УДК 618.36-007.274-08

**КОМБІНОВАНЕ ЕНДОВАСКУЛЯРНЕ ТА ХІМІОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТКИ З ІСТИННИМ ПРИРОЩЕННЯМ**

**ПЛАЦЕНТИ**

**(ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ)**

**------------------------------------------------------------------------------**

**Ю. С. ПАРАЩУК (1), О. І. КАЛИНОВСЬКА (1),**

**Р. А. САФОНОВ (1,3), И. М.САФОНОВА (2,3)**

1 Харківський національний медичний університет,

2 Харківська медична академія післядипломної освіти,

3 Харківський регіональний перинатальний центр КУОЗ

«Обласна клінічна лікарня - Центр екстреної медичної

допомоги та медицини катастроф».

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Резюме** Описано випадок клінічного спостереження та консервативного лікування в післяпологовому періоді у хворої з істинним прирощенням плаценти. Для консервативного лікування в післяпологовому періоді запропоновано використання емболізації маткових артерій з метою профілактики та запобігання можливої маткової кровотечі та кількох курсів хіміотерапії під контролем клініко-лабораторних показників і ультразвукового дослідження. Успішне завершення лікування (інструментальне вишкрібання порожнини матки та видалення плаценти) через 43 дні після пологів, відновлення менструального циклу та збереження матки дає позитивні перспективи в плані репродуктивного здоровʼя.

**Ключові слова:** істинне прирощення плаценти, емболі-зація маткових артерій, метотрексат.

Істинне прирощення плаценти є серйозним ускладненням вагітності та виникає в результаті часткової або повної відсутності губчастого шару децидуальної оболонки.

Основними видами аномального прикріплення плаценти є варіанти accreta, increta i percreta, що мають різний ступінь вростання плацентарної тканини в міометрій (3, 5).

Найчастіше дана патологія трапляється за передлежання

плаценти, це зумовлено тим, що ворсини плаценти проникають у стінку матки в ділянці її перешийка значно глибше, ніж у тіло матки, внаслідок чого виникає щільне прикріплен-ня, а інколи й істинне прирощення плаценти. Останнє може бути повним або частковим і зустрічається за даними різних авторів із частотою 0,2-0,6% (1, 3), інших-0,01% (4). До факторів ризику розвитку цієї патології відносять передлежання плаценти, вік жінки старше 35 років, попередній кесарів розтин, що повʼязано зі зменшенням товщини децидуальної тканини. Ризик інвазивної плацентації зростає під час повторної вагітності у жінок із рубцем на матці, а також у звʼязку із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій.

До менш поширених причин відносять ендометрит, синдром Ашермана, вишкрібання порожнини матки в анамнезі (2, 4).

Діагноз прирощення плаценти під час вагітності встановлюють за даними ультразвукового дослідження (УЗД): відсутність ретроплацентарної гіпоехогенної зони, наявність у товщі міометрію ділянок із лакунарним типом кровотоку. Це частіше відбувається за наявності передлежання плаценти, в інших випадках прирощення плаценти, як правило, виявляють тільки в післяродовому періоді. Водночас формування placenta accreta можливе за необтяженого акушерского анамнезу і нормального розташування плаценти, що значно ускладнює, а частіше - унеможливлює антенатальну діагностику аномалії. Упродовж багатьох років традиційною тактикою при аномаліях прикріплення плаценти було оперативне роз-родження з подальшою гістеректомією (надпіхвова ампутація або екстирпація матки). Оскільки внаслідок неможливості нормального відокремлення плаценти, ризик масивної кровотечі надто великий, за наявності placenta percreta-і до резекції сусідніх органів. Тобто, у молодих жінок порушувалася репродуктивна функція і вони не могли мати в майбутньому дітей.

Останніми роками опубліковано роботи про альтернативні методи лікування жінок із даною патологією консервативне органозберігаюче лікування інвазивної пла-центації із застосуванням емболізації маткових артерій та/ або хіміотерапії протипухлинними препаратами. Із середини 90-х років у світі дедалі частіше намагаються вести таких пацієнток консервативно, особливо за відсутності у жінки живих дітей, коли необхідно зберегти матку (2, 4, 5). Ризик консервативного ведення в цих випадках пов'язаний з виникненням кровотечі або приєднанням інфекції, а також проростанням ворсин в сусідні органи (placenta percreta) і розвитком трофобластичної хвороби (3).

Наводимо клінічний випадок успішного консервативного ведення пацієнтки з placenta accreta з використанням метотрексату в комплексі із заходами, спрямованими на зупинку кровотечі, - емболізація маткових артерій.

Пацієнтка: В., 28 років, повторновагітна, поступила до Харківського регіонального перинатального центру К303

Обласна клінічна лікарня - Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф 10.09.2013 з діагнозом:

Вагітність II, 39-40 тижнів. Пологи перші. Головне передле-жання. Обтяжений акушерський анамнез (завмерла вагітність у 2012 р.), аномалія розвитку матки (дворога матка), міопія середнього ступеня. Ревматоїдний артрит у стадії ремісії.

