

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Ш.Б. ЧЕГЕДЕКОВА

АҚ «Астана медициналық университеті», Астана қ.

ЖАНАМА РЕПРОДУКТИВТІ ТЕХНОЛОГИЯЛАР-
ДЫ ЕНГІЗУ ҮДЕРІСІН РЕТТЕУДІҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ
ТӘЖІРБИЕСІ

Бедеулік мәселесі барлық дамушы елдерде де ондаған жылдарға созылған қызу пікірталастың тақырыбымен байланысты өзінің этикалық қырымен ғана емес, сонымен қатар мемлекеттік сектордың шығыстарын қозғайтын маңызды экономикалық мәселелерге де байланысты өзекті болып табылады.

Жанама репродуктивті технологияларды енгізу үдерісін реттеудің халықаралық тәжірбиесін талдау ЖРТ қызметтерін заңсыз сату немесе адамзат репродуктивті материалдарымен байланысты жағымсыз зардаптардан болдырмау үшін барлық әлемде жанама репродуктивті технологияларды енгізу мемлекеттің қатысуын талап етеді деген қорытынды жасауға мүмкіндік береді. Донорлардың, сурагат аналардың, туылған балалар мен олардың ата-аналарының мәртебесін заңды түрде нығайту қажет.

ЖРТ нәтижелеріне мониторинг жасау және дұрыс бағалау үшін мемлекеттік деңгейде жүргізілген емшаралардың тиімділігінің нәтижесін анық қадағалап және құпиялылықты сақтауға мүмкіндік беретін Ұлттық регистрды енгізу керек. Одан кейінгі әсерлерін ұзақ мерзімді бақылау жасауды ескере отырып. Жанама репродуктивті технологиялардың клиникалық және экономикалық тиімділігіне, этика мәселелеріне қатысты отандық деңгейде терең зерттеулер жүргізу қажет.

Негізгі сөздер: бедеулік, қосымша репродуктивтік технологиялар, экстракорпоралдық ұрықтандыру, тірі туылған, тиімділік.

SUMMARY

SH. CHEGEDEKOVA

JSC "Astana "Medical University", Astana c.

THE INTERNATIONAL EXPERIENCE IN MANAGING
THE PROCEDURE OF THE ASSISTED REPRODUCTIVE
TECHNOLOGIES IMPLEMENTATION

Infertility issues are quite relevant in all developed countries not only for their ethical concerns, which have remained as topics for discussion through the decades, but also due to important economic problems affecting the public sector expenses.

The analysis of international experience in ART managing leads to the conclusion that worldwide ART introduction requires government involvement in order to avoid the negative consequences, which can be associated with the illegal sale of ART services or human reproductive materials. The legislation is necessary to make the donor status stronger, as is also the status of the surrogate mothers, parents and ever born children.

For monitoring and evaluating the success of the ART results at the state level, the introducing of National registers is really demandable. Such registers would allow us to track the results of ART procedures effectiveness privately and more credibly. It is necessary to conduct profound researches in ethics, clinical and cost-effectiveness of ART at the native level, including the studies of tardive effects during the long-term observations.

Key words: infertility, assisted reproductive technologies, in vitro fertilization, a live birth, the effectiveness.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618.46-007.274-005.1

Н.Н. КОБЗАРЬ, В.А. БЕЛОЦЕРКОВСКИЙ, А.Б. АГЛАМОВА, М.З. СУМЕМБАЕВА,
Д.Т. БАЙБУЛЕКОВА, Н.С. МИРЗАРАИМОВА, Х.М. ЛЕЙМОЕВА, Е.С. ФЕДЮНИНА

Казахстанско-Российский медицинский университет,

Городской перинатальный центр, г. Алматы

ИСТИННОЕ ПРИРАЩЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ, ПРИЧИНЫ, ЧАСТОТА,
ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ, ТАКТИКА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Акушерские кровотечения продолжают оставаться одной из ведущих причин материнской смертности и в Казахстане, занимая второе место в структуре. Одной из грозных причин массивных акушерских кровотечений является истинное вращение плаценты (ИВП).

