

# MAMALIĞIN MÜASİR MƏSƏLƏSİ KİMİ CİFT GƏLİŞİNİN KLİNİKASI VƏ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ

C.F. Qurbanova<sup>1</sup>, A.Ə. Qasımova<sup>1</sup>, A.Q. Qurbanov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Elmi-tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu

<sup>2</sup>Baku Medical Plaza

**Açar sözlər:** *cift gəlişi, placenta increta, placenta percreta, ciftin vaxtından əvvəl ayrılması, ciftin tam ayrılması, ciftin natamam ayrılması*

Müasir mamalıqda cift ilə bağlı patoloji vəziyyətlərin yaranması aktual olaraq qalır. Son 5-7 ili əhatə edən tədqiqatlardan məlum olmuşdur ki, ana ölümü strukturunda ciftin anormal yerləşməsi, ciftin vaxtından əvvəl ayrılması əsas yerlərdən birini tutur.

Bir çox ölkələrdə cift gəlişinin tezliyi ümumi doğuş sayının 0,5-0,8% -i təşkil edir. Tam gəliş qismən gəlişdən 4-5 dəfə az olur. Son on ildə cift gəlişinin tezliyindəki artım, abort və uşaqlıq daxili müdaxilələrin, Qeysəriyə kəsiyi əməliyyatları sayının artması ilə izah olunur [1].

Bu patologiya 1980-ci illərdə 1000 doğuşa təxminən 0,8 olmaqla olmuşdur. Son illər isə 1000 doğuşa 3-ə qədər çatmışdır [2]. 1960-2002-ci illər arasında əhali arasında hamiləlik cift gəlişi 3000-dən 1-dən, 533-dən 1-ə qədər artmışdır [3].

Cift gəlişi dedikdə onun hər hansı bir hissəsinin və ya tam olaraq uşaqlığın aşağı seqmentinə birləşməsi və onun aşağıya doğru münasibətindən ibarətdir. Son zamanlar cift gəlişinin tezliyinin artması abortların, Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı və uşaqlıq daxili müdaxilələrin sayının artması ilə əlaqələndirilir.

Cift gəlişi plasentanın uşaqlıq boynu daxili mənfəzin üstündə və ya yaxınlığında implantasiyasından ibarətdir. Bir qayda olaraq, 20 həftəlik hamiləlikdən sonra ağrısız al qırmızı qanaxma baş verir. Diaqnoz abdominal və ya uşaqlıq yolu ultrasəs ilə aparılır. 36 həftəlik hamiləliyə qədər yüngül qanaxma ilə müalicə aktivlik rejimini saxlamqla, 36-cı həftədən 37-ci həftələr arasında (6 gün) Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı aparılır. Əhəmiyyətli və ya davamlı qanaxma olduqda və ya dölün vəziyyəti üçün təhlükə yarandıqda təcili Qeysəriyyə əməliyyatına göstəriş vardır [4].

Tam cift gəlişi təhlükəli plasentar anomaliyadır; ixtisaslaşmış tibbi yardım olmadığı təqdirdə, dölün və ananın ölümü ilə sona yetməsi qaçılmazdır. Tam cift gəlişinin baş verməsi və doğuş anına qədər davam etməsi üçün əsas risk faktorları bunlardır:

anamnezdə keysəriyyə kəsiyinin olması, süni abortlar və bu hamiləlikdən əvvəl uşaqlıqdaxili müdaxilələr, hamiləlik zamanı infeksiyalar və endokrinopatiya [5].

Cift gəlişi daxili mənfəzdən 3 sm-dən az məsafədə implantasiya edilmiş cift kimi müəyyən edilir [6]. Bu patologiya birdöllü hamiləliyin 1000-dən 2.8-də və çoxdöllü hamiləliyin 1000-dən 3.9-da qeydə alınır. Tam cift gəlişi (placenta praevia totalis) ümumi sayının 20-30%-i, natamam (placenta praevia partialis) - 35-55% -ni təşkil edir. Aşağı plasentasiya 9,1% hallarda baş verir [7].

Cift gəlişi uşaqlığın daxili mənfəzinin hər hansı bir hissəsinə yayılan plasentar toxumaya münasibəti vardır. Cift daxili mənfəzi örtmədikdə, lakin ondan 2 sm məsafəsində olduqda cift aşağıda yerləşmiş hesab edilir.

