

**BACHADON CHANDIG'I BO'LGAN AYOLLARDA YO'LDOSH O'SIB KIRISHINING
EPIDEMIOLOGIYASI, ETIOLOGIYASI VA PATOGENEZI*****Kamilova Iroda Abdurasulovna, Shaymurodova Munira Ulug'bek qizi****Toshkent davlat tibbiyot universiteti**Toshkent, O'zbekiston*

Annotatsiya. Yo'ldoshning o'sib kirishi (placenta accreta spectrum, PAS) - bu yo'ldoshning bachadon miometriyasiga anormal darajada yopishishi bilan tavsiflangan jiddiy akusherlik asorati. Bu holat oldingi kesarcha kesish (bachadon chandig'i) bo'lgan ayollarda sezilarli darajada ko'paygan. PAS tug'ruqdan keyingi qon ketishi, bachadonni olib tashlash (histerektomiya), siydik pufagi shikastlanishi va hatto onaning o'limiga olib kelishi mumkin. Shuning uchun, bachadon chandig'i bo'lgan ayollarda yo'ldosh o'sib kirishining etiologiyasi va patogenezi tushunish juda muhimdir.

Xulosa. Bachadon chandig'i bo'lgan ayollarda yo'ldosh o'sib kirishi - bu jiddiy akusherlik asorati bo'lib, uning etiologiyasi va patogenezi ko'p omillarga bog'liq. Oldingi kesarcha kesish, yo'ldoshning oldinda joylashishi va bachadon shilliq qavatining shikastlanishi asosiy xavf omillari hisoblanadi. Patogenezda desidualizatsiya defekti, trofoblast invaziyasi, immunologik va gormonal omillar muhim rol o'ynaydi. PASning xavf omillarini aniqlash va patogenezi tushunish erta tashxis qo'yish va adekvat davolash strategiyalarini ishlab chiqish uchun juda muhimdir.

Kalit so'zlar. placenta accreta spectrum(PAS), etiologiya, patogenez, kesarcha kesish, bachadon chandig'i

Аннотация. Спектр приращения плаценты (Placenta accreta spectrum, PAS) – это серьезное акушерское осложнение, характеризующееся патологическим врастанием ворсин хориона в миометрий матки. Данное состояние встречается значительно чаще у женщин, перенесших кесарево сечение в анамнезе (с рубцом на матке). PAS может привести к тяжелым послеродовым кровотечениям, требующим гистерэктомии, повреждению мочевого пузыря и даже материнской смертности. В связи с этим, понимание этиологии и патогенеза PAS у женщин с рубцом на матке является крайне важным

Заключение. PAS у женщин с рубцом на матке является серьезным акушерским осложнением с многофакторной этиологией и сложным патогенезом. Основными факторами риска являются предшествующее кесарево сечение, предлежание плаценты и повреждение эндометрия. Ключевую роль в патогенезе играют дефекты децидуализации, избыточная инвазия трофобласта, иммунологические и гормональные факторы. Выявление факторов риска и глубокое понимание патогенеза PAS имеют решающее значение для своевременной диагностики и разработки оптимальных стратегий лечения.

Ключевые слова. Спектр приращения плаценты (PAS), этиология, патогенез, кесарево сечение, рубцевание матки.

Annotation. Placenta accreta spectrum (PAS) is a serious obstetric complication characterized by the pathological ingrowth of chorionic villi into the uterine myometrium. This condition is much more common in women who have a history of cesarean section (with a scar on the uterus). PAS can lead to severe postpartum bleeding requiring hysterectomy, bladder damage, and even maternal mortality. Therefore, understanding the etiology and pathogenesis of PAS in women with a uterine scar is extremely important.

Conclusion. PAS in women with a uterine scar is a serious obstetric complication with a

multifactorial etiology and complex pathogenesis. The main risk factors are previous cesarean section, placenta previa, and endometrial damage. Decidualization defects, excessive trophoblast invasion, immunological and hormonal factors play a key role in the pathogenesis. Identifying risk factors and thoroughly understanding the pathogenesis of PAS are crucial for early diagnosis and the development of effective management strategies.

