

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Гойибов С.С., Юсупбаев Р.Б.,

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии.

✓ Резюме

В двух группах проанализированы клинические случаи предлежания плаценты и частичного приращения различных алгоритмов действия. Разработан и апробирован комбинированный фазированный хирургический гемостаз в группе проспективного исследования.

Ключевые слова: кесарево сечение, акушерское кровоизлияние, хирургический гемостаз, частичные приращения и предлежание плаценты.

АКУШЕРЛИК ҚОН КЕТИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

Гойибов С.С., Юсупбаев Р.Б.,

Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий амалий тиббиёт маркази.

✓ Резюме

Мақолада Кесар кесиш йўли билан туғдирилган аёлларда хирургик гемостаз усуллари келтирилган. Икки гуруҳ аёлларида йўлдошинг олдин келиши ва қисман ёпишиб қолиш ҳолатларида оптимал хирургик гемостаз усуллари таҳлили ўтказилган ва магистрал қон томирларини боғлаш мақсадга мувофиқлиги кўрсатилган.

Калит сўзлар: Кесар кесиш, акушерлик қон кетишлар, хирургик гемостаз, йўлдошинг олдин келиши ва қисман ёпишиб қолиш.

TACTICS FOR THE TREATMENT OF OBSTETRIC BLEEDING

Goyibov S.S., Yusupbaev R.B.,

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Obstetrics and Gynecology.

✓ Resume

In the two groups analyzed clinical cases of placenta previa and partial increment of different algorithms of action. Developed and tested a combined phased surgical hemostasis in group prospective study.

Ker words: Cesarean section, obstetrician hemorrhage, surgical hemostasis, partial increments and placenta prevails.

Актуальность

Материнская смертность (МС) от кровотечения имеет лидирующую позицию в мире и частности в Узбекистане (45 % причина МС по данным МЗ РУз 2014 г.) несмотря на разработанные и принятые руководства, протоколы по лечению и профилактике кровотечения, МС от кровотечения не уменьшается. Для акушерских кровотечений характерны внезапность и высокая скорость кровопотери, что при сниженных адаптивных возможностях организма роженицы на фоне соматических заболеваний и патологии беременности способствует быстрому развитию коагулопатии, явлений шока и полиорганной недостаточности [1,2,4]. По данным анализа причин МС актуальными остаются в течении многих лет вопросы квалификации кадров, организации мультидисциплинарной помощи, применения экстракорпоральных методов лечения, обеспечение препаратами крови, дефекты которых приводят к потере временного фактора играющего ключевую роль при выживании больной [5,6]. Эксперты ВОЗ указывают на резкое снижение выживаемости больной с массивной акушерской кровопотерей (МАК) при замедлении помощи в течении 40 минут. Массивные акушерские кровотечения в структуре кровотечения составляют примерно 0.5-1% от родов

[3,4]. Конфиденциальный разбор материнской смертности (КРМС) (приказ МЗ РУз №423 от 4.08. 2009 г.) и ежегодный анализ материнской смертности по приказу №283 от "О мероприятиях по снижению смертности беременных, рожениц и родильниц в Республике Узбекистан" выявляют из года в год одни и те же ошибки. Выявленная в 63% случаях проблема доступности квалифицированного персонала в ночное время владеющего навыками неотложной акушерской помощи (НАП) оперативного вмешательства, хирургического гемостаза при кровотечениях, что приводит к потере времени для вызова и приезда ответственного врача акушера-гинеколога из дома. Несвоевременное обеспечение компонентами крови выявлена в 54% в случаях. 57% родильниц с отягощенным анамнезом, подлежали 3 уровню помощи, но роды произошли на уровне РМО. По данным МЗ РУз имеются много учреждений, где происходят более 2500 родов в год, а дежурит 1 врач акушер-гинеколог. Высокое количество релапаротомий при МС (в 63% случаях Юсупов У.Ю., Отчет ГУОМид 2013 г.) также косвенно свидетельствует о плохой хирургической и тактической подготовке акушеров-гинекологов.

