

Інновації розродження вагітних з аномально інвазивною плацентою: placenta percreta (Випадок з практики)

О.В. Голяновський¹, В.В. Мехедко¹, А.О. Савонік¹, Д.О. Гончаренко², В.М. Кучер³, С.В. Верещагін³, С.В. Герасімов³

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

²Київський обласний центр охорони здоров'я матері та дитини

³Київська обласна лікарня

У статті наведено випадок із практики з допологовою діагностикою аномально інвазивної плаценти (pl. percreta) зі втрощенням у передміурову клітковину, задню стінку сечового міхура на тлі повного передлежання плаценти і попереднього кесарева розтину. Підкреслено актуальність сучасної діагностики патології плацентациї з використанням УЗД, доплерометрії та МРТ з метою визначення глибини інвазії плацентарної тканини в міометрій.

Запропоновано інноваційний алгоритм розродження вагітної з цією тяжкою акушерською патологією та застосуванням ендovasкулярної методики тимчасової балонної оклюзії черевної аорти, виконанням донного кесарева розтину з подальшою гістеректомією без додатків, перев'язуванням внутрішніх клубових артерій, аргоноплазмозомою коагуляцією тканин. Запропонована нами методика суттєво зменшує об'єм крововтрати, вірогідність розвитку масивної кровотечі, коагулопатичних порушень і можливого пошкодження суміжних органів.

Ключові слова: аномально інвазивна плацента, placenta increta/percreta, передлежання плаценти, масивна акушерська кровотеча, балонна оклюзія аорти, аргоноплазмоз коагуляція тканин.

Особливе місце серед причин акушерських кровотеч, що призводять до материнської смертності як інтраопераційно, так і у ранній післяпологовий період посідає патологія плацентациї. Передлежання плаценти (ПП) – це акушерська патологія, актуальність якої зумовлена тяжкими наслідками як для плода, так і для матері. Кожна п'ята акушерська кровотеча спричинена саме ПП (Саконбат Э., 2008), що супроводжується високим рівнем перинатальної (22%) та материнської смертності (2–10%) (Медянікова І.В., 2007). Якщо частота ПП не перевищує 0,6%, то у структурі материнської смертності її частка становить уже близько 10% (Саконбат Э., 2008). Загальноприйнятою в Україні є тактика ведення пацієнток з післяпологовою кровотечею на тлі ПП, передчасного відшарування нормально розташованої плаценти, яка залежить, насамперед, від обсягу крововтрати, стану плода і жінки, строку вагітності. При невеликій крововтраті, відсутності пологової діяльності до 34 тиж вагітності можливе динамічне спостереження за станом пацієнтки і плода.

Раннє і комплексне лікування спрямоване на спинення кровотечі, нормалізацію гемодинаміки і профілактику респіраторного дистресу (РДС) плода, дозволяє пролонгувати вагітність і попередити репродуктивні втрати. У випадку прогресуючої кровотечі, що супроводжується геморагічним шоком, дистресом плода, незалежно від строку вагітності показано термінове розродження. Однак на тлі передлежання плаценти і передчасного відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНПП) небезпека масивної крововтрати після вдалого розродження не зникає.

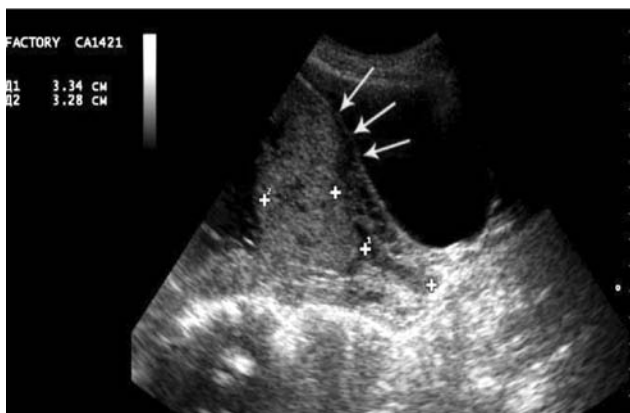
Показник смертності при кровотечах під час вагітності і пологів розглядається окремо у статистичних звітах ВООЗ, де наведені такі причини масивних акушерських кровотеч (МАК), як ПВНПП – 30%, ПП – 20%, патологія післяпологового періоду – 18%, атонічні кровотечі – 27%, інші причини (розрив матки та ін.) – 5% (О.В. Стасишин, 2013).

