

СЛАР – НОВА МЕТОДИКА ОРГАНОЗБЕРІГАЛЬНОЇ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ПЕРЕДЛЕЖАННІ ТА ІСТИННОМУ ВРОЩЕННІ ПЛАЦЕНТИ В РУБЕЦЬ МАТКИ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДНЬОГО КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

ВСТУП

Вперше явище аномального прикріплення плаценти було описане С. Irving і А.Т. Hertig у 1937 році. Ці автори розглянули 18 випадків, клінічно описаних як «аномальне повне чи часткове прикріплення плаценти до вистилання стінки матки», а гістологічно – як «повна або часткова відсутність *decidua basalis*» [1]. Класифікація аномального прикріплення плаценти за глибиною інвазії ворсинок у міометрій була введена сучасними патологоанатомами в 1960-х роках. Вони виокремили такі категорії: щільне прикріплення плаценти (*placenta adhaerens*), прирощення плаценти до м'язового шару (*placenta accreta*), вросання плаценти в м'язовий шар (*placenta increta*) і проростання плаценти (*placenta percreta*) [2]. Цю термінологію досі використовує більшість патологів. Однак часто клінічно неможливо провести диференційну діагностику між наведеними категоріями, тим паче що вони можуть співіснувати. Наприклад, в іноземній літературі для позначення аномалій прикріплення плаценти використовують здебільшого терміни «патологічне прикріплення плаценти» (*morbidity adherent placenta*, MAP) і «аномалії прикріплення плаценти» (*abnormally invasive placenta*, AIP), але, оскільки важко провести чітке розмежування між цими поняттями, деякі автори пропонують об'єднати їх під єдиним терміном – аномальне прикріплення та пророщення плаценти (*abnormally adherent and invasive placenta*, AAIP). AAIP є відомою причиною не тільки ризику акушерських кровотеч під час вагітності та при пологах, але й одноментної масивної крововтрати.

У Міжнародній класифікації хвороб Х перегляду AAIP віднесено до рубрик O72.0. «Кровотеча у третьому періоді пологів. Кровотеча, пов'язана з затримкою, збільшенням або обмеженням плаценти» і O73.0. «Затримка плаценти без кровотечі (прирощення плаценти без кровотечі)». При AAIP рекомендовано розродження в оптимальні терміни з урахуванням зрілості плода, оскільки при подальшій пролонгації вагітності можлива масивна крововтрата із серйозними ускладненнями для плода/новонародженого [1].

Частота виникнення аномалій плацентазії в Україні за останні 20 років зросла більш ніж десятикратно і становить близько 1:1000 по-

логів, що приблизно дорівнює 6–7% у структурі причин материнської смертності [3].

Достовірно встановлено, що зростання частоти пологів шляхом кесаревого розтину (КР) впливає на збільшення частки пацієнток із прирощенням плаценти, причому у 75–85% випадків цей стан супроводжується плацентарним передлежанням. Таке небезпечне поєднання патологій веде до масивних акушерських кровотеч, що є однією з найбільших проблем акушерства. Часте застосування операції КР пояснюється прагненням акушерів-гінекологів знизити перинатальну смертність і захворюваність новонароджених. Іншим поширеним показанням для планового КР є наявність рубця на матці після попереднього абдомінального розродження [3].

Оскільки проспективних контрольованих досліджень щодо ведення та наслідків пророщення плаценти не існує, єдиним варіантом його дослідження є розгляд окремо опублікованих випадків або серій випадків [4–8].

Чинники ризику виникнення передлежання і прирощення плаценти: рубець на матці, аномалії розвитку матки, синдром Ашермана, променева терапія, лейоміома матки, а також вік вагітної та куріння [9, 10]. Встановлено, що жінки з передлежанням плаценти та КР в анамнезі мають високий ризик розвитку патології прикріплення плаценти [11].

Патологія плацентазії, що виникає на тлі попередньо проведеного КР або з інших причин, може призвести до життєво небезпечної кровотечі. Такі кровотечі характеризуються масивністю і швидким розвитком геморагічного шоку внаслідок особливостей кровопостачання вагітної матки. Згідно з наказами МОЗ України, при втраті крові понад 1,5% від маси тіла необхідно виконати хірургічне припинення кровотечі [11]. Найчастішим методом оперативної зупинки масивної геморагії є гістеректомія без додатків матки, що надалі може викликати в жінки як фізичний, так і психологічний дискомфорт. Тому існує потреба розробки й удосконалення методик зупинення кровотечі в разі патології прикріплення плаценти шляхом проведення операцій, при яких матку – репродуктивний орган жінки – вдавалося б зберегти.

