

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.16.3.001>
УДК 618.36-007.274:618.46



Гошкевич Е.А.¹ ✉, Пересада О.А.², Ващилина Т.П.¹

¹ Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Беларусь

² Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
Белорусского государственного медицинского университета, Минск, Беларусь

Особенности клинической характеристики женщин с приращением плаценты и состояния их детей при рождении

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: идея, концепция, сбор информации, обработка материалов – Гошкевич Е.А.; статистическая обработка данных – Гошкевич Е.А., Ващилина Т.П.; написание текста, анализ и интерпретация материалов – Гошкевич Е.А., Ващилина Т.П., Пересада О.А.

Подана: 26.03.2026

Принята: 01.06.2026

Контакты: zamdir.aig@medcenter.by

Резюме

Определение особенностей анамнеза, течения беременности и родов у женщин с приращением плаценты и состояния их детей при рождении является важным исследованием, позволяющим установить признаки, характерные для женщин с приращением плаценты. Было сформировано 3 группы женщин (основная группа – 78 женщин, и 2 группы сравнения – соответственно 30 и 31 женщина). В ходе исследования установлено: для женщин с приращением плаценты характерна меньшая прибавка массы тела за беременность, наличие двух и более рубцов матки в анамнезе, меньше интергенетический интервал между последними беременностями. При родоразрешении женщин с приращением плаценты использование рентгеноэндovasкулярных технологий (РЭТ) снижает объем кровопотери ($p < 0,001$), не увеличивая длительности хирургического вмешательства. Применение РЭТ не влияет на возникновение асфиксии у детей при рождении и перевод на ИВЛ.

Ключевые слова: беременность, центральное предлежание плаценты, приращение плаценты, дети

Goshkevich E.¹ ✉, Perecada O.², Vashchylina T.¹

¹ Republican Scientific and Practical Center "Mother and Child", Minsk, Belarus

² Institute of Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of the Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

The Clinical Characteristics of Women with Placenta Accreta and State of Health of Their Children at Birth

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: concept, collection of information, processing of materials – Goshkevich E.; statistical processing of data – Goshkevich E., Vashchylina T.; writing of text, analysis and interpretation of materials – Goshkevich E., Vashchylina T., Perecada O.

Submitted: 26.03.2026

Accepted: 01.06.2026

Contacts: zamdir.aig@medcenter.by

Abstract

Determining the characteristics of the medical history, pregnancy, and labor in women with placenta accreta, as well as the condition of their babies at birth, is an important study that allows us to identify characteristics specific to women with placenta accreta. Three groups of women were formed (a study group of 78 women and two comparison groups of 30 and 31 women, respectively). The study found that women with placenta accreta typically experience lower weight gain during pregnancy, a history of two or more uterine scars, and a shorter intergenetic interval between previous pregnancies. During childbirth in women with placenta accreta, the use of X-ray endovascular technologies reduces blood loss ($p < 0.001$) without increasing the duration of the surgical procedure. The use of X-ray endovascular technologies does not affect the incidence of birth asphyxia in children or the need for mechanical ventilation.

Keywords: pregnancy, central placenta previa, placenta accreta, children

■ ВВЕДЕНИЕ

Риск формирования приращения плаценты находится в прямой взаимосвязи между наличием центрального предлежания плаценты, количеством предшествующих кесаревых сечений и интергенетическим интервалом между беременностью, закончившейся кесаревым сечением, и наступившей беременностью [3, 4].

Учитывая, что в акушерской практике приращение плаценты является одним из самых опасных осложнений для женщины и плода, так как повышает риск материнской смертности и количество случаев критических акушерских состояний («Near miss») вследствие профузного кровотечения с массивной кровопотерей, определение особенностей анамнеза, течения беременности и родов у женщин с приращением плаценты имеет важное практическое значение [1, 2].

