პლაცენტის მიხორცების ანომალიები

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი
(პროტოკოლი)

2025 წელი

1. პროტოკოლის დასახელება:

პლაცენტის მიჯორცების ანომალიები (Placenta Accreta Spectrum, PAS)

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	**ICD 10**
პლაცენტის შეხორცებითი დაზიანებები	O43.2
2. ჩარევის დასახელება	**NCSP**
საკეისრო კვეთა საშვილოსნოს ზედა სეგმენტში	MCSA00
სამეანო ჰისტერექტომია	MCSW00
სხვა სამეანო ლაპაროტომია	MCSW96
სხვა პროცედურები მეანობაში	MX
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
კოაგულოგრამა	CG.7
რეზუს ფაქტორის განსაზღვრა	IM.10.1.2
ABO სისტემის განსაზღვრა	IM.10.1.1

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

- ✓ ამ პროტოკოლის შემუშავების პროცესში სამუშაო ჯგუფმა შეისწავლა პლაცენტის შეხორცების ანომალიების (Placenta Accreta Spectrum, PAS) შემდეგ გაიდლინებს.
- ✓
- ✓ The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green Top Guideline No. 27a 2018.1

  American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) Obstetric Care Consensus No. 7 2018.8
  - FIGO Consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders 2018.2

- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) No. 383 – Screening, diagnosis, and management of placenta accreta spectrum disorders.9
- Evidence-based guidelines for the management of abnormally invasive placenta: recommendations from the International Society for Abnormally Invasive Placenta 2020
- Government of Western Australia North Metropolitan Health Service: Clinical practice guideline: Placenta Accreta Spectrum (2020).

✓

გაიდლაინების რევიზიის პროცესმა გამოავლინა რიგი სადავო საკითხები PAS-ის დიაგნოსტიკის, მართვისა და ქირურგიული მკურნალობის შესახებ.
ეს პრობლემური საკითხები ასახავს დამატებითი, მაღალი ხარისხის კვლევების აუცილებლობას PAS-ის მართვაში შესაბამისად, სამუშაო ჯგუფმა შეიმუშავა კონსენსუსი, რომელიც ემყარება საუკეთესო პრაქტიკის ძირითად პრინციპებს და ადაპტირებულია ადგილობრივ გარემოებებსა და ხელმისაწვდომ ტექნიკურ რესურსებზე.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია პლაცენტის მიჭორცების ანომალიების (PAS) ანტენატალური და ინტრანატალური დიაგნოსტიკისა , მშობიაროზის ქირურგიული ჩარევის და მულტიდიცპ;ონარური მართვის ხარისხის ოპტომიზაცია

5. სამიზნე ჯგუფი

ორსულები პლაცენტის მიჭორცების ანომალიების (PAS) მაღალი რისკით

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია სამეანო-გინეკოლოგიური ამბულატორულ სტაციონარულ დაწესებულებებისათვის მომუშავე მეან-გინეკოლოგებისთვის, რადიოლოგებისთვის, ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგებისთვის, უროლოგებისთვის,ახალშობილთა და მოზრდილთა ინტენსიური თერაპიის ექიმებისთვის.

სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება სამეანო-გინეკოლოგიური საქმიანობის უფლების განმახორციელებელ ამბულატორიულ და 2 და 3 დონის სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში
.პროტოკოლის გამოყენება იწყება რისკ ფაქტორების გამოვლენის ან PAS დიაგნოზის დასმითანავე

შესავალი

ეპიდემიოლოგიური მონაცემებით რომ PAS-ის გავრცელება მთელ მსოფლიოში იზრდება და შეადგენს **0.79–3.11 შემთხვევას 1000 მშობიაროზაზე**. იმის გათვალისწინებით, რომ გადატანილი საკეისრო კვეთა PAS-ის განვითარების ერთ-ერთი მთავარი რისკ-ფაქტორია და საქართველოში საკეისრო კვეთების მაჩვენებლის ზრდის ტენდენცია აშკარაა (**2021 — 42.8%; 2023 — 46.4%**), მოსალოდნელია, რომ PAS-ის გავრცელებაც ანალოგიურად გაიზრდება.ამრიგათ , ოპტიმალური მართვის სტრატეგიის(ქირურგიულ ტაქტიკის და მულტიდისციპლინარული მართვის) განსაზღვრა ძალიან რთულ საკითხათ რჩება.

განსაზღვრება

- PAS (პლაცენტის მიხორცების ანომალია) არის ორსულობის პათოლოგიური მდგომარეობა, რომლის დროსაც ტროფობლასტული ქსოვილი ანორმალურად იჭრება პლაცენტასა და ენდომეტრიუმს/დეციდუალურ შრეს შორის არსებული ნორმალური საზღვრის მიღმა, რაც იწვევს პლაცენტის ნორმალური მოცილების ნაწილობრივ ან სრულ შეუძლებლობას და დაკავშირებულია სიცოცხლისთვის საშიში მასიური სისხლდენის, დედის ავადობისა და სიკვდილიანობის მაღალი რისკთან

წლების განმავლობაში ამ მდგომარეობის აღსაწერად გამოიყენებოდა სხვადასხვა ტერმინები , მათ შორის „მორბიდულად მიმაგრებული პლაცენტა“, „ანომალურად მიმაგრებული ან ინვაზიური პლაცენტა“ , PAS. ტერმინოლოგიის მრავალსხვაობა, პათოლოგიური და კლინიკური დიაგნოსტიკის არათანაბრობა იწვევს დაბნეულობას დიაგნოსტიკის პროცესში. ამიტომ ტერმინი PAS უნდა იქნას

გამოყენებული როგორც სასურველი , რომელიც მოიცავს ამ პათოლოგიის მთელ სპექტრს.

თერმინოლოგია და კლასიფიკაცია

- (Placenta accreta): ქორიონის ბუსუსები პირდაპირ არის მიმაგრებული მიომეტრიუმზე, მისი სიღრმეში შეღწევის გარეშე. (პლაცენტის მოცილება შესაძლებელია)
- (Placenta increta): ქორიონის ბუსუსები 50%-ზე მეტად იჭრება მიომეტრიუმში. (პლაცენტის მოცილება არ არის შესაძლებელი)

- (Placenta percreta): ქორიონის ბუსუსები მთელ მიომეტრიუმსა და სეროზულ შრეს გადიან, შესაძლებელია მეზობელი ორგანოების (შარდის ბუშტი, ნაწლავი და სხვ.) ჩართვა

- .(პლაცენტის მოცილება არ არის შესაძლებელი)