В.П. ЛАКАТОШ

д. мед. н., професор кафедри акушерства і гінекології № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ
ORCID: 0000-0002-7999-1358

П.В. ЛАКАТОШ

аспірант кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця, м. Київ
ORCID: 0000-0002-8301-5202

В.І. КУПЧІК

аспірант кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця, м. Київ
ORCID: 0000-0002-4394-260X

М.І. АНТОНЮК

к. мед. н., асистент кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця, м. Київ
ORCID: 0000-0002-7159-784X

О.Л. ДОЛА

к. мед. н., асистент кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця, м. Київ
ORCID: 0000-0001-5646-1795

Контакти:

Купчик Владислава Ігорівна
НМУ ім. О.О. Богомольця, кафедра акушерства і гінекології № 1
01601, Київ, бул. Т. Шевченка, 13
Тел.: +38 (063) 048–49–21
Email: elanie92@gmail.com

Наразі не існує єдиного стандарту діагностики патологічного прикріплення плаценти. УЗД прирощення плаценти є простим, економічним, безпечним методом, а також має високу точність, тому деякі дослідники рекомендують вагітним із високим ризиком *placenta percreta* приблизно на 20-му тижні вагітності проходити обстеження за допомогою саме цього дослідження [12, 13]. Надалі діагностична цінність УЗД знижується, зростає частота помилково встановлених діагнозів [14, 15]. Після 20-го тижня вагітності або при розташуванні плаценти на задній стінці матки рекомендують ще один метод діагностики – МРТ, однак через високу вартість рутинно використовувати його небажано.

Вчені різних країн розробляють низку методів органозберігальних методик для запобігання та лікування кровотечі при *placenta previa accreta vera* [16–21], але жодна систематична класифікація цих методів не є загальновізною [22, 23].

Відомий спосіб зупинки кровотечі при КР у разі передлежання та істинного прирощення плаценти, який включає лапаротомію, вилучення плода через розріз, що міститься вище від верхньої межі плаценти, уведення утеротонічного препарату, перев'язку магістральних судин матки, ушивання розтину. Для коагуляції тканин розтину й обробки швів застосовують технологію високочастотної аргоноплазмової коагуляції, прирощену плаценту відділяють, внутрішньовенно вводять утеротонік карбетоцин, плацентарну ділянку обробляють аргоноплазмовим факелом у режимі «фульгур» [24]. Цей спосіб дозволяє запобігти розвитку масивної акушерської кровотечі та зберегти репродуктивний орган шляхом здійснення коагуляції тканин розтину й обробки швів за допомогою аргоноплазмової високочастотної електрохірургічної технології. Недоліком є необхідність використання спеціального обладнання, а також недостатня кровоспинна здатність такого методу через інтенсивне кровопостачання нижнього маткового сегмента при вагітності.

Також відома органозберігальна операція під назвою Triple P, що полягає у виконанні трьох етапів: 1) періопераційне визначення локалізації плаценти і вилучення плода через розріз матки вище від верхньої межі плаценти; 2) деваскуляризація матки шляхом роздування повітрям спеціальних балонів, попередньо розміщених під рентгенологічним контролем у внутрішніх клубових артеріях; 3) видалення плаценти без спроби відділення її від міометрію разом із рубцем матки після попереднього КР і подальша метрорпластика [12, 25, 26]. Цей спосіб дозволяє уникнути видалення матки при передлежанні й істинному прирощенні плаценти за рахунок забезпечення гемостазу шляхом деваскуляризації та вилучення ділянки врослення плаценти. Недоліком є технічна незручність виконання операції, пов'язана з уведенням балонів у внутрішні клубові артерії під рентгенологічним контролем, а також відсутність додаткових методів гемостазу, які б впливали безпосередньо на скоротливість маткового м'язу.

У КНП «Перинатальний центр м. Києва» розроблено новітню методику запобігання і зупинки кровотечі на тлі передлежання плаценти – CLAP, що є органозберігальною операцією при передлежанні та істинному вросенні

плаценти в рубець матки після попереднього КР. Цю методику успішно застосовують на практиці лікарі згаданої установи, вона зарекомендувала себе як ефективний спосіб профілактики, лікування крововтрати і збереження матки.

