

Порівняльна прогностична значущість УЗ- та МРТ-методів діагностики анормально інвазивної плаценти

О.В. Голяновський, І.М. Іванкова

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

²Київський обласний центр охорони здоров'я матері та дитини

Акушерські кровотечі (АК) є однією з основних причин материнської смертності. Кожна п'ята АК зумовлена саме передлежанням плаценти (Саконбат Е., 2008), що супроводжується високим рівнем перинатальної (22%) та материнської смертності (2–10%). У цьому контексті патологія плацентації є основною причиною профузних кровотеч, що призводять до розвитку геморагічного шоку з фатальними наслідками. У структурі причин материнської смертності протягом багатьох років посідала провідне місце екстрагенітальна патологія, проте з 2012 року, на жаль, на перше місце вийшли масивні АК, що виникають на тлі анормально інвазивної плаценти (АІП). Останні дослідження як вітчизняних, так і закордонних авторів присвячені пошуку сучасних методик терапії акушерських кровотеч, зменшенню крововтрати, можливості збереження фертильності та менструальної функції жінки.

Мета дослідження: визначення чутливості, специфічності та прогностичної цінності методів УЗ- та МРТ-дослідження під час проведення антенатальної діагностики АІП у вагітних з рубцем на матці та передлежанням плаценти.

Матеріали та методи. Проведено УЗ- та МРТ-діагностику у 107 вагітних з кесаревим розтиним в анамнезі та передлежанням плаценти (основна група). У подальшому основна група вагітних була розподілена на дві підгрупи: до Іа підгрупи увійшли 57 вагітних, у яких на тлі передлежання плаценти спостерігалися ознаки АІП (після розродження діагноз підтверджений методами УЗД і МРТ), і до Іб підгрупи – 50 вагітних з рубцем на матці, передлежанням плаценти без ознак істинного прирощення плаценти (АІП, або pl. accreta/increta/percreta).

Результати. Проведеним дослідженням встановлено, що чутливість методу УЗ-діагностики щодо визначення наявності АІП становила 94,7%, специфічність – 90,3%, прогностична значущість позитивного результату – 94,0%. Ці результати цілком відповідають даним світової наукової літератури, що переконливо свідчить про високу прогностичну цінність ультразвукового методу діагностики АІП. У 32 (56,14%) вагітних з 57 була діагностована за даними УЗД і МРТ парціальна placenta accreta; у 15 – pl. increta і у 10 жінок – pl. percreta, які проростали у міометрії не по всій площі плаценти.

Відповідність діагнозів АІП за даними МРТ зафіксовано у 52 (91,2%) із 57 вагітних, попередній діагноз відрізнявся у 5 (8,8%) із 57 жінок. Наявність АІП за допомогою обох методів правильно діагностовано у 54 (94,7%) жінок.

Заключення. Пренатальну діагностику анормально інвазивної плаценти (АІП) у вагітних з рубцем на матці та передлежанням плаценти можна вважати цілком задовільною із використанням двох основних методів – УЗД і МРТ. Вони дають можливість точно діагностувати істинне прирощення плаценти і встановити глибину інвазії плацентарної тканини та мають високу чутливість і специфічність. За підозри на АІП, у разі технічних можливостей, краще застосовувати обидва методи, особливо при неоднозначному заключенні УЗД чи МРТ.

Ключові слова: акушерські кровотечі, анормально інвазивна плацента, ультразвукове дослідження, магнітно-резонансна томографія.

У структурі причин материнської смертності масивні акушерські кровотечі у більшості країн світу посідають друге місце після випадків тяжкої екстрагенітальної патології. У цьому контексті патологія плацентації є основною причиною профузних кровотеч, що призводять до розвитку геморагічного шоку з фатальними наслідками [6, 7, 14].

Безпосередніми факторами, що зумовлюють розвиток патології плацентації, є дистрофічні та атрофічні процеси в ендометрії, які виникають у результаті перенесених запальних процесів матки, внутрішньоматкових втручань з приводу мимовільних або штучних абортів. Так, із загальної кількості жінок з низькою плацентацією у 26,4% відзначено перенесені запальні процеси, у 32,3% – патологію шийки матки і у 16,4% – поєднання запального процесу з патологією шийки матки [2, 8]. Серед генітальних факторів заслуговують на увагу генітальний інфантилізм, ендокринопатії, рубець на матці, міома матки.

