

O‘zbekiston Respublikasi
Sog‘liqni saqlash vazirligining
2025 yil “_____” _____dagi
“_____”-sonli buyrug‘iga
_____-ILOVA

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN ONA VA BOLA SALOMATLIGI
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**"PLATSENTANING JOYLASHISH VA BIRIKISH
ANOMALIYALARI (platsentaning oldinda yotishi va
bachadon devoriga o‘sib kirishi)"
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT 2025

"TASDIQLAYMAN"
O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vaziri
A.A. Xudayarov

" _____ " _____ 2025 yil

**"PLATSENTANING JOYLASHISH VA BIRIKISH
ANOMALIYALARI (platsentaning oldinda yotishi va
bachadon devoriga o'sib kirishi)"
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT 2025

«KELISHILGAN»
RIOvaBSIATVA direktori
N.S. Nadirxanova

"Hay"



**"PLATSENTANING JOYLASHISH VA BIRIKISH
ANOMALIYALARI (platsentaning oldinda yotishi va
bachadon devoriga o'sib kirishi)"
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT 2025

Mundarija

| | |
|--------------------------------|----|
| Kirish qismi..... | 5 |
| Asosiy qism..... | 8 |
| Foydalanilgan adabiyotlar..... | 26 |
| Ilovalar..... | 27 |

1. Kirish qismi

KXT-10 bo'yicha kodlanishi;

| | |
|--------------|---|
| O43 | Platsenta kasalliklari |
| O43.0 | Platsenta qon quyish sindromlari |
| O43.1 | Platsenta anomaliyasi |
| O43.2 | Platsentaning o'sib borishi |
| O43.8 | Boshqa platsentali buzilishlar |
| O43.9 | Platsenta buzilishi aniqlanmagan |
| O44 | Platsentaning oldi joylashuvi |
| O44.0 | Platsenta previa qon ketishsiz deb aniqlangan, shu jumladan yo'ldoshning past darajada birlashtirilishi, qon ketishi yo'qligi aniqlangan |
| O44.1 | Platsentaning to'liq/to'liq bo'lmagan oldi joylashuvi qon ketishi bilan, shu jumladan platsentaning boshqa ko'rsatmalarsiz yoki qon ketishi bilan past birlashtirilishi |

Havola: <https://mkb-10.com/index.php?pid=14254>

KXT-11 bo'yicha kodlanishi:

| | |
|---------------|--|
| JA8A | Platsentali buzilishlarda onaga tibbiy yordam ko'rsatish |
| JA8A.0 | Platsentali transfuziya sindromlari |
| JA8A.1 | Platsenta rivojlanishining anomaliyasi |
| JA8A.2 | Platsentaning anormal birikishi |
| JA8A.Y | Platsental nuqsonlarda onaga boshqa aniqlashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatish |
| JA8A.Z | Platsental buzilishlarda onaga tibbiy yordam ko'rsatish, aniqlanmagan |
| JA8B | Platsentaning oldinda yoki past joylashuvida onaga tibbiy yordam ko'rsatish |
| JA8B.0 | Qon ketishsiz Platsenta previa, aniqlangan |
| JA8B.1 | Platsenta previa qon ketish bilan |
| JA8B.Z | Platsenta previa aniqlanmagan yoki past joylashganida onaga tibbiy yordam ko'rsatish |

Havola: https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release

Klinik protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: 2025-yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2030-yil yoki yangi asosiy dalillar paydo bo'lishiga qarab. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha tuzatishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

Mazkur klinik protokolni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa: Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi.

Ishchi guruh rahbarlari:

| № | F.I.Sh. | Lavozimi | Ish joyi |
|----------|------------------|--|-----------------|
| 1 | Nadirxanova N.S. | RIOvaBSIATM direktori, t.f.d. | RIOvaBSIATM |
| 2 | Abdullaeva L.M. | O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining Bosh akusher-ginekologi, t.f.d., professor. | TTA |

Tuzuvchilar ro'yxati:

| № | F.I.Sh. | Lavozimi | Ish joyi |
|----------|-----------------|---------------------------|-----------------|
| 1 | Abduraimov T.F. | akusher-ginekolog | RIOvaBSIATM |
| 2 | Nurova A.A. | akusher-ginekolog | RIOvaBSIATM |
| 3 | Nishanova F.P. | akusher-ginekolog, t.f.n. | RIOvaBSIATM |

| | | | |
|----|------------------|---|--|
| 4 | Mikirtichev K.D. | akusher-ginekolog, t.f.n. | RIOvaBSIATM |
| 6 | Ilyasov A.B. | akusher-ginekolog, t.f.n. | RIOvaBSIATM |
| 7 | Shermatova S.E. | akusher-ginekolog, t.f.n. | RIOvaBSIATM |
| 8 | Karimov Z.D. | akusher-ginekolog, t.f.d., professor | RIOvaBSIATM Toshkent shahar filiali |
| 9 | Abdikulov B.S. | akusher-ginekolog | RIOvaBSIATM Toshkent shahar filiali |
| 10 | Umarov A.R. | akusher-ginekolog | TTA |
| 11 | Davronova Y.A. | akusher-ginekolog | RIOvaBSIATM |
| 12 | Shukurova M.R. | akusher-ginekolog | RIOvaBSIATM |
| 13 | Raxmanova I.I. | akusher-ginekolog, t.f.n. | TXKMOM |

Taqrizchilar:

| № | F.I.Sh. | Lavozimi | Ish joyi |
|---|-------------------|--|------------------------------|
| 1 | Yusupov U. Y. | Ginekologiya bo'limining ilmiy rahbari, t.f.d. | RIOvaBSIATM |
| 2 | Babadjanova Sh.D. | 1-akusherlik bo'limi mudiri, t.f.d. | Respublika perinatal markazi |

RIOvaBSIATM – Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

TTA – Toshkent tibbiyot akademiyasi

TXKMOM-tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi

Klinik protokol OTM professor-o'qituvchilari, O'zbekiston Respublikasi Akusher-ginekologlar assosiasiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RIOvaBSIATM filiallari direktorlari va ularning o'rinbosarlari) hamda viloyat tug'ruqqa ko'maklashish muassasalari shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning onlayn shaklda o'tkazilgan yakuniy yig'ilishida norasmiy kelishuv orqali muhokama qilindi va **2025 yil 7 fevral 1-sonli bayonnomasi** bilan tasdiqlandi. Ishchi guruh rahbarlari Nadirxanova N.S., RIOvaBSIATM DM direktori. Klinik protokol RIOvaBSIATM Ilmiy kengashida ko'rib chiqildi va **2025 yil 11 fevraldagi 2-sonli bayonnomasi** bilan tasdiqlandi.

Ilmiy kengash raisi - t.f.d., professor Asatova M.M.

Tashqi ekspert bahosi:

| № | F.I.Sh. | Lavozimi | Ish joyi |
|---|---------------|--|---|
| 1 | Tinatin Gagua | akusher-ginekolog, JSST eksperti, tibbiyot fanlari doktori | D. Tvildiani tibbiyot universiteti (Tbilisi, Gruzija) |

Qisqartmalar ro'yxati:

| | |
|-------------|---|
| NICE | National Institute for Health and Care Excellence |
| PAS | Placenta Accreta Spectrum, Platsenta birikishi/o'sib kirishi spektri |
| RCOG | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists |
| SpO2 | kislorod bilan to'yingan gemoglobinning kapillyar qonidagi foiz miqdori |
| AB | Arterial bosim |
| VBO | vaqtinchalik ballon okklyuziyasi |
| PO' | plasantaning o'sib kirishi |
| O'SV | o'pkaning sun'iy ventilyasiyasi |
| TMI | tana massasi indeksi |
| AIR | autoeritrositlarning intraoperativ reinfuziyasi |
| KK | Kesar kesish |

| | |
|---------------|---------------------------------------|
| KXT-10 | kasalliklarining xalqaro tasnifi- 10 |
| KXT-11 | kasalliklarining xalqaro tasnifi- 11 |
| MRT | magnit-rezonans tomografiyasi |
| IYAB | ichki yonbosh arteriyalarini bog'lash |
| RDS | respirator distress sindromi |
| YMP | yangi muzlatilgan plazma |
| UTT | Ultra tovush tashxisi |
| YQCH | Yurak qisqarish chastotasi |
| BAE | Bachadon arteriyalari embolizatsiyasi |

Protokolning maqsadi: klinik amaliyotlarni optimallashtirish hamda onalar va perinatal kasallanish va o'lim xavfini kamaytirish maqsadida tibbiyot mutaxassislariga placentaning patologik biriktirilishi (yo'ldoshning oldinda joylashuvi va o'sib kirishi) bilan homiladorlik va tug'ilishni boshqarish bo'yicha ilmiy asoslangan ma'lumotlar va tavsiyalar berish.

Bemorlar toifalari: homilador ayollar, tug'ruqdagi va placentaning patologik biriktirilishi (yo'ldoshning oldinda joylashuvi va o'sib kirishi) bilan tug'ruqdagi ayollar.

Klinik protokol foydalanuvchilari: akusher-ginekolog shifokorlar, anesteziolog-reanimatologlar, laborantlar, klinik farmakologlar, neonatologlar, sog'liqni saqlash tizimi tashkilotchilari, akusherlar, talabalar, klinik ordinatorlar, magistrantlar, aspirantlar, tibbiyot oliy o'quv yurtlari o'qituvchilari, tug'ruqdagi ayollar, ularning oila a'zolari va parvarish qiluvchi shaxslar.

Protokol tavsiyalariga rioya qilish:

Klinik protokolda ishlab chiqilayotgan paytda amalda bo'lgan dalillarga muvofiq umumiy tavsiyalar taqdim etilgan.

Amaliy faoliyatda mazkur protokolning tavsiyalaridan chetga chiqish to'g'risida qaror qabul qilinayotgan bo'lsa, u holda shifokor-klinisistlar bemorning kasallik tarixida quyidagi ma'lumotlarni hujjatlashtirishlari kerak bo'ladi:

- kim tomonidan qaror qabul qilingani;
- bayonnomaning tavsiyalaridan chetga chiqish to'g'risidagi qarorning batafsil asosi;
- bemorni olib borish bo'yicha qanday tavsiyalar qabul qilingani to'g'risida.

Ko'rsatmalar klinik amaliyotning barcha bo'limlarini qamrab olmaydi. Shifokorlar konfederal muloqot olib borish tamoyiliga rioya qilgan holda, bemorning ehtiyojlarini inobatga olib, ular bilan individual olib borish taktikasini muhokama qilishlari kerak. Bunga quyidagilar kiradi:

- Zarurat bo'lganda, tarjimon xizmatlaridan foydalanish.
- Bemorga maslahat berish va olib borish taktikasi yoki aniq bir muolajani o'tkazish uchun rozilikni olish.
- Qonun talablari doirasida va professional Etika standartlariga rioya qilgan holda yordam ko'rsatish.
- Umumiy va mahalliy talablarga muvofiq har qanday boshqaruv va parvarishlash taktikasini hujjatlashtirish.

Profilaktika, diagnostika, davolash va rehabilitatsiya usullari (profilaktika, diagnostika, davolash va rehabilitatsiya tadbirlari) bo'yicha tavsiyalarning ishonchlik darajasini baholash shkalasi:

| TID | Dekodlash |
|------------|---|
| GCP | Good Clinical Practice – "yaxshi klinik amaliyot" |
| A | Kuchli tavsiya (barcha ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o'rinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va qiziqtirayotgan natijalar bo'yicha xulosalari kelishilgan) |
| B | Shartli tavsiya (ayrim ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o'rinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar bo'yicha xulosalari kelishilmagan) |

| | |
|----------|---|
| C | Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan (ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o'rinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar bo'yicha xulosalari kelishilmagan |
|----------|---|

2. Asosiy qism

2.1. Platsentaning oldinda joylashuvi

Ta'riflar

"Platsentaning oldinda yotishi (**placenta praevia**) – bu platsentaning oldinda joylashishi bo'lib, u bachadonning ichki bo'g'izini to'liq yoki qisman qoplaydi.

"**Placenta praevia**"da yo'ldosh homila tug'ilish yo'lida («**prae**» - "**oldin**", «**via**» - "**yo'lda**") joylashgan bo'ladi.

<https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/diagnosis-and-management-of-placenta-accrета-spectrum.pdf>

<https://www.rcog.org.uk/media/r1cpqpm/bjog-2018-jauniaux-placenta-praevia-and-placenta-accrета-diagnos.pdf>

Epidemiologiya

Placenta praevia bilan kasallanish o'rtacha tug'ilishlar umumiy sonining 0,1% dan 1% gacha bo'lgan ko'rsatkichni tashkil etadi. Bir qator tizimli sharhlarga ko'ra, placenta praevia tarqalishi 1000ta tug'ruqqa 4-5 ni tashkil qiladi, ammo dunyoning turli mamlakatlarida bu ko'rsatkich turlicha.

Shu bilan birga, turiga qarab chastotada farqlar mavjud:

yo'ldoshning to'liq bo'lmagan oldinda joylashuvi umumiy sonining 70-80% tashkil etadi ;

yo'ldoshning to'liq oldinda joylashuvi – 20-30%.

Tasnifi

Platsenta oldinda yotishining an'anaviy tasnifi tug'ruq paytida bachadon bo'g'izning platsenta to'qimalari bilan bir-biriga yopishish darajasini hisobga oladi. Platsentaning anomal joylashuvining 3 toifasi mavjud:

- **Platsentaning to'liq oldinda yotishi** – platsenta to'qimasi bachadon bo'g'izini to'liq qoplaydi va tug'ruq paytida homilaning harakatlanishini imkonsiz qiladi
- **Platsentaning to'liq oldinda yotishi** – ichki bo'g'izning bir qismi platsenta to'qimasidan xoli, bir qismi esa u tomonidan bloklangan
- **Platsentaning past joylashishi** (past birikma/past platsentasiya) – homiladorlikning 16 haftadan ortiq muddatdagi transvaginal ultratovush tekshiruvida platsentaning pastki qirrasi ichki bachadondan 20 mm oralig'ida joylashgan, lekin uni to'sib qo'ymaydigan joylashuvi. Agar platsenta chegarasi bachadonning ichki bo'g'izidan > 20 mm bo'lsa, platsenta joylashuvi normal hisoblanadi.