CLAP – це абревіатура, яка включає назви етапів операції:

- етап I – C – КР (caesarean section);
- етап II – L – перев'язка внутрішніх клубових артерій (ligation of internal iliac arteries);
- етап III – A – висічення ділянки вросеної плаценти (adherent placenta's area excision);
- етап IV – P – компресія нижньоматкового сегмента (pressure, applied to the lower uterine segment), під час якого виконується методика КОНИС.

Методику CLAP застосовують у такий спосіб.

Проводять періопераційне визначення локалізації плаценти.

Виконують КР вище від верхньої межі плаценти, вилучають дитину, ушивають розріз на матці. В артерію пуповини вводять утеротонік – 5 Од окситоцину (1 мл), розведеного у 19 мл 0,9% NaCl.

Виконують перев'язку внутрішніх клубових артерій.

Проводять висічення ділянки врослення плаценти без спроби відділення її від міометрію разом із рубцем матки після попереднього КР, у межах здорових тканин.

Далі атравматичною голкою з ниткою із хромованого кетгуту № 2 з відповідного боку виконують перше вколювання на відстані 2 см від ребра тіла матки в нижній край розрізу матки (на 1 см нижче) з виолом у порожнину матки, уникаючи проходження судинного пучка.

Друге вколювання здійснюють із порожнини матки на відстані 1 см від ребра матки та 1 см від місця проходження широкої маткової зв'язки назовні, уникаючи проходження судинного пучка.

Третє вколювання здійснюють ззаду наперед через безсудинну ділянку широкої та круглої маткових зв'язок на тому самому рівні.

Четверте вколювання виконують ззовні на тому самому рівні на відстані 1 см від місця проходження круглої маткової зв'язки із виолом у порожнину матки. У такий спосіб утворюється петля на судинному пучку.

П'яте вколювання роблять на тому самому рівні, з порожнини матки на відстані 1,5 см від ребра матки та 1 см від місця прикріплення крижово-маткових зв'язок, уникаючи проходження судинного пучка.

Шосте вколювання виконують ззовні з протилежного боку на тому самому рівні з виходом у порожнину матки.

Сьоме вколювання здійснюють із порожнини матки на відстані 1 см від ребра матки та 1 см від місця проходження широкої маткової зв'язки назовні, уникаючи проходження судинного пучка.

Восьме вколювання роблять ззаду наперед через безсудинну ділянку широкої та круглої маткових зв'язок на тому самому рівні.

Дев'яте вколювання виконують ззовні на тому самому рівні на відстані 1 см від місця проходження круглої маткової зв'язки із виолом у порожнину матки. Таким чином, утворюється петля на судинному пучку.

Десяте вколювання виконують із порожнини матки назовні на відстані 2 см від ребра тіла матки в нижній край розрізу матки (на 1 см нижче), уникаючи проходження судинного пучка.

Встановлюють матковий катетер у порожнину матки (трубка медична силіконова, тип 1, діаметром 8 x 1,5 мм), отвори катетера розташовують вище від місця накладання шва, з виведенням його кінця через шийку матки в піхву.

Виконують поступове затягнення шва під контролем пальця асистента на зовнішній поверхні нижнього сегмента матки.

Після завершення операції КР до катетера фіксують мірний мішок для подальшого визначення обсягу крововтрати.

Ця методика дозволяє швидко зменшити крововтрату за рахунок перев'язки внутрішніх клубових артерій на додаток до введення утеротонічного препарату, що викликає деполаризацію мембрани міоцитів матки, відкриття потенціалзалежних кальцієвих каналів і скорочення міометрію. Також відбувається ішемізація міометрію внаслідок його подразнення встановленим внутрішньоматковим катетером і накладанням компресійного шва, що сукупно дозволяє досягти надійного гемостазу та скорочення м'язу матки без застосування спеціальної апаратури.

На вищенаведену методику CLAP – органозберігальної операції при передлежанні та істинному прирощенні плаценти в рубець матки після попереднього КР – отримано патент України на винахід №122375 від 26.10.2020 р.