Keywords: Placental increment spectrum (PAS), etiology, pathogenesis, cesarean section, uterine scarring.

Yo'ldoshning o'sib kirishi (Placenta Accreta Spectrum, PAS) ning dolzarbligi uning ko'payishi va og'ir asoratlarga olib kelishi bilan bog'liq. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, PAS chastotasi 1980-yillarda 1:2500-4000 tug'ruqdan, hozirgi kunda 1:500-1000 tug'ruqgacha ortgan. Bu holat kesarcha kesishlar sonining ko'payishi, reproduktiv texnologiyalarning rivojlanishi va ayollarning yoshi bilan bog'liq. PAS nafaqat onaning hayotiga xavf soladi, balki kelajakdagi reproduktiv salomatlikka ham salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Platsenta akkreciyasi spektri - bu onaning yuqori kasallanishi bilan bog'liq bo'lgan murakkab akusherlik asoratidir. Bu platsentatsiya bilan bog'liq nisbatan yangi buzilish bo'lib, bachadon devorining endometriy-miometriy interfeysining shikastlanishi natijasidir. Taxminan 80 yil avval birinchi marta ta'riflanganida, u asosan platsentani qo'lda olib tashlash, bachadonni qirib tashlash yoki endometritdan keyin yuzaga kelgan. Yuzaki shikastlanish birinchi navbatda g'ayrioddiy tarzda yopishgan platsentaga olib keladi va gistologiyada desiduaning to'liq yoki qisman yo'qligi sifatida tashxislanadi. Bugungi kunda platsenta akkreciyasi spektrining asosiy sababi - bachadon jarrohligi, xususan, kesarcha kesishuvga nisbatan ikkilamchi bo'lgan bachadon chokidir. Chok sohasining endometriy repitelizatsiyasi bo'lmasa, trofoblast va xoriotik to'qimalar miometriyaga, shu jumladan uning qon aylanish tizimiga chuqur kirib borishi va kichik to'sa'zolariga yetishi mumkin. Platsenta akkreciyasi spektrida kuzatilgan trofoblastdagi hujayra o'zgarishlari, ehtimol, miometriyaga haddan tashqari bostirib kirishga olib keladigan trofoblast biologiyasidagi birlamchi nuqson emas, balki uning rivojlanayotgan g'ayrioddiy miometrik muhitga nisbatan ikkilamchidir. Platsenta akkreciyasi spektri patologlar tomonidan 3 toifaga bo'lingan: platsenta akkreta - xoriotik tuklar faqat miometriyaga yopishganda, platsenta inkreta - xoriotik tuklar miometriyaga bostirib kirganda va platsenta perkreta - xoriotik tuklar miometriy qatlamining to'liq qalinligiga bostirib kirganda. So'nggi 35 yil ichida platsenta akkreciyasi spektrining bir nechta prenatal ultratovush belgilari qayd etilgan, asosan normal intervesikulyar interfeysning (shaffof zona) yo'qolishi, asosiy miometriyaning haddan tashqari yupqalashi va platsentadagi (lakunalar) va platsenta qatlamidagi (gipervaskulyarizatsiya) qon tomir o'zgarishlari. Ushbu belgilarning patofiziologik asosi bachadon devorining serozaga qadar doimiy shikastlanishi bilan bog'liq bo'lib, platsenta to'qimasi bachadonning chuqur aylanishiga etib boradi. Yopishgan va invaziv platsentatsiya bir xil platsenta to'shagida birga yashashi va progressiv homiladorlik bilan rivojlanishi mumkin. Bu nima uchun ultratovush belgilarining (belgilar) yagona yoki o'rnatilgan kombinatsiyasi g'ayrioddiy platsentaning chuqurligi uchun o'ziga xos va yopishgan va invaziv platsentatsiya o'rtasida differensial tashxis qo'yish uchun aniq emasligi aniqlanmaganligini tushuntirishi mumkin. Patologik va klinik natijalarni prenatal vizualizatsiya bilan bog'lash platsenta akkreata spektrini skrining qilish, tashxislash va boshqarishni yaxshilash uchun muhimdir va standartlashtirilgan protokollar ishlab chiqilishi kerak.