სტანდარტიზაციის მიზნით, შემუშავადა FIGO-ს კლასიფიკაცია პლაცენტის მიხორცების სპექტრის კლინიკური დიაგნოსტირებისთვის.მიუხედავად იმისა, რომ ჰისტოპათოლოგიური დიაგნოზი ოქროს სტანდარტს წარმოადგენს,ის ხორციელდაბა პოსტფაქტუმ და მცირე კლინიკურ მნიშვნელობას ატარებს, რადგან ინტრაოპერაციული მართვისთვის პრაქტიკულ მითითებებს არ იძლევა და მშობიარობის დროს PAS-ის დიაგნოზის სწორად დაუდგენლობის გამო ჩატარებული არასაჭირო ჰისტერექტომიების რაოდენობა, როგორც ჩანს, იზრდება ამის გათვაიშწიენბით .შემუშავდა კლინიკოპატოლოგიური კლასიფიკაცია რომელიც განკუნილია უშუალოდ მშობიარობის ან ოპერაციული ჩარევის დროს დროს გამოსაყენებლად

FIGO clinicopathological criteria for diagnosis of PAS

Grading	Clinical criteria
Grade 1—Abnormally adherent placenta (adherenta, [accreta] or creta)	at vaginal delivery No separation with synthetic oxytocin or gentle cord traction Attempts at manual removal result in heavy bleeding from placental site requiring mechanical or surgical procedures At laparotomy/caesarean As above No obvious distension over the placental bed (no‘bulge’), no neo vascularity and no placental tissue seen invading through placental surface
Grade 2—Abnormally invasive placenta (increta)	At laparotomy/caesarean Abnormal macroscopic ndings over placental bed: blueish/purple colouring, distension (‘bulge’) Signi cant amounts of hypervascularity (dense tangled bed of vessels running parallel craniocaudially within the serosa)

	No placental tissue seen invading through placental surface 'Dimple sign' (gentle cord traction results in the uterus being pulled inwards without separation of the placenta)
Grade 3—Abnormally invasive placenta (percreta)	
3a: limited to the uterine serosa	At laparotomy/caesarean Abnormal macroscopic ndings on uterine serosal surface (as above) and placental tissue seen invading through the surface of the uterus No invasion into any other organ—clear surgical plane identi able between the bladder and uterus
3b: urinary bladder invasion	At laparotomy/caesarean Placental villi are seen to be invading into the bladder but no other organs Clear surgical plane cannot be identi ed between the bladder and uterus
3c: invasion of other pelvic tissue/organs	At laparotomy/caesarean Placental villi are seen to be invading into the broad ligament, vaginal wall, pelvic sidewall or any other pelvic organ (invasion of the bladder)

PAS განვითარების რისკ ჯგუფები

1. ერთი ან მეტი გადატანილი საკეისრო კვეთა
2. პლაცენტის დაბალი მიმაგრება ან პლაცენტის წინმდებარეობა
3. სხვა საშვილოსნოს პროცედურები
   — მიომექტომია
   — ჰისტეროსკოპია
   — საშვილოსნოს კიურეტაჟი
   — ენდომეტრიუმის აბლაცია
4. წინა ორსულობისას პლაცენტის ხელით მოცილება
5. წინა ორსულობისას PAS
6. წინა ორსულობისას საკეისრო კვეთის შემდგომი ნაწიბურის ორსულობა
7. წინა ორსულობისას მშობიარობისშემდგომი სისხლდენა
8. გადატანილი ენდომეტრიტი.
9. ინვიტრო განაყოფიერება
10. საშვილოსნოს ანატომიური დეფექტები
11. მრავალნაყოფიანი ორსულობა
12. საშვილოსნოსშიდა მოწყობილობის გამოყენება ორსულობამდე
13. გადატანილი PPH — მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა
14. საკეისროს შემდგომი ნაწიბურის ორსულობა;

PAS **დიაგნოსტიკა**

ულტრაბგერითი კვლევა უნდა იყოს პირველი რიგის მეთოდი ყველა იმ ქალისთვის, ვისაც სავარაუდო PAS აქვს.

PAS–ის პირველადი სკრინინგი ხორციელდება 11-14 კვირებზე სადაც ქალებს, რომლებსაც აქვთ პლაცენტის დაბალი მიმაგრება და პაცენტის წინმდებარეობა და გადატანილი აქვთ სკ აგანსაკუთრებული უირადღება ეთმობა
ასიმპტომურ ქალებში, როგორც წესი , შესაძლებელია უფრო დეტალური შეფასების გადადება 24 კვირამდე როდესაც ტროფობლასტული ინვაზია სრულდება. იდეალურად, საბოლოო შეფასება უნდა ჩატარდეს 28 კვირამდე, რათა საკმარისი დრო იყოს მშობიაროზის დაგემვის მრავალპროფილური გუნდაან .

გამოკვლევის ჩატარებისას საჭიროა სტანდარტიზებული ტერმინოლოგიის გამოყენება და ანგარიშის სტრუქტურირებული შაბლონის გამოყენება

MRI არ უნდა იყოს სავარაუდო PAS-ის საწყისი შეფასების წამყვანი მეთოდი.
MRI შეიძლება იყოს სასარგებლო როგორც დამატებითი კვლევის მეთოდი იმ შემთხვევებში, როდესაც ულტრაბგერითი დიაგნოზი გაურკვეველია, ან სხვა მიზეზების მიხედვით – კლინიკური განსჯის შედეგად. MRI შეიძლება განსაკუთრებით სასარგებლო იყოს პლაცენტის საშვილოსნოს უკანა კედელზე მდებარეობისას, რომლის შეფასებაც შესაძლოა რთული იყოს ულტრაბგერით.

ყველა ქალმა, ვისაც აქვს სავარაუდო ან დადასტურებული PAS (ულტრაბგერითი კვლევის საფუძველზე), უნდა გაიაროს კონსილიუმი და შემუშავდეს მართვის გეგმა, მათ შორის - მშობიაროზის ადგილის განსაზღვრა, მრავალპროფილურ გუნდთან (MDT) ერთად. MDT უნდა ფლობდეს დიაგნოსტიკისა და მართვის შესაბამის ექსპერტიზას, მათ შორის რთული ქირურგიის გამოცდილებას.
•

ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა:

ცხრილში მოყვანილია სტანდარტული ულტრასონოგრაფიული კვლევის შედეგები პლაცენტის მიმაგრების ანომალიების დროს.

ექოსკოპიური სურათი	განმარტება
2D **greyscale**	
1.მკაფიო ზონის გაქრობა (სურ.1)	მიომერტიუმის პლაცენტარულ მოედანზე მკაფიო ჰიპოექოგენური ე.წ. „clear zone” ის დარღვევა ან გაქრობა.