Мета: дослідити ефективність нової органозберігальної операції – методики CLAP – при передлежанні та істинному вросленні плаценти в рубець матки після попереднього КР.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Протягом 2015–2020 рр. 29 жінок із передлежанням і вросненням плаценти в рубець після попереднього КР були прооперовані та розроджені у КНП «Перинатальний центр м. Києва»:

- 15 жінкам (контрольна група) розродження проведено з використанням традиційної методики – КР із подальшою гістеректомією на 36–37-му тижні гестації (згідно з Наказом МОЗ України № 205 від 24.03.2014) [11];

- у 14 вагітних (основна група) використано нову методику CLAP.

У 17 жінок було виявлено пророщення ворсин хоріону в сечовий міхур, у цих випадках до операційної бригади залучали уролога. Після профілактики респіраторного дистрес-синдрому плода за допомогою курсу бетаметазону пацієнтки основної групи у плановому порядку були прооперовані на 34–35-му тижні вагітності з використанням методики CLAP.

Середній вік контрольної групи становив 34 ± 3 роки, основної – 34 ± 2 роки, статистично значущої різниці за віком пацієнток між групами не виявлено ($p = 0,968$).

Анамнез пацієнток, які брали участь у дослідженні, такий: це практично здорові жінки, які повторно народжують, одна або кілька вагітностей завершилися оперативним втручанням. Відповідно такі жінки мали рубець на матці після попереднього КР, що за Наказом МОЗ № 205 від 24.03.2014 є показанням до розродження шляхом КР [11]. У деяких пацієнток гінекологічний анамнез був обтяжений лікованими ендометритами (18%), проведенням множинних роздільних діагностичних вишкрібань чи абортів (29%), операціями на матці із проникненням у її порожнину (7%).

Статистичний аналіз результатів здійснювали за допомогою програми Statistica для ПК із визначенням основних статистичних показників.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Стан новонароджених в обох групах не відрізнявся, усі малюки мали не менше ніж 7 балів за шкалою Апгар на 5-й хвилині. Маса новонароджених також статистично не

