

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ПЛАЦЕНТАРНЫМ ПОЛИПОМ

Н.И. Тихомирова, Г.Е. Белозеров, О.Н. Олейникова, Н.Р. Черная, Л.А. Даниелян, С.Т. Гелашвили
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва

Плацентарные полипы становятся одной из причин потенциально опасных для жизни поздних послеродовых и постабортных кровотечений. Наиболее сложная клиническая проблема возникает в случае плацентарных полипов с выраженной васкуляризацией, при которых общепринятый кюретаж может вызвать опасное для жизни кровотечение. Такие полипы выявляются в 52,9% случаев. В статье приводятся два клинических наблюдения применения эмболизации маточных артерий в лечении позднего послеродового и постабортного кровотечений, обусловленных наличием плацентарного полипа.

Ключевые слова: маточное кровотечение, плацентарный полип, эмболизация маточных артерий.

ДВС-синдром — синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания

ПВА — поливинилалкоголь
УЗИ — ультразвуковое исследование

Маточное кровотечение относится к наиболее тяжелым осложнениям постабортного, а также раннего и позднего послеродовых периодов [1–5]. В структуре материнской смертности кровотечение занимает одно из первых мест [6, 7].

Плацентарные полипы становятся одной из причин потенциально опасных для жизни поздних послеродовых и постабортных кровотечений [5, 8–10]. Диагностика таких полипов основывается на результатах патоморфологического исследования материала, полученного после медицинских абортов и самостоятельных родов с помощью соскобов [11].

Наиболее сложная клиническая проблема возникает в случае плацентарных полипов с выраженной васкуляризацией, при которых общепринятый кюретаж может вызвать опасное для жизни кровотечение [12, 13]. Такие полипы выявляют в 52,9% случаев [10]. Имеются сообщения о применении компьютерно-томографической ангиографии у больных с послеродовым и постабортным кровотечениями для выявления потенциально опасных плацентарных полипов с выраженной васкуляризацией [5, 13].

Опыт успешного выполнения эмболизации внутренних подвздошных или маточных артерий в дополнение к внутриматочным вмешательствам с целью минимизации кровопотери отражен в трудах ряда зарубежных авторов [10, 12, 14].

Существует мнение о том, что в условиях стационаров, в которых имеются рентгенооперационная и возможность привлечения рентгенохирурга к проведению вмешательства, может быть эффективной эмболизация внутренних подвздошных и маточных артерий с целью достижения гемостаза [15–17].

В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского для выполнения экстренных эндоваскулярных вмешательств организована круглосуточная ангиографическая служба, и уже накоплен определенный опыт осуществления внутрисосудистого гемостаза при лечении гинекологических больных с маточными кровотечениями.

Приводим два собственных клинических наблюдения использования эмболизации маточных артерий

в лечении позднего послеродового и постабортного кровотечений, обусловленных наличием плацентарного полипа.

Клиническое наблюдение № 1. Больная Н., 28 лет, поступила в отделение реанимации острых эндотоксикозов НИИ СП им. Н. В. Склифосовского с диагнозом «тяжелый гестоз на фоне острого жирового гепатоза, острая почечно-печеночная недостаточность, реактивный панкреатит, энцефалопатия смешанного генеза, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром), анемия, первые сутки после срочных родов».

При бимануальном исследовании установлено, что матка увеличена в размерах до 15–16 недель беременности, плотная, наружный зев пропускает один палец, из половых путей выделения умеренные кровянистые.

По данным ультразвукового исследования (УЗИ) брюшной полости и малого таза: контуры матки четкие, ровные, миометрий однородный, повышенной эхогенности, с выраженным усилением венозного рисунка по периферии. Полость матки расширена до 0,5 см с наличием гипоэхогенных зон. Во всех отделах брюшной полости свободная жидкость с разобщением листков брюшины до 2 см, двусторонний гидроторакс, диффузные изменения печени, отек головки поджелудочной железы, токсические изменения почек, отек паранефральной клетчатки с обеих сторон. При статической и динамической сцинтиграфии печени обнаружены увеличение и деформация последней, признаки портальной гипертензии на фоне выраженных диффузных изменений паренхимы, выраженное нарушение накопительной и желчевыделительной функций печени.

На 9-е сут на фоне тяжелой коагулопатии, усиления выраженности тромбоцитопении и продолжающегося маточного кровотечения решено произвести инструментальную ревизию полости матки. Без расширения цервикального канала выполнено выскабливание стенок тела матки, удалены сгустки крови и кусочки ткани, напоминающие плацентарную. На фоне про-

должающегося кровотечения по жизненным показаниям в условиях ангиографической операционной произведена тазовая аортоартериография, при которой отмечены извитость маточных артерий и наличие экстравазатов контрастного вещества с обеих сторон.