Частота анормального прикріплення плаценти становить 1–2% від загальної кількості кровотеч. Вростання плаценти означає порушення плацентації, пов'язане зі стоншенням або відсутністю децидуальної оболонки, недостатнім розвитком фібриноїдного шару (Nitabuchlayer) і, як наслідок, з надмірним зв'язком ворсин хоріона з м'язовою стінкою матки.

Якими не були б дані щодо частоти вростання плаценти, всі дослідники справедливо вказують на підвищення частоти цього ускладнення за останні 50 років у зв'язку з частим розродження шляхом кесарева розтину (КР) у нижньому сегменті матки. Паралельно зростанню частоти КР, що виконані у нижньому сегменті матки, підвищується і частота плацентації в нижньому сегменті матки – placenta praevia. У разі передлежання плаценти і наявності одного рубця на матці після КР імовірність вростання плаценти становить 24%; зі збільшенням числа операцій в анамнезі ризик зростає і сягає 67% за наявності 3 і більше рубців [1, 16].

Клініко-діагностичні методи виявлення анормального розташування плаценти, що застосовували до недавнього часу, представляють певні труднощі і мають обмежене застосування. Такі методи, як скінтиграфія, рентгенографія, ангіографія, є шкідливими для організму матері і плода, і можуть бути застосовані тільки за наявності відповідних показань [3, 4]. Останні дослідження як вітчизняних, так і закордонних авторів присвячені пошуку сучасних методик терапії акушерських кровотеч, зменшенню крововтрати, можливості збереження фертильності та менструальної функції жінки. З огляду на профілактичний напрямок медицини виникла необхідність пошуку достовірних та безпечних методів діагностики з метою профілактики можливих ускладнень за різних патологічних станів.

Ультразвуковий метод є одним з провідних методів дослідження (УЗД) в акушерсько-гінекологічній практиці завдяки

високої ефективності, нешкідливості, доступності та відносній простоті проведення [5, 13]. На сьогодні встановлені чіткі ультразвукові ознаки передлежання плаценти і терміни встановлення діагнозу за допомогою трансвагінального УЗД. Згідно з наказом МОЗ України, виділяють основні ультразвукові й доплерометричні ознаки аномально інвазивної плаценти (АІП).

Лікар з УЗД повинен зафіксувати відстань від краю плаценти до внутрішнього вічка шийки матки у міліметрах (у разі, коли край плаценти знаходиться на рівні внутрішнього вічка, відстань дорівнює 0). У разі, коли край плаценти досягає або перебиває внутрішнє вічко у 18–20 тиж вагітності (частота 2–4%), призначають трансвагінальне УЗД у 26–28 тиж вагітності, яке є безпечним та точним методом встановлення діагнозу. При підтвердженні діагнозу передлежання плаценти, навіть за відсутності кровотечі, – госпіталізація у стаціонар до розродження. Якщо край плаценти знаходиться менш ніж на 20 мм від внутрішнього вічка або перебиває його на 20 мм у термін після 26 тиж вагітності – це може свідчити про можливість клінічних проявів, пов'язаних з передлежанням плаценти. У разі відсутності клінічних проявів, пов'язаних з передлежанням плаценти, показано повторне трансвагінальне УЗД. У випадку, коли після 35–36 тиж вагітності край плаценти знаходиться більше ніж на 20 мм від внутрішнього вічка, – з високою вірогідністю можна прогнозувати успішні вагінальні пологи [12, 10].

Будь-яке перекриття внутрішнього вічка плацентою після 35–36 тиж вагітності (>0–20 мм) є показанням до КР. Жінки з передлежанням плаценти та КР в анамнезі мають високий ризик виникнення патології прикріплення плаценти (істинне прирощення плаценти – placcreta/increta/percreta).

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) як метод діагностики істинного прирощення плаценти в Україні, та й у світі, не набула значного поширення, зважаючи на технічні складнощі, тривалість й необхідну підготовку спеціалістів, які володіють методикою проведення МРТ у вагітних. Тому ми вважали за доцільне визначити чутливість і специфічність цих методів діагностики АІП для надання подальших практичних рекомендацій залежно від глибини інвазії плацентарної тканини в міометрій, адже від цього залежить методика абдомінального розродження вагітної: за органозберігальною або радикальною методикою (гістеректомія без придатків матки) [9, 11].

Мета дослідження: визначення чутливості, специфічності і прогностичної цінності методів УЗ- та МРТ-дослідження під час проведення антенатальної діагностики АІП у вагітних з рубцем на матці та передлежанням плаценти.