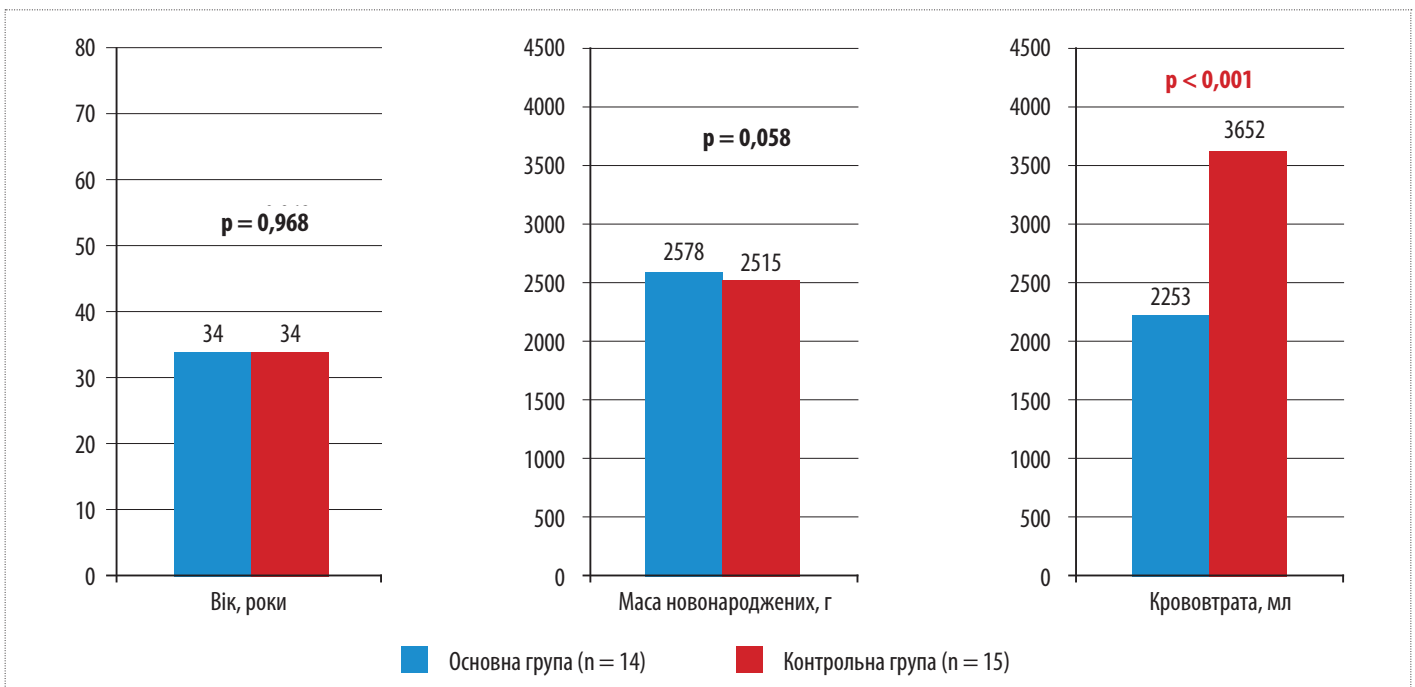


Рисунок. Порівняння ефективності традиційної методики та методики CLAP на основі отриманих даних дослідження

відрізнялась в обох групах ($p = 0,058$) і становила 2578 ± 86 г для основної групи та 2515 ± 85 г – для контрольної.

Достовірна статистична різниця була виявлена щодо кількості втраченої породіллями крові при проведенні оперативного розродження. У контрольній групі, де вагітним виконували гістеректомію, крововтрата становила 3652 ± 293 мл, а в основній групі, де проводили розродження із застосуванням нової методики CLAP, – 2253 ± 153 мл ($p < 0,001$). Велика крововтрата в пацієнок контрольної групи зумовлена передусім трансплацентарним доступом при КР, а також тим, що вращення плаценти в рубець матки не завжди було діагностовано до проведення операції.

Порівняння ефективності традиційної методики та методики CLAP на основі отриманих даних представлено на рисунку.

Як в основній, так і в контрольній групі під час операції проводили гемотрансфузію. Однак у контрольній

групі в післяопераційному періоді ще у 5 жінок була діагностована анемія тяжкого ступеня, що потребувало додаткового переливання крові.

Середня тривалість перебування пацієнок основної групи у стаціонарі становила 7 ± 1 день, контрольної групи – 10 ± 2 дні.

Усі пацієнтки були виписані в задовільному стані на 8–10-й день.

ВИСНОВКИ

Отримані дані свідчать, що пропонується методика CLAP є ефективною альтернативою застосовуваним раніше органозберігальним операціям. Вона допомагає уникнути гістеректомії та не потребує використання спеціального обладнання під час КР. Методика CLAP зарекомендувала себе як ефективний спосіб профілактики, лікування крововтрати та збереження репродуктивної функції жінки.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Jauniaux, E., Collins, S., Burton, G.J. "Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging." *Am J Obstet Gynecol* 218.1 (2018): 75–87.
2. Benirschke, K., Burton, G.J., Baergen, R.N. *Pathology of the human placenta*, 6th ed. Berlin: Springer-Verlag 2012: 268–71.
3. Хасанов, А.А. Диагностика, профилактика и органосохраняющие методы родоразрешения беременных с вращением плаценты // Казанский медицинский журнал. – 2016. – № 97 (4). – С. 477–485. Khasanov, A.A. "Diagnostics, prevention and organ-preserving methods of delivery complicated with placenta accreta." *Kazan Medical Journal* 97.4 (2016): 477–85.
4. Li, G.T., Li, X.F., Wu, B.P. "Three cornerstones of uterine compression sutures: simplicity, safety and efficacy." *Arch Gynecol Obstet* 292 (2015): 949–52.
5. Matsuzaki, S., Ueda, Y. "A Case Report and Literature Review of Midtrimester Termination of Pregnancy Complicated by Placenta Previa and Placenta Accreta." *AJP Rep* 5.1 (2015): e6–11.
6. Bansal, C.L., Gupta, J., Asthana, D. "Placenta Percreta in First Trimester Leading to Disseminated Intravascular Coagulopathy (DIC): A Rare Case Report." *J Clin Diagn Res* 9.4 (2015): QD03–QD4.
7. Vahdat, M., Mehdizadeh A., Sariri, E., et al. "Placenta percreta invading broad ligament and parametrium in a woman with two previous cesarean sections: a case report." *Case Rep Obstet Gynecol* (2012): 381.
8. Sasagasaki, N., Tani, H., Chigusa, Y. "Placenta Accreta in a Woman with Childhood Uterine Irradiation: A Case Report and Literature Review." *Case Rep Obstet Gynecol* (2019): 245.
9. Lakatos, V.P., Belaya, V.V., Stakhovsky, O.E., et al. "Organ-preserving operation during childbirth of a pregnant woman with placenta praevia percreta (Clinical observation)." *Women's Health* 3 (2018): 92–4.
10. Chong, Y., Zhang, A., Wang, Y. "An ultrasonic scoring system to predict the prognosis of placenta accreta: A prospective cohort study." *Medicine (Baltimore)* 97.35 (2018): 121.

