



Применение ЭМА в качестве эндоваскулярного способа отделения части приращенной плаценты в послеродовом периоде (клинический случай)

В.В. Трегуб¹; В.И. Тарасюк¹; Е.К. Тарасюк¹, к.мед.н.;

В.А. Кондратюк^{1,2}, к.мед.н.; И.В. Альтман^{1,2}, к.мед.н.

¹Медицинский центр ПМП «Видар», г. Винница

²ГУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины»

Истинное приращение плаценты — редко встречающаяся патология, приводящая к кровотечению, исходом которого зачастую является удаление матки. В статье рассматривается случай отделения части приращенной плаценты (residua postpartum) методом эмболизации маточных артерий (ЭМА) после использования метотрексата и попытки инструментального отделения данного плацентарного остатка путем выскабливания стенок полости матки. Успешное проведение ЭМА привело к отделению приращенного остатка плаценты на 66-й день после родов (37-й день после ЭМА), предотвратило угрозу кровотечения, прорастания плаценты в смежные органы и позволило сберечь репродуктивный потенциал женщины.

Ключевые слова: приращение плаценты, эмболизация маточных артерий, метотрексат, репродуктивный потенциал.

По оценкам разных источников, истинное приращение плаценты (placenta accreta, increta, percreta) встречается в одном случае на 2400-3500 родов [1-8].

Основными факторами возникновения патологии прикрепления плаценты считаются рубец на матке, инструментальные вмешательства в полости матки и воспалительные заболевания матки в анамнезе [6-8]. Часто это нарушение сочетается с предлежанием плаценты.

Попытка ручного отделения приращенной плаценты может закончиться гипотоническим кровотечением, приводящим в 40% случаев к смерти рожениц [1, 3]. Кроме того, placenta percreta может прорасти в смежные органы (мочевой пузырь, петли толстого кишечника), вызвать повреждение и дисфункцию этих органов, развитие сепсиса, ДВС-синдрома.

Выявлению данной патологии до родов помогает ультразвуковая диагностика, после родов — также МРТ.

Лечение метотрексатом может затормозить процесс прорастания плаценты, предотвратить развитие трофобластической болезни, но при этом повышает риск поражения печени и почек, что в отдельных случаях может вызвать летальный исход [4, 7]. При выявлении приращения

плаценты в процессе кесарева сечения применяется гистерэктомия вследствие безвыходности ситуации и тяжелого прогноза. Эта операция является не только тяжелой психологической травмой, но и оказывает неблагоприятные последствия для женского организма в целом.

В последние десятилетия применение метода ЭМА позволило сохранить матку многим женщинам. В основном он применяется для лечения миомы матки, а также остановки кровотечения. В то же время в мировой практике описаны случаи выполнения ЭМА при патологии прикрепления плаценты, успех эндоваскулярного лечения при этом достигал 80% [1, 2]. В США время перевода родильницы в эндоваскулярное отделение занимает 15 мин, а общее время до проведения вмешательства (ЭМА) с момента постановки диагноза — 4 ч [3]. Внедрение эндоваскулярного лечения (ЭМА) в акушерско-гинекологической практике может снизить смертность от кровопотери до 90% [4, 5].

Специалисты Американского общества акушеров-гинекологов (ACOG) и Британского института акушерства и гинекологии не рекомендуют ручное отделение плаценты, инструментальные методы, применение метотрексата при placenta accreta, отдавая предпочтение срочной ЭМА под контролем ультразвуковой



Во время проведения ЭМА при УЗИ в начале операции установлена картина приращения плаценты в стенку матки (миометрий матки на границе с плацентарным остатком выглядит как швейцарский сыр) (рис. 2); определяется обильный кровоток между частью плаценты и маткой (рис. 3), резко усилившийся за 5 дней с момента обращения пациентки (рис. 4).

Сразу после проведенной ЭМА (рентгеноскоп Philips BV; эмболы размером 400-700 микрон, три флакона отечественного производителя эмболов «Эндомед») при интраоперационном ультразвуковом контроле выявлен участок кровотока между

маткой и частью плаценты, который еще сохранился в небольшом объеме (рис. 5).

Ангиографически также подтвердилось дополнительное питание полюса матки и плаценты (рис. 6). Учитывая этот факт, во время операции было принято решение о проведении дополнительной эмболизации ветвей правой яичниковой артерии (рис. 7).

После ее выполнения при ультразвуковом контроле кровотока в плаценте и между остатком плаценты и маткой уже не определялся. УЗИ в плацентарной ткани показало наличие там введенных эмболов. Кровоток правого яичника при этом был сохранен (рис. 8).

Послеоперационный период протекал без особенностей, кровянистые выделения из половых путей отсутствовали. Пациентка получала антибактериальную и инфузионную терапию в течение 3 дней, затем была выписана из стационара и переведена на прием пероральных антибиотиков курсом 7 дней.