Yo'ldoshning anomaliya joylashuvi epidemiologiyasi akusherlikdagi global tendentsiyalar va jamiyatning o'zgaruvchan reproduktiv qarashlari homiladorlikning jiddiy asoratlarning tuzilishi va chastotasida qanday aks etishini yaqqol ko'rsatib beradi. So'nggi 30-40 yil ichida butun dunyoda nafaqat yo'ldoshning birikish anomaliyalari sonining barqaror o'sishi, balki ularning tipik "portreti"ning sezilarli o'zgarishi ham kuzatilmoqda. Agar XX asrning o'rtalarida yo'ldoshning oldinda joylashuvi yoki o'sib ketishi kamdan-kam holat bo'lib qolgan bo'lsa, bugungi kunga kelib bu

patologiyalar hatto yosh ayollar va birinchi marta homilador bo'lganlar uchun ham istisno hisoblanmaydi [1]

Ushbu dinamika tug'ruqni amalga oshirish amaliyotidagi tub o'zgarishlar bilan bevosita bog'liq: kesarcha kesishning tobora keng tarqalishi, urug'lantirishning yangi texnologiyalarini faol joriy etish va bachadonda turli xil jarrohlik aralashuvlariga ko'rsatmalarning kengayishi xavf guruhining tuzilishi doimiy ravishda "yosharib" borishi va kengayishiga olib keldi. Ba'zi rivojlangan mamlakatlarda kesarcha kesishlar chastotasi allaqachon barcha tug'ruqlarning 30–40% dan oshadi va bachadonida birdan ortiq chandiq bo'lgan ayollar soni doimiy ravishda o'sib bormoqda. Natijada, yo'ldoshning anomaliya joylashuvi ko'pincha ko'p homilalik, yetuk yosh yoki ko'p farzandlilik kabi aniq an'anaviy xavf omillarisiz ham bemorlarda uchraydi [2]

Geografik tahlil shuni tasdiqlaydiki, kasallanishning eng yuqori ko'rsatkichlari akusherlik va reproduktiv tibbiyotda jarrohlik faolligi yuqori bo'lgan mamlakatlar va mintaqalarda kuzatiladi. Masalan, ko'p markazli tadqiqotlarga ko'ra, yo'ldoshning oldinda joylashishi chastotasi barcha homiladorliklarning 0,3 dan 0,8% gacha, o'sib ketish holatlari chastotasi esa aholining xususiyatlari va diagnostika mezonlariga qarab 500 ta tug'ruqdan 1 tadan 2500 ta tug'ruqdan 1 tagacha bo'lishi mumkin. Boshqa tomondan, zamonaviy diagnostikaga kirish bo'yicha cheklovlar va tizimli hisobning yo'qligi patologiyani haqiqiy tarqalishini kam baholashga olib kelishi mumkin bo'lgan rivojlanayotgan mamlakatlardan olingan ma'lumotlarda sezilarli farq saqlanib qolmoqda.

Ijtimoiy omillarning ta'sirini ham hisobga olishlik kerak: birinchi homiladorlikni kechiktirish tendentsiyasi, katta reproduktiv yoshdagi ayollar sonining ko'payishi, yordamchi reproduktiv texnologiyalardan foydalanish chastotasining oshishi - bularning barchasi yangi xavf guruhlarini shakllantirish uchun qo'shimcha sharoit yaratadi. Agar ilgari yo'ldoshning anomaliya joylashuvi asosan "katta" homiladorlar yoki akusherlik anamnezi og'ir bo'lgan bemorlar bilan bog'liq bo'lgan bo'lsa, bugungi kunda yosh ayollarda asoratlar ko'proq qayd etilmoqda, buni mahalliy va xorijiy mualliflar ham tasdiqlashmoqda [3]