პათოლოგიური პლაცენტარული ლაკუნები (სურ**.2)**	მრავლობითი, მათ შორის განიერი და არარეგულარული ლაკუნების არსებობა ((ფინბერგის კრიტერიუმით 3-ე ხარისხი). რომელიც ხშირად შეიცავს grayscale imaging ით ტურბულენტურ დინებას.
შარდის ბუშტის კედლის დარღვევა **(**სურ**. 3)**	შარდის ბუშტის კედლის მკადიო მკაფიო ზოლის (საშვილოსნოსა და შარდისბუშტს შორის ჰიპოექოგენური ზოლის) დარღვევა ან გაქრობა
მიომეტრიუმის **გათხელება (სურ 4)**	პლაცენტასთან მიმდებარე მიომეტრიუმის სისქე ნაკლებია 1მმ ზე ან სრულიად არ ჩანს. < 1 mm or undetectable
პლაცენტის ქსოვილის ამობურცვა **(**სურ**. 5)**	საშვილოსნოს სეროზული გარსის გამოსახულების გადახრა სავარაუდო ადგილიდან რომელიც გამოწვეულია პათოლოგიური პლაცენტარული ქსოვილის არსებობით მეზობელ ორგანოში, როგორც წესი, შარდის ბუშტში. საშვილოსნოს სეროზული გარსი გამოიყურება ინტაქტურად მაგრამ გარეთა კონტური დეფორმირებულია.
ფოკალური ეგზოფიტური მასა **(**სურ**. 6)**	პლაცენტარული ქსოვილი გამოჩრილია საშვილოსნოს სეროზული გარსიდან და ვრცელდება მის გარეთ; ხშირად კარგად ჩანს სავსე შარდის ბუშტის
ფერადი 2D დოპლერი	
შარდისბუშტ საშვილოსნოს ჰიპერ ვასკულირება **(**სურ**. 7)**	ჭარბად გამოხატული ფერადი დოლპერული სიგნალი შარდის ბუშტის უკანა კედელსა და საშვილოსნოს შორის. ეს ნიშანი სავარაუდოდ მუთითებს მჭიდროდ განლაგებული, მრავლობითი დაკლაკნილი სისხლძარღვების არსებობას ამ რეგიონში. (რაც არის მრავალმიმართულებიანი დინების და არტეფაქტების დემონსტრირება)

სუბპლაცენტური ჰიპერვასკულარაიზება **(სურ. 8)**	პლაცენტის სარეცელზე გამოხარტული დიდი რაოდენობის ფერადი დოპლერის სიგნალი ეს ნიშანი სავარაუდოდ მუთითებს მჭიდროდ განლაგებული, მრავლობითი დაკლაკნილი სისხლძარღვების არსებობას ამ რეგიონში. (რაც არის მრავალმიმართულებიანი დინების და არტეფაქტების დემონსტრირება)
გამჭოლი ანუ ე.წ. **Bridging** სისხლძარღვები **(სურ. 9)**	სისხლძარღვები რომლების ცრცელება პლაცენტიდან, გაივლის მიომეტრიუმს სცდება საშვილოსნოს სეროზულ გარსს და ჩაზრდილია შარდის ბუშტში ან სხვა მეზობელ ორგანოში.
პლაცენტარული ლაკუნების მკვებავი სისხლძარღვები **(სურ. 10)**	სისხლძარღვები სისხლის მაღალი სიჩქარის ნაკადით, რომელიც მიემართება მიომეტრიუმიდან პლაცენტის ლაკუნებში და იწვევს ტურბულენციას მის შესასვლელში.
3D გამოსახულებით გამოხატული ინტრაპლაცენტური ჰიპერვასკულარიზაცია	მრავლობითი პლაცენტრული სისხლძარღვების კომპლექსური, მოუწესრიგებელი განლაგება გამოხატული დაკლაკნილი და ცვალებადი კურსით.



სურ.1



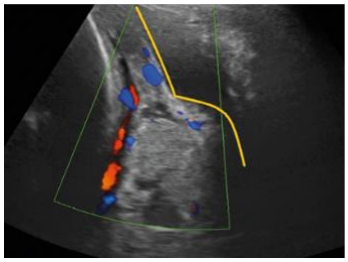
სურ.2



სურ.3



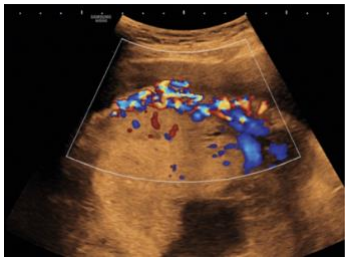
სურ.4



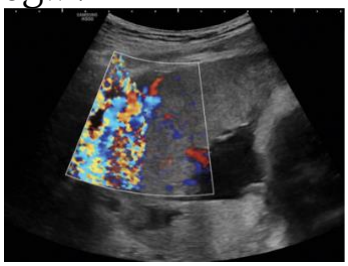
სურ.5



სურ.6



სურ.7



სურ.8



სურ.9



სურ.10

ანტენატალური მეთვალყურეობა PAS საეჭვო შემთხვევებში

რისკის შეფასება უნდა მოხდეს ორსულის ანამნეზისა და სათანადო კვლევების შედეგების საფუძველზე.

- სისხლდენის რისკის კონტროლი
- დაბადების ადგილისა და თარიღის განსაზღვრა
- მულტიდისციპლინური გუნდის მომზადება
- თუ ცენტრს არ აქვს შესაბამისი აღჭურვილობა ან გამოცდილება , მკაცრად რეკომენდებულია პაციენტის გადამისამართება უფრო სპეციალიზებულ ცენტრში.
- სისხლდენის რისკის გამო, პაციენტში უნდა გამოირიცხოს ანემია და/ან რკინის დეფიციტი, ხოლო მკურნალობა უნდა დაიწყოს ადრევე, თუ:
    - ჰემოგლობინი < 10.5 გ/დლ
    - ფერიტინი < 30 ნგ/დლ
- საავადმყოფოში განსახორციელებელი ღონისძიებები ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევაში: ანტენატალური სტეროიდების კურსი (რესპირატორული დისტრესის პროფილაქტიკისთვის): დექსამეტაზონი 6 მგ IM, 12 სთ-ში ერთხელ, სულ 24 მგ. რეკომენდებულია 35-ე კვირამდე ანტენატალური სტეროიდების მიღება ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევაში.
- უნდა გაითვალისწინოს:

- უსიმპტომო პაციენტებისთვის შესაძლოა ამბულატორიული მეთვალყურეობის გაგრძელება:
  ისეთი სიმპტომების სიმპტომების არსებობის შემთხვევაში, როგორიცაა:
  - სისხლდენა
  - საშვილოსნოს შეკუმშვები
  - სანაყოფე წყლის ნაადრევი დაღვრა
  რეკომენდებულია დაუყოვნებელი ჰოსპიტალიზაცია PAS რეფერალურ ცენტრში
- ჰოსპიტალიზაციის დროს უნდა ჩატარდეს:

