

## Передлежання плаценти: лікування UpToDate 2020

### ВСТУП

Поняття передлежання плаценти пояснюється, як наявність плацентарної тканини, яка простягається над внутрішнім вічком шийки матки. Лікування ускладнень, спричинених передлежанням плаценти, найкраще розглядати з точки зору клінічного стану пацієнта:

- Асимптомні жінки
- Жінки, з активною кровотечею
- Жінки, стан яких стабільний після одного або більше епізодів активної кровотечі.

### **Асимптомна плацента previa**

Цілі: основними цілями під час лікування безсимптомних жінок із передлежанням плаценти є:

- Визначити, чи передлежання змінюється зі збільшенням терміну вагітності,
- Визначити, чи не є плацента щільно прикріпленою (плацента accreta),
- Зменшити ризик кровотечі,
- Визначити оптимальний час для планового кесаревого розтину, якщо передлежання зберігається.

### **Моніторинг положення плаценти**

Контрольне трансвагінальне ультразвукове дослідження положення плаценти показано жінкам, у яких плацента перекриває внутрішнє вічко або край знаходиться <2 см від внутрішнього вічка під час ультразвукового дослідження в другому триместрі.

- Якщо у другому триместрі плацента перекриває або знаходиться на відстані менше 2 см від внутрішнього вічка, то на 32 тижні гестації показана повторне трансвагінальне УЗД для визначення динаміки положення плаценти.

Огляд в терміні 32-ох тижнів:

- Якщо край плаценти знаходиться на відстані  $\geq 2$  см від внутрішнього вічка, положення плаценти зазначається як нормальне, а додаткові контрольні ультразвукові обстеження для оцінки розміщення плаценти не потрібні. Кольорові та пульсові доплерографічні дослідження корисні для підтвердження положення плацентарного краю та виключення *vasa previa*, оскільки низьке розташування плаценти може бути пов'язане з *vasa previa*.
- Якщо край плаценти перекриває або знаходиться на відстані менше 2 см від внутрішнього вічка, повторне трансвагінальне УЗД проводиться на 36 тижні.

#### Огляд в терміні 36 тижнів:

- Якщо край плаценти перекриває внутрішнє вічко, то проводиться планове розродження шляхом кесаревого розтину.
- Якщо край плаценти не перекриває, але знаходиться на відстані менше 2 см від внутрішнього вічка, слід обговорити з пацієнткою ризики та переваги вагінальних пологів. Ризик кровотечі зростає із зменшенням відстані між плацентарним краєм та внутрішнім вічком, а також при наявності *vasa previa*.

#### **Виключення *placenta accreta***

Слід виключити ймовірність *pl. accreta/increta/percreta*, враховуючи їх асоціацію з передлежанням плаценти.

Якщо припущення підтверджується, то допологове лікування щільного прикріплення плаценти є таким самим, як і для передлежання плаценти, але ризики пологів дещо відрізняються. Кесарів розтин повинен бути виконаний у меншому терміні гестації, ніж при наявності лише передлежання, а передопераційна підготовка включає планування кесаревого розтину-гістеректомії (що зазвичай потрібно) та втручання, які зменшать ризик масивної кровотечі (яка спостерігається частіше, ніж при передлежанні).

#### **Зниження ризику кровотечі**

Для окремої пацієнтки неможливо точно передбачити, чи відбудеться спонтанна кровотеча, у якому терміні вагітності, її обсяг, або частоту подібних кровотеч. Сонографічні характеристики, про які повідомляється, що пов'язані з більшою ймовірністю допологових кровотеч, описані окремо.

Добре відомо, що пальпація плаценти, що передлежить, через частково розширену шийку матки може призвести до масивної кровотечі. Ми радимо жінкам із передлежанням плаценти після 20 тижнів вагітності (або раніше, якщо у них вже відбувся епізод вагінальної кровотечі) уникати будь-якої сексуальної активності, яка може призвести до оргазму. Обґрунтування полягає в тому, що якщо відбувається оргазм, можливі тимчасові скорочення матки, що, в свою чергу, можуть спровокувати кровотечу. Крім того, існує занепокоєння, що вагінальний контакт (або введення будь-якого предмета глибоко у піхву) може спричинити пряму травму перелеглої частини (в даному випадку плаценти), що призведе до кровотечі. Немає опублікованих досліджень, які б підтримували або спростовували цю рекомендацію. Однак, як обговорювалося вище, вагінальне дослідження при передлежанні плаценти через частково розширену шийку матки може призвести до сильних кровотеч. Ми також радимо безсимптомним жінкам уникати помірних та великих фізичних навантажень, підйому важкого (наприклад, понад 20 фунтів) або тривалого стояння (наприклад, > 4 години). Такого роду активності були пов'язані з невеликим, але статистичним збільшенням передчасних пологів у мета-аналізі оглядових досліджень (середнє співвідношення шансів 1,10 до 1,20). Також жінкам слід порадижити негайно звернутись до лікаря у разі початку вагінальної кровотечі, враховуючи можливість розвитку масивної кровотечі та необхідності у проведенні екстреного кесаревого розтину.

### **Скринінг на затримку росту плода**

Вагітності, ускладнені передлежанням плаценти, не мають або мають мінімально підвищений ризик внутрішньоутробної затримки росту плода. Немає доказів того, що моніторинг росту плода за допомогою серійних ультразвукових досліджень є корисним; однак ця інформація загальнодоступна, оскільки ріст плода оцінюється

щоразу, коли проводиться ультразвукове дослідження для оцінки положення плаценти.

### **Стационарне та амбулаторне спостереження матері**

Незрозуміло, чи необхідно госпіталізувати асимптомних жінок з передлежанням плаценти. Результати досліджень свідчать про те, що жінки, які не мали жодного випадку передпологової кровотечі, мають низький ризик раптових кровотеч, що потребують екстреного кесаревого розтину для контролю кровотечі. Таких жінок, як правило, можна вести амбулаторно, до поки не трапиться епізод вагінальної кровотечі, або до моменту поступлення в стаціонар на запланований кесарський розтин.

Однак слід враховувати специфічні для пацієнтки фактори ризику. Такі фактори можуть включати вкорочення шийки матки при ультразвуковому обстеженні (наприклад, йде мова про підвищений ризик передчасних пологів, якщо довжина  $\leq 25$  мм, і варто розглянути можливість госпіталізації, якщо шийка матки  $\leq 15$  мм), швидке вкорочення шийки матки (наприклад,  $> 10$  мм протягом одно-, двотижневого періоду за результатами трансвагінального УЗД), неможливість негайно дістатись до лікарні (протягом приблизно 20 хвилин) та відсутність домашньої підтримки у разі надзвичайної ситуації. Ці рекомендації, які базуються на особистому досвіді/думці експертів та даних досліджень щодо ризику передчасних пологів, представляють підхід авторів документу і не повинні розглядатися як стандарт лікування. Товариство материнсько-фетальної медицини не рекомендує плановий скринінг довжини шийки матки на пізніх термінах для жінок з передлежанням плаценти.

### **Аntenатальні кортикостероїди**

Серед жінок, які попередньо не отримували курсу антенатальних кортикостероїдів за стандартними акушерськими показаннями у певний момент вагітності, проводять курс за 48 годин до запланованого кесаревого розтину у терміні меншому, ніж 37 тижнів вагітності.

### **Терміни розродження**

Рекомендовано проведення кесарева розтину в терміні від 36+0 до 37+6 тижнів при вагітності з неускладненим передлежанням плаценти, що відповідає рекомендаціям Американського коледжу акушерів-гінекологів та Товариства материнсько-фетальної медицини.

Неускладнене передлежання плаценти визначається як відсутність затримки росту плода, супутньої преєклампсії чи інших проблем, які мають прецедент для прийняття рішень щодо розродження.

Огляд наявних даних свідчить про те, що ризики, пов'язані з пролонгуванням вагітності (масивні кровотечі, екстрені позапланові пологи), більші, ніж ризики, пов'язані з недоношеністю у цьому терміні вагітності.

## **ДОПОМОГА ПРИ ГОСТРІЙ КРОВОТЕЧІ ПРИ ПЕРЕДЛЕЖАННІ ПЛАЦЕНТИ**

Активна кровотеча пов'язана з передлежанням плаценти є потенційною акушерською надзвичайною ситуацією. Таких жінок слід приймати до пологового відділення для моніторингу стану матері та плода, про що слід повідомити анестезіологічну бригаду.

### **Цілі**

Основними цілями лікування пацієнтки з гострою кровотечею при передлежанням плаценти є:

- Досягнення та/або підтримка материнської гемодинамічної стабільності
- Визначити, чи показаний екстрений кесарський розтин

### **Оцінка стану матері та плода**

Пильний контроль артеріального тиску матері, частоти серцевих скорочень, частоти дихання, периферичного насичення киснем та виділення сечі.

Тахіпное, тахікардія, гіпотонія, низьке насичення киснем та кисневий голод - ознаки гіповолемії.

Частоту серцевих скорочень плода постійно варто відстежувати на предмет наявності ознак гіпоксемії або анемії.