Kişi cinsindən olan döl üçün risk faktorları ilə əlaqəli araşdırmalar da maraqlıdır. Bundan başqa, cift anomaliyaları Qeysəriyyə kəsiyi və uşaqlıqdaxili çapıqlar arasında da dəqiq əlaqənin olması sübut edilmişdir. İlk hamiləlikdə 0,26% olan cift gəlişi riski, uşaqlıqdaxili çapıqların sayı ilə xətti əlaqədədir və ya daha çox Qeysəriyyə kəsiyi anamnezi ilə 10%-ə çatır. Bəzi müəlliflər miqrasiya fenomenini uşaqlığın alt seqmentinin əzələ böyüməsi və dartılması ilə izah edilir, eyni zamanda ciftin kənar liflərində incəlmə, atrofiya, qismən qovulma və təkrar dartılma ilə izah edilir [8]. Ciftin miqrasiya prosesi, uşaqlığın istmik-servikal hissəsinin vəziyyətindən də təsirlənir: bu şöbənin anatomik və funksional çatışmazlığı və infeksiyası elastikliyi azaldır və artan gərginlik şiddətli patoloji simptomlara səbəb olur. Əksinə, bu hissənin həddindən artıq sıxlığı elastikliyi artırır və gərginliyi azaldaraq dartılmanı ləngidir. Ciftin uşaqlığın ön divarındakı yeri, daha çox alt seqmentdən yuxarıya doğru yerdəyişməsi ilə müşayiət olunur. Ciftin yerləşməsindəki anomaliyalar yalnız qadınlar üçün deyil, döl və yenidoğulmuş uşaqlar üçün də

böyük təhlükə yaradır. Cift gəlişi 7-25%-ə çatan yüksək perinatal ölüm, ilk növbədə fetoplental çatışmazlıq və erkən doğuş hallarının yüksək olması ilə əlaqədardır [6].

Doğuş sayında cift gəlişinin tezliyi 1/250 təşkil edir. Cift gəlişi hamiləliyin əvvəlində aşkar edilsə, ümumiyyətlə uşaqlıq böyüməsi səbəbindən 28 həftəyə qədər yerdəyişməsi mümkündür.

Cift gəlişi üçün aşağıdakı risk faktorları var:

- Birdən çox doğuş
- Əvvəlki Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı
- Normal implantasiyanın qarşısını alan uşaqlıq patologiyası (küretajdan əvvəl uşaqlıq mioması)
- Uşaqlıqda əvvəlki əməliyyat (məsələn, miomektomiya) və ya tibbi prosedurlar (məsələn, çoxlu küretaj prosedurları).
- Siqaret çəkmək
- Çoxdöllü hamiləlik
- Gənc analar [9].

Cift gəlişinin tezliyi hər 200 hamiləlikdən birində qeydə alınır. Son illərdə bu patoloji vəziyyətin tezliyinin artmasında davamlı tendensiya müşahidə edilir. Başqa alimlər cift gəlişinin inkişafına səbəb olan risk faktorları kimi Qeysəriyyə kəsiyi, uroloji müdaxilələri xüsusilə qeyd edirlər [10].

Cift gəlişi həyat üçün təhlükəli olan qanaxmaların tezliyinin artmasına da təsir göstərir. Çox zaman qanaxmalar hamiləliyin ikinci yarısında baş verir. Bu dövrdən uşaqlıq yığılmaları başlayır. Son illər hamiləlik zamanı ciftin miqrasiyası halları sübut edilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, hamiləliyin II yarısında cift gəlişinin tezliyi doğuşun başlanması dövrə yaxın 7-11 dəfə yüksək olur. Bu da onu göstərir ki, II və III trimestrlərdə cift müntəzəm olaraq uşaqlıq boynundan uşaqlıq cisminə - yuxarı hissəyə doğru miqrasiya edir [7].

