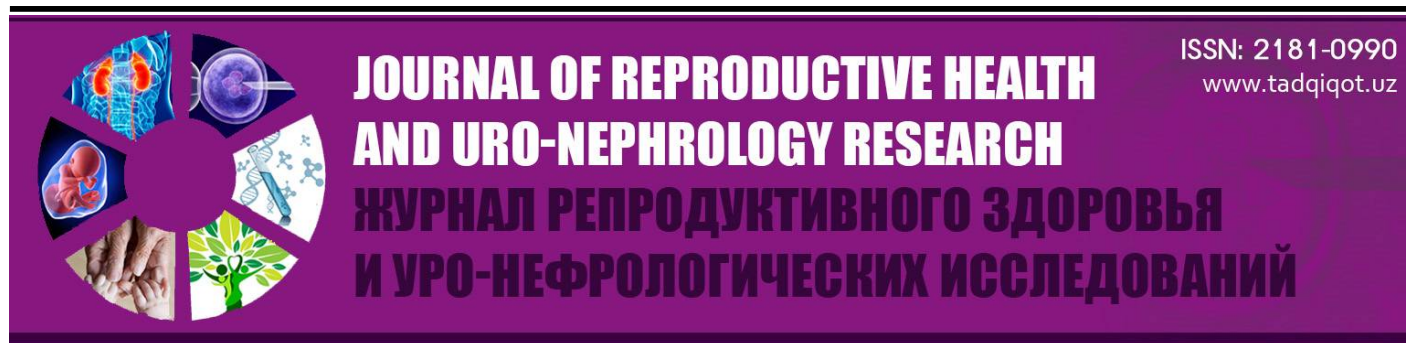




УДК 618.2-005.1.1

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

Доктор медицинских наук, профессор

Ташкентский государственный стоматологический институт.

Ташкент, Узбекистан.

Абдуллаева Лола Сайфуллаевна

Ассистент

Самаркандский Государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Сулейманова Нодира Жумаевна

Кандидат медицинских наук, доцент

Ташкентский государственный стоматологический институт.

Ташкент, Узбекистан.

ЗНАЧЕНИЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПЕРЕРАСТЯЖЕНИЯ МАТКИ В ПЕРСОНИФИКАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

For citation: Kattaxodjaeva Maxmuda Xamdammovna, Abdullaeva Lola Sayfullaevna, Suleymanova Nodira Jumaevna, The value of predicting postpartum hemorrhage in the syndrome of uterine overstretching in the personification of preventive measures, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 2. pp.

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6678074>

АННОТАЦИЯ

Проблема развития многоводия является актуальной в связи с возникающими при этом осложнениями беременности и родов, как для матери, так и для плода. Одним из наиболее опасных осложнений являются гипотонические кровотечения в послеродовом периоде, влекущие за собой увеличение материнской заболеваемости и смертности. Среди причин кровотечений многоводие, частота которого достигает 1–8% от общего пула беременных, занимает одну из ведущих позиций. Целью исследования явилось изучение особенностей клиники и морфологической структуры стенки матки при многоводии различной степени тяжести. Всё это диктует необходимость совершенствования способов профилактики гипотонических послеродовых кровотечений у женщин с многоводием.

Ключевые слова: послеродовые кровотечения, материнская смертность, гипотоническое кровотечение, аномалии инвазии плаценты, коагулопатическое кровотечение, профилактика акушерского кровотечения.

Kattaxodjaeva Maxmuda Xamdammovna

Doctor of Medical Sciences, Professor

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

Abdullaeva Lola Sayfullaevna

Assistant

Samarkand State Medical university

Samarkand, Uzbekistan

Suleymanova Nodira Jumaevna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

THE VALUE OF PREDICTING POSTPARTUM HEMORRHAGE IN THE SYNDROME OF UTERINE OVERSTRETCHING IN THE PERSONIFICATION OF PREVENTIVE MEASURES

ABSTRACT

The problem of the development of polyhydramnios is relevant in connection with the complications of pregnancy and childbirth, both for the mother and for the fetus. One of the most dangerous complications is hypotonic bleeding in the postpartum period, which leads to an increase in maternal morbidity and mortality. Among the causes of bleeding, polyhydramnios, the frequency of which reaches 1–8% of the total pool of pregnant women, occupies one of the leading positions. The aim of the study was to study the features of the clinic and the morphological structure of the uterine wall in polyhydramnios of varying severity. All this dictates the need to improve ways to prevent hypotonic postpartum bleeding in women with polyhydramnios.

