

С.Ш. ИСЕНОВА, З.А. ДАТХАЕВА, У.Б. БУГИБАЕВА, Б.Ж. САТУБАЛДИНОВА, С.В. ПЕРШИНА
 Казахский Национальный медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова
 Кафедра акушерства и гинекологии № 2

АНАЛИЗ ВОЗМОЖНЫХ ПРИЧИН АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

В данной статье суммированы собственный анализ и данные литературы, которые показывают необходимость соблюдения стратегии мониторинга критических состояний, в частности акушерских кровотечений - необходимость активного реагирования на сложившуюся ситуацию в медицинском учреждении, раннего выявления и лечения состояний с тем, чтобы минимизировать их последствия, контроль качества проведения и оказания медицинской помощи в целях сокращения уровней смертности и заболеваемости, строгое соблюдение региональных стандартов, протоколов и приказов.

Ключевые слова: беременность, акушерские кровотечения, алгоритм действий, окситоцин.

Актуальность.

Акушерское кровотечение, как причина материнской заболеваемости и смертности, в течение длительного периода занимает одно из ведущих мест во всем мире. По оценкам большинства экспертов, эта патология входит в пятерку основных причин материнской смертности, ежегодно унося более ста тысяч жизней. Коварство и стремительный характер развития этой патологии известны каждому практикующему акушеру-гинекологу, что заставляет с особой серьезностью относиться к появлению малейших признаков кровотечения, принимать решительные меры в случае развития полной клинической картины.

По данным ВОЗ в мире происходит 14 000 000 послеродовых кровотечений в год из которых 120000-140000 со смертельными исходами (50% в первые 24 ч) и 20000000 заканчиваются материнской заболеваемостью. Согласно мнению исследователей частота послеродовых кровотечений составляет примерно 6%, а тяжелых послеродовых кровотечений — 1,86%, причем в разных странах этот показатель сильно колеблется [1]. В США – кровопотеря составляет 12% в структуре материнской смертности, из них 73% случаев предотвратимы, в Великобритании – 3-место в структуре материнской смертности, 53% случаев – предотвратимы, а в Африке – кровопотеря достигает до 60% в структуре материнской смертности, в России -18% в структуре материнской смертности. Для стран постсоветского пространства характерна особенность, которая беспокоит специалистов – структура причин материнской смертности, более характерная для развивающихся стран: в ней преобладают прямые причины, прежде всего кровотечения (до 22% по данным 2006 г.), преэклампсия и эклампсия (17%), сепсис (12,4%) и т. д. Непрямые причины составляют всего 21,5%. Данными литературы и рандомизированных исследований признано, что большинство — до 80% — случаев материнской смерти от прямых причин предотвратимы при своевременно и правильно оказанной помощи [3,4]. В первую очередь это относится к материнской смертности от кровотечений. С учетом того, что большинство причин массивной кровопотери и геморрагического шока в акушерстве носят предотвратимый характер чрезвычайно важно соблюдать протокол оказания неотложной помощи этой категории пациенток, поскольку время для проведения всех диагностических и лечебных мероприятий крайне ограничено.

Материал и методы исследования.

Для проведения анализа возможных причин кровотечения нами разобраны 26 истории родов, осложнившихся данной патологией, что составило 2,6% от всех родов.

Из них 6 случаев составили акушерские кровотечения при беременности (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 23,1%, 20 случаев – послеродовые кровотечения – 76,9%. Все кровотечения произошли в раннем послеродовом периоде: 18 случаев – после родов через естественные родовые пути (90%), 2 случая – после операции кесарево сечение (10%). (Диаграмма 1).