Точний об'єм вагінальної кровотечі важко визначити візуально, особливо коли кров частково просочує рушники, пологові



прокладки або марлеві губки або капає на підлогу. Для кількісної оцінки крововтрати може бути використана одна або декілька з наступних методик:

- Збирайте кров у градуйовані об'ємні ємності.
- Використовуйте наочні додатки, які співвідносять розмір та кількість крові на певних поверхнях (наприклад, пологовому майданчику, простирадлі, губці) та обсягу крові, що поглинається цією поверхнею. Регулярне планування стандартизованого навчання з використання цих діаграм може бути корисним для адекватної оцінки.
- Виміряйте загальну масу просочених кров'ю матеріалів і відніміть відому вагу тих самих матеріалів у сухому стані. Різниця у вазі між вологим та сухим у грамах приблизно відповідає об'єму крові в мілілітрах.
- Спробуйте вирахувати рідини, крім крові (наприклад, навколоплідні води, зрошувальна рідина, сеча), які збираються або всмоктуються.

### **Лабораторне тестування**

Не існує єдиної думки щодо рутинної лабораторної оцінки пацієнток із кровотечею при передлежанні плаценти.

- Як мінімум, варто зробити загальний аналіз крові, визначити групу крові та резус-фактор, та повідомити банк крові про те, що до вас поступила пацієнтка із передлежанням плаценти.
- Підготувати від двох до чотирьох одиниць еритроцитарної маси, коли кровотеча масивна або посилюється, розродження можливе з будь-якої причини, а також варто передбачити труднощі із доставкою сумісної крові.
- Варто проводити оцінку коагулопатії (рівень фібриногену, активованій частковий тромбoplastиновий час, протромбіновий час) у пацієнтів із підозрою на супутнє відшарування або з масивною крововтратою, що призводить до нестабільності гемодинаміки. Приліжковий тест для виявлення пацієнток із порушенням функції згортання крові можна провести біля ліжка хворої. Тривала капілярна кровотеча з місця проколу голки також свідчить про коагулопатію. Алгоритми трансфузії на основі

тромбоеластографії (ТЕГ) або ротаційної тромбоеластометрії (ROTEM) можуть бути корисними, якщо такі є.

Фетальна кровотеча може виникнути, якщо відбувається порушення функцій судин плода у ворсинах плаценти, при *vasa previa* або оболонковому кріпленню пуповини, і їх можна виявити, проводячи тест Клейхауера-Бетке або проточну цитометрію на зразку вагінальної крові. Однак кровотеча плода внаслідок порушення цілісності одного з цих джерел є рідкісною і, як правило, призводить до загибелі плода або невтішного результату моніторингу серцебиття плода, що вимагає екстреного пологорозрішення. Тому малоімовірно, що результати тесту вплинуть на тактику.

## **СТАБІЛІЗАЦІЯ**

### **Внутрішньовенний доступ та введення кристалоїдів**

Ставлять один чи два внутрішньовенні катетери великого калібру та вводять кристалоїди (лактат Рінгера або звичайний фізіологічний розчин) для досягнення/підтримки гемодинамічної стабільності та достатнього діурезу (щонайменше 30 мл/годину).

### **Переливання**

Переливання препаратів крові жінці з активно кровотечею при передлежанні плаценти повинно залежати від зміни об'єму крововтрати з часом та зміни показників гемодинаміки (наприклад, артеріального тиску, ЧСС матері та плода, периферичної перфузії та виділення сечі), а також рівня гемоглобіну.

Гострі кровотечі не асоціюються із негайним зниженням артеріального тиску або гематокриту у здорової молоді жінки. Таким чином, клініцисти повинні бути готові для призначення трансфузії пацієнткам із допологовою кровотечею після постановки діагнозу передлежання плаценти. Автори вважають, що за неспроможністю швидко скорегувати тахікардію або гіпотонію з нормальним сольовим болюсом або значенням гемоглобіну <10 г/дл повинне слідувати негайне переливання.

Загальний підхід такий. Не вводяться токолітичні препарати пацієнткам з активною кровотечею.

- Спочатку автори пропонують переливати дві-чотири одиниці еритроцитарної маси без свіжозамороженої плазми або тромбоцитів, якщо рівень фібриногену > 250 мг/дл, а кількість тромбоцитів >100000/мкл. Мета - кінцеве значення гемоглобіну >10 г/дл.

- Якщо пацієнтку не вдається стабілізувати, ініціюють масивний протокол переливання крові. Якщо протокол масивного переливання крові недоступний, слід вводити резус-негативну кров типу О до тих пір, поки не буде доступна кров, відповідної групи, а також проведена проба на сумісність.

- Якщо кровотеча продовжується, автори пропонують застосовувати ті ж коефіцієнти переливання препарату крові, що застосовуються для пацієнтів з важкими кровотечами іншої етіології: співвідношення 1:1:1 - еритроцитарна маса:свіжозаморожена плазма:тромбоцити. Тестування на місці з використанням TEG або ROTEM, якщо воно доступне, може бути використано для корегування замінного переливання крові.