Skrining usullarini takomillashtirish alohida dolzarblik kasb etdi: yuqori texnologiyali ultratovush va laboratoriya usullarini joriy etish nafaqat homiladorlikning erta bosqichlarida patologiyani aniqlash chastotasini oshirishga, balki mavjud epidemiologik baholarni qayta ko'rib chiqishga imkon berdi. Endi xavf guruhidagi ayollarning aksariyati xavfli asoratlar rivojlanishidan oldin aniqlanishi mumkin, bu esa individual prenatal kuzatuv va profilaktika imkoniyatlarini kengaytiradi [4]

Umuman olganda, yo'ldoshning anomaliya joylashuvi epidemiologiyasi - bu zamonaviy jamiyatda sodir bo'layotgan murakkab ijtimoiy, tibbiy va texnologik jarayonlarning aksidir. Statistik ma'lumotlarni doimiy yangilash, tendentsiyalarni tahlil qilish va jahon va mahalliy tajribani taqqoslash klinik tavsiyalarni o'z vaqtida tuzatishga va akusherlik yordami tizimini takomillashtirishga, onalar va bolalar salomatligi uchun xavflarni minimallashtirishga imkon beradi.

Platsentaning o'sish spektrining etiologiyasi bo'yicha eng ko'p qo'llab-quvvatlanadigan gipotezaga ko'ra, endometriy-miometriy interfeysidagi nuqson bachadon chok sohasida normal desidualizatsiya yetishmovchiligiga olib keladi. Bu esa, xoriotik tuklarning g'ayrioddiy darajada chuqur joylashuviga va trofoblastlarning infiltratsiyasiga imkon beradi. Ona kasallanishi va o'limi ko'pincha og'ir, ba'zan hayot uchun xavfli bo'lgan qon ketish tufayli yuzaga kelishi mumkin, bu esa ko'pincha qon quyishni talab qiladi. Ultratovush tekshiruvi muhim bo'lsa-da, ultratovush natijalari yo'qligi platsentaning o'sish spektri tashxisini istisno qilmaydi; shuning uchun klinik xavf omillari ultratovush tekshiruvi natijalariga ko'ra platsenta o'sish spektrining prognozidan kam bo'lmagan darajada muhimligicha qoladi. Platsenta akkreata spektri uchun bir qancha xavf omillari mavjud. Eng ko'p uchraydigani - oldingi kesarcha kesishuvlar bo'lib, platsenta akkreziyasi spektrining uchrash chastotasi oldingi kesarcha kesish amaliyotlar soni bilan ortadi. Platsenta akkreata

spektrini tug'ruqqacha tashxislash juda maqsadga muvofiqdir, chunki natijalar tug'ruq boshlanishidan yoki qon ketishdan oldin va platsenta buzilishidan qochish bilan III yoki IV darajadagi onalikni parvarishlash muassasasida tug'ruq sodir bo'lganda optimallashtiriladi. Platsenta akkreata spektriga eng keng tarqalgan yondashuv - homila tug'ilgandan keyin platsenta joyida qoldirilgan holda kesarcha kesishuv gisterektomiyasidir (platsentani olib tashlashga urinishlar sezilarli qon ketish xavfi bilan bog'liq). Optimal boshqaruv platsenta akkretsiyasi spektrini boshqarishga odatlangan III darajali tug'ruq komplekslari bilan standartlashtirilgan yondashuvni o'z ichiga oladi. Bundan tashqari, tug'ruqdan keyingi qon ketishini yuqori darajada boshqarishga odatlangan infratuzilma va kuchli hamshira jamoasi yaratilishi kerak va qon quyish protokollaridan foydalanish mumkin bo'lgan qon bankiga ega bo'lgan tug'ruq komplekslari yordam berishi kerak. 1. Etiopatogenez mexanizmlari (gistologik va molekulyar jihatlar)

Zamonaviy tadqiqotlar shuni tasdiqlaydiki, kesarcha kesishdan keyin bachadon chandiq sohasida yo'ldoshning o'sib ketishi homila tuxumining implantatsiyasi va keyingi platsentatsiya tizimining barcha bo'g'inlariga ta'sir qiluvchi murakkab morfologik va molekulyar buzilishlar bilan bog'liq. Gistologik jihatdan chandiq zonasida to'qimalarning sezilarli qayta qurilishi kuzatiladi: miometriumning qalinligi sezilarli darajada kamayadi, endometriumning yupqalashgan va nuqsonli joylari aniqlanadi va to'liq mushak tolalarining soni keskin kamayadi [5]. Ushbu o'zgarishlar fonida xorion vorsinkalari invaziya uchun tabiiy to'siqni yo'qotadi va bachadon devorining chuqur qatlamlariga kirish imkoniyatiga ega bo'ladi.

