

Передлежання плаценти у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину (Оглядова стаття)

В. О. Киричук

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті патогенетично обґрунтовано передлежання плаценти у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину. Представлені фактори, що зумовлюють виникнення даної патології у жінок з рубцем на матці. Розглянуто феномен міграції плаценти. Описані клінічні симптоми передлежання плаценти та обґрунтовані механізми їхнього виникнення. Розглянуті варіанти ведення жінок з рубцем на матці при передлежанні плаценти відповідно до об'єму крововтрати. **Ключові слова:** передлежання плаценти, рубець на матці, кесарів розтин.

На сьогодні однією із найбільш поширених операцій в акушерстві є кесарів розтин (КР). Важливість цієї операції не можна недооцінювати, позаяк саме цей метод розродження, як в ургентному, так і у плановому порядку, дозволяє уникнути у більшості випадків ускладнень як з боку вагітної, так і з боку плода [5, 7, 8, 10]. За останні роки спостерігається світова тенденція до зростання кількості даної акушерської операції [13, 16]. Так, у лікувальних закладах Європи і США частота КР на сьогодні досягає близько 27%. У країнах з меншим соціально-економічним розвитком частота операцій КР сягає аж 60% [1, 4, 20]. В Україні також спостерігається значне зростання частоти КР за останнє десятиліття – з 12 до 27%, а в перинатальних центрах – досягає 40% [5, 10].

Зважаючи на дані показники, прогнозується і подальше зростання кількості КР. Очікують, що до 2020 р. частота КР сягне аж 56%. А отже, кожна друга вагітність буде закінчуватися оперативним розродженням шляхом КР [13, 20].

Основною причиною підвищення частоти КР є розширення показань до планового КР. Також до причин зростання даного показника можна віднести зростання кількості вікових першороділь з обтяженим акушерським чи гінекологічним анамнезом, застосувань кількості допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) у зв'язку з безплідністю первинною чи вторинною, внаслідок чого також зростає кількість багатоплідних вагітностей [4, 5].

Також до зростання кількості КР приводить збільшення повторнороділь з рубцем на матці (КР при перших пологах) [16].

Більше 30% жінок, які в анамнезі мають рубець на матці, планують повторні вагітності. У таких випадках пологи майже у 90% завершуються повторним КР [5, 9].

Зростання кількості КР спричинило відповідно і зростання числа ускладнень, що виникають після даної операції [1, 2, 4].

Однією з причин виникнення даних ускладнень є формування рубцевої тканини.

Репаративний процес після операції є складним процесом з цілого комплексу реакцій на клітинному рівні [12]. Усі ці реакції можна розділити на три стадії:

1. Стадію запалення.
2. Стадію репарації.
3. Стадію ремоделювання.

Усі клітинні реакції відбуваються через цитокіни та фактори росту, а саме: основний фактор росту фібробластів, трансформівний β-фактор росту, епідермальний фактор росту та інші [17].

Як засвідчують дослідження, основну роль у регуляції репаративного росту відіграють макрофагально-фібробластичні та колаген-фібробластичні взаємодії. Завдяки цим взаємодіям відбувається взаємозв'язок між такими процесами, як продукція та розпад колагену.

Основою повноцінної регенерації як м'язевої, так і сполучної тканини на початкових етапах є неоангіогенез [17, 18]. Рівень гемоциркуляції визначає, на якому рівні знаходяться процеси оксигенації та тканинного метаболізму. Отже, чим тяжчий ступінь порушення мікроциркуляції, тим тяжчі порушення процесів транскапілярного обміну та тим гірше відбувається процес репарації [18].

Також, за даними багатьох досліджень, на процес репарації рубцевої тканини впливає низка факторів як до пологів, так і після операції, а саме:

- хронічні вогнища інфекції;
- преморбідний стан жінки;
- тривалість пологів та оперативного втручання;
- об'єм крововтрати та адекватність відновлення крововтрати, особливо у разі великого об'єму крововтрати;
- спосіб розрізу на матці, спосіб ушивання та шовний матеріал;
- особливості перебігу післяопераційного періоду [4].