- Якщо пологи неминучі, рекомендують продовжувати переливання крові до тих пір, поки пацієнтка не стабілізується, кровотеча не зменшиться і гемоглобін стане не менше 10 г/дл. Обрано цей пороговий рівень гемоглобіну, щоб забезпечити запас міцності, оскільки у пацієнтки існує підвищений ризик іншої, більш серйозної кровотечі. Однак, якщо розродження неминуче, доцільним є передопераційний або інтраопераційний цільовий гемоглобін - 8 г/дл.

- Транексамову кислоту зазвичай не вводять перед пологами, оскільки вона вільно проходить через плаценту. Однак вона рекомендована для лікування допологових та пологових кровотеч, пов'язаних з деякими спадковими порушеннями гемостазу. Про ураження плода та новонароджених під її дією не повідомлялося, проте дані обмежені. Зазвичай використовується як компонент лікування післяпологових кровотеч.

Протишоківі заходи застосовуються для відновлення адекватного артеріального тиску у вагітних/жінок після пологів, які є гемодинамічно нестабільними через сильну кровотечу в умовах низьких ресурсного забезпечення. Однак ці заходи не



використовувались, коли плід був життєздатним, і немає інформації про їх впливу на матково-плацентарний кровотік і плід.

## **Результат**

Більшість жінок, які спочатку мали симптомне передлежання плаценти, реагують на підтримуючу терапію, як описано вище, і не потребують негайного розродження. В оглядових дослідженнях 50% жінок із симптомним передлежанням (будь-яка кількість кровотеч) не розроджувались терміново принаймні протягом чотирьох тижнів. Навіть масивна кровотеча не виключає консервативного лікування. В одному дослідженні 50% жінок, у яких початкова геморагічна втрата перевищила 500 мл, успішно лікувались агресивним використанням переливання перед пологами і мали в середньому пролонгування вагітності на 17 днів.

## **Показання до розродження**

- Кесарів розтин показаний при:

- Активних переймах.
- Відстеженні серцевого ритму плода III категорії, яке не реагує на реанімаційні заходи.
- Сильній та стійкій вагінальній кровотечі, такій що гемодинамічну стабільність матері неможливо досягти або підтримати.
- Значній вагінальній кровотечі після 34 тижнів вагітності - Автори вважають, що співвідношення користі для плода та ризику для матері схиляє у сторону пологів у жінок із значними вагінальними кровотечами після 34 тижня, оскільки користь від уникнення передчасних пологів у новонароджених зменшується із збільшенням терміну вагітності, а ризик для матері через стійкі або повторювані кровотечі, ймовірно, збільшуються. Поріг терміну вагітності та кількість кровотеч, які вважаються значущими, є питаннями для розсуду клініциста. Рішення про пролонгування вагітності приймається в кожному конкретному випадку. Пологи не слід відтермінувати для введення антенатальних кортикостероїдів.

## **Сульфат магнію**

Автори пропонують курс терапії сульфатом магнію для нейропротекції під час вагітності у терміні від 24 до 32 тижнів у

випадку, коли було прийнято рішення про родорозрішення протягом 24 годин, але не швидше. Не слід відкладати екстрені пологи через стан матері або плода для введення сульфату магнію.

## **ВАРІАНТИ ЛІКУВАННЯ СТАБІЛЬНИХ ХВОРИХ ПІСЛЯ КРОВОТЕЧІ**

### **Кандидати та цілі**

Автори вважають, що симптоматичні жінки з терміном гестації менше 34 тижнів вагітності, гемодинамічно стабільні або які швидко стабілізуються та мають нормальні характеристики частоти серцевих скорочень плода, є кандидатами на подальше лікування. Мета - пролонгувати вагітність, щоб забезпечити подальший ріст та дозрівання плода, не піддаючи матір надмірному ризику стійких або повторних кровотеч.

Лікування передлежання плаценти після гострої кровотечі базується на результатах досліджень та клінічному досвіді. Систематичний огляд, який намагався оцінити вплив клінічних втручань при цих вагітностях, прийшов до висновку, що недостатньо даних, на основі яких можна було б давати обґрунтовані рекомендації щодо клінічної практики; було виявлено лише три рандомізовані дослідження, в яких брали участь 114 жінок. Після стабілізації стану пацієнтки автори застосовують наступний підхід:

### **Антенатальні кортикостероїди**

Курс антенатальної кортикостероїдної терапії проводиться жінкам із симптомами у терміні від 23+0 до 33+6 тижнів вагітності для дозрівання легень плода. Автори проводили курс стероїдів жінкам, у яких перша кровотеча відбувалась в терміні 34+0 до 36+6 тижнів вагітності, і які не проходили попереднього курсу, оскільки ці жінки народжують шляхом кесаревого розтину до 37 тижнів.