Выполнена селективная эмболизация обеих маточных артерий эмболами из поливинилалкоголя (ПВА) размером 500 мкм (рис. 1). В результате эмболизации достигнут гемостаз. При патоморфологическом исследовании соскоба выявлены крупные фрагменты децидуальной ткани с очагами кровоизлияний и некрозов с реактивной воспалительной инфильтрацией, некротизированные ворсы хориона и гигантские клетки синцитиотрофобласта. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 37-е сут после родов.

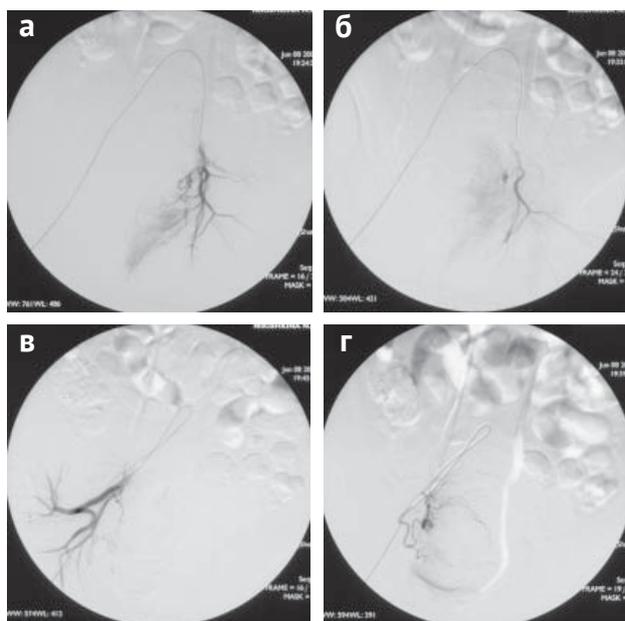


Рис. 1. а, б — селективная ангиография левой маточной артерии до и после эмболизации; в, г — селективная ангиография правой маточной артерии до и после эмболизации

Клиническое наблюдение № 2. Больная Б., 35 лет, поступила в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с диагнозом «маточное кровотечение, подозрение на плацентарный полип». За 6 мес до поступления больной был выполнен медицинский аборт при сроке беременности 7 нед, после которого отмечалось нарушение менструального цикла, проявляющееся в периодических нерегулярных кровотечениях из половых путей. При бимануальном влагалищном исследовании выявлено, что матка увеличена до 8 нед беременности,

без четких контуров, безболезненная при пальпации. Придатки матки с обеих сторон не определяются, их область безболезненна. Выделения из половых путей кровянистые. По данным УЗИ органов малого таза: матка увеличена в размерах, с ровными контурами, миометрий однородный. М-эхо — 2,9 см. Полость матки неоднородна за счет жидкостного скопления неправильной формы 5,2×1,9 см с неровными, четкими контурами.

На 7-е сут после госпитализации, учитывая продолжающееся маточное кровотечение, с лечебно-диагностической целью произведено выскабливание слизистой тела матки. Длина полости по зонду — 9,0 см. Стенки матки контурировались с трудом. Соскоб обильный, с фрагментами губчатой ткани. В связи с профузным интраоперационным кровотечением в объеме 700 мл в экстренном порядке выполнена тазовая аортоартериография. При контрастировании маточных артерий обращало на себя внимание множество артериовенозных фистул в проекции матки с обеих сторон, более выраженных слева (рис. 2 а).

Хорошо контрастировалась левая яичниковая артерия. При селективной артериографии левой маточной артерии отмечалось резкое расширение последней с наличием большого количества артериовенозных сбросов, а также анастомозов с бассейном правой маточной артерии (рис. 2 а, б). В левую маточную артерию введены 2,5 флакона эмболизата ПВА размерами 350–500 мкм и две окклюзирующие спирали (рис. 2 в). Далее катетер проведен в правую маточную артерию. При введении контрастного вещества визуализировалось множество мелких извитых ветвей с артериовенозным сбросом (рис. 2 г). В правую маточную артерию введено 1,5 флакона эмболизата ПВА размерами 350–500 мкм. При контрольной ангиографии контрастирование маточных артерий не отмечено (рис. 2 д). Гемостаз достигнут. Послеоперационный период протекал гладко. Проведена инфузионная, антибактериальная терапия. При гистологическом исследовании соскоба обнаружен кусочек плацентарной ткани, представленный почти полностью некротизированными ворсами хориона и децидуальной тканью. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 15-е сут после операции.

Таким образом, ангиографическая картина плацентарного полипа характеризуется гиперваскуляризацией, экстравазацией контрастного вещества, а также наличием артериовенозных фистул.