Любые внутриматочные вмешательства нарушают нормальное состояние эндометрия, потенцируя развитие приращения плаценты. Выскабливание полости матки, миомэктомия, гистероскопия, абляция эндометрия, по мнению ряда авторов, являются самостоятельными факторами риска [3, 5]. Однако в литературе отсутствуют

данные об особенностях клинической характеристики женщин с приращением плаценты в динамике беременности, при родоразрешении, а также о состоянии их детей при рождении.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Установить особенности анамнеза, течения беременности и родов у женщин с приращением плаценты, а также состояния их детей при рождении.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для выполнения поставленной цели была проведена оценка показателей анамнеза, течения беременности и родов и состояния детей при рождении у 78 женщин с приращением плаценты (основная группа – О), наличие приращения плаценты было подтверждено морфогистологическим исследованием, и у 61 женщины группы сравнения (группа сравнения С1 – женщины с центральным предлежанием плаценты без признаков приращения и рубцом матки, группа сравнения С2 – женщины с нормальным расположением плаценты и рубцом матки). Учитывая, что в основной группе при родоразрешении части женщин были применены рентгеноэндоваскулярные технологии (РЭТ), было решено разделить основную группу женщин на две: группа О1 (n=56) – родоразрешенные с применением РЭТ, группа О2 (n=22) – родоразрешенные без применения РЭТ.

В основной группе О и группах сравнения С1 и С2 был выполнен анализ анамнестических данных, наличия соматических и гинекологических заболеваний, осложнений беременности, особенностей родоразрешения женщин и состояния их детей при рождении, в том числе анализ возраста, антропометрических показателей (рост, масса тела и ИМТ до беременности), прибавки массы тела во время беременности, проведен анализ акушерских и перинатальных исходов.

Статистическую обработку материала выполнили с использованием статистической программы Statistica 10. Определяли удельный вес (%), медиану (Me) и интерквартильный размах ($Q_{25}-Q_{75}$). Для сравнения независимых выборок с количественными показателями использовали непараметрический критерий Манна – Уитни (U). Для сравнения качественных показателей (долей) в группах использовали критерий χ^2 . Статистически значимыми принимали различия при $p<0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все женщины групп исследования были сопоставимы по возрасту, росту, массе тела до беременности и индексу массы тела до беременности. По данным показателям не было получено статистически значимых различий.

Антропометрические данные беременных в анализируемых группах представлены в табл. 1.

Выявлены статистически значимые различия в значениях прибавки массы тела за беременность ($H=9,87$; $p=0,007$). Женщины основной группы имели статистически значимо меньшую прибавку массы тела за беременность – 9 (5–13) кг, по сравнению с группой женщин С2 (13 (10–15) кг) без приращения и с нормальным расположением плаценты ($p_{O-C2}=0,005$).

Таблица 1

Возраст и антропометрические показатели беременных женщин исследуемых групп, Me (Q₁–Q₃)

Table 1

Age and anthropometric parameters of pregnant women in the study groups, Me (Q₁–Q₃)

Показатели	Группа О, n=78	Группа С1, n=31	Группа С2, n=30	Статистическая значимость различий
Возраст, лет	32 (28–35)	36 (29–38)	33 (31–37)	H=5,55; p=0,063
Рост, м	1,64 (1,6–1,68)	1,64 (1,60–1,70)	1,63 (1,59–1,70)	H=0,83; p=0,66
Масса тела до беременности, кг	64 (56–72)	66 (58–74)	62,6 (57,2–77,4)	H=0,81; p=0,67
ИМТ до беременности	24,6 (21,3–26,9)	23,8 (21,2–28,9)	23,2 (21,1–27,3)	H=0,067; p=0,97
Прибавка массы тела за беременность, кг	9 (5–13)	10 (7–13)	13 (10–15)	H=9,87; p=0,007

Примечание: расчет статистической значимости с использованием непараметрического критерия Краскела – Уоллиса.

Все женщины групп исследования были повторнобеременными и повторнородящими, особенности акушерского анамнеза представлены в табл. 2.