Key words: postpartum hemorrhages, maternal mortality, hypotonic bleeding, placental anomalies, obstetric hemorrhage and coagulation, prevention of obstetric hemorrhage

Kattaxodjaeva Maxmuda Xamdardovna

Tibbiyot fanlari doktori, professor

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

Abdullaeva Lola Sayfullaevna

Assistant Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

Suleymanova Nodira Jumaevna

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

TUG'RUQDAN KEYINGI AKUSHERLIK QON KETISHINING OLDINI OLISHDA AMALIY QARAMA-QARSHILIKLAR

ANNOTATSIYA

Ko'psuvlilik rivojlanish muammosi homiladorlik va tug'ilishning ona va homila uchun yuzaga keladigan asoratlari bilan bog'liq. Eng xavfli asoratlardan biri tug'ruqdan keyingi davrda gipotonik qon ketishdir, bu esa onaning kasalligi va o'lim darajasining oshishiga olib keladi. Qon ketishining sabablari orasida homilador ayollarning umumiy sonidan 1–8% o'rnini ko'psuvlilik egallaydi. Tadqiqot maqsadi klinikaning o'ziga xos xususiyatlarini va turli darajadagi ko'psuvlilik bilan bachadon devorining morfologik tuzilishini o'rganishdir. Bularning barchasi ko'psuvlilik homilador ayollarda gipotonik tug'ruqdan keyin qon ketishining oldini olish usullarini takomillashtirish zarurligini ta'kidlaydi.

Kalit so'zlar: tug'ruqdan keyingi qon ketish, onalar o'limi, gipotonik qon ketish, platsenta invaziyasi anomaliyalari, koagulopatik qon ketish, akusherlik qon ketishining oldini olish.

Актуальность. Несмотря на значительный прорыв акушерской науки и практики во второй половине 20 века и начавшемся 21 веке внедрение инновационных методов, бурное развитие фармакологической индустрии, одной из наиболее актуальных продолжает оставаться проблема акушерских кровотечений [1]. Из 550-600 тысяч материнских смертей каждая третья женщина умирает от акушерского кровотечения [2, 3, 4]. Кровотечение находится на ведущих позициях среди так называемой «большой пятерки» («big five») причин материнской смертности. При этом причина массивного акушерского кровотечения почти в 50% случаев приходится на послеродовую гипотонию матки. Главными причинами развития гипо- и атонических кровотечений может быть недостаточность ретракции миометрия и тромбообразования в сосудах плацентарной площадки, имеющей от 150 до 200 спиральных артерий. Маслякова Г.Н. (2014), в гистологических исследованиях маток, удаленных по поводу гипотонических послеродовых кровотечений неясного генеза показала, что матка не способна достаточно сократиться при опухолях, перерастяжении из-за многоплодия, многоводия, крупного плода. Считается, что нарушение сократительной функции матки связано с перерастяжением и "истощением" сократительной способности миометрия [5, 6]. При этом, остаются недостаточно изученными морфо-структурные изменения, происходящие в стенке матки при многоводии. Последние десятилетия знаменательны повсеместным увеличением частоты многоплодной беременности, что связано с расширением внедрения вспомогательных репродуктивных технологий, гормональных методов лечения бесплодия, связанных со стимуляцией овуляции. Частота многоплодия колеблется по данным разных исследователей в пределах 1.4 - 3% и имеет тенденцию увеличению в течение последних 30 лет. Процент осложнений при многоплодной беременности настолько велик, что большинство исследователей расценивают ее как патологическую. Материнская

смертность при многоплодной беременности, в целом, в 2,5 раза выше, чем при одноплодной (7). Макросомия - также одна из причин перерастяжения матки, способствующая развитию гипотонических кровотечений.