Tarixiy atamalar «chekka» va «qisman» platsenta oldinda yotishi endi ishlatilmaydi, chunki ular barmoq vaginal tekshiruv natijasida olingan, ultratovush diagnostikasining ustunligini hisobga olgan holda oldini olish kerak bo'lgan va endi talab qilinmaydigan ma'lumotlarni anglatadi.

Tashxisni shakllantirish prinsipi

Platsental taqdimot va o'sib kirish diagnostikasini shakllantirish XKT-10/11 kabi xalqaro tasniflarga asoslanadi va uning asosiy xususiyatlarini aks ettirishi kerak:

1. Homiladorlik davri (haftalarda).
2. Platsenta previa turi (ultratovush bo'yicha):
 - To'liq (ichki bo'g'izni to'liq qoplaydi)
 - Tugallanmagan (ichki bo'g'izni qisman qoplaydi).
 - Past joylashuv (ichki bo'g'izdan 2 sm dan kam, lekin unga etib bormaydi)
3. Platsentani biriktirish anomaliyalari (agar mavjud bo'lsa):
 - Accrета plasentasi (miometriyaning sirt qatlamiga o'sib borishi).
 - Incretа plasentasi (miometriya qalinligiga o'tish).
 - Rercretа plasentasi (miyometriya orqali seroz qatlamga yoki qo'shni organlarga o'sib kirish).

4. Asorotlar (agar mavjud bo'lsa): qon ketish, uzilish xavfi, DIC sindromi va boshqalar.

Tashxisni shakllantirish namunasi:

"Homiladorlik 32 hafta. Platsentaning to'liq taqdimoti. Accreta platsentasi. Erta tug'ilish xavfi".

Etiologiya va xavf omillari:

Platsenta previaning aniq sabablari aniqlanmagan.

Platsenta previa ehtimolini oshiradigan xavf omillari mavjud:

- Ko'p marta tug'ish
- Ona yoshining o'sib kirishi
- Abortlar, ham sun'iy, ham spontan
- Invaziv intrauterin manipulyasiyalar (kuretaj, endometriy ablasiyasi, tug'ruqdan keyingi bachadon devorlarini qo'lda tekshirish)
- Bachadon shilliq qavatining surunkali yallig'lanish jarayonlari, jinsiy yo'llarning infeksiyalari
- Bachadon bo'shlig'ining anatomik anormalliklari, submukoz bachadon miomasi
- Bepushtlikni davolash, shu jumladan yordamchi reproduktiv texnologiyalar

B Yordamchi reproduktiv texnologiyalar va onaning chekishi platsenta previa xavfini oshiradi

- Homilaning erkak jinsi
- Anamnezda bachadon arteriyasi embolizatsiyasi
- Endometrioz
- Ko'p homilali homiladorlik, bundan tashqari monoxorial egizak bir homilador homiladorlikka nisbatan dixorial egizakdan ko'proq
- Chekish
- Kesar kesish. KK keyingi homiladorlikda platsenta previa xavfining oshishi bilan bog'liq. Bu xavf sezaren sonining ko'payishi bilan ortadi. Platsenta previa chastotasi bitta sezarendan so'ng 10 dan 1000 tug'ilishga, 3 yoki undan ortiq sezarendan so'ng 1000 tug'ilishga 28ta gacha ko'tariladi

B Kesar kesish keyingi homiladorlikda platsenta previa xavfining oshishi bilan bog'liq. Bu xavf oldingi kesar kesishlari soni bilan ortadi

<https://www.researchgate.net/publication/322963988> FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders Epidemiology

<https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/diagnosis-and-management-of-placenta-accreta-spectrum.pdf>

Klinik ko'rinish

Platsenta previa patognomonik klinik belgilarga ega emas.

90% hollarda homiladorlik paytida ham, tug'ish paytida ham, kesar kesish paytida ham platsenta previasining asosiy ko'rinishi bachadondan qon ketishidir:

- qon ketish homiladorlikning ikkinchi-uchinchi trimestrlarida tez-tez uchraydi,
- og'riq sindromisiz,
- jismoniy zo'riqish, jinsiy aloqadan keyin yoki hech qanday sababsiz rivojlanadi.

Uchinchi trimestrda platsentaning chekkasi ichki bachadon bo'g'izidan 2 sm masofada joylashganida qon ketish ehtimoli yuqori bo'ladi.

Platsenta chegarasining joylashishi ichki bachadon bo'g'izidan 2 sm masofada joylashgan bo'lib, antenatal qon ketish va sezaren xavfini oshirmaydi.

Bemorlarning 10-20 foizida bachadon qisqarishi kuzatiladi va qon ketishi og'riq bilan kechadi, bu hollarda platsenta ajralishi bilan differensial tashxis qo'yish talab etiladi.

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

<https://www.researchgate.net/publication/327915382> Placenta Praevia and Placenta Accreta Diagnosis and Management Green-top Guideline No 27a

Tashxislash

Anamnez

A Akusherlik va ginekologik anamnez va shikoyatlarning batafsil to‘plamini o‘tkazish tavsiya etiladi. Anamnezni yig‘ishda platsenta previa uchun xavf omillariga e‘tibor qaratish lozim.

GCP Uchinchi trimestrda asimptomatik platsenta yoki past platsenta bo‘lgan ayollarga erta tug‘ilish va akusherlik qon ketishi xavfi haqida maslahat berish kerak va ularning parvarishi ularning shaxsiy ehtiyojlariga moslashtirilishi kerak

<https://www.rcog.org.uk/media/r1cpqapm/bjog-2018-jauniaux-placenta-praevia-and-placenta-accreta-diagnos.pdf>

Fizikal tekshiruv

Platsenta previa uchun patognomonik fizikal diagnostika usullari mavjud emas.

Platsenta previasining bilvosita belgisi palpasiya paytida aniqlangan homiladorlikning to‘liq davrida bachadon tubining yuqori turishi bo‘lishi mumkin.

C Qon ketishining oldini olish uchun bimanual vaginal tekshiruvdan foydalanish tavsiya etilmaydi

Homilador ayollarda bimanual qin tekshiruvining xavfsizligi to‘g‘risidagi ma‘lumotlar mavjud emas. Bimanual tekshiruvda qon ketish xavfi yuqori bo‘lganligi sababli, bachadon bo‘ynini tekshirish zarur bo‘lgan taqdirda, uni ko‘zgulardan foydalangan holda o‘tkazish tavsiya etiladi.

Platsenta previa aniqlanganda, homiladorlik davrida fizikal tekshiruv hajmi platsentaning normal joylashuvidan farq qilmaydi va "Antenatal parvarish, homilador xavf guruhlarini boshqarish" milliy klinik protokolinining tavsiyalariga muvofiq bo‘lishi kerak (O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining 14.06.2024-yildagi 195-son buyrug‘i).

Laborator tekshiruvi

Platsenta previa uchun patognomonik bo‘lgan laborator diagnostikasi usullari mavjud emas.

Platsenta mavjud bo‘lganda, homiladorlik davrida laborator tekshiruvi hajmi platsentaning normal joylashuvidan farq qilmaydi va "Antenatal parvarish, homilador xavf guruhlarini boshqarish" milliy klinik protokolinining tavsiyalariga muvofiq bo‘lishi kerak (O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining 14.06.2024-yildagi 195-son buyrug‘i)

Agar kesar kesish jarrohlik amaliyoti bilan tug‘ilish zarur bo‘lsa, platsenta previa uchun laborator diagnostikasi "Kesar kesish" milliy klinik protokolinining tavsiyalariga muvofiq amalga oshiriladi (O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining 2024 yil 25 dekabrda №401-son buyrug‘i).

[https://www.researchgate.net/publication/327915382 Placenta Praevia and Placenta Accreta Diagnosis and Management Green-top Guideline No 27a](https://www.researchgate.net/publication/327915382_Placenta_Praevia_and_Placenta_Accreta_Diagnosis_and_Management_Green-top_Guideline_No_27a)

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Instrumental diagnostika usullari

Platsenta previa tashxisining asosiy usuli – bachadon bo‘yni ichki bo‘g‘izi ustida cho‘zilgan exogen bir hil platsenta to‘qimasini sonografik aniqlashga asoslangan ultratovush tekshiruvi.

A Barcha homilador ayollarga muntazam antenatal ultratovush tekshiruvlari paytida platsenta oldinda yotishining ultratovush belgilarini aniqlash tavsiya etiladi

GCP Transvaginal ultratovush transabdominal va transperineal usullarga nisbatan platsenta previa yoki past biriktirma tashxisini qo‘yishning yanada samarali va xavfsiz usuli hisoblanadi

Eng keng tarqalgan asimptomatik platsenta oldinda yotishi 18-20^o xaftada 2- prenatal skrining paytida aniqlanadi.

Platsenta to‘liq/to‘liq bo‘lmagan oldinda yotishi bilan bachadon bo‘yni ichki bo‘g‘iziga cho‘zilgan masofa (millimetr), shuningdek, bachadon bo‘yni ichki bo‘g‘iz va platsentaning pastki qirrasidagi masofa (millimetr) past platsenta oldinda yotishi bilan, yakuniy hisobotda yoki ultratovush tekshiruvining bayonnomasida tasvirlanishi kerak.

Ultratovush natijalarining ahamiyati ko'p jihatdan tekshiruv vaqtida homiladorlikning davomiyligiga bog'liq. 20-haftada aniqlangan platsenta previa holatlarining ko'pi to'liq muddat bilan hal qilinganligi sababli, erta homiladorlik tashxisini dastlabki deb hisoblash mumkin.

C 2-trimestrda ultratovush tekshiruvda platsentaning past joylashuvi (ichki bo'g'izdan 20 mm dan kam) yoki ko'tarilishi aniqlanganda, homiladorlikning 32 haftasida nazorat tranvaginal ultratovush tekshiruv platsentaning past joylashuvi yoki ko'tarilishi holatlariga tashxis qo'yish uchun tavsiya etiladi

Agar 32-haftada platsentaning chekkasi ichki bo'g'izdan 2 sm masofada bo'lsa, platsentaning holati normal ekanligi aniqlanadi va platsentaning holatini aniqlash uchun qo'shimcha nazorat ultratovush tekshiruvlari ko'rsatilmaydi.

Platsenta previa tug'ruqqacha davom etishini ko'rsatadigan prognostik belgilarga quyidagilar kiradi:

- uchinchi trimestrda platsenta previa saqlanishi,
- platsenta chekkasining bachadon bo'g'izidan tashqariga 25 mm dan oshiq chiqib ketishi,
- bachadonning orqa devori bo'ylab platsenta previaning mavjudligi,
- qalin platsenta,
- oldingi tug'ruqda kesar kesish jarrohlik amaliyoti,
- yordamchi reproduktiv texnologiyalardan foydalangan holda xomilador bo'lish.

C Homiladorlikning 32-haftasida platsentasiyasi past bo'lgan yoki platsenta previa bo'lgan ayollarga platsentaning qo'shimcha ulushlarini aniqlash, kindik birlashtirish, homiladorlikning 36-haftasida platsentaning chetini aniqlash va tug'ish usulini muhokama qilish uchun qo'shimcha transvaginal ultratovush tekshiruvini o'tkazish tavsiya etiladi

Agar platsentaning chekkasi ichki bo'g'iz bilan qoplansa, sezaren buyuriladi, chunki taqdimot tug'ilish paytigacha davom etishi mumkin.

A Oldingi kesar kesishdan so'ng platsenta previa yoki platsentaning bachadon chandig'i sohasida joylashishi bo'lgan bemorlarda har bir ultratovush tekshiruv paytida platsenta o'sib kirishi belgilarini maqsadli qidirish tavsiya etiladi

Platsenta oldinda yotishini tashxislashda platsenta o'sib kirish spektri (PAS) ehtimolini hisobga olish kerak. Bu, ayniqsa, platsenta oldingi gisterotomiya (sezarendan keyin chandiq) maydonidan yuqorida joylashganida juda muhimdir va shuning uchun oldingi platsenta oldinda yotishida eng ko'p uchraydi. Sezaren bo'lgan platsenta previa bilan og'rigan bemorlarda sezaren soni ortishi bilan platsentaning o'sib kirish chastotasi ortadi.

C Platsenta previani tasdiqlash va uning o'sib kirishini aniqlashtirish uchun rangli Doppler tadqiqotidan foydalanish tavsiya etiladi

Rangli Doppler tadqiqoti platsenta chetining holatini tasdiqlash va qon tomir previasini istisno qilish uchun foydalidir.

C Bachadon bo'yni uzunligini o'lchash asimptomatik ayollarni platsenta previa bilan davolash to'g'risida qaror qabul qilishni osonlashtirishga yordam beradi: homiladorlikning 34 xaftaligigacha transvaginal ultratovush yordamida aniqlangan qisqa bachadon bo'yni erta tug'ruq va KKda katta qon ketish xavfini oshiradi

Servikal kanalning uzunligi – antenatal qon ketish va shoshilinch muddatidan oldin kesar kesish jarrohlikning bashoratchisi hisoblanadi. Platsenta past bo'lgan bemorlarda servikal kanalning uzunligi <2 sm antenatal qon ketish va muddatidan oldin tug'ish xavfi ortishi bilan bog'liq. Platsenta previa bilan og'rigan bemorlarda servikal kanalning uzunligi <3 sm antenatal qon ketish xavfi va shoshilinch kesar kesish jarrohlikni o'tkazish zarurati ortishi bilan bog'liq.

