



АЛГОРИТМ ПРОГНОЗА И ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА

Неъматова Н.Н., Каримова Н.Н.

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

✓ Резюме

На 1-м этапе обследована 112 беременных в 1-2 триместре, имеющих в анамнезе послеродовое гипотоническое кровотечение, в возрасте от 18 до 45 лет, составивших 1-ю группу. II группу – группу контроля, составили 30 пациенток. После обследования и выделения группы риска по возникновению послеродового гипотонического кровотечения назначается фармакотерапия по разработанному алгоритму в группе 1А, в состав которой вошли 52 пациенток. Группу 1Б составят 60 пациенток с традиционным методом ведения. В 1 А группе проведена профилактика развития кровотечения с L-аргинином (Тивортин) – 3 г/сут. в течение 3 недель с 18 недели гестации, в 24 недель и 30 недель, таким образом, проводятся три курса по 3 недели с перерывом на 3 недели. Эффективность фармакотерапии оценена на основании обследования метаболитов оксида азота в крови и проведенные клинико-лабораторные обследования у беременных после окончания лечения.

Ключевые слова: акушерские кровотечения, дисфункция эндотелия, эндотелин, преэклампсия, анемия, атония.

ALGORITHM FOR THE PROGNOSIS AND PREVENTION OF BLEEDING IN HIGH-RISK WOMEN

Nematova N. N., Karimova N.N.

Buxaro State Medical Institute

✓ Resume

At the 1st stage, 112 pregnant women in the 1-2 trimester with a history of postpartum hypotonic bleeding, aged 18 to 45 years, who made up the 1st group, were examined. Group II – the control group, consisted of 30 patients. After examination and identification of the risk group for the occurrence of postpartum hypotonic bleeding, pharmacotherapy is prescribed according to the developed algorithm in group 1A, which included 52 patients. Group 1B will consist of 60 patients with the traditional method of management. In group 1, the prevention of bleeding with L-arginine (Tivortin) – 3 g/day was carried out. within 3 weeks from the 18th week of gestation, at 24 weeks and 30 weeks, thus, three courses of 3 weeks are conducted with a break of 3 weeks. The effectiveness of pharmacotherapy was evaluated based on the examination of nitric oxide metabolites in the blood and clinical and laboratory examinations performed in pregnant women after the end of treatment.

Key words: obstetric bleeding, endothelial dysfunction, endothelin, preeclampsia, anemia, atonia.

ЮҚОРИ ХАВФ ГУРУҲИДАГИ ҲОМИЛАДОРДА ҚОН КЕТИШЛАРНИ БАШОРАТЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ АЛГОРИТМИ

Неъматова Н.Н., Каримова Н.Н.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ **Резюме**

1-босқичда 1-гуруҳни ташкил этган 18 ёшдан 45 ёшгача бўлган тузруқдан кейинги гипотоник қон кетиши тарихига эга бўлган 1-2 триместрдаги 112 нафар ҳомиладор аёл кўрикдан ўтказилди. ИИ гуруҳ-назорат гуруҳи, 30 бемордан иборат эди. Тузруқдан кейинги гипотоник қон кетиши юзага учун хавф гуруҳи экспертиза ва аниқлангандан сўнг, фармакотерапия 52 беморларни ўз ичига олган гуруҳ Ia, ишлаб чиқилган алгоритм кўра буюрилади. Ib гуруҳи анъанавий бошқарув усули билан 60 беморларидан иборат бўлади. I-гуруҳда L-аргинин (Тивортин) билан қон кетишининг олдини олиш – 3 г/кун амалга оширилди. 3 ҳафта ичида 18 ҳафта ҳомиладорлик ҳафтасидан бошлаб, 24 ҳафта ва 30 ҳафта ичида, шунинг учун 3 ҳафтанинг учта курси 3 ҳафта танаффус билан ўтказилади. Фармакотерапия самарадорлиги қондаги нитрат оксиди метаболитларини текшириш ва даволаш тугаганидан кейин ҳомиладор аёлларда ўтказиладиган клиник ва лаборатория текширувлари асосида баҳоланди.

Калит сўзлар: акушерлик қон кетиши, эндотелий дисфункцияси, эндотелин, презклампсия, анемия, атония.