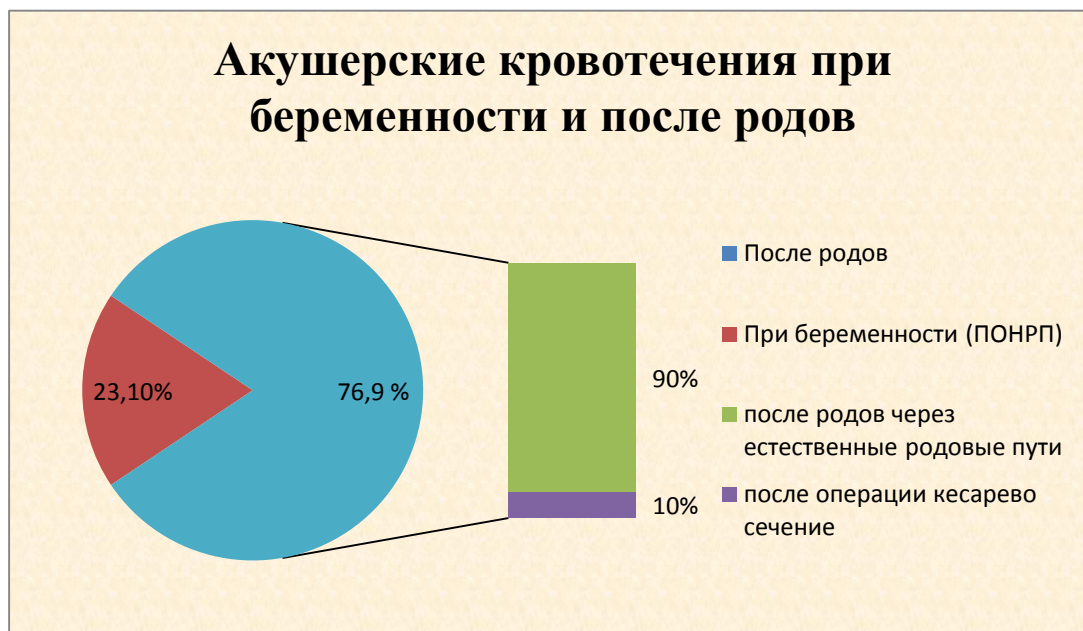


Диаграмма 1

При оценке факторов риска послеродовых кровотечений в данной группе пациенток при поступлении в стационар низкий риск имели 10 беременных (55,6%), средний риск - 7 беременных (38,9%), высокий – 1 беременная (5,6%). (Диаграмма 2).