В этой связи целью исследования явилось: совершенствование способов профилактики послеродовых атонических кровотечений с учетом определения степени риска их развития.

Для выполнения поставленной цели нами проанализированы 21861 историй родов за период 2015-2018 годы женщин, родоразрешенных в родильном доме №2 г.Самарканда. Для ретроспективного анализа были отобраны 342 истории родов женщин с синдромом перерастяжения матки. Таким образом, частота данного синдрома составила 2,0 % от общего пула родов. Из числа ретроспективной группы 39 были с многоводием (11,4%), 84 с крупным плодом (23,6 %). Основную группу составили роженицы с многоплодием – 219 женщин (64%). Проспективные исследования были проведены среди 145 беременных и рожениц с синдромом перерастяжения матки, у которых были оценены факторы и степень риска послеродового гипотонического кровотечения до начала или в первом периоде родов. Контролем служили параметры 50 женщин с физиологическим течением беременности и родов. В комплекс обследования были включены традиционные методы клинического, лабораторного обследования и инструментальные методы исследования в рамках действующих клинических протоколов в акушерстве, утвержденных министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

Оценка факторов риска и способов профилактики послеродовых гипотонических кровотечений.

После поступления в стационар и полного клинико-лабораторного, акушерского обследования и исследования по методам функциональной диагностики у каждой беременной до начала родов или в первом периоде родов были индивидуально оценены в баллах факторы риска послеродового кровотечения и все роженицы были разделены на три группы (таблица 1).

Таблица 1.

Распределение исследованных родильниц по степени риска гипотонического кровотечения

Группы риска (n=145)	Средние оценки в баллах	Способ родоразрешения	Способ профилактики кровотечения
1 группа низкого риска (n=26)	3,9±0,8	Через естественные родовые пути	Медикаментозная профилактика с применением Окситоцина и Метилэргометрина

2 группа среднего риска (n=51)	9,7±3,4	Через естественные родовые пути	Медикаментозная профилактика с применением Пабала
3 группа высокого риска (n=68)	28,3±2,9	Операция кесарева сечения	Деваскуляризация матки путем перевязки трех пар сосудов

После тщательного ретроспективного анализа течения беременности и родов 342 женщин с синдромом перерастяжения матки (многоплодием, многоводием и макросомией плода) нами были выделены 16 основных факторов риска, являющиеся по отдельности или в совокупности предикторами развития кровотечения. Была проведена оценка этих факторов в баллах. Размах составлял от 0 до 2 баллов. Расчет степени риска гипотонического кровотечения в послеродовом периоде проводился по сумме баллов следующим образом:

0-5 баллов – низкая степень риска послеродового гипотонического кровотечения

6-15 баллов – средняя степень риска послеродового гипотонического кровотечения

16-32 баллов – высокая степень риска гипотонического кровотечения.

Все беременные основной группы были разделены на 3 группы по степени риска с целью решения вопроса о способах родоразрешения и способах профилактики кровотечений. В первую группу вошли 26 рожениц, у которых степень риска на гипотоническое кровотечение была оценена как низкая и в среднем составила 3,9±0,8 балла. 12 из них (46,1%) имели макросомию единственного плода. При этом предполагаемый вес их плодов колебался от 4100,0 до 4600,0 грамм. Другими факторами риска были: анемия средней тяжести у всех, параметры умеренного снижения числа тромбоцитов, преэклампсия легкой степени у 9, послеродовое кровотечение при предыдущих родах у 3 рожениц. Вторую группу составили 51 роженица, у которых риск был оценен как средний и составил 9,7±3,4 баллов. Среди пациенток второй группы 28 были двойней (54,9%), 11 с многоводием (21,6%) и 12 – с макросомией плода (23,5%). При этом сроки беременности у 22 родильниц с многоплодием колебались от 30 до 36 недель, а в 6 случаях двойни суммарные массы плодов не превышали 5500,0 гр. Вес плодов при макросомии колебался от 4250,0 до 4500,0 грамм. Случаи многоводия квалифицировались как умеренное у 8 (до 2,5 литров) и выраженное острое – у 3 (более 3 литров). Среди других факторов риска были отмечены: анемия средней и тяжелой степени (у 32 женщин), снижение показателей про- и антикоагулянтной систем, снижение количества тромбоцитов. Тяжелая преэклампсия, поддающаяся лечению, имела место в 27 случаях (52,9%). Акушерских показаний для абдоминального родоразрешения у данной группы рожениц не было, в связи с чем решено было проводить родоразрешение per vias naturalis с проведением мероприятий по профилактике послеродового кровотечения. 3 группу составили 68 рожениц, у которых наряду с перечисленными выше акушерскими показаниями была установлена высокая степень риска послеродового кровотечения по совокупности факторов, оцененных от 19 до 32 баллов. У всех пациенток данной группы наряду с высоким риском акушерского кровотечения были показания для оперативного родоразрешения в плановом (52,7%) или экстренном порядке (47,3%).