C Ba'zi hollarda, plasenta chetining joylashishini aniqlash va bachadonning kesilish joyi to'g'risida qaror qabul qilish uchun platsentaning past joylashuvi bo'lgan previa holatida rejalashtirilgan tarzda tezkor tug'ilish uchun intraoperativ ultratovush tekshiruvini o'tkazish tavsiya etiladi

Intraoperativ ultratovush steril sharoitda amalga oshiriladi. Platsenta to'shagidan uzoqda kesma qilishning foydasi infeksiyaning jarrohlik yarasiga kirishining nazariy xavfidan yuqori. Shuning uchun, iloji bo'lsa, platsentaning yuqori chetini aniqlash va bachadondagi kesmaning joylashuvi to'g'risida qaror qabul qilish uchun bachadonning intraoperativ ultratovush tekshiruvidan foydalanish kerak. Old devor bo'ylab platsenta previa holatlarida platsenta orqali kesma onadan qon ketish xavfi bilan bog'liq. Platsenta orqali kesishdan saqlanish operatsiya paytida yoki undan keyin onaning qon tarkibiy qismlarini quyish zarurligini kamaytiradi. [https://www.researchgate.net/publication/327915382 Placenta Praevia and Placenta Accreta Diagnosis and Management Green-top Guideline No 27a](https://www.researchgate.net/publication/327915382_Placenta_Praevia_and_Placenta_Accreta_Diagnosis_and_Management_Green-top_Guideline_No_27a)
<https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/diagnosis-and-management-of-placenta-accreta-spectrum.pdf>
https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Homiladorlikni boshqarish

Asimptomatik plasenta previa bilan homiladorlikni boshqarish O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 14.06.2024-yildagi 195-son buyrug'i bilan tasdiqlangan "Antenatal parvarish, homilador xavf guruhlarini boshqarish" milliy klinik protokolining tavsiyalariga muvofiq amalga oshiriladi.

Platsenta previa bilan asimptomatik bemorlarni davolashda asosiy maqsadlar:

- homiladorlik yoshining oshishi bilan platsenta previa saqlanib qolganligini aniqlash uchun qo'llanma;
- platsentaning patologik biriktirilganligini aniqlash uchun – platsentaning o'sib kirishi/ yopishib o'sib kirishi bor yoki yo'qligini aniqlash kerak;
- qon ketish xavfini kamaytirish;
- agar previa saqlanib qolsa, rejalashtirilgan sezaren uchun optimal vaqtni aniqlash.

Shikoyatlar, klinik ko'rinishlar va barcha mumkin bo'lgan asoratlar haqida xabardorlik bo'lsa, platsenta previa bo'lgan ayollar ambulatoriya sharoitida kuzatilishi mumkin.

C Qon ketish xavfi yuqori bo'lgan bemorlarga tibbiy tashkilotdan uzoqda yashasa yoki yolg'iz yashasa, stasionar kuzatuv tavsiya etiladi

Platsenta previa yoki plasentaning past holatida qon ketishining xavf omillari:

- ≥ 3 qon ajralmalarining takroriy epizodlari;
- Platsenta chetining qalinligi > 1 sm;
- Chekka sinusining mavjudligi;
- Qisqa bachadon bo'yni kanali: platsenta previa bilan < 3 sm, past plasenta bilan < 2 sm;
- Oldingi kesar kesish jarrohlik amaliyoti.

C Platsenta previa bilan og'rigan bemorlarga yotoq rejimi tavsiya etilmaydi

Jismoniy, aqliy va hissiy holatni yaxshilash uchun odatiy faoliyat va engil jismoniy mashqlarni bajarishni tavsiya etish lozim.

C Platsenta previa bilan og'rigan bemorlarda istmik-servikal etishmovchilik bo'lsa, homiladorlikni uzaytirish va qon ketish xavfini kamaytirish uchun bachadon bo'yni tikuvlarini qo'llash tavsiya etilmaydi

Bachadon bo'yni akusherlik pessariylarini qo'llash orqali tuzatilishi mumkin, bu esa tug'ilish chastotasini ≤ 34 haftaga kamaytirishga imkon beradi.

C Klinik belgilari (qon ketishi, bachadon qisqarishi) bo'lgan platsenta previa bilan og'rigan bemorlarga 3-darajali kasalxonaga shoshilinch yotqizish tavsiya etiladi

C Platsenta previa bilan og‘rigan ayollarda homiladorlikning 34⁶ xaftaligigacha qon ketishining takroriy epizodlari yoki bachadon qisqarishi bilan homilalik nafas olish qiyinlashuvi sindromining oldini olish tavsiya etiladi, chunki shoshilinch tug‘ilish xavfi yuqori

Bachadon faolligi belgilari bo‘lgan ayollarda platsenta previa uchun Antenatal kortikosteroidlar va tokolitik terapiya O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining 29.03.2024-yildagi 107-son buyrug‘i bilan tasdiqlangan "Membranalarning erta yorilishi" milliy klinik protokolining tavsiyalariga muvofiq amalga oshiriladi.

<https://www.researchgate.net/publication/322963988> FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders Epidemiology

<https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/diagnosis-and-management-of-placenta-accreta-spectrum.pdf>

Tug‘dirib olish

Platsenta previa bilan tug‘dirib olish muddati homiladorlik davridagi klinik ko‘rinishlarni hisobga olgan holda aniqlanishi kerak.

C Asimptomatik asoratlanmagan to‘liq va to‘liq bo‘lmagan platsenta homiladorlikning 36⁰ haftasidan 37⁶ haftagacha bo‘lgan muddatga rejali tartibda (kechiktirib bo‘lmaydigan III toifa) KK yo‘li bilan tug‘ruqdan chiqarish tavsiya etiladi

Asoratlanmagan platsenta previa homila o‘sib kirishi, qo‘shilgan preeklampsiya, platsentaning yopishib o‘sib kirishi/ o‘sib kirishi yoki tug‘ilish vaqtini belgilashda ustuvor bo‘lishi kerak bo‘lgan boshqa akusherlik sharoitlarining kechikishi yo‘qligi sifatida aniqlanadi.

Mavjud ma‘lumotlarni ko‘rib chiqish shuni ko‘rsatadiki, ona va homila uchun homiladorlikning >360-376 xaftaligi (qattiq qon ketish, shoshilinch rejalashtirilmagan tug‘ilish) bilan bog‘liq xavflar homiladorlik yoshining ushbu oralig‘ida erta tug‘ilish bilan bog‘liq neonatal xavflardan yuqori.

GCP Uchinchi trimestrda platsentaning asimptomatik past joylashuvi bo‘lgan ayollarda tug‘ish usuli klinik anamnezga, ayolning afzalliklariga asoslanishi va transvaginal ultratovush tekshiruv ma‘lumotlari bilan to‘ldirilishi, shu jumladan platsentaning cheti va homila boshining plasentaning oldingi chetiga nisbatan joylashuvi orasidagi masofa bilan to‘ldirilishi kerak

Past plasenta previa bilan, uning pastki qirrasini ichki bo‘g‘izdan 2 sm dan kam masofada joylashgan bo‘lsa va uni qoplamasa, vaginal tug‘ilishni sinab ko‘rish mumkin, chunki qon ketish xavfi past. Platsentaning chekkasi va ichki bo‘g‘iz orasidagi masofa kamayishi va qon tomirlari paydo bo‘lishi bilan qon ketish xavfi ortadi.

C Shoshilinch ravishda (I toifadagi tezkorlik), qon ketishi bilan platsenta previa har qanday turi uchun KK orqali tug‘dirish tavsiya etiladi

GCP KK jarrohlik amaliyotiga rozilik berayotgan har qanday ayol ushbu operatsiya bilan bog‘liq umumiy xavflar, shuningdek, platsenta anormalligi bilan bog‘liq o‘ziga xos xavflar, shu jumladan katta akusherlik qon ketishi, pastki siydik yo‘llarining shikastlanish xavfi ortishi, qon quyish zarurati va gisterektomiya ehtimoli haqida xabardor qilinishi kerak

A Platsenta previada tug‘ruqdan oldingi va tug‘ruqdan keyingi erta davrda venoz tromboembolik asoratlarning oldini olish maqsadida kompression trikotaj pypoqlar tavsiya etiladi

2.2. Platsentaning o‘sib kirishi

Ta'rifi

Platsentaning o‘sib kirishi (PAS) - bu trofoblastning miometriyaga g‘ayritabiiy biriktirilishi va implantasiyasi, bu homila tug‘ilgandan keyin plasenta ajralishining buzilishiga olib keladi. Ushbu holat ultratovush va magnit-rezonans tomografiya (MRT) yordamida antenatal ravishda gumon qilinadi va gistopatologik tekshiruv bilan tasdiqlanadi.

<https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/diagnosis-and-management-of-placenta-accreta-spectrum.pdf>
<https://www.rcog.org.uk/media/r1cpqapm/bjog-2018-jauniaux-placenta-praevia-and-placenta-accreta-diagnos.pdf>

Epidemiologiya

So‘nggi o‘n yilliklarda dunyoda platsenta o‘sib kirishining tarqalishi sezilarli darajada oshdi: 1900-yillarning boshidan beri platsentaning o‘sib kirish chastotasi 13 baravar oshdi. Platsentaning o‘sib kirish chastotasi sezaren sonining ko‘payishi bilan bevosita bog‘liq. 1980-yillarda olib borilgan tadqiqotlar shuni ko‘rsatdiki, 2500-4000 tug‘ilishga 1 ta holat to‘g‘ri keladi, 2016 yil uchun AQShning zamonaviy ma‘lumotlari esa 2724 tug‘ilishga 1 ta holat to‘g‘ri kelishini ko‘rsatmoqda. Biroq, ba‘zi tadqiqotlar pastroq baho bergan xolda, 2000 homiladorlikka 1 ta holatning tarqalishini ko‘rsatib o‘tmoqda.

<https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/diagnosis-and-management-of-placenta-accreta-spectrum.pdf>

Tasnifi

Platsentaning o‘sib kirish spektri (Placenta Accreta Spectrum – PAS) quyidagilarni o‘z ichiga oladi (FIGO, 2018):

PAS 1 – platsentaning g‘ayritabiiy birikmasi (placenta adherent or creta);

PAS 2 – platsentaning anormal invaziyasi (increta);

PAS 3 – platsentaning g‘ayritabiiy invaziyasi (percreta);

- **3a** – unish bachadonning seroz qobig‘i bilan chegaralangan;
- **3b** – qovuq invaziyasi bilan;
- **3c** – boshqa tos to‘qimalari/organlarining invaziyasi.

Anomal invaziv platsenta variantlari.

| O'sib kirish darajasi | Klinik mezonlar | Makroskopik mezonlar | Mikroskopik mezonlar |
|--|--|--|--|
| 1 daraja - Placenta adherent or creta (platsentaning mushak qatlamiga qattiq biriktirilishi yoki o'sib kirishi). | Platsentaning ajralishi uterotonik terapiya, kindik ichakchasidagi nazorat ostida tortish paytida sodir bo'lmaydi. Platsentani qo'lda ajratishga urinishlar og'ir qon ketishiga olib keladi. | Bachadon churrasi aniqlanmaydi, neotomirlar yo'q. | Gematoksilin-eozin bilan bo'yalganida desidual membrana va miometriumdan ancha uzoqqa cho'zilgan oraliq trofoblastning o'zgargan naqshlari vizualizasiya qilinadi. |
| 2 daraja - Placenta increta (vorsinlar mushak qatlamidan o'sib chiqadi, yuzaki invaziya). | Platsenta seroz membranadan o'tmaydi. Placenta ustidagi bachadon ko'kimir-binafsha rangga ega bo'lishi mumkin va "platsenta churrasi" aniqlanishi mumkin. Kindik ichakchasidagi traksiyalar platsentani ajratmasdan bachadonning ichkariga tortilishiga olib keladi. | Kesma platsenta va miometrium o'rtasida miometriumning tashqi qatlamini jalb qilmasdan noaniq chegarani ko'rsatadi. | Xorion vorsinlari mushak tolalari ichiga kirib boradi, ba'zan tomirlar bo'shlig'ida aniqlanadi. |
| 3 daraja - Placenta percreta (platsenta bachadonning barcha qatlamlarini unib chiqadi, chuqur invaziya). 3a darajasi: unish bachadonning seroz qobig'i bilan chegaralangan. | Bachadonning seroz qoplamasiga platsentaning unib chiqishi. | Platsentali to'qima bachadon yuzasiga kirib boradi. Biror boshqa organga, shu jumladan siydik pufagining orqa devoriga invaziya yo'q (siydik pufagi va bachadon o'rtasida aniq chegarani aniqlash mumkin). | Platsenta vorsinlari bachadonning seroz qobig'iga kirib boradi. |
| 3b darajasi: qovuqqa invaziya bilan. | Boshqa organlarga emas, balki siydik pufagiga kiradigan platsentaning vorsinlari tasvirlanadi. | Miometriumning tashqi qatlamini o'z ichiga olgan platsenta va miometrium o'rtasidagi noaniq chegara. | Platsenta vorsinlari seroz membranani unib chiqadi. |
| 3s darajasi: boshqa to'qima/organlar platsentasining unib chiqishi. | Bachadonning seroz membranasini orqali kichik chanoqning yon devoriga yoki siydik pufagiga o'sib kirishidan qat'i nazar, yaqin atrofdagi har qanday organga o'sgan platsenta to'qimasi vizuallashtiriladi. | Platsenta vorsinlari keng ligamentga, qin devoriga, tos suyagiga yoki boshqa tos organiga kirib boradi. | Platsenta vorsinlari seroz membranaga va yaqin atrofdagi organ va to'qimalarga kirib boradi (siydik pufagiga kirishidan qat'i nazar). |

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12407>

Etiologiya va xavf omillari

Platsenta o'sib kirishining etiologiyasi va patogenezi to'liq o'rganilmagan. Platsentaning haddan tashqari ko'payishi va namoyon bo'lishining asosiy sababi invaziv intrauterin protseduralar va/yoki endometriumning yallig'lanish jarayonlari tufayli endometrial atrofiyadir.