Группы риска послеродовых кровотечений

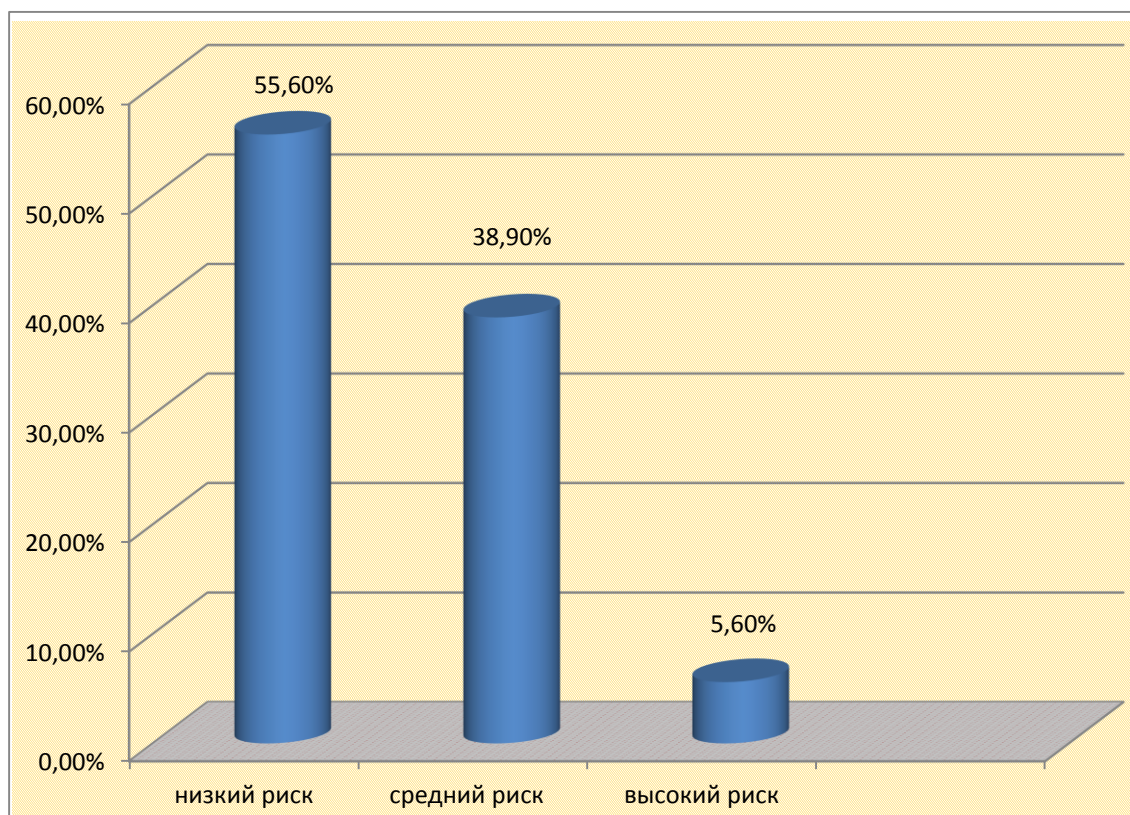


Диаграмма 2

По паритету: первородящие составили 30,8%(8 пациенток), повторнородящие – 69,2% (18 пациенток).

Отягощенный акушерский анамнез (аборт, выкидыши с выскабливанием полости матки, гнойно-септические осложнения после предыдущих родов) имели 6 беременных, что составило 23,1%, у остальных пациенток анамнез не был отягощен.

Преждевременные роды произошли в 1 случае – 5,6%, в остальных случаях все роды были срочными.

Индукцированные роды в 5 случаях (19,2%): в 1 случае – дородовый разрыв плодных оболочек, в 1 случае – преэклампсия легкой степени, в 3 случаях – срок беременности более 41 недель. Из них в 3 случаях проводилась подготовка шейки матки мезпростолом интравагинальным методом (от 25 до 75 мг), родовозбуждение окситоцином в 1 случае. Среди всех индуцированных родов кровотечением осложнились 6,7% родов

Эпидуральная анестезия в родах проводилась в 5 случаях, что составило 27,8%.

В 1 случае (5,6%)1 период родов осложнился вторичной слабостью родовой деятельности, родостимуляция окситоцином проводилась в течение 4ч 30 мин.

Анализируя продолжительность и течение родового акта по предоставленной документации, мы получили данные, что по длительности 1 период родов у 94,4% рожениц, у которых роды начались спонтанно, составил от 5 - 9 часов, в 1 случае (5,6%) – 15 часов, 2 период родов составил в 75% менее 1 ч, в 25% - от 1 до 2 часов. (Диаграмма 3).

Продолжительность и течение родового акта:

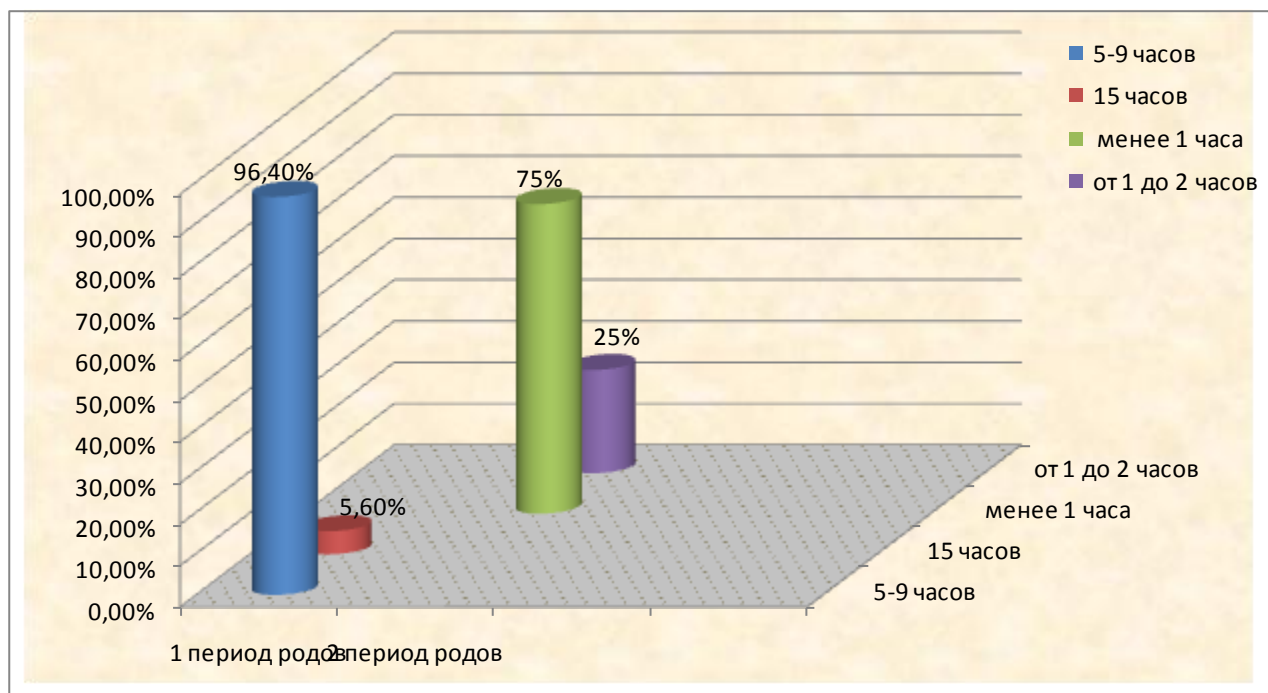


Диаграмма 3

Третий период родов – самый динамичный, непредсказуемый и ответственный, требующий максимальной концентрации от медицинского персонала. На первый взгляд, данный вопрос является хорошо изученным, поскольку связан с угрозой кровотечения и материнской смертностью. Однако практика показывает, что ведение третьего периода родов остаётся актуальным вопросом, что определяется трудностями практической реализации основных положений классического акушерства [4].

Нерешённые вопросы третьего периода родов стали причиной внедрения в акушерскую практику концепции активного его ведения [4,5]. Раньше считалось, что риск послеродового кровотечения повышается, если продолжительность третьего периода превышает 30 мин. Исследования последних лет доказывают, что оптимальный срок ручного отделения плаценты для профилактики послеродового кровотечения составляет 18 мин после рождения ребенка. Отмечено, что продолжительность третьего периода родов более 10 мин статистически достоверно повышает риск послеродового кровотечения [3].

Стратегией ВОЗ единственно эффективным методом профилактики послеродовых кровотечений в мире является активное ведение III периода родов. Оно должно быть предложено и рекомендовано для всех женщин [7].

При использовании этой тактики частота возникновения последовых и ранних послеродовых кровотечений в 2,5-3 раза ниже [3,6]. По современным рекомендациям российских учёных [3], в настоящее время активная тактика ведения третьего периода родов признаётся главным методом профилактики послеродовых кровотечений, и основным её звеном является применение утеротоников, среди которых препаратом первой линии признан окситоцин. По данным Радзинского В.Е. [2011], рутинное назначение окситоцина в последовом периоде стало «золотым стандартом» профилактики послеродовых кровотечений [6]. Исследования, проведённые Чернухой Е.А. (2005) при применении активной тактики ведения родов показывают, что частота кровотечений в данном случае составляет 1,6% [3,7].