При анализе количества операций кесарева сечения в анамнезе было выявлено, что у женщин основной группы наблюдалось большее количество предшествующих операций кесарева сечения по сравнению с женщинами групп С1 и С2. У женщин основной группы наличие одной операции кесарева сечения в анамнезе составило 18 (23,1%) случаев, что было статистически значимо меньше, чем в группах С1 и С2 – соответственно в 18 (58,1%) и 18 (60,0%) случаях ($\chi^2_{0-С1}=12,28$, $p=0,0005$; $\chi^2_{0-С2}=13,29$, $p=0,0003$).

В основной группе число женщин с дважды оперированной маткой в анамнезе составило 39 (50,0%) случаев, что было статистически значимо больше (ОШ 2,44 (95% ДИ 1,00–5,97), $p_{0-С1}=0,048$), чем в группе С1 – 9 (29,0%) случаев.

Число женщин с трижды оперированной маткой в анамнезе в основной группе составило 18 (23,1%) случаев, в группах сравнения С1 и С2 – 4 (12,9%) и 3 (10,0%) случая соответственно, статистически значимых различий не выявлено ($p_{0-С1}=0,18$; $p_{0-С2}=0,09$; $p_{С1-С2}=0,52$). Беременные с четырежды оперированной маткой – 3 (3,8%) случая – были выявлены только в основной группе ($p_{0-С1}=0,36$; $p_{0-С2}=0,37$).

У женщин с приращением плаценты (группа О) в анамнезе было выявлено статистически значимо большее количество беременностей (4 (3–4)) ($p_{0-С2}=0,018$) по сравнению с женщинами группы С2 (3 (2–4)), и родов (3 (3–4)) ($p_{0-С2}=0,0005$) против 1 (1–2)) соответственно.

Наблюдались статистически значимые различия у женщин основной группы и групп сравнения при оценке временного (интергенетического) интервала между последним кесаревым сечением и настоящей беременностью. У женщин с приращением плаценты временной интервал составил 3 (1–5) года и был статистически значимо меньше ($p<0,001$), чем у женщин без приращения с нормальным расположением плаценты – 6 (3–7) лет.

Количество преждевременных родов в анамнезе у женщин основной группы было больше – 16 (20,5%) случаев по сравнению с 6 (19,4%) случаями в группе С1 и 2 (6,7%) в группе С2, однако статистически значимых различий выявлено не было.



Таблица 2
Структура особенностей акушерского анамнеза, абс. число (%)
Table 2
Structure of obstetric history features, absolute number (%)