В дальнейшем после выписки женщине проводили еженедельный ультразвуковой контроль, определяли уровень β -ХГЧ крови. Было установлено снижение уровня β -ХГЧ с 828 мМО/мл перед операцией до 28,24 мМО/мл на 9-й день после ЭМА; до 2,36 мМО/мл на 20-й день; к 27-му дню после ЭМА его концентрация составила 1,05 мМО/мл, т.е. показатель приблизился к норме.



Рис. 3. Матка, кровоток между плацентой и стенкой матки – данные УЗИ в начале операции 20.12.2014 г.



Рис. 4. Кровоток между плацентой и стенкой матки – УЗИ в начале операции 20.12.2014 г.



Рис. 5. Сохранение кровотока между плацентой и стенкой матки – ультразвуковой интраоперационный контроль сразу после проведения ЭМА 20.12.2014 г.

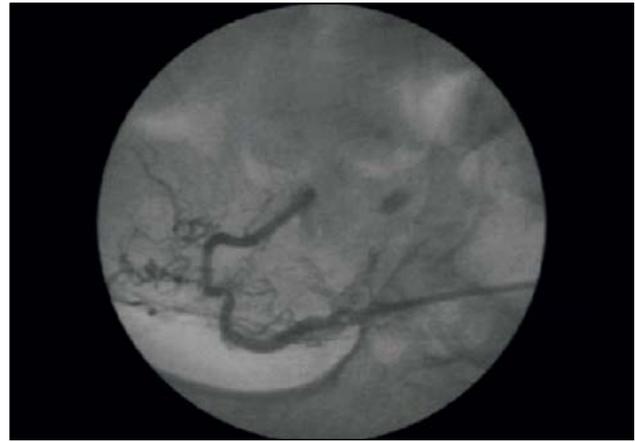


Рис. 6. Данные ангиографии – сразу после проведения ЭМА блокирован кровоток 20.12.2014 г.

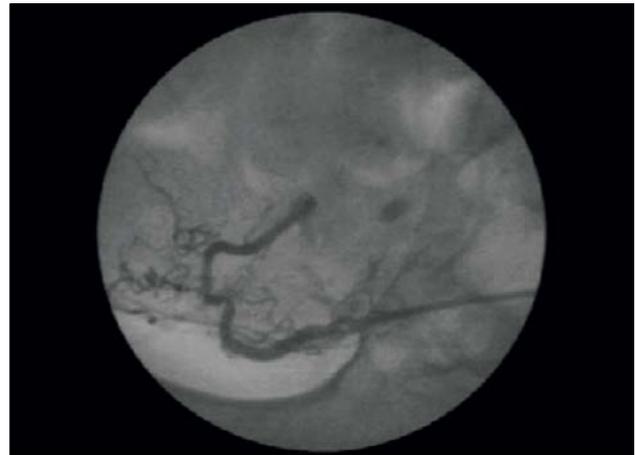
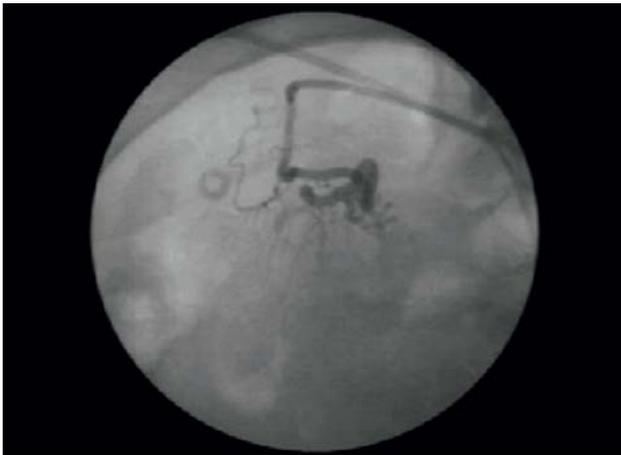


Рис. 7. Данные ангиографии – дополнительная эмболизация яичниковой артерии

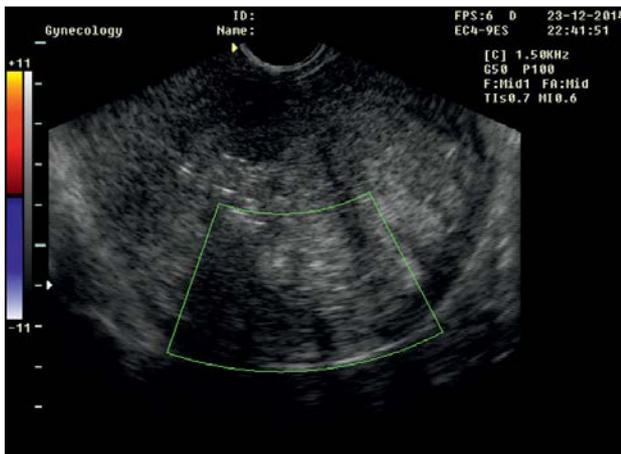


Рис. 8. Ультразвуковые признаки отсутствия кровотока между остатком плаценты и маткой, сохранение кровотока в правом яичнике