Отже, основними факторами, які впливають на швидку регенерацію тканини і формування рубця на матці після операції КР, є гарне кровопостачання у ділянці рубця, яке виключає розвиток гіпоксії та ішемії у даній ділянці, а також відсутність або мінімізація запального процесу.

За повноцінної регенерації відбувається репарація за рахунок м'язевої тканини, за субституції – за рахунок сполучної тканини, що, власне, і є передумовою аномальної плацентатії [4, 6, 17].

За даними різних авторів, за повторної вагітності у жінок з рубцем на матці у 5–10 разів збільшується ймовірність аномальної плацентатії, а саме – справжнього прирощення плаценти, передлежання плаценти, а також низької плацентатії [15].

Морфогенез плаценти залежить від стану розвитку матково-плацентарного кровотоку. Згідно з даними досліджень, з 16–18-го дня після імплантації відбувається інвазія інтерстиціального цитотрофобласта. На 5–6-у тиждень вагітності відбувається перша хвиля інвазії, внаслідок якої з'являються клітини цитотрофобласта в ендометріальних сегментах спіральних артерій. Внаслідок цього спіральні артерії розширюються та «вскриваються» у міжворсинчастий простір. Це і є початком формування матково-плацентарного комплексу (МПК).

Друга хвиля інвазії припадає на 16–18-й тиждень вагітності. Відбувається руйнація еластом'язових компонентів судин та їхнє заміщення фібриноідом внаслідок міграції клітин внутрішньосудинного цитотрофобласта в міометральний сегмент спіральних артерій. Через майже повну деструкцію ендо- і міометральних сегментів спіральних артерій знижується відповідь на вазопресинові фактори, внаслідок чого відбувається подальший розвиток МПК [12].

За наявності рубця на матці більш тонка стінка нижнього сегмента не здатна забезпечити необхідного кровопостачання

плацентарного ложа, гестаційної перебудови спіральних артерій, що і призводить до аномальної плацентації [2, 19].

На сьогодні частота передлежання плаценти варіює від 0,3% до 1,4%, а частота низької плацентації досягає близько 9%. У I триместрі вагітності ця частота іноді сягає близько 30%, а до пологів знижується до 0,3%. Це пояснюється феноменом міграції плаценти. Найчастіше цей феномен пояснюється тим, що під час вагітності змінюється топографія нижнього сегмента матки. Міграція плаценти може відбуватися лише в одному напрямку, а саме – від нижнього сегмента матки до дна матки. Унаслідок цього відбувається зміщення плаценти разом з міометрієм [3, 11]. У майже 27% жінок, згідно з дослідженням, міграція плаценти відбувається безсимптомно. У більшості (73%) ж жінок міграція перебігає з симптомами загрози (кровотечі), анеміями тощо. Автори виділяють три типи міграції плаценти: швидка, помірна та повільна. Залежно від швидкості міграції у вагітної можуть виникати різні симптоми. Так, у разі швидкої міграції основним симптомом є кровотеча, при цьому число викиднів становить 43,7%. У разі помірної міграції основним симптомом є біль внизу живота, при цьому частота викиднів становить 5,8%. Повільна міграція майже завжди перебігає без жодних симптомів. Одним з чинників, що впливають на швидкість міграції плаценти, є наявність рубця на матці після попереднього КР [2, 11].

Ураховуючи останні досягнення в області ультразвукової діагностики, оцінюючи комплексно усі фактори ризику, передлежання плаценти та низьку плацентацію сьогодні можна виявити ще на ранніх термінах вагітності та попередити і зменшити кількість ускладнень, пов'язаних з даною патологією.

Ультразвукова діагностика (УЗД) дозволяє встановити власне саму аномалію передлежання та її вид, а саме – повне передлежання та низьку плацентацію. Також УЗД дозволяє оцінити розміри та структуру плаценти, виявити відшарування чи гематоми, а також спостерігати міграцію плаценти, а на ранніх термінах – хоріона [3, 21].

