**ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК ОДИН ИЗ ЭТАПОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ИСТИННЫМ ПРИРАЩЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ**

**Ю.С. Паращук**, докт. мед. наук, зав.кафедрой акушерства и гинекологии №2,

**О.И. Калиновская**, канд. мед. наук., доцент кафедры акушерства и гинекологии №2,

**Р.А. Сафонов**, канд. мед. наук., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2,

Харьковский национальный медицинский университет

*E-mail: elenkovtun@mail.ru*

**Описан клинический случай консервативного лечения больной с истинным приращением плаценты. В раннем послеродовом периоде предложено использование эмболизации маточных артерий с целью предотвращения маточного кровотечения, а также в дальнейшем нескольких курсов химиотерапии. Инструментальное выскабливание полости матки и удаление плаценты через 43 дня после родов, позволяет сохранить репродуктивное здоровье.**

*A clinical case of conservative treatment of patients with true placenta accrete. In the postpartum period suggested the use of uterine artery embolization to prevent uterine bleeding, as well as several courses of chemotherapy under the supervision of human chorionic gonadotropin and ultrasound. Cured (instrumental curettage and removal of the placenta) by 43 days after birth, the restoration of the menstrual cycle and the preservation of the uterus gives positive outlook in terms of reproductive health.*

Истинное приращение плаценты является серьезным осложнением беременности, значительно увеличивает риск акушерских кровотечений, а при наличии placenta percreta приводит к необходимости резекции соседних органов, таким образом нарушается репродуктивная функция.

Традиционной тактикой при аномалиях прикрепления плаценты было оперативное родоразрешение с последующей гистерэктомией. Однако в мире все чаще пытаются вести таких пациенток консервативно, однако риск консервативного ведения связан с возникновением кровотечения или присоединением инфекции и развитием трофобластической болезни.

Приводим клинический случай успешного консервативного ведения пациентки В., 28 лет, с placenta accrete. Первый и второй периоды прошли без особенностей. Последовый период велся активно, но признаки отделения последа отсутствовали. Попытки ручной, а затем инструментальной ревизия полости матки закончились неудачей. При эхографическом исследовании: двурогая матка, в полости правого рога матки определяется плацентарная ткань и истончение миометрия в области маточного угла до серозного слоя. Выставлен диагноз: Приращение плаценты (вероятно интимное). Учитывая удовлетворительное состояние женщины, отсутствие признаков маточного кровотечения, желание супругов к сохранению репродуктивной функции, консилиумом врачей решено избрать консервативную тактику ведения пациентки: - эмболизацию маточных артерий с целью предупреждения возможного кровотечения (на ангиографе Axiom ArtisMP, «Siemens», Германия, 2005г. по стандартной методике Сельдингера с использованием частиц поливинилалкоголя и микросфер «Biosphere».); - назначить цитистатическую терапию для профилактики трофобластической болезни (метатрексат трехкратно в дозе 50 мг в/венно, (суммарная доза – 150 мг) с назначением глутаргина и фолиевой кислоты); - терапию проводили под контролем уровня хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в крови каждые 3 дня; - контроль УЗИ в режимах серой шкалы, цветового допплеровского картирования и импульсно-волновой допплерографии маточных артерий на сканере Philips HD 11 (Германия); - эвакуация содержимого матки.

В послеоперационном периоде назначена антибактериальная терапия с учетом чувствительности бактериальной флоры к антибиотикам.

Результат гистологического исследования: распространенные дегенеративно-склеротические изменения плацентарной ткани.

ХГЧ в динамике от 227,7 мМЕ/мл до 0,561 мМЕ/мл. Выскабливание полости матки произведено на 43 сутки послеродового периода. На 3 сутки после выскабливания пациентка выписана домой. Через 3 месяца после родов восстановился менструальный цикл.

Выводы: консервативное ведение пациентки с истинным приращением плаценты было выбрано тактически правильно и успешно проведено, что позволило сохранить репродуктивную функцию.

## Литература

## Курцер М., Бреслав И.Ю., Лукашина М.В. Опыт осуществления органосохраняющих операций при врастании плаценты // Акушерство и гинекология .-2011.-N 8.-С.86-90.

## Fishman SG, Chasen ST. Risk factors for emergent preterm delivery in women with placenta previa and ultrasound ﬁndings suspicious for placenta accreta. J Perinat Med 2011; 39: 693–696.

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