Ключевые слова: истинное приращение плаценты, кровотечение, органосохраняющие операции.

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно кровотечения, связанные с беременностью, выявляются у 14 млн. женщин, из них 125-150 тыс. умирают. Акушерские кровотечения продолжают оставаться одной из ведущих причин материнской смертности и в Казахстане, занимая второе место в структуре [1]. Одной из грозных причин массивных акушерских кровотечений является истинное вращение плаценты (ИВП). Частота вращающейся плаценты прямо связана с количеством бывших операций кесарева сечения. Вероятность такого осложнения еще более возрастает при предлежании плаценты, особенно при ее расположении в области рубца. Считается, что после двух и более операций кесарева сечения, находящаяся на передней стенке или предлежащая плацента у 30-50% пациенток бывает вросшей [2]. В зависимости от степени вращающейся ворсин в мышечную оболочку матки различают

placenta accreta, increta, percreta. Данные литературы по частоте ИВП различны, так по результатам Протопоповой Т.А. данное патологическое состояние встречается в 0,007% родов [7]. Другие авторы приращение плаценты диагностировали в 0,04% [15], в исследованиях Bretelle F. – в 0,12%, Кауем G. данную патологию выявил в 0,13% случаев родов [8, 13]. За последние 50 лет отмечен 10-кратный рост числа пациенток с ИВП с колебанием частоты 1:540 родов в Таиланде, 1:1000 в Южной Африке [16, 17]. Отмечается высокий уровень объемной кровопотери, органосохраняющих операций и показателя материнской смертности при ИВП. Средний уровень кровопотери при родоразрешении составил 3630,0 [15]. По данным ряда авторов материнская смертность зарегистрирована одна на 23 и 2 случая на 17 родов с ВПР [5, 15].

Значительное влияние на исход родоразрешения имеет своевременная диагностика этого грозного

Таблица 1 – Частота истинного приращения плаценты по ГПНЦ за период 2001-2011 гг.

Показатель	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Всего 2001-2011 гг.
Всего родов по ГПНЦ (абс.)	4545	4938	5038	5643	6251	7090	6582	7346	7118	7083	7362	68996
Роды с истинным приращением плаценты (абс.)	3	2	2	3	2	4	4	6	10	12	14	62
Частота истинного приращения плаценты (%)	0,07	0,04	0,04	0,05	0,03	0,06	0,06	0,08	0,14	0,17	0,20	0,1

осложнения и соответствующая подготовка к операции, желательно в плановом порядке. Лучшим методом диагностики приращения плаценты является эхография. На современном этапе есть возможность ранней диагностики аномалий прикрепления плаценты [10, 12].

Признаками аномального прикрепления плаценты являются: локализация плаценты в нижнем сегменте матки, предлежание плаценты, невизуализируемая пограничная зона между материнской поверхностью плаценты и стенкой мочевого пузыря (менее 1 мм), распространение плацентарной ткани за серозную оболочку матки. Дополнительным диагностическим методом является доплерометрия. При доплерометрии определяется повышенный кровоток между маткой и мочевым пузырем, что свидетельствует о близости плаценты. Авторы считают, что при наличии факторов риска и вышеуказанной эхографической и доплерометрической картины необходимо предполагать патологию прикрепления плаценты [15].