- მშობიარობის რისკებისა და სარგებლის შეფასება (სისხლდენა, ლაბორატორიული პარამეტრები, კოაგულაციური ტესტები)
  სისხლის პროდუქტების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა
- ნაყოფის მდგომარეობის მონიტორინგი:
  - ულტრაბგერითი კვლევა პლაცენტის შეფასებით + დოპლეროგრაფია — საშუალოდ ყოველ 7 დღეში ერთხელ
  - არასტრესული ტესტი (NST) — მინიმუმ ყოველ 3 დღეში ერთხელ
-
- პაციენტისა და ოჯახისათვის მიწოდებული ინფორმაცია უნდა იყოს სრულფასოვანი და მოიცავდეს როგორც პრაქტიკულ, ისე ემოციურ ასპექტებს.
- ინფორმაცია უნდა ეფუძნებოდეს:
  - შეფასებულ რისკს
  - PAS-ის ანომალიების პროგნოზირებულ სიმძიმეს
  - შესაძლო გართულებებს, მათ შორის მომავალში ნაყოფიერებაზე უარყოფით გავლენას (მაგალითად, საკეისრო კვეთის დროს შესაძლო ჰისტერექტომია)
- ასევე უნდა განიხილებოდეს ახალშობილის პროგნოზი, ვინაიდან PAS ანომალიების შემთხვევაში, მშობიარობების უმეტესობა ნაადრევია.

PAS პაციენტებისთვის დახმარების ორგანიზაციული ასპექტები

1.1. დადასტურებული ან სავარაუდო PAS-ის მქონე პაციენტებისთვის აუცილებელია:
– სამედიცინო დაწესებულების შესაბამისი ინფრასტრუქტურა;
– სათანადო გამოცდილების მქონე კლინიკური გუნდები;
– კოორდინირებული მრავალდარგობრივი თანამშრომლობა.

1.2. PAS პაციენტების უსაფრთხო მართვა შესაძლებელია მხოლოდ მრავალპროფილურ, კარგად აღჭურვილ III დონის ცენტრში და გამოცდილ პროფესიონალთა გუნდის პირობებში.

1.3. ანტენატალურად არადაგნოსტირებული PAS შემთხვევების წილი კვლავ მაღალია (მდე 50%).

1.4. ყოველი სამეანო სტაციონარი ვალდებულია ჰქონდეს PAS-ის გაუთვალისწინებელ გართულებებზე რეაგირების დასაბუთებული, წერილობითი მოქმედების გეგმა.

1.5. PAS-ის მქონე პაციენტების გადაყვანა რეკომენდებულია III დონის პერინატალურ ცენტრში.

---

2. III დონის ცენტრის მოთხოვნები

ცენტრს უნდა ჰქონდეს:
– სისხლის ბანკზე 24-საათიანი წვდომა;
– მოზრდილთა და ახალშობილთა რეანიმაციის განყოფილებები (ICU);
– სპეციალისტები შემდეგ დარგებში: მეანობა-გინეკოლოგია, ქირურგია, ანესთეზიოლოგია, სისხლძარღვთა ქირურგია, უროლოგია, ნეონატოლოგია, ინტერვენციული რადიოლოგია;
– მოქმედი მულტიდისციპლინური ჯგუფები PAS შემთხვევების ანალიზისა და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისთვის.

---

3. მარშრუტიზაციის ორგანიზება

3.1. შეზღუდული რესურსების მქონე ცენტრებს უნდა ჰქონდეთ PAS-ის რეფერალურ ცენტრებთან თანამშრომლობის მკაფიო ალგორითმი.

3.2. პაციენტის გადაყვანა უნდა განხორციელდეს რაც შეიძლება ადრე — ოპტიმალურად დიაგნოზის ან ეჭვის დადასტურებისთანავე, 26–32 გესტაციურ კვირებზე.

3.3. თუ PAS მოულოდნელად დგინდება მშობიარობის დროს, პაციენტის III დონის ცენტრში გადაყვანა რეკომენდებულია, პაციენტის სტაბილური მდგომარეობის შემთხვევაში.

---

4. მშობიარობის მართვა

4.1. ოპტიმალური ვადა

4.1.1. დადასტურებული ან სავარაუდო PAS-ის შემთხვევაში გეგმიური საკეისრო კვეთის დრო განისაზღვრება ინდივიდუალურად, მაგრამ **არაუგვიანეს 36–37 კვირისა**, თუ არ აღინიშნება სისხლდენა ან ნაადრევი მშობიარობის ნიშნები.

4.1.3. გეგმიური საკეისრო მნიშვნელოვნად ამცირებს მძიმე გართულებებისა და მასიური სისხლდენის რისკს.

---

5. წინასაოპერაციო მომზადება

5.1. გუნდი და რეანიმაციული მზადყოფნა
– გუნდი მზად უნდა იყოს რეანიმაციისა და მასიური ტრანსფუზიისთვის.

5.2. ვენური წვდომა
– ≥ 1 დამატებითი ფართეპროლუმიანი პერიფერიული კატეტერი.

5.3. წინასწარ მომზადებული სისხლის პროდუქტები:
– ერითროციტული მასა;
– ახლად გაყინული პლაზმა;
– თრომბოციტები;
– კრიოპრეციპიტატი (იკვეთება 24 საათით ადრე);
– ფიბრინოგენი (იკვეთება 24 საათით ადრე);
– გააქტიურებული VII ფაქტორი ან პროთრომბინის კომპლექსის კონცენტრატი (შესაძლებლობის შემთხვევაში).

5.4. ანესთეზიოლოგი
– ოპერაციამდე საჭიროა PAS-ის მართვაში გამოცდილი ანესთეზიოლოგის კონსულტაცია;
– ნეორაქსიალური ანესთეზია უპირატესად გამოიყენება ნაყოფის დაბადებამდე ან სისხლდენის დაწყებამდე (საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია კონვერსია).

5.5. საოპერაციო
– სრულად აღჭურვილი, უზრუნველყოფილი კომპონენტებითა და საჭირო

სპეციალისტებით;
– საჭირობის მიხედვით — C-arm ინტრაოპერაციული ვიზუალიზაციისთვის.

5.6. საშარდე გზების დაზიანების პრევენცია
– საეჭვო ინვაზიის შემთხვევაში შესაძლებელია ცისტოსკოპია და შარდსაწვეთების კათეტერიზაცია (არ არის რუტინული).

5.7. სისხლის დაკარგვის მართვა
– გათვალისწინებულია მცირე მენჯის ძლიერი ვასკულარიზაცია;
– შესაძლებელია ინტერვენციული მეთოდების გამოყენება (ბალონის ოკლუზია, ემბოლიზაცია) ინდივიდუალური ჩვენებით.

---

6. ინტრაოპერაციული მართვა

6.2. მართვის შესაძლო სტრატეგიები:

1. ჰისტერექტომია საკეისროს დროს, პლაცენტასთან ერთად
2. გადავადებული ჰისტერექტომია (პაციენტის დაუყოვნებლივი გადაყვანით III დონის პერინატალურ ცენტრში).
3. მიომეტრიუმის ნაწილობრივი რეზექცია (პლაცენტის შესაბამისი ლოკალიზაციის შემთხვევაში).