### **Корекція анемії**

Для оптимальної корекції анемії можуть знадобитися пероральні або парентеральні добавки заліза. Парентеральна терапія залізом має такі переваги як те, що рівень гемоглобіну зростає швидше і препарат менше впливає на шлунок, порівняно з пероральною

формою прийому. Якщо призначено пероральне залізо, послаблюючі засоби та дієта з високим вмістом клітковини допомагають мінімізувати закрепи та уникнути надмірного напруження, яке може спричинити кровотечу.

### **АНТИ-D Імуноглобулін**

Теоретично, порушення плацентарного фетоматеринського кровообігу може призвести до фетоматеринських переливань. З цієї причини вказівки щодо профілактики алоїмунізації RhD пропонують вводити анти-D-імуний глобулін Rh-негативним жінкам, у яких кровотеча при передлежанні плаценти.

### **Оцінка плода**

Не доведено значення нестресового тесту або проведення біофізичного профілю плода при вагітності з безсимптомним передлежанням плаценти та відсутніми ознаками внутрішньо-плацентарної недостатності (наприклад, прееклампсія, обмеження росту плода, олігогідрамніон). Автори проводять нестресовий тест під час вагітності із vasa previa, щоб знайти будь-які докази здавлення канатика.

**Аутологічне донорство крові** - Деякі жінки можуть розглянути можливість донорства крові, враховуючи високу частоту кровотеч, що вимагають переливання крові (12% в одній серії та 22% - в іншій). Програма збору та переливання аутокрові може зменшити потребу в гомологічному переливанні крові. Однак більшість жінок, які кровоточать при передлежанні плаценти, не будуть відповідати стандартним критеріям аутологічного донорства. Деякі центри знизили поріг гемоглобіну до  $>10$  г/дл для вагітних із передлежанням плаценти, щоб забезпечити аутологічне донорство для більшості цих жінок.

### **ІНШІ ВТРУЧАННЯ**

#### **Токоліз**

Автори не використовують токолітичні препарати для лікування передлежання плаценти, враховуючи відсутність доведеної користі та відомої можливої шкоди.

У пацієнок із переймами можна використовувати токолітики, проводячи курс бетаметазону, якщо кровотеча зменшується або припинилася, а пологи не передбачені іншим загрозливим станом матері або плода. У таких пацієнок скорочення матки може механічно сприяти відділенню плаценти та кровотечам, а отже, токоліз може зменшити або усунути потенційний сприяючий фактор.

Індометацин не застосовують через його інгібуючий вплив на функцію тромбоцитів.

Деякі оглядові дослідження на жінках із симптомним передлежанням плаценти вказують на те, що токоліз може пролонгувати вагітність і призвести до збільшення ваги при народженні, не спричиняючи негативних наслідків для матері або плоду. Однак цілком ймовірно, що основні відмінності у лікованих та нелікованих (контрольних) пацієнок пояснювали цю користь. Крім того, ці дослідження, як правило, не показали зменшення кількості епізодів кровотеч після проведення токолізу, загальної кількості крововтрати або кількості переливання крові. Інші дослідження повідомляють, що підтримуючий токоліз у жінок з передлежанням плаценти не є корисним.

### **Серкляж**

За відсутності якісних доказів ефективності та безпеки, ми радимо не проводити серкляж для поліпшення результату вагітності при передлежання плаценти. Однак наявність стабільного передлежання плаценти не є протипоказанням для розміщення серкляжу, коли це показ до лікування ІЦН. Ефективність цього підходу не доведена. Хоча мета-аналіз двох невеликих рандомізованих досліджень, що оцінювали серкляж для поліпшення результату вагітності, в першу чергу із симптоматичним передлежанням плаценти, повідомляв, що цервікальний церкляж знижує ризик пологів до 34 тижнів (відносний ризик [RR] 0,45, 95% ДІ 0,23-0,87) та народження немовляти з вагою менше 2000 г (RR 0,34, 95% ДІ 0,14-0,83), відсутність узгодженості між дослідженнями та методологічними проблемами заважають зробити чіткий висновок про користь.

## Стаціонарне vs Амбулаторне лікування

- **Пацієнтки з одним чи двома епізодами кровотечі** - якщо кровотеча у пацієнтки зупиняється після першого чи другого епізоду кровотечі, радять відправляти її додому, якщо вона відповідає критеріям, описаним нижче.

- **Пацієнтки з трьома і більше епізодами кровотечі** - якщо трапляється третій епізод кровотечі, жінку зазвичай госпіталізують до проведення розродження. Оскільки частота та тяжкість повторних епізодів кровотечі непередбачувані, підтримка безпосередньої близькості до пологового відділення може звести до мінімуму ризик серйозних ускладнень матері та плоду, завдяки швидкому доступу до трансфузійної терапії та екстреного кесаревого розтину, коли це необхідно.