Спеціалісти УЗД стверджують, що якщо є підозра низького розташування плаценти чи передлежання, краще використовувати трансвагінальний датчик при УЗД на ранніх термінах вагітності, позаяк даний метод більш точний (порівняно з трансабдомінальним дослідженням), а його безпечність доведена (II-2A). За умови, якщо у II триместрі вагітності край плаценти доходить до внутрішнього зівача чи перекирває його, необхідне спостереження у динаміці за локалізацією плаценти у зв'язку з феноменом міграції плаценти. Вважають, що контроль УЗД слід проводити у 16, 24–26 та 36 тиж гестації. За даними спеціалістів, найбільша вірогідність передлежання плаценти, якщо у II триместрі край плаценти перекирває внутрішній зівач на 15 мм і більше. За допомогою УЗД можливо не лише дізнатися про аномальну плацентацію, а саме – передлежання плаценти, а й

визначити наявність гематом при відшаруванні плаценти навіть без клінічних проявів [2, 15].

Одним із ранніх ознак передлежання плаценти є кровотечі, що виникають у різні терміни вагітності та повторюються неодноразово. За прогресування вагітності зростає ймовірність та частота кровотеч. Це пов'язано з розтягненням стінок матки та формуванням нижнього сегмента. На думку деяких авторів, кровотечі за передлежання плаценти пов'язані з тим, що у зв'язку з даною аномалією порушується координований характер скорочення міометрія та підвищується його збудливість. А підвищена збудливість міометрія пов'язана з відсутністю так званого прогестеронового блока плацентарної площадки.

У зв'язку з кровотечами, що часто повторюються, у жінок з передлежанням плаценти діагностують анемію, яка прогресує з розвитком вагітності. За даними авторів, середній рівень Hb у жінок з передлежанням плаценти коливається у межах 105 г/л, незважаючи на проведену гемостимуляторну терапію [1, 21].

При передлежання плаценти досить часто реєструють фетоплацентарну недостатність (ФПН). Основою патогенеза ФПН при передлежання плаценти є часткове відшарування, великі ділянки інфаркту плаценти та хронічна анемія внаслідок рецидивних кровотеч [9].

Також одним із симптомів передлежання плаценти є гіпотензивний синдром, який діагностують у 20–25% випадків. Це пов'язано зі зменшенням плазматичного та глобулярного об'ємів, а внаслідок цього – і зменшення ОЦК.

Тактика лікування та ведення жінок з передлежанням плаценти залежить від об'єму кровотрати.

Якщо у жінки відсутні симптоми геморагічного шоку, ознаки дистресу плода, об'єм кровотрати становить близько 250 мл та строк вагітності до 37 тиж, вибирають очікувальну тактику. При цьому проводять гемостатичну терапію, за вагітності до 34 тиж – профілактику РДС плода.

У разі кровотечі, що продовжується (об'єм кровотрати становить більше 250 мл), появи симптомів геморагічного шоку, ознак дистресу плода проводять термінове розродження шляхом КР незалежно від терміну вагітності та життєздатності плода.

У разі повного передлежання плаценти, яке було діагностовано за допомогою УЗД під час вагітності, за відсутності кровотечі плановий КР проводять у терміні гестації 37–38 тиж [14, 19].

ВИСНОВКИ

Узагальнюючи все, викладене вище, необхідно зазначити, що передлежання плаценти у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину залишається досить актуальним питанням на сьогоднішній день. Своєчасне виявлення та діагностика даного патологічного стану в акушерстві дає можливість попередити масивні акушерські кровотечі, що призводять до антенатальної загибелі плода, та материнську смертність.

Предлежание плаценты у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения В.А. Киричук

В статье патогенетически обосновано предлежание плаценты у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения. Представлены факторы, способствующие возникновению данной патологии у женщин с рубцом на матке. Рассмотрен феномен миграции плаценты, описаны клинические симптомы предлежания плаценты и обоснованы механизмы их возникновения. Рассмотрены варианты ведения женщин с рубцом на матке при предлежании плаценты в соответствии с объемом кровопотери.

Ключевые слова: предлежание плаценты, рубец на матке, кесарево сечение.

Placenta praevia in women with scar on the uterus after previous cesarean section V. Kyrychuk

Author represents pathogenetically plausible in women with scar on the uterus after previous cesarean section. The factors contributing to the occurrence of this pathology in women with scar on the uterus are presented. The phenomenon of placental migration is considered. Clinical signs of placenta praevia are presented in this article and the mechanisms of their occurrence are grounded. The variants of the management of women with a scar on the uterus with placenta praevia are considered in accordance with the volume of blood loss.