Этапом активного ведения третьего периода родов является контролируемая тракция за пуповину, при которой уменьшается величина кровопотери и укорочение третьего периода родов [3]. По мнению Радзинского В.Е. (2011), сторонников и противников контролируемой тракции за пуповину строго поровну [3,6]. Применение контролируемых тракций за пуповину уменьшает риск кровотечения на 50% по сравнению с выжидательной тактикой, а при сочетании контролируемых тракций с введением окситоцина, риск кровотечений уменьшается на 66% [3,6]. Отмечено, что продолжительность третьего периода родов более 10 мин статистически достоверно повышает риск послеродового кровотечения [3].

У всех исследуемых пациенток с послеродовым кровотечением имело место активное ведение III-го периода родов, продолжительностью 5-10 минут. Данный метод согласно клиническим протоколам МЗ РК проводился с информированного согласия роженицы. Чтобы активно вести третий период родов, персонал, оказывающий помощь роженице должен иметь соответствующие знания и навыки - особую роль в эффективности контролируемой тракции играет техника ее проведения. При неправильном проведении она является причиной грозных осложнений. Проведенный анализ показал, что в 4 случаях (22,2%) по поводу дефекта последа проводилось ручное отделение и выделение задержавшихся частей последа. Итак, активное ведение третьего периода родов и обучение врачей и акушеров знаниям и навыкам, необходимым для профилактики и лечения акушерских кровотечений, способно значительно снизить материнскую смертность.

Эффект при консервативной тактике ведения был достигнут при введении 20 ЕД окситоцина в 15 случаях (83,3%), 25 ЕД окситоцина – в 1 случае (5,6%), 30 ЕД окситоцина – в 2 случае (11,1%) в сочетании с ректальным введением мезопроста в 16 случаях (88,9%). Бимануальная компрессия матки как временная остановка кровотечения проводилась в 94,5%.

В 6,3% (1 случай) эффекта от проводимой консервативной терапии не было и был проведен хирургический гемостаз – наложение компрессионного шва по Б-Линчу, гемостатического шва на маточную артерию по О-Лири. (Диаграмма 4).

