



ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Шоназаровой Дилнозе Шухратовне

Ассистент Термезского филиала Ташкентской
медицинской академии

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7332842>

ARTICLE INFO

Received: 07th November 2022

Accepted: 15th November 2022

Online: 17^t November 2022

KEY WORDS

Баллонная тампонада,
компрессионные швы,
лечение, перевязка
внутренних подвздошных
артерий, послеродовое
кровоотечение,
профилактика.

До настоящего времени не решена главная проблема акушерских кровотечений — риск материнской смертности. Кровотечения стабильно сохраняют лидирующие позиции в структуре материнской заболеваемости и смертности, относятся к критическим, угрожающим жизни состояниям, осложняют 3-5% родов, прогнозируемы по развитию анемии, ишемии передней доли гипофиза (синдром Шихана или некроз гипофиза после родов), гемотрансфузии, коагулопатии, ишемии миокарда, ортостатической гипотензии, послеродовой депрессии.

Согласно сведениям «Демографического ежегодника Узбекистан. 2021», с 2017 по 2020 гг. отмечен тренд по снижению общего числа умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода: снижение коэффициента

ABSTRACT

В данной статье описаны основные принципы оценки риска послеродовых кровотечений в Сурхандарьинском областном перинатальном центре, система их профилактики у женщин группы высокого риска, этапы раннего лечения и интенсивной терапии. Будут обсуждаться вопросы терминологии, консервативного и хирургического лечения.

смертности с 11,5 до 10,1. Если в 2017 г. число умерших вследствие акушерских кровотечений в Узбекистан составило 219, от кровотечений в связи с отслойкой и предлежанием плаценты — 29, от кровотечений в родах и послеродовом периоде — 13, то в 2020 г. Число умерших вследствие акушерских кровотечений составило 196, от кровотечений в связи с отслойкой и предлежанием плаценты — 13, от кровотечений в родах и послеродовом периоде — 16.

Цель исследования. Основные принципы оценки риска послеродовых кровотечений в перинатальном центре Сурхандарьинской области, система их профилактики у женщин группы высокого риска, разработка методов раннего лечения и профилактики.



Результаты и их обсуждение. Начиная с 2019 г., в Узбекистан осуществляется реализация программ модернизации здравоохранения, одним из приоритетных направлений которых является совершенствование медицинской помощи женщинам и детям. Основная цель модернизации системы оказания медицинской помощи акушерско-гинекологического профиля – создание новой системы организации работы учреждений здравоохранения на основе единых протоколов и стандартов оказания медицинской помощи женщинам во время беременности, родов, в послеродовом периоде, гинекологическим больным и новорожденным, а также предупреждение и снижение материнской, перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности.

К наиболее важным проблемам оказания высококвалифицированной помощи беременным, роженицам и родильницам относятся акушерские кровотечения. Кровотечения во время беременности, родов и послеродового периода по-прежнему остаются одной из лидирующих причин материнской смертности. Во всем мире акушерские кровотечения остаются одной из важнейших причин материнской смертности.

В XXI веке ежегодно более 529 000 женщин умирают от осложнений, связанных с беременностью и родами. По крайней мере, в каждом четвертом наблюдении причиной фатального исхода являются кровотечения. В мире ежегодно от кровотечений как прямой причины материнской смертности

умирают более 130 тыс. женщин, половина из которых – от гипотонии матки. Кровотечение возглавляет так называемую «большую пятерку» причин материнской смертности (МС). По данным ВОЗ, все беременные со сроком гестации 20 нед и более входят в группу риска по развитию акушерских кровотечений. Несмотря на то, что МС вследствие акушерских кровотечений в развитых странах в последние десятилетия значительно снизилась, во всем мире в целом акушерские кровотечения остаются одной из лидирующих причин. Частота возникновения акушерских кровотечений, по данным различных авторов, составляет от 2,7 до 8% от общего числа родов.