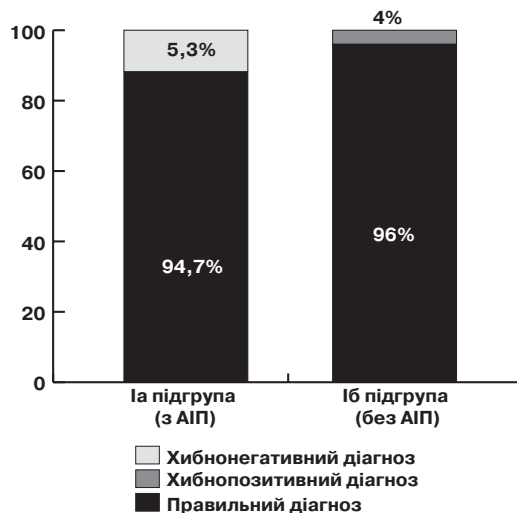
МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводили на клінічних базах кафедри акушерства та гінекології № 1 НМАПО імені П.Л. Шупика протягом 2011–2016 рр. у родопомічних стаціонарах Києва і Київської області.

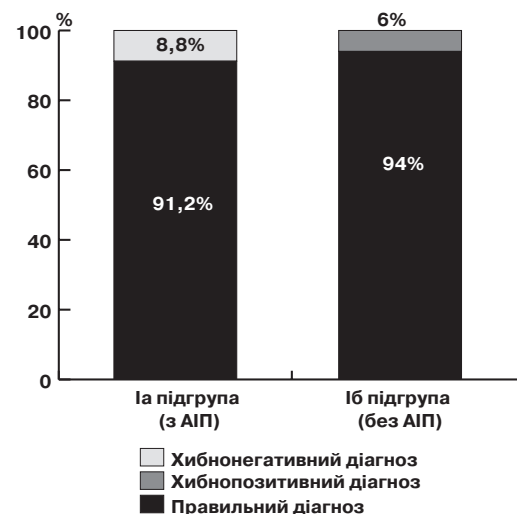
Об'єктом дослідження були жінки репродуктивного віку (20–40 років) з КР в анамнезі та передлежанням плаценти. Завданням дослідження було – встановлення найбільш патогномонічних ультразвукових, доплерометричних та МРТ-ознак АІП і проведення порівняльного оцінювання даних методів обстеження.

Для дослідження було відібрано 107 вагітних з КР в анамнезі та передлежанням плаценти (основна група). У подальшому основна група вагітних була розподілена на дві підгрупи: до Іа підгрупи увійшли 57 вагітних, у яких на тлі передлежання плаценти були ознаки АІП (після розродження діагноз підтверджений за результатами УЗД і МРТ) і до Іб підгрупи – 50 вагітних з рубцем на матці, передлежанням плаценти без ознак істинного прирощення плаценти (АІП, або pl. accreta/increta/percreta).

УЗД проводили на апаратах «Toshiba Hario» (2008) у режимі двовимірної візуалізації: трансабдомінальне скануван-



Мал. 1. Діагностична значущість УЗД для визначення АІП у вагітних



Мал. 2. Діагностична значущість МРТ для визначення АІП у вагітних

ня з частотою датчика 5 МГц і трансвагінальне дослідження з частотою датчика 4–9 МГц.

У комплекс обстежень було включено МРТ без контрастування. Обстеження проводили з використанням апарата МРТ «Toshiba Vantage Titan 3T» з напругою магнітного поля 3 Тесла та градієнтними котушками амплітудою 30 мТ/м.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

УЗД та колірна доплерометрія є основними методами визначення типу передлежання плаценти і глибини інвазії плаценти у разі АІП. Загальноприйняті ехо-ознаки врощення плаценти – це:

- відсутність гіпоехогенності ретроплацентарної зони;
- наявність плацентарних судинних лакун;
- відсутність гіперехогенної межі між маткою та сечовим міхуром;
- гіперваскуляризація нижнього сегмента матки.