Методы борьбы с кровотечением

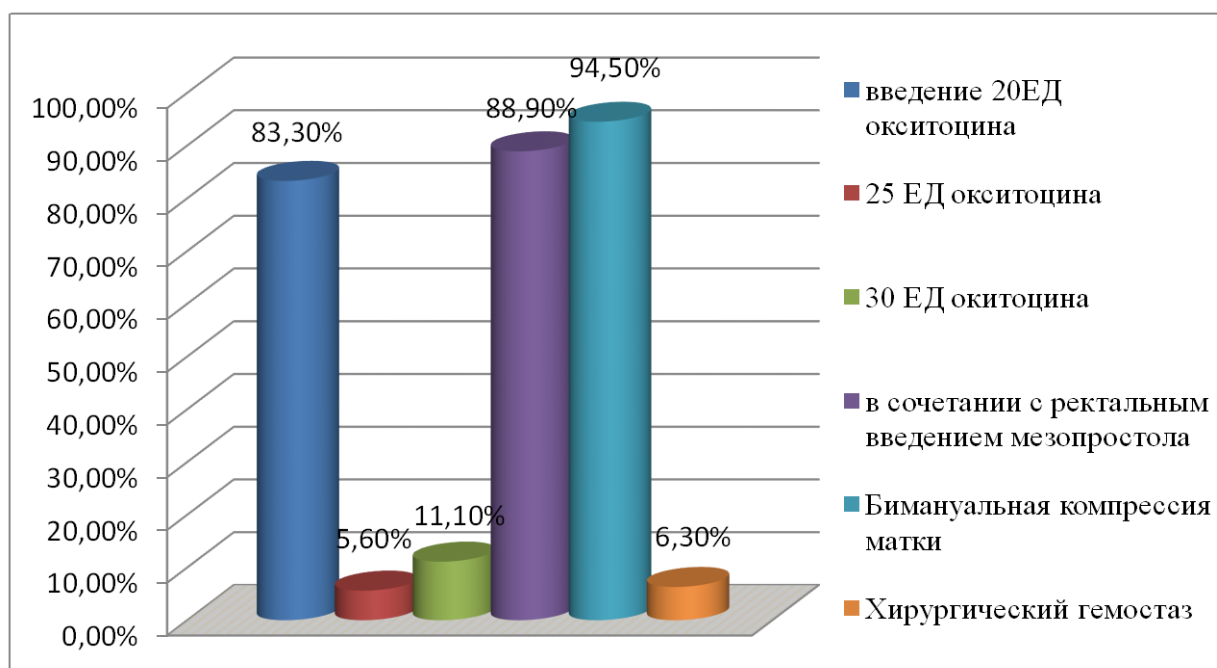


Диаграмма 4

На гистологическое исследование послеродовый материал был отправлен в 17 случаях, что составило 65,4%. Выявлено: в 17,6% – декомпенсированная форма хронической плацентарной недостаточности, в 47,1% – субкомпенсированная форма хронической плацентарной недостаточности, в 35,3% – сочетание ХПН с воспалительным процессом. Предполагаемые причины кровотечений: инфекционный генез – 5 случаев (27,8%), макросомия – 2 случая (11,1%), аномалия родовой деятельности – 1 случай (5,6%), травматическое повреждение эндометрия (в анамнезе) – 6 случаев (33,3%). В остальных случаях (22,2%) видимых предрасполагающих факторов к кровотечению по документации не выявлено. (Диаграмма 5).