В развитых странах послеродовые кровотечения занимают одно из ведущих мест среди причин МС наряду с тромбозом и гипертензией. В развивающихся странах некоторые государства имеют МС, превышающую 1000 женщин на 100 000 живорожденных; по данным ВОЗ, 25% из них погибают от послеродовых кровотечений, достигая 100 000 в год. По опубликованным в 2006 г. данным American College of Obstetricians and Gynecologists, ежегодно в мире от кровотечений погибают 140 000 женщин, или 1 родильница каждые 4 минуты.

Акушерские кровотечения, являясь одной из ведущих причин МС, определяют большую часть ее структуры, так как в чистом виде составляют 20–25%, как конкурирующая причина – 42%, как фоновая – до 78%.



В структуре МС в Узбекистан массивные акушерские кровотечения продолжают занимать одно из ведущих мест, являясь в 20–25% случаев единственной причиной смертельных исходов. Несмотря на то, что динамика показателя МС в Узбекистан имеет четкую тенденцию к снижению, структура причин идентична таковой в развивающихся странах (за исключением экстрагенитальной патологии): кровотечения, септические осложнения, преэклампсия.

Послеродовое кровотечение (ПРК) – акушерское осложнение, которое может трансформировать нормальный физиологический процесс родов в жизнеугрожающее состояние. Кесарево сечение также может осложниться массивным кровотечением. Среди четырех основных причин кровотечения, известных как 4T's (тонус, ткань, травма, тромбоз), наиболее распространенной является атония матки. Интенсивное сокращение матки после родов (миотампонада) и интенсивное образование тромбов в сосудах плацентарной площадки (тромботампонада) являются основными моментами, обеспечивающими послеродовый гемостаз.

Среди осложнений беременности, повышающих риск акушерского кровотечения, следует отметить предлежание плаценты – диагноз, который требует определенных организационных и диагностических мероприятий, так как риск кровотечения возрастает в 13 раз. Специализированной помощи требуют беременные с тяжелой преэклампсией, многоплодием, крупным плодом,

многоводием, многоплодием, миомой матки. Все перечисленные клинические ситуации легко диагностируемы, и при правильной организации надлежащей помощи если не риск кровотечения, то риск МС можно свести к нулю. У женщин с ПРК достоверно чаще встречается соматическая (сердечно-сосудистая патология, эндокринные заболевания, ожирение) патология, патология репродуктивной системы, осложненное течение предыдущих беременностей и родов. Все это обуславливает высокую частоту акушерскогинекологических осложнений: бесплодия, невынашивания, неблагоприятных исходов последующих беременностей, а также высокую частоту оперативных вмешательств на органах репродуктивной системы, использование вспомогательных репродуктивных технологий и стимуляции функции яичников. Факторами риска является наличие в анамнезе ПРК, антенатальной гибели плода, оперативных родов, а также высокий паритет (3 и более родов). Остальные факторы риска практически не прогнозируемы и возникают непосредственно в родах (аномалии сократительной деятельности матки, травма мягких родовых путей или эпизиотомия, оперативные вагинальные роды, задержка плаценты или ее частей в матке). В данной ситуации на первое место как мероприятия предотвращения МС выходят: своевременная диагностика, слаженная работа «команды», строгое исполнение клинического протокола лечения кровотечения (алгоритм консервативного и оперативного этапов



лечения, алгоритм инфузионно-трансфузионной терапии) на любом уровне оказания акушерской помощи.

Профилактику ПРК осуществляют с использованием активной тактики ведения 3-го периода родов (уровень доказательности А). На активное ведение 3-го периода родов подготовленным специалистом следует оформлять информированное согласие пациентки. Активная тактика предполагает:

- введение утеротоников: окситоцина 10 ЕД на 500 мл физиологического раствора внутривенно капельно со скоростью 40 капель в минуту или 10 ЕД внутримышечно в момент прорезывания переднего плечика плода (возможно применение синтетического аналога окситоцина – карбетоцина);
- пересечение пуповины в период с 1-й по 3-ю минуту после рождения плода (если новорожденный здоров и не нуждается в проведении немедленных реанимационных мероприятий);
- контролируемые тракции за пуповину (легкие тракции за пуповину одновременно с оказанием давления на дно матки (прием Брандта-Эндрюса)).

