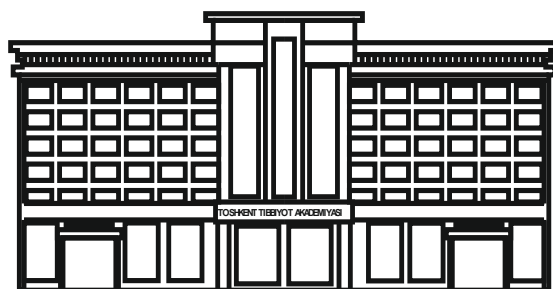


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2025 №1

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

СОДЕРЖАНИЕ	CONTENT	
ОБЗОРЫ	REVIEWS	
Абдиева С.А. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАННИХ ТОКСИКОЗОВ	Abdieva S.A. IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF EARLY TOXICOSES	8
Азизова Г.Д., Лутпиллаева А.М. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЖЕНЩИН С ФИБРОАДЕНОМОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	Azizova G.J., Lutpillaeva A.M. MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF WOMEN WITH BREAST FIBROADENOMA	11
Джаббарова Ю.К., Умурзаков С.М. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ	Djabbarova Yu.K., Umurzakov S.M. MODERN PROBLEMS OF PATHOLOGICAL PLACENTATION	16
Исокова А.Х. МИНИ-СЛИНГ КАК ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ	Kayumova D.T., Isokova A.Kh. MINI-SLING AS A SURGICAL METHOD FOR STRESS URINARY INCONTINENCE	19
Karimov A.H., Aliyeva M.B. OPTIMIZING MANAGEMENT STRATEGIES FOR PREGNANT WOMEN AT RISK OF MISCARRIAGE BEFORE 21 WEEKS OF GESTATION	Karimov A.H., Aliyeva M.B. HOMILADORLIKNING 21-HAFTASIDAN OLDIN TUSHISH XAVFI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARNI BOSHQARISH STRATEGIYASINI OPTIMAL-LASHTIRISH	22
Каюмова Д.Т., Набиева Д.Ю. НОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ РАННЕЙ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ МЕНОПАУЗЕ	Kayumova D.T., Nabieva D.Yu. MODERN ASPECTS OF PREVENTION AND TREATMENT OF CLIMACTERIC SYNDROME OF EARLY AND PREMATURE MENOPAUSE	25
Maner S.S, Shaikh A.A. PREVALENCE OF HYSTERECTOMY IN INDIA: A CROSS-SECTIONAL REVIEW	Maner S.S, Shayx A.A. HINDISTONDA HISTEREKTOMIYANING TARQALISHI: KESMA KO'RIB CHIQISH	29
Nabiyeva R.M., Ataxodjayeva F.A. METABOLIK SINDROM VA ODATLANGAN HOMILA TUSHISHI PATOGENEZIDA OKSIDATIV STRESS VA SURUNKALI YALIG'LANISHNING ROLI	Nabieva R.M., Atakhodjaeva F.A. ROLE OF OXIDATIVE STRESS AND CHRONIC INFLAMMATION IN THE PATHOGENESIS OF METABOLIC SYNDROME AND RECURRENT PREGNANCY LOSS	32
Пахомова Ж.Е., Караманян А.А. ЭНДОМЕТРИОЗ: АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР АСПЕКТОВ ПРОБЛЕМЫ XXI ВЕКА	Pakhomova Zh.E., Karamanyan A.A. ENDOMETRIOSIS: AN ANALYTICAL REVIEW OF ASPECTS OF THE 21ST CENTURY PROBLEM	34
Пахомова Ж.Е., Мирахмедова Ш.Т., Каюмова Д.Т., Салимова Н.Д. ВИСЦЕРАЛЬНЫЙ ЖИР – КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ПОДРОСТКОВ	Pakhomova J.E., Mirakhmedova Sh.T., Kayumova D.T., Salimova N.D. VISCERAL FAT – AS THE MAIN LEVER IN THE DEVELOPMENT OF PCOS IN ADOLESCENTS	37
Серікқызы Л., Нұрбақыт А.Н., Исенова С.Ш., Нажмутдинова Д.К. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	Serikkyzy L., Nurbakyt A.N., Isenova S.Sh., Najmutdinova D.K. CHALLENGES OF OBSTETRIC CARE ORGANISATION IN MULTIPLE PREGNANCY	40
Турдиева Ф. Р. СВЯЗЬ МАТЕРИНСКОГО СТАТУСА ВИТАМИНА D С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ИСХОДАМИ	Turdieva F. R. RELATIONSHIP OF MATERNAL VITAMIN D STATUS ON PERINATAL COMPLICATIONS	44
Файзуллахужаева А.О., Парвизи Н.И. ВЛИЯНИЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА, ЭНДОМЕТРИОЗА И СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ НА НАСТУПЛЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ	Fayzullakhuzhaeva A.O., Parvizi N.I. INFLUENCE OF AUTOIMMUNE THYROIDITIS, ENDOMETRIOSIS, POLYCYSTIC OVARY SYNDROME ON PREGNANCY OCCUPATION	47
Khaitova G.D., Chorieva G.Z. A COMPREHENSIVE APPROACH TO THE DIAGNOSIS OF PLACENTA PREVIA	Xaitova G.D., Choriyeva G.Z. PLASENTANING OLDINDA JOYLASHISHINI TASHXISLASHGA KOMPLEKS YONDASHUV	50
Яхьяева-Урунова М.Х., Эргашева И.Ф. ВЛИЯНИЕ МИКРОПЛАСТИЧЕСКИХ ЧАСТИЦ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ	Yakhyaeva-Urunova M.X., Ergasheva I.F. THE IMPACT OF MICROPLASTIC PARTICLES ON REPRODUCTIVE HEALTH	53
Яхьяева-Урунова М.Х., Орифжонова Р.Д., Махаммаджонова М.М. ХРОНИЧЕСКИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ: РИНИТ И АСТМА	Yahyaeva-Urunova M.Kh., Orifzhonova R.D., Makhammadzhonova M.M. CHRONIC CONDITIONS DURING PREGNANCY: RHINITIS AND ASTHMA	57
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	CLINICAL MEDICINE	
Абдуганиева Д.Ф., Уринбаева Н.А., Джаббарова Ю.К. ПРЕЭКЛАМПСИЯ КАК ФАКТОР ВЫСОКОГО РИСКА РЕАЛИЗАЦИИ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА	Abduganieva D.F., Urinbaeva N.A., Djabbarova Yu.K. PRE-ECLAMPSIA AS A HIGH-RISK FACTOR IMPLEMENTATION OF FETAL GROWTH RETARDATION	61

