



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

1 (75) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

1 (75)

2025

январь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.12.2024, Accepted: 03.01.2025, Published: 10.01.2025

УДК 618.36-007.274

ДИАГНОСТИКА И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

Юсупова М.А. <https://orcid.org/0009-0005-8338-2538>

Исчанова С.Д., <https://orcid.org/0009-0002-0568-0087>

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии Узбекистан, Хорезмская область, город Ургенч, улица Ал-Хорезми №28 Тел: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ Резюме

Врастание плаценты - тяжелое акушерское осложнение, связанное с высоким риском массивной кровопотери, гистерэктомии и недоношенности новорожденных. Основным фактором, способствующим развитию данной патологии является рубец на матке. Целью исследования явилось улучшить исходы беременностей и родов у женщин с врастанием плаценты усовершенствовав прогнозирование и предупреждение осложнений. При выявлении УЗИ-признаков врастания плаценты, целесообразна дородовая госпитализация всех пациенток в сроке 33-34 недели беременности с целью подготовки к родоразрешению и минимизации рисков кровотечения.

Ключевые слова: беременность, врастание плаценты, кесарево сечение, родоразрешение, новорожденный.

DIAGNOSIS AND DELIVERY OF PREGNANT WOMEN WITH PLACENTA ACCRETA

Yusupova M.A. <https://orcid.org/0009-0005-8338-2538>

Ischanova S.D., <https://orcid.org/0009-0002-0568-0087>

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy Uzbekistan, Khorezm region, Urgench city, Al-Khorezmi street No. 28 Tel: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ Resume

Placenta accreta is a severe obstetric complication associated with a high risk of massive blood loss, hysterectomy, and prematurity in newborns. The main factor contributing to the development of this pathology is the scar on the uterus. The purpose of the study was to improve the outcomes of pregnancy and childbirth in women with placenta accreta by improving the prediction and prevention of complications. If ultrasound signs of placenta accreta are detected, prenatal hospitalization of all patients at 33-34 weeks of pregnancy is advisable in order to prepare for delivery and minimize the risk of bleeding.

Key words: pregnancy, placenta accreta, cesarean section, delivery, newborn.

Актуальность

Проблема акушерских кровотечений в настоящее время по-прежнему остается актуальной. Массивная кровопотеря и геморрагический шок является одной из ведущих причин материнской смертности [1- 4].

Примерно 10% всех кровотечений в акушерстве приходится на долю приращения плаценты и нарушений ее отделения. Этиология и патогенез данного состояния остается не совсем изученным. Согласно одной из гипотез, врастание ткани плаценты в стенку матки происходит в результате дефектной децидуализации вследствие хирургических вмешательств на матке и избыточной инвазии трофобласта [5]. В настоящее время средняя частота приращения плаценты составляет 1 случай на 1000 -2500 родов [2]. Учитывая тенденцию к росту частоты кесарева сечения во всем мире, линейно возрастает риск предлежания и врастания плаценты

[3]. Приращение плаценты квалифицируют по степени ее инвазии в миометрий, выделяя placenta accreta (ворсины проникают в субмукозную зону миометрия), placenta increta (ворсины проникают в миометрий) и placenta percreta (инвазия миометрия и серозной оболочки матки, мочевого пузыря и др.).

Врастание плаценты - тяжелое акушерское осложнение, связанное с высоким риском массивной кровопотери, гистерэктомии и недоношенности новорожденных. Причинами развития данной патологии являются повреждение эндометрия и нарушение имплантации плодного яйца. По степени инвазии плаценты в подлежащие ткани выделяют placenta accreta (приращение плаценты к мышечному слою), placenta increta (врастание плаценты в мышечный слой) и placenta percreta (прорастание плаценты всех слоев матки). Частота и степень тяжести материнской заболеваемости напрямую зависит от глубины врастания плаценты в окружающие ткани [1,8].

По данным Калифорнийского института акушерства и гинекологии, к 2020 году частота кесаревых сечений достигнет 56,2%, что приведет к развитию 4504 новых случаев врастания плаценты ежегодно [3-5].

Ультразвуковое является высокочувствительным и специфическими методами пренатальной диагностики врастания плаценты. Они позволяют установить диагноз и определить метод хирургической техники. Окончательное определение степени инвазии плаценты происходит только во время операции по клинико-анатомическим критериям и подтверждается уже после операции с помощью патоморфологического исследования [3].

Одним из дополнительных методов изучения тканей является иммуногистохимическое исследование. В результате ретроспективного анализа установлена взаимосвязь аномалий структуры миометрия с изменением количественного содержания коллагена (I и III) или нарушением их соотношения. Снижение показателей данных маркеров приводит к уменьшению механической прочности ткани [1,5]. Выявлена зависимость между полиморфизмом генов коллагена, несостоятельностью рубца на матке и врастанием плаценты. Однако, остается неизученным вопрос влияния данных маркеров на тяжесть врастания плаценты.

Цель исследования: улучшить исходы беременностей и родов у женщин с врастанием плаценты усовершенствовав прогнозирование и предупреждение осложнений.

