

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНА ВА БОЛА
САЛОМАТЛИГИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.11.2023.Tib.114.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ**

АБДИКУЛОВ БОЛАТ САБИТКУЛОВИЧ

**КЕСАР КЕСИШДАН КЕЙИН ЙЎЛДОШНИНГ БАЧАДОН
ЧАНДИФИГА ЎСИБ КИРИШИ: ТАШХИСЛАШ ВА ЖАРРОҲЛИК
АМАЛИЁТИНИ МУҚОБИЛЛАШТИРИШ**

14.00.01 - Акушерлик ва гинекология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD) ДИССЕРТАЦИЯСИ
АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Абдикулов Болат Сабиткулович

Кесар кесишдан кейин йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши:
ташҳислаш ва жарроҳлик амалиётини муқобиллаштириш..... 3

Абдикулов Болат Сабиткулович

Врастание плаценты в рубец на матке после кесарева сечения:
оптимизация диагностики и хирургического лечения..... 29

Abdikulov Bolat Sabitkulovich

Placenta ingrowth into the uterine scar after the cesarean section:
optimization of diagnosis and surgical treatment..... 54

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 58

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНА ВА БОЛА
САЛОМАТЛИГИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.11.2023.Тиб.14.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ**

АБДИКУЛОВ БОЛАТ САБИТКУЛОВИЧ

**КЕСАР КЕСИШДАН KEYИН ЙЎЛДОШНИНГ БАЧАДОН
ЧАНДИФИГА ЎСИБ КИРИШИ: ТАШХИСЛАШ ВА ЖАРРОҲЛИК
АМАЛИЁТИНИ МУҚОБИЛЛАШТИРИШ**

14.00.01 - Акушерлик ва гинекология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD) ДИССЕРТАЦИЯСИ
АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2021.2PhD/Tib1849 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тиббиёт ходимларнинг касбий малакасини ривожлантириш марказида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме) тилларида) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.akusherstvo.uz) ва «Ziyonet» ахборот-таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:	Каримов Заур Джавдатович, тиббиёт фанлари доктори, профессор
Расмий оппонентлар:	Юсупов Усмон Юлдашевич, тиббиёт фанлари доктори Бабаджанова Гульджахан Саттаровна, тиббиёт фанлари доктори, профессор
Етакчи ташкилот:	Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Диссертация химояси Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази ҳузуридаги DSc.04/30.11.2023.Tib.114.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2025 йил «_____» _____ да соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100124, Тошкент ш., Мирзо-Улугбек кўчаси, 132-а уй. Тел.:(+99871) 263-78-33; e-mail: info@uzaig.uz).

Диссертация билан Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (____ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 100124, Тошкент ш., Мирзо-Улугбек кўчаси, 132-а уй. Тел.:(+99871) 263-78-33; e-mail: info@uzaig.uz).

Диссертация автореферати 2025 йил «_____» _____ куни тарқатилди.
(2025 йил _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Н.С. Надирханова
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
раиси, тиббиёт фанлари доктори

А.М. Бабаханова
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, PhD

М.Ю. Асатова
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
қошидаги илмий семинар раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясининг аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда сўнгги йилларда йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши замонавий акушерликнинг ўта долзарб муаммосига айланди. Муаммонинг аҳамияти, биринчи навбатда, катта қон йўқотиш туфайли оналар ўлимининг юқори хавфи билан боғлиқ. Ҳозирги вақтда Халқаро акушерлик ва гинекологлар Федерацияси (FIGO) “.....йўлдошнинг ўсиб киришини бутун дунё бўйлаб кесар кесишни частотасининг ошиши натижасида ятроген ҳолат сифатида тавсифлайди”¹. XX асрнинг иккинчи ярмидан ҳозирги кунгача йўлдошнинг ўсиб кириши ҳолатлари 50 марта кўпайди: 1:5000 туғруқдан 1:1000 туғруққача. Аксарият ҳолатларда йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб киришида бачадондан қон кетишини тўхтатишнинг ягона усули - бу гистерэктомия. Ҳозирда даволанишга ёндашув ўзгариб, жарроҳлик билан туғдириш тактикаси, гемостазнинг жарроҳлик усуллари ва тос бўшлиғида қон оқимининг камайиши нафақат қон йўқотиш ҳажмини назорат қилиш, балки органларни сақлаш жарроҳлик амалиётларини ҳам амалга ошириш имконини берди. Бироқ, йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб киришида жарроҳлик орқали туғдириш муаммоси ҳали ҳам ўзининг якуний ечимидан узоқдир, чунки энг юқори малакали муассаса шароитида ҳам ўлим эҳтимолини бутунлай истисно қилиб бўлмайди.

Жаҳонда мавжуд адабиётларда кесар кесишдан кейин йўлдошнинг бачадон чандиғи сони ва сифати ўртасидаги бевосита боғлиқлик таърифланган. Silver R. изланишида АҚШда ўтказилган кўп марказли тадқиқот маълумотлари келтирилган: йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши эҳтимоли бир, икки, уч, тўрт ва беш бачадон чандиғи мавжуд бўлганда мос равишда 3%, 11%, 40%, 61% ва 67% гача кўтарилади. Йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши билан хасталанган беморларнинг пренатал ултратовуш ташхисини яхшилашга қаратилган бир қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Ушбу касалликка аниқ ва тўғри ташхис қўйиш масалалари очик қолмоқда ҳамда бунга боғлиқ ҳолда жарроҳлик ва қон кетишини олдини олувчи усуллари кўллаш муаммоси сақлаб қолмоқда. Замонавий акушерликда йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб киришини ташхислаш ва жарроҳлик амалиётини муқобиллаштириш алоҳида аҳамият касб этмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш, аҳолини ижтимоий муҳофаза қилиш, тиббиёт тизимини жаҳон стандартлари талаблари даражасига мослаштириш, касалликларни эрта ташхислаш ва даволаш борасида кенг қамровли ислохотлар амалга оширилмоқда. Бу борада она ва бола саломатлиги масалаларини ўрганиш жуда долзарб бўлиб, касалликларни эрта ташхислаш ва малакали даволашнинг янги усуллари ишлаб чиқишга асосланган «...оила саломатлигини мустаҳкамлаш, оналик ва болаликни

¹ Palacios-Jaraquemada J.M., D'Antonio F., Buca D, Fiorillo A, Larraza P. Systematic review on near miss cases of placenta accreta spectrum disorders: correlation with invasion topography, prenatal imaging, and surgical outcome. J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. 2020; 33(19): 3377-3384.

муҳофаза қилиш, оналар ва болаларга сифатли тиббий ёрдам кўрсатиш имкониятларини кенгайтириш, уларга ихтисослаштирилган ва юқори технологияли тиббий ёрдам кўрсатиш, оналар ва болалар ўлимини камайтириш...»² га йўналтирилган муҳим вазифалар белгиланган. Ушбу вазифаларни амалга оширишда аёллар орасида замонавий технологияларни қўллаш, акушерликдаги касалликларни даволаш ва профилактикасининг самарали усулларини ишлаб чиқиш мақсадга мувофиқ.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги «2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси тўғрисида»ги ПФ-60-сон, 2023 йил 9 августдаги «Она ва бола саломатлигини мустаҳкамлаш чора тадбирлари тўғрисида»ги, 2022 йил 25 апрелдаги «2022-2026 йилларда оналик ва болаликни муҳофаза қилишни кучайтириш тўғрисида»ги ПҚ-216-сон, 2020 йил 12 ноябрдаги «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид кўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги ПҚ-4891-сон, ПҚ-296-сон қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ амалга оширилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб киришини ташхислаш ва жарроҳлик амалиётини бўйича тадқиқотлар дунёнинг қатор етакчи тиббиёт университетлари ва клиникаларида олиб борилмоқда. Йўлдошнинг ўсиб киришини антенатал ташхислашнинг масалалари тўлиқ ҳал қилинмаган ва ҳар доим ҳам ташхиснинг тўғрилигини кафолатламайди (Bowman Z.S., 2014; D'Antonio F., 2014; Einerson B.D., 2018; Jauniaux E., 2018). Ҳозирги вақтда йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши билан касалланган ҳомиладор аёлларни туғдиришнинг асосий усули қуйидагилардан иборат: кенг ўрта чизиқли лапаротомия, бачадон туби қисмида кесарча кесиш, йўлдошни бачадоннинг пастки сегментидан олиб ташлаши билан метропластикадан иборат (Aitken K., 2016; Chou M.M., 2015; Fan D., 2017; Matsubara S., 2023; Palacios-Jaraquemada J.M., 2022; Silver R.M., 2018). Жарроҳлик ўтказишнинг ушбу тактик схемаси жиддий эътирозларни келтириб чиқармайди ва бутун дунёда қўлланилади. Бироқ, бу ҳолатда қўлланиладиган қонни кетишини олдини олувчи жарроҳлик усуллари мутахассислар орасида фаол муҳокама қилинадиган ўз спектрига эга. Буларга қуйидагилар киради: бачадоннинг уч жуфт томир магистралини боғлаш, ички ёнбош артерияларини боғлаш, бачадон артерияларни эмболизацияси, умумий ёнбош артерияларнинг вақтинча баллонли

2 O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017-yil 7-fevraldagi "2017-2021-yillarda O'zbekiston Respublikasini yanada rivojlantirish bo'yicha Harakatlar strategiyasi to'g'risida"gi PF-4947-son Farmoni // www. lex. uz.

окклюзияси, қорин аортасининг вақтинча баллонли окклюзияси (Bowman Z.S., 2014, Silver R.M., 2018).

МДХ мамлакатлари олимлари томонидан олиб борилган илмий тадқиқотлар натижалари шуни кўрсатадики, ҳомиладор аёлларда йўлдошнинг ўсиб киришини ташхислаш ва туғиш усулларини қўллаш масалалари долзарбдир (Виницкий А.А., 2018; Курцер М.А., 2018; Латышкевич О.А., 2015; Оппенгеймер Л., 2014; Памфамиров Ю.К., 2017; Шмаков Р.Г., 2018). Сўнгги нашрларни таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, умумий ёнбош артерияларнинг ёки қорин аортасининг вақтинча баллонли окклюзияси усуллари йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб киришида қон кетишига қарши курашда асосий усулга айланаётганини кўрсатади (Курцер М.А., 2018; Шмаков Р.Г., 2020). Шу билан бирга, кесар кесишнинг юқори частотаси ва йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб киришининг динамикаси дунёнинг кам ривожланган минтақаларида ангиографик ёрдамлардан фойдаланиш имкониятларидан анча олдинда. Шуни ҳисобга олган ҳолда, ушбу усуллар билан параллел равишда, йўлдошнинг ўсиб киришида қон йўқотилишини камайтиришнинг муқобил усулларини излаш давом этмоқда. Ушбу йўналишда баъзи тадқиқотчилар томонидан умумий ёнбош артерияларни вақтинча қисиш ва мураккаб компрессли гемостаз усуллари таклиф қилинган (Памфамиров Ю.К., 2017, Шмаков Р.Г., 2017).

Мамлакатимизда йўлдошнинг ўсиб кириши кузатиловчи ҳомиладор аёлларни ташхислаш ва жарроҳлик усули билан даволаш масалалари етарлича ўрганилмаган. Баъзи ҳудудларда рўйхатга олиш тизимида йўлдошнинг ўсиб кириши бўйича статистик кўрсаткичлар мавжуд эмас. Ўзбекистонда оналар ўлими таркибида, критик ҳолатларни маҳфий таҳлил қилиш қўмитаси маълумотларига кўра, 2013-2015 йилларда массив акушерлик қон кетиши ҳар 100000 туғруқдан 4,5% ни, 2016-2017 йилларда 3,8% ни, 2018-2020 йилларда эса 5,4% ни ташкил этган (Каримова Н.Н., Юсупбаев Р.Б., Ниязметов Р.Э., Матякубов Б.Б., 2020). Массив қон кетишининг барча сабаблари орасида йўлдошнинг олдинда келиши 13% еканлиги аниқланган. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, бачадоннинг пастки сегментидан қон кетишида (йўлдошнинг марказий жойлашуви) массив акушерлик қон кетиш хавфи 1,5 баробар ортган (Юсупбаев Р. В., 2023).

Шуни таъкидлаш жоизки, ҳозирги вақтда Ўзбекистонда йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши билан хасталанган беморларни туғдиришда ангиографик ёрдамдан кенг фойдаланиш жиддий ташкилий, технологик ва кадрлар муаммолари билан боғлиқ бўлганлиги сабабли, муқобил усулларнинг (умумий ёнбош артерияларни вақтинча қисиш ва мураккаб компрессли гемостазни) долзарблиги жуда юқори. Касалликни ташхислаш муаммоларининг долзарблиги, йўлдошнинг ўсиб киришида қонни кетишини олдини оловчи усулларини танлаш алгоритмини ишлаб чиқиш зарурати диссертация тадқиқотининг мавзусининг долзарблигини асослайди.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.

Диссертация тадқиқоти Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг “Ўзбекистоннинг худудий хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда она ва бола саломатлигини муҳофаза қилишнинг янги технологиялари” (2019-2023 йиллар) мавзусидаги илмий-тадқиқот режасига мувофиқ амалга оширилган.

Тадқиқотнинг мақсади йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб киришини ташхислаш усулларининг сезгирлиги ва ўзига хослигини ўрганиш, бачадон ҳамда ёндош органлар инвазив шикастланишининг тарқалишига қараб жарроҳлик тактикаси алгоритминини ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

Тошкент шаҳар перинатал марказининг 5 йиллик (2018-2022 йиллар) материаллари асосида йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши частотасини ҳамда унинг оқибатини аниқлаш;

йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб киришини ташхислашнинг энг юқори ахборот берувчи клиник ва инструментал мезонларни аниқлаш;

йўлдошнинг жойлашиши, пренатал эксперт ултратовуш текшируви, МРТ маълумотлари, бачадоннинг жарроҳлик амалиёти давомидаги ҳолати, қон кетишини олдини олувчи усуллар, қон йўқотиш даражаси, гистологик текширув маълумотларини ҳисобга олган ҳолда йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши патологик моделларини табақалаштириш ҳамда туғдиришнинг мақбуллаштирилган жарроҳлик тактикасини ишлаб чиқиш;

йўлдошнинг марказий жойлаши ҳолатларида бачадоннинг пастки сегментини метрорпликация қилишнинг ишлаб чиқилган усулининг самарадорлигини аниқлаш;

инвазив ўсиш даражасини ва қон кетишини олдини олувчи жарроҳлик амалиётлари технологиясини танлашнинг табақалаштирилган ёндашувини аниқлаш билан йўлдошнинг ўсиши диагностикаси алгоритминини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Тошкент шаҳар перинатал марказида 2018-2022 йилларда даволанган йўлдошнинг марказий жойлаши ва кесар кесишдан кейин бачадон чандиғи билан туғдирилган 144 нафар ҳомиладорлар ва йўлдошнинг нормал жойлаши ва кесар кесишдан кейин бачадон чандиғи билан туғдирилган 60 нафар ҳомиладор аёллар олинган.

Тадқиқот предмети сифатида клиник, биокимёвий таҳлиллар учун веноз қон ва қон зардоби, гистологик текширувлар учун олиб ташланган бачадон, бачадон чандиғи ҳамда йўлдош материаллари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда умумий клиник, функционал (УТТ, МРТ), гистологик ва статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши кузатилганда ишлаб чиқилган табақалаштирилган патология моделларини қўллаш, қон йўқотиш даражасини, асосиз жарроҳатланишни, органларни олиб ташлашни, жарроҳлик амалиёти давридаги ва жарроҳликдан кейинги асоратларнинг частотаси ва оғирлигини камайтириши исботланган;

йўлдошнинг бачадон чандиғига чуқур инвазив ўсиб кириб бориши натижасида туб қисмидан кесарча кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш қон йўқотиш даражасини 2 баробарга, жарроҳлик вақтидаги ва жарроҳликдан кейинги асоратларнинг частотасини ва оғирлигини камайтириши, аъзони сақлаб қолиш орқали йўлдош юқори чеккасидан кўндаланг кесарча кесиш билан солиштирганда етакчи усул эканлиги исботланган;

йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши кузатилганда кесарча кесишда умумий ёнбош артерияларини вақтинча қисиб қўйиш ва мураккаб компрессияли гемостазни юзага келтириш амалиёти, умумий ёнбош артерияларининг вақтинча эндовазал окклюзияси усулига нисбатан самарали муқобил, ўрнини босувчи усул эканлиги исботланган;

йўлдошнинг марказий жойлаши кузатилганда кесарча кесишда анъанавий ҳолатда қўлланилувчи бачадон томирларининг юқорига кўтарилган шохларини боғлаш усулига нисбатан, ишлаб чиқилган бачадон пастки сегментини метропликацияси усули қон йўқотиш даражасини 1,5 баробарга, жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда қон кетишини частотасини камайтириши ҳамда ишончли гемостазни юзага келтириши самарадорлиги исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари куйидагилардан иборат:

эксперт ултратовуш текшируви пайтида йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб киришининг энг юқори ахборотли ташхислаш белгилари гипоехоген ретроплацентар зонанинг мавжуд эмаслиги ва бачадон пастки сегментнинг гиперваскуляризацияси эканлиги асосланган;

хомиладор аёлларга магнит-резонанс томографиясини ўтказиш жарроҳлик амалиётлари вақтида қон йўқотиш хавфи юқори бўлган “placenta percreta”га шубҳа қилинганда, йўлдошнинг сийдик пуфагига ва латерал параметрларга ўсиб кириши каби ҳолатларда қўллаш зарурияти асосланган;

йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши кузатилган беморларни кўп тармоқли шифокорлар гуруҳи мавжуд бўлган туғруқ муассасаларида хомиладорликнинг 37 ҳафталигидан кеч бўлмаган даврларда туғдириш зарурлиги асосланган;

йўлдошнинг ўсиб кириши билан хасталанган беморларни туғдириш пайтида патология моделига қараб маълум бир қонни кетишини олдини олувчи усуллари вариантдан мажбурий фойдаланиши билан органларни сақлаш тамойилларига риоя қилиш муҳимлиги асосланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги тадқиқот ишида қўлланилган замонавий алгоритмлар ва услубиятлар, назарий маълумотларнинг якуний маълумотлар, тадқиқ қилинган шахсларнинг мақбул сони, бир-бирини тўлдирувчи, ахборий, клиник, инструментал, шунингдек статистик тадқиқот усуллариининг мувофиқлигига, шунингдек, натижаларнинг ваколатли давлат органлари томонидан тасдиқланиши ва уларнинг маҳаллий ҳамда хорижий амалиётда бошқа мутахассислар тадқиқотлари тасдиқланганлиги билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши билан оғриган беморларни туғдириш тактикасини такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар патология моделларини табақаланиши асосида қуйидагиларга имкон берган: қон йўқотиш даражасини бошқаришни яхши натижасига эришиш, кераксиз жарроҳлик жароҳатлари даражасини камайтириш, аъзони олиб ташлаш масаласини янада оқилона ҳал қилиш; жарроҳлик вақтида ва жарроҳликдан кейинги асоратларнинг частотаси ва оғирлигини камайтириш, бошқариш ва жарроҳлик даволаш учун алгоритм яратиш билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши билан оғриган беморларни ташхислаш, бошқариш ва жарроҳлик орқали туғдиришнинг амалга оширилган муқобил алгоритми патология моделларига асосланиб, жарроҳлик вақтида қон йўқотишни камайтириш, беморнинг репродуктив функциясини сақлаб қолиш, кераксиз жарроҳлик жароҳатини, гистерэктомия частотасини ва оналар ўлимини камайтириш билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Кесар кесишдан кейин йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб киришини ташхислан ва жарроҳлик амалиётини муқобиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

биринчи илмий янгилик: йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши кузатилганда ишлаб чиқилган табақалаштирилган патология моделларини қўллаш, қон йўқотиш даражасини, асоссиз жарроҳатланишни, органларни олиб ташлашни, жарроҳлик амалиёти давридаги ва жарроҳликдан кейинги асоратларнинг частотаси ва оғирлигини камайтириши ҳақидаги натижалар “Кесарча кесишдан кейин бачадон чандиғига йўлдош ўсиб киришида қон кетишини сақловчи усулларни такомиллаштириш” услубий тавсиясига киритилган. Тошкент тиббиёт академиясининг туғруқ комплекси (18.10.2023-йилдаги 120-сон буйруқ), Тошкент шаҳридаги 7-туғруқ комплексининг (28.09.2023 йилдаги 57-сон буйруқ) амалий фаолиятига тадбиқ этилган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Илмий-техника кенгашининг 08.07.2024-йилдаги 02/38-сон хулосаси).