Artıq qeyd ediliyi kimi cift gəlişinin əsas klinik təzahür formalarından qanaxmalar hesab edilir ki, bu da ilk dəfə hamiləlik zamanı qeydə alınır və doğuş zamanı güclənməyə başlayır. Qanaxmalar hamiləlik zamanı 34% halda, doğuş zamanı 66% halda başlayır. Cift gəlişinin dərəcəsi nə qədər yüksək olarsa, qanaxma bir o qədər tez baş verir. Qanaxmaların intensivliyi və davam etmə müddəti bir neçə faktordan asılı olur. Bunlardan ən əsası vaxtından əvvəl ciftin ayrılma ölçüsüdür. Hamiləlik zamanı aşağı seqmentin dartılması daha ləng və tədricən baş verir, ona görə də ciftin ayrılması, bir qayda olaraq, kiçik sahədə baş verir. İlk qanaxmalar adətən cüzi olur. Qorpa prosesi müvəqqəti

olaraq dayanırsa, qanaxma da kəsilir. Hamiləliyin böyük dövründə təkrarlanan qanaxmalar ciftin ayrılma prosesinin davam etdiyini göstərir, ona görə də cift gəlişi olan qadınlarda qanaxmanın ardınca sancılar baş verir və vaxtından əvvəl doğuşlar başlayır. Vaxtından əvvəl doğuşların teziyi cift gəlişi zamanı 50-60% təşkil edir [11].

Qanaxmanın intensivliyi müxtəlif ola bilər, uşaqlığın zədələnən damarlarının sayından və diametridən asılı olur. Ciftə qan axını orta hesabla 700 ml/dəqiqə təşkil edir, ona görə də qan axını böyük miqyaslı və həyatı təhlükəli ola bilər [12].

Cift gəlişi zamanı qanaxma qəfil başlaya bilər və defekasiya, ağır fiziki gərginlik, kəskin öskürək, vaginal müayinə də cift gəlişində qanaxmanı təhrik edə bilər. Qanaxma iri həcmli və ya cüzi ola bilər, qanaxma dərəcəsi həmişə cift gəlişinin növü haqqında fikir yürütməyi imkan vermir. Cift gəlişi ilə qanaxma həmişə xarici olur. Tam gəliş olduqda, hamiləlik dövründə patognomonik simptom kimi təkrarlanan qanaxmalar baş verə bilər. Qanaxma nəticəsində anada anemiya inkişaf edir, baxmayaraq ki, xorionik liflərin bütövlüyünün pozulması nəticəsində ağır qanaxma zamanı dölün qanı anada sistem qan dövrünə daxil ola bilər.

Hazırda cift gəlişi ilə hamiləlik və doğuşun idarə olunması üçün aydın tövsiyələri işləyib hazırlayan çox mərkəzli bir tədqiqat işi qeydə alınmamışdır. Təcili əməliyyat yolu ilə doğuş üçün risk faktorları cinsiyyət orqanlarından hər hansı bir qanaxma, iri həcmli uşaqlıq yolu qanaxması, uşaqlıq yığılmasının başlaması və döl qişanın vaxtından əvvəl cırılmasıdır. Beləliklə, cərrahi doğuş vaxtı hamilə qadının vəziyyətindən və vaginal qanaxmanın çoxsaylı epizodlarının mövcudluğundan (və ya olmamasından) asılıdır. Əksər müəlliflər cərrahi doğuş üçün optimal vaxtın stabil bir xəstə ilə 34-36 həftəlik hamiləlik olduğuna inanırlar. Vaginal qanaxmanın təkrarlanması və ya erkən doğum təhlükəsi olduqda əməliyyat 32-34 həftələrdə aparıla bilər. Hamiləliyin 32 həftəsindən əvvəl doğuşlar yalnız təcili göstərişlər olduqda həyata keçirilir. *Placenta accreta* (cift natamam bitməsi) diaqnozu qoyulduqda, planlaşdırma ilə cərrahi müdaxilə ilə yanaşı, lazım olduqda histerektomiyanın aparılmasına da göstəriş ola bilər. Angioqrafik diaqnoz ilə uşaqlıq damarlarının embolizasiyası, dölün çıxarılmasından dərhal sonra kütəvi qanaxmanın qarşısını almaq üçün aparılır [13].