Гистерэктомия рекомендована как окончательный вариант гемостаза при акушерских кровотечениях во многих протоколах [6,7]. Но как показывает ана-

лиз МС и КРМС гистерэктомия выполняется поздно на фоне геморрагического шока (ГШ), и критического состояния что усугубляет СПОН (Семенихин А.А., Ким Е.Д. Ташкент 2012 г). В протоколах по лечению кровотечений созданных чаще всего в ведущих странах запада (RCOG, FRCOG,) не рассчитаны на такие особенности Узбекистана, такие как высокая рождаемость и низкий индекс здоровья, преобладание сельского населения, роды в большинстве своем случае в РМО, большие дистанции между некоторыми медицинскими учреждениями, отсутствие на первичном звене достаточных материально-технических средств для борьбы с акушерскими кровотечениями и другими объективными причинами: отсутствием врача умеющего выполнить гистерэктомию и перевязку магистральных сосудов, отсутствием препаратов крови в достаточном объеме, отсутствием специалистов мультидисциплинарной бригады, которые могут вывести большую из состояния полиорганной недостаточности.

В литературе последних лет много работ посвященных проблеме снижения кровотечения во время оперативного родоразрешения [1,2]. Хирургические методы остановки АК включает в себе наложение компрессионных швов, перевязку маточных артерий, эмболизацию маточных артерий, гистерэктомию. Методические подходы разные, что предполагает дальнейшее исследование в это области.

Цель: определить хирургическую тактику при предлежании плаценты для снижения интраоперационных кровопотери.

Материал и методы

Исследования проведены в 2 этапа на РСНПМЦАиГ: на I-ом этапе нами был проведен ретроспективный анализ 45 случаев (1-я группа) планового кесарева сечения у беременных с предлежанием плаценты в сроках 35-38 недель на протяжении последних 5 лет (по данным медицинский документации): II-ом этапе проведен проспективное динамическое исследование по плановому оперативному родоразрешению 17 беременных (2-я группа) с предлежанием плаценты в те же сроки беременности.

Главным критериям отбора беременных в группы был установленный диагноз предлежания плаценты пренатально и пролонгирование беременности до оптимального срока проведения планового кесарева сечения (35-38 недель). Состав групп был сопоставим по возрасту, паритету, объему проведенных исследований, кратности наблюдения и времени обследования.

Показаниям к проведению хирургического гемостаза родильницам 2-х групп были: истинное приращение плаценты, атоническое интраоперационное кровотечение во время кесарева сечения с и без клинических проявлений геморрагического шока, нестабильная гемодинамика, шоковый индекс Альговера больше 1и объем кровопотери, который достигла 1,5% от массы тела.

Статистическую обработку полученных данных проводили по методу вариационной статистики с использованием критерии Стьюдента для определения достоверности разности средних величин.

Результат и обсуждение

Возраст женщин в группах колебался в пределах 21-39 лет в двух группах. Большинство беременных были повторнорожавшими (1-ой группе 66,7%, а во 2-ой 70,6%), в анамнезе которых было кесарево сечение. Все беременные были родоразрешены путем операции кесарева сечения. В случаях предлежания плаценты преимущественной локализацией плаценты по передней стенке проводили корпоральное кесарево сечения выше края плаценты (соответственно в группах-20,0% и 11,7%). В остальных случаях операцию кесарева сечения проводили в нижнем маточном сегменте преимущественно с лапаротомии по S. Joel-Cohen.