Частота аномального прикріплення плаценти становить 1–2% від загальної кількості кровотеч. Водночас патологія плацентациї (placenta previa/ placenta accreta, placenta percreta) є однією з основних причин життєво небезпечних масивних кровотеч (45%), а 50% жінок з цією патологією потребують масивної інфузійно-трансфузійної терапії (David A. Miller, 2001). Збільшення відсотку кесарева розтину (КР) та вагітності у жінок з рубцем на матці часто є причиною дефекту децидуальної оболонки та підвищує частоту випадків placenta accreta/increta/percreta до 30%. Кількість випадків неправильної плацентациї збільшилась у 10 разів за останні 20 років і на сьогодні спостерігається у 9,3–10% жінок у поєднанні з placenta previa (передлежання плаценти).

У жінок з діагностованою placenta previa ризик виникнення аномально інвазивної плаценти (АІП) – placenta accreta/percreta збільшується від 5% (без рубця на матці) до 24% (з одним КР в анамнезі) та до 67% у випадку чотирьох і більше оперативних втручань на матці. Існує пряма залежність патологічного прикріплення плаценти від кількості КР в анамнезі, що, у свою чергу, призводять до акушерської кровотечі (АК) та у подальшому до проведення гістеректомії. У загальній популяції прирощення плаценти діагностують в 1 випадку на 7000 пологів. Прирощення передлеглої плаценти – 1 випадок на 2500 пологів. Якщо вік матері перевищує 35 років, то ризик прирощення передлеглої плаценти збільшується майже у 2,5 рази, а за наявності двох та більше КР в анамнезі ризик збільшується в 11 разів (Miller D.A. et al., 1997). У жінок, які не досягли 35 років та не мали КР в анамнезі, ПП діагностують досить рідко – у 2,1% випадків, проте у випадку двох і більше оперативних втручань на матці цей показний зростає майже до 39%. Крім цього, ситуація ускладнюється прирощенням плаценти у ділянці рубця.

Необхідно відзначити, що кровотечі, пов'язані з АІП на тлі ПП у жінок з рубцем на матці, часто не супроводжуються кров'янистими виділеннями під час вагітності у зв'язку з істинним прирощенням плаценти, але виникають інтраопераційно при спробі відділення плаценти. Це швидко призводить до розвитку профузних МАК та досить часто ускладнюється коагулопатичними порушеннями.

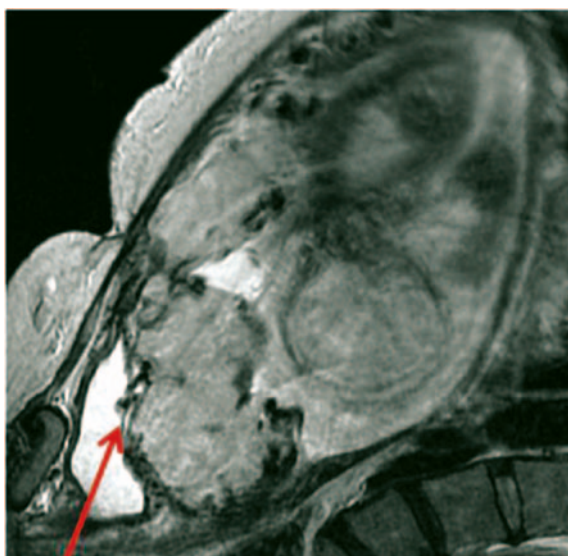
Проблема спинення масивних кровотеч та надійного гемостазу в оперативному акушерстві залишається актуальною не тільки тому, що кровотечі є однією з основних причин материнської смертності, але й у зв'язку з недостатньою визначеністю критеріїв необхідності проведення хірургічного гемостазу, показань до перев'язування магістральних судин



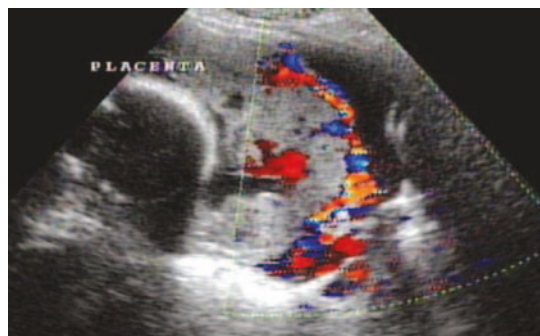
Мал. 1. Ехограма: відсутність гіпоехогенної ретроплацентарної зони міометрія