Bu texnika xüsusilə hamiləlik dövründə uşaqlıq divarına ciftin bitməsi vaxtında ultrasəs diaq-

nostikasi üçün faydalıdır. Bu vəziyyətdə qarın hissəsindən dərhal əvvəl uşaqlıq arteriyaları kateterləşdirilir və döl çıxarıldıqdan sonra onların embolizasiyası aparılır. Uşaqlıq arteriyalarının embolizasiyası, plasentanın həqiqi bir artması (böyüməsi) ilə, orqansaxlayıcı bir əməliyyat həyata keçirməyə imkan verir: aşağı seqmentin bir hissəsini kəsik aparılaraq, kəsik tikilir, uşaqlıq qorunur. Damar embolizasiyası mümkün deyilsə, cift birləşdiyi halda qan itkisini azaltmaq üçün, cifti ayırmadan uşaqlıq ekstripasiya olunur [14].

Orqansaxlayıcı əməliyyatlarla bir neçə müalicə üsulu mümkündür: ciftin çıxarılması və bütün uşaqlıq kəsiklərinin tikilməsi, lokal rezeksiya və cift çıxarılmadan uşaqlıq boşluğunun küretaji.

Sonuncu üsul uşaqlığı qorumaq istəyən əhəmiyyətli qanaxma olmayan xəstələrdə istifadə olunur. Qanaxma daha aqressiv cərrahi müdaxilələr tələb etmədikdə bu müalicə seçimi daha uğurlu olur.

Antibakterial dərmanların təyin edilməsi mütləqdir. Bəzi müəlliflər metotreksatın istifadəsini təklif etmişlər, lakin bu terapiyanın gözlənilən terapiyadan daha təsirli olduğuna dair heç bir dəlil yoxdur. Nadir hallarda, cift gəlişi ananın sidik kisəsinə təsir göstərir. Bu vəziyyətdə, doğuşun aparılması planı tərtib edildikdə ciftin ayrılmasının qarşısının alınması üçün Qeysəriyyə kəsiyi təyin edilə bilər. Konservativ müalicə variantlarından biri də uşaqlıq boşluğuna traneksam turşusunun lokal tətbiqi ilə uşaqlığın ballon tamponadasıdır.

Bəzi müəlliflərə görə, uşaqlığın ballon tamponadası fonunda qanaxma saxlanmasının tezliyi 60-80% arasında dəyişir. Effekt olmadıqda mütəxəssislər histerektomiyaya qədər qanaxmanın dayandırılması üçün daha aqressiv metodlardan istifadə etməyi tövsiyə edilir [15].

M. Kinugasa et al. (2015), digər müalicə variantları uğursuz olsa da, uşaqlıqdakı balon tamponadasının traneksam turşusunun yerli tətbiqi ilə birlikdə istifadəsinin təsirli və təhlükəsiz olduğunu nümayiş etdirdi [16].

Hamilə qadınlarda anesteziya aparmaqda uzun illər təcrübəsinə baxmayaraq, hələ də hansı növ anesteziya ilə bağlı dəqiq bir tövsiyə yoxdur - ümumi və ya regional - daha yaxşı və hansı xüsusi vəziyyətlərdə istifadə etmək daha yaxşıdır. Bu problem, kütləvi qan itkisi ilə müşayiət olunan təcili cərrahi müdaxilələr həyata keçirildikdə xüsusilə kəskindir. Əksər anestezioloqların təcili əməliyyatları zamanı ümumi anesteziyadan geniş istifadə etməsinə baxmayaraq, regional anesteziyanın istifadəsini dəstəkləyənlər bunun daha təhlükəsiz, xəstələr tərəfindən

dözülməsinin daha asan olduğunu, əməliyyatdan sonrakı dövrün daha hamar gedişatının olduğunu və doğuşdan sonra qadında hərəkət aktivliyinin erkən bərpa olmasını iddia edirlər [17].

Buna görə hər bir konkret vəziyyətdə məsələ fərdi şəkildə həll olunmalıdır. A. Ioscovich et al. (2015), regional anesteziya üsulları ən çox cift gəlişi üçün İsrail klinikalarında istifadə olunur. Bu patologiya zamanı onurğa nahiyəsindən böyümə olmadıqda 65.4%-dən çoxunda istifadə olunur. Uşaqlıq divarına aşağı enmə şübhəsi olan cift gəlişi vəziyyətində, ümumi anesteziya halların 69,2%-də, yüksək bitişmə nəticəsində - 96,2%-də istifadə olunur. Əldə olunan nəticələrə əsasən müəlliflər, cift gəlişi olan hadisələrin 2/3-də onurğa anesteziyasından istifadə edildiyi qənaətinə gəldilər [17].