После ЭМА пациентка отмечала, что у нее началась обильная лактация, что позволило сохранить грудное вскармливание ребенка. На контрольном УЗИ через 9 дней после ЭМА наблюдался активный регресс размеров матки и остатка плаценты, который уменьшился с 6-7 см до операции до 4-3 см после. Кровоток в плацентарном остатке не определялся. Последующие УЗИ в динамике показали существенное уменьшение размеров матки к нормальным, отсутствие кровотока между остатком плаценты и маткой (рис. 9). Уровень гемоглобина крови на 20-е сутки после операции поднялся до 122 г/л.

На 66-й день после родов (37-й день после ЭМА) плацентарный фрагмент визуально размером 4 x 3 см самостоятельно отделился и экспульсировался из полости матки во влагалище при отсутствии кровотечения и болевых ощущений. Во время УЗИ в этот день было выявлено в полости матки наличие плацентарного остатка 19 x 10 мм без признаков кровотока. Восстановилась структура стенки матки, толщина миометрия равномерная по передней и задней стенкам. На 75-е сутки послеродового периода в полости матки в области правого трубного угла определялся

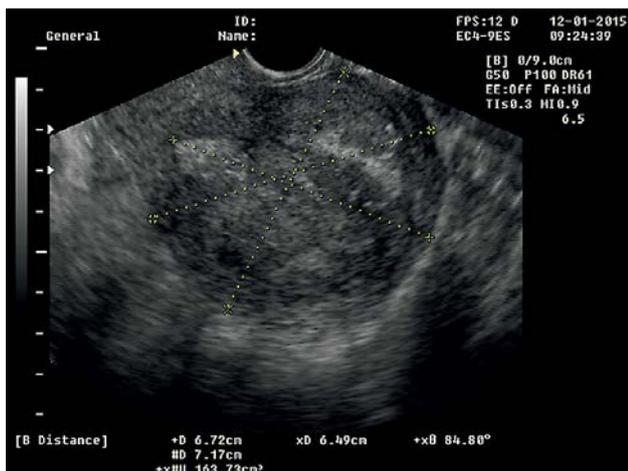


Рис. 9. Ультразвуковая картина матки и остатка приращенной плаценты на 20-й и 30-й день после ЭМА

гипоэхогенный участок 17 x 10 мм с отсутствием кровотока. На 81-е сутки после родов в полости матки визуализировались остатки плацентарной ткани размером 9 x 4 мм без признаков кровотока (рис. 10).

Таким образом, применение ЭМА позволило сохранить матку (с предотвращением гистерэктомии), а также репродуктивную функцию пациентки. Женщина продолжает кормить ребенка грудью, не менструирует.

Оставшийся плацентарный остаток может экспульсироваться из полости матки после начала менструации или при необходимости удален гистероскопически.

Выводы

1. Рекомендуется проведение ультразвукового контроля с доплер-датчиком в затянувшемся последовом периоде перед попыткой отделения плаценты ручным методом. Это необходимо для выявления возможного приращения плаценты и предотвращения массивной кровопотери, геморрагического шока, гистерэктомии.
2. При установленном диагнозе placenta percreta после родоразрешения корпоральным кесаревым сечением показана немедленная ЭМА с последующим отсечением поврежденного участка стенки матки с участком просшего органа (мочевого пузыря или кишечника), а также ушиванием матки и пластикой органов [1, 3].
3. Внутривенное введение метотрексата предупреждает развитие осложнений со стороны плацентарной ткани, но может вызвать нарушения функции почек и печени [1, 4, 8].

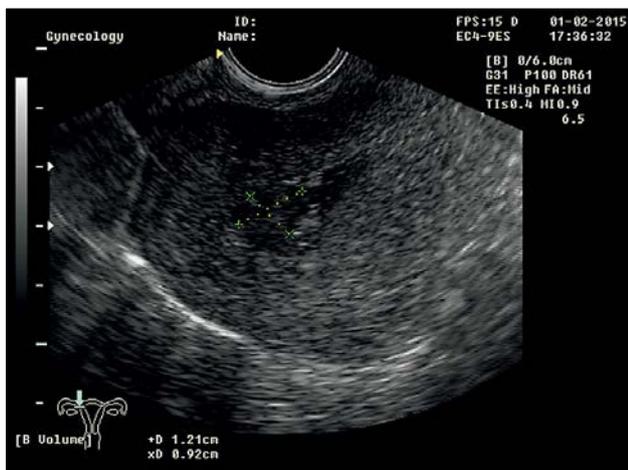


Рис. 10. Ультразвуковая картина матки и остатка приращенной плаценты 24.01-09.02.2015 г.