Мал. 2. Ехограма: стоншення межі між маткою і сечовим міхуром



Мал. 3. МРТ: «набухання» нижнього сегмента матки, заповненого плацентарною тканиною, з нечітким контуром задньої стінки сечового міхура



Мал. 4. Ехограма: гіперваскуляризація нижнього сегмента матки

матки, об'ємом та якістю проведення інфузійно-трансфузійної терапії у кожному клінічному випадку.

Найбільш частим методом лікування кровотеч, пов'язаних з патологією плацентації та прикріплення плаценти, є проведення гістеректомії без придатків матки (Zelop С., Nadel А., Frigoletto F.D, 1992). Але такий підхід має суттєві недоліки, насамперед втрати жінкою репродуктивного органу.

Останні дослідження як вітчизняних, так і закордонних авторів присвячені пошуку сучасних методик терапії АК, зменшенню крововтрати, можливості збереження фертильної та менструальної функцій жінки.

На клінічних базах кафедри акушерства та гінекології № 1 НМАПО імені П.Л. Шупика розроблені діагностичні критерії АПП (за даними ультразвукового, доплерометричного та МРТ-досліджень) та алгоритми проведення абдомінального розродження у разі часткового прирощення плаценти (placenta accreta) і пророщення плаценти (placenta percreta).

Існуючі на сьогодні різні підходи до лікування та профілактики геморагічних ускладнень на тлі АПП розроблені недостатньо і потребують удосконалення з прогнозуванням їхнього розвитку та впровадженням покрокового алгоритму дій у разі даної патології. Тому важливе практичне значення мають допологова діагностика АПП і алгоритм розродження таких вагітних залежно від глибини інвазії плацентарної тканини в міометрії.

Метою публікації є представлення для широкого загалу лікарів аналізу клінічного випадку у вагітної з аномально інвазивною плацентою (placenta percreta) та пророщенням у задню стінку сечового міхура із використанням ендovasкулярної методики тимчасової оклюзії черевної аорти для мінімізації крововтрати, який було зареєстровано у Київському обласному центрі охорони здоров'я матері та дитини (КОЦОЗМіД).

Клінічний випадок

Вагітна Є., 1986 р.н. (32 роки), госпіталізована у відділенні патології вагітності КОЦОЗМіД 05.06.2018 р. за направленням головного акушера-гінеколога Чернігівської області з попереднім діагнозом: «Вагітність ІІІ, 35–36 тиж. Оперована матка (Кесарів розтин у 2014 році). Повне передлежання плаценти. Аномально інвазивна плацента в ділянці післяопераційного рубця. Пророщення сечового міхура? Анемія легкого ступеня» для подальшого дообстеження та визначення плану і об'єму оперативного лікування.

Вагітній у КОЦОЗМіД було проведено клініко-лабораторне обстеження у повному обсязі, проведено УЗД, в результаті якого було підтверджено та виявлено ознаки аномально інвазивної плаценти (placenta percreta), а саме: відсутність нормальної гіпоехогенності ретроплацентарного простору, стоншення межі між маткою та сечовим міхуром, «розмитість» контурів задньої стінки сечового міхура (мал. 1–3).

За даними доплерометрії встановлено гіперваскуляризацію нижнього сегмента матки (мал. 4), наявність дифузного інтраплацентарно-лакунарного кровообігу з високошвидкісним турбулентним потоком венозного типу, патологічне судинне з'єднання плаценти з сечовим міхуром з низькорезистентним артеріальним плацентарним кровообігом.

У комплекс обстежень було включено магнітно-резонансну томографію (МРТ) без контрастування, обстеження



Мал. 5. Уведення ангиографічного провідника 0.035” у черевну аорту через стегнову артерію



Мал. 6. Двопросвітний балон-катетер F8 введено в інфраренальний відділ черевної аорти під контролем ультразвукового датчика

проводили з використанням апарата МРТ «Toshiba Vantage Titan 3Т» з напругою магнітного поля 3 Тесла та градієнтними котушками амплітудою 30 мТ/м. За даними МРТ виявлено опуклість стінки матки, темні внутрішньоплацентарні смужки (T₂-зважених зображень), що також підтвердило наявність placenta percreta з пророщенням до задньої стінки сечового міхура.

