

УДК 618.5-089.888.61:618.36-005.1-084

© Коллектив авторов, 2012.

ПРОФИЛАКТИКА МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ В СЛУЧАЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

К. В. Островский¹, Н. С. Луценко¹, С. П. Коломеец², А. В. Головки¹

¹Кафедра акушерства и гинекологии (зав. – профессор Н. С. Луценко), Государственное учреждение «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины»; ²УОЗ «Родильный дом №3», г. Запорожье.

PROPHYLAXIS OF PROFUSE BLOOD LOSS AT A CAESARIAN SECTION IN CASE OF CENTRAL PLACENTAL PRESENTATION

K. V. Ostrovsky, N. S. Lutsenko, S. P. Kolomoetz, A. V. Golovko

SUMMARY

The method of prevention of profuse blood loss at a caesarean section in case of central placental presentation is presented. 5 clinical cases are analysed. The offered technique of ligation of ascending uterine arteries to placenta, with the subsequent ligation of uterosacral ligaments. Due to the good clinical effect, this technique is offered for the patients in case of delivery with the central placental presentation.

ПРОФІЛАКТИКА МАСИВНОЇ КРОВОВТРАТИ ПРИ ВИКОНАННІ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ В ВИПАДКУ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛАЦЕНТИ

К. В. Островський, Н. С. Луценко, С. П. Коломеець, А. В. Головки

РЕЗЮМЕ

Представлено метод профілактики масивної крововтрати при виконанні кесарського розтину в випадку центрального передлежання плаценти. Проаналізовано 5 клінічних випадків. Запропоновано методикою перев'язки висхідних гілок маткових артерій до відділення плаценти, з подальшою перев'язкою крижано-маткових зв'язок. В зв'язку з задовільним клінічним ефектом запропонована методика рекомендується щодо використання при розродженні пацієнток з центральним передлежанням плаценти.

Ключевые слова: массивная кровопотеря, кесарево сечение, центральное предлежание плаценты, профилактика.

Предлежание плаценты является одним из грозных акушерских осложнений беременности. В связи с высокой степенью вероятности возникновения осложнений, родоразрешение таких пациенток предъявляет высокие требования к организации и ресурсам здравоохранения [1, 2].

В последние десятилетия наблюдается устойчивая тенденция роста частоты кесаревых сечений, увеличения среднего возраста беременных. По мнению зарубежных авторов, частота возникновения предлежаний плаценты прямо пропорциональна выше упомянутым факторам, и, таким образом, будет возрастать [3, 4].

Это диктует необходимость разработки и внедрения оптимальных технологий при проведении кесарева сечения у этой категории беременных.

Кроме того, установлены дополнительные факторы риска массивных кровотечений у женщин с центральным предлежанием плаценты.

Во-первых, это локализация плаценты в области рубца на матке. В этих случаях необходимо исключить врастание плаценты с помощью доплерометрии или магнитно-резонансной томографии [5].

Во-вторых, данные ультразвукового исследования длины шейки матки имеют прогностическую ценность. Так, по данным Mimura T. et al., риск массивного кровотечения при длине шейки матки менее 25 мм составляет 7,2 (95% ДИ 2,3-22,3) по сравнению со случаями с длинной шейкой матки [6].

Высокая степень вероятности возникновения массивного кровотечения при выполнении кесарева сечения диктует необходимость тщательного обследования и предоперационной подготовки данных пациенток, что включает в себя обязательное обсуждение вопроса о возможной гемотрансфузии и расширении объема операции до гистерэктомии. По данным Silver et al., анализируя роды более чем у 30 000 женщин, у 723 было предлежание плаценты, у 143 – приращение плаценты и в 216 случаях возникла необходимость в гистерэктомии.

Необходимо тщательно обсудить эти проблемы с пациенткой, а именно вопрос об органосохраняющем методе или гистерэктомии при возникновении осложнений.

Из органосохраняющих методик при лечении кровотечения во время операции кесарева сечения

при предлежании плаценты предложены следующие хирургические методы:

1. Селективная эмболизация маточных или внутренних подвздошных артерий с помощью интервенционной радиологии [5].

2. Баллонная тампонада матки [5].

3. Использование гемостатической губки в области нижнего сегмента [7].

4. Маточно-вагинальная тампонада марлевыми салфетками [8].

Мы рассматриваем гистерэктомию как последний этап в лечении массивных кровотечений, и в связи с этим нами предлагается новый метод профилактики массивной кровопотери при кесаревом сечении у пациенток с центральным предлежанием плаценты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За 2010-2012 гг. в УОЗ «Родильный дом №3» г. Запорожья, который является клинической базой кафедры акушерства и гинекологии ГУ «ЗМАПО МЗ Украины», выполнено 5 операций кесарева сечения у беременных с центральным предлежанием плаценты. Первородящей была 1 пациентка, среди повторнородящих у 3 в анамнезе отмечено кесарево сечение. Средний возраст пациенток $34,0 \pm 1,2$ года. Во всех случаях центральное предлежание плаценты диагностировано при ультразвуковом исследовании с использованием цветного доплеровского картирования после 35 недель гестации. Длина шейки матки по данным трансвагинальной цервикометрии составила 25 ± 2 мм. Средний срок гестации на момент elective кесарева сечения составил $37,5 \pm 0,2$ недель. Оценку кровопотери осуществляли гравиметрическим методом.

