

УДК 618.36-007.274

Г.Ж. ЖАТКАНБАЕВА¹, Г.М. НЕСИПБАЕВА¹, Ш.М. САДУАКАСОВА¹, В.Б. ГРИНБЕРГ²¹Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова, г. Алматы²Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ИСТИННОГО ПРИРАЩЕНИЯ С ПОЛНЫМ ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

Редкой патологией у беременных является аномальное прикрепление плаценты в сочетании с предлежанием плаценты. Частота данной патологии по данным литературы составляет 0,2-0,6% случаев. Современные диагностические параметры позволяют своевременно определить локализацию плаценты и разработать оптимальную тактику родоразрешения.

Ключевые слова: аномальное прикрепление плаценты, предлежание плаценты, истинное приращение плаценты, родоразрешение.

Одним из ведущих факторов, приводящих к развитию акушерских кровотечений, высокой перинатальной и материнской смертности является аномальное прикрепление плаценты. К достаточно редкой патологии относится сочетание аномального прикрепления и предлежания плаценты. Согласно литературным данным, аномалии прикрепления плаценты встречаются в 0,2 – 0,6% случаев [1].

В литературе описаны данные о прогнозировании предлежания плаценты: если в сроках 20-25 недель беременности диагностировано полное предлежание плаценты, то вероятность ее полного предлежания в доношенном сроке приближается к 60% [2]. При полном предлежании плаценты тактика родоразрешения независимо от срока беременности оперативная [3, 4].

Сочетание предлежания плаценты и приращения плаценты абсолютно во всех случаях приводит к проведению операции гистерэктомии у пациенток детородного возраста. Тем не менее в литературе описаны случаи проведения органосохраняющих операций при данной патологии с использованием эмболизации маточных артерий и в отсроченном порядке удаление плацентарной ткани при гистероскопии [5, 6].

Современные ультразвуковые методы исследования позволяют достаточно рано диагностировать аномальное прикрепление плаценты в самом начале беременности [7].

Истинное приращение плаценты является одной из тяжелых акушерских патологий, по разным литературным данным встречается 1:7000 родов. Для приращения плаценты гистологически наиболее характерны отсутствие decidua basalis и непосредственный контакт ворсин с миометрием.

В зависимости от степени прорастания ворсин хориона в мышцу матки различают: placenta accreta vera, increta, percreta. При placenta accreta vera ворсины хориона соприкасаются с миометрием, но не нарушают его структуры. Прорастание ворсин хориона с нарушением структуры миометрия приводит к развитию placenta increta. Placenta percreta – это глубокое прорастание ворсинами хориона миометрия с вовлечением не только серозного покрова матки, а также прорастание в соседние органы (мочевой пузырь и кишечник) [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7].

В своем наблюдении хотим представить случай полного предлежания и истинного приращения плаценты. В отделение патологии беременности Городского родильного дома №5 г. Алматы поступила пациентка Х-ва, 32 года, история родов №4509 с диагнозом: Беременность 38-39 недель. Рубец на матке. Предлежание плаценты. Из анамнеза: паритет беременности – 7, роды предстоящие – 3, вагинальные роды – 1, операция кесарева сечения в сроке 25-26 недель по поводу полного пред-

лежания плаценты и выраженного кровотечения, имело место интранатальная гибель плода. Медицинские аборты – 4. Пациентка категорически отказывалась (предоставила нотариально заверенный отказ) от любых методов контрацепции, предложенных врачом женской консультации, мотивируя это тем, что это повредит ее генеративной функции. Течение первой половины беременности без патологии. В сроке 23-24 недели по поводу предлежания плаценты и выраженного маловодия отправлена в стационар на дообследование. Диагностировано низкое прикрепление плаценты на 3,8 см выше уровня внутреннего зева. В сроке 30 недель отмечена миграция плаценты. В сроке 34-35 недель по данным ультразвукового исследования плацента визуализируется по задней право-боковой стенке матки, полностью перекрывает внутренний зев. При доплерографии обнаружено центральное предлежание плаценты, передняя стенка матки деформирована, четко определить границу мышечного слоя не удается, имеются косвенные признаки приращения плаценты и признаки хронической плацентарной недостаточности.

В доношенном сроке беременности после обследования пациентка взята на плановое оперативное родоразрешение. Проведена операция кесарево сечение, извлечен живой доношенный плод мужского пола весом 3198,0 г, рост 52 см с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов. Плацента располагалась по задней право-боковой стенке матки, при попытке удалить ее потягиванием не удалось, и было заподозрено плотное прикрепление плаценты. При дальнейшем осмотре внутренней поверхности полости матки имеется участок истинного приращения плаценты размером 10x12x12 см, учитывая вышеописанное, консилиумом врачей решено было расширить объем операции до субтотальной гистерэктомии без придатков. Операция проведена стандартно, без технических трудностей.

Описание макропрепарата: матка увеличена до 18-19 недель беременности, весом 980,0 г, серозный покров бледно-розового цвета, блестящий. Полость матки вскрыта, внутренняя поверхность бледно-розового цвета, просвет крупных сосудов зияет, плацентарная площадка по задней право-боковой стенке полностью перекрывает внутренний зев, имеется участок врастания плаценты на участке размером 10x12x12 см, с трудом отделен от миометрия, также на плацентарной площадке был обнаружен участок истинного приращения плаценты 8x9 см, и на всем этом протяжении отмечалось истончение толщины стенки матки до 0,2 см, попытки удаления плацентарной ткани на данном участке не представлялось возможным. Плацента обычного цвета, рыхлая, с очаговыми кровоизлияниями, размером 16x18x22 см, весом 482,0 г.

