ISSN 2181-371X
SJIF: 5.305 VOLUME 4 ISSUE 31
INNOVATIONS IN TECHNOLOGY AND SCIENCE EDUCATION

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ТЕКУЩУЮ СИТУАЦИЮ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ПРИМЕРЕ ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Матякубова С. А.
директор Хорезмского филиал РСНПЦМР д.м.н.,
Хорезм, Узбекистан
Олимова Н.Х
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Аннотация. *Случаи врастания плаценты в рубец на матке (PAS) участились в последнее пятидесятилетие в 50-60 раз в большинстве регионов мира. Одной из редких, тяжёлых по клиническому течению и крайне опасных для жизни женщины форм инвазивной формы PAS – является разрыв матки, прямо связанный с данной формой аккреции.* ***Цель исследования:*** *на примере клинического случая оценить важность ранней диагностики врастания плаценты в рубец на матке.* ***Материал и методы исследования:*** *клинический пример оперативного родоразрешения беременной с центральном предлежанием плаценты и рубцом на матке.* ***Выводы:*** *данный клинический случай демонстрирует актуальность ранней УЗИ диагностики при предлежании плаценты у ранее оперированных женщин.*

Ключевые слова: *врастание плаценты, рубец на матке, кровотечения, кесарева сечения, плацента, УЗИ*

Abstract. *The incidence of placenta accreta in uterine scar (PAS) has increased 50-60 times in the last fifty years in most regions of the world. One of the rare, severe in clinical course and extremely dangerous for a woman's life forms of invasive PAS is uterine rupture directly related to this form of accretion.* ***Purpose of the study:*** *to evaluate the importance of early diagnosis of placenta ingrowth into the uterine scar on the example of a clinical case.* ***Material and methods of the study:*** *a clinical case of surgical delivery of a pregnant woman with central placenta previa and uterine scar.* ***Conclusions:*** *this clinical case demonstrates the relevance of early ultrasound diagnostics in placenta previa in previously operated women.*

Key words: *placenta ingrowth, uterine scar, hemorrhage, cesarean section, placenta, ultrasound.*

Annotatsiya: Dolzabligi; *Onalar va chaqaloqlar o‘limining eng asosiy sababi bo‘lmish Akusherlik qon ketish holatlari butun dunyo bo‘yicha liderlik qilmoqda. Butun dunyo bo‘yicha har kuni homiladorlik asoratlaridan qariyib 500 ming ayol vafot etadi va buning 25 %(125000) massiv, boshqarib bo‘lmaydigan qon ketishish oqibatida*

*yuzaga keladi. Akusherlik qon ketish holatlarining eng birinchi o‘rinlarida bachadondan atonik qon ketish va massiv qon ketishga olib keluvchi platsentaning to‘liq oldinda kelishi, eski bachadon chandig‘i va bachadon devorlari hamda qo‘shni a’zolarga o‘sib kirishi turadi.**Tadqiqotning maqsadi:** platsentaning bachadon chandig ‘iga o‘sib kirishining erta tashxislash muhimligini klinik holat misolida baholash. **Tadqiqot materiali va usullari:** bachadon chandig‘i bo‘lgan homilador ayollarda platsentaning to‘liq oldinda kelishi va patologik birikishida operativ tug‘ruqlarni natijalari. **Xulosa:** Bachadon chandiqli homilador ayollarda ultratovush tekshiruvida platsenta joylashish holati va o‘sib kirish darajasini aniqlashtirish uchun maxsus kriteriyalar yaratish.*

Kalit so‘zlar: *platsenta previa, bachadon chandig‘i, qon ketish, keser kesish, platsenta, ultratovush tekshiruvi.*

Актуальность темы исследования: Кровотечение является одним из наиболее частых и серьезных осложнений беременности, родов и послеродового периода. Оно может стать причиной массивной кровопотери, что связано с высоким риском летального исхода [1,15]. Угрожающие жизни кровотечения одинаково часто встречаются как в антенатальном, так и постнатальном периоде [12]. В частности, акушерские кровотечения являются одной из ведущих причин материнской смертности, уступая в некоторых странах экстрагенитальной патологии и преэклампсии. По данным ВОЗ, кровотечения составляют 34% среди причин материнской смертности [8]. Каждые семь минут на планете одна потенциальная мать умирает от смертельного кровотечения [7]. Послеродовые кровотечения встречаются примерно в 6% всех родов, при этом кровотечения тяжелой степени составляют около 2% и продолжают оставаться основной причиной материнской смертности [2,10]. Летальные исходы при послеродовом кровотечении регистрируются с частотой 1 на 1000 родов в наименее развитых странах и 1 на 100000 родов в развитых странах [4,9]. L. Green et al. (2015) установили, что массивная кровопотеря, требующая гемотрансфузии восьми и более доз препаратов эритроцитов, ассоциируются с высокими показателями осложнений и гистерэктомии [11].