Ижтимоий самарадорлиги: патология моделларини табақаланишига асосланган, йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши билан касалланган беморларни бошқариш ва жарроҳлик билан даволаш алгоритминини қўллаш, перинатал ва оналар ўлимини, ногиронлигини камайтиришга, тикланиш вақтини қисқартиришга ва аёлларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга имкон беради.

Иқтисодий самарадорлиги: патология моделларини табақаланишига асосланган, йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши билан касалланган беморларни жарроҳлик ва даволаш алгоритминини қўллаш, реанимация бўлимида ётиш давомийлиги, плазма ва гемотрансфузия ҳажми миқдори, тақрорий жарроҳлик амалиётлари сонини камайтириш имконини берган. Алгоритмдан фойдаланиш 75 нафар ҳомиладор аёлларда қон йўқотишнинг ўртача даражасини 2300,0+266,5 мл дан 1146,0+40,9 мл гача камайтириш

имконини берган. Бу плазма ва қон қуйишнинг 75%га, шунингдек, гистерэктомия ва реллапаротомияларнинг частотасини камайтиришга ёрдам берган. Иқтисодий самарадорликка бўлимда ётиш давомийлиги қисқартириш (1224000 сўм тежамкорлик), қон препаратларидан фойдаланишни қисқартириш (тежамкорлик 465000 сўм), бачадонни олиб ташлаш амалиётининг ўтказилмаганлиги (тежам 350000 сўм) ҳисобига эришилган ва ҳар бир бемор ҳисобига 2039000 сўмни ташкил этган. 75 нафар беморга жами 152925000 сўмни ташкил этган. Ҳар бир бемор учун иқтисодий харажатлар 1,8 баробарга камайган. **Хулоса:** патология моделларини табақаланишига асосланган, йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши билан касалланган беморларни бошқариш ва жарроҳлик билан даволаш алгоритминини қўллаш, қон йўқотилиши даражасини, асоссиз жарроҳлик травматизацияси, органларни олиб ташлаш, жарроҳлик вақтидаги ва жарроҳликдан кейинги асоратларнинг частотасини ва оғирлигини камайтиришга, ҳар бир бемор учун 2039000 сўм миқдорда бюджет маблағларини тежаш имконини берган.

иккинчи илмий янгилик: йўлдошнинг бачадон чандиғига чуқур инвазив ўсиб кириб бориши натижасида туб қисмидан кесарча кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш қон йўқотиш даражасини 2 баробарга, жарроҳлик вақтидаги ва жарроҳликдан кейинги асоратларнинг частотасини ва оғирлигини камайтириши, аъзони сақлаб қолиш орқали йўлдош юқори чеккасида кўндаланг кесарча кесиш билан солиштирганда етакчи усул эканлиги ҳақидаги натижалар “Кесарча кесишдан кейин бачадон чандиғига қўлдош ўсиб киришида қон кетишини сақловчи усулларни такомиллаштириш” услубий тавсиясига киритилган. Тошкент тиббиёт академиясининг туғруқ комплекси (18.10.2023-йилдаги 120-сон буйруқ), Тошкент шаҳридаги 7-туғруқ комплексининг (28.09.2023 йилдаги 57-сон буйруқ) амалий фаолиятига тадбиқ этилган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Илмий-техника кенгашининг 08.07.2024-йилдаги 02/38-сон хулосаси). **Ижтимоий самарадорлиги:** ҳомиладор аёлларда йўлдошнинг бачадон чандиғига чуқур инвазив ўсиб кириб бориши натижасида туб қисмидан кесарча кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш перинатал ва оналар ўлимини, ногиронлигини камайтиришга, тикланиш вақтини қисқартиришга ва аёлларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга имкон беради. **Иқтисодий самарадорлиги:** ҳомиладор аёлларда йўлдошнинг бачадон чандиғига чуқур инвазив ўсиб кириб бориши натижасида туб қисмидан кесарча кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш реанимация бўлимида ётиш давомийлиги, плазма ва гемотрансфузия ҳажми миқдори, такрорий жарроҳлик амалиётлари сонини камайтириш имконини берган. Алгоритмдан фойдаланиш 75 нафар ҳомиладор аёлларда қон йўқотишнинг ўртача даражасини 2300,0+266,5 мл дан 1146,0+40,9 мл гача камайтириш имконини берган. Бу плазма ва қон қуйишнинг 75%га, шунингдек, гистерэктомия ва реллапаротомияларнинг частотасини камайтиришга ёрдам берган. Иқтисодий самарадорликка бўлимда ётиш давомийлиги қисқартириш (1224000 сўм тежамкорлик), қон препаратларидан фойдаланишни қисқартириш

(тежамкорлик 465000 сўм), бачадонни олиб ташлаш амалиётининг ўтказилмаганлиги (тежам 350000 сўм) ҳисобига эришилган ва ҳар бир бемор ҳисобига 2039000 сўмни ташкил этган. 75 нафар беморга жами 152925000 сўмни ташкил этган. Ҳар бир бемор учун иқтисодий харажатлар 1,8 баробарга камайган. **Хулоса:** ҳомиладор аёлларда йўлдошнинг бачадон чандиғига чуқур инвазив ўсиб кириб бориши натижасида туб қисмидан кесарча кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш қон йўқотилиши даражасини, асосиз жарроҳлик травматизацияси, аъзоларни олиб ташлаш, жарроҳлик вақтидаги ва жарроҳликдан кейинги асоратларнинг частотасини ва оғирлигини камайтиришга, ҳар бир бемор учун 2039000 сўм миқдорда бюджет маблағларини тежаш имконини берган.

учинчи илмий янгилик: йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши кузатилганда кесарча кесишда умумий ёнбош артерияларини вақтинча қисиб қўйиш ва мураккаб компрессияли гемостазни юзага келтириш амалиёти, умумий ёнбош артерияларининг вақтинча эндовазал окклюзияси усулига нисбатан самарали муқобил, ўрнини босувчи усул эканлиги ҳақидаги натижалар “Кесарча кесишдан кейин бачадон чандиғига қўлдош ўсиб киришида қон кетишини сақловчи усулларни такомиллаштириш” услубий тавсиясига киритилган. Тошкент тиббиёт академиясининг туғруқ комплекси (18.10.2023-йилдаги 120-сон буйруқ), Тошкент шаҳридаги 7-туғруқ комплексининг (28.09.2023 йилдаги 57-сон буйруқ) амалий фаолиятига тадбиқ этилган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Илмий-техника кенгашининг 08.07.2024-йилдаги 02/38-сон хулосаси). **Ижтимоий самарадорлиги:** қўлланиладиган қон кетишини олдини олувчи жарроҳлик амалиётларнинг самарадорлиги, эндоваскуляр усуллар натижаларига ўхшаш ҳолда аъзоларни сақлаш частотасини ошишига ва оналар ўлиминин олдини олишга олиб келади. **Иқтисодий самарадорлиги:** умумий ёнбош артерияларини вақтинчалик балон окклюзиясига муқобил қон кетишини олдини олувчи усулларида умумий ёнбош артерияларини вақтинча қисиб, мураккаб компрессияли гемостаз) фойдаланиш 3600000 сўм маблағни тежаш имконини берган. 50 нафар бемор ҳисобидан жами 180000000 сўмни ташкил этган. **Хулоса:** умумий ёнбош артерияларини вақтинча қисиб қўйиш ва мураккаб компрессияли гемостаздан фойдаланиш гемостазнинг эндоваскуляр усулига мақбул усул бўлиб, ҳар бир бемор учун 3600000 сўм миқдорда бюджет маблағларини тежаш имконини берган.

тўртинчи илмий янгилик: йўлдошнинг марказий жойлаши кузатилганда кесарча кесишда анъанавий ҳолатда қўлланилувчи бачадон томирларининг юқорига кўтарилган шохларини боғлаш усулига нисбатан, ишлаб чиқилган йўлдошнинг марказий жойлашишида бачадон пастки сегментини метропликацияси усули қон йўқотиш даражасини 1,5 баробарга, жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда қон кетишини частотасини камайтириши ҳамда ишончли гемостазни юзага келтириши самарадорлиги ҳақидаги натижалар “Кесарча кесишдан кейин бачадон чандиғига йўлдош ўсиб киришида қон кетишини сақловчи усулларни такомиллаштириш” услубий тавсиясига

киритилган. Тошкент тиббиёт академиясининг туғруқ комплекси (18.10.2023-йилдаги 120-сон буйруқ), Тошкент шаҳридаги 7-туғруқ комплексининг (28.09.2023 йилдаги 57-сон буйруқ) амалий фаолиятига тадбиқ этилган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Илмий-техника кенгашининг 08.07.2024-йилдаги 02/38-сон хулосаси). **Ижтимоий самарадорлиги:** ишлаб чиқилган ва жорий этилган метропликация усули самарадорлиги интра- ва операциядан кейинги қон кетиш даражасини камайтиради, органларни сақлашнинг энг самарали натижаларига эришиш имконини яратади. **Иқтисодий самарадорлиги:** метропликация усулини жорий этиш жарроҳлик амалиётидан кейинги қон кетиш хавфини камайтиришга имкон берган, плазма ва гемотрансфузиялар, бачадон бўшлиғини тозалаш ва такрорий жарроҳлик амалиётлари сонини ва ҳажмини камайтирган. Метропликация усулини қўллаш 48 нафар беморда қон йўқотишнинг ўртача даражасини 1400,0+57,7 мл дан 966,7+27,3 мл гача камайтириш имконини берган. Плазма ва қон қуйишнинг 25% га, шунингдек, бачадон бўшлиғини тозалаш ва гистерэктомиялар частотасини камайтиришга ёрдам берган. Иқтисодий самарадорликка реанимацияда ётиш кунлик харажатларини қисқартириш (1224000 сўм тежамкорлик), қон препаратларидан фойдаланишни қисқартириш (тежамкорлик 155000 сўм), бачадонни олиб ташлаш амалиётларини ўтказилмаслиги (тежам 350000 сўм) ҳисобига эришилган ва ҳар бир беморга 1574000 сўмни ташкил етди. 48 нафар бемор ҳисобига жами 75552000 сўмни ташкил этган. Ҳар бир бемор учун иқтисодий харажатлар 1,5 баробарга камайган. **Хулоса:** ишлаб чиқилган ва амалиётга жорий этилган йўлдошнинг марказий жойлашуви билан ва бачадон чандиғи билан бачадоннинг пастки сегментини метропликация қилиш усули бачадон томирларининг юқорига кўтарилган шохларини боғлаш билан таққослаганда, органларни сақлаш, қон йўқотишни камайтириш ва операциядан кейинги қон кетиш частотасини камайтиришни юқори самарадорликни кўрсатган, ҳар бир бемор учун 1574000 сўм миқдорда бюджет маблағларини тежаш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 2 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларда муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 13 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссияси томонидан диссертацияларнинг асосий илмий натижаларини чоп этиш учун тавсия этилган илмий нашрларда 7 та мақола, жумладан 5 та республика ва 2 та хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўрт боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида илмий тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объекти ва предмети, унинг республика фан ва техника тараққиётининг асосий устувор йўналишлари билан боғлиқлиги, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари келтирилган, олинган натижаларнинг назарий ва амалий аҳамияти очиб берилган ва уларнинг амалиётга татбиқ этилиши, нашр этилган ишлар тўғрисидаги маълумотлар, диссертациянинг тузилиши ва ҳажми акс эттирилган.

Диссертациянинг **“Кесар кесишдан кейин йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши муаммоси ҳақидаги замонавий ғоялар”** номли биринчи бобида сўнгги адабиётлардан олинган маълумотлар, кесар кесишдан кейин йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши тесзлиги, хавф омиллари, диагностикаси, тактика ва жарроҳлик бўйича замонавий қарашлар таҳлили, даволаш, ушбу патология учун қон кетишини олдини олувчи технологияларини қўллаш келтирилган. Қўшимча ечимларни талаб қиладиган долзарб муаммолар таъкидланган.

Диссертациясининг **“Клиник материал ва тадқиқот усулларининг характеристикаси”** номли иккинчи бобида клиник материал, тадқиқот босқичлари билан тавсифи тадқиқот дизайни ҳақида маълумот берилган, шунингдек, умумий клиник, инструментал визуализация усуллари ва статистик тадқиқот усуллари келтирилган. Тадқиқот 2018-2022-йилларда Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг акушерлик, гинекология ва перинатал кафедрасининг Тошкент шаҳар перинатал маркази базасида, ўтказилди.

Тадқиқот дизайни тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари билан белгиланади: йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши аппарат диагностикасининг ишончлилик даражаси, клиник (интраоператив) ташхис, қон йўқотиш даражаси, йўлдош-бачадон интерфейсидаги ҳақиқий ҳолат (гистологик тадқиқотлар билан тасдиқланган) ва ишлатиладиган қон кетишини олдини олувчи технологиялари. Тадқиқотга қўшилиш мезонлари қуйидагилардан иборат эди: 18 ёшдан 45 ёшгача бўлган беморларнинг ёши, ёлғиз ҳомиладорликнинг мавжудлиги, олдинги кесар кесишдан сўнг бачадонда чандиқнинг мавжудлиги, йўлдошнинг марказий жойлашуви мавжудлиги, тадқиқотда иштирок этиш учун маълумотли розилик мавжудлиги. Тадқиқотдан четлатиш мезонлари қуйидагилардан иборат эди: кўп ҳомиладорликнинг мавжудлиги, онанинг оғир соматик патологиясининг мавжудлиги, жинсий аъзоларнинг туғма аномалиялари, саратон, тизимли қон касаликлари, ўткир юқумли касалликлар.

Йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши ташхисини гистологик текширишни ҳисобга олган ҳолда кенг қамровли ретроспектив ва истиқболли таҳлиллар натижасида қуйидаги клиник гуруҳлар тузилди:

1-гурух (асосий гуруҳ) (n =84) – йўлдошнинг ўсиб кириши гистологик аниқланган йўлдошнинг марказий жойлашуви бўлган ва бачадон чандиғи бор беморлар;

2-гурух (таққослаш гуруҳи) (n =60) - йўлдошнинг ўсиб кириши гистологик аниқланмаган йўлдошнинг марказий жойлашуви бўлган ва бачадон чандиғи бор беморлар;

3-гурух (назорат гуруҳи) (n =60) – йўлдошнинг аномал жойлашуви бўлмаган ва бачадон чандиғи бор беморлар.

Йўлдошнинг марказий жойлашуви бўлган ва бачадон чандиғи бор беморлар "Йўлдошнинг ўсиши ва ётиши: ташхислаш ва даволаш" қўлланмасига биноан PAS белгиларини аниқлаш ёки истисно қилиш учун рангли Допплер харитаси (Хитойнинг Mindray фирмаси DC-22, эксперт сифатли ва Хитойнинг SonoScape фирмасининг юқори сифатли S-22 аппаратлари) ёрдамида трансабдоминал ва трансвагинал ултратовуш текширувидан ўтдилар (Jauniaux E., 2018). Ултратовуш текшируви натижаларини олгандан сўнг, PAS белгилари қайд этилган, placenta percreta га шубҳа қилинган баъзи беморларга контрастларсиз МРТ амалга оширилди. Ишда Германияда ишлаб чиқилган SIEMENS 1,5 т MR-бирлиги "Aura", ишлатилган.

Ушбу бобда тадқиқотда қўлланиладиган жарроҳлик усулларининг тавсифи келтирилган: стандарт кесар кесиш, бачадон туб қисмидан кесар кесиш, Chandrahara типидagi жарроҳлик, метропластика (йўлдош билан бирга бачадон пастки сегментиининг ўзгартирилган олд деворини кесиб ташаш).

Тадқиқотда қуйидаги қон тежовчи технологиялар қўлланилди: ички ёнбош артерияларини боғлаш, умумий ёнбош артериялари вақтинча қисиш, қорин аортасини вақтинча қисиш, мураккаб компресс гемостаз, бачадон пастки сегментини метропликацияси (Интеллектуал мулк агентлигидан олинган фойдали модел патенти № FAP 01581). 2-бобда қон йўқотиш ва гистологик текширувни баҳолаш усули ҳам тасвирланган.

Олинган тадқиқот натижаларини статистик қайта ишлаш Microsoft Excel электрон жадваллари ва Statistica V10 статистик дастурий таъминот тўплами (АҚШ) ёрдамида амалга оширилди. Олинган натижаларни таққослаш Microsoft Excel компьютер дастури ёрдамида ўртача қийматни (M) ва ўртача арифметик ўртача хатони (m) аниқлаш билан умумий қабул қилинган усуллар ёрдамида, Студентнинг ўртача қийматларни таққослаш учун t-меъзонини ҳисоблаш билан амалга оширилди. Аҳамиятлилик даражасидаги фарқлар статистик жиҳатдан $p < 0.05$ аҳамиятли ҳисобланади.