Вважали за важливе встановити найбільш патогномонічні ультразвукові ознаки АІП. Установлено, що найчастіше спостерігалася ознака «відсутність гіпоехогенності ретроплацентарного простору» – у 47 (82,5%) пацієнток. Наявність судин-

Діагностична значущість УЗД і МРТ залежно від ступеня інвазії плаценти, %

Ступінь інвазії плаценти	УЗД			МРТ		
	Чутливість	ПЗПР	ПЗНР	Чутливість	ПЗПР	ПЗНР
Placenta accreta	94,5	93,5	95,0	94,5	91,2	94,0
Placenta increta+percreta	96,4	94,7	96,0	93,0	90,0	92,0

Таблиця 2

Значення тестових показників УЗД у діагностиці АІП (власні дослідження і дані інших авторів), %

Дослідження	Чутливість	Специфічність	ПЗПР	ПЗНР
Дане дослідження, n=107	96,4	94,1	94,7	96,0
C.R. Warshak et al., n=453	77,0	96,0	65,0	98,0
B.K. Dwyer et al., n=32	93,0	71,0	74,0	92,0

Таблиця 3

Тестові показники УЗД і МРТ для діагностики АІП, %

Метод	Чутливість	Специфічність	ПЗПР	ПЗНР
УЗД	96,4	94,1	94,7	96,0
МРТ	94,5	90,4	91,2	94,0

них лакун і гіперваскуляризація нижнього сегмента матки виявлені у 21 (36,8%) та 36 (63,2%) жінок відповідно, що було характерно більше для глибокої інвазії плаценти в міометрій (pl. icreta/percreta). Слід зазначити, що у всіх пацієнток визначали поєднання одразу двох або трьох ехографічних ознак АІП.

Чутливість методу УЗ-діагностики щодо визначення АІП становила 94,7%, специфічність – 90,3%, прогностична значущість позитивного результату – 94,0% (мал. 1). Ці результати цілком відповідають даним світової наукової літератури, що переконливо свідчить про високу прогностичну цінність ультразвукового методу діагностики АІП.

У комплекс обстежень було включено МРТ без контрастування з використанням апарата МРТ «Toshiba Vantage Titan 3T». У разі проведення МРТ ознаками АІП вважали:

- опуклість стінки матки у місці прикріплення плаценти;
- великі судинні лакуни у плацентарній тканині;
- гетерогенну інтенсивність сигналу у місці прикріплення плаценти;
- темні внутрішньоплацентарні смуги (T2-зважених зображень).

За даними МРТ виявлено опуклість стінки матки, темні внутрішньоплацентарні смужки (T2-зважених зображень), що також підтверджувало діагноз АІП.

Важливо зазначити, що у більшості вагітних з АІП не було прирощення плаценти по всій площі материнської поверхні. У 32 (56,14%) вагітних з 57 було діагностовано за даними УЗД і МРТ парціальну placenta accreta; у 15 – pl. increta і у 10 жінок – pl. percreta, які проростали в міометрій не по всій площі плаценти.

У разі проведення МРТ-дослідження правильний діагноз було встановлено у 52 (91,2%) з 57 вагітних, у 5 (8,8%) діагноз був хибнопозитивний. У групі порівняння (50 вагітних) хибнонегативний результат було встановлено у 3 вагітних, що становило 6,0%. Отже, за даними МРТ-діагностики АІП встановлено більше значення хибнонегативного результату порівняно з даними УЗД.

Менша інформативність МРТ стосувалася, насамперед, випадків з I ступенем інвазії плаценти в міометрій, тобто pl. accreta. Чутливість МРТ дещо нижча (94,5%) порівняно з даними, отриманими під час УЗД; так само, як і специфічність (90,4%) (мал. 2).

Відповідність діагнозів АІП за даними МРТ виявлено у 52 (91,2%) із 57 вагітних, попередній діагноз відрізнявся у 5 (8,8%)

із 57 жінок. Наявність АІП за допомогою обох методів правильно діагностовано у 54 (94,7%) пацієнток. При порівняльному оцінюванні обох методів можна зазначити, що можливості МРТ та УЗД цілком зіставні. Обидва методи високочутливі, специфічні, мають високу прогностичну значущість. МРТ-зображення більш точно виявляють глибину інвазії плацентарної тканини в міометрій, але для МРТ більш характерна гіпердіагностика.

Діагностичну значущість даних УЗД і МРТ залежно від ступеня інвазії плацентарної тканини в міометрій наведено у табл. 1

Отримані результати щодо високої інформативності ультразвукового, в тому числі й доплерометричного, дослідження, його високої діагностичної чутливості та специфічності узгоджуються з даними світової наукової літератури з цієї проблематики. Ці результати представлені у табл. 2.