В последнее время основными причинами кровотечений в акушерстве стало лидировать полное или частичное предлежание плаценты с признаками приращения по рубцу [13]. Предлежание плаценты как наиболее частая причина острой кровопотери в акушерстве Распространенность предлежания плаценты составляет примерно 1 случай на 200 беременностей. В последние годы отмечается стойкая тенденция к увеличению частоты этого патологического

состояния. Предрасполагающими факторами развития предлежания плаценты являются предшествующие оперативные родоразрешения путем кесарева сечения [1, 6,]. Заболеваемость плаценты увеличилась примерно с 0,8 на 1000 родов в 1980-е гг. до 3 на 1000 родов в последнее десятилетие [1,12]. Частота предлежания плаценты в период с 1960 по 2002 г. увеличилась с 1 на 3000 до 1 на 533 беременности [5]. Интенсивность кровотечения может быть различной, она зависит от количества и диаметра повреждённых сосудов матки. Приток крови к плаценте составляет в среднем 700 мл/мин в перспективе, и, следовательно, кровотечение может быть массивным и очень быстро стать жизнеугрожающим [2,11].

Актуальность проблемы заключается также в настоящее время отсутствуют мультицентровые исследования, на основе которых можно было бы разработать чёткие рекомендации по тактике ведения беременности и родов при предлежании плаценты, выработки иных подходов к лечению и разработки профилактических мероприятий массивных кровотечений при оперативном родоразрешении.

Цель и задачи исследования. разработать шкалу прогнозирования риска массивных кровотечений с учётом клинико-биохимических маркеров с предлежанием и приращением плаценты у беременных с рубцом на матке, на основании полученных результатов оптимизировать междисциплинарный подход к их ведению.

Методи исследования: Провести ретроспективный анализ, особенности анамнеза, течения беременности, исходы беременности и родов у пациенток с предлежанием плаценты, выявить медико-биологические факторы риска формирования предлежания плаценты у беременных в Хорезмской области. Выявить факторы риска на массивное кровотечения и корреляцию между степенью выраженности патологического прикрепления плаценты и акушерскими осложнениями (массивное кровотечения) и раннего неонатального периода, при патологии расположения плаценты у женщин с рубцом на матке. На основе анализа анамнестических и клинико–инструментальных данных выявить наиболее значимые предикторы кровотечения при предлежании и приращение плаценты у беременных с рубцом на матке. **Эхография**. Признаками возможного аномального крепления плацентарной ткани по данным УЗИ матки и плода считаются уменьшение расстояния между ретроплацентарными сосудами и периметрием до 10 мм и менее, наличие в толще плаценты кист, гиперэхогенных включений. Вероятность приращения

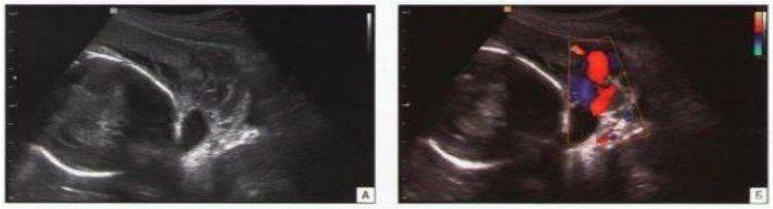
повышается при обнаружении гипо- анэхогенных участков с кровотоком лакунарного типа в мышечной стенке матки.



Рис. 9.34. Приращение плаценты у пациентки после двух ранее перенесенных операций кесарева сечения. А – В-метод: гипо-/анэхогенные образования небольших размеров в субплацентарном пространстве в области рубца на матке. Б – режим энергетического допплеровского кодирования: гиперваскуляризация области между маткой и мочевым пузырем.