Диссертациянинг "**Тадқиқот натижалари**" номли учинчи бобида беморларнинг клиник хусусиятларини уч гуруҳда ўрганиш натижасида олинган маълумотлар келтирилган. Хавф омилларини ўрганишда йўлдошнинг марказий жойлашуви ва 2 ёки ундан ортиқ бачадон чандиғи сони - 2 ёки ундан кўп - йўлдошнинг ўсиб кириши ривожланишига сезиларли таъсир кўрсатиши аниқланди. Омиллар: бачадон бўшлиғини қириб тозалаш, интергенетик

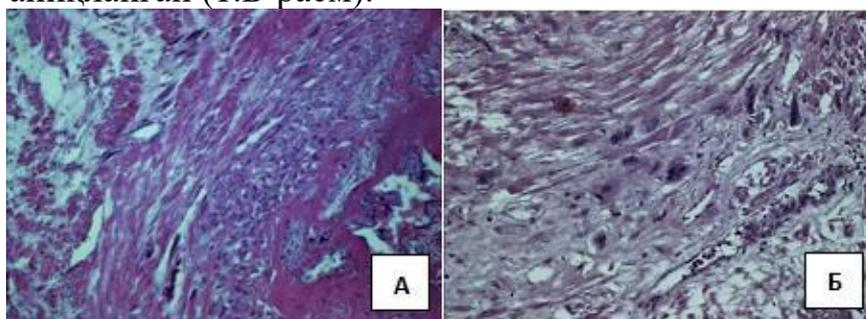
интервал, ҳомиладорлик кечишининг патологияси, гинекологик касалликлар, анамнездаги ўз-ўзидан ҳомила тушиши (туғилиш) сони - йўлдошнинг марказий жойлашуви ва йўлдошнинг ўсиб кириши шаклланишига таъсир қилмади. Олдинги кесар кесиш учун кўрсатмалар билан боғлиқ омиллар орасида она чаноғи ва ҳомила бошнинг номутаносиблиги муҳим таъсир кўрсатди: Эҳтимол, бундай шароитда бачадон ярасининг четларини адекват кооптациясига эришиш энг қийин бўлиб, бу энг масъулиятли ҳудуд – бу ҳам - йўлдошнинг ўсиб кириши ҳам аномал йўлдошнинг жойлашувига, бевосита эндометрий ярасининг битиши сифатига салбий таъсир қилади.

Ультратовуш (Допплер текшируви) ва қўшимча равишда МРТ текшируви асосида йўлдошнинг марказий жойлашуви бўлган ва бачадон чандиғи соҳасига усиб кириши борлигини ташхиси кўйилди. Икки ёки ундан ортик эхографик белгилар бирлаштирилганда, йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб киришининг дастлабки ташхиси кўйилди. Ҳомиладор аёллар орасида йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши мавжудлигини кўрсатадиган орасида энг тез-тез аниқланган йўлдошнинг қавариклиги (92,9%), бачадон пастки сегментининг гиперваскуляризацияси (86,9%) ва гипоехоген ретроплацентал зонанинг йўқлиги (77,3%) кўпинча аниқланган (1-гуруҳ).

Placenta percreta шубҳа қилинган беморлар (n=14) ҳомиладор бачадоннинг контрастсиз МРТ текширувидан ўтказилди. Шу билан бирга, ҳомиладор аёлларнинг 100,0%да бачадоннинг пастки сегментида “бўртиб чиққиши”, 85,7%да - қон томир бўшлиқлари, 71,4%да - бачадон девори билан сийдик пуфағи ўртасида чегаранинг йўқлиги, 57,3%да - “қора ленталар”, 57,1%да ретроплацентал “соя” мавжудлиги аниқланган.

Гистологик маълумотлар натижасида 84 ҳомиладор аёллардан (1-гуруҳ) 20(23,8%) нафар беморда placenta accreta, 37(44,0%) нафар беморда placenta increta, 17(20,2%) нафар беморда placenta percreta аниқланди.

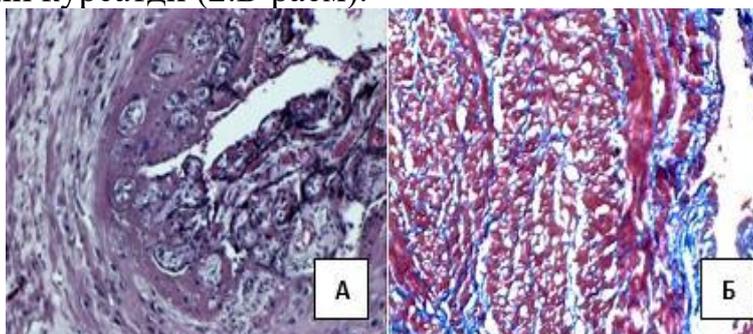
Бачадоннинг пастки сегментининг олд деворининг резекция қилинган бўлимлари (метропластика ёки гистерэктомия пайтида) препаратларининг микроскопик тавсифи шуни кўрсатдики, йўлдошнинг ўсиши (placenta accreta) базал ламинанинг йўқлиги билан тавсифланишини кўрсатди (1.А-расм), ворсиначилар тўғридан-тўғри Нитабух фибриноид ва инвазив трофобласт миометрия зонасига яқин жойлашган, миометрий ва ворсинка дарахти чегараси силлиқ эди. Placenta increta булганда миометрийда инвазив трофобласт аниқланган (1.Б-расм).



1-расм. А – БПС олд деворининг фрагменти. Placenta accreta. Базал қатлам йўқ, ворсиначилар фибриноид зона ва инвазив трофобласт билан

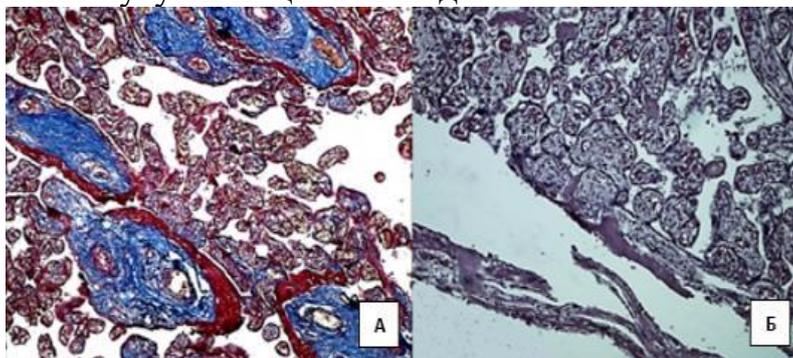
миометрияга қўшилган. Гематоксилин ва эозин билан бўяш. х100. Б - БПС нинг олд деворининг бўлаги. Placenta increta. Ворсинкадан ташқари мушак толалари орасидаги ворсинкадан ташқари трофобласт. Гематоксилин ва эозин билан бўяш. х200.

Юпқалашган миометрида лакунар типдаги йирик веноз томирлар деворларининг бузилиши деворнинг структуравий компонентларини инвазив трофобласт ва фибрин билан алмаштирилганлиги билан аниқланган (2.А-расм). Бачадоннинг олд деворининг миометриясини ўрганиш, мушак толалари гуруҳларини ўраб турган яхши аниқланган бириктирувчи тўқима толалари ва кен томирлари атрофида мушак толалари гипертрофияланганлиги энг аниқ ифодаланганлигини кўрсатди (2.Б-расм).



2-расм. А - Катта веноз томирларнинг деворларини бузилиши. Гематоксилин ва эозин билан бўяш. х200. Б - мушак толалари гуруҳлари атрофида ва томир деворидаги бириктирувчи тўқима толалари. Массон бўйича уч рангли. х200.

Эътиборга молик нарса йўлдошнинг майдонига яқин жойлашган кўп сонли ворсинкалар эди (3.А-расм). Миометриум бўлмаса ва ворсиналар сероз мембранага тўғридан-тўғри ёпишган бўлса, йўлдош томонидан сероз қатламнинг униб чиқиши пайтида placenta percreta аниқланди. (3.Б-расм). Йўлдош майдонининг миометриял томирлари деворларининг тасвирланган бузилишини ўсишдан (placenta accreta) фарқловчи йўлдошнинг ўсиб кириши маркери (placenta increta) сифатида кўриб чиқиши керак. Эҳтимол, веноз томирлар деворларининг бузилиши туфайли уларнинг тешикларида ворсинкалар тўплами топилади. Йўлдош тўшагининг веноз бўшлиқларида ва унинг остидаги миометрияда ворсинкалар мавжудлиги placenta accreta йўлдошнинг ўзига хос хусусияти ҳисобланади.



3-расм. А - яхши ривожланган стромага эга бўлган кўп сонли ворсиналар ўзаги. Массон бўйича уч рангли. х.100. Б- 3.31-расм. БПС

нинг юпқалаштирилган олд деворидан парча. **Placenta percreta**. Йўлдош тўқималарининг шиллик қаватга чуқур кириб бориши мавжудлиги.

Гематоксилин ва эозин билан бўяш. х100

Клиник ва гистологик ташхисларнинг мос келиши. Клиник (интраоператив) ташхис йўлдош ўсишининг мавжудлиги ва даражасини макроскопик баҳолашга қараб амалга оширилади. Placenta accreta нинг клиник ташхиси гистологик ташхис билан 90,9% га тўғри келиши, placenta increta – 100,0% да, placenta percreta - 80,9% ҳолларда аниқланди (1-жадвал).

1-жадвал

Клиник (интраоператив) ташхиснинг гистологик текширув маълумотлари билан мос келиши

Клиник ташхиси	Гистологик ташхиси		
	Pl. accreta (n=20)	Pl. increta (n=47)	Pl. percreta (n=17)
Pl. accreta (n=22)	20	2	-
Pl. increta(n=41)	-	41	-
Pl. percreta (n=21)	-	4	17

Ультратовуш белгилари асосида йўлдошнинг ўсиб кириши даражасини аниқлаш. Допплер ультратовуш ва гистологик таҳлил билан ультратовуш ҳисоботининг ретроспектив таҳлилида, йўлдошнинг инвазив ўсиб кириши шакллариининг прогностик белгилари гипозоноген ретроплацентал зонанинг йўқлиги ва бачадоннинг пастки сегментининг гиперваскуляризацияси еканлиги аниқланди. Pl. percreta бўлган ҳомиладор аёлларнинг мутлақо сонида бачадон девори ва сийдик пуфаги ўртасида аниқ чегаранинг йўқлиги, гипозоноген ретроплацентал зонанинг ва пастки сегментнинг гиперваскуляризацияси қайд етилган (2-жадвал).

2-жадвал

Йўлдошнинг ўсиб кириши даражасига қараб ультратовуш белгиларини аниқлаш

Ўрганилган кўрсаткичлар	Placenta accreta n=18*		Placenta increta n=47		Placenta percreta n=17		1 гуруҳ n=82*	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Плацента бўртмасининг мавжудлиги	10	55,6	47	100,0	17	100,0	74	90,2
Гипозоноген ретроплацентал зонанинг йўқлиги	8	44,4	40	85,1	17	100,0	65	79,2
Бачадон девори ва сийдик пуфаги ўртасида аниқ чегаранинг йўқлиги	-	-	4	8,5	17	100,0	21	25,6
Бачадон пастки сегментининг гиперваскуляризацияси	11	61,1	41	87,2	17	100,0	69	84,1

Йўлдош қон томир лакуналарининг мавжудлиги	2	11,1	20	42,5	12	70,6	34	41,5
--	---	------	----	------	----	------	----	------

Еслатма: * - қабул пайтида ТШПМ ултратовуш текширувидан ўтмаган иккита бемор киритилмади.

МРТ белгилари бўйича placenta percretани аниқлаш. МРТ маълумотларидан фойдаланган ҳолда placenta percretани аниқлашнинг ретроспектив таҳлилида прогностик МРТ белгилари: миометрий ва сийдик пуфаги девори ўртасида чегаранинг йўқлиги (90,9% ҳолларда), қон томир лакуналарининг мавжудлиги (81,8% ҳолларда) ва “қора ленталар” мавжудлиги (72,7% ҳолларда) (3-жадвал).

3-жадвал

МРТ белгилари бўйича placenta percretани аниқлаш

Ўрганилган кўрсаткичлар	Placenta increta n=3		Placenta percreta n=11		Жамми n=14	
	абс	%	абс	%	абс	%
Бачадоннинг пастки сегменти деворининг "бўртиб чиқиши"	3	100,0	11	100,0	14	100,0
Бачадоннинг пастки сегментида миометрий тўқималарнинг ингичкалаши	3	100,0	7	63,6	10	71,4
Бачадоннинг пастки сегментида миометрий тўқималарнинг йўқлиги (узлуксизлиги).	-	-	4	36,3	4	28,6
Катта томир лакуналарининг мавжудлиги	2	66,7	9	81,8	12	85,7
"Қора ленталар"нинг мавжудлиги	-	-	8	72,7	8	57,1
Бачадон девори ва сийдик пуфаги ўртасида аниқ чегаранинг йўқлиги	-	-	10	90,9	10	71,4
Ретроплацентал "соя" мавжудлиги	2	66,7	6	54,5	8	57,1

Шундай қилиб, ултратовуш маълумотларига кўра тўғри ташхис 1 гуруҳдаги ҳомиладор аёлларнинг 90,2 % да (82 тадан 74 та ҳолатда) қўйилди. Йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши билан оғриган беморларда ултратовуш текширувининг нотўғри-салбий натижаси 9,8% ни ташкил этди (82 та бемордан 8 таси). Нотўғри ижобий натижа 20,0% ни ташкил этди (60 бемордан 12 таси). Тадқиқотимиз натижаларига кўра, йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб киришини аниқлашда ултратовуш усулининг сезгирлиги 90,2%, ўзига хослиги - 80,0% ни ташкил этди.

Барча ҳомиладор аёллар мунтазам туғруксиз қабул қилинди. Уларнинг барчасида кесар кесиш ўтказилди. Эрта туғишнинг улуши асосий гуруҳда ва таққослаш гуруҳида сезиларли даражада юқори (89,3 ва 83,3%), назорат гуруҳида - 36,7% ($p < 0,05$). Асосий гуруҳдаги ҳомиладор аёлларнинг 53 нафари (63,1 %) режали, 31 нафарида (36,9 %) шошилиш жарроҳлик ўтказилди. Таққослаш гуруҳида: режалаштирилган жарроҳлик – 24 (40,0%) ва фавқулодда

вазиятларда – 36 (60,0%) жарроҳлик ўтказилди. Назорат гуруҳида 39 нафар (65,0 %) ҳомиладор аёллар режали, 21 нафар (35,0 %) шошилич туғдирилди.

Диссертациянинг «**Йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб киришида туғруқнинг жарроҳлик жиҳатлари**» номли IV бобида 1 гуруҳдаги беморларни жарроҳлик даволаш натижалари тавсифланади. Беморларнинг умумий сонидан (n = 84) 58 нафарида (69,1%) органларни сақлаш (метропластика) амалга оширилди. Назоратсиз қон кетиши туфайли 18 ҳолатларда метропластика уринишларидан сўнг ва 8 ҳолатларда йўлдошнинг инвазив ўсиши натижасида органнинг визуал кенг кўламли зарарланиши туфайли органни сақлаб қолиш истиқболлари пастлиги сабабли (метропластика уринишларсиз) (барча эпизодлар йўлдошнинг ўсиб кириши сифатида гистологик жиҳатдан тасдиқланган) гистерэктомия амалга оширилди. Шундай қилиб, гистерэктомия 84 нафар бемордан 26 нафарида (30,9%) амалга оширилди.

Пастки ўрта лапаротомия пайтида бачадон пастки сегменти олд деворининг чуқур тўғридан-тўғри визуал ва палпация текшируви ўтказилди. Шу билан бирга, бачадон пастки сегментининг чандиқли трансформациясининг табиати ва тарқалиши, шунингдек, йўлдош инвазияси жараёнида сийдик пуфагининг орқа деворининг иштироки баҳоланди. Бурма ости бўшлиғида гипертрофияланган томирлар тармоғи ва йўлдошнинг сийдик пуфағига ўсиши белгилари аниқ бўлмаганда, пренатал ултратовуш текширувида юзага келиши мумкин бўлган хатоларни истисно қилиш ва бачадон пастки сегментида йўлдошнинг юқори четида кўндаланг утеротомия қилиш имкониятини аниқлаш учун кўшимча интраоператив ултратовуш текшируви ўтказилди. Чуқур инвазив йўлдош ўсишининг аниқ пренатал ва интраоператив белгиларида бачадон туб қисмидан соҳасида утеротомия ва ҳомила экстракцияси ўтказилиб, лапаротомия кесмаси ўрта-пастки ўрта лапаротомияга олдиндан узайтирилди.

Асосий гуруҳда 84 ҳомиладор аёлларнинг 75(89,3%) нафарида бачадон туб қисмидан кесар кесиш, бачадон пастки сегментида кўндаланг йўлдош юқори даражасидан - 9(10,7%) нафар беморда амалга оширилди. Бачадон туб қисмидан кесар кесиш пайтида қон йўқотиш 2000,0 мл дан ошмади. Бачадон пастки сегментида кўндаланг йўлдош юқори даражасидан кесар кесиш ўтказган 9 нафар аёл орасида 6 нафар ҳомиладор аёлда 2000,0 - 3600,0 мл оралиғида қон йўқотиш кузатилди. Ушбу беморларга сонига «near miss» ҳолатидаги 2 нафар аёл кирди

Бачадон пастки сегментида кўндаланг йўлдош юқори даражасидан кесар кесиш ўтказилгандан сўнг, фақат 3(33,3%) ҳолатда бачадонни сақлаб қолиш мумкин бўлган, қолган 9та ҳолатдан бтасида (66,7%) мажбурий гистерэктомия талаб қилинган. Бачадон туб қисмидан кесар кесишдан сўнг 75 нафардан 20 нафарида (26,7%) гистерэктомия талаб қилинди. Утеротомиянинг иккита усули самарадорлигини солиштирганда, бачадон туб қисмидан кесар кесиш билан беморларда қон йўқотишнинг ўртача даражаси, қон қуйиш сони ва ҳажми сезиларли даражада пастлиги, қон йўқотиш даражаси 2000,0мл. дан

ортиқ бўлган беморлар йўқлиги ва органларнинг сақланишининг яхшироқ кўрсаткичлари аниқланди ($p < 0,05$) (4-жадвал).