Особенности акушерско-гинекологического анамнеза у пациентов с аномалиями инвазии плаценты	Группа О, n=78	Группа С1, n=31	Группа С2, n=30	Статистическая значимость различий в группах χ^2 , p
Один раз оперированная матка	18 (23,1)	18 (58,1)	18 (60,0)	$\chi^2_{O-C1}=12,28$, p=0,0005 $\chi^2_{O-C2}=13,29$, p=0,0003 $\chi^2_{C1-C2}=0,02$, p=0,88
Дважды оперированная матка	39 (50,0)	9 (29)	9 (30,0)	$\chi^2_{O-C1}=3,96$, p=0,048 $\chi^2_{O-C2}=3,51$, p=0,062 $\chi^2_{C1-C2}=0,04$, p=0,84
Трижды оперированная матка	18 (23,1)	4 (12,9)	3 (10,0)	$p_{O-C1}=0,18$ $p_{O-C2}=0,09$ $p_{C1-C2}=0,52$
Четырежды оперированная матка	3 (3,8)	0	0	$p_{O-C1}=0,36$ $p_{O-C2}=0,37$
Временной интервал между последним кесаревым сечением и настоящей беременностью, лет	3 (1–5)	3 (2–7)	6 (3–7)	H=17,01; p=0,0002
Преждевременные роды	16 (20,5)	6 (19,4)	2 (6,7)	$\chi^2_{O-C1}=0,02$, p=0,89 $p_{O-C2}=0,068$ $p_{C1-C2}=0,13$
Вакуум-аспирация	5 (7,7)	2 (6,5)	0	$p_{O-C1}=0,64$ $p_{O-C2}=0,18$ $p_{C1-C2}=0,25$
Медицинский аборт	6 (11,5)	6 (19,4)	3 (10,0)	$\chi^2_{O-C1}=2,0$, p=0,16 $p_{O-C2}=0,48$ $p_{C1-C2}=0,25$
Неразвивающаяся беременность	11 (17,9)	8 (25,8)	6 (20,0)	$\chi^2_{O-C1}=1,38$, p=0,24 $\chi^2_{O-C2}=0,21$, p=0,64 $\chi^2_{C1-C2}=0,06$, p=0,81
Самопроизвольный выкидыш	16 (20,5)	3 (9,7)	7 (23,3)	$p_{O-C1}=0,14$ $\chi^2_{O-C2}=0,00$, p=0,95 $p_{C1-C2}=0,16$
Внематочная беременность	2 (2,6)	1 (3,2)	0	$p_{O-C1}=0,64$ $p_{O-C2}=0,52$ $p_{C1-C2}=0,51$
Аntenатальная гибель плода	2 (2,6)	0	1 (3,3)	$p_{O-C1}=0,51$ $p_{O-C2}=0,63$ $p_{C1-C2}=0,49$
Беременность по счету	4 (3–4)	4 (2–4)	3 (2–4)	H=8,09; p=0,018
Число родов в анамнезе	3 (3–4)	2 (1–3)	1 (1–2)	H=16,79; p=0,0002

Примечание: расчет статистической значимости с использованием критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса или точного критерия Фишера при количестве ожидаемых наблюдений менее 5 и непараметрического критерия Краскела – Уоллиса.

В группах исследования не было выявлено значимых различий по количеству вакуум-аспираций, медицинских аборт, неразвивающихся беременностей, самопроизвольных выкидышей (p>0,05).

В табл. 3 представлены данные о сопутствующих соматических и гинекологических заболеваниях в исследуемых группах.

Таблица 3

Распределение беременных женщин групп исследования по наличию соматических и гинекологических заболеваний, абс. число (%)

Table 3

Distribution of pregnant women in the study groups by the presence of somatic and gynecological diseases, absolute number (%)

Показатели	Группа О, n=78	Группа С1, n=31	Группа С2, n=30	Статистическая значи- мость различий
Железодефицитная анемия	34 (43,6)	3 (9,7)	6 (20,0)	$p_{0-C1}=0,0004$ $\chi^2_{0-C2}=4,21, p=0,04$ $p_{C1-C2}=0,22$
Хронические заболевания лор- органов и верхних дыхательных путей	16 (20,5)	3 (9,7)	5 (16,7)	$p_{0-C1}=0,14$ $\chi^2_{0-C2}=0,03, p=0,65$ $p_{C1-C2}=0,33$
Заболевания желудочно-кишечного тракта	10 (12,8)	6 (19,4)	4 (13,3)	$\chi^2_{0-C1}=0,32, p=0,57$ $p_{0-C2}=0,58$ $p_{C1-C2}=0,39$
Заболевания мочевыделительной системы невоспалительного генеза	22 (28,2)	8 (25,8)	0	$\chi^2_{0-C1}=0,00, p=0,99$ $p_{0-C2}=0,0003$ $p_{C1-C2}=0,0027$
Заболевания глаз (миопия)	21 (26,9)	10 (32,3)	12 (40,0)	$\chi^2_{0-C1}=0,31, p=0,58$ $\chi^2_{0-C2}=1,18, p=0,28$ $\chi^2_{C1-C2}=0,40, p=0,53$
Воспалительные заболевания жен- ских тазовых органов в анамнезе	5 (6,4)	1 (3,2)	0	$p_{0-C1}=0,45$ $p_{0-C2}=0,19$ $p_{C1-C2}=0,52$
Невоспалительные гинекологиче- ские заболевания в анамнезе (эро- зия, дисплазия шейки матки, миома матки, кисты яичников)	17 (21,8)	5 (16,1)	9 (30,0)	$p_{0-C1}=0,38$ $\chi^2_{0-C2}=0,41, p=0,52$ $p_{C1-C2}=0,16$

Примечание: расчет статистической значимости с использованием критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса или точного критерия Фишера при количестве ожидаемых наблюдений менее 5.

