

## **Исходы беременностей, осложненных аномальным расположением плаценты, в условиях стационара третьего уровня**

**А. В. Колесникова, А. В. Шаклеин,  
Е. В. Тархова, А. Н. Дробинская,  
Н. М. Пасман, С. М. Кустов**

*Городская клиническая больница № 1,  
Новосибирск, Россия  
Новосибирский государственный  
университет,  
Новосибирск, Россия*

Кровотечения являются одним из основных осложнений в акушерской практике, определяющих уровень материнской смертности и требующих у медицинского персонала максимального напряжения сил и ресурсов. Акушерские кровотечения занимают второе место в структуре материнской смертности, 18,3 % случаев – в 2012 г., уступая только экстрагенитальной патологии, на долю которой приходится 23,3 % [3–5].

Аномальное расположение плаценты (АРП) встречается в 1–2 % беременностей и относится к условно немодифицируемым факторам, приводящим к кровотечениям, однако в последнее время их частота неуклонно увеличивается. Так, в Российской Федерации в 2005 г. частота кровотечений по причине АРП составила 1,84, в 2013 г. – 2,16 на 1 000 родов [3].

К аномальному расположению плаценты относят предлежание и вращение плаценты. Предлежание характеризуется расположением плаценты, которая частично или полностью перекрывает внутренний зев, данная патология достаточно успешно диагностируется при ультразвуковом исследовании уже на ранних сроках [1; 5]. Известно, что в 18 недель гестации предлежание плаценты встречается до 25 % случаев, когда к концу беременности сохраняется только в 7 %, что позволяет своевременно определить тактику родоразрешения [1].

Вращение плаценты, характеризующееся проникновением ворсин хориона в миометрий при частичном или полном отсутствии губчатого слоя децидуальной оболочки в результате атрофических процессов в эндометрии, является основной причиной массивных кровотечений в акушерской практике, приводящих к летальности или инвалидиза-

ции женщины [2]. Для подтверждения враща-ния плаценты помимо ультразвукового исследования широко применяют магнитно-резонансные технологии (МРТ).

Этиология АРП достаточно не изучена, среди основных причин выделяют возраст беременной и число родов, кесарево сечение в анамнезе, атрофические изменения эндометрия вследствие перенесенных воспалительных заболеваний и аборт, сосудистые изменения в области прикрепления плаценты, многоплодная беременность и др. [1; 4].

При поступлении в стационар беременной с АРП важно определить срок родоразрешения, объем операции, а также подготовить инфузионно-трансфузионные ресурсы для обеспечения достаточного восполнения кровопотери. Остается наиболее дискуссионным вопрос возможности сохранения репродуктивной функции у женщины и определение объема оперативного вмешательства.

**Цель исследования.** Проанализировать течение беременностей и родов у женщин с аномальным расположением плаценты.

**Материалы и методы.** Нами проведен ретроспективный и проспективный анализ течения беременности и родов у женщин, гестация которых осложнилась аномальным расположением плаценты.

В исследуемую группу включено 25 женщин: у 7 лиц беременность осложнилась вращением плаценты, у 18 – центральным предлежанием плаценты.

Всем беременным проведено общеклиническое обследование: сбор жалоб и анамнеза, исследование общесоматического и акушерского статуса, проведена лабораторная диагностика (общеклинические анализы крови, мочи, биохимическое исследование сыворотки крови, коагулограмма, определение группы крови и резус-фактора). Особое внимание уделялось инструментальным методам диагностики: ультразвуковое исследование плода и плаценты, доплерометрическое сканирование кровотока, кардиотокография, при подозрении на наличие участков вращающейся плаценты – МРТ. Консультации специалистов и проведение дополнительных клинко-инструментальных обследований осуществлялись по индивидуальным показаниям.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы Statistica 10.0. Результаты представлены как среднее арифметическое величины

показателя и его среднеквадратичное отклонение ( $M \pm SD$ ). Для оценки межгрупповых отличий использовали непараметрические критерии Краскела – Уоллиса и Манна – Уитни,  $\chi^2$  Пирсона. Минимальную вероятность справедливости нулевой гипотезы принимали при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Средний возраст обследованных пациенток составил  $32,9 \pm 5,0$  с индивидуальными колебаниями от 22 до 43 лет. Женщины в группах с предлежанием и вращением вели преимущественно малоподвижный образ жизни: 86 и 66 % случаев соответственно.

Массо-ростовые показатели, общая прибавка массы тела во время гестации в группах с предлежанием и вращением плаценты достоверно не отличались (табл. 1).

Таблица 1. Антропометрические показатели в исследованных группах

Показатель	Предлежание без вращаения	Предлежание с вращением
Масса тела до беременности, кг	$67,7 \pm 14,2$	$71,3 \pm 8,8$
Рост, см	$165,5 \pm 5,5$	$166,8 \pm 6,8$
Общая прибавка массы тела, кг	$10,3 \pm 5,5$	$8,0 \pm 5,0$

В группе с предлежанием плаценты количество беременностей в анамнезе составило  $3,8 \pm 2,6$ , с вращением  $4,5 \pm 2,1$  случаев соответственно. Достоверных отличий по данному признаку не выявлено, однако мы отметили тенденцию к большему количеству беременностей, что может служить потенциальным фактором риска аномального расположения плаценты. Первородящие в группе с предлежанием без вращаения составили 11, когда в группе с признаками вращаения – 0 %.