В настоящее время, с целью сохранения репродуктивного здоровья, делаются попытки органосохраняющих операций при таком грозном осложнении, как приращение плаценты [5, 6]. По данным ряда авторов консервативное лечение оказалось эффективным у 80,7% пациенток с истинным приращением плаценты [8]. Высокий уровень органосохраняющих операций продемонстрировал Курцер М.А. и соавторы, когда из 17 случаев приращения плаценты в 14, что составило 82,4%, матку удалось сохранить [5]. Общепринятой тактикой при истинном приращении плаценты является проведение надвлагалищной ампутации или экстирпации матки [7]. Альтернативные методы лечения данной патологии: двухсторонняя перевязка внутренних подвздошных артерий в сочетании с оставлением плаценты в матке во время операции кесарево сечение с последующей терапией метотрексатом [3, 11]. Имеется опыт при истинном приращении плаценты в проведении донного кесарева сечения с последующей эмболизацией маточных артерий. Плацента оставляется *in situ*. В послеоперационном периоде выполняется отсроченная повторная эмболизация маточных артерий. После частичной экспульсии плаценты остатки плацентарной ткани удаляются путем выскабливания и гистероскопии. При динамическом наблюдении у пациенток происходит полное восстановление менструальной функции [4]. С целью уменьшения послеоперационного кровотечения возможно поэтапное лечение, включающее кесарево сечение без отделения плаценты и выделения последа с эмболизацией маточных артерий и последующей гистерэктомией [9, 15]. В случае небольшого участка прорастания плаценты, после проведения эмболизации маточных артерий, возможно проведение реконструктивной операции с иссечением данного участка матки [5, 14]. Проведение реконструктивных операций при истинном приращении плаценты требует применения современного оборудования для проведения эмболизации маточных артерий, с целью восполнения кровопотери применение аппаратной реинфузии аутологичной крови.

Цель исследования – определение частоты истинного приращения плаценты по Городскому перинатальному центру г. Алматы (ГПНЦ) за период 2001-2011 гг., определение факторов риска, сроков родоразрешения, объема кровопотери, показателя перинатальной смертности, разработка оптимальной тактики родоразрешения при имеющихся возможностях технического обеспечения;

Материалы исследования

Учетно-отчетная документация (ГПНЦ) за период 2001-20011 гг., анализ 26 историй родов (форма №111-у), случаев истинного приращения плаценты за период 2010-2011 гг.

Результаты и обсуждение

Частота родов при предлежании плаценты, операции кесарево сечение по г. Алматы с 2001 по 2011 гг. имеет тенденцию к росту, соответственно с 0,4% до 0,7% и 15,0% до 22,6% (Годовые отчеты Управления здравоохранения г. Алматы). Согласно приказу №746 от 21 декабря 2007 «О регионализации перинатальной помощи в РК» и №325 от 7 мая 2010 г. «Об утверждении Инструкции по совершенствованию регионализации перинатальной помощи в РК» беременные с предлежанием плаценты госпитализируются в перинатальные центры. В связи с регионализацией перинатальной помощи, частота предлежания плаценты в ГПНЦ значительно выше городского уровня и в динамике увеличилась с 1,2% в 2001 г. до 1,7% в 2011 г., соответственно рост операции кесарево сечение с 20,7 до 39,4%. При сочетании предлежания плаценты и рубца на матке в ряде случаев имеет место прорастание плаценты в стенки матки (табл. 1).

Частота истинного приращения плаценты за изучаемый период в ПНЦ увеличилась в 2,9 раза, показатель составил в 2001 г. 0,07%, в 2011 г. уже 0,2%, что связано с увеличением централизации беременных с предлежанием плаценты и рубцами на матке на 3-м уровне регионализации, ростом повторных случаев кесарева сечения (3-е, 4-е родоразрешение оперативным путем). По г. Алматы в 2011 г. на 36142 родов пришлось 16 случаев ИВП при предлежании плаценты, частота составила 0,04%, что совпадает с данными одних авторов [15] и в 3 раза меньше частоты данных других [8, 13]. Все случаи приращения плаценты подтверждены гистологически.

Проведен анализ 26 историй родов (форма №111-у) при истинном приращении плаценты за период 2010-2011 гг. Из 26 случаев истинного приращения плаценты предлежание плаценты диагностировано у 21-й беременной (80,8%), у 11 было сочетание рубца на матке и предлежания плаценты (42,3%), у 10 только предлежание плаценты. У 5 пациенток (19,2%) с рубцом на матке диагностировано низкое расположение плаценты в области рубца. По количеству предшествующих операций кесарево сечение пациентки распределились следующим образом: одна операция у 9, 2 операции у 6 и три кесарева сечения у одной беременной

За период 2010-2011 гг. в ГПНЦ поступило 480 беременных с диагнозом предлежания плаценты, из них в 21 случае диагностировано истинное приращение плаценты, что составило 4,4%. Анализ историй родов пациенток с

истинным приращением плаценты показал, что средний возраст беременных составил $33,1 \pm 1,2$ года. Анамнез в изучаемой группе пациенток был отягощен выкидышами в 13 случаях, абортми – в 11, что соответственно составило 50,0% и 42,3%. Рубец на матке по поводу предшествующего кесарева сечения зарегистрирован в 16 случаях – 61,6%. Миома матки диагностирована во время беременности у пяти пациенток, что составило 19,2%. Только у одной беременной произошли роды через естественные родовые пути, в 25 случаях родоразрешение проведено путем операции кесарево сечение. Срок беременности, при котором произведено родоразрешение, составил $34,5 \pm 1,6$ недели. В плановом порядке родоразрешено только 7 пациенток, в 19 случаях по поводу начавшегося кровотечения родоразрешение проведено в экстренном порядке, что соответственно составило 27,0% и 73,0%. Из 26 случаев истинного приращения плаценты у трех пациенток (11,5%) зарегистрированы прорастание плацентарной ткани в мочевой пузырь, что послужило причиной его повреждения при проведении экстирпации матки. Перевязка внутренних подвздошных артерий проведена в четырех случаях – 15,4%. В работу отделения анестезиологии и реанимации ГПНЦ внедрена кровосберегающая технология CELL SAVER, что позволило с целью восполнения кровопотери применить аппаратную реинфузию аутологичной крови у семи пациенток. Объем кровопотери при проведении оперативного родоразрешения с последующей экстирпацией матки колебался от 3000,0 до 6500,0, в среднем составляя 3670,0. Органосохраняющие операции при истинном приращении плаценты в ГПНЦ не проводятся ввиду отсутствия ангиографа и возможности использования эмболизации маточных артерий. Использование этой современной технологии позволило бы не только внедрить органосохраняющие операции, которые проводят во всем мире с высокой эффективностью [4, 5, 14], но и снизить объемы кровопотери при родоразрешении [5, 15]. Учитывая отсутствие в ГПНЦ ангиографа, для уменьшения объема кровопотери возможно проведение донного кесарева сечения с последующей экстирпацией матки без отделения плаценты.

Показатель перинатальной смертности в изучаемой группе пациенток с истинным приращением плаценты составил 192,3‰ (4 случая ранней неонатальной смертности и 1 – мертворождения). В 2010 г. был зарегистрирован 1 случай материнской смертности.

С целью уменьшения объема кровопотери при родоразрешении имеет большое значение своевременная диагностика возможного истинного приращения плаценты и проведение планового родоразрешения с соответствующей подготовкой операционной бригады и оборудования (cell saver).

Описание случая: пациентка П., повторнородящая, в анамнезе две операции кесарево сечение, поступила в ГПНЦ при доношенном сроке беременности с диагностированным предлежанием плаценты и поперечным положением плода. В ГПНЦ при проведении УЗИ выявлено: локализация плаценты в нижнем сегменте матки в области рубца, плацента перекрывает полностью внутренний зев, не визуализируется пограничная зона между материнской поверхностью плаценты и стенкой мочевого пузыря, распространение плацентарной ткани за серозную оболочку матки. При проведении доплерометрии определялся повышенный кровоток между маткой и мочевым пузырем, что свидетельствовало о близости плаценты. В плановом порядке проведена операция кесарево сечения с последующей экстирпацией матки. Особенности операции: произведен разрез на коже срединно-продольный с обходом пупка, что позволило при доношенном сроке беременности произвести донное кесарево сечение

без травматизации плаценты. Пуповина перевязана и погружена в полость матки, наложены на матку гемостатические швы. Произведена экстирпация матки без отделения плаценты. Общая кровопотеря 1800,0, за счет значительного кровотечения из расширенных вен при отсепаровки мочевого пузыря. Восполнение кровопотери проведено аппаратной реинфузией аутологичной крови в объеме 1200,0. Родильница в удовлетворительном состоянии выписана домой на 8-е сутки.