Одне дослідження показало, що ризик екстреного кесаревого розтину поступово збільшувався з одним, двома та трьома епізодами допологової кровотечі (співвідношення шансів [АБО] 7,5, 14 та 27 відповідно) та у жінок, яким переливали кров (АБО 6.4) порівняно з жінками, у яких кровотечі перед пологами відсутні. У цьому дослідженні 57% жінок із кровотечею з передлеглої плаценти мали екстрені пологи, а частота екстрених пологів становила 42% після трьох і більше епізодів кровотечі проти 25 – 30% - після одного або двох епізодів кровотеч.

Єдине рандомізоване дослідження амбулаторного та стаціонарного лікування жінок із передлежанням плаценти після завершення першого епізоду кровотечі повідомляло, що амбулаторна допомога не асоціюється із більшою захворюваністю, ніж стаціонарне лікування. Пацієнток, випадково віднесених до амбулаторної групи, у яких повторювалася кровотеча, спочатку розглядали як стаціонарних пацієнток, і їх знову виписували додому, якщо вони були стабільними, незважаючи на мінімальну амбулаторну допомогу через мінімум від 48 до 72 годин. Однак, якщо у цих пацієнток був третій епізод кровотечі, їх госпіталізували до терміну очікуваних пологів. Значні відмінності в результатах, можливо, не були оцінені з огляду на невелику кількість жінок (n = 53), які брали участь у цьому дослідженні.



## **Критерії виписки**

Автори виписують жінок із передлежанням плаценти, у яких кровотеча зупинилась мінімум на 24 години і у яких немає інших ускладнень вагітності, хоча безпечність та ефективність цього підходу не встановлена. На практиці кандидати на амбулаторну допомогу повинні:

- Мати можливість повернутися до лікарні протягом 20 хвилин.
- Мають бути обізнаними щодо правильного поведження (тобто дотримуватись інструкцій щодо сексуальної активності, тощо).
- Вміти підтримувати модифікований постільний режим вдома.
- Розуміти ризики, пов'язані з амбулаторним контролем.
- Доступ близької дорослої людини цілодобово, яка може негайно доставити жінку до лікарні, якщо спостерігається легка кровотеча, або викликати швидку допомогу у разі сильної кровотечі.

## **Терміни розродження**

Як обговорювалося вище, планові кесареві розтини пацієнтам зі стабільним (без кровотечі або мінімальною кровотечею) передлежанням плаценти слід виконувати на 36+0 до 37+6 тижнів. Подальше лікування припиняється, і проводиться екстрений кесарів розтин, якщо відбувається щось із наступного:

- Перейми
- Будь-які вагінальні кровотечі із серцевим ритмом плоду III категорії, які не реагують на реанімаційні заходи
- Сильна та стійка вагінальна кровотеча, така, що гемодинамічну стабільність матері неможливо досягти або підтримати
- Значні вагінальні кровотечі після 34 тижнів вагітності

## **КЕСАРІВ РОЗТИН**

Кесарів розтин завжди має розглядатися, коли є сонографічні дані про передлежання плаценти та життєздатний плід. Вагінальні пологи можуть розглядатися в рідкісних обставинах, наприклад, у разі загибелі плоду поки мати залишається гемодинамічно стабільною.

Для кесаревого розтину повинні бути доступні дві-чотири одиниці еритроцитів. Також повинні бути доступні відповідні хірургічні

інструменти для проведення операції кесаревого розтину, оскільки ці пацієнтки мають підвищений ризик розвитку відшарування плаценти, навіть за відсутності в анамнезі попереднього кесаревого розтину.

### **Поводження з плацентою**

Хірург повинен намагатися уникати пошкодження плаценти при розрізі матки. Якщо пошкоджено плаценту, крововилив із судин плода може призвести до значної анемії новонароджених; отже, немовля повинно бути вилученим швидко, а пуповина негайно перетиснута.

Передопераційна або інтраопераційна сонографічна діагностика локалізації плаценти корисна для визначення місця розрізу на матці. Для інтраопераційної візуалізації датчик поміщають у стерильний поліетиленовий пакет та гільзу, а стерильний гель наносять на серозу матки; тоді найкраще місце розрізу можна знайти за допомогою сонографічного зображення.

Якщо плацента знаходиться в передньо-бічному розташуванні, можна зробити вертикальний розріз в нижньому сегменті матки на протилежному передньо-бічному боці від плаценти. Якщо плацента охоплює шийку матки від переднього до задньо-нижнього сегмента матки по середній лінії, над нею може бути виконаний поперечний або вертикальний розріз, хоча вертикальний розріз часто призводить до розширення у верхній сегмент матки.