4-жадвал

Йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб киришида утеротомия қилиш усуллариининг самарадорлигини қиёсий ўрганиш (1-гурух)

Ўрганилган кўрсаткичлар	Жами n=84		p
	Бачадон туб қисмидан кесар кесиш n=75 абс(%)	Йўлдош юқори даражасидан кўндаланг кесар кесиш n=9 абс(%)	
Бачадондаги чандиқларнинг ўртача сони	2,2+0,1	2,6+0,4	>0,05
Қон йўқотишнинг ўртача ҳажми, мл.	1146,0±40,9	2300,0±266,5	<0,05
2000,0 мл дан ортиқ қон йўқотадиган беморлар сони	0	6(66,7%)	<0,05
Гемотрансфузия билан оғриган беморлар сони	37(49,3%)	6(66,7%)	<0,05
Қон қуйишнинг ўртача ҳажми, мл.	710,6+38,0	1252,6+45,0	<0,05
Жарроҳлик давомийлиги, мин.	105,9+31,6	147,1+13,5	>0,05
Метропластика билан оғриган беморлар сони	55(73,3%)	3(33,3%)	<0,05
Гистерэктомия билан оғриган беморлар сони	20(26,7%)	6(66,7%)	<0,05
Операциядан кейин ўртача касалхонада етиш ётоқ кунлари	15,0+0,71	21,5+3,4	>0,05

Метропластикага уринишларсиз гистерэктомия (n=8) бачадон туб қисмидан кесар кесишдан кейин барча ҳолатларда амалга оширилди ва қон йўқотиш ҳажми 2000,0 мл дан ошмади. (ўртача қон йўқотиш 1225,0 ± 133,3 мл., қон йўқотиш медианаси 1150,0 мл.). Қон кетиши туфайли метропластика уринишларидан сўнг гистерэктомия (мажбурий гистерэктомия) (n=18): 6 нафар (33,3%) ҳолатда бачадон пастки сегментида кўндаланг йўлдош юқори даражасида кесар кесишдан кейин амалга оширилди (ўртача қон йўқотиш 2750,0 ± 259,2 мл., қон йўқотиш медианаси 2500,0 мл.), 12 нафарда (66,7%) бачадон туб қисмидан кесар кесишдан кейинги ҳолатлар (ўртача қон йўқотиш 1741,7 ± 70,1 мл., ўртача қон медианаси 1800,0 мл.). Қон йўқотишнинг ўртача даражалари орасидаги фарқлар статистик аҳамиятга эга ($p < 0,05$).

Метропластикага уринишлардан сўнг мажбурий гистерэктомия ҳолатларида (n = 18), органларни олиб ташлашнинг асосий кўрсатмалари: қон кетиш; бачадон пастки сегменти орқа деворига ва бачадон танасига

йўлдошнинг чуқур ўсиб кириши макроскопик белгилари; йўлдошнинг марказий жойлашишида чандиқ бўйича бачадонни ёрилиши (1 ҳолат); марказий жойлашишида йўлдошнинг кучиши билан шошилиш равишида ётқизилган беморларда операция бошланишидан олдин содир бўлган сезиларли қон йўқотиш (3 та ҳолат). Гистерэктомияга бўлган эҳтиёжга энг катта таъсир бачадон пастки сегментида кўндаланг йўлдош юқори даражасидан кесар кесиш натижасида кучли қон кетиш омили бўлган: 6 нафар беморларда (шу жумладан «near miss ҳолатига эга бўлган 2 нафар беморларда). Улар орасида ўртача қон йўқотиш $2750,0 \pm 259,2$ мл, қон йўқотиш медианаси 2500,0 мл ни ташкил этди.

Метропластикага уринишлардан сўнг мажбурий гистерэктомия билан оғриган 18 нафар беморлар орасида (бу ҳажмдаги жарроҳлик кўрсатмалари аниқланмагунга қадар) органларни сақлаб қолишга уриниш (метропластика) нуқтаи назаридан қон кетишини олдини олувчи қўйидаги усуллари қўлланилган: учта жуфт катта томирларни боғлаш ($n=6$) (ўртача қон йўқотиш $2750,0 \pm 259,2$ мл.), ички ёнбош артерияларини боғлаш ($n=2$) ($1950,0 \pm 50,0$ мл.), умумий ёнбош артериялари вақтинча қисиш ($n=4$) ($1750,0 \pm 86,6$ мл), мураккаб компресс гемостаз ($n=6$) ($1667,7 \pm 122,5$ мл.). Уч жуфт бачадон томирлари ва ички ёнбош артериялари боғланганда ўртача қон йўқотиш даражаси юқори бўлган ($p < 0,05$).

Йўлдош инвазияси майдонига кўра, ўчоқли, маҳаллий ва умумийга ажратилган. I гуруҳдаги беморларнинг ($n=84$) йўлдошнинг ўсиб кириши майдони бўйича тақсимланиши қўйидагича: ўчоқли - 45,2%, маҳаллий - 33,3%, жами - 21,4% ҳолатлар. Гистерэктомия билан оғриган беморлар орасида ($n = 26$): маҳаллий - 30,8%, жами - 69,2%. Олиб ташланган органнинг гистологик текширувида қўйидагилар аниқланди: pl. accreta битта ҳам ҳолатда аниқланмади. Pl. increta 12(46,2%) да, pl. percreta - 26 тадан 14 нафарида (53,8%) ташхисланди.

Қовуқ деворининг шикастланиши. Йўлдошни ўсиб кириши чуқурлиги туфайли катта қон йўқотишига олиб келадиган муҳим омил сийдик пуфагининг шикастланишидир. Қувиқ ўсиб кириш, сийдик пуфагининг резекцияси 7 (26,9%) 26 ҳолатда қайд этилган. Қаттиқ ёпишқоқ жараён туфайли унинг деворини резекция қилмасдан сийдик пуфагининг бехосдан очилиши - 2(7,7%) 26 тадан. Қовуқ деворига йўлдошни ўсиб кириш бўлган ҳомиладор аёлларда қон йўқотиш даражаси $2042,8 + 314,6$ мл ни ташкил этди ($n=7$) ва барча pl. percreta ($n=14$) билан беморлар орасида ўртача қон йўқотишдан фарқ қилмади (ўртача қон йўқотиш $2085,7 + 201,7$ мл. ($>0,05$)). Шу билан бирга, плацента инвазияси натижасида сийдик пуфаги шиллик каватининг шикастланиши қайд этилмаган.

Бачадон пастки сегментининг орқа деворига йўлдошни ўсиб кириши. Аниқланишича, 84 та ҳолатдан 14 тасида (16,7%) (1 гуруҳ) бачадон пастки сегментининг орқа деворига йўлдошни ўсиб кириши кузатилган. (5-жадвал).

Пастки сегментнинг орқа деворига ва бачадон танасига ўсиш (1 гуруҳ)

Клиник таъхиси	Гистологик таъхиси			Операция хажми
	Pl. accreta	Pl. increta	Pl. percreta	
Pl. accreta, n=10	10(11,9%)	-	-	Метропластика
Pl. increta, n=4	-	4(4,8%)	-	Гистерэктомия

Йўлдошни ўсиб кириши 10 ҳолатида бачадоннинг пастки сегментининг орқа деворига юзаки pl. accreta фокал жойлари қайд этилди. Бу органни сақлаш операциясини (метропластика) амалга оширишга тўсқинлик қилмади. Қолган 4та ҳолатда, йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб киришига қўшимча равишда, бачадон пастки сегменти орқа деворининг ва бачадон танасининг чуқур инвазив жароҳатлари қайд этилган. Йўлдош инвазиясининг даражаси ва майдони шунчалик аниқ эдики, гистерэктомия метропластикага уринишсиз амалга оширилди.

Органларни сақлайдиган жарроҳлик (метропластика). Бачадон туб қисмидан кесар кесиши беморларнинг 95,0% да амалга оширилди. Ўртача қон йўқотиш $1025,9 \pm 28,0$ мл, медиана қон йўқотиш 900,0 мл.

Метропластика пайтида қон кетишини олдини олувчи технологиялари. Бачадоннинг учта жуфт катта томирларини боғлаш 3 нафар беморларда амалга оширилди. Ўртача қон йўқотиш $1400,0 \pm 57,7$ мл, медиана қон йўқотиш 1400,0 мл. 5 беморда ички ёнбош артерияларини боғлаш қўлланилди. Ўртача қон йўқотиш $1400,0 \pm 44,7$ мл., медиана қон йўқотиш 1400,0 мл., уч жуфт бачадон томирларини боғлаш пайтида ўртача қон йўқотишга ўхшаш. Умумий ёнбош артериялари вақтинча қисиш ва қорин аортасини вақтинча қисиш 14 нафарда (24,1%) энг мураккаб, макроскопик жихатдан аниқланган патология таркибига эга бўлган 58 нафар аёлда ишлатилган, бу ерда кенг бачадон чурраси шаклланиши билан бачадон чандиғи етишмовчилигининг экстремал шакллари, бачадон чандиғи зонасида қон томир гипертрофиясининг аниқ шакллари, қовуқ тубига ва орқа девор ва пастки қисмида йўлдошни ўсиб киришининг аниқ белгилари қайд этилди. Артериал томирларни сиқиш давомийлиги 35 дақиқадан ошмади. Ўртача қон йўқотиш $964,3 \pm 40,0$ мл, медиана қон йўқотиш 900,0 мл. Қон йўқотиш даражаси умумий ёнбош артериялари вақтинча қисиш ва қорин аортасини ўртасида фарқ қилмади. Мураккаб компрессион гемостаз сийдик пуфагининг орқа деворига (утеротомиядан олдин) ўсишининг аниқ белгилари бўлмаганда ишлатилган. У 58 нафар аёлнинг 36 нафарида (55,6%) ишлатилган (16-расм). Ўртача қон йўқотиш $966,7 \pm 27,3$ мл, медиана 900,0 мл. Қон кетишини олдини олувчи усулларининг самарадорлигини солиштирганда, умумий ёнбош артерияларни вақтинча қисиш ва мураккаб компрессион гемостазини қўллашда уч жуфт бачадон томирларини боғлаш ва ички ёнбош артерияларини боғлашдан кўра қон йўқотишининг ўртача даражаси, қон қуйиш сони ва хажми, қон йўқотиш даражаси 1000,0мл. дан ортиқ бўлган беморлар сезиларли даражада пастлиги ва органларнинг сақланишининг яхшироқ кўрсаткичлари аниқланди ($p < 0,05$) (6-жадвал).

Йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб киришида қон кетишини олдини олувчи усулларининг самарадорлигини қиёсий ўрганиш (1-гурух)

Ўрганилган кўрсаткичлар	Жами n=58				p
	Бачадоннинг учта жуфт катта томирларини боғлаш n=3 абс(%)	Ички ёнбош артерияларини боғлаш n=5 абс(%)	Умумий ёнбош артериялари вақтинча қисиш n=14 абс(%)	Мураккаб компресс ион гемостаз n=36 абс(%)	
Бачадондаги чандиқларнинг ўртача сони	2,3+0,3	2,6+0,4	2,7+0,16	1,4+0,1	>0,05
Қон йўқотишнинг ўртача ҳажми, мл.	1400+57,7	1400+44,7	964,3+40,0	966,7+27,0	<0,05
1000,0 мл дан ортиқ қон йўқотадиган беморлар сони	3(100%)	5(100%)	5(35,7%)	12(33,3%)	<0,05
Гемотрансфузия билан оғриган беморлар сони	3(100%)	5(100%)	5(35,7%)	8(22,2%)	<0,05
Қон куйишнинг ўртача ҳажми, мл.	715,7+158,7	821,0+23,7	704,6+158,5	561,2+52,1	<0,05
Жарроҳлик давомийлиги, мин.	85,0+2,9	105,0+2,2	145,7+6,5	97,8+4,9	>0,05
Операциядан кейин ўртача касалхонада етиш ётоқ кунлари	13,7+3,2	20,2+5,7	16,1+2,1	15,1+0,8	>0,05

Йўлдош ўсиши даражаси ва қон йўқотиш даражаси (метропластика).

Ретроспектив таҳлилда йўлдошни ўсиб кириши чуқурлик омили қон йўқотиш даражасига аниқ таъсир кўрсатиши аниқланди. Ҳомиладор аёлларда pl. accreta

да ўртача қон йўқотиш $960,0 \pm 37,9$ мл ни ташкил этди. (медиана қон йўқотиш 900,0 мл.), pl. increta да- $1054,3 \pm 39,8$ мл. (медиана қон йўқотиш 1000,0 мл.). pl. percreta да- $1133,3 \pm 33,3$ мл. (медиана қон йўқотиш 1100,0 мл.). Шу билан бирга, статистик жиҳатдан қон йўқотиш даражаси pl. percreta билан касалланган беморларда pl. accreta га қараганда юқори бўлган. ($p < 0,05$).

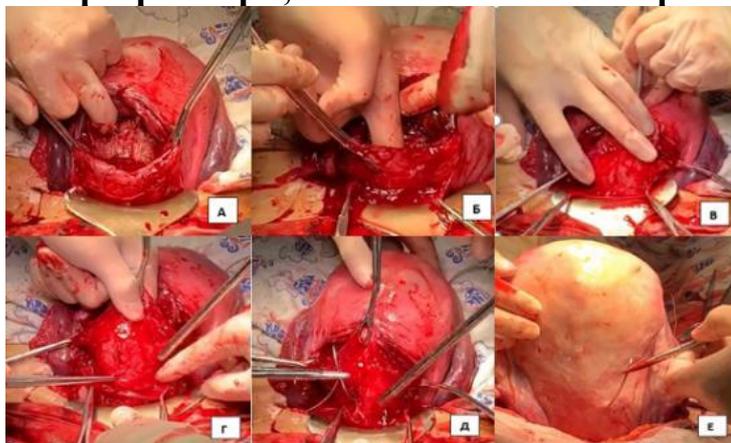
Гуруҳда ($n=84$) ўсиб кириш даражаси ва жарроҳлик ҳажми ўртасидаги муносабатни ретроспектив ўрганаётганда, pl. accreta да 100%, pl. increta да – 74,5%, pl. percreta да фақат 17,6% органни сақлаб қолишга муваффақ бўлинди.

Йўлдош марказий жойлашганда метропликация усули. Бачадон пастки сегментдаги йўлдош жойидан қон кетиш пайтида яхшироқ гемостазни таъминлаш, тўқималарни кесишни олдини олиш ва жарроҳлик натижасини яхшилаш учун йўлдош марказий жойлашганда да бачадон пастки сегментдаги йўлдош жойидан қон кетишини тўхтатиш усули, шу жумладан бачадон пастки сегментнинг пликациясини ўз ичига олади, бачадоннинг ўнг ва чап томонидаги параллел чоклар қўйишни ўз ичига олади (интеллектуал мулк агентлигининг фойдали модели учун патент № FAP 01581). Бундай ҳолда, пликация бачадоннинг бўйлама ўқиға нисбатан қўндаланг йўналишда қуйидаги тартибда амалга оширилади: 2-3 миқдоридаги лигатуралар бачадон пастки сегментнинг олд ва орқа деворларини олд томондан тешиш орқали қўлланилади, кенг бачадон боғламнинг қон томир бўлмаган майдони орқали боғланади ва орқага тортилади (4-расм).

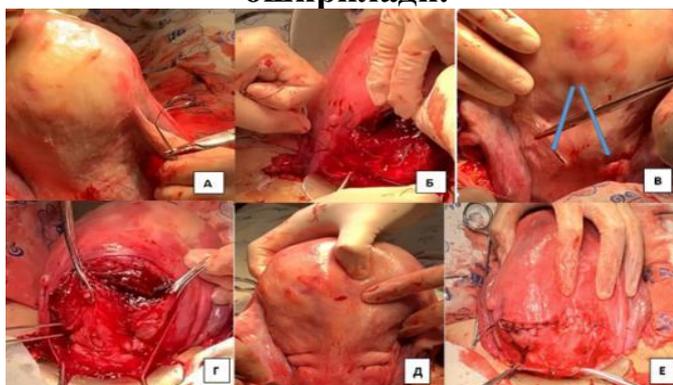
Биринчи жуфт лигатура ички тешик даражасида қўлланилади. Буни тикилмаган утеротомия ярасида амалга ошириш зарур, чунки ички тешик қўйилган текширувчи бармоқ билан бошқариш яхшироқ йўналиш ва тўғри манипуляция имконини беради (5-расм). Биз тавсия қиламиз: лигатураларни уч жуфт бачадон артерияларини боғлашдаги одатдагидек миометрий қалинлигида эмас, балки бачадон бўшлиғи орқали бачадон пастки сегменти олд ва орқа деворларининг миометриясини етарли қаторини олиш билан ўтказиш керак (5-расм). Бу сизга чокларни сиқиш зонасида йўлдош майдонининг муҳим қисмини жалб қилиш имконини беради ва яхши гемостатик таъсирни таъминлайди ва бачадоннинг қовурғалари бўйлаб ўтадиган асосий томирларга (бачадон артерияларига) сиқиш фақат уни яхшилайдди. Жарроҳликдан кейинги даврда ажралмаларни дренажини таъминлаш учун эҳтиёт бўлиш керак. Шунинг учун ўнг ва чап лигатуралар орасидаги масофа камида 3 сантиметр бўлиши керак (6-расм).



4-расм. Гемостатик лигатураларни қўллашнинг схематик кўриниши:
Йўлдош марказий жойлашганда бачадон пастки сегментни метропликация усули. (1 - бачадон танаси; 2 – бачадон пастки сегменти; 3 - утеротомия майдони (хомила олинган кесма); 4 - бачадон артериялари; 5 - гемостатик чоклар.



5-расм. Метропликация. Жарроҳлик босқичларининг жарроҳлик давомидаги расми. А - Ҳомила ажратилгандан кейин бачадон пастки сегментида утеротоник яранинг кўриниши. Бачадон пастки сегментининг пастки қисмларидан қон оқими. Б - лигатурани маҳкамлаш. Олд кўриниш. Б-усулни ўтказиш давомида ички тешикни назорат қилиш. В - сийдик пуфагининг пастга дистопиясининг дастлабки босқичлари. Г-Сийдик пуфаги ички тешик даражасига қадар етарли жойда дистопизация қилинади. Д-лигатуранинг олд томондан орқага дастлабки босқичи (дастлабки узокдан тикиш). Е-яқиндан бошлаб тикиш, лигатура барча қатламлар орқали орқага амалга оширилади.



6-расм. Метропликация. Жарроҳлик босқичларининг жарроҳлик давомидаги расми. А-кенг бачадон боғламини қон томир бўлмаган соҳаси орқали боғлаш. Б-лигатурани тортиш. Олд томондан кўриниши. В - иккинчи лигатурани орқага қараб ушлаб тортиш. Кўрсаткичлар орқа тарафдаги лигатуралар орасидаги масофани кўрсатади. Г - икки жуфт тортилган лигатура, олд томондан кўриниш. Самарадорликни кузатиш учун утеротомия яраси ҳали тикилмаган. Д - лигатуралар мустаҳкамланган, орқа томондан кўриниши. Лигатуралар орасидаги масофа кўрсатилган. Е - утеротомия ярасини тиклашдан кейин умумий

кўриниши.

