

УДК 618.7-005.1:[616.1/.8:618]-036.1

Характеристика соматической и акушерской патологии у женщин с послеродовыми кровотечениями

Мельник Е. В.¹, Воскресенский С. Л.¹, Казакевич Г. В.²

¹ Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь;

² Учреждение здравоохранения «Клинический родильный дом Минской области»,
г. Минск, Республика Беларусь

Реферат. Основной причиной материнской заболеваемости и смертности являются послеродовые кровотечения. Вопрос прогнозирования данной патологии чрезвычайно актуален. Цель работы заключалась в изучении особенностей соматического и акушерско-гинекологического анамнеза у пациентов с послеродовыми кровотечениями. Был проведен анализ анамнеза у 21 женщины с послеродовыми кровотечениями, полученные данные были сравнены с аналогичными показателями у 420 женщин, послеродовой период которых не был осложнен кровотечениями. Было выявлено, что у пациентов с послеродовыми кровотечениями в анамнезе чаще наблюдались внематочная беременность, оперативные вмешательства на органах репродуктивной системы, эрозия шейки матки, беременность чаще осложнялась вагинитами, гипертонзией, срок гестации на момент родоразрешения был статистически значимо меньше.

Ключевые слова: послеродовые кровотечения, осложнения беременности, соматическая патология, анамнез.

Введение. Послеродовые кровотечения являются основной причиной материнской заболеваемости и смертности. Они ведут к развитию такой тяжелой патологии, как шок, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, повреждение почек, синдром Шихана. Массивными акушерскими кровотечениями осложняются 0,5–5,0 % родов. В сложившейся ситуации нередко приходится прибегать к гистерэктомии — операции, ведущей к потере репродуктивной функции женщины, сопровождающейся психологической травмой пациентки и в ряде случаев повреждениями смежных органов малого таза [1]. Все это обуславливает чрезвычайную актуальность вопроса прогнозирования послеродовых кровотечений.

В Республике Беларусь в 2019 г. кровотечения в послеродовом и послеродовом периоде наблюдались в 7,7 случаях на 1000 родов. В одной трети случаев кровотечения являлись причиной смертности беременных, рожениц и родильниц. Данный показатель в 2019 г. составил 0,01 на 1000 родов [2, 3].

Причины послеродовых кровотечений многочисленны. Все они были разделены на четыре основные этиопатогенетические группы: нарушение сокращения миометрия, задержка частей последа, травма родовых путей, нарушение свертывания крови [4]. При поздних послеродовых кровотечениях еще одним этиологическим фактором может являться послеродовая инфекция.

К факторам риска развития кровотечений в послеродовом периоде относят патологические процессы в миометрии (миома, рубцы, воспалительные процессы и др.), перерастяжение матки (многоводие, многоплодие, крупный плод), хроническая, часто рецидивирующая соматическая патология. Также установлено, что ожирение увеличивает риск массивной кровопотери, при этом отношение шансов составляет 1,18, а при сочетании ожирения с другой соматической патологией и стимуляцией родов отношение шансов достигает 8,57 [5]. Кроме этого, в группе риска послеродовых кровотечений находятся женщины с аномалиями родовой деятельности, индукцией и активацией родового процесса, нарушениями гемостаза, задержкой частей плаценты или плодных оболочек [4, 5, 6].



Учитывая многообразие описанных в литературе факторов риска и этиопатогенетических механизмов развития послеродовых кровотечений было решено проанализировать анамнестические данные родильниц с указанным осложнением для установления наиболее часто встречающейся в клинической практике патологии, которая может являться пусковым фактором развития кровотечения.

Цель работы — изучение особенностей соматического и акушерско-гинекологического анамнеза у пациенток с послеродовыми кровотечениями.

Материалы и методы. Был проанализирован анамнез у 441 женщины, родоразрешавшейся за 2019–2020 гг. в родовом отделении УЗ «Клинический родильный дом Минской области».

Частота послеродовых кровотечений в данном отделении за 2019–2020 гг. составила 0,85 %.