Asosiy omil "Nitabuch qobig'i" deb ataladigan maxsus desidual to'qima qatlamining yo'qolishi yoki etarli emasligidir, u odatda trofoblastning miometriumga haddan tashqari kirib borishini oldini oladi. Chandiq zonasida bu qatlam yo'q yoki faqat qisman taqdim etilgan, bu esa yo'ldosh vorsinkalarining nazoratsiz o'sishiga yo'l ochadi [6]. [Morfologik tadqiqotlar patologik platsentatsiya sohasida qon tomirlarida sezilarli o'zgarishlarni aniqlaydi: yupqa devorli qon tomirlarining o'sishi, gipoksiya mahalliy zonalar va mikrosirkulyator buzilishlar qayd etiladi, bu esa anomaliya qon tomirlari to'plamlarini va qon ketishini shakllantirish uchun sharoit yaratadi [7].

Yo'ldoshning o'sib ketishi patogenezinin molekulyar jihatlari trofoblastik hujayralarning invaziyasi va apoptozi jarayonlari o'rtasidagi nomutanosiblikni, hujayra adgeziya molekulalari, o'sish omillari va matritsa metalloproteinazalarining ekspressiyasini tartibga solishning buzilishini o'z ichiga oladi. Aniqlanishicha, nuqsonli chandiq sohasida matritsa metalloproteinazalarining ishlab chiqarilishi ortadi, bu esa bazal membranani yo'q qilishga va xorion vorsinkalarining miometriumga kirib borishini osonlashtirishga yordam beradi. Shu bilan birga, integrinlar va hujayradan tashqari matritsaning ba'zi komponentlari kabi invaziyaning chuqurligini cheklash uchun mas'ul bo'lgan oqsillarning ekspressiyasi pasayishi kuzatiladi.

Shikastlangan to'qima zonasida paydo bo'ladigan immunitet o'zgarishlari ham muhim rol o'ynaydi. Mahalliy immunitet reaksiyasining buzilishi yallig'lanishga qarshi va yallig'lanishga qarshi sitokinlar o'rtasidagi muvozanatning o'zgarishiga yordam beradi, bu esa patologik implantatsiyani va yo'ldoshning o'sib ketishini yanada osonlashtiradi

Umuman olganda, bu gistologik va molekulyar buzilishlar chandiq sohasida yo'ldoshning anomaliya invaziyasi uchun anatomik va biokimyoviy "nishon"ni shakllantiradi, bu esa tegishli anamnezga ega bo'lgan ayollarda og'ir akusherlik asoratlarning rivojlanish ehtimolini belgilaydi.

Asosiy xavf omillari yosh, akusherlik anamnezi, jarrohlik aralashuvlari va boshqalar hisoblanadi.

Yo'ldoshning anomaliya joylashuvi rivojlanishining asosiy xavf omillarini ko'rib chiqadigan bo'lsak, tadqiqotchilar ularning ta'sirining ko'p qirraliligini va alohida komponentlar o'rtasidagi bog'liqlikni tobora ko'proq ta'kidlashadi. Bunday asoratlarning eng barqaror prognozlaridan biri ayolning yoshi hisoblanadi. Onaning yoshi oshishi va yo'ldoshning patologik birikishi shakllanishi xavfi o'rtasida to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik mavjud, bu ayniqsa 35 yoshdan oshgan guruhda sezilarli.