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИДжаббарова Ю.К.¹, Умурзаков С.М.²**PATOLOGIK PLASENTATSIYANI ZAMONAVIY MUAMMOLARI**Djabbarova Yu.K.¹, Umurzoqov S.M.²**MODERN PROBLEMS OF PATHOLOGICAL PLACENTATION**Djabbarova Yu.K.¹, Umurzakov S.M.²¹Ташкентский педиатрический медицинский институт, ²Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Maqolada zamonaviy tasnif, xavf omillari, patogenez, klinik ko'rinishi, homiladorlikning jiddiy patologiyasi - yo'ldoshning oldinda etishida haddan tashkari qon yo'qotishni kamaytirish usullari haqida umumiy ma'lumotlar keltirilgan. Mavzuning dolzarbligi amaliy akusherlikda g'ayritabiiy platsentaning ko'payishi va shifokorlar o'rtasida organlarni saqlovchi operatsiyalarni o'tkazish imkoniyati to'g'risida xabardor emasligi bilan bog'liq.

Kalit so'zlar: yo'ldoshning oldinda etishi, sabablari, klinik ko'rinishi, gemostazning jarrohlik usullari.

The article presents generalized information about the modern classification, risk factors, pathogenesis, clinical picture, methods of reducing massive blood loss in a serious pathology of pregnancy - placenta previa. The relevance of the topic is due to the increasing frequency of abnormal placentation in practical obstetrics and the lack of awareness among doctors about the possibility of organ-sparing operations.

Key words: placenta previa, causes, clinical picture, surgical methods of hemostasis.

Акушерские кровотечения являются одним из серьезных осложнений беременности и родов с высокой угрозой жизни матери и ребенка. Во всем мире среди основных прямых причин материнской смертности одно из ведущих мест занимают акушерские кровотечения. Ю.Н. Фатхулина [25] справедливо отмечает, что кровотечения, связанные с предлежанием плаценты (ПП), занимают одно из первых мест среди причин массивных акушерских кровотечений. Частота ПП увеличилась примерно с 0,8 на 1000 родов в 1980-е гг. до 4,3 на 1000 родов в 2020 г. [20,21].