Чаще всего в основной группе выявлялась железодефицитная анемия – 34 (43,6%) случая, что превосходило количество выявленных в группах сравнения: С1 – 3 (9,7%) случая и С2 – 6 (20,0%) случаев ($p_{0-C1}=0,0004$; $\chi^2_{0-C2}=4,21, p=0,04$). Анализ невоспалительных заболеваний мочевыделительной системы выявил статистически значимые различия по количеству женщин основной группы (22 (28,2%)) и группы сравнения С1 – 8 (25,8%) соответственно. В группе С2 данных заболеваний зафиксировано не было, статистическая значимость составила $p_{0-C2}=0,0003$; $p_{C1-C2}=0,0027$.

При анализе данных по наличию заболеваний лор-органов и верхних дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, воспалительных и невоспалительных заболеваний тазовых органов статистически значимых различий получено не было.

Распределение пациенток исследуемых групп в зависимости от характера диагностированных в течение беременности осложнений представлено в табл. 4.

Из приведенных в табл. 4 данных следует, что у женщин групп сравнения С1 и С2 статистически значимо чаще были диагностированы нарушения фетоплацентарного кровотока – 7 (22,6%) и 10 (33,3%) случаев соответственно: ОШ 3,5 (95% ДИ 1,07–11,44), $p_{0-1}=0,066$ и ОШ 6,0 (95% ДИ 1,94–18,52), $p_{0-2}=0,0022$, по сравнению с женщинами основной группы – 6 (7,7%) случаев.



Таблица 4
Распределение пациенток исследуемых групп по наличию осложнений беременности, абс. число (%)
Table 4
Distribution of patients in the study groups by the presence of pregnancy complications, absolute number (%)

Показатели	Группа О, n=78	Группа С1, n=31	Группа С2, n=30	Статистическая значи- мость различий
Угроза прерывания беременно- сти (I триместр)	23 (29,4)	4 (12,9)	8 (26,7)	$p_{O-C1}=0,24$ $\chi^2_{O-C2}=0,47, p=0,49$ $p_{C1-C2}=0,15$
Гестационный сахарный диабет	5 (6,4)	1 (3,2)	3 (10,0)	$p_{O-C1}=0,45$ $p_{O-C2}=0,41$ $p_{C1-C2}=0,32$
Гестационная артериальная гипертензия	4 (5,1)	1 (3,2)	2 (6,7)	$p_{O-C1}=0,56$ $p_{O-C2}=0,53$ $p_{C1-C2}=0,49$
Нарушения фетоплацентарного кровотока	6 (7,7)	7 (22,6)	10 (33,3)	$\chi^2_{O-C2}=3,37, p_{O-1}=0,066$ $\chi^2_{O-C2}=9,35, p_{O-2}=0,0022$ $\chi^2_{C1-C2}=0,42, p=0,51$
Аntenатальная гибель плода	2 (2,6)	0	0	$p_{O-C1}=0,51$ $p_{O-C2}=0,52$

Примечание: расчет статистической значимости с использованием критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса или точного критерия Фишера при количестве ожидаемых наблюдений менее 5.

По другим осложнениям беременности, зафиксированным в основной группе и группах сравнения (гестационный сахарный диабет, гестационная артериальная гипертензия, антенатальная гибель плода), не было получено статистически значимых различий.

Характеристика данных по родоразрешению у женщин групп исследования представлена в табл. 5.