[8] Shu bilan birga, hatto ushbu yoshdan kichik bo'lgan, ammo boshqa bir qator moyillik sharoitlariga ega bo'lgan ayollarda ham anomaliyalar rivojlanish ehtimoli umuman olganda aholiga nisbatan ancha yuqori bo'lib qolmoqda.

Akusherlik anamnezi, ayniqsa o'tmishda yo'ldosh oldinda joylashishi, o'lik tug'ilish, abortlar yoki o'z-o'zidan tushish epizodlarining mavjudligi muhim rol o'ynaydi. Ko'p marta homiladorlik va tug'ish ham endometriumning tuzilishi va funktsional imkoniyatlarida o'zgarishlarga yordam beruvchi muhim omil sifatida qaraladi, bu o'z navbatida yo'ldoshning normal birikishini buzish xavfini oshiradi. Bundan tashqari, oldingi homiladorlikning kechishi, masalan, preeklampsiya, infeksiyon asoratlari yoki bachadon bo'shlig'iga tibbiy aralashuvlar zarurati patologiyaning rivojlanish ehtimolini yanada oshiradi.

Bachadonga jarrohlik aralashuvlari alohida e'tiborga loyiq, ular orasida kesarcha kesish eng muhim omil bo'lib qolmoqda. Oldin o'tkazilgan kesarcha kesish [9] natijasida bachadonda chandiqning mavjudligi yo'ldoshning oldinda joylashishi va o'sib ketishi xavfini belgilovchi omil sifatida tan olingan, bunday asoratlari ehtimoli o'tkazilgan operatsiyalar soni bilan ortadi [10] Kesarcha kesishdan tashqari, xavf omillari ro'yxatiga boshqa jarrohlik manipulyatsiyalari kiradi: miomektomiya, diagnostika va davolash uchun qirish, gisteroskopiya, shuningdek bachadon ichidagi patologiyalarni davolash bo'yicha muolajalar.

So'nggi yillarda yordamchi reproduktiv texnologiyalarning ta'siri, shu jumladan ekstrakorporal urug'lantirish tobora ko'proq ahamiyat kasb etmoqda, bu bir qator tadqiqotlarda ko'rsatilganidek, anamnezda aniq akusherlik-ginekologik patologiyasi bo'lmagan bemorlarda ham yo'ldoshning anomaliya joylashuvi chastotasining oshishiga yordam berishi mumkin [11]

Barcha ushbu omillarning kombinatsiyasi har bir bemorda xavfni baholashga individual yondashuv zarurligini belgilaydi. Anamnezni, reproduktiv funktsiyaning xususiyatlarini va oldingi aralashuvlar tarixini tahlil qilish yo'ldoshning anomaliya birikishi bilan bog'liq asoratlarni kuzatish va oldini olish bo'yicha moslashtirilgan strategiyalarni ishlab chiqish uchun asos bo'ladi.

Zamonaviy tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, klassik akusherlik-ginekologik omillardan tashqari, yo'ldoshning anomaliya joylashuvi shakllanishida genetik, endokrin va umumiy somatik mexanizmlar muhim rol o'ynaydi. Implantatsiya buzilishlariga va platsentar birikish patologiyalari rivojlanishiga nasliy moyillik onalari yoki opa-singillari anamnezida shunga o'xshash muammolarga duch kelgan ayollarda bunday asoratlari chastotasining yuqori bo'lishi to'g'risidagi ma'lumotlar bilan tasdiqlanadi. Hujayra adgeziya funktsiyalarini, o'sish omillari ekspressiyasini va hujayradan tashqari matritsaning tarkibiy qismlarini tartibga soluvchi genlarning alohida polimorfizmlari tasvirlangan, ular homila tuxumining birikish xususiyatlariga va platsentatsiya jarayonlariga ta'sir qilishi mumkin [10,12]