За результатами лабораторного обстеження було встановлено анемію легкого ступеня тяжкості: Нb – 92 г/л; Ер. – $3,1 \times 10^{12}$ /л; Нt – 30; Л-ти – $9,0 \times 10^9$ /л.

У результаті проведених досліджень встановлено клінічний діагноз: Вагітність ІІІ, 36 тиж. Нестійке положення плода. Оперована матка (КР у 2014 р.). Повне передлежання плаценти. Аномально інвазивна плацента: placenta percreta з проростанням у задню стінку сечового міхура. ОАА (ранній викидень у 2012 р.) Анемія легкого ступеня. Міопія легка. Дифузний зоб.

У зв'язку зі встановленим діагнозом розроблено план розродження:

1. Плановий кесарів розтин у терміні 37–38 тиж вагітності (14.06.2018 р.) у дні матки з подальшою гістеректомією без придатків матки з пластикою сечового міхура та проведенням пошарової аргоноплазмової коагуляції тканин (Апарат «Фотек ЕА142»).

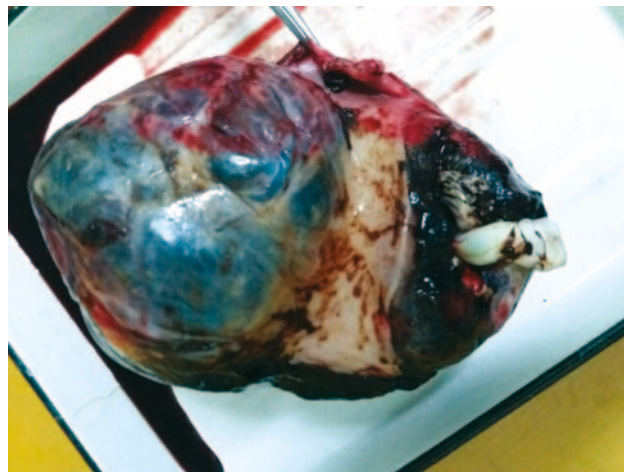
2. Консультація судинного хірурга для проведення тимчасової балонної оклюзії інфраренального відділу черевної аорти з метою зменшення крововтрати під час кесарева розтину.

3. Консультація уролога інтраопераційно.

4. Корекція анемії легкого ступеня.



Мал. 7. Пророщення плацентою нижнього сегмента матки, передміхурової клітковини з множинною васкуляризацією (Carut medusae)



Мал. 8. Макропрепарат матки без придатків з ділянкою пророщення плацентою передньої стінки матки, передміхурової клітковини і донним кесаревим розтином

5. Обсяг оперативного втручання визначити під час операції.

6. Заготувати свіжозаморожену плазму та еритроцитарну масу А(ІІ) Rh(+) на випадок крововтрати.

7. Тривалість балонної оклюзії черевної аорти не повинна перевищувати 90 хв згідно з рекомендацією судинного хірурга.

Протокол операції від 14.06.2018 р. 11¹⁰–13²⁵

Операція: Тимчасова балонна оклюзія інфраренального відділу черевної аорти. Серединна лапаротомія. Донний кесарів розтин. Гістеректомія без придатків матки. Білатераль-

не перев'язування а.Ііаса interna. Пластика сечового міхура. Дренування черевної порожнини.

Діагноз після операції: Пологи ІІ, 37 тиж, патологічні у тазовому передлежанні. Оперована матка (КР у 2014 р.). Повне передлежання плаценти. Аномально інвазивна плацента. РІ. рерсрета з проростанням у сечовий міхур. ОАА (ранній викидень у 2012 р.). Анемія легкого ступеня. Міопія легка. Дифузний зоб.

Наркоз: ендотрахеальний + НЛА.

Хід операції

І. Балонна оклюзія черевної аорти. З метою мінімізації кровотрати під час акушерської операції за участю судинних хірургів було виконано ендovasкулярне втручання – тимчасова балонна оклюзія черевної аорти під контролем ультразвукового дослідження (апарат Imagic Agile, «Kontron» – 2011 р. у режимі двовимірної візуалізації: трансабдомінальне сканування з частотою датчика 3,5 МГц).

