

Патологическая гиперваскуляризация при МРТ экстрафетальных структур у пациенток с приращением и предлежанием плаценты как прогностический маркер увеличения объема интраоперационной кровопотери при проведении кесарева сечения с использованием баллонной окклюзии аорты (пилотное исследование)

Научный руководитель – Мащенко Ирина Александровна

Мамедова Милена Мовлюдовна

Студент (специалист)

Национальный Медицинский Исследовательский Центр им. В. А. Алмазова,
Санкт-Петербург, Россия

E-mail: milka.mamedova2002@yandex.ru

Способом родоразрешения у пациенток с предлежанием и приращением плаценты является кесарево сечение (КС), которое в случае высокого риска интраоперационной кровопотери может быть дополнено баллонной окклюзией аорты (БОА) [1]. Однако у ряда пациенток кровопотеря превышает допустимый для КС объем в 1000 мл, даже при использовании БОА [2].

С целью поиска возможных прогностических МРТ маркеров увеличения объема интраоперационной кровопотери при проведении КС с использованием БОА у пациенток с приращением и предлежанием плаценты был проведен ретроспективный анализ медицинской документации и результатов УЗИ и МРТ 20 пациенток, которые наблюдались в Перинатальном центре ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» (ПЦ) в 2022-2023 гг. Критериями включения были: диагноз приращения и предлежания плаценты по данным пренатального УЗИ и МРТ во 2-3 триместре беременности, родоразрешение в ПЦ, проведение БОА в ходе КС и клиническая верификация PAS2-PAS3a/3b/3c, суммарный объем кровопотери >1000 мл. Критерии исключения: наличие патологии свертывающей системы крови по результатам предоперационного обследования. МРТ выполняли с использованием 1,5Т томографа. Оценивали наличие следующих МР-критериев патологической гиперваскуляризации: ретроплацентарной (РПГВ), интрамуральной (ИМГВ), субсерозной (ССГВ), парацервикальной (ПЦГВ), маточно-яичникового анастомоза (МЯА), дополнительно измеряли максимальный диаметр сосудов (dmax) парацервикального, влагалищного, мочепузырного и яичникового сплетений, а также яичниковых вен, их извитости при их визуализации. Средний возраст пациенток составил $37,0 \pm 2,9$ лет, срок гестации на момент выполнения МРТ $31,6 \pm 1,9$ недель, родоразрешение на сроке $37,1 \pm 0,5$ недель. ПЦГВ определялась в 75% случаев, при этом средний dmax вен справа был $13,4 \pm 3,2$ мм, слева – $11,9 \pm 2,4$ мм. В 95% случаев определялся МЯА справа, а в 70% МЯА был двусторонним. При этом средний dmax яичниковых вен справа был $15,2 \pm 3,8$ мм, слева – $11,7 \pm 1,9$ мм.

Выявление МР-признаков патологической гиперваскуляризации, МЯА и выраженного расширения парацервикальных венозных сосудов и яичниковых вен у пациенток с приращением и предлежанием плаценты указывает на более высокий риск дополнительной интраоперационной кровопотери, несмотря на превентивное применение БОА, что следует учитывать при планировании тактики ведения родов в данной группе беременных.

1) Naba RM, Pristavu AI, et al. Predicting Placenta Accreta Spectrum Disorders in a Cohort of Pregnant Patients in the North-East Region of Romania-Diagnostic Accuracy of Ultrasound and Magnetic Resonance Imaging. *Diagnostics* (Basel). 2022 Sep 1;12(9):2130. doi: 10.3390/diagnostics12092130.

2) Kyojuka H., SugenoM., et al. Introduction and utility of resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta for cases with a potential high risk of postpartum hemorrhage: A single tertiary care center experience of two cases // <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9493338/> 2022; 68(2): 117–122.