Platsenta o'sib kirishining xavf omillari:

- Bachadondagi chandiq. Xavf oldingi kesar kesish operatsiyalari soni ortishi bilan ortadi. 1, 2, 3, 4 va 5 abdominal tug'ruqqa chalingan bemorlarda platsentaning o'sib kirish chastotasi mos ravishda 3%, 11%, 40%, 61%, 67% ni tashkil etadi. Invaziya chuqurligi va oldingi kesar kesish jarrohlik operatsiyalari soni o'rtasida hech qanday korrelyasiya aniqlanmagan. Abdominal operativ tug'ruqning vaqtinchalik oralig'i va kelajakda plasenta o'sib kirishi xavfi o'rtasida ishonchli bog'liqlik aniqlanmagan. Rejalashtirilgan KK kelajakda platsentaning o'sib kirish ehtimoli shoshilinchga nisbatan kamroq bo'lishi bilan bog'liq. Bachadonda oldingi kesar kesish jarrohlikdan keyin qisqa muddatlarda homiladorlik yoki anamnezda miomektomiya keyingi muddatlarda platsentaning paydo bo'lishi bilan bog'liq.
- Ushbu homiladorlik paytida platsenta previa bilan birgalikda KK operatsiyasidan keyin bachadonda chandiqlar. Ushbu homiladorlikda KK va platsenta previadan keyin bachadondagi chandiqlarning kombinatsiyasi platsenta o'sib kirishi xavfining oshishi bilan bog'liq.
- Intrauterin protseduralar (kuretaj, endometrial ablasiya, tug'ruqdan keyingi bachadon devorlarini qo'lda tekshirish).
- Tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, surunkali endometrit.
- Bachadon arteriyasi embolizatsiyasi
- Submukoz leyomioma.
- Asherman sindromi.
- Bachadon rivojlanishining tug'ma nuqsonlari.
- Anamnezda kimyoterapiya, nurlanish terapiyasi.
- Katta reproduktiv yosh.
- Chekish.

<https://www.researchgate.net/publication/327915382> Placenta Praevia and Placenta Accreta Diagnosis and Management Green-top Guideline No 27a

<https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/diagnosis-and-management-of-placenta-accreta-spectrum.pdf>

Klinik ko'rinish

Platsentaning o'sib kirishi patognomonik klinik belgilarga ega emas.

Platsentaning o'sib kirishi spontan tug'ilishning 3-davrida yoki sezaren paytida platsentani bachadon devoridan o'z-o'zidan va qo'lda ajratish mumkin emasligi bilan tavsiflanadi.

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Tashxislash

Anamnez

Anamnezni to'plashda platsentaning o'sib kirishi xavfi bo'lgan omillarga e'tibor qaratish lozim.

Fizikal tekshiruv

Platsenta o'sib kirishi uchun patognomonik fizikal diagnostika usullari mavjud emas. Agar platsenta o'sib kirishi aniqlansa, homiladorlik davrida fizikal tekshiruv hajmi normal antenatal parvarishdan farq qilmaydi va «Antenatal parvarish, homilador xavf guruhlarini boshqarish» milliy klinik protokoli (O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 14.06.2024-yildagi 195-son buyrug'i) tavsiyalariga muvofiq bo'lishi kerak.

<https://www.researchgate.net/publication/327915382> Placenta Praevia and Placenta Accreta Diagnosis and Management Green-top Guideline No 27a

Laborator tekshiruvi

Platsenta o'sib kirishi uchun patognomonik laborator diagnostikasi usullari mavjud emas.

Platsenta o'sganda, homiladorlik davrida laborator tekshiruvi hajmi normal tug'ruqdan oldin parvarish qilishdagidan farq qilmaydi va "Antenatal parvarish qilish, homilador xavf guruhlarini boshqarish" milliy klinik protokolinig (O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 14.06.2024-yildagi 195-son buyrug'i) tavsiyalariga muvofiq bo'lishi kerak.

Kesar kesish bilan tug'ilish holatida Platsenta o'sib kirishi uchun laborator diagnostikasi «Kesar kesish» milliy klinik protokoli (O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2024 yil 25 dekabrda №401-son buyrug'i) tavsiyalariga muvofiq amalga oshiriladi.

https://www.researchgate.net/publication/327915382_Placenta_Praevia_and_Placenta_Accreta_Diagnosis_and_Management_Green-top_Guideline_No_27a

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Instrumental diagnostika usullari

Platsentaning o'sishiga shubha tug'ilganda, anormal invaziya belgilarini aniqlash uchun transvaginal ultratovush tekshiruvini o'tkazish tavsiya etiladi.

Ultratovush tekshiruvi platsenta kasalligini aniqlashga imkon beradi, lekin platsenta invaziyasi chuqurligini aniqlash uchun ishonchli ma'lumot bermaydi. Ultratovush tekshiruvining sezgirligi va o'ziga xosligi Platsenta o'sib kirishining zo'ravonligi oshishi bilan ortadi.

C Platsenta o'sib kirishi uchun xavf omillari bo'lgan barcha homilador ayollar Platsenta o'sib kirishi (PAS) ehtimolini hisobga olishlari va homiladorlikning 1 (11-13^o hafta) va 2 (18-20^o hafta) trimestrlarida muntazam prenatal ultratovush tekshiruvlarida Platsenta o'sib kirishi belgilarini maqsadli izlashlari lozim

Homiladorlikning 12-16 xaftaligida Platsenta o'sib kirishining ultratovush belgilarini aniqlash yuqori prognostik ahamiyatga ega. Homiladorlikning ikkinchi trimestrida platsenta previa bilan og'rigan bemorlarga 90% hollarda Platsenta o'sib kirishi tashxisi qo'yilishi mumkin (agar tadqiqot tajribali mutaxassis tomonidan amalga oshirilsa). 13 ta tadqiqotni o'z ichiga olgan bitta meta-tahlilda pastki bachadon segmentida platsentani joylashtirish uchun PAS skriningining o'rtacha sezgirligi va o'ziga xosligi 80% ni tashkil etdi.

Birinchi trimestrda plasentaning o'sish belgilari quyidagilardan iborat:

- Oldingi Kesar kesish amaliyotidan keyin chandiq yaqinidagi homilalik tuxumining past implantatsiyasi (sezgirligi 44,4%, o'ziga xosligi 67,5%),
- Qo'shimcha belgilar - homilalik tuxumi bo'lgan miometriya (5-6 mm dan kam) va ichki latsentar lakunalar (sezgirlik 33,1%, o'ziga xoslik 93,4%) qalinligining kamayishi.

Barcha belgilarning kombinatsiyasi Platsenta o'sib kirishining og'ir darajalarini rivojlanish xavfi bilan bog'liq. Homiladorlikning 9-14xaftaligida ultratovush paytida miometrium qalinligining 2 mm dan kam pasayishi Platsenta o'sib kirishining yuqori xavfi va ushbu kasallik taaluqli asoratlar bilan bog'liq.

Platsenta o'sib kirishining asosiy ultratovush belgilari:

1. Platsenta lakunaları—bu platsentaning normal bir xilligini almashtiradigan va platsentaga "kuya yeyilgan" ko'rinish beradigan lobula yoki kotiledon markazidagi bir nechta katta, notekis intraplatsental sonolyutsent bo'shliqlar. PAS xavfi notekis chegaralari va yuqori tezligi va/yoki turbulent oqimi (>15 sm/s) bo'lgan uchdan ortiq katta bo'shliqlar mavjud bo'lganda eng yuqori bo'ladi. Meta-tahlilda platsenta accreta, increta va percreta ni aniqlash uchun lakunalarning sezgirligi taxminan 75, 89 va 76 foizni tashkil etgan. Platsenta lakunalarini ballar yordamida tavsiflash mumkin:
 - 0 - lakunalar yo'qligi,
 - 1 + - 1 dan 3 lakunagacha,
 - 2 + - 4 dan 6 lakunagacha,

– 3 + - > 6 lakunagacha.

Yuqori balli lakun (3+) PAS ehtimolini oshiradi va tug‘ruq paytida PASda gisterektomiya xavfining 5 baravardan ko‘proq oshishi bilan bog‘liq.

2. Miometriumning ingichkalashi-retroplatsental miometrium ingichka (<1 mm) yoki gisterotomiya yoki platsenta invaziyasidan oldingi chandiq tufayli aniqlanmasligi mumkin. Platsenta ingichka maydonni qoplaganda, PASning boshqa belgilarini izlash muhimdir.
3. Bachadon bilan qovuq devorining orasidagi chegaraning anomal tuzilishi yoki bachadonning anomal konturi (ballonlash) - bachadonning anomal konturi bo‘lishi mumkin, bunda bachadonning anomal biriktirilgan platsentaga tutash qismi nozik miometriya zaifligi tufayli qovuqqa kiritiladi. Bu platsentali konveks deb ham ataladi.
4. Ekzofit massa-bu bachadonning seroz membranasini yorib o‘tadigan, odatda siydik pufagiga tarqaladigan o‘choq massasi platsentaning unib chiqish belgisidir.
5. Normal gipoexogen retroplatsentar zonaning yo‘qolishi. Gipoexogen retroplatsentar zonaning yo‘qolishi va subplatsentar gipervaskulyarizatsiya placenta increta uchun ko‘proq xarakterga ega bo‘lsa, qon tomir lakunali va «bachadon churrasi» o‘shishning chuqurroq darajalari (placenta percreta) bilan bog‘liq.
6. Rangli doppler kartalashida qon oqimining patologik xususiyatii

Ultratovush tekshiruvi paytida Platsenta o‘shib kirishini aniqlash samaradorligini oshirish uchun quyidagilar tavsiya etiladi:

- yuqori chastotali konveks (chiziqli, agar mavjud bo‘lsa) sensordan (5-9 MGts) foydalanish;
- homilador ayolda siydik pufagini to‘ldirish (taxminan 200-300 ml);
- homilador ayolning qorin old devoriga transabdominal sensor bilan ortiqcha bosim o‘tkazmaslik.

C 1 va 2-prenatal skrining o‘tkazishda xavf omillari va Platsenta o‘shib kirishining ultratovush ma'lumotlari mavjud bo‘lmagan bemorlarga 28-30 va 32-34 haftalarda Platsenta o‘shib kirishining ultratovush markerlarini aniqlash tavsiya etildi

<https://www.rcog.org.uk/media/r1cpqapm/bjog-2018-jauniaux-placenta-praevia-and-placenta-accreta-diagnos.pdf>
<https://www.rcpi.ie/Faculties-Institutes/Institute-of-Obstetricians-and-Gynaecologists/National-Clinical-Guidelines-in-Obstetrics-and-Gynaecology>

GCP PAS belgilarining ultratovush tavsifini standartlashtirish tavsiya etiladi (platsenta previa/o‘shib) ularni talqin qilish va hisobot berishda yagona va unifikatsiyalashgan yondashuvni ta'minlash uchun Platsenta o‘shib kirishining ultratovush belgilari standartlashtirilgan tavsifi va platsentaning o‘shishiga shubha qilingan hollarda ultratovush tekshiruvi protokoli namunasi ilovada keltirilgan.

<https://www.researchgate.net/publication/322963988> FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders Epidemiology

<https://www.researchgate.net/publication/327915382> Placenta Praevia and Placenta Accreta Diagnosis and Management Green-top Guideline No 27a

<https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/diagnosis-and-management-of-placenta-accreta-spectrum.pdf>

C Platsenta o‘shib kirishi tashxisiga shubha/aniqlik kiritilgan taqdirda rangli Doppler xaritasidan foydalanish tavsiya etiladi

Rangli Doppler yuqorida tavsiflangan boshqa ultratovush natijalari bilan birgalikda ishlatilganda PAS tashxisini tasdiqlash uchun foydalidir. Ushbu tashxisni ko‘rsatadigan rangli Doppler ultratovush tekshiruvining o‘ziga xos natijalariga quyidagilar kiradi:

- Turbulent lakunar qon oqimi (>15 sm/sek)
- Ulash tomirlari. Bu miometrium orqali va seroz membranadan tashqariga siydik pufagiga (yoki boshqa organlarga) o‘tadigan platsenta tomirlari. Ularni qovuqning varikoz tomirlari bilan aralashtirib yubormaslik kerak, ular onada siydik pufagining kengaygan tomirlari bo‘lib, ko‘pincha normal homiladorlik paytida kuzatiladi

- Diffuz yoki o‘choq intraparenximatoz oqimi
- Seroz-pufak interfeysni gipervaskulyarizatsiya qilish
- Ifodalangan subplatsentar venoz kompleks

A Ultratovush tekshiruvi ma'lumotlariga ko'ra Platsenta o'sib kirishi bo'lgan homilador ayollar uchun platsentaning orqa devor bo'ylab platsenta previa, placenta percreta shubhasi va ultratovush tekshiruvda qoniqarsiz vizualizatsiya (semiz ayollarda) tashxisini va platsenta o'sish darajasini aniqlashtirish uchun magnit-rezonans testini o'tkazish tavsiya etiladi

MRT – invaziyaning chuqurligi va topografiyasini, shuningdek, platsentaning bachadon orqa devoriga kirib borishini baholash uchun aniqroq diagnostika usuli hisoblanadi. Placenta accreta diagnostikasi uchun MRT sezgirligi 94,4%, Placenta increta – 100%, Placenta percreta – 86,5%. Placenta accreta diagnostikasi uchun MRT o'ziga xosligi 98,8%, Placenta increta – 97,3%, Placenta percreta – 96,8%.

C Zarurat bo'lganda va diagnostik ahamiyati katta bo'lganligi sababli, homiladorlikning 24-32 haftasida MRT o'tkazish tavsiya etildi

Homiladorlikning 24 xaftaligiga qadar MRT natijalari ishonchsizdir.

Ultratovush va MRT platsenta previa va oldingi kesar kesish amaliyotidan so'ng bachadonda chandiq bo'lgan bemorlarda ushbu xavf omillari kombinatsiyasi bo'lmagan bemorlarga qaraganda ko'proq o'ziga xoslik va sezgirlikka ega.

C Platsenta previa/o'sishi bo'lgan bemorlarda operatsiyadan oldin muntazam sistoskopiya qilish tavsiya etilmaydi

Sistoskopiya ultratovush va/yoki magnit-rezonans tomografiya bo'yicha platsentaning siydik pufagiga o'sishiga shubha qilingan bemorlarda ko'rsatiladi.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30260097/>

Boshqa diagnostik tekshiruvlar

C Platsentaning o'sishini tasdiqlash uchun platsentaning biopsiya (operatsiya) materialini patologik-anatomik tekshiruvdan o'tkazish tavsiya etildi

Gistologik tekshirishda bo'laklarda platsenta va miometriy o'rtasidagi mavjud bo'lmagan detsidual qatlarning kengaytirilgan joylari aniqlanadi. Ular to'g'ridan-to'g'ri miometriyaga biriktirilgan platsentaning vorsinli mintaqasini yoki fibrinoid qatlami va platsentaning vorsinkalari va miometriya o'rtasidagi oraliq trofoblastli anormal implantatsiyani o'z ichiga olishi mumkin.