Выводы

1. По г. Алматы в динамике с 2001 по 2011 гг. имеет место рост частоты родов при предлежании плаценты с 0,4 до 0,7%, операции кесарево сечение с 15,0 до 22,6%.

2. В связи с регионализацией перинатальной помощи частота предлежания плаценты в ГПНЦ значительно выше городского уровня и в динамике увеличилась с 1,2% в 2001 г. до 1,7% в 2011 г., частота операции кесарево сечение с 20,7% до 39,4%.

3. Рост частоты предлежания плаценты, операции кесарева сечения в ГПНЦ предопределяет рост ИВП в 2,9 раза за период 2001-2011 гг., частота ИВП по г. Алматы составила 0,04%, что не превышает частоту данного показателя в других странах.

4. Беременность и роды у пациенток с истинным приращением плаценты представляют значительный риск перинатальной, материнской смертности, больших объемов кровопотери, органосохраняющих операций.

5. УЗИ, доплерография на современном этапе позволяют проведение ранней диагностики аномалий прикрепления плаценты.

6. Отсутствие ангиографа в родовспомогательных учреждениях, где проводится родоразрешение пациенток с истинным приращением плаценты, не позволяет проводить в полной мере кровосберегающие технологии и органосохраняющие операции при такой грозной патологии.

7. Снижение частоты кесарево сечения, внедрение современных технологий в практику родовспоможения может привести к снижению частоты истинного приращения плаценты и улучшению качества оказания медицинской помощи при родоразрешении, сохранению репродуктивного здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Анализ причин смерти беременных рожениц и родильниц / Под ред. Т.К. Кудабергенова, Х.М. Бикташевой. – Алматы. – 2011. – 119 с.
- 2 Избранные вопросы перинатологии / Под редакцией Р.И. Надишаускене. – Литва, 2012. – С. 405-406
- 3 Курцер М.А., Панин А.В., Суцевич Л.В. Перевязка внутренних подвздошных артерий как альтернатива гистерэктомии при массивных акушерских кровотечениях // Акушерство и гинекология. – 2005. – №4. – С. 12-15
- 4 Курцер М.А., Бреслав И.Ю. и др. Истинное вращение плаценты (placenta accreta). Консервативная терапия // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 4
- 5 Курцер М. А., Лукашина М. В., Панин А. В. и др. Органосохраняющие операции // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии: научно-практический журнал Российской Ассоциации специалистов перинатальной медицины. – 2009. – № 5. – С. 31-35
- 6 Комисарова Л.М. Органосберегающая тактика родоразрешения при истинном приращении плаценты: обзор // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – Том 9, №6. – С. 25-28
- 7 Протопопова Т.А. Тактика ведения беременных и принципы родоразрешения при предлежании плаценты и миграции плаценты // Российский медицинский журнал. – 2003. – № 5. – С. 48-50

8 Bretelle F., Courbiere B. et al. Management of placenta accreta: morbidity and outcome // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007; 133:1: 34-39

9 Creasy RK, Resnik R, Iams J, Lockwood C, Moore T. Placenta previa and abruptio placentae. In: Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice: Expert Consult. 6th ed. WB Saunders: Philadelphia, Pa; 2008:725-2

10 El-Bialy G., Kassab A., Armstrong M. Magnetic resonance imaging (MRI) and serial beta-human chorionic gonadotrophin follow up for placenta percreta. Arch Gynecol Obstet 2007; 276: 4: 371-373