Предполагаемые причины кровотечений

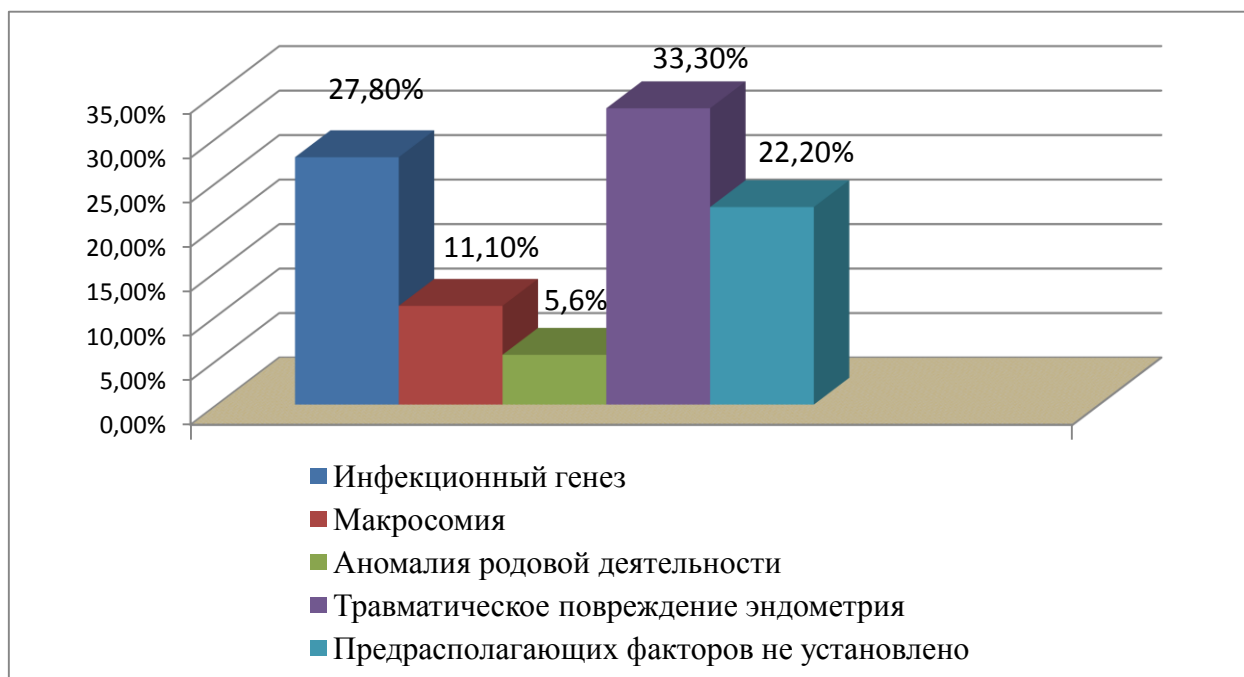


Диаграмма 5

Объемы кровотечения, зарегистрированные после родов через естественные родовые пути, составили от 600,0 до 1100,0 мл. Массивных кровотечений объемом более 1200,0 не было. Объемы кровотечения, зарегистрированные после операции кесарево сечение, составили: 1 случай в плановом порядке – 1000,0 мл (50%), 1 случай в экстренном порядке – массивное кровотечение 1300,0 мл (50%). По времени возникновения: 1 случай – во время операции, 1 случай – в раннем послеоперационном периоде. Показанием к операции явился рубец на матке после предыдущей операции кесарево сечение. В 1 случае кровотечение интраоперационно остановлено путем наложения гемостатического шва на маточные артерии по методу О-Лири, во 2 случае – консервативный гемостаз введением окситоцина 30ЕД.

Анализ предоставленной документации позволил нам сделать выводы:

- удельный вес первородящих 44,4%;
 - среди всех кровотечений удельный вес индуцированных родов составил 27,6%;
 - в 60% проводилось преиндукция мезопростолом интравагинальным методом;
 - среди всех кровотечений в 31,3% случаев роды велись на фоне эпидуральной анестезии;
 - в 22,2% случаев возможной причиной кровотечения явился дефект последа;
 - в 26,2% случаев послеродовое кровотечение сочеталось с разрывами родовых путей;
 - в 90% случаев эффект от консервативного гемостаза достигнут при введении 20 ЕД окситоцина в сочетании с 1000 мг мезопростола;
 - в 7,7% кровотечение остановилось после хирургического гемостаза (наложение гемостатических и компрессионных швов);
 - гемотрансфузия проводилась в 7,7% случаев, плазматрансфузия в- 3,8% при удельном весе массивных кровотечений 3,8%;
 - предполагаемые причины кровотечений: инфекционный генез – 5 случаев (27,8%), макросомия – 2 случая (11,1%), аномалия родовой деятельности – 1 случай (5,6%), травматическое повреждение эндометрия (в анамнезе) – 6 случаев (33,3%), фетоплацентарная недостаточность – 23,1%;
- Обобщая практический опыт и данные литературы, мероприятия по борьбе с кровотечением целесообразно строить по следующим принципам.

- ✓ На всех этапах беременности (а иногда и до её наступления) обязательно следует выявлять факторы риска массивной кровопотери, как на амбулаторном, так и стационарном уровне оказания помощи беременным женщинам.
- ✓ На догоспитальном этапе у пациентки с кровотечением основным мероприятием является транспортировка в ближайшее ЛПУ с возможностью оперативного лечения. Обеспечение венозного доступа и проведение инфузионной терапии, введение антифибринолитиков и вазопрессоров, согревание и другие мероприятия не должны удлинять время транспортировки на этап хирургической остановки кровотечения. На догоспитальном этапе при выявлении геморрагического шока нужно своевременно оповестить стационар, куда пациентка будет транспортирована для подготовки к хирургическому и консервативному лечению.
- ✓ При поступлении в приемный покой стационара у пациентки с кровотечением (или подозрением на кровотечение) необходимо максимально быстро провести клиническое, лабораторное и функциональное исследования для оценки тяжести кровопотери и определить необходимость хирургического лечения. При тяжелом состоянии пациентки – геморрагическом шоке все исследования проводятся в условиях операционной и проводимой интенсивной терапии.
- ✓ В любой ситуации время между постановкой диагноза кровотечения и началом хирургической остановки кровотечения должно быть минимизировано и этот принцип очень важно тщательно соблюдать как на догоспитальном, так и госпитальном этапах оказания помощи (уровень доказательности 1А). Оперативное лечение должно быть