В 1-й группе количество беременных с полным предлежанием плаценты было 25, а с неполным предлежанием плаценты 20; во 2-й группе соответственно 11 и 6 беременных. Результаты проведенных исследований позволили выявить следующие преимущества использования комплексной технологии кесарева сечения в группах сравнения. Основные параметры кесарева сечения при предлежании плаценты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Параметры кесарева сечения в исследуемых группах (M±m)

Показатель	Время до извлечения плода (сек.)	Длительность операции (мин.)	Объем кровопотери (мл)
1 группа (n=45)	274,0±17,0	74,5±4,0	970,0±55,0
2 группа (n=17)	195,0±21,0	55,7±5,0	775,0±60,0

Примечание ?- p<0,05

Данные приведенные в 1 таблице, показывают достоверно более низкие показатели объема интраоперационной кровопотери, длительности операции кесарева сечения и времени от начала операции до извлечения плода во 2-й группе (p<0,05), что мы связывали с применением в этой группе органосохраняющей методики поэтапной частичной деваскуляризации матки в случаях диагностирования placenta accrete.

Нами также проанализированы осложнения предлежания плаценты и методы хирургического гемостаза в 2-х группах (табл 2).

Из 9 случаев приращение плаценты на фоне предлежания плаценты в 1-й группе placenta accreta диагностировано в 7 случаях, placenta increta- в 1, percreta- в 1 случае; во всех случаях истинного приращения в этой группе проведена гистерэктомия, которая во всех случаях сопровождалась акушерским кровотечением. Остальные 5 случаев МАК в 1-й группе были связаны с гипотонией матки, а в одном случае было проведено перевязывание маточных и яичниковых сосудов.

Таблица 2

Показатель	Приращение плаценты		Массивные акушерские кровотечения		Гистерэктомия		Органосохраняющие операции	
	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%
1 группа (n=45)	9	20,0	14	31,1	9	20,0	1	2,2
2 группа (n=17)	7	41,2	2	11,7	2	11,7	7	41,7

Во 2-й группе в 6 случаях было диагностирована placenta accreta и в 1 случае placenta increta (в этом случае проведена гистерэктомия). Все случаи частичного истинного приращения плаценты (placenta accreta) проведены по органосохраняющей методике с перевязыванием нисходящих ветвей маточных сосудов, лигированием внутренних подвздошных артерий.

Выводы

1. Наибольший риск на массивное кровотечение во время операции являются: центральное предлежание и приращение плаценты, ПОНРП, рубец на матке от предыдущего кесарева сечения, многоплодная беременность.

2. При кровотечении центральном предлежание и приращение плаценты эффективно применение перевязки маточных сосудов матки с двух сторон с наложением компрессионных швов на матку.

3. Учитывая относительно небольшое количество наблюдений, необходимо продолжить исследования по эффективности предложенного хирургического гемостаза при различных клинических вариантах предлежание плаценты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ан А.В. Критические состояния при акушерских кровотечениях/А.В. Ан, Ж.Е. Пахомова//Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. -2010. -Т. 9, №4. -С. 33-36.
2. Абрамченко, В.В., Ланцов, Е.А., Шахматов, И.А. Кесарево сечение в перинатальной медицине. С.-Петербург: Эйбл, 2005. -С. 226.
3. Густоварова, Т.А., Иванян, А.Н., Самедова, Н.С., Болвачева, Е.В., Щербаков, А.Л. Актуальные вопросы абдоминального родоразрешения в современном акушерстве//Русский вестник акушера гинеколога. -№ 3. -2006. -С. 96-99.
4. Голяновский, А.В., Мехедко, В., Кульчицкий, Д.В. Комплексная профилактика осложнений в случае повторного кесарева сечения//Педиатрия, акушерство и гинекология. -2011. -Т. 73. -№ 6. -С. 88-91.
5. Кулаков, В.И., Чернуха, Е.А., Комиссарова, Л. Кесарево сечение/М: Трида-Х//Русский вестник акушера-гинеколога. -№ 4. -2011. -С. 36-38.
6. Логутова, Л.С. Оптимизация кесарева сечения (медицинские и социальные аспекты)//Автореф. ... дис. д-ра мед. наук. -Москва. -1996.
7. Курцер М.А. Истинное вращение плаценты. Органосохраняющие операции/М.А. Курцер, М.В. Лукашина, А.В. Панин//Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. -2009. -Т.8, №5. -С. 31-35.

Поступила 09.09.2020