При отсутствии окситоцина назначают другие инъекционные утеротоники (эргометрин/метилэргометрин, комбинацию окситоцина и эргометрина – нежелательно при преэклампсии и гипертензии) или мизопростол сублингвально 600 мкг. В последние годы для профилактики ПРК предлагается введение синтетического аналога окситоцина – карбетоцина, характеризующегося увеличенным периодом полураспада и длительностью фармакологического эффекта в 4–10 раз больше, чем у

окситоцина. В большинстве исследований показано, что карбетоцин может применяться для профилактики ПРК при родах через естественные родовые пути и кесаревом сечении в дозе 100 мкг внутривенно или внутримышечно (в 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия). Активная тактика на 60% снижает риск послеродовых кровотечений в объеме 500–1000 мл, снижение гемоглобина менее 90 г/л в течение 24–48 часов после родов и необходимость в проведении инфузионной терапии.

Наилучший эффект профилактики ПРК и массивной акушерской кровопотери достигается своевременным выполнением каждого этапа профилактики и лечения послеродовых акушерских кровотечений, оперативных пособий по оптимальным показаниям, хорошо обученным персоналом.

Выводы. Таким образом, снижение МС от акушерских кровотечений связано, с одной стороны, с выявлением и ведением беременных, угрожаемых по кровотечению, и профилактикой кровотечения, с другой – со своевременной и полноценной терапией возникшего осложнения: остановкой кровотечения современными методами, коррекцией в системе гемостаза, внедрением новых технологий: аутоплазматрансфузии, реинфузии эритроцитов, рациональной ИТТ и интенсивной терапией кровотечений, адекватной терапией в раннем послеродовом периоде. В медицине в настоящее время доминирует органосохраняющая стратегия, направленная на реабилитацию нарушенных функций



органов. На фоне резкого снижения сохранению не только жизни матери, но рождаемости актуален вопрос и генеративной функции женщины.

References:

1. Belfort MA, Lockwood ChJ, Barss VA. Overview of postpartum hemorrhage. UpToDate, Inc. 2015. Available at: <http://www.uptodate.com/contents/overviewof-postpartum-hemorrhage#H1>.
2. Kramer MS, Berg C, Abenhaim H, Dahhou M, Rouleau J, Mehrabadi A, et al. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. Am J Obstet Gynecol. 2013 Nov;209(5):449.e1-7.
3. Баев ОР, Давыдов АИ. Послеродовое кровотечение: акушерская тактика и интенсивная терапия. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2011. 65-9.
4. World Health Organisation. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. 2010 [cited 2012 May 17]. Available at: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.
5. Баскетт ТФ, Калдер ЭА, Арулкумаран С. Оперативное акушерство Монро Керра. Под ред. М.А.Курцера. М.: Рид Элсивер, 2010.
6. McLintock C, James AN. Obstetric hemorrhage. J Thromb Haemost. 2011 Aug; 9(8):1441-51. doi: 10.1111/j.1538-7836.2011.04398.x.
7. Callaghan WM, Kuklina EV, Berg CJ. Trends in postpartum hemorrhage: United States, 1994–2006. Am J Obstet Gynecol. 2010;202:353-8.
8. Белоцерковцева ЛД, Иванников СЕ, Киличева ИИ, Мусиюк ЛМ. Управляемая баллонная тампонада матки при послеродовых кровотечениях. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2011;10(5):36-41.
9. Бреслав ИЮ. перевязка внутренних подвздошных артерий в лечении массивных акушерских кровотечений. Авт.. дисс. канд. мед. наук. М., 2009.
10. Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях. Клиниче-ские рекомендации (протокол). Под ред. Адамян ЛВ, Серова ВН, Филлипова ОС и др. 2014.