В анамнезі-1 вагітність, що не розвивається, у терміні 5-6 тижнів у 2012 році, проведено вишкрібання порожнини матки.

Справжня вагітність настала спонтанно, перебувала на обліку в жіночій консультації з 5-6 тижнів. У терміні 5-19 тижнів перебувала на лікуванні в стаціонарі з приводу загрози аборту.

Поступила для розродження до пологового відділення Харківського регіонального перинатального центру 10.09.2013 з регулярною пологовою діяльністю і 10.09.2013

о 14-20 народила живого доношеного хлопчика вагою 3.150,

у стані за шкалою Апар 8-9 балів. Пологовий період вівся активно із введенням 10 од. окситоцину внутрішньомʼязово.

Протягом 30 хвилин після народження плода ознаки відділення посліду були відсутні. Під внутрішньовенним знеболенням зроблено спробу ручної ревізії, а потім інструментальної ревізії порожнини матки, які закінчилися невда-чею. Евакуювати плацентарну тканину в повному обсязі з

порожнини матки не вдалося. Крововтрата склала 300 мл.

під час ехографічного дослідження: подвоєння матки (дво-рога матка), у порожнині правого рогу матки визначається плацентарна тканина і витончення міометрію в ділянці маткового кута до серозного шару. Виставлено діагноз: Вагітність друга, 39-40 тижнів. Пологи перші. І головне, передній вигляд, потиличне передлежання. Обтяжений акушерский анамнез (завмерла вагітність 2012 р.). Аномалія розвитку матки (дворога матка). Міопія середнього ступеня. Ревмато-їдний артрит у стадії ремісії. Прирощення плаценти (ймовір-но інтимне). 3 огляду на задовільний стан жінки, відсутність ознак маткової кровотечі, добру скорочувальну здатність матки, бажання подружжя до збереження репродуктивної функції, вирішено обрати консервативну тактику ведення пацієнтки з контролем клініко-лабораторних показників, під наглядом чергового персоналу.

Через 2 доби (12.09.2013) проведено повторну інструментальну ревізію порожнини матки під контролем УЗД без ефекту. Видалено лише невелику частину плацентарної тканини. Пацієнтку оглянуто консиліумом. Висновок: з огляду на наявність істинного прирощення плаценти, відсутність кровотечі й наполегливе бажання пацієнтки та її чоловіка зберегти матку і репродуктивну функцію, вирішено подальше консервативне ведення післяпологового періоду:

- провести органозберігаючу операцію - емболізацію маткових артерій з метою попередження можливої крово-течі,

- призначити хіміотерапію для профілактики трофоблас-тичної хвороби,

- терапію проводити під контролем рівня вмісту хоріоніч-ного гонадотропіну людини (ХГЛ) у крові, - евакуація вмісту матки (вишкрібання порожнини матки або ендоскопічна гістероскопія).

12.09.2013 о 17-00 проведена емболізація маткових артерій на ангіографі Axiom ArtisMP, «Siemens», Німеччина,

2005. Доступ до маткових артерій здійснювали за допомогою пункції правої стегнової артерії за стандартною методикою Сельдінгера з використанням частинок полівінілалкоголю і мікросфер «Biosphere». Перед безпосереднім введенням емболізату проводили селективну ангіографію маткових артерій зліва і справа. Метою емболізації є повна оклюзія судинного русла, що досягається введенням емболізату.

Рухаючись із током крові, емболізат закриває просвіт судин дрібного і частково середнього калібру. У маткових артеріях залишається повільний залишковий кровотік. Ендоваску-лярне втручання пройшло успішно: вдалося ввести емболи в маткові артерії з обох боків. У звʼязку з анемією (Hb-78 г/л) проведено гемотрансфузію еритроцитарної маси 200 мл і свіжозамороженої плазми 400 мл. Цього ж дня проведено погашення лактації препаратом достинекс. На 8-му добу пацієнтку переведено у відділення гінекології для подальшого консервативного лікування. У післяопераційному періоді призначено антибактеріальну терапію з урахуванням чутливості бактеріальної флори до антибіотиків: сульцеф 2г на добу в/мʼязово і метронідазол 100 мл в/в венно 2 рази на добу з подальшою заміною на меронем 2гр на добу протягом 5 днів, потім цефепім 4 гр. на добу протягом 7 днів.

Цитостатичну терапію метотрексатом проводили триразово: 16.09.2013, 19.09.2013 і 23.09.2013 в дозі 50 мг в/венно (сумарна доза-150 мг) під прикриттям глутаргі-ну і фолієвої кислоти. Контроль рівня ХГЛ - кожні 3 дні.

Контроль УЗД. Серійні послідовні трансвагінальні ехогра-фічні дослідження в режимах сірої шкали, колірного до-плерівського картування (ЦДК) та імпульсно-хвильової до-плерографії (ІХД) маткових артерій (МА) проводилися за допомогою сканера Philips HD 11 (Німеччина). Оцінювали ехо-структуру плаценти і ретроплацентарної зони, особливості васкуляризації, вивчали спектри кровотоку маткових артерій, зареєстровані на рівні внутрішнього маткового зіву. Ехографічне дослідження, проведене на 2-гу добу після по-логів, підтвердило наявність невідокремленої плаценти в порожнині правого маткового рогу (5), при цьому виявляли виражену стоншену ділянку міометрію задньої стінки мат-ки, протяжністю близько 4 см,

- ділянку найбільшої плацентарної інвазії (рис. 1). Необхідно зазначити, що на етапі спостереження та обстеження в жіночій консультації не було виявлено або запідозрено ознак інтимного прирощен-ня плаценти, що істотно ускладнило ведення цього випадку.

