



**ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ И  
ПРОФИЛАКТИКИ МАССИВНОГО АКУШЕРСКОГО  
КРОВОТЕЧЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ПЛАЦЕНТОЙ,  
РАСПОЛОЖЕННОЙ В ОБЛАСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ  
КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.**

**Якубова Мукаррама Абдулхаким кизи**

*Факультет повышения квалификации и переподготовки врачей,  
кафедра акушерства и гинекологии, детской и подростковой  
гинекологии,*

*дерматовенерологии и косметологии*

*Андижанский государственный медицинский институт*

**Актуальность.** Увеличение частоты кесарева сечения сопровождается ростом числа беременностей с рубцом на матке и локализацией плаценты в его области. Такая клиническая ситуация особенно опасна при низком расположении или предлежании плаценты, а также при наличии ультразвуковых признаков placenta accreta spectrum (PAS). Основными осложнениями являются массивное акушерское кровотечение, геморрагический шок, необходимость массивной гемотрансфузии, повреждение мочевого пузыря и других смежных органов, коагулопатия, повторные хирургические вмешательства и экстренная гистерэктомия. Тяжесть осложнений во многом зависит не только от глубины патологической инвазии плаценты, но и от своевременности диагностики, правильной маршрутизации беременной и организации родоразрешения. Проведение операции в условиях неподготовленного стационара значительно усложняет контроль кровопотери и ограничивает возможности органосохраняющей тактики. Поэтому важное значение имеет предварительная стратификация риска, определение оптимальных сроков и метода родоразрешения, подготовка компонентов крови, обеспечение сосудистого доступа и участие



мультидисциплинарной команды. Совершенствование алгоритма ведения таких беременных позволяет повысить управляемость хирургического этапа и снизить риск критической кровопотери и тяжелой материнской заболеваемости.

**Цель исследования.** Совершенствовать тактику родоразрешения беременных с плацентой, расположенной в области рубца на матке после кесарева сечения, путем дифференцированной оценки риска, оптимизации предоперационной подготовки и внедрения комплекса мер профилактики массивного акушерского кровотечения.

**Материалы и методы исследования.** Проведено клинко-инструментальное обследование беременных с рубцом на матке после кесарева сечения и локализацией плаценты в области послеоперационного рубца. Анализировали акушерский и хирургический анамнез, данные ультразвукового исследования и цветового доплеровского картирования, наличие признаков PAS, расположение плаценты и состояние миометрия. С учетом совокупности факторов определяли степень акушерского риска и план родоразрешения. Оценивали объем предоперационной подготовки, участие мультидисциплинарной команды, готовность компонентов крови, особенности хирургической тактики, интраоперационную кровопотерю и частоту гемотрансфузионных и хирургических вмешательств.

**Результаты исследования.** Анализ показал, что оптимизация родоразрешения должна начинаться задолго до оперативного вмешательства и основываться на ранней стратификации риска. Наиболее сложное течение отмечалось у пациенток, у которых локализация плаценты в зоне рубца сочеталась с предлежанием, выраженной гиперваскуляризацией, истончением миометрия, плацентарными лакунами и другими признаками PAS. У данной категории женщин возрастала вероятность значительной интраоперационной кровопотери и необходимости расширения объема хирургической помощи.



Выделение беременных низкого, промежуточного и высокого риска позволило дифференцировать тактику ведения. При низком риске родоразрешение планировалось с учетом общепринятых акушерских показаний и состояния рубца. При промежуточном риске проводилось повторное экспертное ультразвуковое исследование, уточнялась степень инвазии и определялась необходимость родоразрешения в учреждении более высокого уровня. Пациенток высокого риска целесообразно заранее госпитализировать в специализированный перинатальный центр, располагающий операционной, отделением реанимации и интенсивной терапии, круглосуточной службой крови и возможностью привлечения смежных специалистов.

Наиболее значимыми компонентами профилактики массивного кровотечения являлись предварительная оценка гемоглобина и системы гемостаза, коррекция анемии, обеспечение надежного венозного доступа, подготовка эритроцитарной массы и компонентов плазмы, своевременное участие анестезиолога-реаниматолога и разработка индивидуального хирургического плана.

При подозрении на выраженную патологическую инвазию плаценты попытки ее насильственного отделения повышали риск неконтролируемого кровотечения. Поэтому объем операции должен определяться индивидуально с учетом глубины предполагаемой инвазии, локализации плаценты, репродуктивных планов женщины и реальных возможностей лечебного учреждения. Применение заранее разработанного алгоритма действий улучшало координацию специалистов, сокращало время принятия решений и создавало условия для своевременного хирургического гемостаза.

Полученные результаты подтверждают, что профилактика массивного акушерского кровотечения наиболее эффективна при сочетании антенатальной диагностики, правильной маршрутизации,



планового характера родоразрешения, достаточного трансфузионного обеспечения и мультидисциплинарного подхода.

**Вывод.** Беременные с локализацией плаценты в области рубца на матке после кесарева сечения нуждаются в дифференцированном подходе к выбору сроков, места и метода родоразрешения. Основой профилактики массивного акушерского кровотечения является раннее выявление факторов высокого риска, прежде всего признаков placenta accreta spectrum, предлежания плаценты, выраженной патологической васкуляризации и истончения миометрия в зоне рубца.

Пациентки высокого риска должны заблаговременно направляться в специализированные учреждения, располагающие возможностями интенсивной терапии, хирургического гемостаза и круглосуточного трансфузионного обеспечения. Предоперационная коррекция анемии и нарушений гемостаза, резервирование компонентов крови, участие мультидисциплинарной команды и предварительное определение хирургической тактики позволяют снизить вероятность неконтролируемой кровопотери и экстренных вмешательств.

Таким образом, применение стратифицированного алгоритма родоразрешения способствует повышению безопасности медицинской помощи и снижению частоты тяжелых геморрагических и хирургических осложнений у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения.