

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ АТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ ЗНАЧЕНИЯ ПЕРЕВЯЗКИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Ирназарова Д. Х.

Кафедра акушерства и гинекологии №2 Ташкентской медицинской академии

Резюме: *Послеродовые акушерские кровотечения преимущественно массивные и неконтролируемые, являются одной из причин материнской смертности в ее структуре, и составляет 17-24%, из них атонические послеродовые кровотечения занимают 1,5-1,7% (Радзинский В.Е., 2008). Действия, имеющие целью остановить кровотечения, имеют определенную последовательность и в случаях их безуспешности, как правило, заканчиваются удалением матки.*

Summary: *Postpartum obstetric hemorrhages are predominantly massive and uncontrolled, are one of the causes of maternal mortality in its structure and is 17-24%, of which atonic postpartum haemorrhages occupy 1.5-1.7% (Radzinsky V.E, 2008). Actions aimed at stopping bleeding have a certain sequence and, in cases of their failure, usually end with the removal of the uterus.*

Актуальность. По данным экспертов ВОЗ в мире от осложнений беременности и родов ежегодно умирают более 500 000 женщин. Основными причинами материнской смерти являются члены «большой пятерки» («big five») – кровотечения, сепсис, гипертензивные нарушения, разрыв матки, «опасный аборт». Кровотечение — третья причина материнской смертности в мире после тромбоза и преэклампсии. Каждая четвертая женщина, умирающая в мире от причин, связанных с беременностью и родами, умирает от кровотечения, половина которых обусловлена атонией матки. [2,7].

Действия, имеющие целью остановить кровотечение, имеют определенную последовательность и в случае их безуспешности, как правило, заканчиваются удалением матки. Известно, насколько тяжела морально-этическая сторона выполнения органосохраняющей операции. В связи с этим сегодня уделяется все большее внимание разработке и внедрению органосохраняющих вмешательств при столь грозном осложнении, как кровотечение. По данным многочисленных работ при соблюдении этапности хирургического гемостаза (первоначальная перевязка внутренних подвздошных артерий с последующей гистерэктомией), сохраняется репродуктивная и менструальная функция, тем не менее, предотвращается развитие ДВС-синдрома [6].

Оценка факторов риска послеродовых кровотечений должна проводиться ещё в антенатальном периоде. Это позволит более бдительно вести беременных до и во время родов и своевременно диагностировать послеродовых кровотечений в послеродовом периоде. В тех случаях, когда беременная входит в группу риска на послеродовых кровотечениях, необходимо перспективное планирование ведения родов и эффективная междисциплинарная координация при оказании медицинской помощи в случае возникновения послеродовых кровотечений, что позволит минимизировать риск возникновения угрожающей жизни кровопотери [5].

Цель исследования. На основании изучения клиники, этапов лечения у больных с атоническими кровотечениями во время операции кесарева сечения, определить рациональную тактику ведения данного контингента больных.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленных задач нами проведен ретроспективный анализ истории родов и проспективное исследование больных с атоническими кровотечениями во время операции кесарева сечения. Материал собирался во II акушерском комплексе Ташкентской медицинской академии за 4 года.

Проведен ретроспективный анализ 2650 истории родов за 2 года. В результате анализа выявлено 446(16,8%) кесарево сечений за этот период, из них 17(3,8%) женщин с атоническими кровотечениями во время операции кесарево сечения, у которых было проанализировано течение беременности и родов. В зависимости от метода хирургического гемостаза больные были разделены на 2 клинические группы. Первую группу составили 9 женщин, у которых для хирургического гемостаза была произведена гистерэктомия: у 1(11,1%) женщины произведена надвлагалищная ампутация матки, у 8 (88,9%) - экстирпация матки. Вторую группу составили 8 женщин, у которых была произведена гистерэктомия с последующей перевязкой внутренних подвздошных артерий при массивной кровопотери и ДВС синдроме. 37,5% роженицам второй группы хирургический гемостаз произведен при лапаротомии и у 62,5% при релапаротомии.

Проведено проспективное исследование 21 женщин с атоническими кровотечениями во время операции кесарево сечения за последующие 2 года, у которых также было проанализировано течение беременности и родов и оценка эффективности проведенного хирургического гемостаза у этих больных. В зависимости от метода хирургического гемостаза 21 женщины были разделены на 3 клинические группы. Первую группу составили 2(9,5%) женщины, у которых для хирургического гемостаза была произведена гистерэктомия: у обеих (100%) женщин произведена надвлагалищная ампутация без придатков. Вторую группу составили 10(47,6%) женщин, у которых для хирургического гемостаза была произведена гистерэктомия с последующей перевязкой внутренних подвздошных артерий для уменьшения интраоперационной кровопотери. Третью группу составили 9(42,9%) больных, которым для остановки кровотечения произведена перевязка магистральных артерий: 3(33,3%) роженицам произведена перевязка трех пар артерий, 3(33,3%) - перевязкой внутренней подвздошной, 3(33,3%) - перевязка трех пар артерий и перевязкой внутренних подвздошных артерий. Всем (100%) роженицам проспективной группы хирургический гемостаз произведен при лапаротомии.

У всех 38 больных проспективной группы определена шкала индивидуальной резистентности беременной (Салов И.А. 2007) к атоническим кровотечениям.

Определение объема послеродовой кровопотери в ретроспективной группы осуществлялось прямым гравиметрическим методом – путем собирания крови, выделяющейся из операционной раны во время операции кесарево сечения и измерением её в градуированной ёмкости до 2000 мл. Учитывая, 15% ошибок при определении кровопотери гравиметрическим путем в проспективной группе

определение объем кровопотери интраоперационно определялось по формуле Либова М.А.

Всем обследованным женщинам проведены общеклинические методы обследования, ультразвуковое исследование.

Результаты исследований и их обсуждения. На первом этапе нами проведен ретроспективный анализ 2650 истории родов за 2012-2014 год. Из общего количества родов число кесарево сечение составило 446(16,8%), а удельный вес атонических кровотечений во время операции кесарево сечения составил 3,8%(17), у которых было проанализировано течение беременности и родов. Проведенные нами ретроспективный анализ и проспективное исследование показал, что течение беременности и родов, эффективность проведенного хирургического гемостаза имели отличия друг от друга. После тщательного сбора анамнестических данных, изучения течения беременности и родов, проведенного комплексного клинико-лабораторного исследования нами были получены следующие результаты.

Обследованные беременные были в возрасте от 21 до 38 лет. Анализируя возраст рожениц, очевидно, что в общей популяции преобладали женщины в возрасте 26-30 лет (42,1%). В группе гистерэктомии ретроспективного анализа 2/3 рожениц были в среднем репродуктивном возрасте (26-30 лет), а проспективного анализа обе роженицы(100%) были в позднем репродуктивном периоде (31-38 лет). В группе гистерэктомии и перевязки внутренних подвздошных артерий ретроспективного анализа 3(37,5%) рожениц были в возрасте 31-38 лет, 3(37,5%) – в возрасте 21-25 лет, 2(25%) – 26-30 лет, а проспективного анализа превалировали роженицы в возрасте 26-30 лет (40%). В проспективном анализе в группе, которой производилась перевязка артерий, доминировали роженицы (44,4%) в раннем репродуктивном возрасте (21-25 лет), что принуждало хирургов применять своевременные органосохраняющие этапы гемостаза. При этом средний возраст составил 28,6 лет.

При анализе обследованных беременных по паритету нами выявлено, что в общей структуре превалировали повторнородящие в 4,4 раза, из них 10 (26,3%) беременных были часто и многорожавшими, которые входят в группу риска атонических кровотечений.

При рассмотрении срока родов обследованных больных, нами обнаружено, что у около 2/3(57,9%) больных роды произошли своевременно, у 11(28,9%) – преждевременно и только у 2(5,3%) - запоздалые. При этом в группе гистерэктомии ретроспективного анализа у более 2/3(77,8%) больных роды произошли в срок и у 2(22,2%) – преждевременно, а проспективного анализа у 1(50%) – срочные и у 1(50%) – запоздалые.

При разборе экстрагенитальных заболеваний обследованных беременных, отмечается относительная высокая частота анемии, инфекция мочевого тракта и хронического тонзиллита (39,5%:31,6%:23,7% соответственно). В первой группе ретроспективного анализа у 1/3(33,3%) беременных превалировало анемия, варикозная болезнь и хронический тонзиллит, а проспективного анализа у 1(50%) - анемия, ожирение и эндемический зоб. Во второй группе ретроспективного анализа у 1/4(25%) беременных имелись инфекция мочевого тракта и анемия, а

проспективного анализа у 2/3(70%) - анемия.

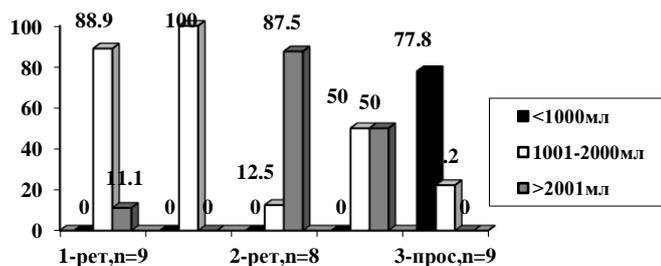


Рис. 1. Интраоперационная кровопотеря обследованных больных

При анализе интраоперационной кровопотери родильниц (рисунок 1) нами выявлено, что, около ½ (47,4%) больных кровопотеря отмечалась в объеме 1001-2000 мл, у 13(34,2%) больных кровопотеря достигала массивных цифр (>2000 мл) и только у 7(18,4%) – менее 1000 мл. В первой группе ретроспективного анализа у 8(88,9%) больных кровопотеря была в объеме 1001-2000 мл и у 1(11,1%) – более 2000 мл; а проспективного анализа у обеих больных (100%) объем кровопотери также составил 1001-2000 мл. Во второй группе у 7(87,5%) больных ретроспективного анализа и у 1/2(50%) больных проспективного анализа наблюдалась массивная кровопотеря (>2000 мл). В группе перевязки артерий у 7(77,8%) родильниц кровопотеря отмечалась в объеме менее 1000 мл и только у 2(22,2%) – 1001-2000 мл. Оценивая в целом, массивные акушерские кровотечения сопровождались нарушениями коагуляционных свойств крови (ДВС-синдром), что совпадает данными литературы [8]

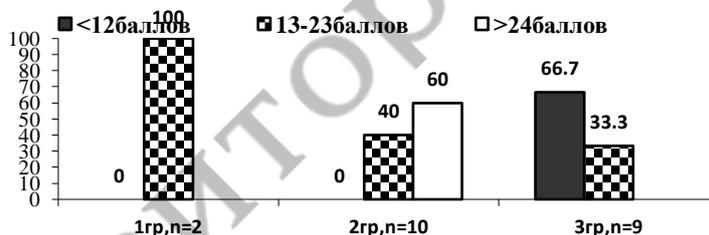


Рис. 2. Шкала резистентности беременной по Салову И.А. (2007)

При обзоре данных суммы баллов по шкале резистентности беременной (рисунок 2) который определен у групп проспективного анализа, нами выявлено, что у 9(42,8%) больных имелся низкий риск атонический кровотечений (13-23 баллов), а у около 1/3(28,6%) – высокий риск. При этом во второй группе, где кровопотеря была наибольшей (>2000 мл) у 1/2(50,0%) больных выявился высокий риск атонический кровотечений (>24 баллов), при котором по данным Салова И.А.(2007) кровотечения и их осложнения возникали у 100% родоразрешенных. Но нужно подчеркнуть, что в третьей группе с органосохранением, у которых наблюдалась минимальная кровопотеря (<1000 мл), более половины (66,7%) больных имели относительно низкие баллы (<12баллов), что доказывает относительно высокую резистентность организма роженицы к кровотечениям, что проявилось в эффективности своевременного хирургического гемостаза и сохранению органа [9].

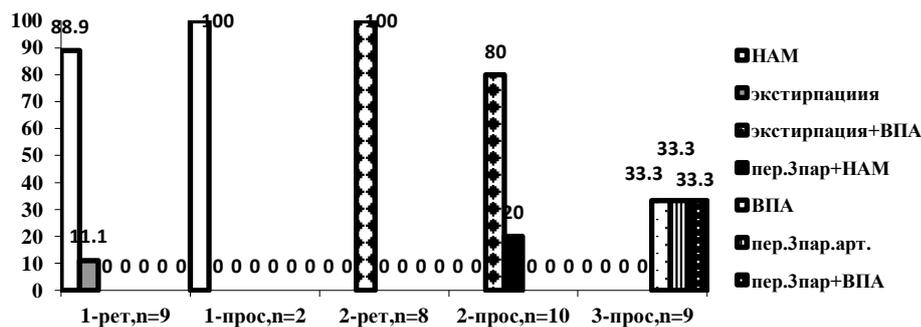


Рис. 3

При рассмотрении выполнения хирургического гемостаза у 29(76,3%) обследованных нами пациенток с целью остановки атонических кровотечений выполнена гистерэктомия, из них 18(47,4%) пациенткам гемостаз сочетался с лигированием внутренних подвздошных артерий. Но 62,5% больным второй группы ретроспективного анализа гемостаз произведен при релапаротомии лигированием внутренних подвздошных артерий, что привело большему объему кровопотери. В нашей работе хирургический гемостаз базировался на перевязке 3 пар и/или внутренних подвздошных артерий пациенткам третьей группы. 1/3 больным гемостаз достигнут лигированием 3 пар артерий (a.uterina, a.ovarica, a.lig.rotundi uteri), 1/3 - внутренних подвздошных артерий. Сочетание перевязки 3 пар артерий и внутренних подвздошных артерий выполнено нами 1/3 родильницам. Эффективность перевязки магистральных сосудов таза мы проследили у всех (100%) пациенток третьей группы, что совпадает с литературными данными [10]. Курцер М.А.(2006) с высокой эффективностью производил лигирование артерий при ГК, ПОНРП, ПП и вращении плаценты и предлагает сочетать гистерэктомию с перевязкой магистральных сосудов таза для уменьшения интраоперационной кровопотери женщинам с высоким риском на акушерские кровотечения, при этом первоначально рекомендует лигировать сосуды и при неэффективности прибегать удалению органа [10]

Результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что у более 1/2 родильниц имели место все осложнения. В группе гистерэктомии атонические кровотечения осложнялись у 55,6 до 100% родильниц, в группе гистерэктомии и перевязки внутренних подвздошных артерий от 60,0 до 87,5% случаев, тогда как в группе перевязки артерий осложнения наблюдались только у 11,1% больных.

Эффект усовершенствованного хирургического гемостаза нами прослежен и по объему крове- и плазмозамещения. При выполнении оргоуносящих операций и запоздалой перевязкой артерий кровопотеря приобретает массивный характер, что вынуждало производить гемо- и плазмотрансфузию в 1,5-2 раза больше, что отображено в группе гистерэктомии и перевязки внутренних подвздошных артерий ретроспективного и проспективного анализа. Так в группе перевязки магистральных сосудов, лишь 1/3(33,3%) женщинам перелиты эти препараты.

При анализе проведенных койки-дни родильниц нами выявлено, что

обследованные больные пребывали в стационаре от 5 до 24 дней. Причем длительная госпитализация в связи с имеющейся постгеморрагической анемией и нестабильностью коагуляционных свойств крови имело место в группе ретроспективного анализа, исключительно, при остановке кровотечения во время релапаротомии. Но в группе с перевязкой магистральных сосудов продолжительность госпитализации составило не более 5-8 дней (средний койко-день составил 6,13 дней), что показывает и экономический эффект при изменении хирургического гемостаза с атоническими кровотечениями.

Анализ значимости перевязки магистральных артерий для остановки атонических кровотечений после кесарева сечения показал, что перевязка сосудов представляет собой эффективный, менее травматичный метод экстренного гемостаза при атонических кровотечениях в послеродовом периоде, чем гистерэктомия. Ранее широко применяемые ампутация и экстирпация матки как основные методы хирургического гемостаза постепенно оттесняются на 2-ой план внедрением в акушерскую практику органосохраняющих операций (перевязка 3 пар артерий, внутренних подвздошных артерий). Изучение историй родов пациенток, подвергшихся гистерэктомии, позволило констатировать, что при принятии решения об экстирпации матки первым этапом целесообразно производить операцию на магистральных сосудах, позволяющую снизить общий объем интраоперационной кровопотери. Начинать готовиться к лигированию 3 пар артерий необходимо при продолжающейся кровопотере, которая достигает 800 мл, а лигирование внутренних подвздошных артерий необходимо приступать при продолжающейся кровопотере, которая достигает 1000 мл. Для профилактики массивных акушерских кровотечений следует выделять беременных высокого риска по развитию данной патологии и заблаговременно госпитализировать их в стационары, обеспеченные современным оборудованием, круглосуточной лабораторной службой, наличием достаточного количества трансфузионных средств всех групп крови, квалифицированными специалистами разного профиля (акушерами-гинекологами, ангиохирургами и т.д.). При развитии этого осложнения акушерская помощь должна оказываться своевременно и в полном объеме.

Выводы. Таким образом, проведенное ретроспективное и проспективное исследование показало, что перевязка магистральных артерий таза, которая производилась в связи с массивной кровопотерей, является весьма эффективной хирургической методикой в комплексе лечебных мероприятий по остановке маточных кровотечений. У молодых женщин, планирующих в будущем беременность, лигирование магистральных сосудов с обеих сторон является методом выбора. Своевременная перевязка магистральных артерий является эффективным оперативным мероприятием у больных с атоническими кровотечениями, что подтверждает уменьшением кровопотери (53,2%) и объема возмещения крови (27,5%), а также быстрым восстановлением гематологических показателей, сокращает пребывание в стационаре (3,6 дней), что является и экономически выгодным. В качестве ее преимуществ, следует отметить небольшой дополнительный объем кровопотери, возможность профилактического использования для предотвращения развития ДВС-синдрома, ускорения

реабилитации послеоперационного периода, а самое главное сохранение менструальной и репродуктивной функции, оставляя возможность и надежду женщине в последующей жизни ощутить счастье материнства, жить полноценной радостной жизнью.

Литература

1. Айламазян Э.К., Репина М.А., Кузьминых Т.У. Акушерские кровотечения, профилактика и лечение. Акушерство и гинекология, 2009, №3, 15-20.
2. Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015 г.
3. Курцер М.А., Панин А.В., Суцевич Л.В. Перевязка внутренних подвздошных артерий как альтернатива гистерэктомии при массивных акушерских кровотечениях. Акушерство и гинекология, 2005, №4, 12-15.
4. Национальные стандарты по повышению качества оказания перинатальной помощи в родовспомогательных учреждениях системы здравоохранения республики Узбекистан. Ташкент, 2015.
5. Неотложная акушерская помощь. Руководство. Ташкент 2017 г. модуль № 4.
6. Радзинский В.Е., Костин И.Н., Жуковский Я.Г., Оленева М.А., Златовратская Т.В., Рымашевский А.Н., Оленев А.С. Современные подходы к лечению послеродовых акушерских кровотечений. Акушерство и гинекология, 2008, №3, 25-30.
7. Рогачевский О.В., Федорова Т.А. Современные технологии кровосбережения в акушерстве. Акушерство и гинекология, 2008, №3, 34-37.
8. Савельева Г.М., Курцер М.А., Шалина Р.И. Материнская смертность и пути ее снижения. Акушерство и гинекология, 2009, №3, 11-15
9. Салов И.А., Маршалов Д.В., Рогожина И.Е., Ширяева М.Н. Превентивная терапия акушерских кровотечений. Акушерство и гинекология, 2007 №6, 12-17
10. Федорова Т. А., Стрельникова Е.В., Рогачевский О.В. Анализ многоцентрового применения рекомбинантного коагуляционного фактора VII (новосэвен) в лечении массивных акушерских кровотечений // Акушерство и гинекология. – 2008. – N 4. – С. 48–52.