Xüsusilə cift gəlişi kəskin DDS-nin inkişafının qarşısını almaq üçün massiv qan itkisini bərpa etmək problemidir. 2015-ci ildə kardiopulmonoloji reanimasiya üçün tövsiyələrə əsasən mamalıq praktikasında həyat üçün təhlükəli qanaxmanı dayandırmaq üçün aşağıdakı üsullardan istifadə olunur:

- kütləvi qan köçürmə protokolundan və instrumental qan reinfuziyası texnikasından istifadə edərək dövriyyədə olan qan həcminin doldurulması [18];
- uşaqlıq tonusunun korreksiyası üçün oksitosin və prostaqlandinlərin analoqlarının təyin edilməsi [19];
- uşaqlığın massajı [20];
- traneksam turşusu və qanın laxtalanması faktorları preparatlarının təyin edilməsi ilə koagulopatiyanın korreksiyası;
- uşaqlığın ballon tamponadası;
- kompression uşaqlıq tikişləri;
- uşaqlıq damarlarının angiografiyası və endovaskulyar embolizasiyası;
- histerektomiya [16];
- ağır qanaxmalar zamanı aortanın kompressiyası.

Kəskin qan itkisinə qarşı mübarizə infuzion-transfuziya terapiya taktikasının əsas prinsiplərinin hələ dəqiq müəyyənləşdirilmədiyi və təyin edilmədiyi üçün problem həll olunmayaraq qalmaqdadır. Davranışdakı səhvlər tez-tez ciddi ağırlaşmaların meydana gəlməsinə kömək edir, bəzən xəstələrin ölümünə səbəb olur. Ioscovich A. et al. (2015) göstərmişdir ki, kütləvi qan köçürmə protokolunun olmasına baxmayaraq, əksər

xəstəxanalarda (84,6%) tromboelastoqrafiya və instrumental qan reinfuziyanın aparılması xeyli aşağı - müvafiq olaraq 19,2 və 53,8% təşkil edir [17].

İnsana ilk qan köçürülməsini mama-ginekoloqların icra etməsi təəccüblü deyil. Xüsusilə, 1819-cu ildə mama-ginekoloq George Blundell tərəfindən həyata keçirildi və 20 aprel 1832-ci ildə Rusiyada buna bənzər əməliyyat S.F. Hotovitskinin tələbəsi mama-ginekoloq G.S. Canavar tərəfindən icra edilmişdir [21].

Cift gəlişi və ciftin bitməsi olan hamilə qadınlarda uşaqlıq və ciftin hemodinamik xüsusiyyətlərinin vaxtında antenatal diaqnozu qoyulması son dərəcə vacibdir, çünki plasentasiya anomaliyalarının tezliyinin durmadan artması dünyanın bütün ölkələri üçün vahid bir tendensiyadır [22].

Bu gün etibarlı və sərfəli müayinə metodu dopplerometriya hesab edilir. Bu metod cift qan dövranının və hemodinamikanın vəziyyətini qiymətləndirmək üçün əsas üsuldur.

Uşaqlıq arteriyalarında, döl arteriya və venalarında qan dövranının Dopplerometriyasına həsr edilmiş tədqiqatlarda onun preeklampsiya, dölün bətn daxili inkişaf ləngiməsi və döldə anemiya və digər mənfi perinatal nəticələrin proqnozlaşdırılmasında geniş imkanlara malik olduğu göstərilmişdir [22].

Lakin invaziv plasentasiyaların tezliyinin davamlı artmasına və bu problemə həsr olunmuş çox sayda müasir tədqiqatların aparılmasına baxmayaraq, cift gəlişi olan hamilə qadınlarda uşaqlıq-cift hemodinamikasının vəziyyəti ilə bağlı praktik olaraq heç bir tədqiqat işi yoxdur.