1. ჰისტერექტომია საკეისრო კვეთის დროს

• პლაცენტის აკრეტას სპექტრის (PAS) შემთხვევებში, საშვილოსნოს ამოკვეთა საკეისრო კვეთის დრო პლაცენტასთან ერთად — რჩება ყველაზე გავრცელებულ მართვის მეთოდად.

• ჰისტერექტომია, როგორც წესი, ყველაზე შესაფერისია მაშინ, როდესაც პაციენტს აქვს მასიური სისხლდენა ან ჰემოდინამიკური არასტაბილურია. ეს პროცედურა ასევე შეიძლება იყოს გადარჩენის ალტერნატიული გზა, როდესაც მართვის სხვა მეთოდები შედეგს არ იძლევა.

.

• ჰისტერექტომია PAS ის დროს ტექნიკურად ძალიან რთული და პოტენციურად საშიში ოპერაციაა. ის დაკავშირებულია დედის სერიოზული

გართულებების მაღალ მაჩვენებელთან (40–50%), რაც ბევრად აღემატება არაორსულ ქალებში ჩატარებული ჰისტერექტომიის რისკებს. სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა შეიძლება მიაღწიოს 7%-ს. ეს გამოწვეულია მასიური სისხლდენის რისკით, რომელიც დიდწილად დაკავშირებულია PAS პათოლოგიასთან, ძირითადად ძალიან ფართო ნეოვასკულარიზაციასთან.

- ასევე გამოხატულია ანატომიური ცვლილებები, როგორიცაა საშვილოსნოს ქვედა ნაწილის გადაჭიმვა და დეფორმაცია, საშვილოსნოს არტერიების და შარდსაწვეთების არაფიზიოლოგიური მდებარეობა, დეფორმაცია და ხშირად პლაცენტის ინვაზია შარდის ბუშტში. ორგანოებს შორის მრავალრიცხოვანი ადჰეზიები, რომლებიც წინა ოპერაციების შედეგად არის გამოწვეული, შეიძლება დამატებით სირთულეს წარმოადგენდეს ოპერაციის მსვლელობის პროცესში.

- ყველა შემთხვევაში რეკომენდირებულია გამოცდილი ქირურგების გუნდის საშუალებით შესრულდეს ოპერაცია.

პაციენტის პოზიცია

პაციენტი უნდა განთავსდეს ზურგზე , 15-გრადუსიანი მარცხენა ლატერალური გადახრით. ქვედა კიდურები ფიქსირდება (stirrups) და თავსდება მოდიფიცირებულ Lloyd–Davies-ის პოზიციაში, რათა ასისტენტს ჰქონდეს საშოსმხრივი წდომა .

დუნდულოების ქვეშ სისხლის დანაკარგის შეგროვებისა და მონიტორინგის საჭიროა მოთავსთეს პლასრიკური ტომარა

განაკვეთი კანძე

რეკომენდებულია ვერტიკალური განაკვეთი ჭიპის შემოვლით რადგან იგი უკეთეს წვდომას უზრუნველყოფს საშვილოსნოს ფუძესთნ და მენჯის კედლებთან,

განაკვეთი საშვილოსნოზე

განაკვეთო უნდა გაკეთდეს საშვილოსნოს ფუძეში , ნაყოფის ამოყვანა ჩვეულებრივ ხორციელდება ჰისტეროტომიის საშუალებით, რომელიც პლაცენტიდან დაშორებით არის განთავსებული.

ჰისტერექტომიის ჩატარების წინ უნდა დავრწმუნდეთ PAS არსებობაში —

1 უფრო ძუსტი ლიკალიზაციისთვია შეიძლება ჩატარდეს ინტრაოპერაციული ულტრაბგერითი სკანირება, ტრანდუსერით მოთავსებუი სტერილურ პარკში პირდაპირ საშვილოსნოზე თავსდება.

2 უნდა შეფასდეს საშვილოსნოს წინა კედელი და მცირე მენჯის სტრუქტურები PAS-ის შესაძლო ნიშნების იდენტიფიკაციისთვის.

- მათ შორის აღსანიშნავია:
- საშვილოსნოს ქვედა ნაწილის პათოლოგიური შებერილობა მოლურჯო ან იისფერი შეფერილობით,
- მიომეტრიუმის გათხელება პლაცენტის ვიზუალიზაციით ან სეროზული შრეში შესაძლო ინვაზია,
- ქვედა სეგმენტის ჭარბი პათოლოგიური ვასკულარიზაცია (განსაკუთრებით პერიტონეუმში კრანიოკაუდალური მიმართულებით მიმავალი სისხლძარღვებით).
- 3 შეიძლება სცადოთ ჭიპლარის ნაზი მოქაჩვა.
- იმ შემთხვევაში, როდესაც ჭიპლარის ტრაქციით საშვილოსნოს კედელი იქაჩება პლაცენტის გამოყოფის გარეშე (ღრმულის ნიშანი) და საშვილოსნო იკუმშება დამოუკიდებლად (თოვლის კაცის ნიშანი-ეს ნიშანი გამოიყენება ინტრაოპერაციული შეფასებისას — როცა საშვილოსნოს სხეული იკუმშება, ხოლო პლაცენტის მიმაგრების ადგილი არ რეაგირებს შეკუმშვაზე და არ იძვრის. შედეგად, საშვილოსნო იღებს ფორმას, რომელიც ოვალურად ჰგავს თოვლის კაცს — ზედა ნაწილი შეკუმშულია, ქვედა ნაწილი კი შებერილია პლაცენტის გამო, დიაგნოზი PAS დასაშვებად მიიჩნევა.
-
-

.

პლაცენტის ძალით მოშორების მციოდელობამ შეიძლება გამოიწვიოს მძიმე სისხლდენა, ამიტომ საჭიროა განსაკუთრებული სიფრთხილე.
თუ მიღებულია გადაწყვეტილება პლაცენტის საშვილოსნოს ღრუში დატოვების შესახებ გადავადებული ჰისტერექტომიისთვის, პლაცენტას შეხება არ ARIS სასურველი — საჭიროა საშვილოსნოს და მუცლის ღრუს დახურვა.

თუ PAS არ დადასტურდა და პლაცენტა სრულად იყოფა, შესაძლებელია საკეისრო კვეთის გაგრძელება. ამასთან, უნდა იქნეს გათვალისწინებული პლაცენტაციის ზონიდან სისხლდენის მომატებული რისკი, რაც საჭიროებს შესაბამის ფარმაკოლოგიურ და/ან ქირურგიულ ჩარევას — ზუსტად ისე, როგორც სხვა ფორმის ობსტეტრულ სისხლდენებში.