Amerika Qo'shma Shtatlarida Milliy Tadqiqotlari davrida kesarcha kesish aralashuvi amalga oshirilgan 2,727,477 holatdan 8030 (0,29%) holatda platsenta akkreta spektri tashxisi qo'yilgan. Platsenta akkreta eng keng tarqalgan tashxis edi ($n=6205$, 0,23%), keyin platsenta perkreta ($n=1060$, 0,04%) va platsenta inkreta ($n=765$, 0,03%) keldi. Platsenta akkreta holatlari soni har chorakda 2,1% ga, 0,27% dan 0,32% gacha oshdi ($P = 0,004$). Ko'p o'zgaruvchan tahlilda (1) bemorning demografiyasi (yoshi, tamaki chekish, yaqinda tashxis qo'yilishi, yuqori qo'shma patologiya va yordamchi reproduktiv texnologiyalardan foydalanish), (2) homiladorlik xususiyatlari (platsenta previa, oldingi kesarcha kesish amaliyotlari o'tkazilganligi, homilaning chanoq bilan kelishi va ko'p marotaba homiladorlik) va (3) shifoxona omillari (shahar o'quv markazi va katta sig'imli kasalxona) platsenta akkreta spektri bilan bog'liq mustaqil xususiyatlarni ifodaladi. Platsenta akkreta uchun kesarcha kesish paytidagi o'rtacha gestatsion yosh 36 hafta, platsenta inkreta va perkreta uchun 34 hafta, platsenta akkreta bo'lmagan holatlar uchun esa 39 hafta edi ($P<0.001$). Ko'p o'zgaruvchan tahlilda platsenta akkreta spektri bilan murakkablashgan kesarcha kesish har qanday jarrohlik kasalliklarining yuqori xavfi (78,3% ga qarshi 10,6%), Kasalliklarni nazorat qilish va oldini olish markazlarining (тяжелой

материнской заболеваемости) og'ir onalik kasalliklari (60,3% ga qarshi 3,1%), qon ketishi (54,1% ga qarshi 3,9%), koagulopatiya (5,3% ga qarshi 0,3%) bilan bog'liq edi. Subtip bo'yicha keyingi tahlilda platsenta inkreta va perkreta uchun kesarcha kesishuv gisterektomiya ehtimolini oshirdi (platsenta akkreta bo'lmagan spektr uchun 0,4%, akkreta uchun 45,8%, inkreta uchun 82,4%, perkreta uchun 78,3%; $P < 0.001$) va siydik yo'llarining shikastlanishi (platsenta akkreta bo'lmagan uchun 0,2%). Bundan tashqari, platsenta inkreta va perkreta guruhlaridagi ayollar platsenta akkreta spektriga ega bo'lmagan ayollarga nisbatan jarrohlik o'lim xavfini sezilarli darajada oshirdilar (inkreta, imkoniyatlar nisbati, 19,9; va perkreta, imkoniyatlar nisbati, 32,1). Amerika Qo'shma Shtatlarida Milliy Tadqiqotlari xulosasiga ko'ra bemorlarning xususiyatlari va natijalari platsenta akkreta spektrining subtipiga qarab farqlanadi, platsenta inkreta va perkreta bilan kasallangan ayollarda jarrohlik kasalliklari va o'lim xavfi sezilarli darajada yuqori. E'tiborga molik jihati shundaki, 2017-yil oxiriga kelib kesarcha kesishuvga duchor bo'lgan har 313 ayoldan biriga platsenta akkreta spektri tashxisi qo'yilgan va kasallanish daraja sioldingi tadqiqotlarda xabar qilinganidan yuqori ko'rinadi. Platsenta akkretsiyasi qon ketishiga olib kelishi mumkin, bu esa gisterektomiya, qon quyish, ko'p a'zolar yetishmovchiligi va o'limga olib keladi. Akkreta kesarcha kesishuvlar orqali tug'ish darajasining oshishi bilan bog'liq holda kasallanish darajasida doimiy ravishda o'sib bormoqda. Asosiy xavf omillari - oldingi kesarcha kesishuvlar bo'lgan ayollarda oldingi platsenta previa.[13] Akusherlik ultratovush tekshiruvni akkretsiya uchun ixtisoslashgan ko'p tarmoqli markazda rejalashtirilgan tug'ruqni o'tkazishga imkon beradigan prenatal akkretsiyani tashxislash uchun ishlatilishi mumkin. Optimal boshqaruv, shu jumladan optimal tug'ruq vaqti, jarrohlik yondashuvi, yordamchi choralar va konservativ (bachadonni saqlab qolish) terapiya yuzasidan bahslar mavjud.