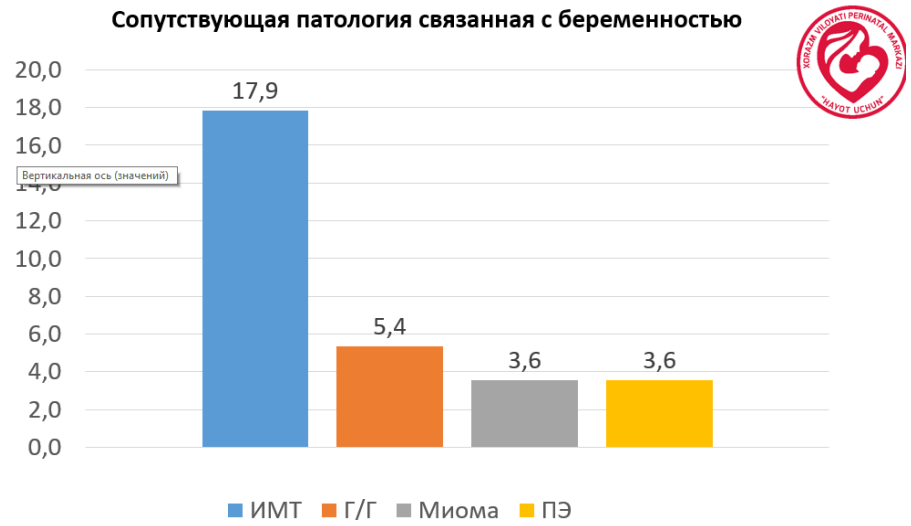


Рис. 9.35. Беременность 19 нед 4 дня. Приращение плаценты у пациентки после ранее перенесенной операции кесарева сечения. А – В-метод: гипо-/анэхогенные образования в субплацентарном пространстве в области рубца на матке. Б – режим энергетического допплеровского кодирования: гиперваскуляризация области между маткой и мочевым пузырем.



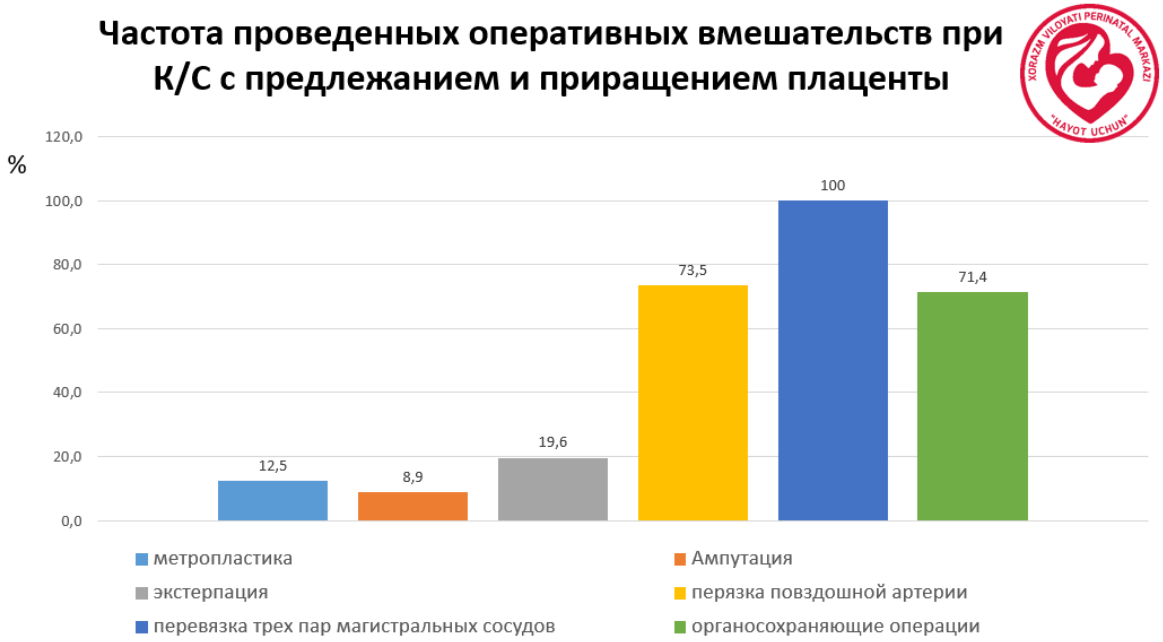
Цветовое допплеровское картирование (ЦДК). Метод считается золотым стандартом в пренатальной диагностике приращения. В ходе исследования точно определяется локализация аномальных сосудистых зон. Патогномоничным признаком расстройства является расширение субплацентарного венозного комплекса. ЦДК также обеспечивает точную оценку глубины проникновения хориальных ворсин в миометрий.