Таблица 5
Исходы беременности у женщин исследуемых групп, Me (Q1–Q3) или абс. число (%)
Table 5
Pregnancy outcomes in women in the study groups, Me (Q1–Q3) or absolute number (%)

Показатель	Группа О1, n=56	Группа О2, n=22	Группа С1, n=31	Группа С2, n=30	Статистическая зна- чимость различий
Срок родоразре- шения, дней	243 (230–251)	249 (235–253)	256 (246–260)	267 (262–269)	$H=50,37; p<0,001$
Преждевремен- ные роды	48 (85,7)	20 (90,9)	18 (58,1)	4 (13,3)	$\chi^2_{O1-O2}=0,38, p=0,54;$ $\chi^2_{O1-C1}=8,33, p=0,0039;$ $p_{O1-C2}<0,001;$ $\chi^2_{O2-C1}=6,84, p=0,0089;$ $p_{O2-C2}<0,001;$ $p_{C1-C2}=0,0003$
Экстренное ро- доразрешение	4 (7,1)	10 (45,5)	2 (6,5)	1 (3,3)	$p_{O1-O2}=0,0003$ $p_{O1-C1}=0,64$ $p_{O1-C2}=0,43$ $p_{O2-C1}=0,0012$ $p_{O2-C2}=0,0003$ $p_{C1-C2}=0,51$

В табл. 5 приведены основные показатели исходов беременности у женщин групп исследования с учетом применения РЭТ (группа О1) во время родоразрешения. Средний срок родоразрешения у женщин группы О1 (243 (230–251) дня) был статистически значимо меньше ($p_{O1-C1}=0,01$) по сравнению с группой С1 (256 (246–260) дней) и группой С2 (267 (262–269) дней) ($p_{O1-C2}<0,001$). В группе О2 значимые различия по сроку родоразрешения получены с группой С2 ($p_{O2-C2}<0,001$). Статистически значимых различий по сроку родоразрешения в группах О1 и О2 получено не было.

Количество преждевременных родов в группах исследования распределилось следующим образом: у женщин группы О1 количество преждевременных родов составило 48 (85,7%), что было статистически значимо больше ($\chi_{O1-C1}=8,33$, $p=0,0039$; $p_{O1-C2}<0,001$), чем в группах сравнения (С1 – 18 (58,1) родов, С2 – 4 (13,3) родов). Различий между количеством преждевременных родов между группами О1 и О2 получено не было ($\chi_{O1-O2}=0,38$, $p=0,54$). Статистически значимые различия получены при сравнении группы О2 (20 (90,9%) родов) с группами сравнения С1 (18 (58,1) родов) ($\chi_{O2-C1}=6,84$, $p=0,0089$) и С2 (4 (13,3) родов) ($p_{O2-C2}<0,001$).

Число операций кесарева сечения, выполненных в экстренном порядке, не имело статистически значимых различий между основной группой О1 (4 (7,1%) случая) и группами сравнения С1 (2 (6,5%) случая) и С2 (1 (3,3%) случая).

Статистически значимые различия по количеству случаев экстренного родоразрешения путем операции кесарева сечения получены при сравнении группы О2 (10 (45,5%) случаев) с группами сравнения С1 (2 (6,5%) случая) ($p_{O2-C1}=0,0012$) и С2 (1 (3,3%) случая) ($p_{O2-C2}=0,0003$).

Средний объем кровопотери при родоразрешении путем операции кесарева сечения в группе женщин, при родоразрешении которых использовались РЭТ (группа О1), составил 1000 (800–1450) мл, что было статистически значимо меньше, чем в группе О2 (без применения РЭТ) – 2500 (2000–3300) мл ($p<0,001$). При этом длительность хирургического вмешательства при родоразрешении женщин группы О1 (136,5 (103,5–169,5) мин.) и группы О2 (146 (99–193) мин.) не имела статистически значимых различий ($U=562$; $p=0,57$).