Xulosa. Bachadon chandig'i bo'lgan ayollarda yo'ldosh o'sib kirishi - bu jiddiy akusherlik asorati bo'lib, uning etiologiyasi va patogenezi ko'p omillarga bog'liq. Oldingi kesarcha kesish, yo'ldoshning oldinda joylashishi va bachadon shilliq qavatining shikastlanishi asosiy xavf omillari hisoblanadi. Patogenezda desidualizatsiya defekti, trofoblast invaziyasi, immunologik va gormonal omillar muhim rol o'ynaydi. PASning xavf omillarini aniqlash va patogenezini tushunish erta tashxis qo'yish va adekvat davolash strategiyalarini ishlab chiqish uchun juda muhimdir.

Adabiyotlar

1. Jauniaux E., Hussein A.M., Elbarmelgy R.M. et al. Failure of placental detachment in accreta placentation is associated with excessive fibrinoid deposition at the utero-placental interface. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;226(2):243.e1-243.e10. DOI: 10.1016/j.ajog.2021.08.026.
2. Baranovskaya EI. Etiology and diagnosis of placenta accreta. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist.* 2020;20(3):24-28. (In Russ.)
<https://doi.org/10.17116/rosakush20202003124>
3. Carusi, D. A., Gopal, D., Cabral, H. J., et al. (2022). A unique placenta previa risk factor profile for pregnancies conceived with assisted reproductive technology. *Fertility and Sterility*, 118(5), 894–903. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2022.08.013>
4. Jauniaux, E., Hussein, A. M., Zosmer, N., et al. (2020). New insights on the pathophysiology of deep placentation disorders: placenta accreta and cesarean scar pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*.
5. Tikhonova, N., Milovanov, A. P., & Aleksankina, V. V. (2023). Adipocytes in the Uterine Wall during Experimental Healing and in Cesarean Scars during Pregnancy. *International Journal of Molecular Sciences*. <https://www.mdpi.com/1422-0067/24/20/15255/pdf?version=1697528733>
6. Jauniaux, E., & Collins, S. L. (2021). Cesarean scar pregnancy and placenta accreta spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/aogs.14886>
7. Brandstetter, M., Eiben, C., Bogner, G., et al. (2025). Evaluation of risk factors and pregnancy outcome of placenta previa in a long-term comparative single-center study. *Journal of Maternal-*

Fetal & Neonatal Medicine, 38(1), Article 2498550.
<https://doi.org/10.1080/14767058.2025.2498550>

8. Farquhar, C. M., Li, Z., Lensen, S., et al. (2017). Incidence, risk factors and perinatal outcomes for placenta accreta in Australia and New Zealand: a case-control study. *BMJ Open*, 7(10), e017713. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017713>

9. Park H.S., Cho H.S. Management of massive hemorrhage in pregnant women with placenta previa // *Anesth. Pain Med.* (Seoul). 2020. Vol. 15, N 4. P. 409-416. DOI: <https://doi.org/10.17085/apm.20076> PMID: 33329843; PMCID: PMC7724116.

10. Anderson-Bagga F.M., Sze A. Placenta Previa [updated 2023 Jun 12] // *StatPearls* [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2024 Jan. PMID: 30969640.

11. Iacovelli, A., Liberati, M., Khalil, A., et al. (2020). Risk factors for abnormally invasive placenta: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(3), 471–481. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1493453>

12. Salmanian, B., Fox, K. A., Arian, S. E., et al. (2020). In vitro fertilization as an independent risk factor for placenta accreta spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(4), 568.e1–568.e5. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.026>

13. Findik, F. M. (2022). Factors associated with placenta previa: a retrospective, single-center study in Turkey. *Medical Science Monitor*, 28, e938023. <https://doi.org/10.12659/MSM.938023>