Homiladorlikni boshqarish

Platsenta o'sib kirishi bilan homiladorlikni boshqarish platsenta previadan farq qilmaydi (yuqoriga qaralsin) va "Antenatal parvarish qilish, homilador xavf guruhlarini boshqarish" milliy klinik protokolining (O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 14.06.2024-yildagi 195-son buyrug'i) tavsiyalariga muvofiq amalga oshiriladi.

GCP "Platsenta o'sib kirishi" tashxisi qo'yilgandan so'ng, ayol bilan shoshilinch tug'ish rejasini ishlab chiqish, shu jumladan katta akusherlik qon ketishini davolash protokolidan foydalanish kerak

<https://www.researchgate.net/publication/322963988> FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders Epidemiology

<https://www.researchgate.net/publication/327915382> Placenta Praevia and Placenta Accreta Diagnosis and Management Green-top Guideline No 27a

Tug'dirib olish

GCP Platsenta o'sib kirishi bo'lsa, homiladorlikning 350-366 xaftaligida rejalashtirilgan KK jarrohlik amaliyoti tavsiya etiladi, bu homilaning yetukligi va rejadan tashqari tug'ruq xavfi o'rtasidagi eng yaxshi muvozanatni ta'minlaydi

C Platsenta o'sib kirishi bo'lgan ayollarda homiladorlikning 36 xaftaligidan keyin tug'dirish tavsiya etilmaydi, chunki 50% hollarda 36 haftadan keyin qon ketishi sababli shoshilinch tug'dirish talab etiladi. Platsenta o'sib kirishi yoki shubhasi bo'lgan homilador ayollarda KKni rejalashtirishda ko'p tarmoqli guruh (qorin bo'shlig'i jarrohi, qon tomir jarrohi, urolog va boshqalar) va yetarli miqdordagi qon preparatlari mavjudligini ta'minlash kerak. Bu asoratlar xavfini kamaytiradi hamda ona va chaqaloq uchun natijalarni yaxshilaydi. Shoshilinch vaziyatlarda bemorni boshqarishda ayni paytda eng malakali mutaxassislar ishtirok etishi kerak.

Plasentaning o'sishi antenatal davrda aniqlanmagan va tug'ish jarayonida tashxis qo'yilgan bo'lsa.

| | |
|--------------------------------|--|
| Vaginal tug'ruq: | |
| – | Agar platsenta ajralmasa va qon ketsa: platsentani qo'lda chiqarishni qo'llang. |
| – | Agar tug'ruqdan keyin ajratishning iloji bo'lmasa, laparotomiya va bachadon devorining rezektsiyasi o'qitilgan mutaxassis va muassasaning imkoniyatlari doirasida ko'rsatiladi, agar bunday bo'lmasa, gisterektomiya qilish zarur; |
| – | Agar platsenta 30 daqiqa ichida ajralmasa va qon ketmasa: platsentani qo'lda chiqarishni qo'llang. Agar tug'ruqdan keyin ajratishning iloji bo'lmasa, laparotomiya va bachadon devorining rezektsiyasi o'qitilgan mutaxassis va muassasaning imkoniyatlari doirasida ko'rsatiladi, agar bunday bo'lmasa, gisterektomiya qilish zarur.; |
| – | Agar platsenta to'shagidan kuchli qon ketish bo'lsa, laparotomiya, bachadon devorini vaqtincha qon ketish texnologiyasiga muvofiq rezektsiya qilish yoki gisterektomiya ko'rsatiladi (muassasa darajasi, imkoniyatlari va jarrohning malakasi doirasida). |
| Kesar kesish amaliyoti: | |
| – | O'sish (bachadon churrasi) gumon qilingan joyda bachadonni kesishga va platsentani ajratishga urinish taqiqlanadi; |
| – | Agar qiyinchiliklar yuzaga kelib, platsenta yirtilayotgan bo'lsa, uni ajratishga harakat qilishning hojati yo'q; |
| – | Bachadonni vaqtinchalik qonsizlantirish texnologiyasiga yoki gisterektomiyaga rioya qilgan holda bachadon devorining rezektsiyasi ko'rsatilgan (daraja va imkoniyatlar doirasida) muassasai va shifokorning malakasi; |
| – | Istisno hollarda platsentani qoldirish mumkin (qat'iy ravishda yakka tartibda hal etiladi). |

2.3. Platsenta previa/o'sish paytida KK amaliyotining xususiyatlari

Ayollarga platsenta previa va o'sish bilan bog'liq xavflar, jumladan, katta qon ketish ehtimoli, gisterektomiya zarurati va kelajakdagi homiladorlikda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlar haqida ma'lumot berish kerak.

C Jarrohlikning to'liq hajmini bajarish uchun yetarli kirish imkoniyati bilan laparotomiya qilish tavsiya etiladi

Platsenta o'sganida, median laparotomiya afzal qilingan yondashuv hisoblanadi. Platsenta previa yoki placenta adherent bo'lsa, pastki ko'ndalang laparotomiyani kesish mumkin.

GCP Platsentaga zarar yetkazmaslik uchun homila ko'ndalang holatda bo'lganida, ayniqsa homiladorlikning 28 xaftaligidan oldin KK paytida terining va/yoki bachadonning vertikal kesmalarini bajarishni o'ylab ko'ring

C Platsentaning joylashishini va bachadonni kesish uchun optimal joyni aniq topish uchun operatsiyadan oldingi va/yoki intraoperativ ultratovush tekshiruvidan foydalanishni o'ylab ko'ring

C Platsenta platsenta hududidan tashqarida o'sganda, shu jumladan pastki bo'ylama yoki ko'ndalang kesma qilish orqali gisterotomiya qilish tavsiya etiladi

Gisterotomiya paytida platsentani ajratishdan saqlanish kerak, agar qorin bo'shlig'ini ochishda PO' yaqqol aniqlansa, platsentaning taxmin qilingan yuqori chetidan 4-5 sm balandlikda yoki bachadon tubida yuqori

kesma qilish kerak, bu esa platsenta to'shagidan qon yo'qotilishini kamaytiradi.

Pastki bachadon segmentida ko'ndalang kesma amalga oshirilganda, platsenta maydonidan tashqaridagi kesma bilan solishtirganda intraoperativ qon yo'qotish kuchayadi. Ushbu sezaren qon yo'qotish va onaning asoratlari miqdorini kamaytiradi.

C Agar bachadon kesmasi paytida platsenta kesib o'tilsa, homilada ortiqcha qon yo'qotmaslik uchun homila tug'ilgandan keyin darhol kindik ichakchasini siqib qo'ying

B Qon ketishining oldini olish uchun Platsenta o'sib kirishi bilan platsentani intraoperativ ajratishga urinmaslik tavsiya etiladi

C Platsenta previa / o'sishida oksitotsin va uning analoglaridan faqat platsenta olib tashlanganidan keyin foydalanish tavsiya etiladi

Oksitotsin va uning analoglarini (karbetotsin) profilaktik yuborish, tug'ruqdan so'ng darhol bachadonning qisqarishiga yordam beradi, bu yo'ldoshni ajratish uchun foydali bo'lishi mumkin. Ammo, platsentaning to'liq bo'lmagan invaziyasi bilan bachadonning qisqarishi platsentaning qisman ajralishiga olib kelishi mumkin, bu esa qon yo'qotishining ko'payishiga olib keladi, bu o'z o'rnida jarrohni platsentaning qolgan qismini majburan olib tashlashga yoki gisterektomiya qilishga majburlaydi. Uterotonik terapiya quyidagi dorilar bilan amalga oshirilishi mumkin: oksitotsin 1 ml (5 ME) vena ichiga asta-sekin (1-2 daqiqa davomida) yoki vena ichiga infuzomat bilan 16,2 ml/soat (27 mEd/min) yoki 40 tomchi/min (500 ml natriy xloridda 5 birlik) tezlikda tomizgich yordamida; karbetotsin 1 ml (100 mkg) vena ichiga asta - sekin 1 daqiqa davomida (faqat intra-va operatsiyadan keyingi qon ketish uchun xavf omillari mavjud bo'lganda).

<https://www.researchgate.net/publication/322963988> FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders Epidemiology

<https://www.researchgate.net/publication/327915382> Placenta Praevia and Placenta Accreta Diagnosis and Management Green-top Guideline No 27a

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

C Bachadonni intraoperativ ravishda saqlab qolish imkoniyati masalasini quyidagilarga qarab hal qilish tavsiya etiladi: o'sish topografiyasi, qon yo'qotish hajmi, jarrohning tajribasi

Platsentaning o'sishi uchun uchta operatsion taktika mavjud:

- Organlarni saqlovchi operatsiya
- Gisterektomiya
- Kechiktirilgan gisterektomiya bilan platsentani in situ qoldirish

Platsenta o'sib kirishini davolashning asosiy usuli – gisterektomiya.

Sharoitlar mavjud bo'lsa (tajribali jarrohlik brigadasi, katta qon yo'qotish va platsentaning parametriyaga, bachadon bo'yniga invaziyasi mavjud bo'lmasa) organni saqlovchi operatsiya o'tkaziladi.

Agar platsentaning paydo bo'lishi intraoperativ topilma bo'lsa, tajribali mutaxassislar kelguniga qadar platsentani in situ qoldirish tavsiya etiladi.

C Platsenta o'sib kirishi bo'lgan barcha bemorlarga muntazam gisterektomiya qilish tavsiya etilmaydi

Organni saqlash operatsiyasi gisterektomiya bilan solishtirganda qon yo'qotish, onalar kasallanishi va o'limni kamaytirishi mumkin. Biroq, PO'da bachadon arteriyalarini embolizatsiya qilish usullaridan foydalangan holda organlarni saqlash taktikasi hali ham munozarali, chunki statistik ahamiyatga ega tadqiqotlar mavjud emas. Adabiyotda keltirilgan asoratlarning xavfi quyidagilarni o'z ichiga oladi: sepsis, tromboemboliya va keyingi homiladorliklarda relaps darajasi 50% gacha.

Agar platsentaning biriktirilish darajasi chuqurlik va sirt maydoni bilan cheklangan bo'lsa va platsenta implantatsiyasining butun maydoni mavjud bo'lsa va ko'rinsa (ya'ni, tos suyagiga chuqur kirmasdan butunlay old, pastki yoki orqa), bachadonni saqlash operatsiyasi, shu jumladan qisman miometriyal rezektsiya qilish foydali bo'lishi mumkin.

C Bachadonni saqlab qolishning jarrohlik usullari faqat bunday holatlarni boshqarish bo'yicha tegishli tajribaga ega bo'lgan jamoalarda ishlaydigan jarrohlar tomonidan tegishli xavf bo'yicha maslahat va xabardor qilingan rozilikdan keyin qo'llanilishi kerak

C Platsenta bachadon bo'yni va/yoki parametriga invaziya qilishda organni saqlaydigan jarrohlik tavsiya etilmaydi

C Platsenta o'sib kirishi bo'lgan barcha bemorlarga qon yo'qotish hajmini kamaytirish va natijalarni yaxshilash uchun gemostazning jarrohlik usullaridan foydalanish tavsiya etiladi: Kompleks kompression gemostazi, asosiy tomirlarni bog'lash/vaqtinchalik siqish yoki endovaskulyar usullar

Platsenta o'sib kirishida gemostazning bir necha usullari qo'llaniladi:

- Endovaskulyar usullar bachadon arteriyalarining embolizatsiyasi, ichki yoki umumiy yonbosh arteriyalari, aortalarni ballonlash;
- Bachadon arteriyalarining devaskulyarizatsiyasi, ichki yonbosh arteriyalarining bandaji yoki vaqtincha okklyuziyasi yoki umumiy yonbosh arteriyalarining vaqtincha okklyuziyasi;
- Kompleks kompression gemostaz.

Gemostaz usulini tanlash jarrohning afzalliklariga va klinikalarning jihozlariga bog'liq. Yuqoridagi usullarning har biri mustaqil ravishda ham, boshqalar bilan birgalikda ham qo'llanilishi mumkin.

Atonik tug'ruqdan keyingi qon ketishini va platsenta joyidan qon ketishini to'xtatish uchun bachadon arteriyalarini bog'lash keyingi siqish choklari bilan birlashtirilishi mumkin.

Bachadon pastki segmentidan bachadonning old va orqa devorlariga qon ketganda qon ketishni tezda to'xtatish uchun ikkita parallel vertikal kompression tikuv qo'yilishi mumkin.

Platsentali maydonchadan qon ketganda platsenta past joylashganda platsentadan yuqori yig'ish tikuvini qo'llash mumkin.

A Qon yo'qotilishini kamaytirish uchun Platsenta o'sib kirishi bo'lgan bemorlarda bachadon arteriyasi embolizatsiyasini muntazam ravishda qo'llash tavsiya etilmaydi

Bir tadqiqotga ko'ra, bachadon arteriyalarining profilaktik embolizatsiyasini embolizatsiyaning yo'qligi bilan solishtirishda qon yo'qotish, gisterektomiya chastotasi yoki massiv qon quyish chastotasida hech qanday farq kuzatilmagan. Embolizatsiya guruhidagi bir bemorda gisterektomiyani talab qiladigan bachadon nekrozi bor edi.

A Qon yo'qotilishini kamaytirish uchun platsenta o'sib kirishi bo'lgan bemorlarda ichki yonbosh arteriyalarini bog'lash yoki ballonlashdan muntazam foydalanish tavsiya etilmaydi

Ichki yonbosh arteriyalarining ballonlanishi qon yo'qotilishini kamaytirishga yordam bermaydi.

A Hayotga xavf tug'diruvchi qon ketish mavjud bo'lmay va platsentani bir vaqtning o'zida davolash mumkin bo'lmaganda (jarroh vrach yo'qligida, akusher-ginekologning tajribasi yetarli bo'lmaganda) platsentani in situ qoldirish tavsiya etiladi

Platsentani in situ qoldirgandan so'ng, bemor akusher-ginekolog va anesteziologning doimiy nazorati ostida reanimatsiya bo'limida bo'lishi kerak. Hozircha rejalashtirilgan kechiktirilgan gisterektomiyaning samaradorligini tasdiqlovchi dalillar yo'q.

