



**О‘ЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
FARG‘ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI
O‘ZBEKISTON AKUSHER-GINEKOLOGLAR UYUSHMASI
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ**

**III XALQARO ILMİY-AMALIY KONFRENSIYASI
“AYOLLAR REPRODUKTIV SALOMATLIGI: MUAMMOLARI,
YECHIMLARI VA PROFILAKTIKASI”**

ILMIY ISHLAR TO‘PLAMI

**III МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН:
ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА»**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ФЕРГАНА

74	<i>Sultonov S, Madrahimova N.</i> HOMILADORLIK VAQTIDA ORGANIZMGA KERAKLI VITAMINLAR	223
75	<i>М.Э.Суяркулова</i> ИНТЕРГЕНЕТИЧЕСКИЙ ИНТЕРВАЛ И ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА	224
76	<i>Тишабаева Н.А., Алимжанова М.Ш.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ОМЕГА-3-ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ	235
77	<i>Топволдиева М.Р., Суяркулова М.Э.</i> ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	240
78	<i>Узокова М.К., Атаджанова Н.Р., Болтаева Г.</i> КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ МЕЖДУ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ И ГИПЕРПАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЙ, ЧАСТОТой ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ	241
279	<i>Улжабаев Ж.А., Ахмаджонова Г.М.</i> КОАГУЛОПАТИЯ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ТУҒРУҚДА ГЕМОСТАЗ ТИЗИМИ ХОЛАТИ	251
80	<i>Улжабаев Ж.А., Ахмаджонова Г.М.</i> НАРУШЕНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У РОДИЛЬНИЦ: К ВОПРОСУ ФАКТОРОВ РИСКА	252
81	<i>Улжабаев Ж.А., Ахмаджонова Г.М.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОДИЛЬНИЦ С НАРУШЕНИЕМ ГЕМОСТАЗА	253
82	<i>Umarova Z.A.</i> OILAVIY POLIKLINIKADA ABORTGA QARSHI KURASHISHDA AKUSHERKALARNI O'RNI	254
83	<i>Умурзаков С.М., Суяркулова М.Э., Джаббарова Ю.К.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ СПОСОБЫ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ	256
84	<i>Хайдарова Б.А.</i>	263

xodimlar ish xajmini kamaytirish, shifokor–akusherka orasidagi mulokotni kuchaytirishga shaxsiy yondashish tavsiya etiladi.

СОВРЕМЕННЫЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ СПОСОБЫ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ

Умурзаков С.М.^{1,2}, Суяркулова М.Э.^{1,2}, Джаббарова Ю.К.³

¹Ферганский медицинский институт общественного здоровья

²Ферганский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра здоровья матери и ребенка

³Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Республика Узбекистан

Аннотация.

Цель исследования: оценить эффективность предложенного модифицированного метода одноэтапной хирургической органосохраняющей операции при патологической плацентации.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование 40 беременных с патологическим прикреплением плаценты, из них у 20 беременных во время КС осуществлена органосохраняющая операция с использованием модифицированного нами метода и у 20 – проведена гистерэктомия без попытки сохранения органа.

Результаты. В основной группе в результате уменьшения интраоперационной кровопотери не применялись дополнительные методы остановки кровотечения и гемотрансфузии, сократились продолжительность операции, число осложнений послеоперационного периода и пребывание пациентки в стационаре.

Выводы. Эффективность предложенного модифицированного одноэтапного хирургического органосохраняющего метода при аномальной плацентации составила 100,0%.

Ключевые слова: предлежание/врастание плаценты, органосохраняющие методы

**PLATSENTA PREVIADA ORGANNI SAQLANISHNING ZAMONAVIY
USULLARI**

Umurzoqov S.M.^{1,2}, Suyarqulova M.E.^{1,2}, Djabbarova Yu.K.³

¹Farg‘ona sog‘liqni saqlash tibbiyot instituti

²Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-tadqiqot tashkiloti Farg‘ona viloyat filiali ona va bola salomatligini muhofaza qilish amaliy tibbiyot markazi,

³Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, O‘zbekiston Respublikasi

Izoh.