В Узбекистане кровотечения остаются основной причиной смерти во время беременности, родов и послеродового периода и в 2018-2020 в среднем составили 29,1% [24]. В стране разработан Национальный клинический протокол по послеродовым кровотечениям [19]. Актуальность рассматриваемой проблемы возрастает, что обусловлено быстрым ростом во всем мире частоты абдоминального родоразрешения, увеличением числа женщин с одним или несколькими рубцами на матке, что является одной из основных причин патологического прикрепления плаценты [6]. Частота предлежания плаценты увеличивается с 10 на 1000 родов после одной операции кесарева сечения (КС) до 28 на 1000 родов после 3-х операций кесарева сечения и более [18].

По данным литературы в 3-4% случаев аномалии расположения плаценты (АРП) осложняются ее приращением, а при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения частота приращения плаценты достигает 67% [29,36,39].

Патологическое прикрепление плаценты – это предлежание и врастание плаценты. *Предлежание плаценты (placenta praevia)* – плацента полностью или частично покрывает внутренний маточный зев [32]. 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 [30,32].

Классификация по МКБ:

O44.0 Предлежание плаценты, уточненное как без кровотечения;

O44.1 Предлежание плаценты с кровотечением.

Согласно Национальному руководству по акушерству [3], с 20-й недели гестации выделяют четыре степени предлежания плаценты:

- I – край плаценты не достигает внутреннего зева цервикального канала, но плацента находится в нижнем маточном сегменте (низкое расположение плаценты);

- II – нижний край плаценты достигает внутреннего зева цервикального канала, при этом не перекрывает его (неполное предлежание плаценты);

- III – нижний край плаценты перекрывает внутренний зев с переходом на противоположную часть нижнего сегмента, характерно асимметричное расположение плаценты на передней и задней стенках матки (полное предлежание плаценты);

- IV – на передней и задней стенках матки плацента располагается симметрично, при этом ее центральная часть перекрывает внутренний зев (центральное предлежание плаценты).

В руководстве Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [38] рекомендуют использовать подобную классификацию предлежания плаценты, при этом классы I и II определяется как «малое» предлежание плаценты, а классы III и IV – как «большое» предлежание плаценты.

Этиология. Причины аномального прикрепления плаценты могут быть как со стороны плодно-

го яйца, так и со стороны матери. В классическом акушерстве считалось, что одной из причин ПП является запоздалое развитие трофобласта или быстрое прохождение плодного яйца через фаллопиеву трубу. В этом случае трофобласт не успевает приобрести ферментативные свойства, вследствие чего плодное яйцо не может осесть в верхних отделах матки и опускается вниз в область перешейка.

Современные акушеры основное внимание обращают на материнские причины, так называемые «болезни оперированной матки». К предикторам патологического прикрепления плаценты относят рубец на матке после оперативных вмешательств на этом органе, внутриматочные манипуляции (кюретаж, абляция эндометрия, ручное обследование стенок послеродовой матки), воспалительные заболевания органов малого таза, эмболизацию маточных артерий, субмукозную лейомиому [32], синдром Ашермана, врожденные пороки развития матки, химиотерапию и лучевую терапию в анамнезе, хронический эндометрит, старший репродуктивный возраст, курение [33]. Риск предлежания плаценты увеличивают вспомогательные репродуктивные технологии [18]. Ю.Н. Фатхулина [25] к предикторам развития кровотечения при ПП относит следующие клинико-анамнестические данные: наличие в анамнезе операции КС (80,1%), самопроизвольного аборта (25,1%), ожирение (17,3%) и маловодие (17,3%).

Интраоперационным фактором риска развития послеродового кровотечения при ПП является задержка отделения плаценты более чем на 90 секунд после извлечения плода. Рост частоты предлежаний плаценты возрастает вследствие наличия рубца на матке (92,3%), артифициальных абортов (58,2%), старшего репродуктивного возраста (51,6%), высокого паритета (26,9%). Течение беременности и родов у пациенток с ПП сопровождается высокой частотой угрозы прерывания беременности в I и II триместрах (15-20%), истмико-цервикальной недостаточности (19,7%), синдрома задержки развития плода (20-25,2%), преждевременных родов (49,2-70%) и кровотечения (57,2%) [25,27,35].