В родах женщин с риском на гипотоническое послеродовое кровотечение были применены различные способы профилактики. При родоразрешении через естественные родовые пути применялось активное ведение третьего периода родов и медикаментозная профилактика. При оперативном родоразрешении – хирургическая деваскуляризация матки путем перевязки трех пар сосудов. Всем пациенткам устанавливался внутривенный катетер и роды велись «с иглой в вену».

В группе рожениц с легкой степенью риска на послеродовое атоническое кровотечение при обязательном активном ведении третьего периода родов дополнительно вводили 2 мл. (10 Ед.) Окситоцина в момент рождения плечиков. При необходимости продолжали в/в капельное введение 1 мл (5 Ед.) Окситоцина на 200

мл. физиологического раствора в послеродовом периоде. В 4 случаях на фоне умеренного перерастяжения матки у рожениц без гипертензивного синдрома после активного ведения 3 периода родов с 1 мл. Окситоцина, сразу после рождения плаценты было произведено болюсное в/м введение Метилэргометрина в дозе 0,2 мг. Среди родильниц второй группы – средней степени риска на АК также была использована медикаментозная профилактика с применением Карбетоцина (Пабал, 1 мл.-100 мкг.) болюсным в/м введением. Во время операции кесарева сечения после извлечения плода/плодов проводилось в/в медленное введение 1 мл. (5 Ед.) на 10мл. физиологического раствора и параллельно с этим проводилась деваскуляризация матки путём перевязки синтетическими рассасывающимися швами трёх пар сосудов: круглых маточных связок (lig. Rotundum), яичниковых артерий (а. Ovarica) и маточных артерий (а. Uterina). Перевязка сосудов осуществлялась на двух уровнях: первый – на 1,5-2 см. выше операционной раны матки в проекции маточных сосудистых пучков с захватом круглой маточной связки и тканей миометрия, не проникая в полость матки. Второй шов накладывался в проекции маточных углов с захватом собственной связки яичника и маточной трубы. Швы накладывались на обе стороны. Визуально – сразу же после перевязки сосудов и введения утеротоника отмечалась хорошая контракция матки и видимое уменьшение послеоперационного кровотечения. Последующие этапы операции проводились в штатном режиме, предусмотренном стандартами. Одновременно с введением утеротоников, в 70% наших наблюдений при диагностированных до родов коагуляционных нарушениях было применено в/в капельное введение транексамовой кислоты в дозе 10 мкг/кг веса. При медикаментозной профилактике ПГК с применением Окситоцина в 8 случаях отмечалось побочное действие в виде тошноты и однократной рвоты, у 2 родильниц отмечалось повышение АД до 150/100- 160/100 мм. рт. ст. на фоне преэклампсии. Этим пациенткам была усилена гипотензивная терапия. Побочных явлений при использовании Карбетоцина не наблюдалось. Эффективность профилактического воздействия медикаментозной профилактики оценивалась по степени сокращения матки в раннем послеродовом периоде и объему кровопотери. У всех родильниц отмечалась выраженная контракция матки, уменьшение размеров, плотность, четкость контуров. 4 роженицам из первой группы и 5 из второй группы было ручное обследование полости матки в связи с подозрением на неполноценность плаценты или плодовых оболочек. 6 роженицам с крупным плодом в родах произведена эпизиотомия с последующей эпизиографией. У 4 пациенток имели место трещины или разрывы 1 степени промежности и влагиалища. Величина кровопотери в послеродовом периоде и первые 2 часа после родов составила в среднем по первой группе 302,5± 44,6 мл. При применении Карбетоцина- 260,8± 54,7 мл. Средняя кровопотеря во время кесарева сечения с применением утеротоников и деваскуляризацией матки составила 336,2± 99,4 мл. Для сравнения напомним, что по данным ретроспективного анализа родов женщин с синдромом перерастяжения матки без применения профилактических мероприятий кровопотеря составила в среднем 599,13±214,35. Таким образом, использованные нами медикаментозные и хирургические мероприятия по профилактике гипотонических кровотечений привели почти к двукратному снижению кровопотери в родах и раннем послеродовом периоде у женщин с синдромом перерастяжения матки.