Материал и методы

При выполнении этой работы с сентября 2020 по январь 2025 года были обследованы и родоразрешены 139 беременных женщин с предлежанием или врастанием плаценты. У всех женщин, участвовавших в исследовании взято добровольное информированное согласие. Пациентки были разделены на следующие клинические группы в зависимости от степени тяжести врастания плаценты: основная группа включала 119 пациенток с врастанием плаценты, заподозренным по данным общего и функционального обследования, подтвержденное во время операции, а также проведением гистологического исследования. Группа сравнения - 20 пациенток с предлежанием плаценты и рубцом на матке после операции кесарева сечения без врастания плаценты. Критериями включения в исследование были: возраст пациенток 18-45 лет; одноплодная беременность; предлежание плаценты; врастание плаценты; рубец на матке после операции кесарева сечения или миомэктомии. Критерии исключения из исследования: преэклампсия; острая фаза или обострение инфекционно-воспалительных заболеваний; отказ пациентки. У всех пациенток были оценены клинико-anamnestические данные, проведены полное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, включавшее стандартное ультразвуковое исследование плода и органов полости малого таза, для обнаружения признаков, соответствующих патологическому прикреплению плаценты и определить его глубину.

Оценка состояния новорожденных проводилась путем анализа антропометрических данных, их состояния по шкале Апгар, а также сопутствующих заболеваний и особенностей нахождения и длительности пребывания в стационаре. Для статистической обработки данных использовали электронные таблицы «Microsoft Excel» и пакет программ GraphPad Prism 6. Для построения графиков использовали электронные таблицы «Microsoft Excel» и язык статистического программирования RStudio 1.1.463 (USA).

Результаты и обсуждения

Частота выявления вращающейся плаценты у рожениц за последние 10 лет возросла в 6 раз, что обусловлено неуклонным повышением частоты оперативных родов [7]. Снижение акушерского риска, связанного с осложнениями вращающейся плаценты, возможно при сочетании современных технологий прогнозирования и ранней диагностики с обеспечением доступности в любом сроке беременности высокотехнологичных методов, интраоперационного гемостаза и восполнения кровопотери в условиях специализированных региональных центров. Сочетание указанных методов исследования позволило снизить частоту гистерэктомий в родах и послеродовом периоде с 1,70 на 1000 родов в 2016 году до 1,04 на 1000 родов в 2025 году.

Проведена оценка факторов риска вращающейся плаценты у женщин с предлежанием плаценты и рубцом на матке. В ходе анализа было выявлено значительно более высокое среднее число родов путем операции кесарева сечения в группе вращающейся плаценты – 2, чем в группе предлежания плаценты – 1. Кроме того, было отмечено, что пациентки из группы вращающейся плаценты более часто имели более одной операции кесарева сечения в анамнезе – 64 (64%), чем пациентки в группе предлежания плаценты – 17 (34%). Важными представляются данные о преобладании среднего числа экстренных операций кесарева сечения у пациенток с вращающейся плаценты – 1 (0 – 1), против 0,5 (0 – 1) в группе сравнения.

При выявлении УЗИ-признаков вращающейся плаценты, целесообразна дородовая госпитализация всех пациенток в сроке 33-34 недели беременности с целью проведения дополнительного обследования, подготовки к родоразрешению и минимизации рисков кровотечения вне стационара.

При выявлении на этапе диагностики предполагаемой глубины инвазии по типу placenta accreta или placenta increta рекомендуемые сроки для планового родоразрешения составляют 35-36 недель беременности при условии низкого риска развития кровотечения.

Заключение

Согласно рекомендациям FIGO ведение и родоразрешение пациенток с ВП следует проводить в стационарах третьего уровня организации акушерско-гинекологической помощи при использовании мультидисциплинарного подхода с хирургическим гемостазом. Высокий риск массивной кровопотери с выраженностью патологического процесса требует проведения дальнейших научных изысканий по антенатальной диагностике и клинико-морфологических проявлений вращающейся плаценты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Zuckerwise L.C., Craig A.M., Newton J.M., Zhao S., Bennett K.A., Crispens M.A. Outcomes following a clinical algorithm allowing for delayed hysterectomy in the management of severe placenta accreta spectrum. //Am. J. Obstet. Gynecol. 2020;222(2):179.
2. De Mucio B., Serruya S., Alemán A., Castellano G., Sosa C.G. A systematic review and meta-analysis of cesarean delivery and other uterine surgery as risk factors for placenta accreta. //Int. J. Gynaecol. Obstet. 2019;147(3):281-91. <https://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12948>.
3. Sichiitiu J., El-Tani Z., Mathevet P., Desseauve D.J. Conservative surgical management of placenta accreta spectrum: a pragmatic approach. //J. Invest. Surg. 2021;34(2):172-80. <https://dx.doi.org/10.1080/08941939.2019.1623956>.
4. Курцер М. А., Бреслав И. Ю., Латышкевич О. А., Григорьян А. М. Временная баллонная окклюзия общих подвздошных артерий у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения и placenta accreta. Преимущества и возможные осложнения. //Акушерство и гинекология. 2016;12:70-75.
5. Шмаков Р.Г., Чупрынин В.Д., Виноцкий А.А. Комплексный компрессионный гемостаз при выполнении органосохраняющего оперативного родоразрешения у пациенток с вращающейся плаценты. Патент RU 2627633 С1. Заявлено 13.12.2016, опубликовано 09.08.2017.
6. Liu J., Wang Y., Jiao D., Zhang W., Han X. Prophylactic occlusion balloon placement in the abdominal aorta combined with uterine or ovarian artery embolization for the prevention of cesarean hysterectomy due to placenta accreta: a retrospective study. Cardiovasc. Intervent. Radiol. 2019;42(6):829-834.
7. Mei Y., Zhao H., Zhou H., Jing H., Lin Y. Comparison of infrarenal aortic balloon occlusion with internal iliac artery balloon occlusion for patients with placenta accreta. //BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19(1):147-147. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2303-x>

Поступила 20.12.2024