Клиника предлежания плаценты. «Кровотечение из половых путей является основным симптомом, который красной нитью проходит через клиническое течение ПП» [14]. В 70-е годы XX века, когда в нашей стране еще не было УЗИ, профессор А.А. Коган [14] отмечал особенности кровотечения при ПП: яркого алого цвета, внезапное, среди полного благополучия (беспричинное), часто во время сна, без всяких болей, повторяющееся, в количестве от скудных кровянистых выделений (кровянистая мазня) до профузного. Чем ниже располагается плацента, тем раньше по сроку беременности начинаются кровопотери. Характерными соматическими симптомами являются гипотония и анемия. При наружном акушерском осмотре выявляется высокое стояние дна матки (по отношению к норме срока гестации) из-за высокого расположения предлежащей части над входом в таз, аномальные положения плода (поперечное, косое – 16%, тазовое – 11%), тело матки в нормальном тоне, сердцебиение плода чаще всего не страдает.

Кровотечение во время беременности при ПП встречается в 34% случаев, во время родов – в 66% [2,8]. Риск возникновения кровотечения составляет 4,7% для 35 недель, 15% – для 36 недель, 30% – для 37 недель, 59% – для 38 недель беременности [18]. При полном предлежании плаценты кровотечение возникает рано, в I и II триместрах гестации, при неполном – в родах или в конце беременности [7,8].

Патогенез кровотечения при ПП обусловлен особенностями анатомического строения стенки нижнего маточного сегмента и перешейка матки, где прикрепляется плацента. По мере прогрессирования беременности перешеек растягивается вверх и участвует в формировании плодместилища, мышцы в нем располагаются преимущественно в поперечном направлении, в круговую, и с началом родовой деятельности подвергаются дистракции. Плацента же не обладает способностью растягиваться, она отслаивается, нарушается целостность межворсинчатых пространств, обнажаются сосуды, начинается обильное кровотечение. Нижний маточный сегмент, который начинает формироваться из перешейка с 28-30-й недели гестации, имеет более тонкую мышечную стенку, чем тело матки, которая ближе к родам максимально уменьшается в проксимальном отделе (с $5,2 \pm 0,2$ до $4,1 \pm 0,2$ мм; $p < 0,001$) [22]. Из-за этого нарушена сократительная активность нижнего сегмента, кроме того, отсутствует влияние на него утеротонических препаратов, чем объясняется атоническое кровотечение после удаления плаценты из нижнего сегмента.

Следует также учитывать данные, полученные А.П. Миловановым, что в III триместре кровоснабжение миометрия нижнего сегмента матки усиливается, что подтверждается снижением на 63% индекса резистентности в его радиальных артериях; значения доплерометрических показателей в этих сосудах прямо зависят от количества родов, искусственных и самопроизвольных абортов в анамнезе [17].

Нижний сегмент матки имеет особенности кровоснабжения, что важно знать при оперативных вмешательствах. Эта область кровоснабжается в основном за счет нисходящей ветви маточной артерии, область перешейка и шейки матки – за счет, влагалищных, шейных артерий, верхней пузырной и срамной артерий, между которыми существует широкая сеть мелких анастомозов [15,34,37]. У.Ю. Агеева и соавт. [1] показали, что существует выраженная коллатеральная сеть анастомозов сосудов матки с системой наружной подвздошной артерии, общей бедренной артерией, в связи с чем окклюзия системы внутренней подвздошной артерии не всегда может быть эффективной [5,28,40].

Диагностика. В современных условиях ПП диагностируется с помощью УЗИ со II триместра беременности. Чаще предлежание наблюдается в 22-24 недели, по мере прогрессирования беременности и роста матки плацента «мигрирует» на 7-10 см выше внутреннего зева. УЗИ рекомендуется повторять каждые 4 недели. При сочетании предлежания и кесарева сечения в анамнезе провести дополнительное обследование и доплерометрию в нижнем сегменте с целью выявления приращения плаценты.

При наличии кровянистых выделений из половых путей очень осторожно проводится осмотр шейки матки в зеркалах для того, чтобы подтвердить, что кровотечение идет из полости матки. Кроме того, проводится дифференциальный диагноз, исключается рак шейки матки, полипы, эрозия, травма влагалища и шейки, разрыв варикозного узла.

Вагинальное исследование при ПП проводить не рекомендуется. При необходимости это исследование выполняется в операционной при готовности к КС, наличии анестезиолога, хирургической бригады, инфузионно-трансфузионных средств.