Заключение биопсии: послеродовая матка с отеком,



Рисунок 1 – Предлежание плаценты (клетки трофобласта).
Окраска гематоксилин – эозином х200.

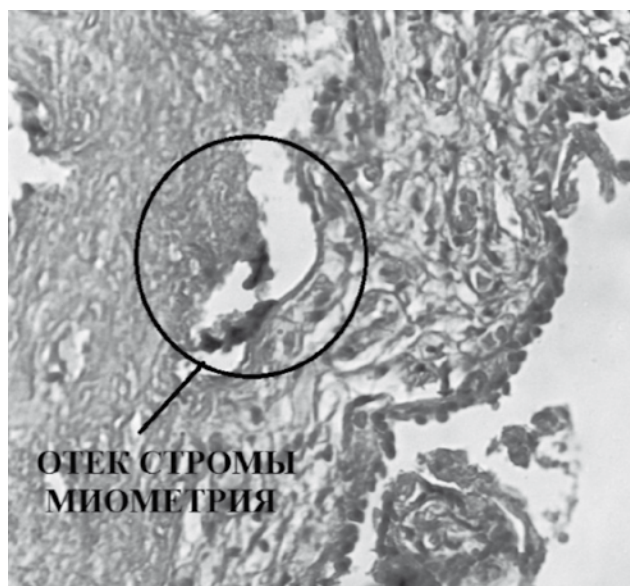


Рисунок 2 – Приращение плаценты (отек стромы миометрия).
Окраска гематоксилин – эозином х200.

стенки умеренно полнокровны. Истинное приращение плаценты. Хронический сальпингит. Очаговый серозно-гнойный базальный децидуит. Глубокая инвазия цитотрофобласта в миометрий. Хроническая плацентарная недостаточность, субкомпенсированная форма по типу склерозирования стромы ворсин хориона (рис. 1, 2).

В послеродовом периоде состояние ребенка и матери удовлетворительное. Родильница вместе с ребенком выписана на 8-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, при аномальном прикреплении плаценты присутствует возможность ее истинного приращения. Алгоритмом диагностики являются ультразвуковое исследование и цветное доплеровское картирование. Своевременная ранняя диагностика данной патологии, подготовка к бережному родоразрешению способствуют благоприятному течению послеродового и неонатального периода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э.К. Акушерство: учебник для мед. вузов / Э.К. Айламазян. – 5-е изд. (доп.). – СПб, СпецЛит, 2005. – 527 с.
2. Amal Al-Serehi, Anna Mhoyan, Michelle Brown et al. Placenta Accreta // S. Ultrasound Med. – 2008. – № 27. – P. 1623-1628
3. Савельева Г.М. Кесарево сечение и его роль в современном акушерстве // Акушерство и гинекология. – 2006. – №3. – С. 10-15
4. Миреева А. Кесарево сечение и родоразрешение беременных женщин с рубцом на матке: автореф. дисс. ... док. мед. наук. – Алматы, 2008. – 38 с.
5. Комиссарова Л.М., Васильченко О.Н. Органосберегающая тактика при истинном приращении плаценты // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – №6. – С. 25-28
6. Alanis M., Hurst B.S., Marshburn P.B, Matthews M.L. Conservative management of placenta increta with selective embolization preserves future fertility and results in a favorable outcome in subsequent pregnancies // Fertil. Ster. 2006; 86:8. – P. 3-7
7. Hong S.W., Ying K.G., Zuccolo J. Evaluation of sonographic diagnostic criteria for placenta accreta // J Clinic Ultrasound. 2008; 36: 9. – P. 551-559

ТҰЖЫРЫМ

Г.Ж. ЖАТКАНБАЕВА¹, Г.М. НЕСИПБАЕВА¹,
Ш.М. САДУАКАСОВА¹, В.Б. ГРИНБЕРГ²

¹С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қ.

²Алматы Мемлекеттік дәрігерлер білімін жетілдіру институты

ПЛАЦЕНТАНЫҢ ШЫНАЙЫ ҚОСЫМША ӨСУІНІҢ ОНЫҢ ТОЛЫҚ ТӨМЕН ОРНЫҒУЫМЕН ҮЙЛЕСУІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Плацентаның аномалды жапсырылуының оның төмен орнығуымен үйлесуі сирек кездеседі және жиілігі 0,2-0,6% жағдайды құрайды. Плацентаның аномалды жапсырылуы кезінде оның шынайы қосымша өсу мүмкіндігі болады. Қазіргі заманғы ультрадыбысты зерттеу әдістері мен түсті доплерлік картирлеу берілген ақауды ерте анықтауға мүмкіндік береді. Мерзімі жеткен жүктілікте плацентаның орналасуын нақтылау босандырудың қолайлы тәсілін анықтауға, босанғаннан кейінгі және неонаталды кезеңнің жақсы өтуіне мүмкіндік береді.

Негізгі сөздер: плацентаның аномалды жапсырылуының, placenta previa, placenta accreta, босандыру.

SUMMARY

G.Zh. ZHATKANBAEVA¹, G.M. NESIPBAEVA¹,
Sh.M. SADUAKASOVA¹, V.B. GREENBERG²

¹Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

²Almaty State institute of advanced medical education

A CLINICAL CASE OF THE COMBINATION PLACENTA INCRETA WITH PLACENTA PREVIA

An abnormal placentation with placenta previa is a rare clinical case and the frequency is 0,2 – 0,6% of cases. The Abnormal placentation can be encountered together with placenta previa. A modern ultrasound investigation methods and ultrasonic colour doppler are permit to identify early detection of this pathology. A finding of the localization of the placenta at term of pregnancy can be determine the optimal tactics for delivery and help contribute to the favorable outcome of postpartum and neonatal period.

Key words: an abnormal l placentation, placenta previa, placenta accreta, delivery.