11 Heiskanen N., Kroger J., Kainulainen S. Placenta percreta methotrexate treatment and MRI findings. Am J Perinatol 2008; 25:2:91-92

12 Hong S.W., Ying K.G., Zuccolo J. Evaluation of sonographic diagnostic criteria for placenta accreta. J Clin Ultrasound 2008; 36:9: 551-559

13 Kayem G., Anselem O., Schmitz T. Conservative versus radical management in cases of placenta accrete historical studi. J Obstet Biol Reprod (Paris) 2007; 36:7:680-687

14 Masamoto H, Uehara H, Gibo M, Okubo E, Sakumoto K, Aoki Y. Elective use of aortic balloon occlusion in cesarean hysterectomy for placenta previapercrta. Gynecol Obstet Invest. 2009;67(2):92-5)

15 Sumigama S., Itacura A., Ota T., Okada M. et al. Placenta previa increta/percreta in Japan a retrospective study of ultrasound findings management and clinical course. J. Obstet Gynecol Res 2007; 33:5:606-611

16 Vazquez J.A., Rivera G.V., Higareda S.N. et al. Obstetric hysterectomy. Incidence indications and complications // Ginecol.Obstet.Mex. – 2008. – Vol.76, №3. – P. 156-160

17 Yamasmith W., Chaithonqongwattana S. Risk factors for cesarean hysterectomy in tertiary center in Thailand: A case-control study // J.Obstet.Gynecol.Res. – 2009. -Vol.35, №1. – P.60-65

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Н.Н. КОБЗАРЬ, В.А. БЕЛОЦЕРКОВСКИЙ, А.Б. АГЛАМОВА, М.З. СУМЕМБАЕВА, Д.Т. БАЙБӨЛЕКОВА, Н.С. МИРЗАРАИМОВА, Х.М. ЛЕЙМОЕВА, Е.С. ФЕДЮНИНА

Қазақстан-Ресейлік медициналық университеті, Қалалық перинаталдық орталық, Алматы қ.

ПЛАЦЕНТАНЫҢ ШЫНАЙЫ ЖЕТІЛУІ, ЖҮКТІЛІКТІҢ СЕБЕПТЕРІ, ЖИЛІГІ МЕН АҚЫРЛАРЫ, ТУУҒА РҰҚСАТТЫҢ ЖОЛДАРЫ

Акушерлік қан кету құрылым бойынша екінші орын алып, Қазақстандағы ана өлімінің қауіпті себептерінің бірі болып қалуды жалғастыруда. Акушерлік көлемді қан кетудің құрылымындағы алдыңғы себептеріне плацентаның шынайы айналуы (ПША) жатады.

Зерттеудің мақсаты: Алматы қаласындағы қалалық перинаталдық орталық (ҚПНО) бойынша 2001-2011 жылдар кезеңі бойынша плацентаның шынайы жетілуінің, тууыға рұқсат беру мерзімдерінің жиілігін, қан кету көлемін, перинаталдық өлімнің көрсеткіштерін анықтау, техникалық қамтамасыз етудің қолдағы бар тууға рұқсаттың оңтайлы жолдарын әзірлеу.

Зерттеу материалдары: 2001-2011 жылдар арасындағы кезеңдегі (ҚПНО) есептік-есеп беру құжаттамалары, 2010-2011 жылдар кезеңіндегі плацентаның шынайы жетілу жағдайларының 26 туу тарихының (№111-у) сараптамасы.