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 осуществляется ранняя амниотомия, возможно проведение вагинальных родов. При полном или неполном предлежании плаценты до 2-х см от внутреннего зева, патологии плацентации (врастание плаценты) согласно актуальным клиническим протоколам [12] в плановом порядке (III категория неотложности) показано родоразрешение путем КС. Центральное предлежание плаценты является абсолютным показанием к родоразрешению путем КС.

В настоящее время предложено много **методов профилактики** развития **массивного кровотечения при ПП**, позволяющих сохранить детородный орган. Так, рекомендуется разрез матки производить вне расположения плаценты (чаще донное КС) [11,13]. Пуповину перевязывают и пересекают как можно ближе к плаценте без попыток ее отделения от стенки матки.

Методы хирургического гемостаза, применяемые при кровотечениях, связанных с ПП, разделяют на проксимальные и дистальные. К проксимальным относится временная или постоянная перевязка внутренних подвздошных артерий, временная окклюзия общих подвздошных артерий, рентгеноваскулярные методы (временная баллонная окклюзия крупных сосудов, эмболизация сосудов), методы дистального гемостаза – маточные турникеты на разных уровнях, перевязка маточных, яичниковых артерий, компрессионные швы, сборочные швы, использование внутриматочных и вагинальных баллонов [7,10]. Временное наложение одного турникета (катетер Фолея №16) на область внутреннего зева шейки матки и воронко-тазовые связки (модифицированный метод, доложенный на 11-м международном конгрессе по репродуктивной медицине Р.Г. Шамаковым и соавт., 2017). Некоторые авторы предлагают сочетать перевязку маточных сосудов на трех уровнях и компрессионные швы на матку при кровотечении во время кесарева сечения. Эффективность перевязки маточных сосудов на трех уровнях – 96,9%, компрессионных швов на матку – 89,3% [11]. Наружно-маточный надплацентарный сборочный шов (по типу кисета) снижает интраоперационную кровопотерю, эффективность его достигает 90% [4,7]. При кровотечении из нижнего

маточного сегмента на переднюю и заднюю стенки матки возможно наложение двух параллельных вертикальных компрессионных швов для быстрой остановки кровотечения [31].

М.А. Курцер и соавт. [16,23] указали на высокую эффективность перевязки ВПА в лечении массивных акушерских кровотечений, в том числе при предлежании плаценты, однако этот метод требует участия высококвалифицированного ангиохирурга.

Эффективность эмболизации маточных артерий при массивных акушерских кровотечениях составляет 75-100% [23,26], но для ее проведения необходимо наличие рентгенооперационной и специально обученного персонала [9]. Некоторые исследователи [1] рекомендуют применение баллонной окклюзии внутренних подвздошных артерий в сочетании с маточными артериями для более высокой эффективности метода.

Ю.Н. Фатхулиной [25] впервые разработан и применен способ остановки кровотечения при предлежании плаценты с использованием силиконовых дренажей и циркулярного гемостатического шва на матку, который позволяет эффективно снизить объем кровопотери за счет редукции кровотока в маточных артериях и сети сосудистых анастомозов, расположенных на уровне внутреннего маточного зева.

Выводы

1. Анализ опубликованных работ позволяет заключить, что большинство методов по профилактике и лечению кровотечений направлено на обескровливание тела матки и недостаточно эффективны при нижнесегментном кровотечении. В связи с этим кровотечения при предлежании плаценты остаются актуальной проблемой, которая требует дальнейших инновационных подходов к разработке безопасных методов, максимально снижающих кровопотерю при отделении предлежащей плаценты.

2. В связи с увеличением частоты кесарева сечения и прогнозирования роста числа беременных с аномальным прикреплением плаценты назрела необходимость разработки и внедрения в акушерскую практику республиканского протокола по рассматриваемой проблеме.

Со списком литературы можно ознакомиться в редакции

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ

Джаббарова Ю.К., Умурзаков С.М.

Представлены обобщенные сведения о современной классификации, факторах риска, патогенезе, клинике, методах уменьшения массивной кровопотери при серьезной патологии беременности – предлежанию плаценты. Актуальность темы обусловлена ростом частоты аномальной плацентации в практическом акушерстве и недостаточной осведомленностью врачей о возможности органосохраняющих операций.

Ключевые слова: предлежание плаценты, причины, клиника, хирургические методы гемостаза.