Результаты. При исследовании беременных женщин с предлежанием плаценты мы в полной мере использовали все клинические лабораторные исследования, имеющиеся в Перинатальном центре Хорезмской области. Женщины, собранные для данного исследования, обращались в приемное отделение с различными жалобами. Кроме того, у 10 % женщин, обратившихся с жалобами на кровотечение в дежурные часы и ночные дежурства, беременность осложнилась предлежанием плаценты. женщины данного контингента находились на диспансерном учете во время беременности и проходили полное амбулаторное обследование.

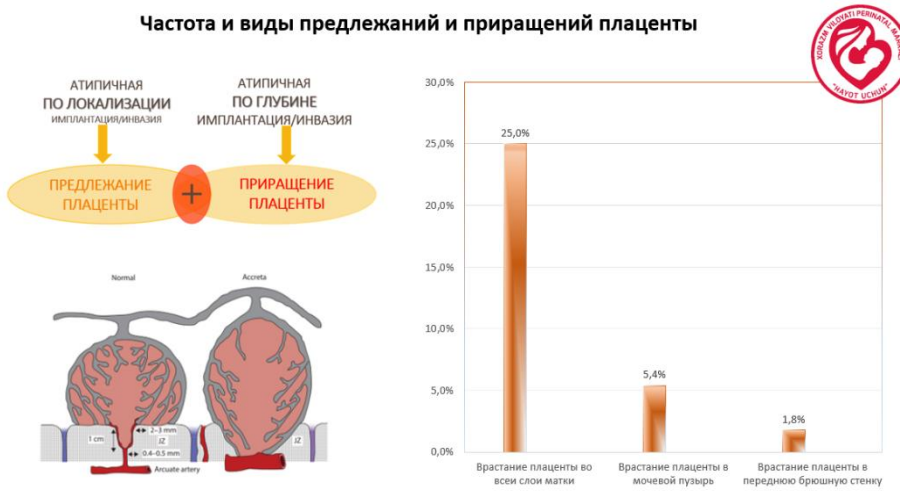


Были даны необходимые рекомендации, акушерка находилась под наблюдением гинеколога. Жалобы на обильные кровянистые выделения из влагалища при поступлении поступали в службу скорой медицинской помощи или от родственников. При первичной оценке состояния женщины во время осмотра у данного контингента наблюдались случаи геморрагического шока, в связи с чем было проведено экстренное кесарево сечение. Случаев гибели плода не было. Но роды - это серьезное осложнение, в том числе и геморрагический шок. Выполнены ДВС-синдром, иссечение матки с обоими излишками, перевязка внутренних подвздошных артерий с двух сторон, интубация кишечника. В соответствии с национальными стандартами у всех женщин были взяты общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, определена группа крови. Был сделан срочный заказ на компоненты крови своей группы общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, анализ коагулограммы, полное обследование брюшной полости и состояния матки и плода, допплерография, осмотры специалистов запланированы для женщин, регулярно поступающих через приемное отделение. поступила в отделение беременных с осложнениями. У всех женщин была тяжелая анемия, им было проведено гематологическое обследование. В плановом порядке проводилось переливание компонентов крови. С целью профилактики дистресс-синдрома плода у беременных с угрозой преждевременных родов и сроком беременности менее 39 недель назначен курс кортикостероидов.Система свертывания крови у беременных наблюдалась в динамике на основании исследования коагулограммы.