Tadqiqot maqsadi: patologik platsentatsiyada organi saqlovchi bir bosqichli jarrohlikning tavsiya etilgan modifikatsiyalangan usulining samaradorligini baholash. **Materiallar va usullar.** Platsenta patologik biriktirilishi bo‘lgan 40 homilador ayollarda istiqbolli tadqiqot o‘tkazildi. Ulardan 20 nafar homilador ayolga modifikatsiyalangan usulimizdan foydalangan holda organi saqlovchi jarrohlik amaliyoti o‘tkazildi va 20 bemorda organi saqlab qolishga urinmasdan histerektomiya qilingan. **Natijalar.** Asosiy guruhda operatsiya davomida qon yo‘qotishning kamayishi natijasida qon ketishini to‘xtatish qo‘shimcha usullari va qon quyishi qo‘llanilmadi, operatsiya davomiyligi, operatsiyadan keyingi davr asoratlari soni va bemorning kasalxonada bo‘lishi qisqardi. **Xulosa.** Anormal platsentatsiyada bir bosqichli organi saqlash usulining o‘zgartirilgan jarrohlikni samaradorligi 100,0% ni tashkil etdi.

Kalit so‘zlar: *platsenta previa/akkreta, organi saqlash usullari*

MODERN ORGAN-PRESERVING METHODS FOR PLACENTA PREVIA

Umurzakov S.M.^{1,2}, Suyarkulova M.E.^{1,2}, Djabbarova Yu.K.³

¹Fergana Medical Institute of Public Health,

² Fergana regional branch of the Republican specialized scientific and practical medical center for maternal and child health,

³ Tashkent pediatric medical institute, Republic of Uzbekistan

Abstract.

The aim of the study: to evaluate the effectiveness of the proposed modified method of one-stage organ-preserving surgery for pathological placentation. **Material and methods.** A prospective study of 40 pregnant women with pathological placental attachment was conducted, of which 20 pregnant women underwent organ-preserving surgery during CS using our modified method and 20 underwent hysterectomy without an attempt to preserve the organ. **Results.** In the main group, as a result of the reduction in intraoperative blood loss, additional methods of stopping bleeding and blood transfusions were not used, the duration of the operation, the number of complications in the postoperative period and the patient's stay in the hospital were reduced. **Conclusions.** The effectiveness of the proposed modified one-stage organ-preserving surgical method for abnormal placentation was 100.0%.

Keywords: placenta previa/accreta, organ-preserving methods

Актуальность. В акушерской практике одной из причин дородового кровотечения является предлежание плаценты (ПП). Кровотечения, связанные с ПП, среди причин массивных акушерских кровотечений занимают одно из первых мест [15]. За последние годы заболеваемость ПП увеличилась примерно в 5 раз: с 0,8 на 1000 родов в 1980–е гг. до 4,3 на 1000 родов в 2020 году [9,13]. Одной из основных причин патологического прикрепления плаценты является быстрый рост во всем мире частоты абдоминального родоразрешения, увеличением числа женщин с одним или несколькими рубцами на матке [4]. Считаем необходимым отметить, что увеличение частоты ПП и ВП связано также с переходом абдоминального родоразрешения с метода классического (корпорального) кесарева сечения на операцию в нижнем маточном сегменте. По данным литературы в 3–4% случаев аномалии расположения плаценты осложняются приращением плаценты, а при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения приращение плаценты достигает 67% [30 18,21]. В Узбекистане по данным отчета КИСМС [14] врастание плаценты в структуре акушерских кровотечений, закончившихся летальным исходом, составило 9,1%.

Патологическое прикрепление плаценты – это предлежание и врастание плаценты (ВП). **Предлежание плаценты (placenta praevia)** – когда плацента полностью или частично покрывает внутренний маточный зев. При предлежании плацента находится на пути рождающегося плода («praе» - «перед», «via» - «на пути»). **Низкое расположение плаценты** – расположение плаценты, при котором она располагается в пределах 20 мм от внутреннего маточного зева, но не перекрывает его [19,20]. Различают **три морфологических варианта нарушения инвазии ворсин хориона:** placenta accreta - приращение к миометрию, placenta increta - прорастание мышечной оболочки, placenta percreta - прорастание серозного слоя и/или соседних органов .