### **ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯПОЛОГОВИХ КРОВОТЕЧ**

Окситоцин вводять регулярно, щоб зменшити ризик післяпологової кровотечі. Тим не менше, сильна кровотеча може виникнути з плацентарного ложа після народження плаценти: під час систематичного огляду у 16-29% жінок із передлежанням плаценти була післяпологова кровотеча. Причиною підвищеного ризику післяпологових кровотеч є те, що міометрій нижнього сегмента матки не скорочується настільки ефективно, як верхній сегмент матки, і, отже, може перешкоджати фізіологічному гемостазу у плацентарному руслі нижнього сегмента. У деяких випадках крововилив відбувається через вогнищеве прирощення плаценти.

Післяпологові кровотечі ведуться наступним чином:

**Крок перший:** призначити утеротонічні препарати та транексамову кислоту; розгляньте тимчасові способи зупинки кровотечі:

- Окситоцин - дозу окситоцину можна збільшувати за необхідності для контролю сильних кровотеч. Якщо окситоцин сам по собі не контролює кровотечу, варто ввести транексамову кислоту разом з додатковими утеротонічними препаратами (триметаміном карбопросту [простагландин F2 альфа] або метилергоновіном). Введення утеротонічних препаратів детально обговорюється окремо.
- Транексамова кислота - зменшує ризик смерті внаслідок кровотеч у жінок з післяпологовими кровотечами без негативних наслідків. Її слід вводити якомога швидше після початку кровотечі. Ймовірно, вона також зменшує загальну крововтрату при профілактичному призначенні здоровій популяції вагітних жінок. Один грам (10 мл розчину 100 мг/мл) вводять протягом 10-20 хвилин, оскільки введення > 1 мл/хвилину може спричинити гіпотонію. Якщо кровотеча зберігається через 30 хвилин, вводять другу дозу - 1 г. Транексамову кислоту можна призначати одночасно з іншими утеротонічними препаратами та процедурами для зменшення кровотечі. Це не слід розглядати як альтернативну терапію.
- Турнікети - турнікети можуть бути корисними як профілактичний захід під час введення та очікування ефекту медикаментозної терапії або розгляду питання про хірургічне втручання. Катетер сечового міхура або дренаж Пенроуза щільно прив'язують навколо матки якомога нижче, щоб закупорити судини матки в широких зв'язках, а потім закріплюють затискачем. За потреби може бути застосований другий або третій джгут.

**Крок другий:** Лікування локальних кровотеч, якщо вони є

- Наступні варіанти можуть контролювати кровотечу з невеликої вогнищевої зони:

- Гемостатичні квадратні шви
- Розміщення фібринового клею або пластиру на ділянку - для згортання крові
- Нанесення сульфату заліза (розчин Монселя)

- Ін'єкція вазопресину в плацентарну ложе
- Висічення, якщо площа невелика і легкодоступна, особливо у випадках фокального прирощення плаценти з постійною кровотечею

**Гемостатичні квадратні шви** - Лігування судин міометрія в ділянці плаценти дозволить контролювати вогнищеві кровотечі у пацієнток, у яких є локальна плацента accreta, а також у деяких пацієнток, які погано реагували на внутрішньовенну утеротонічну терапію.

Техніка внутрішньоматкового гемостатичного квадратного шва Аффронті передбачає створення чотирьох-шести квадратів розміром 2 на 2 см в області кровотечі з плацентарного ложа. Шви 1,0 з полілактину 910 повинні проникати в децидуальну оболонку і проникати в міометрій, але не за межі серозної оболонки матки. Кінці швів щільно зав'язують, щоб стиснути закриті судини.

В одному дослідженні множинні квадратні шви зупинили післяпологову кровотечу у 28 з 30 випадків (93%). Потім двадцять жінок пройшли гістероскопію: у восьми (40%) не було внутрішньоматкових спайок, у дев'яти (45%) були тонкі спайки, які легко видалялися кінчиком гістероскопа, у двох (10%) були помірно виражені внутрішньоматкові спайки, які були резековані, і одна (10%) мали виражені внутрішньоматкові спайки.

**Ін'єкція вазопресину в плацентарну ділянку** - Автори не застосовували цю методику у пацієнтів з передлежанням плаценти. Ін'єкція вазопресину в плацентарну ділянку для зменшення кровотечі, хоча є біологічно вірогідною та потенційно клінічно значущою, базується на двох невеликих серіях досліджень. Після виділення плаценти субендометріальне введення вазопресину в місце імплантації плаценти може зменшити кровотечу. Сприятливий ефект пояснюється зв'язуванням з рецепторами вазопресину V1a, які сильно виражені у клітинах гладкої мускулатури нижнього сегмента матки. Слід уникати внутрішньосудинних ін'єкцій, оскільки це може спричинити серйозні несприятливі серцево-судинні ефекти (брадикардія, серцева аритмія, ішемія, правашлуночкова серцева недостатність, шок, зупинка серця, ішемія кінцівок).