ბავშვის დაბადებისთანავე ოქსიტოცინის პროფილაქტიკური შეყვანა აძლიერებს საშვილოსნოს შეკუმშვას და შეიძლება სასარგებლო იყოს იმის შესაფასებლად, ხდება თუ არა პლაცენტის ნორმალური გამოყოფა.

თუ პლაცენტა უკვე მოცილებულია (სრულად ან ნაწილობრივ) ან დაწყებულია ინტენსიური სისხლდენა, მაშინ უტეროტონიკების დანიშვნა შესაძლებელია ჩაითვალოს მიზანშეწონილად.

დევასკულარიზაციის ტექნიკა

სისხლდენის რისკის შესამცირებლად ხშირად გამოიყენება დევასკულარიზაციის ტექნიკა .PAS შემთხვევების მართვისას მრავალფეროვანი უნარ ჩვევების ფლობა არის აუცილებელი. მნიშვნელოვანია მოქნილობა და მზადყოფნა ტექნიკის შეცვლისთვის, თუ არჩეული მეთოდი არ აღმოჩნდა ეფექტური.აუცილებელია მშობიაროობისას საშვილოსნოს არტერიული სისტემისა და მისი ანასტომოზური კომპონენტების ცოდნა სისხლდენის წყაროს სწორი სისხლძარღვთა ლიგაციის შესასრულებლად.

1 **ტურნიკეტის შემოჭერა** საშვილოსნოზე ყელთან რაც შეიძლება დაბლა სისხლისდენის შემცირების მიზნით

2 **აორტის შიდა კომპრესია (Nieto-Calvache)** - უბრალო და ეფექტური თექნიკა რომელიც უუნდა იყოს გამოყენებული მასიური სისხლისდენის დროს . დისტალური იშემიური დაზიანების თავიდან ასაწილებლად კომპრესია 45 წუთზე მეტი არ უნდა გარძელდეს

3 **შიდა თეძოს არტერიის ლიგურება** - საშვილოსნოს არტერიული მომარაგების ანატომიური უკეთ გაგებისთანავე **სექტორი S1 და სექტორი S2** მისი როლი მნიშვნელოვნად შეიზღუდა.

- **სექტორი S1** რომელიც შეესაბამება საშვილოსნოს ტანს , ძირითადად მარაგდება საშვილოსნოს არტერიით, დამატებითი მომარაგებით საკვერცხის არტერიებდან ;
- **სექტორი S2**, რომელიც შეესაბამება საშვილოსნოს სეგმენტსა და საშვილოსნოს ყელს, და ძირითადად მარაგდება საშოს საშვილნოს არტერიებით.[46]

ამრიგათ შიდა თეძოს არტერიის ლიგურება შეიძლება ეფექტური იყოს **S1 სექტორში წარმოშობილი სისხლდენის** დროს; თუმცა მისი ეფექტიანობა

შეზღუდულია **PAS-ის ცპლაცენტის წინმდებარეობის დროს** სადაც სისხლის მომარაგება უმეტესად **S2 სექტორში** მდებარეობს. ასეთ შემთხვევებში ჰემოსტაზი შეიძლება არასაკმარისი იყოს **რეტროგრადული პერფუზიის** გამო, რომელიც უხვი კოლატერალური ანასტომოზების საშუალებით მიმდინარეობს.[46]

გარდა ამისა, იშვიათიათ , შიდა თეძოს არტერიის ლიგურება ახლავს **თეძოს ვენის დაზიანების** რისკი.

საშვილოსნოს არტერიების ლიგირება

ეს მეთოდი მოითხოვს შარდის ბუშტის საკმარის მობილიზაციას, რათა უზრუნველყოს შარდსაწვწთწბის უსაფთხოება . პროცედურა შესაძლებელია როგორც პლაცენტის მოცილების მცდელობამდე, ისე მის შემდეგ. ნაკერში უნდა მოხვდეს დაახლოვებით 2 სმ ჯანმრთელი მაიომეტრიუმი და ვენები, რომ ეს მიდგომა უფრო ეფექტურად ამცირებს სისხლის დანაკარგს, ვიდრე შიდა თეძოს არტერიის ლიგირება.

კომპრესიული ნაკერები

გამოყენებული ნაკერის ტიპი უნდა განისაზღვროს სისხლდენის ანატომიური წყაროსა და იმ ფოკალური უბნის მიხედვით, რომელშიც საჭიროა კომპრესია.

B-Lynch ნაკერი სიფრთხილით უნდა იქნას გამოყენებული, რადგან იგი მიმართულია სისხლდენის კონტროლზე საშვილოსნოს ტანის და ზედა სეგმენტის (სექტორი S1), რომლებიც ძირითადად მარაგდება საშვილოსნოსა და საკვერცხის არტერიებით. ეს კი, როგორც წესი, PAS-ის ან პლაცენტის წინმდებარეობის დროს სისხლდენის ძირითადი წყარო არ არის.

მეორეს მხრივ, ქვედა სეგმენტის განივი კომპრესიული ნაკერები ან B-Lynch 2 უფრო ეფექტურია საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში (სექტორი S2) სისხლდენის შესაკავებლად — ზონა, რომელიც PAS-ისა და პლაცენტის წინმდებარეობის დროს უვეკაზე ხშირად არის ჩართული.

საშვილოსნოს ბალონირება

Bakri-ს ბალონირება არის მარტივი და უსაფრთხო მეთოდი როცა სისხლდენა არის საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტიდან თუმცა მისი გამოყენება სიფრთხილით უნდა მოხდეს, რადგან ის არ მოქმედებს სისხლდენის გამომწვევ ძირითად მიზეზზე. აუცილებელია საშვილოსნოს ზედა სეგმენტში კარგი ტონუსის უზრუნველყოფა; თუ არსებობს ეჭვი დაქვეითებულ კუმშვადობაზე შესაძლებელია დამატებით B-Lynch-ის ნაკერების დადება „საშვილოსნოს სენდვიჩის“ შესაქმნელად — რაც უზრუნველყოფს

საშვილოსნოს კომპრესიას შიგნიდანაც და გარედანაც, ორივე სეგმენტში სისხლდენის უკეთესად გასაკონტროლებლად

2. კონსერვატიული მართვა — პლაცენტის საშვილოსნოს ღრუში დატოვება -

- PAS-ის არადიაგნოცირებულ შემთხვევაში, პლაცენტის ადგილზე დატოვება მიჩნეულია მართვის ერთ ერთ სტრატეგიად, როგორც პოსტოპერაციული გართულებების შემცირებისთვის.