Выявлены статистически значимые различия по количеству органосохраняющих операций в основной группе исследования ($\chi=3,87$, $p=0,049$). В группе О1 (28 (50,0%) случаев) удельный вес числа метропластик был больше, чем в группе О2 (8 (36,4%) случаев). В то же время интраоперационная кровопотеря во время выполнения метропластики в группе О1 с использованием РЭТ была статистически значимо ниже (1100 (900–1350) мл), чем в группе О2 (2000 (1200–2300) мл) ($U=57,5$; $p=0,039$), что свидетельствует о том, что применение рентгеноэндovasкулярных технологий не только способствует выполнению органосохраняющих операций, но и приводит к статистически значимому снижению интраоперационной кровопотери при выполнении метропластики во время родоразрешения женщин с приращением плаценты.

Оценка состояния здоровья новорожденных и их антропометрические показатели представлены в табл. 6.

Учитывая, что в группе О1 было зафиксировано 2 случая антенатальной гибели плода, оценка состояния здоровья новорожденных и их антропометрические данные при рождении приведены исходя из количества живорожденных в группе О1 (54 ребенка).



Таблица 6

Оценка состояния и антропометрических показателей новорожденных, абс. число (%)

Table 6

Assessment of the condition and anthropometric parameters of newborns, absolute number (%)

Показатели	Группа О1, n=54	Группа О2, n=22	Группа С1, n=31	Группа С2, n=30	Статистическая значимость различий
Асфиксия при рождении (7 баллов и менее по шкале Апгар на 1-й минуте)	18 (33,3)	11 (50,0)	4 (12,9)	0	$\chi^2_{01-02}=1,84, p=0,18$ $p_{01-02}=0,03$ $p_{01-02}=0,0001$ $p_{02-01}=0,004$ $p_{02-02}<0,001$ $p_{01-02}=0,06$
Переведено на ИВЛ	27 (50,0)	14 (63,6)	5 (16,1)	0	$\chi^2_{01-02}=0,17, p=0,28$ $p_{01-02}=0,0016$ $p_{01-02}<0,001$ $p_{02-01}=0,22$ $p_{02-02}=0,001$ $p_{01-02}=0,029$
Масса тела, г	2545 (2276–2845)	2260 (1490–2700)	2850 (2400–3140)	3185,0 (2800–3570)	$H=28,01; p<0,001$
Длина, см	47 (43–49)	43 (40–47)	49 (46–51)	50 (49–53)	$H=28,29; p<0,001$
Пол новорожденного:					
– мужской	27 (50,0)	9 (40,9)	16 (51,6)	12 (40,0)	$p>0,05$
– женский	27 (50,0)	13 (59,1)	15 (48,4)	18 (60,0)	$p>0,05$

Выявлены статистически значимые различия по массе детей при рождении. У женщин группы О1 этот показатель составил 2545 (2276–2845) граммов и был статистически значимо ниже ($p=0,0001$) по сравнению с группой С2 – 3185,0 (2800–3570) грамма. В группе О2 масса тела ребенка при рождении составила 2260 (1490–2700) граммов и была статистически значимо ниже ($p=0,035$) по сравнению с группой С1 – 2850 (2400–3140) и группой С2 – 3185 (2800–3570) граммов ($p=0,00001$) соответственно.

Среднее значение длины тела детей при рождении в группе О1 было 47 (43–49) см, что статистически значимо меньше ($p_{01-02}=0,00016$), чем в группе С2 – 50 (49–53) см. В то же время в группе О2 длина в сантиметрах статистически значимо меньше – 43 (40–47) ($p_{01-01}=0,018931, p_{01-02}=0,000011$), чем в группе С1 (49 (46–51)) и группе С2 (50 (49–53)).

Число детей, рожденных в асфиксии, в группах О1 (18 (33,3%) случаев) и О2 (11 (50,0%) случаев) было статистически значимо больше ($\chi^2_{01-02}=1,84, p=0,18; p_{01-01}=0,03; p_{01-02}=0,0001; p_{02-01}=0,004, p_{02-02}<0,001$), чем в группе С1 (4 (12,9%) случая). В группе С2 случаев асфиксии детей при рождении не зафиксировано.