Перед проведенням кесарева розтину черезшкірним пункційним доступом за Сельдингером під місцевою анестезією 0,5% розчином новокаїну – 20,0 мл через праву загальну стегову артерію у черевну аорту введений ангіографічний провідник 0.035 (мал. 5).

Під контролем ультразвукового фазового датчика 5 МГц у черевну аорту проведено двопросвітний балон-катетер – «Reliant™ stent graft balloon catheter» виробництва фірми «Medtronic», США (мал. 6).

Згідно з інструкцією виробника, даний балон-катетер призначений для розправлення аортальних стент-графтів у випадках ендопротезування аневризми черевної аорти, а також для тимчасової оклюзії аорти та інших великих судин. Виріб є несучим катетером діаметром 8F і довжиною 100 см, на дистальному кінці якого змонтований низькопрофільний комплаєнсний поліуретановий балон, який можна роздути в діапазоні від 10 до 46 мм (залежно від діаметра судини).

ІІ. Серединна лапаротомія. Донний кесарів розтин. Гістеректомія без придатків матки. Перев'язування внутрішніх клубових артерій.

Операційне поле трічі оброблено розчином антисептика. Серединним лапаротомним доступом проведено пошаровий розтин передньої черевної стінки. У рану передлежить вагітна матка з вираженим судинним сплетенням «голова медузи» у ділянці рубця, нижнього сегмента з переходом на сечовий міхур. Проведено розріз у ділянці дна матки (донний КР). Вилились прозорі навколоплідні води. За підведену голівку виведена та вилучена жива доношена дівчинка з масою тіла 2870 г, зростом 50 см, 8/8 балів за шкалою Апгар. Новонароджена відділена від матері та передана акушерці і неонатологу.

Матка виведена у рану.

З метою зменшення об'єму крововтрати на тлі врошення плаценти внутрішньовенно введена транексамова кислота (Сангера 1,0 г). Ураховуючи явні ознаки пророщення плаценти передньої стінки матки, передміхурової клітковини, задньої стінки сечового міхура з вираженою множинною васкуляризацією венозними і артеріальними судинами, що нагадує *Sarut medusae* (мал. 7), зважаючи на значну площу пророщення передньої стінки матки (близько 12 см у діаметрі), прилеглої передміхурової і параметральної клітковини, було вирішено провести гістеректомію без придатків матки.

Після проведення **донного кесарева розтину** і народження плода було введено 2500 ОД гепарину і балон був роздутий фізіологічним розчином відразу над біфуркацією черевної аорти до повного перекриття в ній кровотоку (хірурги пропальпували роздутий балон овоїдної форми довжиною близько 3,0 см), але без блокування кровотоку по верхній брижовій і ниркових артеріях. Протягом акушер-

ської операції кожні 25 хв здували балон приблизно на 30 с для відновлення кровотоку та запобігання тромбозу в артеріях таза і нижніх кінцівок. Під час здуття балона відзначали посилення кровотечі з артерій плаценти у зоні основного (акушерського) оперативного втручання. У той самий час на тлі роздутого балона кровотеча було незначною, що дозволило успішно виконати видалення матки без придатків разом з плацентою, що проросла у задню стінку сечового міхура (мал. 8).

Проведена гістеректомія без придатків. Затиснуті, пересічені, лігвані круглі маткові зв'язки, власні зв'язки яєчників з матковими трубами. Очеревина заднього листка широкіх маткових зв'язок роз'єднана. Затиснуті, розітнуті, лігвані судини матки і верхні відділи кардинальних зв'язок. Затиснуті, пересічені, лігвані крижово-маткові зв'язки. На рівні піхвових склепінь виконана екстирпація матки без придатків. Кукса піхви зашита безперервним вікриловим швом. Під час вилучення матки виявлено проростання плаценти у сечовий міхур. Проведена пластика та ушивання сечового міхура у присутності уролога. З метою профілактики рецидиву кровотечі, можливого розвитку коагулопатичної кровотечі проведено білатеральне перев'язування аа. ііасае internaе на І рівні (після здуття балона і відновлення кровотоку у черевній аорті).

Туалет черевної порожнини. Підрахунок серветок та інструментів – всі у наявності. Дренування черевної порожнини через культю піхви. Черевна стінка пошарово відновлена. Аргоноплазмове оброблення тканин пошарово (культя зв'язок, культя піхви, апоневроз, підшкірно-жирова клітковина). На шкіру – косметичний внутрішньошкірний вікриловий шов. Асептична пов'язка.