11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24.03.2014 № 205 «Про внесення змін до наказів Міністерства охорони здоров'я України від 29 грудня 2005 року № 782 та від 31 грудня 2004 року № 676» – Клінічний протокол «Акушерські кровотечі». Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 24.03.2014 No. 205 "On amendments to the orders of the Ministry of Health of Ukraine dated December 29, 2005 No. 782 and dated December 31, 2004 No. 676" – Clinical Protocol "Obstetric Bleeding".
12. Cauldwell, M., Chandraran, E., Pinas, C.A. "Successful pregnancy outcome in woman with history of Triple-P procedure for placenta percreta." *Ultrasound Obstet Gynecol* 51 (2018): 696–7.
13. D'Antonio, F., Palacios-Jaraquemada, J., Timor-Trisch, I. "Placenta accreta spectrum disorders: prenatal diagnosis still lacks clinical correlation." *Acta Obstet Gynecol Scand* 97 (2018): 773–5.
14. Zhang, Z.W., Liu, C.Y., Yu, N. "Removable uterine compression sutures for postpartum haemorrhage." *BJOG* 122 (2015): 429–33.
15. Makino, S., Takeda, J., Hirai, C. "Etiology of placenta accreta after laparoscopic myomectomy." *Placenta* 46 (2016): 120.
16. Wahidi, M.M., Herth, F., Yasufuku, K. "Technical aspects of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration: CHEST Guideline and Expert Panel Report." *Chest* 149 (2016): 816–35.
17. Budorick, N.E., Figueroa, R., Vizcarra, M. "Another look at ultrasound and magnetic resonance imaging for diagnosis of placenta accreta." *J Matern Fetal Neonatal Med* 30 (2017): 2422–7.
18. Goh, W.A., Zalud, I. "Placenta accreta: diagnosis, management and the molecular biology of the morbidly adherent placenta." *J Matern Fetal Neonatal Med* 29.11 (2016): 1795–800.
19. Li, G.T., Li, X.F., Liu, Y.J. "Symbol "&" suture to control atonic postpartum haemorrhage with placenta previa accreta." *Arch Gynecol Obstet* 291 (2015): 305–10.

20. Matsubara, S., Kuwata, T., Baba, Y. "A novel "uterine sandwich" for haemorrhage at caesarean section for placenta praevia." *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 54 (2014): 283–6.
21. Mbuagbaw, L., Morfaw, F.L. "Per operative discovery of placenta praevia percreta: a case report." *Pan Afr Med J* 16 (2013): 53.
22. Matsubara, S., Yano, H., Ohkuchi, A. "Uterine compression sutures for postpartum haemorrhage: an overview." *Acta Obstet Gynecol Scand* 92 (2013): 378–85.
23. Matsubara, S., Takahashi, H., Ohkuchi, A. "Need for systematic classification of various uterine compression sutures." *J Obstet Gynaecol Res* 41 (2015): 1676.
24. Голяновський, О.В. Попередження масивних кровотеч за розродження вагітних з патологією плацентазії / Голяновський, О.В., Іванкова, І.М., Лежненко, С.П. // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – 2014. – № 33–34. – С. 92–94. Golyanovsky, O.V., Ivankova, I.M., Lezhnenko, S.P. "Prevention of massive bleeding during childbirth with placental pathology." *Collection of scientific works of the Association of Obstetricians and Gynecologists of Ukraine* 33.34 (2014): 92–4.
25. Веропотвелян, П.Н. Рентгеноэндоскулярная окклюзия артериальных сосудов в лечении и профилактике массивных акушерских кровотечений / Веропотвелян, П.Н., Цехмистренко, И.С., Гужевская, И.В., Панасенко, А.Н. // Семейная медицина. – 2017. – № 1 (69). – С. 148–153. Veropotvelyan, P.N., Tsekhmistrenko, I.S., Guzhevskaya, I.V., Panasenko, A.N. "X-ray endovascular occlusion of arterial vessels in the treatment and prevention of massive obstetric bleeding." *Family medicine* 1.69 (2017): 148–53.
26. Teixidor Vinas, M., Belli, A.M. "Prevention of postpartum hemorrhage and hysterectomy in patients with morbidly adherent placenta: a cohort study comparing outcomes before and after introduction of the Triple-P procedure." *Ultrasound Obstet Gynecol* 46 (2015): 350–5.