4. Инструментальное выскабливание полости матки без предварительной ЭМА может не достичь успеха и вызвать угрозу кровотечения при placenta increta.

5. При выявлении placenta percreta во время беременности (ультразвуковая диагностика) родоразрешение осуществляется корпоральным кесаревым сечением с последующей ЭМА и проведением мероприятий, указанных в пункте 2 [1, 5].

6. При установке диагноза placenta increta/accreta/percreta при родах естественным путем необходимо перевести пациентку в эндоваскулярное отделение для проведения ЭМА, что поможет избежать массивной кровопотери, геморрагического шока и угрозы летального исхода, а также позволит предотвратить гистерэктомию и сохранить репродуктивную функцию женщины.

Нами видится перспективным внедрение ультразвукового контроля в родильном зале во время последового и послеродового периода, а также применение ЭМА при патологии прикрепления плаценты.

Список использованной литературы

1. The development of placenta increta following pelvic transcatheter artery embolization for postpartum hemorrhage / Kitao K., Makihara N., Morita H., Yamasaki M., Matsuoka S., Ohara N., Maruo T. // Clin Exp Obstet Gynecol. 2009; 36 (1): 53-4.

2. Successful use of uterine artery embolisation to treat placenta increta in the first trimester / Soleymani Majd H., Srikantha M., Majumdar S., B-Lynch C., Choji K., Canthaboo M., Ismail L. // Arch Gynecol Obstet. 2009 May; 279 (5): 713-5.

3. Conservative management of abnormally invasive placentation / S. Timmermans (Sarah), A. C. van Hof (Arjanneke) and J.J. Duvekot (Hans) // Obstetrical & Gynecological Survey, Volume 62. – 2007. Issue 8 P. 529-539.

4. Комбинированное эндоваскулярное и химиотерапевтическое лечение пациентки с истинным приращением плаценты (описание клинического случая) / Ю.С. Парашук, О.И. Калиновская, Р.А. Сафонов, И.Н. Сафонова // Жіночий лікар. – 2014. – № 2 (52). – С. 52-55.

5. Global women's health and rights. Statement of Policy. As Issued by the Executive Board of the American College of Obstetricians and Gynecologists and the American Congress of Obstetricians and Gynecologists. July 2012.

6. Курцер М., Бреслав И.Ю., Лукашина М.В. Опыт осуществления органосохраняющих операций при вращении плаценты // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 8. – С. 86-90.

7. Курцер М., Бреслав И.Ю., Лукашина М.В. Истинное вращение плаценты (placenta accreta). Консервативная терапия // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 4. – С.118-122.

8. Prenatal identification of invasive placentation using ultrasound: systematic review and meta-analysis / D'Antonio F., Iacovella C., Bhide A. // Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. 2013; 42 (5): 509-517.

Застосування ЕМА як ендоваскулярного способу відділення частини прирощеної плаценти в післяпологовому періоді (клінічний випадок)

В.В. Трегуб, В.І. Тарасюк, О.К. Тарасюк, В.А. Кондратюк, І.В. Альгман

Істинне прирощення плаценти – досить рідкісна патологія, що призводить до кровотечі, наслідком якої часто є видалення матки. У статті розглядається випадок відділення частини прирощеної плаценти (residua postpartum) шляхом емболізації маткових артерій (ЕМА) після застосування метотрексату та спроби інструментального відділення даного плацентарного залишку при вишкрібанні стінок порожнини матки. Успішне проведення ЕМА сприяло відділенню прирощеного залишку плаценти на 66-й день після пологів (37-й день після ЕМА), запобігло загрози кровотечі, проростанню плаценти у сусідні органи й дало можливість зберегти репродуктивний потенціал жінки.

Ключові слова: прирощення плаценти, емболізація маткових артерій, метотрексат, репродуктивний потенціал.

The use of uterine artery embolization as the endovascular method for resection of a part of placenta accreta in the postpartum period – a clinical case

V.V. Tregub, V.I. Tarasyuk, E.K. Tarasyuk, V.A. Kondratyuk, I.V. Altman

The true (real) placenta accreta – rarely occurring pathology that leads to bleeding with the further hysterectomy. The article considers the case of resection of a part of placenta accreta (residua postpartum) by means of uterine artery embolization (UAE) after administration of methotrexate and attempts of instrumental separation of the placental abruption with scraping of the uterine wall. The successful implementation of UAE has led to the separation of placenta accreta abruption on the 66th day after delivery (the 37th day of UAE), it has prevented the threat of bleeding as well as placenta growing into adjacent organs and has allowed to preserve the reproductive potential of a woman.

Keywords: placenta accreta, uterine artery embolization, methotrexate, reproductive potential.