Загальна крововтрата 1300,0 мл відновлена збалансованими кристалоїдами, плазмозамінниками – препаратами модифікованої желатини (800,0 мл) і двома дозами одноступінчастої еритроцитарної маси. Сеча виведена катетером 500,0, сукровична.

Перебіг раннього післяопераційного періоду без ускладнень з постійним катетером сечового міхура протягом 5 діб. Дренаж з черевної порожнини вилучено на 2-у добу – відсутність виділень. Після вилучення сечового катетера самостійне сечовипускання без ускладнень. На 6-у добу результат аналізу сечі – без патологічних змін. Анемія середнього ступеня тяжкості (Hb = 81 г/л) зкоригована сахаратом тривалентного заліза (200 мг) через день, трічі. На 8-у добу післяопераційного періоду рівні становили: Hb – 101 г/л; Ер. – $3,7 \times 10^{12}/л$; Ht – 38; Л-ти – $7,5 \times 10^9/л$.

На 3-ю добу пацієнтка була переведена з палати інтенсивної терапії у післяпологове відділення у задовільному стані. Заживлення внутрішньошкірного шва післяопераційної рани рег ргітам. Виписана на 7-у добу після операції у задовільному стані разом з новонародженою.

Резюме пологів. Вагітність ІІІ, 37 тиж. Нестійке положення плода. Оперована матка (КР у 2014 р.). Повне передлежання плаценти. Аномально інвазивна плацента (АІП): рІ. рерсрета з пророщенням задньої стінки сечового міхура. ОАА (ранній викидень у 2012 р.) Анемія легкого ступеня. Міопія легкого ступеня. Дифузний зоб.

Операція: 16.06.2018 р. Тимчасова балонна оклюзія інфраренального відділу черевної аорти. Серединна лапаротомія. Донний кесарів розтин. Гістеректомія без придатків матки. Білатеральне перев'язування аа.Ііасае internaе. Пластика сечового міхура. Дренування черевної порожнини. Аргоноплазмове коагуляція тканин. ЗК – 1300,0 мл (відновлена збалансованими кристалоїдами, плазмозамінниками, одноступінчастою еритроцитарною масою). **Наркоз:** ендотрахеальний + НЛА.

Народилася жива доношена дівчинка з масою тіла 2870 г, зростом 50 см, 8/8 балів за шкалою Апгар. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Заживлення внутрішньошкірного шва післяопераційної рани рег ргітам. Виписана на 7-у добу після операції у задовільному стані разом з новонародженою.

ВИСНОВКИ

1. Допологова діагностика аномально інвазивної плаценти у II і III триместрах вагітності є визначальною для розроблення алгоритму розродження вагітної за органозберігальною або радикальною методиками, що залежить від глибини інвазії плацентарної тканини в міометрій або за його межі. Сучасна діагностика АПП базується на патогномонічних ознаках за даними УЗД, доплерометрії та магнітно-резонансної томографії.

2. Зважаючи на велику вірогідність розвитку геморагічних ускладнень, коагулопатичної кровотечі і, у більшості випадків, неможливості проведення органозберігальної операції на тлі pl. percreta, у сучасному акушерстві йде активний пошук і впровадження найбільш ефективного алгоритму розродження вагітних з цією

патологією. *Запропонована нами інноваційна технологія проведення тимчасової балонної оклюзії інфраренального відділу черевної аорти (за участю судинних хірургів) після виконання донного кесарева розтину і подальшої гістеректомії без придатків матки суттєво зменшує об'єм крововтрати, вірогідність розвитку масивної кровотечі та пошкодження суміжних органів.*

3. Мультидисциплінарний підхід у разі діагностованої pl. percreta з ознаками вращення плацентарної тканини у суміжні органи та клітковину малого таза із залученням судинних хірургів, урологів, трансфузіологів, анестезіологів є, з погляду сучасних позицій, найбільш оптимальним для мінімізації виникнення можливих ускладнень.