Порівняння тестових показників УЗД і МРТ для діагностики АІП наведено у табл. 3.

Як видно з табл. 3, чутливість, специфічність, прогностична значущість позитивного результату (ПЗПР) і прогностична значущість негативного результату (ПЗНР) щодо діагностики АІП дещо краща для УЗД, але загалом треба відзначити високу прогностичну цінність обох методів. Слід зазначити, що у випадках проведення диференціальної діагностики між pl. accreta і pl. increta для встановлення точного діагнозу треба застосовувати МРТ з метою визначення глибини інвазії плацентарної тканини в міометрій та обрання методу і терміну розродження вагітної з цією патологією.

ВИСНОВКИ

Отже, у цілому пренатальну діагностику щодо наявності аномально інвазивної плаценти (АІП) у вагітних з рубцем на матці та передлежанням плаценти можна вважати цілком задовільною із використанням двох основних методів – УЗД і МРТ. Вони дають можливість точно діагностувати істинне прирощення плаценти і глибину інвазії плацентарної тканини і мають високу чутливість і специфічність.

Діагностична значущість УЗД та МРТ у даній категорії пацієнток зіставна; з економічної точки зору, для пацієнтів УЗД є більш прийнятним методом.

У разі підозри на АІП, за наявності технічних можливостей, краще застосовувати обидва методи, особливо при неоднозначному заключенні УЗД чи МРТ.

Сравнительная прогностическая значимость УЗ- и МРТ-методов диагностики anomalously инвазивной плаценты

О.В. Голяновский, И.Н. Иванкова

Акушерские кровотечения (АК) являются одной из ведущих причин материнской смертности. Каждая пятая АК обусловлена именно предлежанием плаценты (Саконбат Э., 2008), что сопровождается высоким уровнем перинатальной (22%) и материнской смертности (2–10%). В этом контексте патология плацентации является основной причиной профузных кровотечений, приводящих к развитию геморрагического шока с фатальными последствиями. В структуре причин материнской смертности в течение многих лет занимала ведущее место экстрагенитальная патология, однако с 2012 года, к сожалению, на первое место вышли массивные АК, возникающие на фоне anomalously инвазивной плаценты (АИП). Последние исследования как отечественных, так и зарубежных авторов посвящены поиску современных методик терапии акушерских кровотечений, уменьшению кровопотери, возможности сохранения фертильной и менструальной функций женщины. Учитывая профилактическое направление медицины, возникла необходимость поиска достоверных и безопасных методов диагностики с целью профилактики возможных осложнений при различных патологических состояниях.

Цель исследования: определение чувствительности, специфичности и прогностической ценности методов УЗ- и МРТ-исследования при проведении антенатальной диагностики АИП у беременных с рубцом на матке и предлежанием плаценты.

Материалы и методы. Проведено УЗ- и МРТ-диагностику у 107 беременных с кесаревым сечением в анамнезе и предлежанием плаценты (основная группа). В дальнейшем основная группа беременных была разделена на две подгруппы: в Ia подгруппу вошли 57 беременных, у которых на фоне предлежания плаценты наблюдались признаки АИП (после родоразрешения диагноз подтвержден методами УЗИ и МРТ), и в Ib подгруппу – 50 беременных с рубцом на матке, предлежанием плаценты без признаков истинного приращения плаценты (АИП, или pl. accreta / increta / percreta).

Результаты. Чувствительность метода УЗ-диагностики в определении наличия АИП, составила 94,7% специфичность – 90,3%, прогностическая значимость положительного результата – 94,0%. Эти результаты полностью соответствуют данным мировой научной литературы, что убедительно свидетельствует о высокой прогностической ценности ультразвукового метода диагностики АИП. У 32 (56,14%) беременных из 57 были диагностированы по данным УЗИ и МРТ парциальная placenta accreta; у 15 – pl. increta и у 10 женщин – pl. percreta, которые прорастали в миометрий не по всей площади плаценты.

Соответствие диагнозов АИП по данным МРТ выявлено у 52 (91,2%) из 57 беременных, предварительный диагноз отличался у 5 (8,8%) из 57 женщин. Наличие АИП с помощью обоих методов правильно диагностировано у 54 (94,7%) пациенток.