ISSN 2181-371X
SJIF: 5.305 VOLUME 4 ISSUE 31
INNOVATIONS IN TECHNOLOGY AND SCIENCE EDUCATION

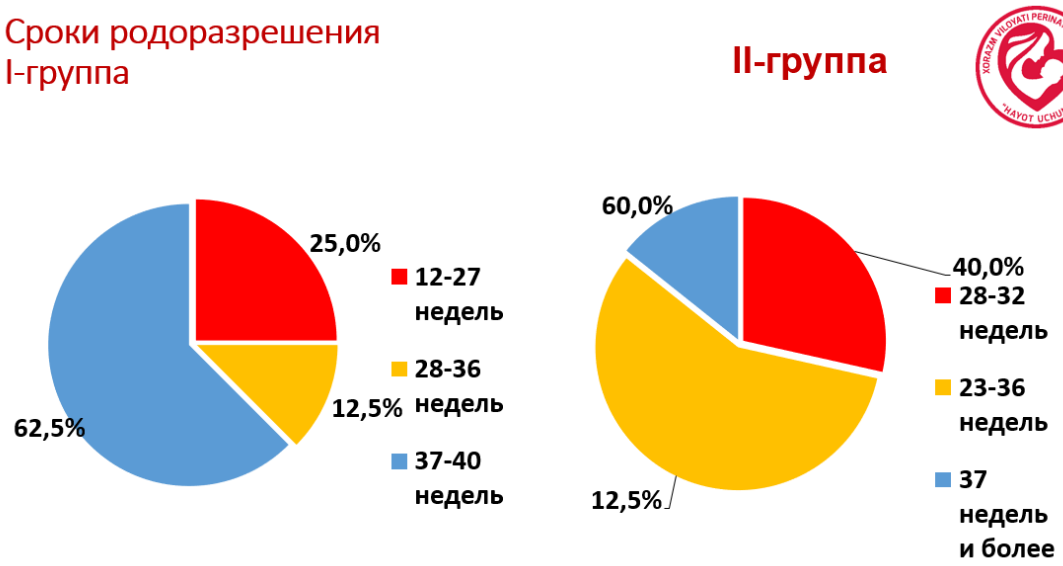


Перед операцией была проведена санация влагалища. Заготовлены компоненты крови своей группы, подготовлена операционная бригада.Перед плановой операцией женщины были осмотрены реаниматологом и анестезиологом, решен вопрос о проведении анестезии. Это ретроспективное исследование 59 случаев предлежания плаценты, поступивших в наш перинатальный центр в период с января 2021 по май 2023 года. В исследование были включены все пациентки с предлежанием плаценты с гестационным возрастом > 28 и 28 недель до полного срока. Все случаи были подтверждены ультразвуковым исследованием. Показатели распространенности предлежания плаценты, материнских и неонатальных исходов, а также летальности.



Среди этих пациенток предлежание плаценты ассоциировалось с преэклампсией и ожирением, экстрагенитальными заболеваниями, поэтому у

всех пациенток наблюдались биохимический и общий анализ крови и мочи, ПТИ, ультразвуковой анализ. Количество родов, проведенных за период исследования, составило 15289, из них в 59 случаях было предлежание плаценты. Предыдущие роды среди всех беременных с диагнозом предлежание плаценты были нормальными вагинальными родами в 42 % и кесаревыми в 58 %.



По количеству беременностей наибольший процент приходится на вторую и третью беременность после кесарева сечения, четвертая беременность в 0,25 %, 6,77 % пятых беременностей. В то время как до кесарева сечения 17 % приходилось на однократный рубец на матке и 19 % на двукратный рубец на матке, предлежание плаценты было во время второй и третьей беременности в 12,3 %. В разрезе по годам большая часть беременностей пришлась на 2010-2021 годы, на первом месте - 19 случаев в 2011-2015 годах. Индекс кровотечения разделил основные 4 группы в зависимости от размера кровотечения. Во время операции у 74,5 % беременных кровотечение составило примерно 1000-1500 мл, у 13,5 % - до 2000 мл и у 6,7 % - 300-3500 мл. У 3 женщин осложнилось гемморагическим шоком.

Выводы. Увеличение частоты аномалий прикрепления плаценты за последние 40 лет более чем в 50 раз — результат проявления, на наш взгляд, ятрогении (необоснованное увеличение частоты кесарева сечения и неоправданное увлечение рядом препаратов в комплексной терапии, направленной на сохранение беременности). Предложения провести мониторинг оперирующих врачей на всех уровнях РК региона. Даже при современном уровне развитиядиагностических технологий обнаружение аномалий прикрепления плаценты во время беременности остаётся трудной задачей врачей

ультразвуковой диагностики и акушеров-гинекологов. Предложения Создать курсы повышения квалификации врачей УЗД при ПП и ВП.