Необхідно проводити подальші клінічні дослідження щодо розроблення найбільш ефективних алгоритмів розродження вагітних з аномально інвазивною плацентою залежно від глибини інвазії плацентарної тканини в міометрій або за його межі з метою зменшення об'єму крововтрати та зменшення вірогідності виникнення тяжких інтра- та післяопераційних ускладнень, а в деяких випадках – проведення органозберігальних операцій зі збереженням репродуктивної функції жінки.

Иновации родоразрешения беременных с аномально инвазивной плацентой: placenta percreta (Случай из практики)

О.В. Голяновский, В.В. Мехедко, А.О. Савоник, Д.О. Гончаренко, В.М. Кучер, С.В. Верещагин, С.В. Герасимов

В статье представлен случай из практики с дородовой диагностикой аномально инвазивной плаценты (pl. percreta) с вращением в предпузырную клетчатку, заднюю стенку мочевого пузыря на фоне полного предлежания плаценты и предыдущего кесарева сечения. Подчеркнуто актуальность современной диагностики патологии плацентации с использованием УЗИ, доплерометрии и МРТ с целью определения глубины инвазии плацентарной ткани в миометрий.

Предложен инновационный алгоритм родоразрешения беременной с этой тяжелой патологией с использованием эндоваскулярной методики временной баллонной окклюзии брюшной аорты, выполнением донного кесарева сечения с последующей гистерэктомией без придатков, перевязыванием внутренних подвздошных артерий, аргоноплазменной коагуляцией тканей. Предложенная нами методика существенно уменьшает объем кровопотери, вероятность развития массивного кровотечения, коагулопатических нарушений и возможного повреждения смежных органов.

Ключевые слова: аномально инвазивная плацента, placenta increta/percreta, предлежание плаценты, массивное акушерское кровотечение, баллонная окклюзия аорты, аргоно-плазменная коагуляция тканей.

Innovation of delivery of pregnant women with abnormally invasive placenta: placenta percreta (Case of practice)

O.V. Golyanovskiy, V.V. Mekhedko, A.O. Savonik, D.O. Goncharenko, V.M. Kucher, S.V. Vereshchagin, S.V. Gerasimov

The article presents a case from practice with prenatal diagnostics of abnormally invasive placenta (Pl. Percreta) with invasion into the back wall of the bladder on the background of full placenta previa and previous caesarean section. Stressed the relevance of modern diagnostic pathologists placentation using ultrasound, Doppler and MRI to determine the depth of invasion of the placental tissue into the myometrium is emphasized. An innovative algorithm for delivery of a pregnant woman with this severe pathology using the endovascular technique of temporary balloon occlusion of the abdominal aorta, performing a cesarean section with a subsequent hysterectomy without appendages, ligating of the internal iliac arteries (IIAL), and argon-plasma tissue coagulation is proposed. The proposed method significantly reduces the amount of blood loss, the likelihood of developing massive bleeding, coagulopathic disorders and possible damage to adjacent organs.

Key words: abnormally invasive placenta, placenta increta/percreta, placenta previa, massive obstetric hemorrhage, balloon occlusion of the aorta, argon-plasma tissue coagulation.

Сведения об авторах

Голяновский Олег Владимирович – Кафедра акушерства и гинекологии №1 НМАПО имени П. Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1. E-mail: golyanovskiyoleg@yahoo.com

Мехедко Виктор Владимирович – Кафедра акушерства и гинекологии №1 НМАПО имени П. Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1; тел.: (067) 727-70-44

Савоник Анна Олеговна – Кафедра акушерства и гинекологии №1 НМАПО имени П. Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1; тел.: (063) 919-76-86. E-mail: savonik2015@gmail.com

Гончаренко Дмитрий Александрович – Киевский областной центр охраны здоровья матери и ребенка, 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1; тел.: (097) 930-00-29. E-mail: Dmgonch@ukr.net

Кучер Владимир Николаевич – Киевская областная клиническая больница, 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1, тел.: (050) 441-52-67. E-mail: coocher_v@yahoo.com

Верещагин Сергей Витальевич – Киевская областная клиническая больница, 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1; тел.: (050) 331-49-54. E-mail: doctor-sv@i.ua

Герасимов Сергей Викторович – Киевская областная клиническая больница, 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1; тел.: (067) 500-80-93. E-mail: 74sergey@ukr.net