Бизнинг амалиётимизда бу усул яхши самарадорликни кўрсатди. Метропликация усули 1 гуруҳда метропластика билан беморларда 48 нафар (82,8%), 2 гуруҳда (йўлдошнинг ўсиб кириши гистологик аниқланмаган йўлдошнинг марказий жойлашуви бўлган ва бачадон чандиғи бор беморлар) - 44 нафар (73,3%) беморларда қўлланилган. Метропликация усулини қўллаш кон йўқотишнинг ўртача даражасини 1400,0+57,7 мл дан 966,7+27,3 мл гача камайтириш имконини берди. Қолган ҳомиладор аёллар бачадон артерияларининг кўтарилган шохларини стандарт боғлаши ўтказилган. Шунинг таъкидлаш керакки, ушбу беморлар орасида туғруқдан кейинги давр гематометр билан мураккаблашди, бу бачадон бўшлиғини куретаж қилишни талаб қилди: метропластика булга гуруҳида 8та (13,7%) ва 2 гуруҳда 9та (15,0%) беморларда.

Қон ва плазма қуйиш зарурати асосий гуруҳда ва таққослаш ва назорат гуруҳларида ҳам сезиларли даражада фарқ қилди ($p < 0,05$). Шундай қилиб, гистерэктомия билан оғриган беморларнинг 83,6% да ва метропластикали ҳомиладор аёлларнинг 36,2% да қон таначаларини қуйиш керак эди. Тадқиқот гуруҳида плазма трансфузияси ўтказилган беморларнинг улуши ҳам юқори бўлган: гистерэктомия билан оғриган беморларнинг 65,3% ва метропластикада 13,8% плазмотрансфузия олган ($p < 0,05$).

Тадқиқот гуруҳларида перинатал натижалар 7-жадвалда кўрсатилган. I гуруҳда кўришиб турганидек, эрта туғилган чақалоқларнинг нисбати таққослаш гуруҳларига қараганда сезиларли даражада юқори ($p < 0,05$). Бироқ, I гуруҳдаги перинатал ўлим даражаси таққослаш ва назорат гуруҳларига қараганда статистик жиҳатдан юқори эмас эди ($p > 0,05$).

7-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида перинатал натижалар

Кўрсаткич	1 гуруҳ n=84		2 гуруҳ n=60		3 гуруҳ n=60		p
	абс	%	абс	%	абс	%	
Тўлиқ муддатда туғилганлар	22	26,2	26	43,3	43	71,7	$p < 0,05$
Ерта туғилган чақалоқлар	62	73,8	34	56,7	17	28,3	$p < 0,05$
Антенатал ўлим	1	1,2	-	-	1	1,7	$p > 0,05$
Перинатал ўлим	6	7,1	3	5,0	2	3,3	$p > 0,05$

Беморларда жарроҳликдан кейинги асоратлар (жарроҳликдан кейинги яраинг юқумли асоратлари, гематометра, эндометрит, сийдик йўллари инфекциялари, пуфакчали бурма остидаги гематома) орасида тадқиқот гуруҳларида сезиларли фарқлар кузатилмади. Жиддий асоратлар йўқ эди: релапаротомия, тромбоэмболик асоратлар, оналар ўлими.

ХУЛОСА

1. Йулдошнинг аномал жойлашувининг 518 та ҳолатини кенг қамровли ретроспектив ва истиқболли ўрганиш натижалари 2018 йилда 1:2124 туғилишдан 2022 йилда 1:325 туғилишгача бўлган йулдошнинг бачадон чандиғига ўсишининг ҳақиқий частотасини ва бачадондаги чандиқлар сони билан бевосита боғлиқлигини кўрсатди. Шундай қилиб, бачадондаги 1 чандиқ билан бачадондаги чандиқда йулдошнинг ўсиб кириш кўрсаткичи – 27,8%, бачадондаги 2 чандиқ билан – 51,2%, бачадондаги 3 чандиқ – 70,0%, бачадондаги 4 чандиқ – 66,7% ни ташкил этди. Бу йулдошнинг марказий жойлашувида ҳам йулдошнинг бачадон чандиқда кириши ҳам, бачадон чандиқни сонидан қатъий назар асосий индукторнинг роли учун сифатсиз чандиқни суришга асос беради.
2. Ташхиснинг етакчи усули - эксперт ултратовушдир. Йулдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши ташхиси усулининг сезгирлиги 90,2%, ўзига хослиги - 80,0%. Йулдошнинг инвазив шакллариининг энг муҳим прогностик белгилари куйидагилардан иборат эди: гипоезоген ретроплацентал зонанинг йўқлиги ва бачадон пастки сегментнинг гиперваскуляризацияси. МРТ чандиққа ўсиб киришини чуқурлигини антенатал аниқлаш имкониятларини кенгайтиради. Бироқ, PAS билан боғлиқ хусусиятларнинг ҳеч бири (ёки хусусиятларнинг комбинацияси) йулдошнинг ўсиши босқичининг чуқурлигини ишончли тарзда башорат қилмайди.
3. Бачадон туб қисмидан кесар кесиши бачадонга чуқур инвазив шикастланиш белгилари мавжуд бўлганда оператив этказиб беришнинг этакчи усули ҳисобланади. Бу камроқ қон йўқотиш кўрсаткичлари, органларни олиб ташлашнинг частотаси, қон қуйиш сони ва ҳажми билан тасдиқланади. Шикастланишнинг чуқур инвазив шаклларида умумий ёнбош артерияларининг вақтинча кесилиши ва комплекс компрессия гемостази қон йўқотиш ҳажмини камайтиришнинг энг юқори самарадорлигини кўрсатади.
4. Ишлаб чиқилган ва амалиётга татбиқ этилган бачадон пастки сегментни метропликация усули органларни сақлаш ва жарроҳликдан кейинги қон кетиш ҳолатларини камайтириш нуқтаи назаридан йулдошнинг марказий жойлашуви ва бачадондаги чандиқда юқори самарадорликни кўрсатди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.11.2023.Tib.114.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ
МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

АБДИКУЛОВ БОЛАТ САБИТКУЛОВИЧ

**ВРАСТАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ В РУБЕЦ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА
СЕЧЕНИЯ: ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ**

14.00.01 - Акушерство и гинекология

**АВТОРЕФЕРАТ
диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам**

ТАШКЕНТ – 2025

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за № B2021.2PhD/Tib1849

Диссертация выполнена в Центре развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Автореферат диссертации на трёх языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.akusherstvo.uz) и на Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziyo.net)

Научный руководитель: **Каримов Заур Джавдатович,**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Юсупов Усмон Юлдашевич,**
доктор медицинских наук
Бабаджанова Гульджахан Саттаровна,
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Ташкентский Педиатрический Медицинский
Институт**

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2025г в ____ часов на заседании Научного совета DSc.04/30.11.2023.Tib.114.01 при Республиканском Специализированном Научно-Практическом Медицинском Центре Здоровья Матери и Ребенка (Адрес: 100124, г. Ташкент, ул. Мирзо-Улугбека, дом 132а. Тел.:(+99871) 263-78-33; e-mail: info@uzaig.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Здоровья Матери и Ребенка (зарегистрирован за № ____). Адрес: 100124, г. Ташкент, улица Мирзо-Улугбека, дом 132а. Тел.:(+99871) 263-78-33; e-mail: info@uzaig.uz).

Автореферат диссертации разослан « ____ » _____ 2025 года

Реестр протокола рассылки № ____ от « ____ » _____ 2025 года

Н.С. Надырханова

Председатель Научного совета по присуждению
ученых степеней, доктор медицинских наук

А.М. Бабаханова

Ученый секретарь Научного совета по присуждению
учёных степеней, PhD

М.Ю. Асатова

Председатель Научного семинара при Научном совете по присуждению
ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. В последние годы в мире крайне актуальной проблемой современного акушерства становится врастание плаценты в рубец на матке. Значимость проблемы обусловлены, прежде всего, высоким риском материнской смертности из-за массивной кровопотери. В настоящее время Международная федерация акушеров-гинекологов (FIGO) “.....характеризует врастание плаценты, как ятрогенное состояние в результате повышения частоты кесарева сечения во всем мире”¹. Со второй половины XX века по настоящее время случаи врастания плаценты участились в 50 раз: с 1:5000 родов до 1:1000 родов. В большинстве эпизодов, единственным способом остановить развившееся маточное кровотечение является гистерэктомия. Совершенствование тактики оперативного родоразрешения, хирургических техник гемостаза, редукции кровотока в малом тазе сделало возможным не только контролировать объем кровопотери, но и проводить органосохраняющие операции. Проблема оперативного родоразрешения при врастании плаценты в рубец на матке еще далека от своего окончательного решения, т.к. даже в условиях самого высококвалифицированного учреждения нельзя исключить полностью вероятности летального исхода.

В мире в обозримой литературе описана прямая связь между числом и качеством рубцов на матке после кесарева сечения и инвазией плаценты. В работе Silver R. приведены данные мультицентрового исследования проведённого в США: вероятность врастания плаценты в рубец на матке возрастает до 3%, 11%, 40%, 61% и 67% при наличии одного, двух, трех, четырех и пяти рубцов на матке соответственно. Проведен ряд научных исследований, направленных на улучшение пренатальной ультразвуковой диагностики пациенток с врастанием плаценты в рубец на матке. Остаются открытыми вопросы четкой и правильной верификации диагноза и зависящие от этого применение хирургических и кровосберегающих методик. Исходя из вышеизложенного, совершенствование диагностики и хирургического лечения врастания плаценты в рубец на матке имеет важное значение в современном акушерстве.

В нашей стране в настоящее время проводится большая работа по совершенствованию системы здравоохранения и социальной защиты населения, медицинской системы к требованиям мировых стандартов, ранней диагностике и лечению заболеваний. В Республике Узбекистан чрезвычайно актуальным является изучение вопросов охраны здоровья матери и ребенка, о чем свидетельствуют кардинальные совершенствования системы здравоохранения РУз, основанные на разработке новых методов ранней диагностики и квалифицированного лечения заболеваний, направленных на «...укрепление здоровья семьи, защиту материнства и детства, расширение

¹ Palacios-Jaraquemada J.M., D'Antonio F., Buca D, Fiorillo A, Larraza P. Systematic review on near miss cases of placenta accreta spectrum disorders: correlation with invasion topography, prenatal imaging, and surgical outcome. J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. 2020; 33(19): 3377-3384.

доступа к качественной медицинской помощи для матери и ребенка, оказание им специализированной и высокотехнологической медицинской помощи, снижение материнской и детской смертности...».² Необходимо обеспечить реализацию этих задач среди женщин путем применения современных технологий, разработки эффективных методов лечения и профилактики заболеваний в акушерстве.

Данное диссертационное исследование в определённой степени служит решению реализации задач, представленных в указах Президента Республики Узбекистан № УП-216 от 25 апреля 2022 года «Об усилении охраны материнства и детства в 2022-2026 годах», № УП-4891 от 12 ноября 2020 года «Дополнительные меры по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности лечебно-профилактической работы», № ПП-60 от 28 января 2022 года «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022 — 2026 годы», № ПП-296 от 8 сентября 2023 года «О мерах по охране здоровья матери и ребенка, укреплению репродуктивного здоровья населения», а также другие нормативные правовые документы, связанные с данной деятельностью.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологии РУз – VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Исследованиями по диагностике и хирургическому лечению вращающейся плаценты в рубец на матке занимаются в ведущих медицинских университетах и клиниках мира. Вопросы антенатальной диагностики вращающейся плаценты являются не до конца решёнными и не всегда гарантирует правильность постановки диагноза (Bowman Z.S., 2014; D'Antonio F., 2014; Einerson B.D., 2018; Jauniaux E., 2018). В настоящее время базовой методикой родоразрешения беременных с вращающейся плацентой являются широкая срединная лапаротомия, донное кесарево сечение, метропластика с удалением плаценты из нижнего сегмента матки (Aitken K., 2016; Chou M.M., 2015; Fan D., 2017; Matsubara S., 2023; Palacios-Jaraquemada J.M., 2022; Silver R.M., 2018). Данная тактическая схема проведения операции не вызывает серьезных возражений и используется во всем мире. Однако хирургические методы кровосбережения, используемые при этом, имеют свой спектр, по которому ведется активное обсуждение среди специалистов. К ним относятся: перевязка трех пар сосудистых магистралей матки, перевязка внутренних подвздошных артерий, эмболизация маточных артерий, временная баллонная окклюзия общих подвздошных артерий, временная баллонная окклюзия абдоминальной аорты (Bowman Z.S., 2014, Silver R.M., 2018).

Результаты научных исследований, проводимых учеными стран СНГ, свидетельствуют от том, что вопросы диагностики и применения методов

² Указ Президента РУз № УП-4947 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» от 7 февраля 2017 года //www.lex.uz.

родоразрешения беременных с вращением плаценты также актуальны (Виницкий А.А. 2018; Курцер М.А., 2018; Латышкевич О.А., 2015; Опенгеймер Л., 2014; Памфамиров Ю.К., 2017; Шмаков Р.Г., 2018). Обзор последних публикаций показывает, что метод временной баллоной окклюзии общих подвздошных артерий или абдоминальной аорты становятся базовыми в борьбе с кровотечением при вращении плаценты в рубец на матке (Курцер М.А., 2018; Шмаков Р.Г., 2020). В тоже время, высокая частота кесарева сечения и динамика роста вращающейся плаценты в рубец на матке намного опережают возможности использования ангиографического пособия в менее развитых регионах мира. В виду этого параллельно этим методикам не прекращаются поиски альтернативных путей снижения кровопотери при вращении плаценты. В этом направлении некоторые исследователи предлагают временное клеммирование общих подвздошных артерий и комплексный компрессионный гемостаз (Памфамиров Ю.К., 2017, Шмаков Р.Г., 2017).

В нашей стране вопросы диагностики и хирургического родоразрешения беременных с вращением плаценты недостаточно изучены. В некоторых регионах имеются недостатки в системе регистрации статистических показателей по вращению плаценты. В структуре материнской смертности по данным комитета по конфиденциальному разбору критических случаев в РУз массивные акушерские кровотечения в 2013-2015г.г. составили 4,5% на каждые 100 тысяч родов, в 2016-2017г.г. - 3,8%, в 2018-2020г.г. - 5,4 % (Каримова Н.Н., Юсупбаев Р.Б., Ниязметов Р.Э., Матякубов Б.Б., 2020). При этом было выявлено, что среди всех причин массивных кровотечений предлежание плаценты составило 13%. Исследования показали, что риск массивного маточного кровотечения повышается в 1,5 раза при кровотечении из нижнего сегмента матки (центральное предлежание плаценты) (Юсупбаев Р.Б., 2023).

Необходимо отметить, что в настоящее время в Узбекистане широкое применение ангиографического пособия при родоразрешении пациенток с вращением плаценты в рубец на матке связано с серьёзными организационными, технологическими и кадровыми проблемами, актуальность альтернативных методик (временное клеммирование общих подвздошных артерий и комплексный компрессионный гемостаз) очень высока. Актуальность проблем диагностики, необходимость разработки алгоритма выбора методов кровосбережения при вращении плаценты в рубец на матке определили актуальность темы диссертационного исследования.

Связь темы диссертации с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников на тему: «Новые технологии охраны здоровья матери и ребенка с учетом региональных особенностей Узбекистана» (2019–2023 гг).

Целью исследования: изучить чувствительность и специфичность методов диагностики вставания плаценты в рубец на матке и разработать алгоритм хирургической тактики в зависимости от распространённости инвазивного поражения матки и смежных органов.

Задачи исследования:

выявить частоту и исход вставания плаценты в рубец на матке по материалам Ташкентского городского перинатального центра за 5 лет (2018-2022г.г.);

выявить наиболее информативные клинические и инструментальные критерии диагностики вставания плаценты в рубец на матке;

провести стратификацию моделей патологии и разработать оптимизированную хирургическую тактику родоразрешения с учетом основных клинических факторов: локализация плаценты, данных пренатального экспертного УЗИ и МРТ, интраоперационной картины, способов кровосбережения, объема кровопотери, данных гистологического исследования;

выявить эффективность разработанного метода метрорепликация нижнего сегмента матки при центральном предлежании плаценты;

разработать алгоритм диагностики вставания плаценты с определением степени инвазивного роста и дифференцированного подхода выбора технологии кровосберегающих операций.

Объектом исследования явились 144 беременных с центральным предлежанием плаценты и рубцом на матке после кесарева сечения и 60 беременных с рубцом на матке после кесарева сечения без центрального предлежания плаценты, родоразрешенных в Ташкентском городском перинатальном центре за период 2018-2022г.г.

В качестве предмета исследования были взяты венозная кровь и сыворотка для клинических и лабораторных исследований, удаленная матка и иссеченный рубец с плацентой для гистологического исследования.

Методы исследования. В исследовании использовались общеклинические, функциональные (ультразвуковые, МРТ), гистологические и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования состоит из нижеследующего:

доказано, что разработанная стратификация моделей патологии при вставании плаценты в рубец на матке позволило снизить уровень кровопотери, неоправданную хирургическую травматизацию, органорезекцию, частоту и тяжесть интра- и послеоперационных осложнений;

доказано, что при наличии признаков глубокоинвазивного поражения матки плацентой донное кесарево сечение по сравнению с поперечным кесаревым сечением по верхнему краю плаценты является ведущим способом оперативного родоразрешения;

доказано, что применение во время кесарева сечения у беременных с вставанием плаценты в рубец на матке временного клемирования общих подвздошных артерий и комплексного компрессионного гемостаза является

приемлемой альтернативой способу временной эндовазальной окклюзии общих подвздошных артерий;

доказано, что разработанный способ метрорепликация нижнего сегмента матки беременных с центральном предлежании по сравнению с традиционной перевязкой восходящих ветвей маточных артерий позволяет уменьшить уровень кровопотери в 1,5 раза, частоту послеоперационного кровотечения и более эффективно достичь надежный гемостаз.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

обосновано, что наиболее информативными ультразвуковыми диагностическими маркерами вращаения плаценты в рубец на матке явились отсутствие гипоэхогенной ретроплацентарной зоны и гиперваскуляризация нижнего сегмента матки;

обосновано, что МРТ показано при наиболее высоких рисках интраоперационной кровопотери: подозрение на placenta percreta, инвазии плаценты в мочевого пузырь и боковые параметрии;

обосновано, что родоразрешение пациенток с вращаением плаценты в рубец на матке необходимо проводить не позднее 37 недель беременности в родовспомогательных учреждениях, где имеется мультидисциплинарная команда;

обосновано, что при родоразрешении пациенток с вращаением плаценты в рубец на матке следует руководствоваться органосохраняющими принципами с обязательным применением определенного варианта кровосбережения в зависимости от модели патологии.