"Platsentani in situ qoldirish" taktikasi yoki kutish va ko'rish strategiyasi platsentani aralashuvsiz, uning mustaqil rezorbsiyasini, ixtisoslashtirilgan jarrohlik guruhining mumkin bo'lgan kelishini yoki bemorni ixtisoslashtirilgan markazga tashishni kutish bilan to'liq saqlab qolishdir.

Platsentani olib tashlashga majburiy urinish qon yo'qotilishini, gisterektomiya xavfini, yuqumli asoratlarni va tarqalgan tomir ichidagi qon ivishini sezilarli darajada oshiradi. Bunday hollarda keyingi shoshilinch gisterektomiya ehtimoli 40%, onalar o'limi xavfi esa 42% ga yetadi.

A Platsenta o‘sib kirishi bo‘lgan bemorlarga texnik jihozlar mavjud bo‘lgan taqdirda intraoperativ qon yo‘qotishning oldini olish va kamaytirish uchun umumiy yonbosh arteriyalari/qorin aortasining vaqtinchalik balon okklyuziyasini o‘tkazish imkoniyatini ko‘rib chiqish tavsiya etiladi

Umumiy yonbosh arteriyalarining okklyuziyasi intraoperativ qon yo‘qotish xavfini kamaytiradi va platsenta akkretsiyasi bo‘lgan bemorlar uchun xavfsiz va samarali usuli hisoblanadi.

Endovaskulyar aralashuvning eng samarali usuli qorin aortasining profilaktik ballon okklyuziyasi hisoblanadi. Bunda protsedurani buyrak arteriyalaridan past darajada o‘tkazish kerak, bu esa qon yo‘qotishni kamaytiradi va tuxumdon arteriyalaridan tug‘ruqdan keyingi qon ketish xavfini kamaytiradi.

C Platsenta o‘sib kirishi paytida metroplastikani amalga oshirish uchun intraoperativ gemostaz sifatida Kompleks kompression gemostazidan foydalanish tavsiya etiladi

C Jarrohlik gemostazining boshqa usullari samarasiz bo‘lsa, atonik qon ketishda bachadonga (V-Linch choki) siqish bachadon tikuvlarini qo‘llash tavsiya etiladi

Kompression tikuv turini tanlash jarrohning tajribasi va afzalliklariga bog‘liq (O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining 30.11.2021-yildagi 273-son buyrug‘i bilan tasdiqlangan «Tug‘ruqdan keyingi akusherlik qon ketishining oldini olish va uni boshqarish taktikasi» milliy klinik protokoliga qaralsin).

C Siydik o‘tkazgich kateterlarini o‘rnatish faqat MRT va ultratovush tekshiruv ma'lumotlari bo‘yicha parametriyaga o‘sib chiqqan placenta percretaga shubha bo‘lsa va/yoki gisterektomiyani rejalashtirishda tavsiya etiladi

<https://www.researchgate.net/publication/322963988> FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders Epidemiology

<https://www.researchgate.net/publication/327915382> Placenta Praevia and Placenta Accreta Diagnosis and Management Green-top Guideline No 27a

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

2.4. Anesteziologik qo‘llanma

C 2 ta periferik venalarni (14G yoki 16G kateterlari) kateterizatsiya qilish yoki ko‘p nurli markaziy venoz kateterni qo‘yish yo‘li bilan venoz kirishni ta‘minlash tavsiya etiladi

C Mintaqaviy behushlik xavfsiz deb hisoblanadi va platsenta Previa yoki past platsenta bo‘lgan ayollarda sezaren bilan umumiy behushlikdan ko‘ra qon ketish xavfi kamroq. Old platsenta Previa yoki past platsenta bo‘lgan ayollarga, agar kerak bo‘lsa, umumiy behushlikka o‘tish kerak bo‘lishi mumkinligi haqida ma‘lumot berish kerak va bunga rozilik berishini so‘rash kerak

C Uzoq muddatli operatsiyada, hajmini kengaytirishda, operatsiyadan keyingi analgeziya uchun epidural komponentdan foydalangan holda kombinatsiyalangan orqa miya-epidural anesteziyani qo‘llash tavsiya etiladi

C Agar ko‘rsatmalar mavjud bo‘lsa, umumiy behushlikka o‘tish tavsiya etiladi: mintaqaviy behushlikning samarasizligi, III-IV darajali gemorragik shok rivojlanishi bilan boshqarib bo‘lmaydigan katta qon yo‘qotish, operatsiya vaqtining uzoq davomiyligi

Kengaytirilgan O‘SVdan foydalanish uchun ko‘rsatma:

- C**
1. Qon aylanishini to‘xtatish;
 2. Apnoe yoki bradipnoe;
 3. Asosiy va yordamchi nafas olish mushaklari funksiyasining kamayishi;
 4. Gipoksiya tufayli ongning buzilishi;
 5. Gipoksiya kelib chiqishining uzoq muddatli taxikardiyasi;
 6. O‘pka shishi;

7. Kislorodning ingalatsiyasiga javobsiz gipoksemiya (PaO₂ 60 mm simob ust., SaO₂ 90% dan kam, PaCO₂ 55 mm simob ust. ortiq);
8. Gemoglobin darajasi 60 g/l dan kam.

C Perioperativ davrda O'SSh paytida asosiy hayotiy parametrlarni quyidagi hajmlarda kuzatish tavsiya etiladi: qon bosimi, yurak urish tezligi, SpO₂, termometriya va kapnometriya

Infuzion-transfuzion terapiya hajmi va tarkibini hisoblashda massiv qon ketish rivojlanganda O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 30.11.2021-yildagi 273-sonli buyrug'i bilan tasdiqlangan «Akusherlik qon ketishlarida anesteziologik qo'llanma va infuzion-transfuzion terapiya» milliy klinik protokoliga amal qilish tavsiya etiladi.

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

[КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ](#)

2.5. Tibbiy yordamni tashkil etish

C Platsenta o'sib kirishi yoki previa bo'lgan bemorlarda tug'ruqni III darajali statsionarda rejalashtirish tavsiya etiladi

2.6. Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari

| № | Sifat mezonlari | Ha / yo'q |
|---|--|-----------|
| 1 | Oldingi Kesar kesish amaliyotidan so'ng platsenta previa (past yo'ldosh joylashuvi) va/yoki bachadondagi chandiq hududida joylashgan bemorlarda ultratovush tekshiruvini paytida platsentaning o'sishi belgilarini maqsadli izlash amalga oshirildi. | Ha / yo'q |
| 2 | Agar platsentaning o'sishiga shubha qilingan bo'lsa, transvaginal kirish orqali ultratovush tekshiruvini o'tkazildi. | Ha / yo'q |
| 3 | Agar kerak bo'lsa, tashxisni aniqlashtirish uchun ultratovush tekshiruviga ko'ra Platsenta o'sib kirishiga shubha qilingan homilador ayollarda magnit-rezonans tekshiruvini o'tkazildi. | Ha / yo'q |
| 4 | Xomilaning nafas olish qiyinlashuvi sindromi Platsenta o'sib kirishi/prezentatsiyasi (past platsenta holati) bo'lgan ayollarda qon oqishi yoki bachadon qisqarishi homiladorlikning 346 xaftaligidan oldin shoshilinch tug'ilish xavfi yuqori bo'lganligi sababli paydo bo'lganida oldini olingan. | Ha / yo'q |
| 5 | Platsenta o'sganda, gisterotomiya platsenta hududidan tashqarida amalga oshiriladi. | Ha / yo'q |
| 6 | Platsenta o'sib kirishi uchun gemostazning jarrohlik usullari qo'llanilgan: Kompleks kompression gemostaz va/yoki asosiy tomirlarni bog'lash/vaqtincha siqish yoki endovaskulyar usullar. | Ha / yo'q |
| 7 | Qon guruhi va Rezus faktori, izoantikorlar va qon guruhi fenotipi aniqlandi. | Ha / yo'q |
| 8 | Platsenta akkretsiyasi bilan jarrohlik tug'ruq paytida autoeritrotsitlarning apparat intraoperativ reinfuziyasi ishlatilgan. | Ha / yo'q |

3. Adabiyotlar ro'yxati.

1. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Epidemiology 2018. <https://www.researchgate.net/publication/322963988> FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders Epidemiology
2. Green-top Guideline No. 27a. Placenta Praevia and Placenta Accreta:Diagnosis and Management. RCOG.2018. <https://www.researchgate.net/publication/327915382> Placenta Praevia and Placenta Accreta Diagnosis and Management Green-top Guideline No 27a
3. Guideline No. 402 Diagnosis ana Management of Placenta Previa. J Obstet GynaecolCan. 2020.
4. Hecht J.L. et al. Classification and reporting guidelines for the pathology diagnosis of placenta accreta

- spectrum (PAS) disorders: recommendations from an expert panel. // Mod. Pathol. 2020. Vol. 33, N 12. P. 2382-2396
5. Hobson S.R. et al. No. 383-Screening, Diagnosis, and Management of Placenta Accreta Spectrum Disorders. // J. Obstet. Gynaecol. Can. 2019. Vol. 41, № 7. P. 1035–1049.
 6. Hobson S.R. et al. No. 383-Screening, Diagnosis, and Management of Placenta Accreta Spectrum Disorders. // J. Obstet. Gynaecol. Can. 2019. Vol. 41, N 7. P. 1035-1049.
 7. Iacovelli A. et al. Risk factors for abnormally invasive placenta: a systematic review and metaanalysis. // J. Matern. Fetal. Neonatal Med. 2020. Vol. 33, N 3. P. 471-481.
 8. Jauniaux E., Bhide A. Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. // Am. J. Obstet. Gynecol. 2017. Vol. 217, № 1. P. 27–36.
 9. National Clinical Practice Guideline Diagnosis and Management of Placenta Accreta Spectrum (PAS) 2020. <https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/diagnosis-and-management-of-placenta-accreta-spectrum.pdf>
 10. NICE guidelines. Equality impact assessment. Caesarean birth – placenta accreta spectrum. 2023.
 11. Клинические рекомендации «Патологическое прикрепление плаценты (предлежание и вращение плаценты)», МОСКВА 2023. https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics
 12. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Григорьян А.М. Л.О.А. Опыт использования временной баллонной окклюзии общих подвздошных артерий при органосохраняющих операциях у пациенток с вращением плаценты // Акушерство и Гинекология. 2013.

4. Hovalar.

4.1. PAS (Platsenta o'sib kirishi) da ultratovush va MRT belgilarini ro'yxatdan o'tkazish uchun standartlashtirilgan shakl

| Platsenta o'sib kirishiga shubha: vizualizatsiya natijalarini tavsiflash uchun shablon. | | | | | | | |
|---|----|------|-----------|---|----|------|-----------|
| Tekshiruv sanasi | | | | | | | |
| Tekshiruv sanasi | | | | | | | |
| Demografik ma'lumotlar va xavf omillari | | | | | | | |
| Paritet (tug'ilish soni) | | | | | | | |
| Oldingi sezaren soni | | | | | | | |
| Bachadondagi oldingi jarrohlik aralashuvlar soni (shu jumladan abortlar) | | | | | | | |
| Bachadondagi oldingi operatsiyalar (masalan, miomektomiya, endometrial ablatsiya) | | | | | | | |
| Anamnezda Platsenta o'sib kirishi | | | | | | | |
| Birinchi trimestrda bachadondagi chandiqa homiladorlikka shubha qilinganmi? | | | | | | | |
| Ultratovush ma'lumotlariga ko'ra platsenta previa aniqlanganmi? | | | | | | | |
| Ultratovush belgilari (Agar kerak bo'lsa, "x" ni belgilang) | Ha | Yo'q | Аниқ эмас | MRT-belgilari (Agar kerak bo'lsa, "x" ni belgilang) | Ha | Yo'q | Аниқ эмас |
| Aniq gipoexogen zonaning yo'qligi (clear zone) | | | | T2-tortilgan tasvirlarda gipoexogen retroplatsentar chiziqning yo'qligi | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|--|
| Miometriumning ingichkalashi | | | | Miometriumning ingichkalashi (<1 mm) | | | |
| Bachadon konturining deformatsiyasi (uterine bulge) | | | | Bachadon konturining deformatsiyasi (uterine bulge) | | | |
| Fokal ekzofitik platsenta massasi-seroza orqali, parametriumda unib chiqish. | | | | Fokal ekzofitik platsenta massasi-seroza orqali, parametriumda unib chiqish. | | | |
| Quviq devorining yaxlitligini buzish | | | | Quviq devorining yaxlitligini buzish | | | |
| Lakuna (platsentadagi tomir bo'shliqlari) | | | | T2-tortilgan tasvirlardagi platsentadagi gipoexogen tasmalar | | | |
| Rangli doppler tadqiqoti | | | | | | | |
| Platsentaning lakunalarini oziqlantiruvchi tomirlar | | | | Intraplatsental homila tomirlari (>3 mm) | | | |
| Platsenta va miometrium, seroz membrana va siydik pufagi chegarasida anomal vaskulyarizatsiya | | | | Platsenta va miometrium, seroz membrana va siydik pufagi chegarasida anomal vaskulyarizatsiya | | | |
| Aniqlangan belgilarning klinik ahamiyati | | | | Yuqori/O'rta/Past (tegishli belgilansin) | | | |
| PAS ning tarqalish darajasi | | | | O'choq (Focal) / Diffuz (Diffuse) | | | |

4.2. Kasalxonada shifokor uchun harakat algoritmi

1. Ultratovush tekshiruvi bo'yicha platsenta previa diagnostikasi, ultratovush va MRT bo'yicha Platsenta o'sib kirishi tashxisi.
2. Teri kesmasini tanlash:
 - pastki o'rta laparotomiya (Platsenta o'sib kirishi bo'lgan bemorlarda)
 - ko'ndalang suprapubik qorin bo'shlig'i (platsenta previa bilan og'rigan bemorlarda)
3. Bachadonda kesma tanlash:
 - pastki sezaren (platsentaning o'sib kirishi bo'lgan bemorlarda)
 - pastki bachadon segmentida sezaren bilan (platsenta previa bo'lgan bemorlarda)
4. Platsentaning o'sib kirganida jarrohlik davolash usulini tanlash:
 - organi saqlash (yo'ldoshning cheklangan hududda o'sishi bilan)
 - kompleks kompression gemostaz va/yoki gemostazning endovaskulyar usullari va/yoki bog'lash, magistral bachadon tomirlarining vaqtinchalik okklyuziyasi, gemostatik tikuvlardan foydalangan holda metroplastika
 - organ tashuvchisi (agar platsenta bachadon bo'yni ichiga o'ssa, qon ketishini to'xtatishning iloji

bo'lmasa)