CLAP – НОВА МЕТОДИКА ОРГАНОЗБЕРІГАЛЬНОЇ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ПЕРЕДЛЕЖАННІ ТА ІСТИННОМУ ВРОЩЕННІ ПЛАЦЕНТИ В РУБЕЦЬ МАТКИ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДЬОГО КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

В.П. Лакатош, д. мед. н., професор кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця, м. Київ

П.В. Лакатош, аспірант кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця, м. Київ

В.І. Купчик, аспірант кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця, м. Київ

М.І. Антонюк, к. мед. н., асистент кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця, м. Київ

О.Л. Дола, к. мед. н., асистент кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Мета: дослідити ефективність нової органозберігальної операції при передлежанні та істинному врощенні плаценти в рубець матки після попереднього кесаревого розтину (КР) – методики CLAP.

Матеріали та методи. Протягом 2015–2020 рр. 29 жінок із передлежанням і врощенням плаценти в рубець після попереднього КР були прооперовані та розроджені. Із них 15 жінкам (контрольна група) розродження проведено з використанням традиційної методики – КР із подальшою гістеректомією, а у 14 вагітних (основна група) використано нову методику CLAP, яка включає такі етапи: етап I – С – КР (caesarean section); етап II – Л – перев'язка внутрішніх клубових артерій (ligation of internal iliac arteries); етап III – А – висічення ділянки врощеної плаценти (adherent placenta's area excision); етап IV – Р – компресія нижньоматкового сегмента (pressure, applied to the lower uterine segment), під час якого застосовується методика КОНИС. Після профілактики респіраторного дистрес-синдрому плода курсом бетаметазону пацієнтки у плановому порядку були прооперовані на 34–35-му тижні вагітності.

Результати. Статистично значущої різниці у віці пацієнток ($p = 0,968$), стані та масі новонароджених ($p = 0,058$) не виявлено. Але достовірна статистична різниця була встановлена щодо кількості втраченої породилями крові при проведенні оперативного розродження. У контрольній групі, де вагітним виконували гістеректомію, крововтрата становила 3652 ± 293 мл, а в основній групі, де проводили розродження із застосуванням нової методики CLAP, – 2253 ± 153 мл ($p < 0,001$). Усі пацієнтки були виписані в задовільному стані на 8–10-й день.

Висновки. Запропонована методика CLAP є ефективною альтернативою застосуванню раніше органозберігальним операціям. Вона допомагає уникнути гістеректомії та не потребує використання спеціального обладнання під час КР. Методика CLAP зарекомендувала себе як ефективний спосіб профілактики, лікування крововтрати та збереження репродуктивної функції жінки.

Ключові слова: врощення плаценти, передлежання плаценти, кровотеча, кесарів розтин.

CLAP – A NEW ORGAN-PRESERVING SURGERY FOR COMBINED PLACENTA PRAEVI/A ACCRETA VERA INTO THE UTERINE CICATRIX AFTER THE PREVIOUS CESAREAN SECTION

V.P. Lakatos, MD, professor, Department of Obstetrics and Gynecology No. 1, O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

P.V. Lakatos, postgraduate student, Department of Obstetrics and Gynecology No. 1, O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

V.I. Kupchik, postgraduate student, Department of Obstetrics and Gynecology No. 1, O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

M.I. Antoniuk, PhD, assistant, Department of Obstetrics and Gynecology No. 1, O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

O.L. Dola, PhD, assistant, Department of Obstetrics and Gynecology No. 1, O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

Objective: to describe a new method of organ-preserving surgery for combined placenta previa and placenta accreta into the uterine scar after a previous cesarean section – the CLAP method.