• ახალშობილის დაბადების შემდეგ და PAS დიაგნოზის დადასტურებისთანავე, ჭიპლარი უნდა გადაიჭრას პლაცენტასთან მიმაგრების ადგილზე რაც შესაძლებელია ახლოს, ხოლო საშვილოსნო ფრთხილად უნდა გაიკეროს. ინფექციის რისკის შესამცირებლად რეკომენდებულია პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყება

პაციენტი სასწრაფოდ უნდა გადაყანილი იყოს III დონის პერინატალურ დაწესებულებაში ან თუ დაწესებულებას გააჩნია უნარი PAS მარვის გამოცხადდეს განგაში წინასწარ გაწერილი პროტოკოლით მულტიდისციპლინარი ჰქონდის შესაგროვებლად. დაწესებულებეს PAS-ის რეფერალურ ცენტრებთან თანამშრომლობის მკაფიო ალგორითმი უნდა იყოს გაწერილი

გეგმიური მოგვიანებითი ჰისტერექტომია

პლაცენტის ადგილზე დატოვებაშემდგომი ბუნებრივი პლაცენტის ევაკუაციით ან მოგვიანებითი ჰისტერექტომიით არ არის რუტინული რეკომენდაცია, ჩვენ პირობებში ძნელად შესასრულებელია ორგანიზაციული და ფინანსური თვალსაძეისით, მაგრამ შეიძლება იყოს იშვიათი ვარიანტი იმ ქალებისთვის, რომლებიც თანხმდებიან მკაცრ მონიტორინგზე და სურთ რეპროდუქციული ფუნქციის შენარჩუნება.

4. მიომეტრიუმის ნაწილობრივი რეზექცია და საშვილოსნოს კედლის რეკონსტრუქცია

- კონსერვატიული მართვის ერთ-ერთი მეთოდი — მიომეტრიუმის ნაწილობრივი რეზექცია პლაცენტის მიმდებარე შრესთან ერთად, რომელსაც მოჰყვება საშვილოსნოს კედლის აღდგენა და რეკონსტრუქცია.
-
- პროცედურა ტარდება საკეისრო კვეთის დროს, ხოლო ოპერატორის გამოცდილება გადამწყვეტია გადაწყვეტილების მისაღებად.
- რეზექციის კრიტერიუმები:
  - პლაცენტის ფართობი საშვილოსნოს წინა კედლის 50%-ზე ნაკლები
  - საშვილოსნოს ყელის, პერიმეტრიუმისა და უკანა კედლის ჩართვის გარეშე
  - ჯანსაღი მიომეტრიუმის მინიმუმ 2 სმ ხელმისაწვდომი, რაც უზრუნველყოფს რეკონსტრუქციას
  -
- პაციენტს უნდა შეატყობინოს:
  - ნაწილობრივი რეზექცია შესაძლოა შეუძლებელი იყოს
  - მნიშვნელოვანი სისხლდენის რისკი, რამაც შესაძლოა საჭირო გახადოს გადაუდებელი ჰისტერექტომიის ჩატარება
  - შემდგომი ორსულობა შესაძლოა გართულდეს PAS-ის რეციდივით, საშვილოსნოს გახეთქვით ან ნაადრევი მშობიარობით (~29% შემთხვევაში)
- მიუხედავად რისკებისა, კონსერვატიული მართვის წარმატების შემთხვევაში, შემდგომი ორსულობის მაჩვენებელი 86–89%-ია.

ობის შემდგომი მოვლა PAS შემთხვევებში

1. მრავალპროფილური გუნდური მონაწილეობა
   - პაციენტს სჭირდება არა მხოლოდ სტანდარტული მშობიარობის შემდგომი მოვლა, არამედ სპეციალური ინტენსიური მეთვალყურეობა.

- გუნდი: მეან-გინეკოლოგი, ინტენსიური თერაპიის სპეციალისტი, ანესთეზიოლოგი.
- გუნდის კოორდინაცია უზრუნველყოფს სისხლის დანაკარგის, გართულებების, ჰემოდინამიკური სტაბილურობის და საჭირო ინტერვენციების დროულ მართვას.

2. სისხლდენის მონიტორინგი და ხელახალი ოპერაციის რისკი
   - საჭიროების შემთხვევაში დრენაჟის კონტროლი.
   - ხელახალი ოპერაციის საჭიროების დროული გამოვლენა.
   - ოპერაციული მოვლენების განხილვა გვაძლევს საშუალებას შევასწოროთ სტანდარტული პოსტკოპერაციული მენეჯმენტი.
3. ტკივილის მართვა
   - პარენტერალური ან ანალგეზიური მეთოდების გამოყენება.
   - ტკივილის ეფექტური კონტროლი ხელს უწყობს სწრაფ გამოჯანმრთელებას.
4. საშარდე და კუჭ-ნაწლავის ფუნქციის აღდგენა
   - კათეტერის მართვა, ნორმალური შარდვის აღდგენა.
   - საკვების მიღებისა და ნაწლავების ფუნქციის აღდგენა.
5. ლაქტაციის მხარდაჭერა და დედის–ბავშვის კონტაქტი
   - საჭიროების შემთხვევაში ლაქტაციის კონსულტაცია.
   - დედის კონტაქტი ახალშობილთან უზრუნველყოფილი ისე, როგორც კლინიკური მდგომარეობა საშუალებას იძლევა.
6. ემოციური მხარდაჭერა
   - PAS გართულებების სტრესული და მოულოდნელი ხასიათის გამო პაციენტებს ემოციური მხარდაჭერა სჭირდებათ.
   - პაციენტებსა და ოჯახებს აღენიშნებათ შიში, დანაკარგის განცდა და ფსიქოლოგიური სტრესი.
   - ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში ყოფნასთან დაკავშირებული სტრესი შეიძლება დამატებით ტვირთად იქცეს.
7. პოსტოპერაციული საგანმანათლებლო მხარდაჭერა
   - PAS გართულებების შესახებ საგანმანათლებლო მასალების მიწოდება.
   - გამოჯანმრთელების დაგეგმვის პროტოკოლების მიწოდება.

- ფსიქოლოგის ან PAS სპეციალისტის კონსულტაციების წვდომა ყველა ეტაპზე.

8. გრძელვადიანი მონიტორინგი
    - შესაძლო დარღვევები შეიძლება გაგრძელდეს საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ კვირების ან თვეების განმავლობაში.
    - საჭიროების შემთხვევაში დამატებითი კონსულტაციები და რეაბილიტაციის გეგმები.

პოსტ ნატალუ მეთვალყურეობა

9. მოსალოდნელი შედეგები

პლაცენტის მიხორცების ანომალიების (PAS) პრენატალური დიაგნოსტიკისა და მართვის ხარისხის გაუმჯობესება, რაც განაპირობებს ქირურგიული და პოსტოპერაციული გართულებების რაოდენობის შემცირებას.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ დაწესებულებას (%) აქვს აღნიშნული პროტოკოლი?
- დაწესებულების რამდენმა ექიმმა(%) გაიარა სწავლება მოცემული პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის თვალსაზრისით?
- რამდენ მელოგინესთან (%) გამოვლინდა პლაცენტის მიხორცების ანომალიები (PAS) პრენატალური დიაგნოსტიკისას?
- რამდენ მელოგინეს (%) განუვითარდა მასიური სისხლდენა?
- რამდენ მელოგინეს (%) განუვითარდა სხვა ქირურგიული და პოსტოპერაციული გართულებები?
- რა ტიპის გართულებებს (%) ჰქონდა ადგილი?
- როგორი (%) გამოსავალი დადგა გართულებების მკურნალობის შემდეგ?