Заключение. Пренатальную диагностику anomalously инвазивной плаценты (АИП) у беременных с рубцом на матке и предлежанием плаценты можно считать вполне удовлетворительной с использованием двух основных методов – УЗИ и МРТ. Они дают возможность точно диагностировать истинное приращение плаценты и глубину инвазии плацентарной ткани и имеют высокую чувствительность и специфичность. При подозрении на АИП, в случае технических возможностей, лучше применять оба метода, особенно при неоднозначном заключении УЗИ или МРТ.

Ключевые слова: акушерские кровотечения, anomalously инвазивная плацента, ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография.

Comparative prognostic value of ultrasound and MRI diagnostic methods for anomalously invasive placenta

O.V. Golyanovsky, I.N. Ivankova

Obstetric hemorrhage (OH) is one of the leading causes of maternal mortality. Every fifth OH is caused by placenta previa (Sakonbat E., 2008), which is accompanied by a high level of perinatal (22%) and maternal mortality (2–10%). In this context, placental pathology is the main cause of profuse bleeding, leading to the development of hemorrhagic shock with fatal consequences. For many years, extragenital pathology occupied the leading position in the structure of the causes of maternal mortality, but since 2012, unfortunately, massive OH has come to the first place, occurring against the background of anomalously invasive placenta.

Recent studies of both domestic and foreign authors are devoted to the search for modern methods of treatment of obstetric hemorrhage, reducing blood loss, and the possibility of preserving the fertile and menstrual functions of a woman. Considering the prophylactic direction of medicine, it became necessary to search for reliable and safe diagnostic methods in order to prevent possible complications in various pathological conditions.

The objective: to determine the sensitivity, specificity and prognostic value of ultrasound and MRI studies for conducting antenatal diagnosis of AIP in pregnant women with a scar on the uterus and placenta previa.

Materials and methods. Ultrasound and MRI diagnostics of 107 pregnant women with a caesarean section in history and placenta previa. Later, the main group of pregnant women was divided into two subgroups: 57 pregnant women entered the Ia group, who showed signs of abnormally invasive placenta against the background of placenta prevalence (after delivery, the diagnosis was confirmed by ultrasound and MRI) and in group Ib pregnant women with a scar on the uterus, prelying placenta with no signs of true placenta increment (AIP or pl. accreta / increta / percreta).

Results. The sensitivity of the ultrasound diagnostics method for establishing AIP was 94.7%; specificity – 90.3%; the prognostic significance of a positive result – 94.0%. These results are fully consistent with the data of the world scientific literature, convincingly demonstrates the high prognostic value of the ultrasonic diagnostic method of AIP. In 32 pregnant women (56.14%) of 57, partial placenta accreta was diagnosed by ultrasound and MRI; at 15 – pl. increta and in 10 women – pl. percreta, which myometrium germinated not all over the placenta.

The conformity of the diagnoses of AIP according to MRI data was detected in 52 (91.2%) of 57 pregnant women, the preliminary diagnosis differed in 5 (8.8%) of 57 women. The presence of AIP using both methods was correctly diagnosed in 54 (94.7%).

Conclusion. Prenatal diagnosis of AIP in pregnant women with a scar on the uterus and placenta prevalence can be considered quite satisfactory using two main methods – ultrasound and MRI, which allow accurate diagnosis of true placental increment and depth of invasion of placental tissue and have high sensitivity and specificity. If you suspect AIP, in the case of technical capabilities, it is better to use both methods, especially with ambiguous conclusion of an ultrasound or MRI.

Key words: obstetric hemorrhages, abnormally invasive placenta, ultrasound, MRI.

Сведения об авторах

Голяновский Олег Владимирович – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Баггоутовская, 1; тел.: (067) 741-77-68. E-mail: golyanovskiyoleg@yahoo.com

Иванкова Ирина Николаевна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Баггоутовская, 1. E-mail: irina_ivankova@ukr.net