Нәтижелер мен талқылау: Плацентаның жатуы кезіндегі туу жиілігінің өлшемін Алматы қаласы бойынша 2001 және 2011 жылдар бойынша плацентаның алда жатуы кезінде туудың жиілігінің 0,4%-дан 0,7%-ға дейін, кесарь тілігі операциялары Алматы қаласы бойынша 15,0%-дан 22,6%-ға дейін, осы көрсеткіштердің ҚПНО сәйкесінше 2001 жылы 1,2%-дан 1,7%-ға дейін, кесарь тілігі операциясының

жиілігі 20,7%-дан 39,4%-ға дейін өсуі. Осы көрсеткіштердің өсуі плацентаның алда жатуы кезінде шынайы өсудің ұлғаюына әкелді.

Қорытындылар: Плацентаның шынайы жетілдіруі бар әйелдердегі жүктіліктің пен туу перинаталдық, ана өлімінің, қан кетудің үлкен көлемдерінің, орган әкететін операциялардың айтарлықтай тәуекелін көрсетеді. Замани кезеңдегі УЗИ, доплерографиялар плацентаның жабысуының аномалийлерін ерте диагностикадан өткізуге мүмкіндік береді. Жатырдың шынайы жетілдіруі бар туатын әйелдердің босануы жүргізілетін, тууға көмектесетін мекемелерде ангиографтың болмауы қан жинақтаушы технологиялар мен осындай қауіпті патология кезінде органды сақтау операцияларын кеңінен пайдалануға рұқсат бермейді.

Шешімдер: Қан кету көлемінің азаюы үшін операциялық бригада мен жабдықты (cell saver) тиісті дайындығы бар жатырды плацентаның алыстатпауы бар артынан экстирпациялық жатыры донорлық кесарь тілігін жүргізу арқылы жатырдың кейінгі экстирпациясы бар донорлық кесарь тілігі жүргізіледі.

Негізгі сөздер: плацентаның шынайы жетілуі, қан кету, орган сақтаушы операциялар.

S U M M A R Y

N.N. KOBZAR, V.A. BELOTSEKOVSKIY, A.B. AGLAMOVA, M.Z. SUMEMBAYEVA, D.T. BAYBULEKOVA, N.S. MIRZARAIMOVA, H.M. LEYMOYEVA, Y.S. FEDYUNINA

Kazakhstan-Russian Medical University, City Perinatal Center, Almaty c.

TRUE PLACENTA ACCRETA, REASONS, INCIDENCE, PREGNANCY OUTCOMES, MANAGEMENT OF DELIVERY

Obstetric hemorrhage continues to be one of the leading causes of maternal mortality in Kazakhstan, taking the second place in the structure. One of the reasons for the massive threatening obstetric hemorrhage is true placenta accreta (TPA).

The aim of the study was to determine the incidence of true placenta accreta in the City Perinatal Centre of Almaty (CPNC) for the period 2001-2011., identification of risk factors, delivery time, blood loss, perinatal mortality, the development of optimal management of delivery in available opportunities of technical support;

Material for investigation: records and reports (CPNC) for the period 2001-2011, analysis of 26 labor histories (form No 111-y) of cases of true placenta accreta for the period 2001-2011.

Results and discussion: There was an increased incidence of births with placenta previa from 0.4% to 0.7%, cesarean section from 15.0% to 22.6% for the city of Almaty, the increase in these rates in the CPNC, respectively, from 1.2% in 2001 to 1.7% in 2011, the incidence of cesarean section rate – from 20.7% to 39.4%. The growth of these indicators has led to an increase in true placenta accreta in placenta previa.

Conclusions: Pregnancy and delivery in women with true placenta accreta is a significant risk of perinatal and maternal mortalities, large amounts of blood loss, organ-removing operations. Currently an ultrasound examination, Doppler sonography enable to perform an early diagnosis of placental anomalies. The absence of an angiograph in the obstetric institutions, where the deliveries of patients with true placenta accreta are performed, does not enable to conduct full blood-saving technologies and conservative operations in such a terrible disease. To reduce the amount of blood loss, the bottom caesarean section may be performed followed by hysterectomy without the removal of placenta with the proper training of the surgical team and the preparation of equipment (cell saver).

Key words: true placenta accreta, hemorrhage, conservative operations.