S., Belli A.M., Arulkumaran S. The tripl-P procedure as a conservative surgical alternative to peripartum hysterectomy for placenta percreta. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2012; 117:191-194.
 10. D'Antonio F., Iacovella C., Palacios-Jaraquemada J., Bruno C.H., Manzoli L., Bhide A. Prenatal identification of invasive placentation using magnetic resonance imaging: Systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2014; 44(1):8–16.
 11. Jauniaux E., Collins S., Burton G.J. Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2018; 218:75–87.
 12. Jordan N.V., Johnson G.L., Abell A.N. Tracking the intermediate stages of epithelial-mesenchymal transition in epithelial stem cells and cancer. *Cell Cycle*. 2011; 10(17):2865-2873.
 13. Ohtaki T., Shintani Y., Honda S. et al. Metastasis suppressor gene KiSS-1 encodes peptide ligand of a G protein-coupled receptor. *Nature*. 2001; 411:613-617.
 14. Palacios-Jaraquemada J.M., Bruno C.H. Magnetic resonance imaging in 300 cases of placenta accreta: Surgical correlation of new findings. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.* 2005; 84(8):716–724.
 15. Palacios-Jaraquemada J.M., D'Antonio F., Buca D. et al. Systematic review on near miss cases of placenta accreta spectrum disorders: correlation with invasion topography, prenatal imaging, and surgical outcome. *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* 2019; 30:1–8.
 16. Say L., Souza J.P., Pattinson R.C. et al. Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2009; 23(3):287–296.
 17. Schmid K., Wong X., Haitel A. et al. KiSS-1 overexpression as an independent prognostic marker in hepatocellular carcinoma: immunohistochemical study. *Virchows Archiv.* 2007; 450(2):143-149.
 18. Silver R. M. Placenta Accreta Syndrome. Boca Raton, FL: CRC Press, Taylor & Francis Group. 2017.

ЙЎЛДОШНИНГ БАЧАДОН ЧАНДИҒИГА ЎСИБ КИРИШИ: 2018–2020 ЙИЛЛАРДА ТОШКЕНТ ШАҲАР ПЕРИНАТАЛ МАРКАЗИНИНГ ИШНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Б.С. АБДИКУЛОВ¹, З.Д. КАРИМОВ^{1,3}, И.Я. ЯХШИБОВ¹, Ш.М. МУМИНОВ², Б.П. ХАМИДОВ²,
Ш.Х. МАШАРИПОВ¹, Д.Л. КИМ², М.И. УРИНОВ¹, Г.А. ХОДИЕВА¹, И.Ю. ОСИПОВА¹

¹Тошкент шаҳар соғлиқни сақлаш бош бошқармаси, Тошкент шаҳар перинатал маркази, Ўзбекистон.

²Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент, Ўзбекистон.

³Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, акушерлик, гинекология ва перинатал тиббиётнинг биринчи кафедраси, Тошкент, Ўзбекистон.

Мақсад. Клиник ҳолатга ва қон тежашнинг ишлатилган усулларига қараб, бачадондаги чандиқдаги йўлдошнинг кириб ўсиши билан ҳомиладор аёлларни етказиб бериш натижаларини ўрганишдир.

Материал ва усуллар. Танланган ретроспектив текширувнинг ривожланиши 54 ҳомиладор аёлларни йўлдошнинг марказий тақдими ва кесар кесишдан сўнг бачадонда чандиқ билан, йўлдошнинг кириб ўсиши гистологик жиҳатдан тасдиқланган натижалар билан ўз ичига олади. Қон тежайдиган усулларнинг арсеналидан қуйидагилар ишлатилган: бачадоннинг асосий томирларининг учта жуфтлигини боғлаш, ички ёнбош артерияларни боғлаш, Шмаков Р.Г. томонидан комплекс сиқишни гемостаз, умумий ёнбош артерияларга вақтинчалик клемма қўйиш.