В одному дослідженні місцеве введення 4 одиниць вазопресину на 20 мл фізіологічного розчину в місце імплантації плаценти значно зменшило крововтрату без збільшення захворюваності (крововтрата: з вазопресином 1149 мл, без вазопресину 1634 мл). У звіті про випадки 5 одиниць вазопресину в 20 мл фізіологічного розчину, що вводиться в кількості 1-2 мл в область імплантації плаценти, зупинили кровотечу протягом 90 секунд.

**Крок третій: Лігування маткових та внутрішньоматкових артерій** (шов О'Лірі) - Лігування маткових та внутрішньоматкових артерій (шов О'Лірі) може зменшити дифузні маткові кровотечі за рахунок зменшення перфузійного тиску в міометрії. Методика, яку можна швидко застосувати, описана окремо.

**Крок четвертий: Внутрішньоматкова балонна тампонада** та/або компресійні шви на матку - Якщо кровотеча зберігається, наступним кроком є або внутрішньоматкова балонна тампонада, або накладення компресійних швів на матку. Оскільки жодне дослідження не порівнювало два підходи безпосередньо в цій ситуації, вибір залежить від клінічної ситуації/умінь хірурга.

Компресійні шви на матку можуть бути більш ефективними при атонії та кровотечі з дна матки, тоді як балон може бути більш ефективним при кровотечах з нижнього сегмента. Однак перевагою першочергового введення балону є те, що це швидка і проста процедура, і якщо це не спрацює, балон можна здути, накласти компресійні шви, а потім, якщо потрібно, надути балон. Якщо спочатку накласти компресійні шви, їх доведеться зняти, щоб розмістити балон.

**Внутрішньоматкова балонна тампонада** - Внутрішньоматкова балонна тампонада - це швидка і часто ефективна процедура контролю кровотечі у пацієток, які не реагували на медикаментозну терапію або локальне накладання швів на плацентарному шарі. Мета-аналіз показав, що після розміщення внутрішньоматкового балона у 87% пацієток з передлежанням, зупинялася кровотеча без материнської смерті та проводились додаткові хірургічні або рентгенологічні втручання. У невеликому



дослідженні, в якому 13 пацієнтів з масивною кровотечею з передлежання плаценти були випадковим чином призначені для введення балонних або гемостатичних квадратних швів, балонна група мала більше скорочень операційного часу та інтраопераційної крововтрати (час: 63 проти 78 хвилин; інтраопераційна крововтрата: 1520 проти 1946 мл).

Стебло балонного катетера може проходити через розріз матки, через шийковий отвір, а потім у піхву; асистент витягує кінець катетера назовні. Потім хірург поміщає ніжку катетера у відкритий наконечник, щоб асистент міг втягнути його у піхву, тоді як хірург розміщує кінець балона у відповідному місці в порожнині матки. Балон можна залишити спущеним або наповнити 50-100 мл стерильного сольового розчину, щоб зменшити ризик проколу при зашиванні розрізу на матці. Після закриття розрізу матки асистент надуває балон до максимального обсягу стерильною рідиною (наприклад, 500 мл для балонного катетера Бакрі та BT-Cath), поки хірург оглядає матку зверху.

**Компресійні шви на матку** - якщо балонна тампонада неефективна, балон можна спустошити і накласти компресійний шов на матку за B-Lynch. Потім місце розрізу на матці зашивається, матка розміщується в малому тазу (якщо вона була виведена із рани), а балон знову надувається, тим самим чинячи тиск як на зовнішню, так і на внутрішню поверхні міометрія. Важливо спостерігати за міометрієм і припинити введення рідини до того, як у місцях компресійного шва відбудеться надмірне бланшування, яке може призвести до розриву або некрозу матки. Також важливо спостерігати за вагінальними виділеннями, щоб перевірити, чи зупинилася кровотеча.

Розгляньте **артеріальну емболізацію** - коли вищезазначені заходи не дали результатів. Емболізація маткових або гіпогастральних артерій в операційній із залученням усієї хірургічної бригади є варіантом, якщо у закладі є гібридна операційна або операційна, яка дозволяє одночасно проводити хірургічну операцію та емболізацію (відповідним чином чутливий портативний стілець із C-

рукою та вуглецевим волокном). Автори вважають, що емболізація є кращою за хірургічну перев'язкою внутрішньої клубової артерії.

**Гістеректомія** - Гістеректомія - це кінцеве лікування маткових кровотеч, коли процедури, що із збереженням фертильності не знизили кровотечу до керованого рівня. В ідеалі її слід проводити до того, як розвинуться важка гіповолемія, гіпоксія тканин, гіпотермія, електролітні відхилення та ацидоз, що ще більше погіршує стан пацієнтки.

**Переклад:** Шабала Юлія

**Редакція:** Трофімчук Тетяна

**Джерело:** <https://www.uptodate.com/contents/placenta-previa-management>