Актуальность

Среди проблем современного акушерства одной из ведущих продолжают оставаться акушерские кровотечения, которые осложняют 2-11% родов. Частота массивных послеродовых кровотечений составляет 1 на 1000 в развитых странах мира, а материнская смертность - 10 на 100000 родов [1,3,5,6,9]. В структуре причин материнской смертности кровотечения занимают также одно из доминирующих мест как в мире в целом (25%), так и в России (14-17%) [8,6,8].

В последние годы при обсуждении генеза послеродовых кровотечений особое внимание уделяют дисфункции эндотелия, повреждению периферической сосудистой системы. Даже небольшие дефекты коагуляции при дезинтеграции сосудистой стенки на фоне дисфункции эндотелия, метаболизма оксида азота могут заканчиваться в раннем послеродовом периоде фатальными гемorragиями, тогда как при целостности сосудов кровотечение обычно можно прекратить [2, 3,4].

Цель исследования составить алгоритм профилактики гипотонических послеродовых кровотечений на основании прогнозирования изменений метаболитов дисфункции эндотелия.

В соответствии с целью настоящего исследования нами изучены клиническое течение родов и послеродового периода у 112 женщин, перенесших массивное акушерское послеродовое кровотечение. Комплексное клиническое исследования, изучение ранних осложнений после массивных кровотечений проведено за период 2018-2020 годов, которые были госпитализированы в отделение городского родильного комплекса, являющегося базой кафедры акушерство и гинекологии Бухарского медицинского института и областного специализированного родильного комплекса города Бухары.

На 1-м этапе обследована 112 беременных в 1-2 триместре, имеющих в анамнезе послеродовое гипотоническое кровотечение, в возрасте от 18 до 45 лет, составивших 1-ю группу.

II группу – группу контроля, составили 30 пациенток, сопоставимых по возрасту, без гинекологической патологии, тяжелых соматических заболеваний и выраженных метаболических нарушений, имеющих физиологически протекающую беременность и роды в анамнезе.

Установлено, что по возрасту, частоте и характеру экстрагенитальной патологии, анамнестическим данным, акушерскому и гинекологическому статусу обследуемые женщины первой группы и группы сравнения не имели статистически достоверного различия. Из общей совокупности, обследуемых на момент исследования в зарегистрированном браке состояли 92% пациенток. При оценке социально-бытовых условий большая часть женщин 64% характеризовали их как удовлетворительные, как хорошие отмечали 26% и как неудовлетворительные 10 пациенток. Около половины, обследуемых являлись домохозяйками - 47,2%, к работникам умственного труда принадлежали 40,2%, физическим трудом были заняты 12,6% женщин. Учащимися различных учебных заведений были 14,3% пациенток. Большинство женщин 67 (64,6%) имели нормостеническую конституцию. Астеническое телосложение наблюдалось у 8 (12,2%),

гиперстеническое - у 15 (23,2%). Нами был проведен анализ соматических заболеваний, которые способствовали возникновению и увеличению массивной послеродовой кровопотери у обследуемых. Стоит отметить, что различные соматические заболевания отмечались у 67% беременных.

Наиболее частыми осложнениями беременности были предлежание плаценты -50 (25%), гипертензивные состояния- 28 (14%), ПОНРП - 26 (13%), антенатальная гибель плода -22 (11%). Основными осложнениями при беременности и родах, приведших к кровотечению, были аномалии прикрепления последа 34 (32%), ПЭ 33(30), ПОНРП 32 (29%), угроза разрыва матки по рубцу 6 (5%), тазо-головная диспропорция 2 (2%), угрожающее состояние плода 2 (2%). Вышеуказанные осложнения явились показанием к экстренному родоразрешению путем операции кесарево сечение и привели к развитию массивного акушерского кровотечения. Ранний послеродовой период в исследуемой группе после родоразрешения через естественные родовые пути осложнился атоническим кровотечением из 40 пациентов в 20 (50%) в случаях, дефектом последа в 14 (35%) случаях, аномалиями прикрепления плаценты в 4 (10%) и разрывами промежности в 2(5%) случаях.