В основную группу ($n = 21$) были включены женщины с кровотечением в послеродовом периоде. В группу сравнения вошли женщины, у которых объем кровопотери в родах не превышал предельно допустимого уровня (составлял менее 0,5 % массы тела) и не было случаев кровотечения в послеродовом периоде ($n = 420$).

Критерием исключения женщин из исследования являлось нежелание участвовать. Все пациенты подписывали информированное согласие.

Лечебная тактика при послеродовых кровотечениях определялась Клиническим протоколом «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде» Республики Беларусь от 2018 г. в зависимости от объема кровопотери и способа родоразрешения женщины. Случаев гистерэктомии у пациентов основной группы не было.

В исследуемых группах оценивались: менструальная функция, репродуктивный анамнез, гинекологическая и соматическая патология, особенности течения беременности, родов.

Статистический анализ полученных результатов выполняли с использованием пакета прикладных программ Statistica 8,0. Применяли непараметрические методы статистического анализа, так как распределение большинства признаков подчинялось непараметрическим законам, что подтверждается критериями Колмогорова – Смирнова и Шапиро – Уилка. Количественные признаки представлены в виде Me (QL–QU), где Me — медиана, (QL–QU) — межквартильный размах (25% и 75%). Относительные величины (удельный вес) представлены в виде $P \pm m$, где P — относительная величина, m — ошибка репрезентативности (стандартная ошибка). Сравнение количественных данных двух независимых групп проводили с помощью теста Манна – Уитни (Mann – Whitney U-test). Сравнение качественных признаков проводили с применением критерия хи-квадрат с поправкой Йетса (Yates corrected Chi-square). Различия считали достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. При проведении анализа клинических характеристик исследуемых групп были получены следующие результаты.

В структуре послеродовых кровотечений преобладали кровотечения в раннем послеродовом периоде — у 13 ($61,9 \pm 10,9$ %) женщин, позднее послеродовое кровотечение наблюдалось у 8 ($38,1 \pm 10,9$ %) родильниц.

Кровопотеря в основной группе составила 950 (850–950) мл, в группе сравнения — 250 (250–600) мл ($p = 0,0001$). Тяжелое послеродовое кровотечение (1000 мл и более) наблюдалось у 5 ($23,8 \pm 9,5$ %) женщин основной группы. Пациентов с массивной кровопотерей в исследовании не было.

Исследуемые группы были сопоставимы между собой по возрастному составу. Возраст родильниц в основной группе и группе сравнения составил 29 (27–31) и 30 (26–34) лет соответственно ($p = 0,4875$).

При анализе менструальной функции также не было выявлено статистически значимых различий между исследуемыми группами. Возраст менархе в основной группе и группе сравнения составил 13,0 (12,0–13,5) и 13,0 (12,0–14,0) лет соответственно ($p = 0,2553$); длительность менструального цикла — 28,5 (28,0–30,0) и 28,0 (28,0–30,0) дней соответственно ($p = 0,3597$); длительность менструации — 5,0 (5,0–5,0) и 5,0 (5,0–6,0) дней соответственно ($p = 0,6942$); обильные менструации наблюдались в 0 (0+4,2 %) и 1 (0,2 ± 0,2 %) случаях соответственно ($p = 0,9524$).

Данные анализа репродуктивного анамнеза отражены в таблице 1.

По удельному весу женщин с искусственным прерыванием, невынашиванием беременности, по паритету родов исследуемые группы статистически значимо не различались между собой.

Удельный вес женщин с внематочной беременностью был статистически значимо выше в основной группе по сравнению с группой сравнения: $9,5 \pm 6,6$ % и $0,7 \pm 0,4$ % соответственно ($p = 0,0077$).

Можно предположить, что причиной этому являются общие механизмы в патогенезе внематочной беременности и послеродовых кровотечений, а именно: воспалительные процессы репродуктивной системы, нарушение структуры и сократительной функции гладкомышечной ткани (миометрия — в случае послеродовых кровотечений, мышечной оболочки маточной трубы — при эктопической беременности).

Таблица 1 — Репродуктивный анамнез

Репродуктивный анамнез	Основная группа (<i>n</i> = 21)	Группа сравнения (<i>n</i> = 420)	Результаты сравнения групп	
	<i>n</i> (<i>P</i> ± <i>m</i> , %)			
Медицинский аборт	1 (4,8 ± 4,8 %)	26 (6,2 ± 1,2 %)	<i>p</i> = 0,8416	
Самопроизвольный аборт	2 (9,5 ± 6,6 %)	51 (12,1 ± 1,6 %)	<i>p</i> = 0,9869	
Погибшее плодное яйцо	2 (9,5 ± 6,6 %)	51 (12,1 ± 1,6 %)	<i>p</i> = 0,9869	
Внематочная беременность	2 (9,5 ± 6,6 %)	3 (0,7 ± 0,4 %)	<i>p</i> = 0,0077	
Паритет родов	Первородящие	11 (52,4 ± 11,2 %)	173 (41,2 ± 2,4 %)	<i>p</i> = 0,4306
	1 роды в анамнезе	2 (38,1 ± 10,9 %)	113 (26,9 ± 2,2 %)	<i>p</i> = 0,1296
	2 родов в анамнезе	2 (9,5 ± 6,6 %)	64 (15,2 ± 1,8 %)	<i>p</i> = 0,6870
	3 родов в анамнезе	0 (0+4,2 %)	63 (15,0 ± 1,7 %)	<i>p</i> = 0,1102
	4 родов в анамнезе	0 (0+4,2 %)	7 (1,7 ± 0,6 %)	<i>p</i> = 0,7656

Заболевания репродуктивной системы, выявленные до настоящей беременности у женщин исследуемых групп, представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Заболевания репродуктивной системы в анамнезе, *n* (*P* ± *m*, %)

Заболевания репродуктивной системы	Основная группа (<i>n</i> = 21)	Группа сравнения (<i>n</i> = 420)	Результаты сравнения групп	
Эрозия и эктропион шейки матки	3 (14,3 ± 7,8 %)	10 (2,4 ± 0,7 %)	<i>p</i> = 0,0129	
Лейомиома матки	3 (14,3 ± 7,8 %)	31 (7,4 ± 1,3 %)	<i>p</i> = 0,4602	
Киста яичника	2 (9,5 ± 6,6 %)	26 (6,2 ± 1,2 %)	<i>p</i> = 0,8785	
Оперативные вмеша- тельства на органах ре- продуктивной системы	Сальпингэктомия	2 (9,5 ± 6,6 %)	3 (0,7 ± 0,4 %)	<i>p</i> = 0,0077
	Цистэктомия	2 (9,5 ± 6,6 %)	13 (3,1 ± 0,9 %)	<i>p</i> = 0,3324
	Всего	4 (19,0 ± 8,7 %)	16 (3,8 ± 0,9 %)	<i>p</i> = 0,0062

Было установлено, что в основной группе по сравнению с группой сравнения наблюдался статистически значимо больший удельный вес женщин с эрозией шейки матки: 14,3 ± 7,8 % и 2,4 ± 0,7 % соответственно (*p* = 0,0129); с оперативными вмешательствами на органах репродуктивной системы по поводу кист яичников, эктопической беременности: 19,0 ± 8,7 % и 3,8 ± 0,9 % соответственно (*p* = 0,0062); с сальпингэктомией: 9,5 ± 6,6 % и 0,7 ± 0,4 % соответственно (*p* = 0,0077). Что может свидетельствовать об особенностях гормонального фона пациентов с послеродовыми кровотечениями, о низком уровне их репродуктивного здоровья.

Структура сопутствующей соматической патологии в исследуемых группах представлена в таблице 3.

Таблица 3 — Сопутствующая соматическая патология, *n* (*P* ± *m*, %)

Сопутствующая соматическая патология	Основная группа (<i>n</i> = 21)	Группа сравнения (<i>n</i> = 420)	Результаты сравнения групп
Пролапс митрального клапана 1-й степени	2 (9,5 ± 6,6 %)	45 (10,7 ± 1,5 %)	<i>p</i> = 0,8495
Варикозное расширение вен нижних конечностей	1 (4,8 ± 4,8 %)	29 (6,9 ± 1,2 %)	<i>p</i> = 0,9494



Окончание табл. 3

Сопутствующая соматическая патология		Основная группа (n = 21)	Группа сравнения (n = 420)	Результаты сравнения групп
Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период, неуточенная (хроническая артериальная гипертензия)		2 (9,5 ± 6,6 %)	9 (2,1 ± 0,7 %)	p = 0,1616
Хронический гастрит		1 (4,8 ± 4,8 %)	39 (9,3 ± 1,4 %)	p = 0,7526
Хронический тонзиллит		2 (9,5 ± 6,6 %)	36 (8,6 ± 1,4 %)	p = 0,8052
Миопия слабой степени		7 (33,3 ± 10,5 %)	129 (30,7 ± 2,1 %)	p = 0,9908
Грыжесечение		1 (4,8 ± 4,8 %)	3 (0,7 ± 0,4 %)	p = 0,4654
Болезни щитовидной железы	Многоузловой (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью	1 (4,8 ± 4,8 %)	21 (5,0 ± 1,1 %)	p = 0,6422
	Гипотиреоз	3 (14,3 ± 7,8 %)	29 (6,9 ± 1,2 %)	p = 0,4001
	Аутоиммунный тиреоидит	3 (14,3 ± 7,8 %)	26 (6,2 ± 1,2 %)	p = 0,3128
	Всего	7 (33,3 ± 10,5 %)	76 (18,1 ± 1,9 %)	p = 0,1450
Ожирение		2 (9,5 ± 6,6 %)	40 (9,5 ± 1,4 %)	p = 0,7033

При изучении соматической патологии в группах статистической значимой разницы получено не было. Однако обращает на себя внимание более высокий удельный вес женщин в основной группе с хронической гипертензией — в 4,5 раза, патологией щитовидной железы — в 1,5 раза.

Осложнения настоящей беременности сравниваемых групп приведены в таблице 4.

Таблица 4 — Осложнения настоящей беременности, n (P ± m, %)

Осложнения настоящей беременности		Основная группа (n = 21)	Группа сравнения (n = 420)	Результаты сравнения групп
Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей	I триместр	2 (9,5 ± 6,6 %)	29 (6,9 ± 1,2 %)	p = 0,9834
	II триместр	3 (14,3 ± 7,8 %)	48 (11,4 ± 1,6 %)	p = 0,9602
	III триместр	3 (14,3 ± 7,8 %)	39 (9,3 ± 1,4 %)	p = 0,7033
	Всего	8 (38,1 ± 10,9 %)	116 (27,6 ± 2,2 %)	p = 0,4275
Анемии, связанные с питанием		9 (42,9 ± 11,1 %)	200 (47,6 ± 2,4 %)	p = 0,8395
Вызванная беременностью гипертензия		3 (14,3 ± 7,8 %)	26 (6,2 ± 1,2 %)	p = 0,3127
Сахарный диабет, развившийся во время беременности		2 (9,5 ± 6,6 %)	17 (4,1 ± 1,0 %)	p = 0,5121
Острый вагинит	I триместр	4 (19,0 ± 8,7 %)	16 (3,8 ± 0,9 %)	p = 0,0062
	II триместр	4 (19,0 ± 8,7 %)	35 (8,3 ± 1,4 %)	p = 0,1957
	III триместр	4 (19,0 ± 8,7 %)	13 (3,1 ± 0,9 %)	p = 0,0018
	Всего	12 (57,1 ± 11,1 %)	64 (15,2 ± 1,8 %)	p = 0,0001
Инфекция почек при беременности		3 (14,3 ± 7,8 %)	27 (6,4 ± 1,2 %)	p = 0,3414
Угрожающий аборт		3 (14,3 ± 7,8 %)	68 (16,2 ± 1,8 %)	p = 0,9423
Преждевременные роды без родоразрешения		4 (19,0 ± 8,7 %)	71 (16,9 ± 1,8 %)	p = 0,9661
ИЦН		1 (4,8 ± 4,8 %)	33 (7,9 ± 1,3 %)	p = 0,9205
Многоводие		1 (4,8 ± 4,8 %)	23 (5,5 ± 1,1 %)	p = 0,7248
Избыточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (крупный плод)		2 (9,5 ± 6,6 %)	47 (11,2 ± 1,5 %)	p = 0,9056



Окончание табл. 4

Осложнения настоящей беременности	Основная группа (<i>n</i> = 21)	Группа сравнения (<i>n</i> = 420)	Результаты сравнения групп
Операции на матке в анамнезе	2 (9,5 ± 6,6 %)	23 (5,5 ± 1,1)	<i>p</i> = 0,07647,
Внутриутробная гипоксия (дистресс плода)	2 (9,5 ± 6,6 %)	45 (10,7 ± 1,5 %)	<i>p</i> = 0,8495
Подвывих лонного сочленения во время беременности	1 (4,8 ± 4,8 %)	3 (0,7 ± 0,4 %)	<i>p</i> = 0,4654

При анализе осложнений настоящей беременности было установлено, что в основной группе частота острых вагинитов во время беременности была статистически значимо выше, чем в группе сравнения: 57,1 ± 11,1 % и 15,2 ± 1,8 % случаев соответственно (*p* = 0,0001).

Наличие воспалительных процессов в репродуктивной системе во время беременности может являться причиной инфекций в послеродовом периоде, что увеличивает риск развития кровотечений.

Также при анализе данных таблиц 3 и 4 было отмечено, что удельный вес женщин, беременность которых осложнялась гипертонзией (существовавшей ранее или вызванной беременностью) был статистически значимо выше в основной группе 5 (23,8 ± 9,5 %) женщин, чем в группе сравнения 28 (6,7 ± 1,2 %) женщин, *p* = 0,0128 (рисунок).



Рисунок — Удельный вес женщин с гипертонзией

Артериальная гипертонзия сопровождается эндотелиальной дисфункцией, при этом нарушается выработка ряда биологически активных веществ, в том числе оксида азота, которые принимают участие в регуляции сосудистого тонуса, гемостаза, воспалительных процессов, а также сократительной активности миометрия. Следовательно, могут влиять на объем кровопотери в родах и послеродовом периоде.

Срок гестации на момент родоразрешения был статистически значимо меньше в основной группе по сравнению с группой сравнения: 277,5 (273–284) и 284 (280–288) дня соответственно (*p* = 0,0212). При этом удельный вес женщин с преждевременными родами в основной группе и группе сравнения статистически значимо не различался и составил: 1 (4,8 ± 4,8 %) и 1 (0,2 ± 0,2 %) пациент соответственно (*p* = 0,1780). Случаев переносимой беременности в группах не было. Меньший срок гестации в основной группе может свидетельствовать о менее выраженной степени дородовой перестройки как репродуктивной системы, так системы гемостаза, что ведет к увеличению кровопотери за счет нарушения сократительной активности миометрия, свертывания крови.

Не было выявлено статистически значимых различий по длительности родов, и она составила в основной группе 465 (297,5–517,5) мин, в группе сравнения — 360 (300–460) мин (*p* = 0,2412). Быстрые роды наблюдались в основной группе у 3 (14,3 ± 7,8 %) женщин, в группе сравнения — у 82 (19,5 ± 1,9 %) женщин (*p* = 0,7562). Стремительные роды — в основной группе у одной (4,8 ± 4,8 %) женщины, в группе сравнения — у 14 (3,3 ± 0,9 %) женщин (*p* = 0,7915).

Удельный вес женщин с индуцированными родами статистически значимо не различался в исследуемых группах и составил в основной группе 3 (14,3 ± 7,8 %), в группе сравнения — 45 (10,7 ± 1,5 %) пациентов ($p = 0,8777$).

Осложнения родов и послеродового периода в исследуемых группах отражены в таблице 5.

Таблица 5 — Осложнения в родах и послеродовом периоде, $n (P \pm m, \%)$

Осложнения в родах и послеродовом периоде	Основная группа ($n = 21$)	Группа сравнения ($n = 420$)	Результаты сравнения групп
Преждевременный разрыв плодных оболочек	5 (23,8 ± 9,5 %)	118 (28,1 ± 2,2 %)	$p = 0,8587$
Слабость родовой деятельности	1 (4,8 ± 4,8 %)	29 (6,9 ± 1,2 %)	$p = 0,9494$
Разрыв шейки матки 1-й степени	2 (9,5 ± 6,6 %)	36 (8,6 ± 1,4 %)	$p = 0,8052$
Разрыв слизистой влагалища	3 (14,3 ± 7,8 %)	40 (9,5 ± 1,4 %)	$p = 0,7331$
Угрожающий разрыв промежности	5 (23,8 ± 9,5 %)	84 (20,0 ± 2,0 %)	$p = 0,8840$

По частоте осложнений в родах и послеродовом периоде исследуемые группы статистически значимо не различались между собой.

Следует отметить, что наибольший объем кровопотери (1350 мл — 24,0 % ОЦК) наблюдался у женщины, родовая деятельность которой осложнилась вторичной слабостью, а также отмечался ряд экстрагенитальных заболеваний, таких как гестационная гипертензия, патология щитовидной железы, хронический тонзиллит. Что говорит о многофакторности этиопатогенеза послеродовых кровотечений, в котором важную роль играет тонус и сократительная способность миометрия, функциональной активности эндотелия сосудов, эндокринные нарушения, хронические очаги инфекции. Можно предположить возрастание риска и усугубление тяжести послеродовых кровотечений при сочетании множества этиопатогенетических факторов.

Лекарственные средства, применяемые в родах у женщин исследуемых групп, представлены в таблице 6.

Таблица 6 — Лекарственные средства, применяемые в родах, $n (P \pm m, \%)$

Лекарственные средства	Основная группа ($n = 21$)	Группа сравнения ($n = 420$)	Результаты сравнения групп
Дротаверина гидрохлорид, папаверина гидрохлорид (спазмолитические средства)	4 (19,0 ± 8,7 %)	100 (23,8 ± 2,1 %)	$p = 0,8117$
Окситоцин	1 (4,8 ± 4,8 %)	80 (19,1 ± 1,9 %)	$p = 0,1735$
Промедол	1 (4,8 ± 4,8 %)	42 (10,0 ± 1,5 %)	$p = 0,6798$

При анализе частоты применения лекарственных средств в родах исследуемые группы статистически значимо не различались между собой.

Манипуляции и операции, применяемые в родах в исследуемых группах, представлены в таблице 7.

Таблица 7 — Манипуляции и операции, применяемые в родах, $n (P \pm m, \%)$

Манипуляции и операции		Основная группа ($n = 21$)	Группа сравнения ($n = 420$)	Результаты сравнения групп
Амниотомия	При 1–4 см раскрытия акушерского зева	2 (9,5 ± 6,6 %)	38 (9,1 ± 1,4 %)	$p = 0,7526$
	При 5–7 см раскрытия акушерского зева	2 (9,5 ± 6,6 %)	43 (10,3 ± 1,5 %)	$p = 0,7919$
	Всего	4 (19,0 ± 8,7 %)	81 (19,3 ± 1,9 %)	$p = 0,7976$

Окончание табл. 4

Манипуляции и операции	Основная группа (<i>n</i> = 21)	Группа сравнения (<i>n</i> = 420)	Результаты сравнения групп
Перинеотомия, перинеоррафия	1 (4,8 ± 4,8 %)	23 (5,5 ± 1,1 %)	<i>p</i> = 0,7248
Эпизиотомия, эпизиоррафия	4 (19,0 ± 8,7 %)	62 (14,8 ± 1,7 %)	<i>p</i> = 0,8229
Кесарево сечение	3 (14,3 ± 7,8 %)	126 (30,0 ± 2,2 %)	<i>p</i> = 0,1939

По частоте манипуляций и операций в родах не было выявлено статистически значимых различий между группами.

Вес новорожденного в основной группе и группе сравнения составил: 3660 (3310–3900) и 3590 (3190–3830) грамм соответственно (*p* = 0,5353); рост новорожденного — 54 (52–55) и 54 (52–55) см соответственно (*p* = 0,8414). Оценка новорожденных по шкале Апгар на 1-й минуте составила в исследуемых группах: 8,0 (8,0–8,0) и 8,0 (8,0–8,0) баллов соответственно (*p* = 0,7150); на 5-й минуте: 9,0 (8,0–9,0) и 9,0 (8,0–9,0) (*p* = 0,3293).

Заключение. У женщин с послеродовыми кровотечениями в репродуктивном анамнезе чаще наблюдалась внематочная беременность, что может быть связано с наличием у данных патологических состояний общих этиопатогенетических механизмов: воспалительных процессов репродуктивной системы, нарушения структуры и функции гладкомышечной ткани (миометрия, мышечной оболочки маточных труб).

При оценке заболеваний репродуктивной системы у пациентов с послеродовыми кровотечениями чаще отмечались эрозия шейки матки, оперативные вмешательства на органах репродуктивной системы по поводу кист яичников, эктопической беременности. Что может свидетельствовать об особенностях гормонального фона данных женщин, о низком уровне их репродуктивного здоровья.

Среди осложнений настоящей беременности у пациентов с послеродовыми кровотечениями наблюдалась высокая частота воспалительных процессов репродуктивной системы, что может являться причиной инфекций и в послеродовом периоде, увеличивая риск развития кровотечений.

У женщин с послеродовыми кровотечениями беременность чаще осложнялась гипертонзией (существовавшей ранее или вызванной беременностью). Данное обстоятельство можно объяснить наличием при артериальной гипертонзии эндотелиальной дисфункции, что ведет к нарушению выработки ряда биологических веществ, участвующих в регуляции сосудистого тонуса, гемостаза, воспалительных процессов, а также сократительной активности миометрия.

Срок гестации на момент родоразрешения был статистически значимо меньше у женщин с послеродовыми кровотечениями, что могло сопровождаться менее выраженной степенью дородовой перестройки репродуктивной системы, системы гемостаза и привело к увеличению кровопотери за счет нарушения сократительной активности миометрия, свертывания крови.

Наибольший объем кровопотери наблюдался у женщины с вторичной слабостью родовой деятельности и наличием ряда экстрагенитальной патологии, что говорит о многофакторности этиопатогенеза послеродовых кровотечений, возрастании риска и усугублении тяжести послеродовых кровотечений при сочетании множества этиопатогенетических факторов.

Литература

1. Опыт применения рекомбинантного активированного фактора коагуляции VII в лечении массивного акушерского кровотечения при вращении плаценты / Т. А. Федорова [и др.] // Медицинский Совет. — 2016. — № 12. — С. 14–20.
2. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2019 г. — Минск: ГУ РНПЦ МТ, 2019. — 257 с.
3. Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://belstat.gov.by/>. — Дата доступа: 30.05.2021.
4. Investigation of an increase in postpartum haemorrhage in Canada / K. S. Joseph [et al.] // BJOG. — 2007. — Vol. 114. — P. 751–759.



5. Маршалов, Д. В. Ожирение как фактор риска массивного послеродового кровотечения / Д. В. Маршалов [и др.] // Анестезиол. и реаниматол. — 2016. — Т. 61, № 4. — С. 283–289.
6. Жаркин, Н. А. Кровотечения в акушерской практике / Н. А. Жаркин // Вестник ВолГМУ. — 2013. — Т. 47, № 3. — С. 3–8.

Characteristics of somatic and obstetric pathology in women with postpartum haemorrhage

Melnik E. V.¹, Voskresensky S. L.¹, Kazakevich G. V.²

*¹ State Educational Institution «Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education»,
Minsk, Republic of Belarus;*

² Health Care Institution «Clinical Maternity Hospital of Minsk region», Minsk, Republic of Belarus

The main cause of maternal morbidity and mortality is postpartum haemorrhage. The question of predicting this pathology is extremely relevant. The aim of the work is to study the features of somatic and obstetric-gynecological anamnesis in patients with postpartum haemorrhage. Anamnesis analysis was performed in 21 women with postpartum haemorrhage, and the data obtained were compared with similar indicators in 420 women whose postpartum period was not complicated by haemorrhage. In patients with postpartum haemorrhage ectopic pregnancy, surgical interventions on the organs of the reproductive system, cervical erosion were more often observed in the anamnesis, pregnancy was more often complicated by vaginitis, hypertension, the gestational period at the time of delivery was statistically significantly less.

Keywords: postpartum haemorrhage, pregnancy complications, somatic pathology, anamnesis.

Поступила 09.06.2021