Изучению факторов риска ПП, в особенности ВП различных типов . показало, что наиболее значимыми факторами риска являются наличие 2 рубца и более на матке, выскабливание полости матки, расположение плаценты по передней стенке матки возраст. Это позволит выделить группы высокого риска данной патологии с целью своевременной диагностики, правильного ведения и улучшения исходов родоразрешения у таких пациенток. Этиология и патогенетические механизмы, лежащие в основе развития ПП и ВП, полностью не изучены, однако некоторые факторы риска считаются наиболее важными. Общий объем кровопотери и массивная кровопотеря, осложнения кровотечения, летальный исход ожидаемо чаще отмечались у пациенток с ВП, что в очередной раз доказывает необходимость тщательной антенатальной диагностики у женщин высокого риска на ВП, профилактических мер и постоянной готовности персонала к оказанию неотложной помощи. Следует понимать, что пролонгирование беременности до 38 недель является опасным сточки зрения риска развития кровотечения, отслойки плаценты, острой гипоксии плода, что может окончиться фатально как для матери, так и для ожидаемого ее ребенка. В связи с чем докторами решается вопрос об индивидуальном оптимальном сроке, позволяющем не войти в зону риска и получить более зрелого малыша, средний срок при этом 34-36 недель беременности. **Предложения** Составить индивидуальный план ведения беременных с ПП на антенатальном уровне.

References

1. Baldwin H.J., Patterson J.A., Nippita T.A. et al. Antecedents of Abnormally Invasive Placenta in Primiparous Women: Risk Associated With Gynecologic Procedures // Obstet. Gynecol. – 2018. – Vol. 131, №2. – P. 227-233.
2. Carusi D.A., Fox K.A., Lyell D.J. et al. Placenta Accreta Spectrum without Placenta Previa // Obstet. Gynecol. – 2020. – Vol. 136, №3. – P. 458-465.
3. Fitzpatrick K.E., Sellers S., Spark P. et al. The management and outcomes of placenta accreta, increta, and percreta in the UK: a populationbased descriptive study // Brit. J. Obstet. Gynecol. – 2014. – №1.
4. Hessami K., Salmanian B., Einerson B.D. et al. Clinical correlates of placenta accreta spectrum disorder depending on the presence or absence of placenta previa: a systematic review and meta-analysis // Obstet Gynecol. – 2022. – Vol. 140, №4. – P. 599-606.4

5. Jauniaux E., Collins S., Burton G.J. Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 2018. – Vol. 218, №1. – P. 75-87.
6. Jauniaux E., Chantraine F., Silver R.M. et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Epidemiology // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2018. – Vol. 140, №3. – P. 265-273.
7. Jauniaux E., Bunce C., Grønbeck L., Langhoff-Roos J. Prevalence and main outcomes of placenta accreta spectrum: a systematic review and meta-analysis // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 2019. – Vol. 221, №3. – P. 208-218.
8. Jauniaux E., Hussein A.M., Elbarmelgy R.M. et al. Failure of placental detachment in accreta placentation is associated with excessive fibrinoid deposition at the utero-placental interface // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 2022. – Vol. 226, №2. – P. e1243-e1243.
9. Jauniaux E., Hecht J.L., Elbarmelgy R.A. et al. Searching for placenta percreta: a prospective cohort and systematic review of case reports // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 2022. – Vol. 226, №6. – P. e1837-e1837.
10. Jauniaux E., Jurkovic D., Hussein A.M., Burton G.J. New insights into the etiopathology of placenta accreta spectrum // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 2022. – Vol. 227, №3. – P. 384-391.
11. Kayem G., Seco A., Beucher G. et al. Clinical profiles of placenta accreta spectrum: the paccreta population-based study // Brit. J. Obstet. Gynecol. – 2021. – Vol. 128, №10. – P. 1646-1655.
12. Miller H.E., Leonard S.A., Fox K.A. et al. Placenta Accreta Spectrum Among Women with Twin Gestations // Obstet. Gynecol. – 2021. – Vol. 137, №1. – P. 132-138.
13. Salmanian B., Fox K.A., Arian S.E. et al. In vitro fertilization as an independent risk factor for placenta accreta spectrum // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2020. – Vol. 223, №4. – P. e1568-e1568.
14. Silver R.M., Fox K.A., Barton J.R. et al. Center of excellence for placenta accrete // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 2015. – Vol. 212, №5. – P. 561-568.
15. Thakkar J.K., Thakkar S.J. Study of foetomaternal outcome in cases of placenta previa // J. Evolution Med. Dent. – Sci. – 2018.