Materials and methods. During 2015–2020, 29 women with placenta praevia and placenta accreta vera into the uterine scar after a previous cesarean section were operated. 15 women (control group) gave birth using the traditional method – cesarean section followed by hysterectomy; in 14 pregnant women (main group) the new method CLAP was used. CLAP consists of the following stages: stage I – C – cesarean section; stage II – L – ligation of internal iliac arteries; stage III – A – adherent placenta's area excision; stage IV – P – pressure, applied to the lower uterine segment, during which the technique of COLUS was performed. Patients were operated at 34–35 weeks of pregnancy after fetal respiratory distress syndrome prophylactics with a course of betamethasone.

Results. Statistically significant difference in the age of patients ($p = 0.968$), status and weight of newborns ($p = 0.058$) was not found. But significant statistical difference was found in the amount of maternal blood loss during surgical delivery. In the control group, where pregnant women underwent hysterectomy, it was 3652 ± 293 ml, and in the main group, where delivery was performed using the new CLAP technique, blood loss was 2253 ± 153 ml ($p < 0.001$). All patients were discharged in satisfactory condition on the 8th–10th day.

Conclusions. CLAP procedure is an effective alternative to previously used organ-preserving operations. It helps to avoid hysterectomy and does not require special equipment during a cesarean section. The CLAP technique has proven to be an effective way to prevent and cease blood loss, as well as to preserve reproductive function of woman.

Keywords: placenta accreta vera, placenta praevia, bleeding, cesarean section.

CLAP – НОВАЯ МЕТОДИКА ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ И ИСТИННОМ ВРАСТАНИИ ПЛАЦЕНТЫ В РУБЕЦЬ МАТКИ ПОСЛЕ ПРЕДЫДУЩЕГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

В.П. Лакатош, д. мед. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1 НМУ им. А.А. Богомольца, г. Киев

П.В. Лакатош, аспирант кафедры акушерства и гинекологии № 1 НМУ им. А.А. Богомольца, г. Киев

В.И. Купчик, аспирант кафедры акушерства и гинекологии № 1 НМУ им. А.А. Богомольца, г. Киев

М.И. Антонюк, к. мед. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 1 НМУ им. А.А. Богомольца, г. Киев

О.Л. Дола, к. мед. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 1 НМУ им. А.А. Богомольца, г. Киев

Цель: исследовать эффективность новой органосохраняющей операции при предлежании и истинном врастании плаценты в рубец матки после предыдущего кесарева сечения (КС) – методики CLAP.

Материалы и методы. В течение 2015–2020 гг. 29 женщин с предлежанием и врастанием плаценты в рубец после предыдущего КС были прооперированы и родоразрешены. Из них 15 женщинам (контрольная группа) родоразрешение проведено с использованием традиционной методики – КС с последующей гистерэктомией, а у 14 беременных (основная группа) использована новая методика CLAP, которая состоит из следующих этапов: этап I – С – КС (caesarean section); этап II – Л – перевязка внутренних подвздошных артерий (ligation of internal iliac arteries); этап III – А – иссечение участка врастания плаценты (adherent placenta's area excision); этап IV – Р – компрессия нижнематочного сегмента (pressure, applied to the lower uterine segment), во время которого используется методика КОНИС. После профилактики респираторного дистрес-синдрома плода курсом бетаметазона пациентки в плановом порядке были прооперированы на 34–35-й неделе беременности.

Результаты. Статистически значимой разницы в возрасте пациенток ($p = 0,968$), состоянии и массе новорожденных ($p = 0,058$) не обнаружено. Однако достоверная статистическая разница была выявлена в количестве потерянной роженицами крови при проведении оперативного родоразрешения. В контрольной группе, в которой беременным выполняли гистеректомию, кровопотеря составила 3652 ± 293 мл, а в основной группе, где проводилось родоразрешение с применением новой методики CLAP, – 2253 ± 153 мл ($p < 0,001$). Все пациентки были выписаны в удовлетворительном состоянии на 8–10-й день.

Выводы. Предлагаемая методика CLAP является эффективной альтернативой применяемым ранее органосохраняющим операциям. Она помогает избежать гистеректомии и не требует использования специального оборудования во время КС. Методика CLAP зарекомендовала себя как эффективный способ профилактики, лечения кровопотери и сохранения репродуктивной функции женщины.

Ключевые слова: врастание плаценты, предлежание плаценты, кровотечение, кесарево сечение.