В группе С2 отсутствовали случаи перевода детей на ИВЛ. В группе С1 (5 (16,1%) случаев) количество случаев перевода детей на ИВЛ статистически значимо меньше ($p_{01-01}=0,0016, p_{01-02}<0,001, p_{02-01}=0,22, p_{02-02}=0,001$), чем в группах О1 (27 (50,0%) случаев) и О2 (14 (63,6%) случаев). В то же время сравнение случаев перевода на ИВЛ в группах О1 и О2 не имело статистически значимых различий ($p_{01-02}=0,28$).

Все дети от матерей группы О1 и О2 родились недоношенными и были переведены на второй этап выхаживания, а в последующем выписаны домой, случаев неонатальной смертности не зафиксировано. При сравнении количества койко-дней,

которые дети группы О1 и дети группы О2 провели на втором этапе выхаживания, выявлены статистически значимые различия между группами. Так, дети группы О2 находились на стационарном лечении статистически значимо дольше (23 (19–33) дня), чем дети группы О1 (21 (15–23) день) ($U=392,5$; $p=0,021$).

■ ВЫВОДЫ

1. В группе пациентов с приращением плаценты доля женщин с наличием двух и более рубцов матки составила 77,9%, что в 1,90 раза больше, чем в группе сравнения С1 (41,1%) (женщины с центральным предлежанием плаценты без признаков приращения и с рубцом матки), и в 1,96 раза больше, чем в группе С2 (40%) (женщины с нормальным расположением плаценты и рубцом матки) ($\chi^2_{0-01}=12,28$, $p=0,0005$; $\chi^2_{20-02}=13,29$, $p=0,0003$).
2. В основной группе женщин с приращением плаценты количество беременностей и родов в анамнезе было статистически значимо больше, чем в группе женщин с нормальным расположением плаценты ($p=0,018$, $p=0,0002$ соответственно).
3. При оценке временного интервала между последним кесаревым сечением и настоящей беременностью наблюдались статистически значимые различия у женщин основной группы и групп сравнения. У женщин с приращением плаценты интергенетический интервал между беременностями был статистически значимо меньше ($p<0,001$), чем у женщин без приращения.
4. У женщин с предлежанием плаценты доля преждевременных родов была больше, чем у женщин с нормальным расположением плаценты.
5. Использование РЭТ при родоразрешении женщин с приращением плаценты статистически значимо снижает объем кровопотери при родоразрешении ($p<0,001$), не увеличивая длительности хирургического вмешательства.
6. Использование РЭТ позволяет выполнить органосохраняющую операцию каждой второй женщине с приращением плаценты.
7. Количество детей, рожденных в асфиксии у женщин, родоразрешенных с применением РЭТ, не имело статистически значимых различий с группой женщин, родоразрешенных без применения РЭТ, что подтверждает, что РЭТ не влияет на возникновение асфиксии у детей при рождении и необходимость перевода на ИВЛ.
8. Дети от женщин, родоразрешенных без применения РЭТ, находились на лечении статистически значимо дольше, чем дети от женщин, родоразрешенных с применением РЭТ ($p=0,021$), несмотря на отсутствие статистически значимых различий по сроку беременности.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Shmakov R. et al. Surgical Tactics for Placenta Accreta with Varying Depths of Invasion. *Obstetrics and Gynecology*. 2020;1:78–82.
2. Kurcer M. et al. Comparative Characteristics of Endovascular Methods for Stop Bleeding in Placenta Accreta. *Gynecology, Obstetrics, and Perinatology*. 2017;16(5):17–24.
3. Betran A.P., Ye J., Moller A.B., Souza J.P., Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob. Health*. 2021. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671>
4. The Lancet. Stemming the global caesarean section epidemic. *Lancet*. 2018. doi: [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32394-8](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32394-8)
5. Morlando M., Collins S. Placenta accreta spectrum disorders: challenges, risks, and management strategies. *Int. J. Womens Health*. 2020. doi: <https://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S224191>