Достоверность результатов исследования подтверждается использованием в работе современных методов и подходов, совместимостью теоретических данных с полученными результатами, методологической точностью проводимых исследований достаточным количеством обследованных больных, на основании общеклинических, инструментальных и статистических методов исследования сопоставлением результатов исследований с международными и отечественными исследованиями, утверждением полученных результатов и заключения уполномоченными органами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования заключается в том, что полученные научные результаты по усовершенствованию тактики абдоминального родоразрешения пациенток с вращаением плаценты в рубец на матке, основанные на стратификации моделей патологии, позволили: достичь лучшего управления уровня кровопотери; снизить уровень неоправданной хирургической травматизации; более обосновано решать вопрос органорезекции; снизить частоту и тяжесть интра- и послеоперационных осложнений; сформировать алгоритм ведения и хирургического лечения.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что внедренный оптимизированный алгоритм по диагностике, ведению и

оперативному родоразрешению пациенток с вращением плаценты в рубец на матке в зависимости от моделей патологии позволяет снизить интраоперационную кровопотерю, сохранить репродуктивную функцию пациентки, снизить неоправданный хирургический травматизм, частоту гистерэктомии и материнской смертности.

Внедрение результатов исследований. На основании полученных научных результатов определены обоснованность совершенствования диагностики и хирургического лечения вращающейся плаценты в рубец на матке после кесарева сечения:

первая научная новизна: разработанная стратификация моделей патологии при вращении плаценты в рубец на матке позволило снизить уровень кровопотери, неоправданную хирургическую травматизацию, органорезекцию, частоту и тяжесть интра- и послеоперационных осложнений отражены в методических рекомендациях «Совершенствование кровосберегающих методик при вращении плаценты в рубец на матке после кесарева сечения». Внедрена в практику родильного комплекса Ташкентской медицинской академии (приказ № 120 от 18.10.2023), родильного комплекса № 7 г. Ташкента (приказ № 57 от 28.09.2023) (Получено заключение Научно-технического Совета Министерства Здравоохранения РУз № 02/38 от 08.07.2024). **Социальная эффективность:** применение алгоритма ведения и хирургического лечения пациенток с вращением плаценты в рубец на матке, основанного на стратификации моделей патологии позволяет снизить перинатальную и материнскую смертность, инвалидность, уменьшить время восстановления и повысить качество жизни женщин. **Экономическая эффективность:** применение алгоритма ведения и хирургического лечения пациенток с вращением плаценты в рубец на матке, основанного на стратификации моделей патологии снизило количество койко-дней, проведенных в реанимации, число и объем плазмо- и гемотрансфузий, число повторных оперативных вмешательств. Применение алгоритма позволило снизить средний уровень кровопотери с 2300,0+266,5мл. до 1146,0+40,9мл. у 75 пациенток из 84. Это способствовало уменьшению плазмо- и гемотрансфузий на 75%, частоты гистерэктомий, отсутствию релапаротомий. Экономическая эффективность достигнута уменьшением пребывания в реанимации (экономия 1224000 сум), уменьшением применения препаратов крови (экономия 465000 сум), отсутствием гистерэктомий (экономия 350000 сум) и составила 2039000 сум на одну пациентку. В общем на 75 пациенток это составило 152925000 сум. Это позволяет снизить экономические затраты на одну пациентку с вращением плаценты в 1,8 раза. **Заключение:** применение алгоритма ведения и хирургического лечения пациенток с вращением плаценты в рубец на матке, основанного на стратификации моделей патологии позволяет снизить уровень кровопотери, неоправданной хирургической травматизации, органорезекции, частоту и тяжесть интра- и послеоперационных осложнений, позволяет сэкономить 2039000 сум бюджетных средств на одну пациентку.

вторая научная новизна: при наличии признаков глубокоинвазивного поражения матки плацентой донное кесарево сечение по сравнению с поперечным кесаревым сечением по верхнему краю плаценты является ведущим способом оперативного родоразрешения, что отражено в методических рекомендациях «Совершенствование кровосберегающих методик при вращении плаценты в рубец на матке после кесарева сечения». Внедрена в практику: родильный комплекс Ташкентской медицинской академии (приказ № 120 от 18.10.2023), родильный комплекс № 7 г. Ташкента (приказ № 57 от 28.09.2023) (Получено заключение Научно-технического Совета Министерства Здравоохранения РУз № 02/38 от 08.07.2024).

Социальная эффективность: применение донного кесарева сечения у пациенток с вращением плаценты в рубец на матке, основанного на стратификации моделей патологии позволяет снизить перинатальную и материнскую смертность, инвалидность, уменьшить время восстановления и повысить качество жизни женщин. **Экономическая эффективность:** применение донного кесарева сечение у пациенток с вращением плаценты в рубец на матке, основанного на стратификации моделей патологии снизило количество койко-дней, проведенных в реанимации, число и объем плазмо- и гемотрансфузий, число гистерэктомий. Применение алгоритма позволило снизить средний уровень кровопотери с 2300,0+266,5мл. до 1146,0+40,9мл. Это способствовало уменьшению плазмо- и гемотрансфузий на 75%, частоты гистерэктомий. Экономическая эффективность достигнута уменьшением пребывания в реанимации (экономия 1224000 сум), уменьшением применения препаратов крови (экономия 465000 сум), отсутствием гистерэктомий (экономия 350000 сум) и составила 2039000 сум на одну пациентку. В общем на 75 пациенток это составило 152925000 сум. Это позволяет снизить экономические затраты на одну пациентку с вращением плаценты в 1,8 раза. **Заключение:** применение донного кесарева сечения у пациенток с вращением плаценты в рубец на матке, основанного на стратификации моделей патологии позволяет снизить уровень кровопотери, неоправданной хирургической травматизации, органоремедиации, частоту и тяжесть интра- и послеоперационных осложнений, позволяет сэкономить 2039000 сум бюджетных средств на одну пациентку.

третья научная новизна: применение во время кесарева сечения при вращении плаценты в рубец на матке временного клемирования общих подвздошных артерий и комплексного компрессионного гемостаза является приемлемой альтернативой способу временной эндовазальной окклюзии общих подвздошных артерий, что отражено в методических рекомендациях «Совершенствование кровосберегающих методик при вращении плаценты в рубец на матке после кесарева сечения» . Внедрена в практику: родильный комплекс Ташкентской медицинской академии (приказ № 120 от 18.10.2023), родильный комплекс № 7 г. Ташкента (приказ № 57 от 28.09.2023) (Получено заключение Научно-технического Совета Министерства Здравоохранения РУз № 02/38 от 08.07.2024). **Социальная эффективность:** эффективность

примененных методов кровосбережения показали аналогичную с результатами эндоваскулярных методов частоту органосохранения, отсутствие материнской смертности. **Экономическая эффективность:** применение альтернативных временной баллоной окклюзии общих подвздошных артерий методов кровосбережения (временное клеммирование общих подвздошных артерий, комплексный компрессионный гемостаз) дали возможность сэкономить 3600000 сум на одну пациентку. В общем экономия составила 180000000 сум на 50 пациенток. **Заключение:** применение временного клеммирования общих подвздошных артерий и комплексного компрессионного гемостаза является вполне приемлемой альтернативой эндоваскулярному способу гемостаза, позволяет сэкономить 3600000 сум бюджетных средств на одну пациентку.

четвертая научная новизна: разработанный способ метропликации нижнего сегмента матки при центральном предлежании по сравнению с традиционной перевязкой восходящих ветвей маточных артерий позволяет уменьшить уровень кровопотери в 1,5 раза, частоту послеоперационного кровотечения и более эффективно достичь надежный гемостаз, что отражено в методических рекомендациях «Совершенствование кровосберегающих методик при вращении плаценты в рубец на матке после кесарева сечения». Внедрена в практику: родильный комплекс Ташкентской медицинской академии (приказ № 120 от 18.10.2023), родильный комплекс № 7 г. Ташкента (приказ № 57 от 28.09.2023) (Получено заключение Научно-технического Совета Министерства Здравоохранения РУз № 02/38 от 08.07.2024). **Социальная эффективность:** эффективность разработанного и внедренного метода метропликации показал снижение уровня интра- и послеоперационного кровотечения, тем самым лучшие показатели органосохранения. **Экономическая эффективность:** внедренный способ метропликации позволяет снизить риск послеоперационного кровотечения, тем самым способствует снижению числа и объема плазмо- и гемотрансфузии, выскабливаний полости матки и повторных операций. Применение способа метропликации позволило снизить средний уровень кровопотери с $1400,0 \pm 57,7$ мл. до $966,7 \pm 27,3$ мл. у 48 пациенток. Это способствовало уменьшению плазмо- и гемотрансфузий на 25%, частоты выскабливаний полости матки и гистерэктомий. Экономическая эффективность достигнута уменьшением пребывания в реанимации (экономия 1224000 сум), уменьшением применения препаратов крови (экономия 155000 сум), отсутствием выскабливания полости матки и гистерэктомий (экономия 350000 сум) и составила 1574000 сум на одну пациентку. В общем на 48 пациенток это составило 75552000 сум. Это позволяет снизить экономические затраты на одну пациентку в 1,5 раза. **Заключение:** применение разработанного и внедренного способа метропликации нижнего сегмента матки при центральном предлежании плаценты и рубцом на матке показал высокую эффективность в сравнении с традиционной перевязкой восходящих ветвей маточных сосудов матки в плане органосохранения, снижения объема

кровопотери и частоты послеоперационного кровотечения, позволяет сэкономить 1574000 сум бюджетных средств на одну пациентку.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 2 международных и 2 республиканских научно-практических конференциях.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, из них 7 журнальных статей опубликовано в научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций, в том числе 5 в республиканских и 2 зарубежных журналах.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении изложены актуальность и востребованность научного исследования, отражены цель и задачи, объект и предмет исследования, взаимосвязь с основными приоритетными направлениями развития науки и технологий республики, представлены научная новизна и практические результаты исследования, раскрыты теоретическая и практическая значимость полученных результатов и их внедрение в практику, сведения по опубликованным работам, структуре и объему диссертации.

В первой главе диссертации **«Современные представления о проблеме вращающейся плаценты в рубец на матке после кесарева сечения»** представлены данные литературы последних 10 лет о частоте, факторах риска, диагностике при вращающейся плаценты в рубец на матке после кесарева сечения, проведен анализ современных взглядов на тактику и хирургическое лечение, применение кровосберегающих технологий при данной патологии. Выделены актуальные вопросы, требующие своего дальнейшего решения.

Во второй главе диссертации **«Клинический материал и характеристика методов исследования»** приведены сведения по клиническому материалу, дизайну исследования с описанием этапов исследования, а также представлены общеклинические, инструментальные методы визуализации и статистические методы исследования. Исследование проводилось на базе Ташкентского городского перинатального центра кафедры Акушерства, гинекологии и перинатальной медицины Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников в период с 2018 по 2022г.г.

Дизайн исследования продиктован был целью и задачами исследования, направленными на выявление: уровня достоверности пренатальной аппаратной диагностики вращающейся плаценты в рубец на матке, клинической (интраоперационной) диагностики, уровня кровопотери в соответствии с реальным статусом в маточно-плацентарном интерфейсе (верифицированном гистологическими исследованиями) и использованными кровосберегающими

технологиями. Критериями включения в исследование явились: возраст пациенток от 18 до 45 лет, наличие одноплодной беременности, наличие рубца на матке после предыдущей операции кесарева сечения, наличие центрального предлежания плаценты, наличие информированного согласия на участие в исследовании. Критериями исключения явились: наличие многоплодной беременности, наличие тяжелой экстрагенитальной патологии, врожденных пороков развития гениталий, онкологических заболеваний, системных заболеваний крови, острых инфекционных заболеваний.

В результате комплексного ретроспективного и проспективного анализа, с учетом гистологической верификации диагноза вставания плаценты в рубец на матке, сформированы были следующие клинические группы:

группа 1 (основная группа) (n=84) - пациентки с центральным предлежанием плаценты и рубцом на матке с гистологической верификацией вставания плаценты;

группа 2 (группа сравнения) (n=60) – пациентки с центральным предлежанием плаценты и рубцом на матке с отсутствием гистологической верификации ВП;

группа 3 (контрольная группа) (n=60) - пациентки с рубцом на матке без аномального расположения плаценты.

Пациенткам с центральным предлежанием плаценты и рубцом на матке проводилось трансабдоминальное и трансвагинальное УЗИ с цветовым доплеровским картированием (аппараты экспертного класса DC-22 фирмы Mindray, Китай, и высокого класса S-22 фирмы SonoScape, Китай) с целью выявления или исключения признаков PAS согласно руководству “Предлежание и вставание плаценты: диагностика и лечение” (Jauniaux E., 2018). После получения результатов УЗИ, регистрации признаков PAS, некоторым пациенткам с подозрением на placenta percreta проводилось МРТ без контрастирования. В работе использовалась MR-установка 1,5T «Aera», SIEMENS, Германия.

В данной главе также дано описание хирургических методик, применявшихся в исследовании: стандартное кесарево сечение, донное кесарево сечение, операция типа Chandrahagan, метропластика (резекция измененной передней стенки нижнего сегмента матки вместе с плацентой).

В исследовании были применены следующие кровосберегающие технологии: перевязка внутренних подвздошных артерий, временное клеммирование общих подвздошных артерий, временное клеммирование брюшной аорты, комплексный компрессионный гемостаз, метропликация НСМ (получен патент на полезную модель Агентства по интеллектуальной собственности № FAP 01581). Во 2й главе также описаны метод оценки кровопотери и гистологическое исследование.

Статистическая обработка полученных результатов исследования выполнялась с помощью электронных таблиц «Microsoft Excel» и пакета статистических программ «Statistica V10» (США). Сравнение полученных результатов выполняли общепринятыми методами с определением средней

величины (M) и средней ошибки средней арифметической (m) с помощью компьютерной программы Microsoft Excel, с расчетом t-критерия Стьюдента для сравнения средних величин. Статистически значимыми приняты различия при уровне значимости $p < 0,05$.

В третьей главе диссертации «**Результаты исследования**» изложены полученные данные изучения клинической характеристики пациенток трех групп. При изучении факторов риска выявлено, что существенное влияние на развитие вращение плаценты оказывают такие факторы, как: предлежание плаценты и число рубцов на матке – 2 и более. Факторы: выскабливания полости матки, интергенетического интервала, патология течения беременности, гинекологические заболевания, число самопроизвольных родов в анамнезе – не влияли ни на формирование центрального предлежания, ни на вращение плаценты. Среди факторов, относящихся к показаниям к предыдущему кесареву сечению существенное влияние, оказывала тазоголовная диспропорция. Вероятно, в таких условиях сложнее всего достигается адекватная кооптация краёв маточной раны, что отрицательно влияет на качество заживления наиболее ответственной зоны – эндометрия, которое прямо влияет, как на аномальную плацентацию, так и на вращение плаценты.

Диагноз центрального предлежания плаценты и вращаения в область рубца на матке устанавливался на основании УЗИ (доплеровское исследование) и дополнительно МРТ исследования. При сочетании 2 и более эхографических признаков установлен был предварительный диагноз вращение плаценты в рубец на матке. Из признаков, указывающих на наличие вращаения плаценты наиболее часто выявлялась плацентарная выпуклость (92,9%), гиперваскуляризация нижнего сегмента матки (86,9%) и отсутствие гипоехогенной ретроплацентарной зоны (77,3%) (группа 1).

Пациенткам (n=14) с подозрением на placenta percreta проводилось МРТ исследование беременной матки без контрастирования. При этом выявлено, что «выбухание» нижнего сегмента матки диагностировано 100,0%, сосудистые лакуны – у 85,7%, отсутствие границы между стенкой матки и мочевым пузырем – у 71,4%, наличие «темных лент» - у 57,3%, ретроплацентарной «тени» - у 57,1% беременных.

После получения гистологических данных выявлено, что placenta accreta встречалась у 20(23,8%) больных, placenta increta – у 37(44,0%) больных, placenta percreta – у 17(20,2%) больных из 84 (группа 1).

Микроскопическое описание препаратов резецированных отделов передней стенки нижнего сегмента матки (вовремя метропластики или гистерэктомии) показало, что приращение плаценты (placenta accreta) характеризовались отсутствием базальной пластинки (рис. 1.А), отмечалось непосредственное прилегание ворсин к миометрию. Имело место соприкосновение зон фибриноида Нитабуха с инвазивным трофобластом с ровной границей миометрия и ворсинчатого дерева. При placenta increta определялся инвазивный трофобласт в миометрии (рис 1.Б).

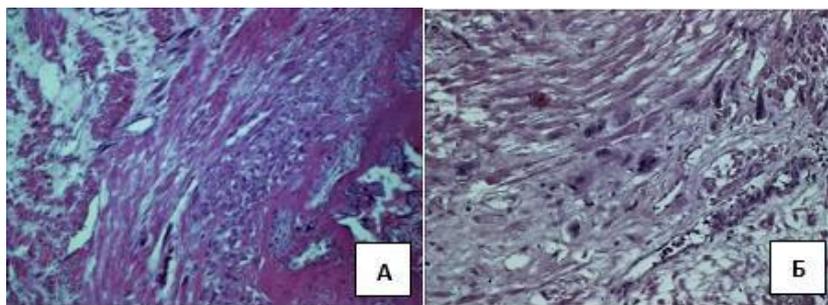


Рисунок 1. А - Фрагмент передней стенки НСМ. Placenta accreta. Отсутствие базальной пластинки, ворсины прилежат к миометрию с зоной фибриноида и инвазивным трофобластом. Окраска гематоксилином и эозином.х100. Б - Фрагмент передней стенки НСМ. Placenta increta. Вневорсинчатый трофобласт между мышечными волокнами. Окраска гематоксилином и эозином. х200.

В случаях инвазивного врастания плаценты выявлялась деструкция стенок крупных сосудов (вен) инвазивных трофобластом с наличием замещения структурных компонентов стенки трофобластом и фибрином (рис. 2.А). Изучение миометрия передней стенки матки показало, что мышечные волокна были гипертрофированными, с хорошо выраженными соединительно-тканными волокнами, окружавшими группы мышечных волокон и наиболее выраженные вокруг кровеносных сосудов (рис. 2.Б).

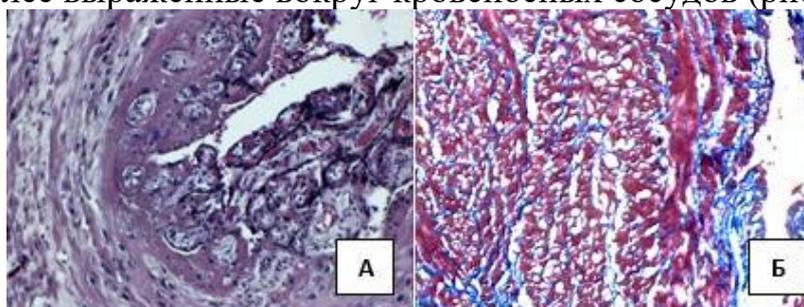


Рисунок 2. А - Деструкция стенок крупных венозных сосудов. Окраска гематоксилином и эозином. х200. Б - Соединительно-тканные волокна вокруг групп мышечных волокон и в стенке сосуда. Трехцветная окраска по Массону. х200.

