

Органосохраняющее хирургическое лечение пациенток с патологией прикрепления плаценты.

Научный руководитель – Бахтияров Камиль Рафаэлевич

Калсеидова К.Ш.¹, Шужкина А.С.¹

1 - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

В последние годы наметилась стойкая тенденция к увеличению частоты органосохраняющих операций на матке при неотложных состояниях в послеродовом периоде - акушерском перитоните после кесарева сечения, гипотоническом кровотечении, аномалии прикрепления плаценты, разрыве матки [1] В структуре перечисленных нозологий особое место занимает патология прикрепления плаценты, благодаря широкому полиморфизму морфологических вариантов (приращение плаценты - врастание, прорастание плаценты, плотное прикрепление плаценты). Более того, при отсутствии прорастания плаценты (когда ворсины хориона пенетрируют миометрий и периметрий с возможной инвазией в соседние органы - мочевой пузырь, прямую кишку) имеются условия для сравнительно нетравматичного вмешательства - внутриматочной хирургии, в частности, гистерорезектоскопии.

Органосберегающие хирургические методы лечения, основанные на иссечении пораженного миометрия в ходе лапаротомии, высокотравматичны, прежде всего, для матки, так как предусматривают широкое иссечение мышечного слоя в области врастания ворсин хориона. Консервативные способы терапии врастания плаценты сопряжены с высоким риском непредсказуемых осложнений, связанных как с использованием ангиографии, так и антиметаболитов. [2] Среди методов внутриматочной хирургии, применяемых для лечения пациенток с врастанием плаценты, электрохирургическая гистерорезектоскопия представляет наиболее прогрессивный метод, обеспечивающий малотравматичное и эффективное иссечение плацентарной ткани, разрушение плацентарного ложа, а также надежный гемостаз.[3]

В основу работы положен анализ клинических наблюдений за 100 пациентками с плотным прикреплением плаценты, истинным врастанием плаценты и послеродовым кровотечением в возрасте от 18 до 40 лет, находившимися на обследовании и лечении в отделении клиники «Семейная» с 2012 по 2017 гг. Также произведен ретроспективный анализ истории болезни 23 пациенток с 2010 по 2015 гг. Изучена экспрессия иммуногистохимических маркеров, таких как Ki67, антиапоптозный белок bcl₂, CD 34, активатор плазминогена и его ингибиторы в резецированных фрагментах плаценты и миометрия, установлена их роль в патогенезе врастания плаценты и связанного с ним послеродового кровотечения. Комплекс лечебных и диагностических мероприятий проводился по разработанной стандартизированной системе.

Данная система обследования и лечения пациенток с врастанием плаценты, основанная на применении современных методов исследования (высокочастотная 2D и 3D эхография, высокочувствительный доплер с трехмерной реконструкцией цветового изображения, электрохирургическая гистерорезектоскопия) способна обосновать и оптимизировать малоинвазивное органосохраняющее хирургическое лечение этих пациенток.

Источники и литература

- 1) Айламазян Э.К. и др. Акушерство.Национальное руководство. СПб., 2010.

- 2) Соснова Е.А. Отдаленные результаты лечения больных миомой матки репродуктивного возраста с помощью эмболизации маточных артерий. // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. М., 2012. С. 19-22.
- 3) Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Органосохраняющее хирургическое лечение родильниц с патологией прикрепления плаценты. Отдаленные результаты. // Проблемы репродукции. М., 2012. С. 92-93.
- 4) Tantbirojn P., Crum C.P., Parast M.M. Pathophysiology of placenta accreta: the role of decidua and extravillous trophoblast // Placenta.- 2008.- V. 29, № 7.- P. 639-645.