Классификация по МКБ:

О43.2 Приращение плаценты;

О44.0 Предлежание плаценты уточненное как без кровотечения;

О44.1 Предлежание плаценты с кровотечением

Частота ПП увеличивается с 10 на 1000 родов после одной операции кесарева сечения (КС), до 28 на 1000 родов после 3-х и более операций кесарева сечения. [12]. Кровотечение во время беременности при ПП встречается в 34 % случаев, во время родов — в 66 % [5]. При полном ПП кровотечение возникает рано, в 1 и 2 триместре гестации, при неполном - в родах или в конце беременности [4,5]. К сожалению, ВП около 70% всех случаев впервые диагностируется во время

родоразрешения [16], что требует участия высококвалифицированного специалиста.

Акушерская тактика родоразрешения пациенток зависит от степени ПП: при низком предлежании, отсутствии обильного кровотечения, наличии зрелой шейки матки, головного предлежания плода в родах чаще всего производится ранняя амниотомия и возможно проведение вагинальных родов. При полном или неполном ПП до 2–х см от внутреннего зева, патологии плацентации (врастание плаценты) согласно актуальным клиническим протоколам [8] в плановом порядке (III категория неотложности) показано родоразрешение путем КС. Центральное ПП является абсолютным показанием для родоразрешения путем КС, а ВП во всем мире является ведущей причиной акушерских гистерэктомий и составляет 38% [11,14].

В настоящее время предложено много методов профилактики развития массивного кровотечения при аномальном прикреплении плаценты, позволяющих сохранить детородный орган, рекомендуется проводить реконструктивные операции, с использованием современных методов эндоваскулярной хирургии [17]. : донное кесарево сечение, временная баллонная окклюзия магистральных артерий - аорты, общих или внутренних подвздошных артерий [10]; эмболизация, окклюзия внутренней подвздошной артерии с последующим иссечением участка матки с частью вросшей плаценты и пластикой матки [1]; перевязка маточных артерий на 3 уровня [7]; компрессионные, сборочные швы [4]; турникетные жгуты вдоль ребер матки и вокруг шейки [6]; трансплацентарная гистеротомия. У нас в стране предложен Ш.Д, Бабаджановой и соавт [«Способ Патент FAP № 01684; 2]. Эффективность предложенного метода одноэтапной хирургической органосохраняющей методологии составила 94,3% [3].

В связи с неуклонным ростом факторов высокого риска аномальной плацентации следует ожидать увеличения контингента беременных с предлежанием и врастанием плаценты. Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости совершенствования органосохраняющих технологий при патологическом прикреплении плаценты в нижнем сегменте матки, что определило выбор нашего дальнейшего исследования.

Цель исследования: оценить эффективность предложенного модифицированного метода одноэтапной хирургической органосохраняющей операции при патологической плацентации.

Материал и методы исследования. Проведено проспективное исследование 40 беременных с патологическим прикреплении плаценты в Ферганский областной филиал РСНПМЦОЗМР в 2024 году. 20 беременных с данной

патологией составили основную группу, у которых во время КС осуществлена органосохраняющая операция с использованием модифицированной нами методики (FAP 20240489 от 25.12.2024).

Группу сравнения, составили 20 женщин с центральным предлежанием или вращением плаценты, обнаруженным во время КС, которым проведена гистерэктомия без попытки сохранения органа. Группы по возрасту, паритету, клинко-анамнестическим характеристикам между собой статистически не отличались, что делает эти группы статистически однородными и дает возможность для сравнения вмешательства.

Результаты подвергнуты статистической обработке методом вариационной статистики с вычислением $M \pm m$, разницу значений определяли вычислением достоверности $p < 0.05$.

Результаты. При разработке метода мы учитывали: анатомические особенности мышц в нижнем сегменте матки (поперечное расположение, в круговую, с ростом гестации растяжение и истончение их), нарушение сократительной активности и чувствительности к утеротоникам, а также особенности кровоснабжения - в основном, за счет нисходящей ветви маточной артерии. Сущность метода заключается в обескровливании нижнего сегмента матки с ложем плаценты - основного источника кровотечения при отделении плаценты.