Надалі було виконано серію досліджень, відповідні ехограми яких наведено на мал. 2-4.

R 2 SUT PLACENTA

NI 0.8

1 09 201

Мал. 1. 2-га доба після пологів.

(А) - зліва - зображення лівого маткового рогу, праворуч невідокремлена плацента,

що не відокремилася, в порожнині правого маткового рогу.

4 Визначається ділянка

вираженого стоншення міометрія задньої стінки протяжністю близько 4 см - область найбільшої плацентарної інвазії.

У режимі ЦДК реєструвалися сигнали інтраплацентарного

кровотоку (Б).

Мал. 2. 10-та доба після пологів.

Після проведеного комбінованого ендо-васкулярного і хіміотерапевтичного лікування

ехо-структура плаценти (А) змінилася за рахунок численних вогнищевих високоехоген-

них включень, інтраплацентарний кровотік не ре-єструвався. Базальна децидуа і ре-троплацентарна зона в ділянці найбільшої плацентарної інвазії мали відмінності від решти периметра пла-центи-тут був відсутній ехогенний контур. Спектри кровотоку правої і лівої МА вказували на вкрай високу дистальну резистентність (Б,В).

Мал.3. 15-та, 20-та і 28-та доба пуерперії (А,Б,В)

Ехографічна картина змінювалася незначно - дещо підвищувалася ехогенність вогнищевих включень у плаценті.

Зберігалася переривчастість контуру базальної децидуаль-ної мембрани протягом 4,5 см.

Мал. 4. 35-та доба після пологів.

(А) зареєстрована ехографічна динаміка: ехогенний контур базальної децидуальної мембрани був відсутній уже на більшій протяжності, у верхніх відділах порожнини матки виявлено незначне скупчення дисперсної рідини. На 41-й день пуерперію (Б) плацента відокремилася від маткової стінки:

ехогенний контур плаценти мав лише невелику протяжність, обʼєм рідини в порожнині матки збільшився, а також з'явився акустичний ефект, характерний для газоутворення

(наявність високоехогенних аморфних включень, що дають акустичну тінь).

24.10.2013 з урахуванням позитивної картини УЗД зроблено інструментальне вишкрібання порожнини матки: у ділянці правого маткового рогу та по задній стінці матки виявлено ділянки плацентарної тканини, що відшарувала-ся, синюшно-багряного кольору, місцями з білястими вклю-ченнями, які видалено великою акушерською кюреткою та абортцангом і відправлено на гістологічне дослідження.

Крововтрата під час операції-20 мл.

Результат гістологічного дослідження: У препаратах-по-ширені дегенеративно-склеротичні зміни плацентарної тканини. Післяопераційний період протікав на тлі антибактеріальної терапії без підйому температури та септичних явищ.

ХГЛ у динаміці від 227,7 мМО/мл до 0,561 мМО/мл.

На 3 добу після вишкрібання порожнини матки пацієнтка виписана додому з рекомендаціями приймання комбінованих оральних контрацептивів. Через 3 місяці після пологів відновився менструальний цикл.

Що стосується подальшої реалізації репродуктивної функції цими пацієнтками, то в ретроспективному дослідженні, проведеному низкою авторів (2.4), було показано, що в більшості випадків це можливо. Були проаналізовані результати консервативного ведення післяпологового періоду у 131 жінки з істинним прирощенням плаценти. Дані катамнезу були доступні в 96 випадках зі 131, з них 27 пацієнток хотіли надалі мати дітей. Тільки у 3 з них виникло вторинне безплід-дя, у 24 (88,9%) настала вагітність у середньому через 17,3 місяця, у 21 жінки народилися здорові діти. Найчастішими ускладненнями під час пологів було прирощення плаценти, що повторно виникло (6 випадків-28,6%), та акушерська кровотеча (4 випадки-19%), причинами якої були в 3 випадках - прирощення плаценти і в 1 випадку - атонія матки.

Висновки: консервативне ведення пацієнтки з істинним прирощенням плаценти було обрано тактично правильно й успішно проведено. Це дало змогу зберегти їй матку і сподіватися на подальший сприятливий перебіг репродуктивної функції.

Література

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

Курцер М., Бреслав И.Ю., Лукашина М.В. Истинное врастание плаценты (placenta accreta). Консервативная терапия. // Акушерство и гине-кология.- 2011.-N 4.-C.118-122

Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa pre-via. Obstet Gynecol 2006; 107: 927-941.

Japaraj RP, Mimin TS, Mukudan K. Antenatal diagnosis of placenta previa accreta in patients with previous cesarean scar. J Obstet Gynaecol Res 2007;

33: 431-437.

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.