Исследование показателей гемостаза показало, что в основной группе в большинстве случаев (76,9%) имело место увеличение протромбинового времени свыше 15,0 сек, фибриногена свыше 5,8 г/л (53,8%), в то время как в группе сравнения 19,4% и 3,2% соответственно ($p < 0,001$). В то же время для женщин с ПРК было характерно снижение тромбинового времени 18сек в 75,5 случаев. В группе сравнения данный показатель составил 42,8%. Показатели АЧТВ были в пределах нормы лишь у 29,3% женщин основной и у более 75% женщин группы сравнения. Данный показатель был повышен у 33,8% и снижен у 36,9% женщин, имевших впоследствии кровотечение. Показатель МНО был в пределах нормы во всех группах. В наших исследованиях отмечено увеличение суммарной активности протромбинового времени ($17,46 \pm 0,20$ – в основной группе и $16,52 \pm 0,14$ – в сравнительной группе против $13,1 \pm 0,25$ – в группе контроля), снижение тромбинового времени $16,93 \pm 0,2$ в основной, $17,03 \pm 0,24$ в сравнительной группе против $18,22 \pm 0,21$ – контрольной группе).

После обследования и выделения группы риска по возникновению послеродового гипотонического кровотечения назначается фармакотерапия по разработанному алгоритму в группе 1А, в состав которой вошли 52 пациенток. Группу 1Б составят 60 пациенток с традиционным методом ведения. Эффективность фармакотерапии будет оценена на основании обследования метаболитов оксида азота после окончания лечения и анализ течения послеродового периода.

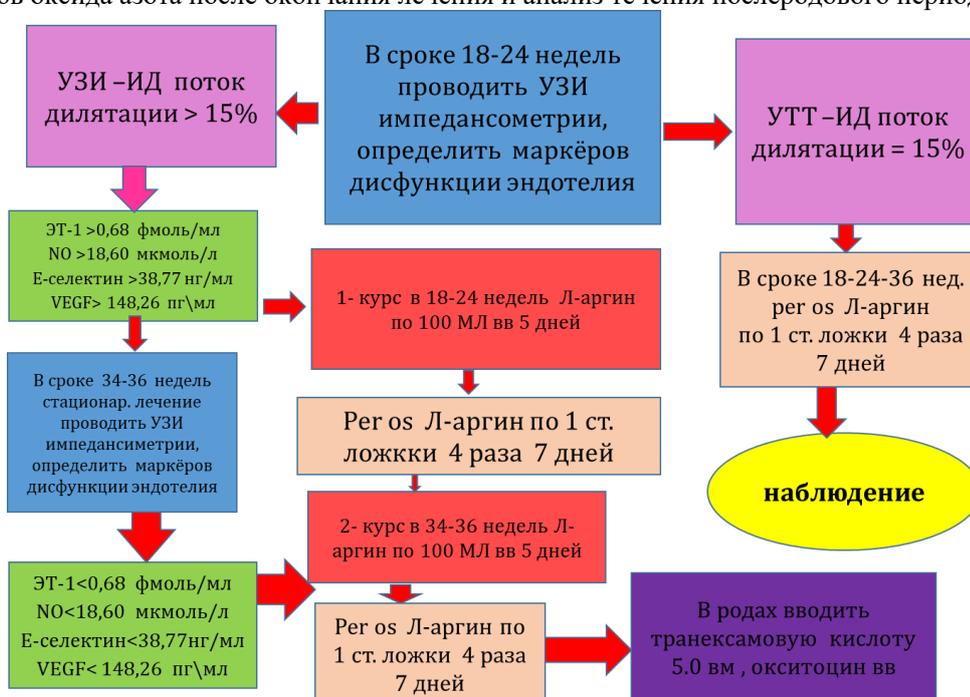


Рис. 1. Алгоритм прогноза, профилактики ПРК и лечение дисфункции эндотелия

В 1 А группе проведена профилактика развития кровотечения с *L-аргинином (Тивортин)* – 3 г/сут. в течение 3 недель с 18 недели гестации, в 24 недели и 30 недель, таким образом, проводятся три курса по 3 недели с перерывом на 3 недели. Терапевтически обосновано начало профилактики в любой срок беременности вплоть до 34 недель беременности.