Наш способ сохранения матки при плаценте аккрета отличается от других способов тем, что во время кесарева сечения у женщин с предлежанием плаценты и вращением ее в рубец на нижнем сегменте матки мы проводили одноэтапное кесарево сечение, а не два разреза на матке - на дне матки для извлечения плода и на нижнем сегменте матки в области рубца для удаления плаценты и метропластики. Разрез на матке выше края предлежащей плаценты позволяет избежать обильное кровотечение, по сравнению с трансплацентарным доступом. В отличие от способа, предложенного Ш.Д. Бабажановой [2,3] наш метод приводит к обескровливанию нижнего сегмента матки, где расположено ложе плаценты, что позволяет избежать массивное кровотечение после извлечения плаценты. В связи с этим нет необходимости в перевязке яичниковой артерии, в тампонаде Дугласова пространства и позадиматочного пространства, тампонаде плаценты внутри полости матки и затем в удалении тампонов, наложении гемостатических швов на ложе плаценты и нижний сегмент на слизистую матки, компрессионных швов.

Сравнительный анализ результатов позволил установить следующие преимущества разработанного метода: уменьшение интраоперационной кровопотери до 700-800мл, необходимости перевязки маточно-яичниковой и

наружной подвздошной артерии, избежать гистерэктомии. В связи с этим уменьшилась необходимость в трансфузии компонентов крови (эритроцитарной массы и СЗП). Объем кровопотери, объем трансфузии препаратов крови в группе, где проведена органосохраняющая методика, достоверно ниже, чем в группе гистерэктомии.

Длительность операции сократилась в среднем до 50 минут, что привело к экономии анестезиологических средств, снижению послеоперационных осложнений. Пребывание пациенток в стационаре после операции сократилось на 2-3 дня.

Выводы. Эффективность предложенного модифицированного одноэтапного хирургического органосохраняющего метода при аномальной плацентации составила 100,0%, гистерэктомия не произведена ни в одном случае, все больные выписаны в удовлетворительном состоянии с сохранением матки, менструальной и детородной функции.

Список литературы.

1. Агеева, У.Ю., Гайдуков С.Н., Комиссаров М.И. Современный метод профилактики массивного акушерского кровотечения у пациенток с предлежанием плаценты //Педиатрия. – 2017. – Т. 8, № 1. – С. 28-35.

2. Бабаджанова Ш.Д, Любчич А.С., Джаббаровой Ю.К. Способ предотвращения массивного кровотечения и сохранения матки при вращении плаценты в нижний сегмент матки во время операции кесарева сечения» (Патент FAP № 01684, приоритет 23.09. 2020).

3. Бабажанова Ш.Д., Любчич А.С., Джаббарова Ю.К., Хаитова Д.А. Органосохраняющие технологии в акушерстве при вращении плаценты: Методические рекомендации. Ташкент- 2020. 16с.

4. Баринов С.В., Тирская Ю.И., Медяникова И.В. и др. Способ остановки послеродового кровотечения путем наложения гемостатического наружно-маточного сборочного надплацентарного шва.//Российский вестник акушера-гинеколога. 2017 , № 1. – С. 53-61.

5. Белоцерковцева, Л.Д., Коваленко Л.В., Панкратов В.В. Современные техники снижения массивных акушерских кровотечений при предлежании плаценты.// Вестник Новгородского государственного университета.–2017.– № 3. – С. 45–49.