Audit Questions for PAS Protocol

Screening at 16–18 weeks

Was documentation of placenta location at the anomaly scan (16–18 weeks) completed, and were women with low-lying/previa placenta asked about prior caesarean birth?
Standard: ≥95% compliance.

Timely referral and expert imaging

Did all women with suspected PAS receive targeted assessment by an experienced ultrasound specialist (and MRI if indicated) by ≥24 weeks?
Standard: ≥90% compliance.

Multidisciplinary planning
Was an MDT planning meeting conducted for each confirmed PAS case before delivery, with written documentation (obstetrician, anaesthetist, neonatologist, interventional radiology ± ICU)?
Standard: ≥100%.

Delivery at appropriate centre and timing
Were PAS cases delivered in a tertiary centre with appropriate resources, and was delivery scheduled according to protocol (typically 34–36+ weeks unless earlier indicated)?
Standard: ≥95%.

Intraoperative adherence to protocol
In confirmed PAS, was the placenta left in situ and hysterectomy performed without attempts at manual removal, unless the protocol-defined criteria for conservative management were met?
Standard: ≥100%.

Haemorrhage management readiness
Was a massive haemorrhage protocol activated appropriately, with verified availability of blood products, cell saver, surgical instruments, and senior surgical presence?
Standard: ≥100%.

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

რეკომენდებულია პროტოკოლის გადახედვა ძირითადი წყაროების ცვლილებებისა და ასევე ახალი სამკურნალო მეთოდოლოგიური რეკომენდაციების საფუძველზე.

12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი მოცემულია ცხრილში №1

ცხრილი №1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
მეან-გინეკოლოგი, ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი რადიოლოგი უროლოგი ანგიოლოგი	კლინიკური შეფასება დიაგნოზის დადასტურება პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა მკურნალობის ტიპის თაობაზე გადაწყვეტილება, პოსტოპერაციული მეთვალყურეობა	
რეგისტრატორი	ლაბორანტისა და სხვა მედ. პერსონალის გამოძახება. შემთხვევის მართვის საფეხურების დაწვრილებით დოკუმენტირება, შესაძლო რეფერირება მესამე დონის ცენტრში	
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	
მატერიალურ-ტექნიკური		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ლაბორატორია სისხლის საერთო, შარდის საერთო ანალიზის და ა.შ. ჩასატარებლად	აუცილებელია სისხლის ჯგუფის/რეზუსის დადასტურებისა და მოსალოდნელი მასიური სისხლდენის სწრაფი ლაბორატორიული მართვისთვის	სავალდებულო
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა -ულტრაბგერა, MRI	დიაგნოზის დადასტურება რისკის შეფასება მიმართვის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება	სავალდებულო
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები.	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

1. პროტოკოლის ელექტრონული ვერსიის განთავსება საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე (www.moh.gov.ge).

2. პროტოკოლის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და ჯანდაცვის პერსონალისთვის ტრენინგების ორგანიზება.

3. პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტის საშუალებით.

14. პროტოკოლის ავტორები

ცხრილი №2 PAS მართვის სტრატეგიების ცხრილი თ

მართვის ტიპი	პროცედურა / აღწერა	ჩვენებები	უპირატესობები	სირთულეები / რისკები	შენახული რეპროდუქციული ფუნქცია
ჰისტერექტომია საკეისრო კვეთის დროს	საშვილოსნოს ამოკვეთა პლაცენტის ადგილზე დატოვებით (რადიკალური ან სუბტოტალური)	- მასიური სისხლდენა - ჰემოდინამიკური არასტაბილურობა - სხვა მეთოდების გამოყენების შეუძლებლობა	- ყველაზე ეფექტური გართულებების შემცირებისთვის - გადარჩენის ალტერნატივა კრიტიკული სიტუაციებში	- დედის გართულებების მაღალი რისკი (40–50%) - მიმდებარე ორგანოების დაზიანების რისკი	არ შენარჩუნება

კონსერვატიული მართვა – პლაცენტის ღრუში დატოვება	პლაცენტის ადგილზე დატოვება, ჭიპლარის გადაჭრა, საშვილოსნოს ფრთხილი გაკერვა, პოსტოპერაციული ანტიბიოტიკოთერაპია	- PAS ეჭვი - პაციენტი სურს რეპროდუქციული ფუნქციის შენარჩუნება	- საშვილოსნოს შენარჩუნება 78–85%-ში - გართულებების შედარებით დაბალი პროცენტი (6–15%)	- საჭიროებს ინტენსიურ მონიტორინგს - შესაძლებელი სეპტიური გართულება - რეზორბციის პერიოდში სისხლდენის რისკი	შენარჩუნებულია, შემდგომი ორსულობა შესაძლებელია
გეგმიური მოგვიანებითი ჰისტერექტომია	ჰისტერექტომია რამდენიმე კვირის შემდეგ, პლაცენტის ადგილზე დატოვებით	- რთული PAS შემთხვევები - სისხლდენის კონტროლი დაუყოვნებლად შესაძლებელია - მესამე დონის ცენტრში გადამისამართება	- გართულებების რისკის შემცირება	- ორი ჰოსპიტალიზაცია - ოპერაციის საერთო დრო და რეაბილიტაცია გრძელდება - აქტიური სისხლდენა უკუჩვენებაა	არ შენარჩუნდება

მიომეტრიუმის ნაწილობრივი რეზექცია და საშვილოსნოს კედლის რეკონსტრუქცია	პლაცენტის რეზექცია მიმდებარე მიომეტრიუმთან ერთად, საშვილოსნოს კედლის აღდგენა, ბალონური ტამპონადა ან კომპრესიული ნაკერები საჭიროების მიხედვით	- პლაცენტის ფართობი <50% - ჯანსაღი მიომეტრიუმი ≥2 სმ - საშვილოსნოს ყელი, პერიმეტრიუმი და უკანა კედელი არ არის ჩართული	- სისხლის დანაკარგის და გართულებების შემცირება - საშვილოსნოს შენარჩუნება	- შესაძლებელია გადაუდებელი ჰისტერექტომია - შემდგომი ორსულობა გართულებული, PAS-ის რეციდივი ~29%	შენარჩუნებულია, თუმცა შემდგომი ორსულობა რისკიანია

გამოყენებული ლიტერატურა