Натижалар. Юқори кесар кесиш орқали 54 аёлдан 47 таси (87,0%) туғдирилди. Гистерэктомия 54 аёллардан 17 таси (31,5%)да бўлиб ўтди. Бошқа 37 ҳолат (68,5%)ларда метропластика, орган муҳофазаси амалга оширилди. Реллапаротомия йўқ эди; оналар ўлими йўқ эди; перинатал ўлим – 4 (7,4%); мажбурий сийдик пуфагини очиш, сийдик пуфагини резекцияси – 7 (13,0%) ҳолларда; сийдик пуфагининг деворини резекция қилмасдан қовуқни очиш – 2(3,7%); «near miss» ҳолатлари 2 та клиник эпизодларда қайд этилган; умумий ёнбош артерияларга вақтинчалик клемма қўйиш билан боғлиқ асоратлар йўқ эди; эндометрит (консерватив даволанишдан кейин) 2 та (3,7%) аёлда қайд этилган. Гистологик тадқиқотлар натижалари бўйича placenta accreta – 15 та (27,8%), placenta increta 30 та (55,6%), placenta percreta – 8 та (14,8%). Пастки сегмент ва бачадон танасининг орқа деворига бирлашган чуқур-инвазив зарар – 8 ҳолатда бачадон ва 2 ҳолат(3,7%)да чандиқ соҳасида турли чуқур йўлдошнинг бирлашмасида қайд этилди.

Хулоса. Р.Г. Шмаковга кўра комплекс сиқиш гемостаз – қон тежашнинг энг оқилона ва истикболли усули, PAS билан беморларнинг кўпчилигида қабул қилинади. Қовуқнинг орқа деворига зарар етказилганда умумий ёнбош артерияларнинг вақтинчалик терминали тавсия этилади. Бачадонни сақлаш: чуқур инвазив зарар этиш билан, шу жумладан, бачадоннинг пастки қисмининг орқа деворига ёки бачадон танасига бирлаштирилган шикастланиш ҳоллари, аёлнинг касалхонага келишидан олдин сезиларли қон йўқотиши - жарроҳлик тактикаси учун зарурий эмас.

Калит сўзлар: йўлдошнинг кириб ўсиши, йўлдошнинг марказий тақдими, бачадондаги чандиқ.

Сведения об авторах:

1. Каримов Заур Джавдатович – доктор медицинских наук, профессор, директор Ташкентского городского перинатального центра, профессор первой кафедры акушерства и гинекологии и перинатальной медицины Ташкентского института усовершенствования врачей.
2. Абдикулов Булат Сабитович – зав. отделением гинекологии Ташкентского городского перинатального центра. Телефон +998933781413. Адрес электронной почты: dr.bek@bk.ru
3. Яхшибаев Ильхом Яхшибаевич – врач ординатор отделения патологии беременных Ташкентского городского перинатального центра.
4. Муминов Шухрат Манапович – д.м.н., руководитель отдела сосудистой хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.
5. Хамидов Бахтиер Пулатович – ординатор отделения сосудистой хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

6. Машарипов Шавкат Хасанович. – зав. отделением анестезиологии и реанимации Ташкентского городского перинатального центра.
7. Ким Дмитрий Львович – ординатор отделения сосудистой хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.
8. Уринов Мамурджон Исмаилович – зав. отделением патологии беременных Ташкентского городского перинатального центра.
9. Ходиева Гульсанам Абдуллаевна – зав. родильным отделением Ташкентского городского перинатального центра.
10. Осипова Инесса Юрьевна – зам. директора по лечебной работе Ташкентского городского перинатального центра.

Authors

Zaur Karimov – MD, DSc, Professor, Director of the Tashkent City Perinatal Centre, Department of Obstetrics and Gynecology, Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, Tashkent, Uzbekistan.

Bulat Abdikulov – MD, Head of the Department of Gynecology, Tashkent City Perinatal Centre, Tashkent, Uzbekistan. Phone: +998 933781413. Email: dr.bek@bk.ru

Ilkhom Yaxshiboev – MD, Gynecologist at the Department Pregnancy Pathology, Tashkent City Perinatal Centre, Tashkent, Uzbekistan.

Shuhrat Muminov – MD, DSc, Head of the Department of Vascular Surgery and Microsurgery, Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan. E-mail: mshm22@mail.ru.

Bakhtiyor Hamidov – MD, PhD, Vascular Surgeon at the Department of Vascular Surgery and Microsurgery, Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan.

Shavkat Masharipov – MD, Head of the Department of Anesthesiology and Intensive Care, Tashkent City Perinatal Centre, Tashkent, Uzbekistan.

Dmitry Kim – MD, Vascular Surgeon at the Department of Vascular Surgery and Microsurgery, Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan. Email: lvovich1982@list.ru.

Mamurjon Urinov – MD, Head of Department Pregnancy Pathology, Tashkent City Perinatal Centre, Tashkent, Uzbekistan.

Gulsanam Hodieva – MD, Head of the Maternity Ward, Tashkent City Perinatal Centre, Tashkent, Uzbekistan.

Inessa Osipova – MD, Deputy Director for Medical Work, Tashkent City Perinatal Centre, Tashkent, Uzbekistan.