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Комбинированный поэтапный хирургический гемостаз при частичном приращении и предлежании плаценты / Голяновский О.В., Мехедко В.В., Палладий В.В. [и др.] // Таврический медицинко-биологический вестник. – 2013. – Т. 15, № 2, ч. 1 (58). – С. 69–73.
2. Голяновский О.В. Розродження вагітних при істинному приращенні плаценти (огляд літератури) / Голяновський О.В., Мехедко В.В., Іванкова І.М. // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шуплика. – К., 2012. – В. 21, Кн. 4. – С. 591–595.
3. Еремін А.А. Применение полифункционального электрохирургического комбайна ФОТЕК ЕА 142 в различных областях хирургии: пособие для врачей / Еремін А.А. – Екатеринбург, 2007. – 27 с.
4. Масивні акушерські кровотечі / [Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О., Чернов А.В.]. – К.: «Триумф», 2010. – 232 с.
5. Sapmaz E. Bilateral ascending uterine artery ligation vs. tourniquet use for hemostasis in cesarean myomectomy: a comparison / Sapmaz E., Celik H., Altungul A. // J. Reprod. Med. – 2003. – Vol. 48, № 12. – P. 950–954.
6. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике: руководство / Айламазян Э.К. – [4-е изд., перераб. и доп.]. – СПб.: СпецЛит, 2007. – 400 с.
7. Корячкин В.А. Интенсивная терапия угрожающих состояний / Корячкин В.А., Страшнов В.И. – СПб.: Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2002. – 288 с.
8. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / Серов В.Н. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 256 с.
9. David A. Miller, MD. Obstetric Hemorrhage. – 2001. – 227 p.
10. Kayem G. [Management of placenta accreta] : [article in French] / G. Kayem, G. Grange, F. Goffinet // Gynecol. Obstet. Fertil. – 2007. – Vol. 35, N3. – P. 186–192.
11. Internal iliac artery ligation for arresting postpartum haemorrhage / N.N. Mahajan, N.L. Gaikwad, K.N. Mahajan, R.N. Soni // BJOG. – 2007. – Vol. 114, N 7. – P. 906.
12. Clark S. L. Placenta previa/accreta and prior cesarean section / S.L. Clark, P.P. Koonings, J.P. Phelan // Obstet. Gynecol. – 1985. – Vol. 66, N 1. – P. 89–92.
13. Oyelese Y. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa / Y. Oyelese, J.C. Smulian // Obstet. Gynecol. – 2006. – Vol. 107, N 4. – P. 927–941.
14. Mousa H.A. Major postpartum haemorrhage / H.A. Mousa, S. Walkinshaw // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. – 2001. – Vol. 13, N 6. – P. 595–603.

Статья поступила в редакцию 09.07.2018

СТАТЬИ В ЖУРНАЛЕ «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ»
ТЕПЕРЬ ИМЕЮТ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧАТЬ

УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ИДЕНТИФИКАТОР ЦИФРОВОГО ОБЪЕКТА
DIGITAL OBJECT IDENTIFIER (DOI)
СИСТЕМЫ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ССЫЛОК CROSSREF

CrossRef объединяет издательские организации со всего мира, представляющие 20 тыс. научных изданий и 1500 библиотек, обеспечивая перекрестную связь между публикациями в научных журналах более чем 2800 издательств с помощью цифровой идентификации объектов.

Использование DOI позволит представить отечественные научные достижения мировой науке, улучшит обмен научной информацией между учеными, будет способствовать повышению рейтинга и индекса цитирования ученых Украины за рубежом, позволит вывести отечественные журналы в международное информационное поле.

Внедрение системы DOI в издательскую деятельность повышает публикационную активность изданий, увеличивает доступность научных публикаций за пределами Украины и дает возможность авторам быть представленными в известных наукометрических базах данных. Ценность идентификатора DOI для авторов заключается в том, что его использование в любое время обеспечивает быстрый поиск научной статьи, книги и другой печатной продукции без необходимости проведения поиска на сайтах журналов или поисковых систем.

Идентификатор цифровых объектов DOI является необходимым звеном доступности для анализа научной продукции, который осуществляется информационно-аналитическими системами наукометрических баз данных.

Адрес для переписки: ООО «Группа компаний Мед Эксперт», Украина, 04211, г.Киев-211, а/я 80;

Контактный телефон редакции +38 044 498-08-80

Сайт www.med-expert.com.ua

e-mail: pediatr@med-expert.com.ua

Контактное лицо: Шейко Ирина Александровна