Hal-hazırda transvaginal exoqrafiya (TVE), cift gəlişinin dəqiq yerini təyin etmək üçün yaxşı öyrənilmiş və üstünlük verilən bir üsuldur. Əməliyyat olunmuş qadınlarda 60%-da plasentanın yerləşmə təsnifatı TVE-dən sonra dəyişdirilə bilər. TAE zamanı arxa divarda yerləşən cift zəif görünür, dölün baş aşağı seqmenti vizuallaşır, piylənmə də dəqiqliyə təsir edir və sidik kisəsinin qeyri-kafi və ya həddindən artıq doldurulmasını tələb edir. Bu səbəblərdən TAE-də cift gəlişinin yalnız pozitiv diaqnoz tezliyi 25%-ə çatır.

TVE üçün diaqnostik dəqiqlik yüksəkdir (həssaslıq 87,5%, spesifiklik 98,8%, müsbət nəticənin proqnoz dəyəri 93,3%, mənfi nəticənin proqnozlaşdırma dəyəri (97,6%), bu da TVE-ni cift gəlişi diaqnozu

üçün "qızıl standart" hesab edilir. TVE və TAE-ni müqayisə edən bu günə qədər aparılan yalnız randomizə olunmuş klinik sınaqda TVE-nin üstünlüyü göstərilmişdir. Vaginal qanaxma halında belə, plasenta previa 17,19-da TVE-nin tamamilə təhlükəsiz olduğu göstərildi. Magnit rezonans tamoqrafiya (MRT) plasentanın dəqiq vizualizasiyasını təmin edir və TAE-dən üstündür, MRT-nin plasentanın yerini müəyyənəlmək üçün TVE-dən üstün olması ehtimalı yoxdur, lakin bu kifayət qədər tədqiq edilməyib. Əlavə olaraq, əksər tibb şöbələrində MRT ümumiyyətlə yoxdur [23].

Ciftin anormal birləşməsinin etiologiyası bir sıra ana ilə bağlı amilləri əhatə edir: doğuşdan sonra uşaqlığın selikli qişasında distrofik dəyişikliklər, abortdan sonrakı endometrit, Qeysəriyyə kəsiyindən və miomektomiya sonrakı çarıqlar. Döl yumurtasının özünün çatışmazlığı müəyyən əhəmiyyət kəsb edir - zigotun yavaş bölünməsi və proteolitik qabiliyyətlər azalması nəticəsində, vaxtında uşaqlıq divarına yapışmayan embrion, özünü aşağıda, proteoliz şöbələrə qarşı daha az davamlı olur. Risk faktorları tez-tez abortlar, çoxsaylı doğuşlar, endometritdir [24].

Bütün bunlar endometriyumun travmasına, desidual toxumanın kifayət qədər inkişaf etməməsinə, sonradan damarlaşmasının pozulmasına və yumurta implantasiyası şərtlərinin pisləşməsinə səbəb olur. Doğmayan qadınlar arasında ən çox rast gəlinən amil ekstrakorporal mayalanmadır. Bəzi müəlliflərə görə cift gəlişi üçün əhəmiyyətli bir risk faktoru siqaret çəkmədir [25].

Cərrahi doğuşların orta çəkisi, anormal cift bitməsi kimi hamiləliyin belə bir ağırlaşma tezliyinin artmasına səbəb olur. Bitişik strukturların iştirakı ilə invaziv ciftin yüksək proliferativ fəaliyyəti bədxassəli şişlərin davranışına bənzəyir [26,27,28].

Yuxarıda qeyd olunanlardan məlum olur ki, cift gəlişinin öyrənilməsi, optimal müayinələrin və effektiv müalicə üsullarının təyin edilməsi məmaliq və ginekologiyanın qarşısında duran aktual problemlərdən biridir [29]. Bu hamiləlik patologiyasının uğurlu müalicəsi hamiləliyin uğurlu gedişatı üçün yaxşı pronozların əldə olunmasına imkan verir. Bütün bunlar həmin istiqamətdə aparılan tədqiqatların aparılmasının məqsədəuyğun olmasını sübut edir.