начато в любых условиях – геморрагического шока, ДВС-синдрома и т.д. и никакие обстоятельства не могут мешать хирургической остановке кровотечения

✓ Интервал «принятие решения - родоразрешение» при продолжающемся антенатальном или интранатальном кровотечении не должен превышать 30 мин., что требует оповещения и участия помимо врача акушера-гинеколога еще анестезиолога-реаниматолога, трансфузиолога и сосудистого хирурга.

✓ В основе хирургического гемостаза лежит принцип поэтапной, органосохраняющей остановки кровотечения, для чего для врача, оказывающего помощь должен быть доступен набор соответствующих расходных материалов, инструментов и оборудования

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Баев О.Р. Профилактика кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периоде. Какие использовать препараты? // Акушерство и гинекология . – 2011. – № 7. – С.16-20.
- 2 Баскетт Томас Ф., Калдер Эндрю А. Оперативное акушерство Манро Керра. – М.: Рид Элсивер, 2010.- 392 с.
- 3 Лазаренко А. Ведение третьего периода родов с позиции доказательной медицины // Здоровье Украины. – 2012. – № 1. – С. 19.
- 4 Профилактика послеродовых кровотечений // Информационно-образовательный вестник «Здоровье семьи». – 2007. – №1. – С. 2-8.
- 5 Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. – М.: Издательство Status Praesens, 2011. – 688 с.
- 6 Савельева Г.М. Акушерство. Под ред. Савельевой Г.М. – М.: Медицина. 2000. – 816 с.
- 7 Чернуха Е.А. Родовой блок.- М.: Триада-Х, 2005. – 712 с.

С.Ш. ИСЕНОВА, З.А. ДАТХАЕВА, У.Б. БУГИБАЕВА, Б.Ж. САТУБАЛДИНОВА, С.В. ПЕРШИНА

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық университет
№ 2 акушерство және гинекология кафедрасы*

АКУШЕРЛІК ҚАН КЕТУЛЕРДІҢ МҮМКІН БОЛАТЫН СЕБЕПТЕРІН ТАЛДАУ

Түйін: Бұл мақалада қауіп-қатер жағдай кезінде мониторинг жүргізу стратегиясының қажеттілігін көрсететін өзіндік анализ және әдебиеттер деректері берілген, соның ішінде акушерлік қан кетулер - медициналық мекемеде пайда болған жағдайға байланысты белсенді түрде көмек көрсету, акушерлік асқынуларды барынша азайту мақсатында жағдайды ерте анықтау және емдеу, өлім-жітім мен ауруға шалдығудың деңгейін барынша төмендету мақсатында медициналық көмектің дұрыс көрсетілуін және сапасын бақылау, аймақтық стандарттарды, хаттамалар мен бұйрықтарды қатаң түрде орындау.

Түйінді сөздер: жүктілік, акушерлік қан кетулер, әрекет ету алгоритмі, окситоцин.

S.S. ISENOVA, Z.A. DATHAYEVA, U.B. BUGIBAYEVA, B.J. SATUBALDINOVA, S.V.PERSHINA

*Kazakh National Medical University them. SD Asfendiyarov
Department of Obstetrics and Gynecology number 2*

ANALYSIS OF THE POSSIBLE CAUSES OF OBSTETRIC HEMORRHAGE

Resume: This article summarizes its own analysis and literature data that show the need for compliance with the strategy of monitoring of critical conditions, particularly obstetric hemorrhage - the need for an active response to the situation in the health facility for early detection and treatment of conditions in order to minimize their effects, quality control of and health care in order to reduce mortality and morbidity rates, adherence to regional standards, protocols and orders.

Keywords: pregnancy, obstetric haemorrhage, the algorithm of action, oxytocin.