Анализ течения послеродового и послеоперационного периода родильниц, которым были применены различные меры профилактики кровотечения в зависимости от индивидуальной степени риска ПГК, показал, что серьезных осложнений у них не

наблюдалось. Лишь в 6 случаях были признаки субинволюции матки без воспалительного процесса. Длительность пребывания в акушерском комплексе после естественных родов составила $5,3 \pm 1,2$ дней, а после кесарева сечения с перевязкой магистральных сосудов - $6,1 \pm 1,5$ дня, что в 1,3 раза меньше пребывания женщин ретроспективной группы. С целью выявления состояния маточного кровотока после перевязки магистральных сосудов нами проведено доплерометрическое исследование кровотока в сосудах матки 22 родильниц на 3 и 5 сутки после кесарева сечения. Результаты свидетельствуют об атравматичности перевязки маточных сосудов и отсутствии ишемии органа. Анализ показал, что выраженной ишемии после деваскуляризации матки не наблюдается и кровоток в динамике улучшается. Все это способствует полноценному функционированию органа в будущем.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о необходимости до начала родовой деятельности или хотя бы с началом родов проводить оценку факторов и степени риска

возможного послеродового гипотонического кровотечения среди женщин с синдромом перерастяжения матки. Разработанная нами прогностическая шкала позволяет индивидуально оценить и дифференцировать беременных с данным синдромом с целью разработки плана родов и выбора способа профилактики кровотечения. Примененные в трех подгруппах способы медикаментозной и хирургической профилактики привели почти к двукратному снижению объема послеродовой кровопотери. Также уменьшается время пребывания в стационаре. В то же время, деваскуляризация матки во время проведения операции кесарева сечения не приводит к ишемии органа, кровоток в нем постепенно полностью восстанавливается, не нарушая в последующем менструальную и репродуктивную функцию органа. Экономическая эффективность предлагаемого способа прогнозирования и профилактики послеродовых гипотонических кровотечений у беременных с синдромом перерастяжения матки налицо и связана со снижением затрат на более длительное пребывание в стационаре и борьбе с кровотечением.

Список литературы:

1. Абдурахманова Р.К. Прогнозирование акушерских кровотечений при беременности крупным плодом // Тр. VIII съезда акушеров-гинекологов Казахстана: Тез. докл. – Алматы, 2018. - С. 16.
2. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М., ред. Акушерство: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2013. - С. 436-463.
3. Азизова Г.Д. Нажмутдинова Д.К. и соавт. Проблема оздоровления и охрана репродуктивного здоровья женщин // Узбекистан, 2016. – С. 5
4. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2015. - 1080 .
5. Курцер М.А., Кутакова Ю.Ю., Бреслав И.Ю. Массивные акушерские кровотечения. Современные подходы к диагностике и лечению // Плод и новорожденный как пациенты. - СПб.: ИД «Петрополис», 2015. - С. 1033-1049.
6. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Кутакова Ю.Ю. Гипотонические послеродовые кровотечения. Использование перевязки внутренних подвздошных и эмболизации маточных артерий в раннем послеродовом периоде // Акуш. и гин. - 2017. - №7. - С. 10.
7. Радзинский В.Е., Жуковский Я.Г., Оленева Т.В. Лечение гипотонических маточных кровотечений. Новая технология старого методы // Акушерство и гинекология. – 2015. - №1. – С. 13.