- tplatsentaning in situ qoldirilishi (platsentaning o'sib kirishi-intraoperativ topilma)

4.3. Operatsiya xonasida platsenta o'sib kirishi holatida jarrohlik xavfsizligi algoritmi

| | |
|---|--|
| Sana | |
| Bemorning to'liq ismi- sharifi va yoshi | |
| Tibbiy tarix № | |
| Jarroh | |
| TMI | |
| Paritet | |
| Oldingi KK soni | |
| Jarrohlik aralashuvlar | ha / yo'q |
| Homiladorlik davri | |
| Kelajakdagi fertillik istagi | ha / yo'q |
| Xabardor qilingan rozilik imzolandi | mavjud/yo'q, sababi (operatsiya shoshilinchligining 1-toifasi, boshqa |
| Tekshirish natijalari | |
| Anamnezdagi allergiya | yo'q/ha, nimaga |
| Anamnezda qon ketishi | yo'q/ha, sababi |
| Qon guruhi, Rezus-faktor | yo'q/ha |
| Rezus faktor fenotipi | yo'q/ha |
| RW, OIV, gepatit | yo'q/ha |
| OAK | yo'q/ha |
| Koagulogramma (ko'rsatmalarga muvofiq) | yo'q/ha |
| Operatsiyani tayyorlash va rejasi | |
| Platsentaning joylashuvi | |
| MRT bo'yicha invaziya darajasi | ascreta, increta, percreta, ma'lumotlar yo'q |
| Ultratovush tekshiruvi bo'yicha invaziya darajasi | ascreta, increta, percreta, ma'lumotlar yo'q |
| Reanimatsiya bo'limida markaziy venoz kateter o'rnatish | ha / yo'q |
| Homila RDSini o'tkazish | ha / yo'q |
| Reinfuziya uchun ariza, Cell saver, transfuziologni xabardor qilish | ha / yo'q |
| OIV, gepatit, bemordagi o'ta xavfli infektsiya | Xodimlarni himoya qilish ta'minlanadi (ko'zoynaklar, ekranlar, qo'lqoplar) |
| Operatsiyadan 30-60 daqiqa oldin antibiotikprofilaktika | mavjud/yo'q, sababi (operatsiya shoshilinchligining 1-toifasi, anamnezdagi allergiya, boshqa |
| Qin qismiga antiseptik eritma bilan ishlov berish | mavjud/yo'q, sababi (operatsiya shoshilinchligining 1-toifasi, anamnezdagi allergiya, boshqa |
| Kompression trikotaj bilan trombozning oldini olish | ha / yo'q |
| Operatsiya oldidan homila yurak urishini eshitish | ha / yo'q |
| Rejalashtirilgan hajm | Laparotomiya (PNCh, pastki o'rta, o'rta). Intraoperativ ultratovush navigatsiyasi. Kesar kesish (tuban/korporal/bachadonning pastki segmentida), metroplastika, kompleks kompression gemostaz. Bachadonning boshqariladigan ballon tamponadasi. Autoyeritrotsitlarning reinfuziyasi. Miomektomiya, |

| | |
|---|--|
| | tuxumdon rezektsiyasi, qorin bo'shlig'ini drenajlash, sterilizatsiya, boshqalar |
| Kindik ichakchasidagi kechiktirilgan kesishish | ha / yo'q |
| Elektr koagulyator plastinasini o'rnatish | ha/yo'q, rejalashtirilmagan |
| Operatsiya paytida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan xususiyatlar va qiyinchiliklar mas'ul maslahatchi, anesteziolog, neonatolog va transfuziolog bilan muhokama qilinadi | Operatsiya hajmini kengaytirish ehtimoli Patologik qon yo'qotish ehtimoli Bemor holatining beqarorligi (AB, qon yo'qotish, ekstragenital patologiya va boshqalar) Operatsiyani boshlashning shoshilinchligi (qon ketishi, homila gipoksiyasi, PRPO, bachadon yorilishi xavfi va boshqalar) Homilaning holati (gipoksiya, chala tug'ilish, rivojlanish nuqsonlari va boshqalar) Boshqa ha/yo'q, chunki odatiy operatsiya kutilmoqda |
| Tipik bo'lmagan vaziyatlarni hal etishga tayyorlik | Karbetotsin, metilergometrin, mizoprostol, traneksam, qon reinfuziyasi, ballon tamponada, drenaj naychalari va boshqalarning mavjudligi... Qo'shimcha jarroh, tomir jarrohi, urolog yoki boshqa turdosh mutaxassisni chaqirish. Neonatolog-reanimatologlarni chaqirish Boshqa ha/yo'q, chunki odatiy operatsiya kutilmoqda |
| Salfetkalar va asboblarni hisoblash | ha/yo'q |
| Qon yo'qotish hajmi | MI |
| Tromboprofilaktika varaqasini to'ldirish | ha/yo'q |
| Operatsiyadan keyingi davrda qo'shimcha ko'rsatmalar | Antibiotikoterapiya, uterotonika, yondosh mutaxassis tomonidan maslahat, qorin bo'shlig'i va bachadonning ultratovush tekshiruvu, boshqalar |

4.4. Kompleks kompression gemostazidan foydalangan holda qisman rezektsiya texnikasi.

1. Pastki sezaren, homilani chiqarib olish, kindik ichakchasini tortishsiz bog'lash, uni bachadon bo'shlig'iga botirish va bachadonni ikki qatorli chok bilan tikish.
2. Kompleks kompression gemostazi.
Qorin bo'shlig'i, vezikomatoz burmalar kesiladi, qon tomirlarining maqsadli koagulyatsiyasi bilan siydik pufagi tushiriladi, bachadonning keng ligamentlarida sun'iy «deraza» hosil bo'ladi va ular orqali ikki tomonlama va bo'yinbog'ga turniket to'plamlari qo'llaniladi. Bunday holda, tuxumdonlar turniketlarga qaraganda lateral ravishda chiqariladi va turniketdan halqa hosil bo'ladi, unga fallop naychasi, mezosalpinks va tuxumdonning o'z ligamenti kiradi. Natijada tuxumdon va bachadon arteriyalarining tubal va kommunikativ shoxlari siqiladi.
3. Metroplastika – bachadon old devorining bir qismini o'sib chiqqan yo'ldosh bilan kesish, so'ngra iloji bo'lsa, intrauterin balon tamponadasi yordamida metroplastika. Quviqni metilen ko'k bilan to'ldirish jarrohlik maydonini tasavvur qilishni osonlashtiradi.

4.5. Bemor uchun ma'lumot.

Platsentaning bachadon devoriga o'sib kirishi- homiladorlikning asoratlari bo'lib, unda platsenta bachadon devoriga mahkam o'rnanishgan yoki uning ichiga o'sib borishi nazarda tutiladi.

Odatda, tug'ruq oxirida platsenta bachadon devoridan ajralib chiqadi va tug'iladi (platsentaning tug'ilishi deb ataladi). Platsentaning patologik biriktirilishi bo'lsa, uning bachadon devoriga haddan tashqari mahkamlanishi

platsentaning ajralish jarayonini buzadi, uning bachadon bo'shlig'ida saqlanishiga va asoratlarning rivojlanishiga olib keladi, ularning eng xavflisi -tug'ruqdan keyingi qon ketishi va bachadonning olib tashlanishi.

Plasenta previa-bu homiladorlikning asoratlari bo'lib, unda plasenta ichki bo'g'izga nisbatan past joylashgan bo'lib, homiladorlik paytida ham, tug'ruq paytida ham qon ketishining oqibati bo'lishi mumkin.

Plasentaning o'sib kirishi va plasenta previa kesar kesish jarrohlik amaliyoti uchun tezkor tug'ruqqa mutlaq ko'rsatma hisoblanadi. Plasentaning o'sib kirishida homiladorlikning 35-36 haftasida, plasenta previada homiladorlikning 36-37 haftasida kesar kesish jarrohlik amaliyoti amalga oshiriladi. Siz tug'ruq uchun oldindan 3-darajali akusherlik shifoxonasiga yotqizilasiz. Tug'ilish boshlanganda, kutilgan tug'ilish sanasidan oldin membranalarning yorilishi yoki qon ketganda, siz shoshilinch ravishda akusherlik shifoxonasiga yotqizish uchun tez yordam guruhini chaqirishingiz kerak. Kasalxonada siz akusherlik holatiga qarab laborator va instrumental tekshiruvlarning kerakli ro'yxatini olasiz. Agar kerak bo'lsa, operatsiyadan oldin qo'shimcha tekshirish usullari – sistoskopiya, siydik pufagini stentlash mumkin.

Plasentaning o'sishi bachadonni olib tashlash xavfi bilan bog'liq bo'lganligi sababli, operatsiyadan oldin siz bachadonni saqlab qolishning iloji bo'lmasa, uni olib tashlash uchun operatsiyaga rozilik bildirasiz.

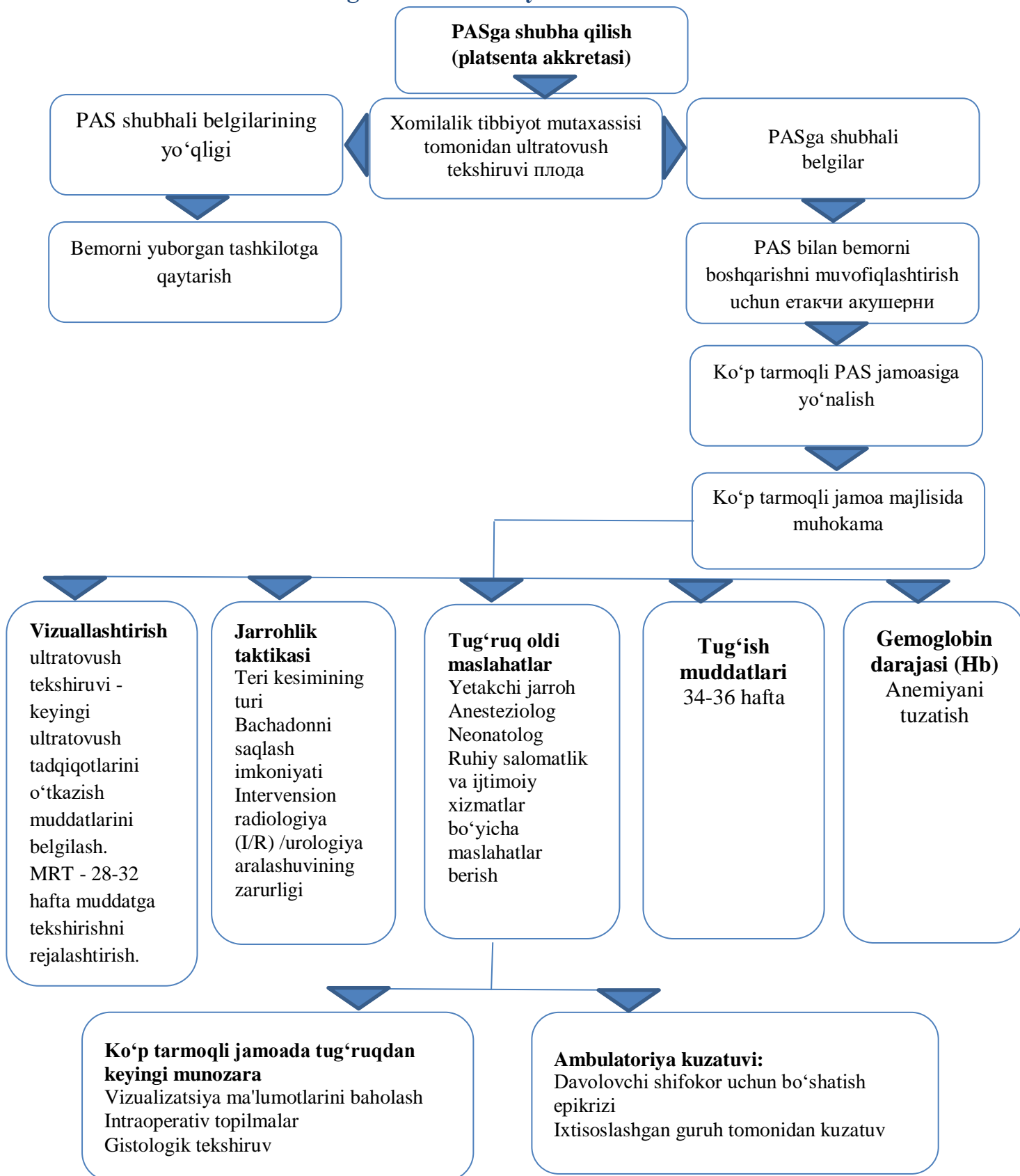
Operatsiya paytida turli xil asoratlar paydo bo'lishi mumkinligini bilishingiz kerak, bu qo'shimcha aralashuvlarni talab qilishi mumkin (qon tomirlarini bog'lash, in situ platsentani joyida qoldirish, siydik yo'llari va siydik pufagidagi nuqsonni tikish) va donorlik qonini va uning tarkibiy qismlarini (plazma, eritrotsitlar massasi, trombolitik massa), shuningdek, boshqa oqsillarni o'z ichiga olgan dorilar quyishni talab qilishi mumkin. Ko'rib chiqqandan so'ng, siz ushbu manipulyatsiyalarni amalga oshirish uchun rozilikni imzolashingiz kerak.