## РЕЗЮМЕ

### Клиника и хирургическое лечение предлежания плаценты как современная проблема акушерства

Д.Ф. Курбанова<sup>1</sup>, А.А. Гасимова<sup>1</sup>,  
А.Г. Курбанов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>НИИ Акушерства и Гинекологии

<sup>2</sup>Частная клиника «Baku Medical Plaza»

**Ключевые слова:** предлежание плаценты,  
*placenta accreta, placenta increta, placenta percreta,*  
преждевременная отслойка плаценты,  
полная отслойка плаценты,  
неполная отслойка плаценты

В современном акушерстве остается актуальным патологические состояния связанные с предлежанием плаценты. Исследования последних 5-7 лет показали, что аномальное расположение плаценты, преждевременные отслойка плаценты занимают одно из главных мест в структуре материнской смертности. Изучение предлежания плаценты, определение оптимального обследования и эффективных методов лечения - одна из актуальных задач, стоящих перед акушерством и гинекологией. Успешное лечение данной патологии беременности позволяет получить хороший прогноз на успешное течение беременности. Все это доказывает целесообразность проведения исследований в этой области.

## SUMMARY

### Clinic and surgical treatment of placenta previa as a modern problem of obstetrics

J.F. Qurbanova<sup>1</sup>, A.A. Qasimova<sup>1</sup>,  
A.Q. Qurbanov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Scientific Research Institute of  
Obstetrics and Gynecology

<sup>2</sup>Private clinic Baku Medical Plaza

**Key words:** *placenta previa, placenta accreta,*  
*placenta increta, placenta percreta, premature placental*  
*abruption, complete placental abruption,*  
*partial placental abruption*

In modern obstetrics, pathological conditions associated with placental pre-delivery remain relevant. Studies of the last 5-7 years have shown that abnormal location of the placenta, premature placental abruption occupy one of the main places in the structure of maternal mortality. The study of placenta previa, determination of the optimal examination and effective treatment methods is one of the urgent tasks facing obstetrics and gynecology. Successful treatment of this pregnancy pathology allows you to get a good prognosis for a successful pregnancy. All this proves the expediency of conducting research in this area.

## ƏDƏBİYYAT

1. Wu S., Kocherginsky M., Hibbard J.U. Abnormal placentation: twenty-year analysis // Am J of Obstetrics and Gynecology. -2005.- vol.192(5). - p.1458-61. doi: 10.1016/j.ajog.2004.12.074.
2. Flood K.M., Said S., Geary M. et al. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades // Am J of Obstetrics and Gynecology. -2009.- 200(6). - 632.e1- 632.e6. doi: 10.1016/j.ajog.2009.02.001.
3. Silver R.M., Barbour K.D. Placenta accrete spectrum: accreta, increta, and percreta // Obstet Gynecol Clin North Am.- 2015.- vol.42(2). - p.381-402. doi: 10.1016/j.ogc.2015.01.014
4. Gyamfi-Bannerman C., Thom E.A., Blackwell S.C. et al. Gec erkən doğum riski olan qadınlar üçün antenatal betametazon // N Engl J Med.- vol.374(14).- p.1311-1320, 2016. doi: 10.1056 / NEJMoa1516783
5. Рыкалина Е.Б., Новичков Д.А. Центральное предлежание плаценты: что нового? // Bulletin of Medical Internet Conferences.- 2018. – vol.8. Issue 5, с.188