Особое внимание мы уделили анализу исходов предыдущих беременностей (табл. 2). Достоверно установлено, что у женщин, беременность которых осложнилась вращением плаценты, предыдущие беременности закончились операцией кесарева сечения, в то время как в группе женщин с предлежанием плаценты без признаков вращаения – самопроизвольными родами. Наличие в анамнезе абортов, выкидышей как факторов риска вращаения плаценты достоверно не установлено. Следует отметить, что у 28 %

женщин с вращением плаценты в анамнезе выявлен рубец на матке в сочетании с медицинским абортом, что послужило дополнительным фактором риска атрофических процессов в миометрии.

Таблица 2. Исходы предыдущих беременностей, %

Показатель	Предлежание без вращаения	Предлежание с вращением
Самопроизвольные роды	61 *	28
Кесарево сечение	28	57 *
Аборт	57	57
Выкидыш	22	14

Примечание: \* –  $p < 0,05$ .

Нами не установлено достоверных отличий при анализе соматической патологии в исследованных группах, что, вероятно, не имеет ключевого значения в патологии расположения плаценты.

При анализе течения беременности угроза прерывания беременности наблюдалась в 52 %, повышение АД и вызванные беременностью отеки – в 16 % случаев.

По данным УЗИ, предлежание плаценты установлено во всех случаях с 1-го триместра. В группе пациенток с вращением подозрение на вращение плаценты, по данным УЗИ, выставлено в 1 из 7 случаев. Для подтверждения диагноза женщинам производилось МРТ: в группе без вращаения выполнено у 2 пациенток – данных по вращению нет, в группе с вращением выполнено в 3 случаях – вращение также подтверждено.

Сроки родоразрешения в группах пациенток с вращением и без него существенно не отличались и составили  $36,4 \pm 1,7$  нед. В 28 % женщины прооперированы в экстренном порядке по поводу кровотечения.

Достоверно отличалась продолжительность операции кесарева сечения в группе женщин с вращением плаценты и составила  $73,7 \pm 28,1$ , без вращаения плаценты –  $39,2 \pm 26,5$  мин ( $p < 0,05$ ), что обусловлено техническими трудностями и большим объемом кровопотери. Достоверно отличались объемы общей кровопотери в группе с вращением и без него:  $1\ 900 \pm 880$  и  $653 \pm 396$  мл соответственно ( $p < 0,05$ ).

С целью уменьшения объема инфузии плазмы и компонентов крови в 10 случаях

произведена реинфузия крови на аппарате «Autolog Medtronic», плазмо-, гемотрансфузия – в 6 случаях.

Оперативное родоразрешение было направлено на возможное сохранение репродуктивной функции. После извлечения плода в 36 % случаев произведена перевязка внутренних подвздошных артерий до отделения плаценты в независимости от наличия вращающегося плаценты. При расположении плаценты по задней стенке с признаками вращающегося проводился кюретаж задней стенки и прошивание плацентарной площадки Z-образным швом (28 % случаев), перевязка маточных артерий и крестцово-маточной связки. При расположении плаценты по передней стенке (трансплацентарное вхождение в полость матки) после кесарева сечения проводилось отделение плаценты, отсепаровывание *plica vesicouterinae* и низведение мочевого пузыря до границы нормального миометрия, иссечение участка вращающегося в пределах здоровых тканей размером 9 × 10 см, ушивание двухрядным викриловым швом – метропластика (57 % случаев). В одном случае вследствие продолжающегося кровотечения проведение органосохраняющей операции оказалось невозможным, выполнена экстирпация матки без придатков.

Выводы:

1. В результате проведенного исследования установлено, что основным фактором риска аномального прикрепления плаценты являются оперативное родоразрешение в анамнезе и медицинские аборт.

2. Ультразвуковая диагностика уже в конце первого триместра позволяет выявить группу риска по предлежанию плаценты, однако для диагностики вращающегося плаценты метод ультразвуковой диагностики не является достоверным. Требуются методы с более высокой разрешающей способностью, например, МРТ.

3. В нашем стационаре успешно применяется тактика родоразрешения у женщин с предлежанием плаценты, что позволяет сохранить дальнейшую репродуктивную функцию в 96 % случаев.

Список литературы:

1. Бадалова О. Особенности ведения беременности у пациенток с предлежанием плаценты и тромбофилией // Врач. 2011. № 8. С. 78–80.

2. Войтюк Э. Г., Алтынник Н. А., Медведев М. В. Клиническое наблюдение истинного

приращения плаценты при ультразвуковой диагностике // Саратов. научн.-мед. журн. 2015; № 2. С. 156–159.

3. Зайнулина М. С., Корнюшина Е. А., Кривонос М. И. Стратегия преодоления материнской смертности, обусловленной кровотечением // Журн. акушерства и женских болезней. 2015. № 2. С. 33–41.

4. Минкин Р. И., Минкина Э. Р., Юнусова А. З. Влияние аномалий расположения плаценты на течение беременности и исход родов // Мед. альманах. 2008. № 4. С. 63–65.

5. Dazhi Fan, Song Wu, Wen Wang, Lihong Xin et al. Prevalence of placenta previa among deliveries in Mainland China // Medicine (Baltimore). 2016; 40: e5107.