Kesar kesish yetarlicha xavfsiz operatsiya ekanligini bilishingiz kerak, ammo uni amalga oshirish paytida va operatsiyadan keyingi davrda asoratlar paydo bo'lishi mumkin:

- Keyingi tug'ruq paytida takroriy sezaren juda keng tarqalgan (har 4 operatsiya uchun 1 ta holat).
- Ko'pincha-operatsiyadan keyingi dastlabki bir necha oy ichida yara og'rig'i va qorin bo'shlig'idagi noqulaylik (har 100 operatsiya uchun 9 ta holat).
- Ko'pincha-takroriy kasalxonaga yotqizish, tug'ruqdan keyingi infektsiya (100 operatsiyaga 5-6 holat)
- Xomilalik jarohatlar tez-tez uchraydi, masalan, skalpel bilan terini ajratish (100 operatsiyaga 2ta holat).
- Kamdan – kam hollarda-operatsiyadan keyingi davrda takroriy jarrohlik, intensiv terapiya bo'limida kasalxonaga yotqizish (1000 operatsiyaga 5-9 ta holat).
- Kamdan – kam hollarda-keyingi homiladorlik/tug'ish, plasenta previa va o'sish, qon ketishida bachadonning yorilishi (1000 operatsiyaga 1-8 holat).
- Kamdan-kam hollarda-trombotik asoratlar, siydik pufagining shikastlanishi, jarrohlik paytida siydik yo'llarining shikastlanishi (1000 operatsiyaga 1-5ta holat).
- O'ta kam hollarda-o'lim (12000 operatsiyaga 1 ayol o'limi).

Shuni ham bilishingiz kerakki, bachadonda chandiqlik borligi sizning tug'ruq faoliyatingizni yanada kamaytirishi mumkin (homilador bo'lish va nasl qoldirish qobiliyati). Shuningdek, bachadonda chandiqlik mavjudligi kelajakda sizning tug'ilish qobiliyatingizni (homiladorlik va bola tug'ish qobiliyatini) pasaytirishi mumkinligini bilishingiz kerak. Operativ tug'ruqdan so'ng tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'ilganga qaraganda laktatsiyaning kamayishi ko'proq kuzatiladi.

4.6. Placenta Accreta bo'lgan bemorlarni yo'naltirish



4.7. Protokolni ishlab chiqish metodologiyasi.

Milliy klinik protokol O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2024 yil 23 fevraldagi "mahalliy va milliy klinik protokollar va standartlar metodologiyasini ishlab chiqish, tasdiqlash va joriy tibbiy amaliyotga joriy etish to'g'risida" gi №52-sonli buyrug'i talablariga muvofiq ishlab chiqilgan.

Protokolni ishlab chiqishda "Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi" davlat muassasasi va uning hududiy filiallari, tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi, Respublika Perinatal markazi, Toshkent tibbiyot Akademiyasining akusher-ginekolog mutaxassislari ishtirok etdi.

Ushbu protokolni yaratish muammoning tibbiy ahamiyati, tibbiy amaliyotning yondashuvillardagi farqlar va aralashuvlar samaradorligini isbotlovchi ko'plab zamonaviy manbalarning mavjudligi bilan bog'liq.

Manfaatlar to'qnashuvi: ushbu protokolni yaratish bo'yicha ishlarni boshlashdan oldin, ishchi guruhning barcha a'zolari manfaatlar to'qnashuvi to'g'risida yozma xabarnomani to'ldirdilar. Mualliflar jamoasi a'zolarining hech biri ushbu protokol mavzusida klinik amaliyotda foydalanish uchun mahsulot ishlab chiqaradigan farmatsevtika kompaniyalari yoki boshqa tashkilotlar bilan tijorat manfaatlari yoki boshqa manfaatlar to'qnashuviga ega emas edi.

Manfaatdor tomonlarni jalb qilish: Protokol ko'rsatmalari va tavsiyalarini ishlab chiqishda maqsadli aholining (bemorlar va ularning oilalari), shu jumladan tibbiy (sog'liq uchun foyda, nojo'ya ta'sirlar va aralashuv xavfi), axloqiy, madaniy, diniy jihatlarini o'rganildi va hisobga olindi. Fikrlar so'rovi RIOvaBSIATM davlat muassasasining tegishli bo'linmalarida ayollarning norasmiy suhbatlari orqali amalga oshirildi.

Dalillarni to'plash, umumlantirish va tanqidiy baholash.

Dalillarni to'plash uchun ishlatiladigan usullar: elektron ma'lumotlar bazalari, kutubxona resurslarini qidiring. Asosiy ma'lumot manbalari sifatida 2014-2024 yillarga mo'ljallangan ingliz va rus tillarida turli mamlakatlardagi tibbiyot jamoalari va ixtisoslashtirilgan tashkilotlarining klinik ko'rsatmalari ishlatilgan, protokolni ishlab chiqishda so'nggi 5 yildagi ma'lumotlar ustuvor bo'lgan (2019 yildan). Protokolni ishlab chiqish jarayonida darslik va monografiyalardan dalil sifatida past yoki yo'q manbalar sifatida foydalanilmagan. Asosiy ma'lumotlar manbalarini tizimli qidirish quyidagi ma'lumotlar bazalarini o'z ichiga oladi: World Health Organization - <https://www.who.int/ru>

- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGS) - <http://sogc.medical.org>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) - <http://www.nice.org.uk>
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) - <http://www.rcog.org.uk>
- Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) - <http://www.health.gov.au>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) - <http://www.nzgg.org.nz>
- Health professionals in Queensland public and private maternity and neonatal services - Guidelines@health.qld.gov.au
- International Federation of Gynaecology and Obstetrics - <https://www.igo.org/>
- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) - https://roag-portal.ru/clinical_recommendations

Tavsiyalarni olish va moslashtirish uchun manba hujjati sifatida turli mamlakatlarning bir nechta klinik ko'rsatmalari ishlatilgan. Topilgan va baholangan klinik ko'rsatmalarda kerakli tavsiyalar yetishmayotgan yoki ular yetarli darajada/to'liq tavsiflanmagan, dalillar bilan tasdiqlanmagan, bir-biriga zid bo'lgan, mahalliy sharoitda qo'llanilmagan yoki yeskirgan hollarda. Ma'lumotlar bazalarida randomizatsiyalangan boshqariladigan sinovlar, tizimli sharhlar, meta-tahlillar va kohort tadqiqotlari uchun qo'shimcha qidiruv o'tkazildi: <http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medmir.com>, <http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> va boshqalar.

Topilgan manbalar sifatini tanqidiy baholash klinik ko'rsatmalarning zamonaviyligi, ularni ishlab chiqish metodologiyasi, dalillarning ishonchliligi va ishonuvchanlik/kuchlilik darajalariga ko'ra tavsiyalar reytingi, tibbiy yordamning mahalliy sharoitlariga mos kelishini hisobga olgan holda amalga oshirildi.

Tavsiyalarni shakllantirish usullarining tavsifi. Protokolning yakuniy tavsiyalari tavsiyalarning bir qismini bir nechta klinik ko'rsatmalardan asl nusxada o'zgarishsiz olish, klinik ko'rsatmalar tavsiyalarining bir qismini mahalliy sharoitga moslashtirish, qo'shimcha adabiyotlarni qidirish asosida tavsiyalar ishlab chiqish orqali

shakllantirildi. Dalillarning past sifati va mahalliy sharoitda qo‘llanilmaydigan tavsiyalar chiqarib tashlandi. Klinik ko‘rsatmalardan olingan tavsiyalar dastlab nashr etilgan dalillar darajasi bilan qabul qilindi. Agar xorijiy klinik ko‘rsatmalar mualliflari dalillar darajasining boshqa o‘lchovlaridan foydalangan bo‘lsa, ular (iloji bo‘lsa) GRADE tizimiga o‘tkazildi. Xuddi shu tavsiyalar turli xil klinik ko‘rsatmalarda topilgan, ammo turli darajadagi dalillarga ega bo‘lgan hollarda, ishchi guruh protokolga yanada ishonchli ilmiy ma‘lumotlar asosida tuzilgan tavsiyalarni kiritdi.

Protokol ichki va tashqi ekspertlar tomonidan hujjatlashtirilgan. Agar tavsiyalarning dalillar bazasi taqrizchi/ekspert fikridan kuchliroq bo‘lsa yoki maqsadli sog‘liqni saqlash sharoitida foydalanish uchun maqbulroq bo‘lsa, ishchi guruh a‘zolari sharhlovchilarning takliflarini rad etish huquqini saqlab qolishadi.

Protokolning yakuniy tahririni shakllantirishda bayonnoma loyihasi oliy o‘quv yurtlari professor-o‘qituvchilari, O‘zbekiston akusher-ginekologlar assotsiatsiyasi a‘zolari, sog‘liqni saqlash tashkilotchilari (RIOvaBIATM DM xududiy filiallari va ularning o‘rinbosarlari), viloyat akusherlik tizimi muassasalari shifokorlari, keng doiradagi mutaxassislar muhokamasiga taqdim etildi. Muhokama uchun bayonnoma loyihasi bilan RIOvaBIATM davlat muassasasining rasmiy veb-sayti <https://akusherstvo.uz/> va telegram kanalida tanishish mumkin. Fikr-mulohaza elektron pochta orqali standart fikr-mulohaza varaqasini to‘ldirish bilan qabul qilindi. Bayonnoma loyihasining yakuniy muhokamasi va uning yakuniy versiyasini shakllantirish ishchi guruh, sharhlovchilar, JSST eksperti va keng doiradagi manfaatdor mutaxassislar ishtirokida norasmiy konsensusga erishish orqali onlayn tarzda o‘tkazildi.

Ushbu klinik protokolning tavsiyalarida barcha ma‘lumotlar ushbu muammo bo‘yicha tadqiqotlar soni va sifati qarab tavsiyalarning ishonchlilik darajasi (TID) ga qarab tartiblangan.

4.8. Platsental biriktirma patologiyasini boshqarish bo‘yicha amaliy ko‘nikmalar kompetentsiyalari (task shifting)

| | Hamshira / doya | KTOP oilaviy shifokori (bakalavr darajasi) | Akusher-ginekolog/ boshqa turdosh mutaxassislar |
|--|-----------------|--|---|
| Shikoyatlar va anamnez | | | |
| Bemordan shikoyatlarni to‘plash qobiliyatini namoyish etish | + | + | + |
| Bemorning anamnezini yig‘ishda platsenta joylashuvi va biriktirilishi patologiyalarining belgilari haqidagi bilimlarni qo‘llash. | + | + | + |
| Platsenta joylashuvi va biriktirilishi patologiyasi bo‘lgan bemorlarning to‘liq tibbiy tarixini shakllantirish. | | + | + |
| Xavf omillarini baholash | + | + | + |
| Fizikal ko‘rik | | | |
| Antropometrik ma‘lumotlarni o‘lchashda o‘z malakasini ko‘rsatish | + | + | + |
| Hayotiy muhim ko‘rsatkichlarni (puls, QB, ong, nafas olish, harorat) o‘lchash qobiliyatini namoyish etish | + | + | + |
| Protokol tavsiyalariga muvofiq bemorni kompleks fizikal tekshiruvdan o‘tkazishda o‘z malakasini namoyish etish | | + | + |
| Tashxis qo‘yish | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| KXT 10/11 asosida platsental biriktirma patologiyasi tashxisini qo'yish | + | + | + |
| Laborator diagnostikasi | | | |
| Bazaviy laborator tahlillarini tayinlash: | + | + | + |
| Bazaviy laborator tahlillari natijalarini talqin qilish | | + | + |
| Qo'shimcha laborator tahlillarini tayinlash: | | + | + |
| Qo'shimcha laborator tahlillari natijalarini talqin qilish | | + | + |
| Instrumental diagnostika | | | |
| Bazaviy instrumental tadqiqotlarni tayinlash | + | + | + |
| Bazaviy instrumental tadqiqotlar natijalarini talqin qilish | | + | + |
| Qo'shimcha instrumental tadqiqotlar tayinlash | | + | + |
| Qo'shimcha instrumental tadqiqotlar natijalarini talqin qilish | | + | + |
| Davolash | | | |
| Dori-darmonsiz davolash hajmini aniqlash | + | + | + |
| Protokol tavsiyalariga muvofiq dori-darmon bilan davolanishni tayinlash | | + | + |
| Jarrohlik aralashuvlari hajmini aniqlash | | | + |
| Protokolga muvofiq jarrohlik aralashuvlarini o'tkazishdagi kompetentsiyalar | | | + |
| Profilaktika | | | |
| Xulq-atvorni yaxshilash va sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish bo'yicha kompetentsiyalar | + | + | + |
| Dori-darmonlarni davolashga rioya qilishni yaxshilash bo'yicha kompetentsiyalar | + | + | + |

4.9. Platsental biriktirma patologiyasini boshqarish bo'yicha bilim kompetentsiyalari (task shifting)

| | Hamshira / doya | KTOP oilaviy shifokori (Bakalavr darajasi) | Akusher-ginekolog/ boshqa turdosh mutaxassislar |
|---|-----------------|--|---|
| Platsentaning joylashishi va biriktirilishi patologiyalarini aniqlash | + | + | + |
| Platsentani joylashish va birikish patologiyasi bilan bog'liq shikoyatlar, xavf omillari va alomatlarini tavsiflash | + | + | + |

| | | | |
|--|---|---|---|
| Platsentani joylashish va birikish patologiyasi bilan bog'liq terminologiyani tavsiflash | | + | + |
| Platsentaning joylashishi va birikishi patologiyalarini XKT 10/11 ga muvofiq tasniflash | + | + | + |
| Platsentaning joylashishi va birikishi patologiyasining patofiziologik mexanizmlarini tavsiflash | | + | + |
| Platsenta joylashuvi va biriktirilishi patologiyasini rivojlantirish uchun xavf omillarini tavsiflash | | + | + |
| Platsentaning joylashishi va biriktirilishi patologiyalari uchun kasallik tarixini yig'ish sxemasini tasvirlab berish | + | + | + |
| Platsentaning joylashishi va biriktirilishi patologiyalarini fizikal tekshirishga yondashuvlarni tavsiflash | + | + | + |
| Etiologiya, simptomlar va tadqiqotlar asosida platsenta joylashuvi va biriktirilishi patologiyalarini tashxislashga yondashuvni yaratish | + | + | + |
| Asosiy tahlillar va instrumental tadqiqotlar talqini | | + | + |
| Platsenta joylashuvi va biriktirilishi patologiyalari uchun joylashuv terapiyasiga yondashuvni yaratish | | + | + |
| Dori darmonsiz terapiyani tasvirlab berish | + | + | + |
| Dori terapiyasini tavsiflash | | + | + |
| Platsentaning joylashishi va biriktirilishi patologiyalaridagi patofiziologik o'zgarishlarni muhokama qilish | | + | + |
| Platsentaning joylashishi va biriktirilishi patologiyalari uchun profilaktika choralarini bilish | + | + | + |