Обращало на себя внимание большое число створчатых ворсин плаценты вблизи плацентарной площадки (рис. 3.А). При отсутствии миометрия, непосредственном прилежании ворсин к серозной оболочке при прорастании субсерозного слоя плацентой выявлена была placenta percreta (рис. 3.Б). Характерным отличием инвазивной формы ВП (placenta increta) от приращения плаценты (placenta accreta) следует считать описанную выше деструкцию стенок вен миометрия в области плацентарной площадки.

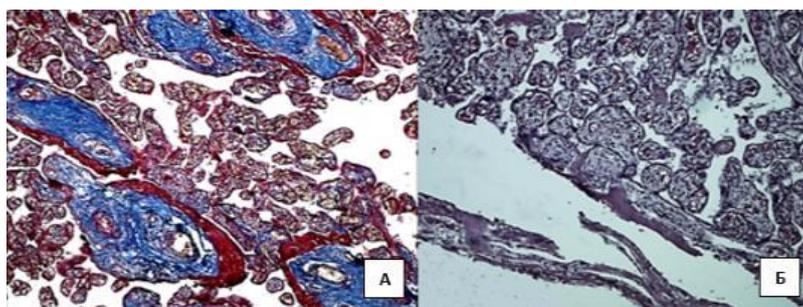


Рисунок 3. А - Большое число створовых ворсин с хорошо развитой стромой. Трехцветная окраска по Массону. х.100. Б- Рисунок 3.31. Фрагмент истонченной передней стенки НСМ. Placenta percreta. Наличие глубокого прорастанием субсерозного слоя плацентарной тканью. Окраска гематоксилином и эозином. х100

Совпадение клинического и гистологического диагнозов. Клинический (интраоперационный) диагноз выставлен в зависимости от макроскопической оценки наличия и степени инвазии плаценты. Установлено, что клинический диагноз placenta accreta совпал с гистологическим в 90,9%, placenta increta – в 100,0%, placenta percreta – 80,9% случаев (табл. 1).

Таблица 1

Совпадение клинического (интраоперационного) диагноза с данными гистологического исследования

Клинический диагноз	Гистологический диагноз		
	Pl. accreta (n=20)	Pl. increta (n=47)	Pl. percreta (n=17)
Pl. accreta (n=22)	20	2	-
Pl. increta(n=41)	-	41	-
Pl. percreta (n=21)	-	4	17

Выявление степени врастания плаценты по данным УЗИ-признаков. При ретроспективном анализе заключения УЗИ с доплерометрией и гистологического анализа установлено, что прогностическими признаками инвазивных форм врастания плаценты явились отсутствие гипоэхогенной ретроплацентарной зоны и гиперваскуляризация нижнего сегмента матки. Отсутствие четкой границы между стенкой матки и мочевого пузыря, гипоэхогенной ретроплацентарной зоны, гиперваскуляризация нижнего сегмента отмечены у абсолютного числа беременных с placenta percreta (табл. 2).

Таблица 2

Выявление УЗИ-признаков врастания плаценты в зависимости от степени инвазии плаценты

Показатель	Placenta accreta n=18*		Placenta increta n=47		Placenta percreta n=17		Группа I n=82*	
	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%

Наличие плацентарной выпуклости	10	55,6	47	100,0	17	100,0	74	90,2
Отсутствие гипоэхогенной ретроплацентарной зоны	8	44,4	40	85,1	17	100,0	65	79,2
Отсутствие четкой границы между стенкой матки и мочевым пузырем	-	-	4	8,5	17	100,0	21	25,6
Гиперваскуляризация НСМ	11	61,1	41	87,2	17	100,0	69	84,1
Наличие плацентарных сосудистых лакун	2	11,1	20	42,5	12	70,6	34	41,5

Примечание: *- не включены двое пациенток, которым УЗИ не проведено в ТГПЦ при поступлении.

Выявление placenta percreta по данным МР-признаков. При ретроспективном анализе выявления placenta percreta по данным МРТ выявлено, что прогностическими МР-признаками явились: отсутствие границы между миометрием и стенкой мочевого пузыря (в 90,9% случаев), наличие сосудистых лакун (в 81,8% случаев) и наличие «темных лент» (в 72,7% случаев) (таблица 3).

Таблица 3

Выявление placenta percreta по данным МРТ-признаков

Показатель	Placenta increta n=3		Placenta percreta n=11		Всего n=14	
	абс	%	абс	%	абс	%
«Выбухание» стенки НСМ	3	100,0	11	100,0	14	100,0
Истончение ткани миометрия в НСМ	3	100,0	7	63,6	10	71,4
Отсутствие (прерывистость) ткани миометрия в НСМ	-	-	4	36,3	4	28,6
Наличие крупных сосудистых лакун	2	66,7	9	81,8	12	85,7
Наличие темных «лент»	-	-	8	72,7	8	57,1
Отсутствие четкой границы между стенкой матки и мочевым пузырем	-	-	10	90,9	10	71,4
Наличие ретроплацентарной «тени»	2	66,7	6	54,5	8	57,1

Таким образом, правильный диагноз по данным УЗИ выставлен у 90,2% беременных в группе I (74 случаев из 82). Ложноотрицательный результат УЗИ среди больных с вращением плаценты в рубец на матке составил 9,8% (8 пациенток из 82). Ложноположительный результат составил 20,0% (12 пациенток из 60). По результатам нашего исследования чувствительность метода УЗИ в выявлении ВПРНМ составил 90,2%, специфичность – 80,0%.

Всем беременным произведено родоразрешение путем операции кесарева сечения. Доля преждевременных родов значительно выше в основной группе и группе сравнения (89,3 и 83,3% соответственно), в группе контроля - 36,7% (p<0,05). В плановом порядке оперировано 53(63,1%) беременных из

основной группы, в экстренном 31(36,9%). В группе сравнения: в плановом – 24(40,0%) и в экстренном – 36(60,0%). В контрольной группе в плановом порядке родоразрешены 39(65,0%) беременных, а в экстренном – 21(35,0%) женщин.

В главе IV «Хирургические аспекты родоразрешения пациенток с вращением плаценты в рубец на матке» описаны результаты хирургического лечения пациенток 1 группы. Из общего числа больных (n=84), органосохранения (метропластика) удалось добиться у 58(69,1%). Гистерэктомия проводилась из-за неконтролируемого кровотечения после проведения попыток метропластики в 18 случаях и в 8 случаях по соображениям малой перспективы сохранения органа из-за визуализируемой обширной деструкции органа в результате инвазивного роста плаценты (без попыток проведения метропластики) (все эпизоды гистологически верифицированы, как вращение плаценты). Таким образом гистерэктомия проведена у 26(30,9%) из 84.

Во время нижнесрединной лапаротомии осуществляли тщательную прямую визуальную и пальпаторную ревизию области передней стенки нижнего сегмента матки. При этом оценивали характер и распространенность рубцовой трансформации нижнего сегмента матки, а также вовлеченность задней стенки мочевого пузыря в процесс инвазии плаценты. При очевидном отсутствии гипертрофированной сосудистой сети в подскладочном пространстве, признаках инвазии плаценты в мочевой пузырь осуществляли дополнительное интраоперационное УЗИ для исключения вероятных ошибок пренатального УЗИ и определения возможности проведения поперечной утеротомии по верхнему краю плаценты в нижнем сегменте матки. При очевидных пренатальных и интраоперационных признаках глубокой инвазивной инвазии плаценты, утеротомия и извлечение плода проводилась в области дна матки, предварительно элонгируя лапаротомный разрез до средне-нижнесрединной лапаротомии.

В 1 группе донное кесарево сечение произведено в 75(89,3%) беременных из 84, поперечное в нижнем сегменте матки выше уровня плацентации – в 9(10,7%) случаях. При донном кесаревом сечении кровопотеря не превышала более 2000,0мл. Среди 9 женщин, у которых проведено кесарево сечение поперечным разрезом по верхнему краю подлежащей плаценты, у 6 беременных кровопотеря была в диапазоне 2000,0 – 3600,0мл. В число этих пациенток вошли 2 женщины статуса «near miss». После кесарева сечения по верхнему краю плаценты лишь в 3(33,3%) случаях удалось сохранить матку, в остальных 6(66,7%) из 9 потребовалась вынужденная гистерэктомия. При сравнении эффективности двух методов утеротомии выявлено, что при донном кесаревом сечении достоверно ниже был средний уровень кровопотери, число и объем гемотрансфузии, отсутствие пациенток с уровнем кровопотери более 2000,0мл. и лучшими показателями органосохранения ($p < 0,05$) (табл. 4).

Таблица 4

**Сравнительное изучение эффективности методов утеротомии при
врастании плаценты в рубец на матке (1 группа)**

Изучаемые показатели	Всего n=84		p
	Донное КС n=75 абс(%)	КС по верхнему краю плаценты n=9 абс(%)	
Среднее число рубцов на матке	2,2+0,1	2,6+0,4	>0,05
Средний объем кровопотери, мл.	1146,0±40,9	2300,0±266,5	<0,05
Число пациенток с кровопотерей более 2000,0мл.	0	6(66,7%)	<0,05
Число пациенток с гемотранфузией	37(49,3%)	6(66,7%)	<0,05
Средний объем гемотрансфузий, мл.	710,6+38,0	1252,6+45,0	<0,05
Продолжительность операции, мин.	105,9+31,6	147,1+13,5	>0,05
Число пациенток с метропластикой	55(73,3%)	3(33,3%)	<0,05
Число пациенток с гистерэктомией	20(26,7%)	6(66,7%)	<0,05
Среднее пребывание в стационаре после операции, койко-дни	15,0+0,71	21,5+3,4	>0,05

Гистерэктомия без попыток метропластики (n=8) проведена во всех случаях после донного КС и объем кровопотери не превышал 2000,0 мл. (средняя кровопотеря 1225,0±133,3мл., медиана кровопотери 1150,0мл.). Гистерэктомия после попыток метропластики (вынужденная гистерэктомия) (n=18): в 6(33,3%) случаях осуществлялась после кесарева сечения в нижнем сегменте матки (средняя кровопотеря 2750,0±259,2мл., медиана кровопотери 2500,0мл.), и в 12(66,7%) случаях после донного кесарева сечения (средняя кровопотеря 1741,7±70,1мл., медиана кровопотери 1800,0 мл.). Различия среди средних уровней кровопотери статистически достоверны (p<0,05).

В случаях вынужденной гистерэктомии после попыток метропластики (n=18) главным показанием к органуудалению явились: кровотечение; макроскопические признаки глубокого врастания плаценты в заднюю стенку нижнего сегмента матки и тело матки; разрыв матки по рубцу при центральном предлежании плаценты (1 случай); значительная кровопотеря, наступившая до начала проведения операции у пациенток, поступавших в экстренном порядке с преждевременной отслокой предлежащей плаценты (3 случая). Наибольшее влияние на необходимость проведения гистерэктомии оказывал фактор интенсивного кровотечения в результате кесарева сечения у 6 пациенток (включая 2 пациенток со статусом «near miss»). Средняя кровопотеря среди них составила 2750,0±259,2мл., медиана кровопотери – 2500,0мл.

Среди 18 пациенток с вынужденной гистерэктомией (до установки показаний к данному объему операции) в плане попытки органосохранения (метропластика), были применены следующие кровосберегающие методы: перевязка трех пар магистральных сосудов (n=6) (средняя кровопотеря 2750,0±259,2мл.), перевязка внутренних подвздошных артерий (n=2) (1950,0±50,0мл.), временной клеммирование общих подвздошных артерий (n=4) (1750,0±86,6мл.), комплексный компрессионный гемостаз (n=6) (1667,7±122,5мл.). Уровни средних кровопотерь были выше при перевязке трех пар сосудов матки и внутренних подвздошных артерий (p<0,05).

По площади инвазии плаценты различали фокальное, локальное и тотальное врастание. Распределение больных группы I (n=84) по площади врастания плаценты следующее: фокальное – 45,2%, локальное – 33,3%, тотальное – 21,4% случаев. Среди пациенток в гистерэктомией (n=26): локальное – 30,8%, тотальное – 69,2%. При гистологическом исследовании удаленного органа выявлено: pl. accreta не было ни в одном случае. Pl. increta диагностирована в 12(46,2%), pl. percreta –14(53,8%) случаях из 26.

Поражение стенки мочевого пузыря. Важным фактором, обуславливающим большую кровопотерю, обусловленную глубиной плацентарной деструкции, является поражение мочевого пузыря. Врастание в мочевой пузырь, резекция мочевого пузыря отмечена в 7(26,9%) случаях из 26. Непреднамеренное вскрытие мочевого пузыря без резекции его стенки, обусловленное тяжелым спаечным процессом – в 2(7,7%) из 26. Уровень кровопотери среди беременных с врастанием плаценты в стенку мочевого пузыря составила 2042,8±314,6мл. (n=7) и не отличалась от средней кровопотери среди всех пациенток с pl. percreta (n=14) (средняя кровопотеря 2085,7±201,7мл. (>0,05). При этом повреждения слизистой мочевого пузыря в результате плацентарной инвазии не отмечалось.

Врастание плаценты в заднюю стенку нижнего сегмента матки. Выявлено, что в 14(16,7%) случаях из 84 (1 группа) имело место также врастание плаценты в заднюю стенку нижнего сегмента матки (табл. 5).

Таблица 5

Врастание в заднюю стенку нижнего сегмента матки (1 группа)

Клинический диагноз	Гистологический диагноз			Объем операции
	Pl. accreta	Pl. increta	Pl. percreta	
Pl. accreta, n=10	10(11,9%)	-	-	Метропластика
Pl. increta, n=4	-	4(4,8%)	-	Гистерэктомия

В 10 случаях pl. accreta отмечались фокальные участки поверхностного врастания плаценты в заднюю стенку нижнего сегмента матки. Это не помешало произвести органосохраняющий объем операции (метропластика). В остальных 4 случаях помимо врастания плаценты в рубец на матке отмечалось глубокоинвазивное поражение задней стенки нижнего сегмента матки. Уровень и площадь плацентарной инвазии были настолько очевидны, что гистерэктомия последовала без попыток проведения метропластики.

Органосохраняющий объем операции (метропластика). Донное кесарево сечение при этом проведено у 95,0% пациенток. Средняя кровопотеря составила $1025,9 \pm 28,0$ мл., медиана кровопотери 900,0 мл.

Кровосберегающие технологии при проведении метропластики. Перевязка трех пар магистральных сосудов матки проведена у 3 пациенток. Средняя кровопотеря составила $1400,0 \pm 57,7$ мл., медиана кровопотери 1400,0 мл. Перевязка внутренних подвздошных артерий использовалась у 5 пациенток. Средняя кровопотеря составила $1400,0 \pm 44,7$ мл., медиана кровопотери 1400,0 мл., аналогична средней кровопотери при перевязке трех пар сосудов матки. Временное клеммирование общих подвздошных артерий и брюшной аорты использовалось у 14 (24,1%) из 58 женщин с наиболее сложным, макроскопически определяемым составом патологии, где отмечались крайние формы несостоятельности рубца на матке с формированием обширной маточной грыжи, выраженные формы гипертрофии сосудов в зоне рубца на матке, очевидные признаки врастания плаценты в заднюю стенку и дно мочевого пузыря. Длительность пережатия артериальных магистралей не превышало 35 минут. Средняя кровопотеря составила $964,3 \pm 40,0$ мл., медиана кровопотери 900,0 мл. Уровень кровопотери при клеммировании общих подвздошных артерий и брюшной аорты не различался. Комплексный компрессионный гемостаз применялся при отсутствии очевидных признаков врастания (до утеротомии) в заднюю стенку мочевого пузыря. Он использовался у 36 (55,6%) из 58 женщин. Средняя кровопотеря составила $966,7 \pm 27,3$ мл., медиана составила 900,0 мл. При сравнении эффективности методов кровосбережения выявлено, что при применении временного клеммирования общих подвздошных артерий и комплексном компрессионном гемостазе достоверно ниже был средний уровень кровопотери, число и объем гемотрансфузии, отсутствие пациенток с уровнем кровопотери более 1000,0 мл. и лучшими показателями органосохранения, чем при применении перевязки трех пар сосудов матки и перевязки внутренних подвздошных артерий ($p < 0,05$) (табл. 6).

Таблица 6

Сравнительное изучение эффективности методов кровосбережения при врастании плаценты в рубец на матке (метропластика)

Изучаемые показатели	Всего больных n=58				p
	Перевязка трех пар магистральной матки n=3 абс(%)	Перевязка внутренних подвздошных артерий n=5 абс(%)	Временное клеммирование общих подвздошных артерий n=14 абс(%)	Комплексный компрессионный гемостаз n=36 абс(%)	
Среднее число рубцов на матке	2,3+0,3	2,6+0,4	2,7+0,16	1,4+0,1	>0,05

Средний объем кровопотери, мл.	1400+57,7	1400+44,7	964,3+40,0	966,7+27,0	<0,05
Число пациенток с кровопотерей более 1000,0мл.	3(100%)	5(100%)	5(35,7%)	12(33,3%)	<0,05
Число пациенток с гемотранфузией	3(100%)	5(100%)	5(35,7%)	8(22,2%)	<0,05
Средний объем гемотрансфузий, мл.	715,7+158,7	821,0+23,7	704,6+158,5	561,2+52,1	<0,05
Продолжительность операции, мин.	85,0+2,9	105,0+2,2	145,7+6,5	97,8+4,9	>0,05
Среднее пребывание в стационаре после операции, койко-дни	13,7+3,2	20,2+5,7	16,1+2,1	15,1+0,8	>0,05

Степень инвазии плаценты и уровень кровопотери (метропластика).

При ретроспективном анализе установлено, что отчётливое влияние на уровень кровопотери оказывал фактор глубины врастания плаценты. Средняя кровопотеря среди беременных с pl. accreta составила $960,0 \pm 37,9$ мл. (медиана кровопотери 900,0 мл.), с pl. increta – $1054,3 \pm 39,8$ мл. (медиана кровопотери 1000,0 мл.). с pl. percreta - $1133,3 \pm 33,3$ мл. (медиана кровопотери 1100,0 мл.). При этом статистически уровень кровопотери был выше у пациенток с pl. percreta, чем pl. accreta ($p < 0,05$).

При ретроспективном изучении взаимосвязи степени инвазии и объема операции в основной группе I ($n=84$) выявлено, что в 100% pl. accreta удалось произвести органосохранение, при pl. increta – в 74,5%, при pl. percreta – лишь в 17,6%.