Тивортин (4,2% раствор для инфузий) вводится в/в капельно со скоростью 10 капель в минуту в первые 10-15 минут, затем скорость введения увеличивали до 30 капель в минуту. Суточная доза препарата – 100 мл. Длительность лечения – 10 дней. При проведении лечения с *L- аргинином* показали свои положительные результаты по сравнению с сравнительной группы.

Результаты наших исследований подтверждает, что в генезе острой массивной кровопотери роль отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза велика, когда даже при прогнозировании рисков кровотечения оказанные алгоритмы помощи по остановке кровотечения, выполненные своевременно и в полном объеме, являются недостаточно эффективными (рис.1.). Также выявлено, что послеродовое кровотечение может возникнуть у женщин без отягощённым акушерско-гинекологическим анамнезом и соматической патологии.

Вывод

Можно сделать вывод, что у всех 63% женщин, имеющих высокий риск повышенной кровопотери и акушерского кровотечения предикторами развития послеродовых гипотонических кровотечений являются изменения уровней маркеров дисфункции эндотелия (оксида азота, Е-селектина и ЭТ-1) и при превентивном дифференцированном использовании *L-аргинин (Тивортина)* во время беременности, в отличие от традиционной профилактики кровотечения, отмечалось снижение наслоения акушерской патологии, как преэклампсия, патология расположения плаценты, а также уменьшение частоты пограничной и отсутствие патологической кровопотери, по сравнению с контрольной группой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аюпова Ф.М., Каримова Н.Н., Яхяева Ф.О. «Сравнительная оценка состояний женщин, перенесших массивное кровотечение» //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент, 2013.-№3-В, -С.13-16.
2. Дуткевич И.Г., Сухомлина Е.Н., Селиванов Е.А. Практическое руководство по клинической гемостазиологии (физиология системы гемостаза, геморрагические). //Фолиант, 2017. 272 с.
3. Каримова Н.Н., Ахмедов Ф.К., Азимов Ф.Р., Рустамов М.У., Орипова Ф.Ш. «Клинический анализ историй родов с послеродовым кровотечением с учетом реабилитационных мер» // Тиббиётда янги кун. – Ташкент, 2019.-№1(25). -С.99-103.
4. Палиева Н. В. Особенности некоторых вазоактивных гормонов и сосудистых факторов у женщин с метаболическим синдромом и их влияние на формирование акушерских осложнений / Н. В. Палиева, Т. Л. Боташева, В. А. Линде, В. В. Авруцкая, Е. В. Железнякова // Акушерство и гинекология. – 2017. - № 6. - С. 48-54.
5. Каримова Н.Н., Аюпова Ф.М. «Пути улучшения качества жизни женщин перенесших послеродовое кровотечение» //Вестник врача. - Самарканд, 2019. – №3- Стр. 62-68.
6. Каримова Н.Н., Мардонова З.О., Кароматова М. «Вопрос реабилитации женщин после массивного акушерского кровотечения» // Новый день в Медицине. - Самарканд, 2017. - №1(17).-С.116-118.
7. Каримова Н.Н. К вопросу причин послеродовых кровотечений в Бухарской области / Н. Н. Каримова, Ф. К. Ахмедов, Н. С. Наимова, М.У. Рустамов, И. И. Тошева // Новый день в медицине. – Ташкент, 2019. - №2 (26). - С.186-189.
8. Каримова Н. Н. Некоторые биохимические механизмы дисфункции эндотелия у женщин, перенесших массивные кровотечения в родах / Н. Н. Каримова, О. Й. Поянов, Ф. К. Ахмедов, Н. Р. Зокирова // Вестник врача общей практики. - Самарканд, 2020. – №2 (94). – С. 47-51.
9. Трифонова Н. С. Современные методы терапии акушерских кровотечений /Н.С.Трифопова, А. А. Ищенко // Акушерство и гинекология. – 2018. - №3. - С. 7-10.
10. Lappas M. Postpartum IGF-I and IGFBP-2 levels are prospectively associated with the development of type 2 diabetes in women with previous gestational diabetes mellitus / M. Lappas, D. Jinks, A. Shub, J. C. Willcox, H. M. Georgiou, M. Permezel // Diabetes & Metabolism. – 2016. – P. 442-7.

Поступила 09.07.2022