6. Веницкий А.А., Шмаков Р.Г., Чупрынин В.Д. Сравнительная оценка эффективности методов хирургического гемостаза при органосохраняющем родоразрешении у пациенток с вращением плаценты. Акушерство и гинекология. 2017; 7: 68-74.<http://dx.doi.org/10.18565/aig.2017.7.68-74>

7. Евсева, М.П. Перевязка маточных сосудов на трех уровнях как способ лечения и профилактики акушерских кровотечений.//Смоленский медицинский альманах. – 2015. – № 1. – С. 23–25.
8. Кесарево сечение. Проблемы абдоминального акушерства: руководство для врачей / под общ. ред. В.И. Краснопольского. – 3-е изд., перераб.и доп. – М.: СИМК; 2018. – 224 с.
9. Клинические рекомендации. Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения / Российское общество акушеров–гинекологов. – М., 2020. 107 с.
10. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Григорьян А.М., Латышкевич О.А., Кутакова Ю.Ю., Кондратьева М.А.Временная баллонная окклюзия общих подвздошных артерий при осуществлении органосохраняющих операций у пациенток с вращением плаценты// Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2018.-Т. 6, № 4.- С. 31–37. doi: 10.24411/2303-9698-2018-14003.
11. Опыт применения вагинального и маточного катетеров Жуковского, местного гемостатика при лечении послеродовых кровотечений во время кесарева сечения / С.В. Баринов, Я.Г. Жуковский, И.В. Медяникова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 7. – С. 34–40.
12. Патологическое прикрепление плаценты (предлежание и вращение плаценты) (2023). /Опубликовано 22/05/2023 в категории "Клинические рекомендации".// Журнал Status Praesens (**praesens.ru**) <https://praesens.ru/rubricator/klinicheskie-rekomendatsii/b6f94f7e-2738-4799-bec7-900ec81296e8/>
13. Современные аспекты терапии маточных кровотечений при предлежании плаценты / О.В. Рязанова, Ю.С. Александрович, Е.М., Шифман [и др.] // Педиатр. – 2016. – № 7. – С. 117–127.
14. Улучшение медицинской помощи и здоровья женщин для спасения жизни матерей. Отчёт по конфиденциальному исследованию случаев материнской смертности за 2018–2020 гг. Ташкент, 2022. 156 с.
15. Фатхулина Ю. Н. Прогнозирование и лечение кровотечения при предлежании плаценты. Автореф. Дисс.....кмн. Уфа – 2022.23 с.
16. Abnormally invasive placenta-prevalence, risk factors and antenatal suspicion: results from a large population-based pregnancy cohort study in the Nordic countries /L. Thurn, P.G. Lindqvist, M. Jakobsson [et al.] //B. J. O. G. 2016. Vol.123, №8. P. 1348-55. doi: 10.1111/1471-0528.13547

17. ACOG Committee Opinion. Placenta accreta. Number 529, July 2012. American College of Obstetricians and Gynaecologists. *Obstet Gynecol* 2012; 120: 207-211.
18. Emergency obstetric hysterectomy for life-threatening postpartum hemorrhage: A 12-year review / Y. Zhang, J. Yan, Q. Han [et al.] // *Medicine (Baltimore)*. – 2017. – Vol. 96, № 45. – P. 8443.
19. Guideline No. 402 Diagnosis and Management of Placenta Previa. *J Obstet Gynaecol Can.* 2020.
20. Jauniaux E., Alfirevic Z, Bhide A G, Belfort M A, Burton G J, Collins S L, Dornan S, Jurkovic D, Kayem G, Kingdom J, Silver R L.S. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management: Green-top Guideline No. 27a // *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2019. Vol. 126, № 1. P. e1–e48..
21. Risk factors for massive bleeding based on angiographic findings in patients with placenta previa and accreta who underwent balloon occlusion of the internal iliac artery during cesarean section / H. Tokue, A. Tokue, Y. Tsushima, T. Kameda // *Br. J. Radiol.* – 2019. – Vol. 92, № 1102. – P127.

Отв. Джаббарова Ю, К.

Контакт: тел./телеграмм +998 94 699 64 02

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К СОВРЕМЕННОМУ СЕСТРИНСКОМУ ОБРАЗОВАНИЮ

Хайдарова Бузулайхо Ахмедовна

Ферганский институт общественного здравоохранения

Актуальность исследования. Модернизация системы здравоохранения Узбекистан сопровождается повышением требований работодателя к уровню подготовки специалистов медицинского профиля, и, особенно специалистов среднего звена, выполняющих как простые, так и сложные современные задачи в оказании квалифицированной помощи пациенту. Помощь эта не ограничивается, как прежде, только лишь техническим уходом, а предполагает осуществление