Key words: placenta praevia, scar on the uterus, cesarean section.

Сведения об авторе

Киричук Валентина Александровна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 286-52-09

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аномалии расположения плаценты: акушерские и перинатальные аспекты / В.С. Горин [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2010. – № 6. – С. 26–31.
2. Баев О.Р. Аномалии прикрепления плаценты / О.Р. Баев // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 5. – С. 3–6.
3. Бойкова Ю.В. Изучение влияния скорости миграции плаценты на течение и исходы беременности по данным эхографии / Ю.В. Бойкова // Ультразвуковая диагностика. – 1999. – № 1. – С. 12–15.
4. Буянова С.Н. Диагностика, лечение и профилактика отсроченных осложнений кесарева сечения / С.Н. Буянова, Т.Н. Сенчакова, Н.А. Шукина // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1997. – № 1. – С. 65–68.
5. Вдовиченко Ю.П. Вагітність та пологи у жінок з рубцем на матці після кесарського розтину. Ч. II / Ю.П. Вдовиченко, Н.Г. Гойда, О.М. Юзько. – К., 2011. – С. 345–348.
6. Вдовиченко Ю.П., Шлапак І.М. Повторний кесарів розтин: діагностика і профілактика перинатальної патології, відновлення репродуктивного здоров'я // Здоровье женщины. – 2015. – № 3 (99). – С. 153–155.
7. Зота Е.Г., Герман М.С. Вагинальные роды после кесарева сечения // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 2. – С. 24–25.
8. Киселевич М.Ф. Течение беременности и родов у женщин с рубцом на матке / Киселевич М.М., Киселевич В.М. // Медицина и фармакология. – 2014. – № 2. – С. 20–24.
9. Кравченко О.В., Печеряга С.В. Оцінка ефективності профілактик первинної плацентарної дисфункції в ранні терміни гестації при аномальному розташуванні плаценти // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2016. – № 1. – С. 74–75.
10. Кулаков В.И. Кесарево сечение / В.И. Кулаков, Е.А. Чернуха, Л.М. Комиссарова. – М.: Медицина, 2010. – С. 37–39.
11. Курицина С.А. Факторы риска и варианты миграции аномально расположенной плаценты // Здоровье женщины. – 2011. – № 2 (58). – С. 177–178.
12. Мяделец О.Д. Основы цитологии, эмбриологии и общей гистологии / О.Д. Мяделец. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2002. – С. 250–259.
13. Савельева Г.М. Кесарево сечение и его роль в современном акушерстве / Г.М. Савельева // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 3. – С. 10–15.
14. Скорнякова Л.М., Коликов А.И. Особенности родоразрешения беременных с предлежанием плаценты / Матер. 4-го съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 238–239.
15. Тимофеева И.В. Факторы риска возникновения аномального расположения плаценты // Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы гинекологической эндокринологии и репродуктивное здоровье»: Тезисы докладов. – Омск, 2005. – С. 59–62.
16. Щербаков А.Ю. Особенности повторного родоразрешения у женщин после абдоминального кесарева сечения / А.Ю. Щербаков, Т.А. Гладкова, В.Ю. Щербаков // Международный медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 65–67.
17. Broughton G. Wound healing: An overview / G. Broughton, J.E. Janis, C.E. Attinger // Plast. Reconstr. Surg. – 2006. – № 117. – P. 1–32.
18. Darby, I. A. Fibroblast differentiation in wound healing and fibrosis / I.A. Darby, T.D. Hewitson // Int. Rev. Cytol. – 2007. – № 257. – P. 143–147.
19. Singh PM, Rodrigues C, Gupta AN. Placenta previa and previous cesarean section // Acta Obstet. Gynecol. Stand. – 1981. – № 60. – P. 367–368.
20. Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin // Am. College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. – 2004. – Vol. 104, № 54. – P. 303–312.
21. Wexler P, Gottesfeld KR. Early diagnosis of placenta previa // Obstet. Gynecol. – 1979. – № 54. – P. 231–239.

Статья поступила в редакцию 26.09.17