6. Буштырев А.В., Буштырева И.О., Заманская Т.А., Антимирова В.В. Возможности пролонгирования беременности у пациенток с предлежанием плаценты при применении акушерского пессария. *Акушерство и Гинекология Санкт-Петербурга*. 2017.- №4.- с.16-21
7. Горин В.С., Зайцева Р.К., Серебренникова Е.С., Чернякина О.Ф., Кутушев А.В. Аномалии расположения плаценты: акушерские и перинатальные аспекты // *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2010. Т.10.- № 6.- С. 26-31
8. Опенхаймер Л. Клиническое практическое руководство ассоциации акушеров-гинекологов Канады: диагностика и ведение предлежания плаценты // *Акушерство и гинекология*.- 2014.- №1.- с.6- 83. 11
9. Spong C.Y., Mercer V.M., D'alton M. et al. Timing of indicated late-preterm and early-term birth // *Obstet Gynecol*.- 2011.- vol.118 (2 Pt 1). - 323-333. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182255999
10. Гайдуков С.Н., Резник В.А., Антоненко В.С. Характеристика соматизированных расстройств пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия в позднем репродуктивном возрасте // *Педиатр*. -2011. - Т. 2. - № 4. - С. 82-84
11. Волков В.Г. Распространенность предлежания плаценты в тульской области (краткое сообщение) // *Вестник новых медицинских технологий, электронный журнал*. – 2016. - N 4.
12. Александрович Ю.С., Муриева Э.А., Пшениснов К.В., Рязанова О.В. Особенности гормонального статуса матери и новорожденного ребенка при использовании длительной эпидуральной анальгезии в родах // *Педиатр*. -2011. - Т. 2. - № 4. - С. 51-56
13. Laas E., Bui C., Popowski T. et al. Trends in the rate of invasive procedures after the addition of the intrauterine tamponade test to a protocol for management of severe postpartum hemorrhage // *Am J Obstet Gynecol*.- 2012.- vol.207(4). - p.281.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2012.08.028
14. Jennings A., Brunning J., Brennan C. Management of obstetric haemorrhage // *Anaesthesia tutorial of the week*. - 2012- vol.257.
15. Martin E., Legendre G., Bouet P.E. et al. Maternal outcomes after uterine balloon tamponade for postpartum hemorrhage // *Acta Obstet Gynecol Scand*.- 2015.- vol.94(4). - p.399-404. doi: 10.1111/aogs.12591
16. Kinugasa M., Tamai H., Miyake M., Shimizu T. Uterine balloon tamponade in combination with topical administration of tranexamic acid for management of postpartum hemorrhage // *Case Rep Obstet Gynecol*.- 2015.- vol.195036. doi: 10.1155/2015/195036
17. Ioscovich A., Shatalin D., Butwick A.J. et al. Israeli survey of anesthesia practice related to placenta previa and accrete // *Acta Anaesthesiol Scand*.- 2015.- vol.24
18. Geoghegan J., Daniels J.P., Moore P.A. et al. Cell salvage at caesarean section: the need for an evidence-based approach // *BJOG*. - 2009.-vol.116(6). - p.743-7. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02129
19. Bouwmeester F.W., Bolte A.C., van Geijn H.P. Pharmacological and surgical therapy for primary postpartum hemorrhage // *Curr Pharm Des*. - 2005.-vol.11.- p.759-73. doi: 10.2174/1381612053381882
20. Hofmeyr G.J., Abdel-Aleem H., Abdel-Aleem M.A. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage // *Cochrane Database Syst Rev*.- 2008.- CD006431. doi: 10.1002/14651858.cd006431.pub2
21. Руководство по перинатологии / под ред. Д.О. Иванова. - СПб.: Информ-Навигатор, 2015. - 1216 с.
22. Заманская Т.А., Буштырев А.В., Буштырева И.О. И др. Особенности маточно и фетоплацентарной гемодинамики у беременных с предлежанием и вращением плаценты // *Акушерство, гинекология, репродукция*. - 2017.- №3.-с.5-8
23. Армсон Э., Фрин Д., Кинэн-Линдси Л. И др. Клиническое практическое руководство ассоциации акушеров-гинекологов Канады (SOGC): диагностика и ведение предлежания плаценты (placenta previa) // *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение* №1 2014, с.77-84.
24. Агрба И.Б. Органосохраняющее хирургическое лечение у родильниц с патологией прикрепления плаценты. дис. к.м.н. Москва, 2014.
25. Бадалова О.А. Предлежание плаценты и тромбофилии: автореф дис. канд. мед. наук. М., 2013.

26. Балмагамбетова Г.Н., Айдымбекова А.Б., Мамитниязова М.И. и др. Операционные исходы при предлежании плаценты // Вестник Каз НМУ, 2016, №1, с.18-20
27. Bajwa S.K., Singh A., Bajwa S.J. Contemporary issues in the management of abnormal placentation during pregnancy in developing nations: An Indian perspective // Int J CritIllnInj Sci.- 2013.- vol.3.- p.183-189.
28. Tuzovic L., Djelmis J., Ilijic M. Obstetric risk factors associated with placenta praevia development: case-control study // Croat. Med. J.- 2003.- vol.44 (6). - p.728- 733.
29. Bartels H.C., Postle J.D., Downey P., Donal J., Brennan D.J. Placenta Accreta Spectrum: A Review of Pathology // Molecular Biology, and Biomarkers. Hindawi Disease Markers. - 2018.- Article ID 1507674. 11 p. doi.org/10.1155/ 2018/1507674