Предложенная нами методика заключается в следующем: выполняется нижнесрединная лапаротомия, поперечный разрез на матке по возможности производится выше края предлежащей плаценты. После извлечения плода матка выводится в рану, до отделения плаценты с обеих сторон лигируются маточные артерии в области широких маточных связок. Если плацента переходит на заднюю поверхность матки – перевязываются крестцово-маточные связки, если на переднюю – дополнительно лигируются круглые связки матки, с использованием синтетической полигликолиевой нити. Послед выделяется путем контролируемой тракции за пуповину. Параллельно проводится инфузия утеротонических средств, вводятся ингибиторы фибринолиза (транексамовая кислота). Проводится ревизия плацентарной площадки с целью исключения вставания плаценты. Разрез на матке восстанавливается непрерывным обвивным швом, после чего перевязываются крестцово-маточные связки с использованием полигликолиевой нити. Осуществляется контроль за сокращением матки и вагинальным кровотечением. При отсутствии вагинального кровотечения брюшная полость восстанавливается послойно наглухо.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У всех пяти пациенток с центральным предлежанием плаценты плановая операция завершилась выполнением кесарева сечения с ишемизацией матки, без ее удаления. Средняя кровопотеря при проведении кесарева сечения с ишемизацией матки по данной методике составила $9010,0 \pm 110,0$ мл при подсчете гравиметрическим методом, что существенно не отличается от кровопотери при выполнении стандартного кесарева сечения. Это можно объяснить тем, что основная кровопотеря при центральном предлежании происходит при отделении последа и зиянии синусов нижнего сегмента матки. Перевязка восходящих ветвей маточных артерий (а, при необходимости, и нисходящих), дополнительное лигирование круглых или крестцово-маточных связок позволяет резко уменьшить кровоток в зоне плацентации. Это ведет к самопроизвольной ретракции матки, что способствует физиологическому отделению последа и уменьшению объема кровопотери. В то же время, функционирование коллатералей позволяет ограничиться только этапом ишемизации, без развития очагов некроза миометрия.

Средняя продолжительность операции составила 48 ± 3 минуты, что свидетельствует о том, что дополнительная ишемизация матки при должной квалификации хирурга, не отражается на значимом для состояния пациентки удлинении времени оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде осложнений у данной группы пациенток не наблюдалось, кроме анемии первой степени – уровень гемоглобина составил 94 ± 3 г/л. Отдаленные наблюдения пациенток, включающие ультразвуковое исследование с использованием цветного доплеровского картирования свидетельствуют о восстановлении физиологического кровотока уже к 3 месяцам послеродового периода.

Подобный метод был использован S. Ferrazani в одном случае в сочетании с баллонной тампонадой матки с хорошим клиническим эффектом [9].

ВЫВОДЫ

1. Таким образом, предложенный метод профилактики массивной кровопотери у женщин с центральным предлежанием плаценты показал высокую эффективность, он технически не сложен и может найти широкое применение при кесаревом сечении у данной категории пациенток.

2. Дискуссионными моментами в данной проблеме, требующими дополнительного изучения, на наш взгляд, остаются вопросы, связанные с хирургической тактикой при диагностике приращения или вставания плаценты, особенно у пациенток с первыми родами, и у тех, кто настаивает на органосберегающих методах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer – 2003-2005 / The Seventh Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the UK. – London : CEMACH. – 2007.
2. Knight M. Peripartum hysterectomy in the UK: management and outcomes of the associated haemorrhage / M. Knight // *BJOG*. – 2007. – № 114. – P. 1380–1387.
3. Placenta previa – accreta: risk factors and complications / I. M. Usta, E. M. Hobeika, A. A. Musa [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2005. – № 193. – P. 1045–1049.
4. National Institute for Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Pregnancy outcomes for women with placenta previa in relation to the number of prior cesarean deliveries / W. A. Grobman, R. Gersnoviez, M. B. Landon [et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 2007. – № 110. – P. 1249–1255.
5. Placenta praevia, placenta praevia accreta and vasa praevia: diagnosis and management / Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. – Green-top Guideline. – 2011. – № 27, Jan. – P. 26.
6. Correlation between the cervical length and the amount of bleeding during cesarean section in placenta previa / T. Mimura, J. Hasegawa, M. Nakamura [et al.] // *J. Obstet. Gynaecol. Res.* – 2011. – Vol. 37 (7). – P. 830–835.
7. Fuglsang K. New local hemostatic treatment for postpartum hemorrhage caused by placenta previa at cesarean section / K. Fuglsang, L. K. Petersen // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* – 2010. – № 89 (10) – P. 1346–1349.
8. Al-Harbi N. A. Utero-vaginal packing. Seven years review in the management of post partum hemorrhage due to placenta previa/accreta at a maternity hospital in Central Saudi Arabia / N. A. Al-Harbi, E. S. Al-Abra, N. S. Alabbad // *Saudi Med. J.* – 2009. – № 30 (2) – P. 243–246.
9. Ferrazzani S. Conservative management of placenta previa-accreta by prophylactic uterine arteries ligation and uterine tamponade / S. Ferrazzani, L. Guariglia, S. Triunfo // *Fetal. Diagn. Ther.* – 2009. – № 25 (4). – P. 400–403.