Наш опыт применения эндоваскулярного гемостаза в лечении послеродовых и постабортивных кровотечений, обусловленных наличием плацентарного полипа, указывает на возможность дальнейшего совершенствования алгоритма лечебных вмешательств.

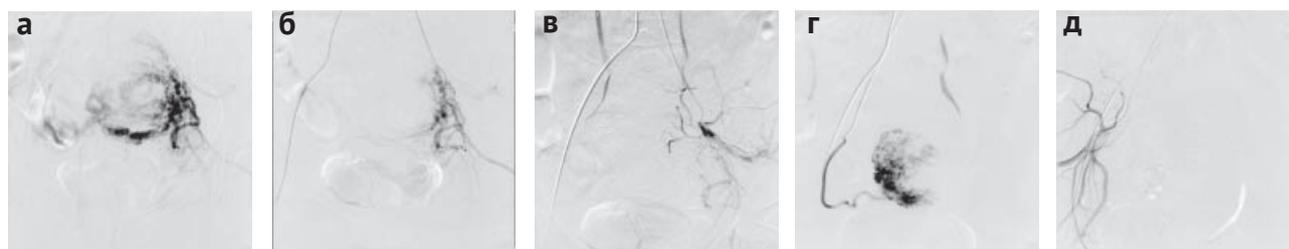


Рис. 2. а — тазовая ангиография; б, в — селективная ангиография левой маточной артерии до и после эмболизации; г, д — селективная ангиография правой маточной артерии до и после эмболизации

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Репина М.А., Кузьминых Т.У. Акушерские кровотечения (профилактика и лечение). Акушерство и гинекология 2009; 3: 15–20.
2. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.П. Акушерство. М 1986; 496.
3. Jaleel R., Khan A. Post-partum haemorrhage — a risk factor analysis. Mymensingh Med J 2010; 19: 282–289.
4. Shirazee H.H., Saha S.K., Das I., et al. Postpartum haemorrhage: a cause of maternal morbidity. J Indian Med Assoc 2010; 108: 663–666.
5. Umezū T., Iwase A., Ota T., et al. Three-dimensional CT angiography is useful for diagnosis of postabortion uterine hemorrhage: 3 case reports and review of the literature. J Minim Invasive Gynecol 2010; 17: 246–251.
6. Радзинский В.Е., Костин И.Н., Жуковский Я.Г. и др. Современные подходы к лечению послеродовых акушерских кровотечений. Акушерство и гинекология 2008; 3: 25–30.
7. Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М., Федорова Т.А., Пучко Т.К. Профилактика и лечение акушерских кровотечений как фактор снижения материнской смертности. Акушерство и гинекология 2008; 3: 23–25.
8. Ahn J. Y., Jaffurs W. J. Placental polyp as a cause of late puerperal hemorrhage. Med Ann Dist Columbia 1967; 36: 455–457.
9. Prinz W., Schuhmann R.A. The placental polyp, a cause of late puerperal hemorrhage. Z Geburtsh Perinatol 1982; Bd. 186: 15–18.
10. Takeda A., Koyama K., Imoto S., et al. Computed tomographic angiography in diagnosis and management of placental polyp with neovascularization. Arch Gynecol Obstet 2010; 281: 823–828.
11. Hatada Y. J Obstet Gynaecol 2004; 24: 93–94.
12. Kitahara T., Sato Y., Kakui K., et al. Management of retained products of conception with marked vascularity J Obstet Gynaecol Res 2011; 37: 458–464.
13. Takeda A., Koyama K., Imoto S., et al. Placental polyp with prominent neovascularization. Fertil Steril 2010; 93: 1324–1326.
14. Takeuchi K., Sugimoto M., Kitao K., et al. Pregnancy outcome of uterine arterial embolization followed by selective hysteroscopic removal of a placental polyp. Acta Obstet Gynecol Scand 2007; 86: 22–25.
15. Рокотьянская Е.А., Пузырев М.О., Кузьмина Л.В. Вестн Рос гос мед ун-та 2006; 2: 174.
16. Савельева Г.М., Курцер М.А., Шалина Р.И. Материнская смертность и пути ее снижения. Акушерство и гинекология 2009; 3: 11–15.
17. Каприанов С.А., Бреусенко В.Г., Доброхотова Ю.Э. и др. Эмболизация маточных артерий: современный взгляд на проблему. Часть II. Методические аспекты. Диагностическая и интервенционная радиология 2007; 1: 56–70.

Поступила 19.09.2011

Контактная информация:

Олейникова Ольга Николаевна, к.м.н.,
старший научный сотрудник отделения острых
гинекологических заболеваний
НИИ СП им. Н.В. Склифосовского
e-mail: jnmp@mail.ru