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Голяновський О.В. Масивні акушерські кровотечі / О.В. Голяновський, В.В. Камінський. – К.: «Тріумф», 2010. – 232 с.
2. Савельєва Г.М. Гинекологія: національне керівництво. Кратк. изд. / Г.М. Савельєва, Г.Т. Сухи, І.Б. Мануїна. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 704 с.
3. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике: руководство / Э.К. Айламазян. – СПб.: СпецЛит, 2007. – 400 с.
4. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия / В.Е. Радзинский. – М.: Status Praesens, 2011. – 688 с.
5. Урсаки Н.О. Особенности эхографической диагностики anomalously positioned placenta / Н.О. Урсаки // Зб. наук. праць співроб. НМАПО імені П.Л. Шуплика. – К., 2011. – Вип. 20. – Кн. 4, ч. 1. – С. 32–36.
6. Kayem G. Management of placenta accrete / G. Kayem, G. Grange, F. Goffinet // Gynecol. Obstet. Fert. – 2015. – Vol. 35, N 3. – P. 186–192.
7. Wallenburg H.C. Placenta lins efficiency: pathophysiology and therapeutic approaches / H.C. Wallenburg // Triangle. – 2015. – Vol. 29, No 4. – P. 171–180.
8. Quinlan R.W. Ultrasonic placental grading and fetal pulmonary maturity / R.W. Quinlan, A.C. Cruz // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2014. – Vol. 142. – P. 110–111.
9. Cesarean pregnancy and early placenta accrete share common histology / I.E. Timor-Tritsch [etal.] // Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. – 2014. – Vol. 43, № 4. – P. 383–395.
10. Епифанов А.Г. Интенсивная терапия акушерских кровотечений / А.Г. Епифанов, Г.Л. Драндров, А.В. Курилова // Здоровоохранение Чувашии. – 2012. – № 2. – С. 70–76.
11. Comprehensive gynecology / G.M. Lentz [etal.]. // – Mosby/Elsevier, 2012. – P. 1128.
12. Чайка В.К. Невынашивание беременности: проблемы и тактика лечения / В.К. Чайка, Т.Н. Демина. – Севастополь: «Вебер», 2011. – 268 с.
13. Протопопова Т.А. Тактика ведения беременных и принципы родоразрешения при предлежании и миграции плаценты / Т.А. Протопопова // Росс. мед. журн. – 2003. – № 5. – С. 48–50.
14. Жаркин Н.А. Эффективность баллонной тампонады при акушерских кровотечениях. Многоцентровое исследование / Н.А. Жаркин, Т.А. Воровская, Т.М. Воробьева // Медицинский алфавит. Больница. – 2010. – № 3. – С. 37–38.
15. Eshkoli T. Placenta accreta: risk factors, perinatal outcomes, and consequences for subsequent births / T. Eshkoli, A.Y. Weintraub, R. Sergienko // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2013. – Vol. 208, № 219. – P. 1–7.
16. Голяновський О.В. Кровотечі в практиці акушера-гінеколога. Навчальний посібник / за редакцією проф. Голяновського О.В. – К., 2013. – 240 с.

Статья поступила в редакцию 04.10.2018

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

МЕДИКИ УКРАИНЫ МОГУТ РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ
СОВРЕМЕННЫМИ ПРОТОКОЛАМИ ВООЗ И EUCAST

Украинские врачи теперь могут руководствоваться клиническими рекомендациями ВООЗ в ежедневной практике. Соответствующий приказ МОЗ Украины № 1752 прошел регистрацию в Минюсте Украины. В перечне источников клинических руководств – теперь сайты ВООЗ (WHO) и Еврокомитета, определяющего антимикробную резистентность (EUCAST).

Какие возможности для украинских медиков появляются в связи с данными изменениями? Согласно данным Центра общественного здоровья МОЗ Украины, современная медпрактика давно требовала дополнительных источников клинических руководств. Это важно для введения в сферу социально опасных болезней принципов, основанных на доказательной медицине.

ВООЗ располагает рекомендациями для разных стран, основание для которых – мониторинг и анализ эпидситуации по ВИЧ-инфекции и СПИДу, туберкулезу, уровням дохода населения и т.д. Использование клинических руководств ВООЗ поможет ввести в отечественное здравоохране-

ние методики современной диагностики, терапии и профилактики ВИЧ-инфекции и резистентных форм туберкулеза. Ведь назначить противомикробное средство без определения чувствительности микроорганизмов к нему надлежащим образом невозможно.

Организация EUCAST, протоколы которой теперь могут использовать украинские медики, является на данный момент ведущим ресурсом в вопросах мониторинга противомикробной резистентности: ассоциация непрерывно обновляет показатели чувствительности микроорганизмов, гармонизирует критерии оценивания чувствительности микроорганизмов в европейских странах. Теперь украинскими лабораториями также могут использоваться новые рекомендации, основанные на современных исследованиях, вместо устаревших инструкций. Это является большим шагом в решении проблемы антибиотикорезистентности.

Автор: Светлана Евсеева

Источник: Медицинский портал Здоров-Инфо