Метод метропликации при центральном предлежании плаценты. Для обеспечения лучшего гемостаза при кровотечении из области плацентарной площадки в нижнем сегменте матки, профилактики прорезывания тканей и улучшения исхода оперативного вмешательства предложен способ остановки кровотечения из области плацентарной площадки в нижнем сегменте матки при центральном предлежании плаценты, включающий пликацию нижнего сегмента матки параллельно накладываемыми швами справа и слева от маточного зева (получен патент на полезную модель Агентства по интеллектуальной собственности № FAP 01581). При этом пликацию проводят в поперечном направлении по отношению к продольной оси матки в

следующем порядке: лигатуры в количестве 2-3-х накладывают путем прокола передней и задней стенки нижнего сегмента матки спереди назад через бессосудистую область широкой маточной связки и затягивают (рис. 4). Первая пара лигатур накладывается на уровне внутреннего зева. Это лучше делать при неушитой утеротомической ране, т.к. контроль исследующим пальцем, установленным у внутреннего зева, позволяет лучше ориентироваться и правильно выполнить манипуляцию (рис. 5). Мы рекомендуем: проводить лигатуры не в толще миометрия, как принято при перевязке трех пар маточных магистралей, а через полость матки, захватывая достаточный массив миометрия передней и задней стенки нижнего сегмента матки (рис. 5). Это позволяет вовлечь в область шовной компрессии значительную зону плацентарной площадки и обеспечит лучший гемостатический эффект, а компрессия на основные сосуды (маточные артерии), проходящие по рёбрам матки только его улучшает. Необходимо соблюдать предосторожность в отношении обеспечения оттока лохий в послеоперационном периоде. Поэтому расстояние между правыми и левыми лигатурами должно быть не менее 3-х сантиметров (рис. 6).



Рисунок 4. Схематическое изображение наложения гемостатических лигатур: метропликация нижнего сегмента матки при предлежании плаценты. (1 – тело матки; 2 – нижний сегмент матки; 3 – область утеротомии (разрез, через который извлечен плод); 4 – маточные артерии; 5 – гемостатические швы.

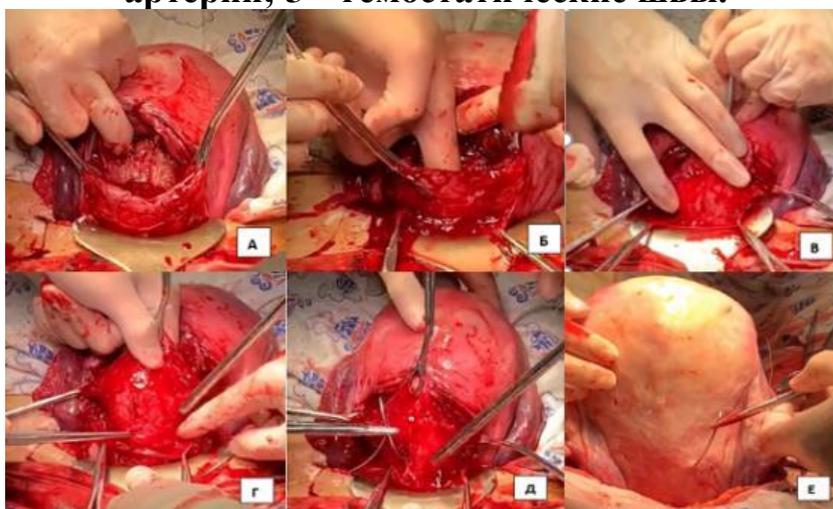


Рисунок 5. Метропликация. Интраоперационная картина этапов операции. А – Вид утеротомической раны в нижнем сегменте матки

после извлечения плода. Поступление крови из нижних отделов нижнего сегмента матки. Б - Контроль внутреннего зева при проведении методики. В - Начальные этапы дистопии мочевого пузыря вниз. Г - Мочевой пузырь дистопирован на достаточном пространстве до уровня внутреннего зева. Д - Начальный этап проведения лигатуры спереди назад (начальный вкол). Е - Выкол, лигатура проводится через все слои назад.

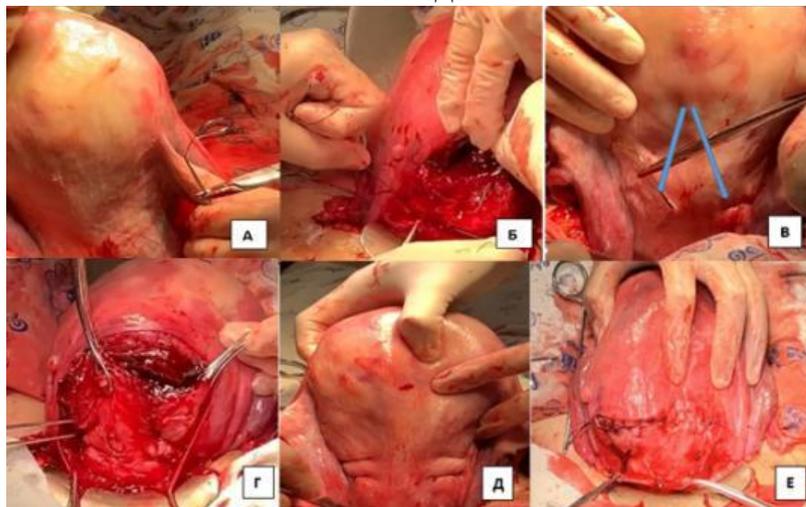


Рисунок 6. Метропликация. Интраоперационная картина этапов операции. А - Проведение лигатуры через безсосудистую область широкой маточной связки. Б – затягивание лигатуры. Вид спереди. В - проведение второй лигатуры назад. Стрелками показано расстояние между лигатурами сзади. Г - две пары лигатур затянуты, вид спереди. Утеротомическая рана ещё не ушита для контроля эффективности. Д - лигатуры затянуты, вид сзади. Показано расстояние между лигатурами. Е - общий вид после восстановления утеротомической раны.

В нашей практике данный метод показал хорошую эффективность. В 1 группе у пациенток с метропластикой методика метропликации использована у 48(82,8%), в 2 группе (центральное предлежание с рубцом на матке без признаков врастания плаценты) – у 44(73,3%) пациенток. Применение способа метропликации позволило снизить средний уровень кровопотери с $1400,0 \pm 57,7$ мл. до $966,7 \pm 27,3$ мл. среди пациенток с метропластикой. У остальных была проведена стандартная перевязка восходящих ветвей маточных артерий. Следует отметить, что среди этих пациенток послеродовый период осложнился гематометрой, что потребовало выскабливание полости матки: у 8(13,7%) в группе с метропластикой у 9(15,0%) в 2 группе.

Потребности в гемо- и плазмотрансфузии также значительно различались в основной группе и группах сравнения и контроля ($p < 0,05$). Так переливание эритроцитарной массы потребовалось у 83,6% пациенток с гистерэктомией, у 36,2% беременных с метропластикой. Процент пациентов с плазмотрансфузией также был выше в основной группе: 65,3% пациенток с гистерэктомией и 13,8% с метропластикой получили СЗП ($p < 0,05$).

Перинатальные исходы в исследуемых группах показаны в таблице 7. Как видно из не доля недоношенных детей в 1 группе существенно выше, чем

в группах сравнения и контроля ($p < 0,05$). Однако уровень перинатальной смертности в 1 группе статистически не был выше, чем в группе сравнения и контроля ($p > 0,05$).

Таблица 7

Перинатальные исходы в исследуемых группах

Показатель	Группа 1 n=84		Группа 2 n=60		Группа 3 n=60		p
	абс	%	абс	%	абс	%	
Доношенные	22	26,2	26	43,3	43	71,7	$p < 0,05$
Недоношенные	62	73,8	34	56,7	17	28,3	$p < 0,05$
Аntenатальная гибель	1	1,2	-	-	1	1,7	$p > 0,05$
Перинатальная смерть	6	7,1	3	5,0	2	3,3	$p > 0,05$

Среди послеоперационных осложнений у пациенток (инфекционные осложнения послеоперационной раны, гематометра, эндометрит, инфекции мочевого тракта, гематома под пузырно-маточной складкой) не отмечено достоверных отличий в исследуемых группах. Отсутствовали серьезные осложнения: релапаротомия, тромбоэмболические осложнения, случаи материнской смертности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Результаты комплексного ретроспективного и проспективного исследования 518 случаев аномального расположения плаценты показали рост частоты врастания плаценты в рубец на матке с 1:2124 родам в 2018 году до 1:325 родам в 2022 году и наличие прямой корреляции с числом рубцов на матке. Так показатель врастания плаценты в рубец на матке при 1 рубце на матке составил – 27,8%, при 2 рубцах на матке – 51,2%, 3 рубцах на матке – 70,0%, 4 рубцах на матке – 66,7%. Это дает основание выдвигать некачественный рубец на матке на роль главного индуктора, как центрального предлежания плаценты так и врастания плаценты в рубец на матке, независимо от числа рубцов.
2. Ведущим способом пренатальной диагностики является экспертное УЗИ. Чувствительность метода диагностики врастания плаценты в рубец на матке составила 90,2%, специфичность – 80,0%. Наиболее значимыми прогностическими признаками инвазивных форм врастания плаценты явились: отсутствие гипоэхогенной ретроплацентарной зоны и гиперваскуляризация нижнего сегмента матки. МРТ расширяет возможности антенатального определения глубины врастания плаценты. Интраоперационная оценка характера инвазивного поражения матки плацентой и последующее гистологическое исследование является заключительным этапом диагностики.
3. Донное кесарево сечение является ведущим способом оперативного родоразрешения при наличии признаков глубокоинвазивного поражения

матки плацентой. Это подтверждается показателями меньшего объема кровопотери, частоты органорезекции, числом и объемом гемотрансфузий. При глубокоинвазивных формах поражения временное клемирование общих подвздошных артерий и комплексный компрессионный гемостаз демонстрируют наивысшую эффективность снижения объема кровопотери.

4. Разработанный и внедренный в практику способ метрорекции нижнего сегмента матки показал высокую эффективность при центральном предлежании плаценты и рубцом на матке в плане органосохранения, снижения объема кровопотери и частоты послеоперационного кровотечения.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.11.2023.Tib.114.01 ON AWARDS OF
SCIENTIFIC DEGREE OF REPUBLICAN SPECIALIZED
SCIENTIFIC- PRACTICAL MEDICAL CENTER FOR MATERNAL AND
CHILD HEALTH**

**CENTER FOR THE DEVELOPMENT OF PROFESSIONAL
QUALIFICATION OF MEDICAL WORKERS**

ABDIKULOV BOLAT SABITKULOVICH

**PLACENTA INGROWTH INTO THE UTERINE SCAR AFTER THE
CESAREAN SECTION: OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS AND
SURGICAL TREATMENT**

14.00.01 - Obstetrics and gynecology

**DISSERTATION ABSTRACT OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2025

The theme of the doctoral (PhD) dissertation was registered by the Supreme Attestation Commission of the Ministry of higher education, science and innovations of the Republic of Uzbekistan under № B2021.2PhD/Tib1849

The dissertation was carried out at the Center for the development of professional qualification of medical workers.

The abstract of the dissertation was posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council at (www.akusherstvo.uz) and on the website of “ZiyoNet” Information and Educational Portal at (www.ziynet.uz).

Scientific chiefs: **Karimov Zaur Djavdatovich**
Doctor of Medical Sciences, Professor

Official opponents: **Yusupov Usmon Yuldashevich**
Doctor of Medical Sciences
Babajanova Guljakhan Sattarovna
Doctor of Medical Sciences, Professor

Leading organization: **Tashkent Pediatric medical institute**

The defense will take place " ____ " _____ 2025 at _ _ _ hours at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.11.2023.Tib.114.01 at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health. Address: 132a Mirzo-Ulugbek Street, Mirzo-Ulugbek district, Tashkent, 100124. Tel.:(+99871) 263-78-33; e-mail: info@uzaig.uz).

The dissertation can be found in the Information and Resource Center of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health. (registered for the number ____). Address: 132a Mirzo-Ulugbek Street, Mirzo-Ulugbek district, Tashkent, 100124 Tel.:(+99871) 263-78-33; e-mail: info@uzaig.uz).

The abstract of the dissertation has been sent out " ____ " _____ 2025 years
Register of the mailing list protocol No. ____ from " ____ " _____ 2025 years

N.S. Nadirkhanova
Chairman of the scientific council awarding scientific degrees, doctor of medical sciences

A.M. Babakhanova
Scientific secretary of the scientific council awarding Scientific degrees, PhD

M.U. Asatova
Chairman of the academic seminar under the scientific council awarding scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

The aim of the research was to study the sensitivity and specificity of methods for diagnosing placenta ingrowth into the uterine scar and to develop an algorithm of surgical tactics depending on the prevalence of invasive lesions of the uterus and adjacent organs.

The object of the research were 144 pregnant women with central placenta previa with a scar on the uterus after a cesarean section and 60 pregnant women with a scar on the uterus after a cesarean section without central placenta previa, delivered in the Tashkent city perinatal center for the period 2018-2022.

The scientific novelty of the research consists of the following:

the stratification of pathology models was carried out in accordance with the peculiarities of placenta localization, the degree of its invasion into uterine structures and clinical parameters. On this basis, an algorithm for the management and surgical treatment of patients with PAS has been developed. This made it possible to reduce the level of blood loss, unjustified surgical traumatization, removal of organs, the frequency and severity of intra- and postoperative complications;

it is shown that the method we developed for metroplasty of the lower segment of the uterus with central placenta previa made it possible to achieve reliable hemostasis in terms of postoperative bleeding more effectively (compared with traditional ligation of three pairs of main uterine vessels);

for the first time in the Central Asian region, methods of reducing blood loss were used: temporary clamping of the common iliac arteries, complex compression hemostasis.

The implementation of research results. Based on the scientific results obtained on optimizing the diagnosis and surgical treatment of placenta ingrowth into the uterine scar after cesarean section:

received a utility model patent No. FAP 01881 from the Intellectual Property Agency of the Republic of Uzbekistan “Method of stopping bleeding from the placental area in the lower segment of the uterus with central placenta previa”. The surgical treatment method proposed by this patent makes it possible to more effectively (compared to traditional ligation of three pairs of main vessels of the uterus) achieve reliable hemostasis in terms of postoperative bleeding;

received a utility model patent No. FAP 01813 from the Intellectual Property Agency of the Republic of Uzbekistan “Method of suturing a uterine wound during a cesarean section”. The method of suturing an uterotomy wound proposed by this patent provides optimal conditions for healing, which is guaranteed by coaptation of the edges of the uterine wound;

methodological recommendations “Improving blood-saving techniques for placenta ingrowth into the scar on the uterus after cesarean section” were approved (Conclusion of the Expert Council of the Central Regional Clinical Medical Center No. 7n-r/48 dated September 29, 2023).

scientific results obtained on optimizing the diagnosis and surgical treatment of patients with placenta ingrowth into the uterine scar have been introduced into healthcare practice, in particular into the practice of the clinic of the Tashkent City

Perinatal Center, the maternity complex of the clinic of the Tashkent Medical Academy, and the 7th maternity complex of Tashkent. The introduction of scientific results into clinical practice will improve the quality of specialized medical care, making it more cost-effective by improving blood-saving methods, reducing postoperative complications, the frequency of organ removal and maternal mortality.

Structure and volume of the dissertation. The thesis consists of an introduction, 4 chapters, conclusion, a list of references. The volume of the thesis is 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть, part I)

1. Каримов З.Д., Абдикулов Б.С., Муминов Ш.М., Хамидов Б.П., Ан А.В., Уринов М.И., Ким Д.Л. Проблема вращаения плаценты по рубцу на матке: кровосберегающие технологии. // Вестник экстренной медицины. 2019. - № 6. – С. 74-80. (14.00.00 № 11).

2. Абдикулов Б.С., Каримов З.Д., Яхшибаев И.Я., Уринов М.И., Машарипов Ш.Х., Ходиева Г.А., Осипова И.Ю. Случаи «near miss» в структуре вращаения плаценты в рубец на матке. // Хирургия Узбекистана. – 2020. - № 3. – С. 77-81. (14.00.00. № 9).

3. Абдикулов Б.С., Каримов З.Д., Яхшибаев И.Я. Вращаения плаценты в рубец на матке. // Тиббиётда янги кун. – 2020. - № 4. – С. 105-109 (14.00.00. № 22).

4. Абдикулов Б.С., Каримов З.Д., Яхшибаев И.Я., Уринов М.И., Хамидов Б.П., Ким Д.Л. Машарипов Ш.Х., Ходиева Г.А., Осипова И.Ю. Вращание плаценты в рубец на матке: анализ работы Ташкентского городского перинатального центра за период 2018-2020г.г. // Вестник экстренной медицины. – 2020. - № 6. – С. 13-25. (14.00.00. № 11).

5. Абдикулов Б.С., Каримов З.Д., Яхшибаев И.Я. Результаты лечения пациенток с вращанием плаценты в рубец на матке. // Биология ва тиббиет муаммолари. – 2021. - № 1. – С. 9-12. (14.00.00. № 19).

6. Каримов З.Д., Абдикулов Б.С., Уринов М.И., Машарипов Ш.Х. Оптимизация хирургической тактики и кровосберегающих технологий при вращании плаценты в рубец на матке. // Акушерство и гинекология, Москва. – 2022. - № 3. – С. 112-120 (14.00.00. № 1).

7. Каримов З.Д., Абдикулов Б.С. К вопросу оптимизации хирургической тактики и кровосберегающих технологий при вращании плаценты в рубец на матке. // Неотложная медицинская помощь. Москва. – 2023. № 12(3). – С. 274-281. (14.00.00. № 48).

8. Патент на полезную модель. Каримов З.Д., Абдикулов Б.С., Уринов М.И., Машарипов Ш.Х. «Способ остановки кровотечения из области плацентарной площадки в нижнем сегменте матки при центральном предлежании плаценты» (зарегистрирован в государственном реестре изобретений Республики Узбекистан, в г.Ташкент 31.03.2021). (FAP 01881).

9. Патент на полезную модель. Каримов З.Д., Абдикулов Б.С., Яхшибаев И.Я., Уринов М.И., Машарипов Ш.Х., Ходиева Г.А., Осипова И.Ю. «Способ ушивания маточной раны при проведении операции кесарева сечения» (зарегистрирован в государственном реестре изобретений Республики Узбекистан, в г.Ташкент 31.03.2022). (FAP 01813).

И бўлим (II часть, part II)

10. Каримов З.Д., Абдикулов Б.С., Магруппов Б.А. Вращание плаценты в рубец на матке. // Монография. Ташкент. – 2022. – с. 223.

11. Абдикулов Б.С., Каримов З.Д., Яхшибаев И.Я. Оценка эффективности кровосберегающих технологий при вращении плаценты. // Материалы XV Международного конгресса по репродуктивной медицине, Москва, 19-21 января. – 2021. – С. 109-110.

12. Абдикулов Б.С. Разрыв матки по рубцу при вращении плаценты: клинический случай. // Вестник Ташкентской медицинской академии. Ташкент. – 2024 – № 10(1). – С. 259-262.

13. Каримов З.Д., Абдикулов Б.С. Совершенствование кровосберегающих методик при вращении плаценты в рубец на матке после кесарева сечения. // Методические рекомендации. Ташкент. – 2023.- 19 с.