

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ

В.В. ПУЧЕНКИНА, Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ЭРТА ВА КЕЧКИ ҚОН КЕТИШИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРАЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

В.В. ПУЧЕНКИНА, Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

COMPARATIVE EVALUATION OF METHODS OF BLEEDING PREVENTION IN THE AFTERBIRTH AND EARLY POSTNATAL PERIODS

V.V. PUCHENKINA, B.B. NEGMADJANOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Текшириш асосини нормал ҳомиладорлик ҳамда нормал туғруқ билан кечган 130 нафар ҳомиладорлар ташкил этди. Уларнинг 50 нафарида туғруқ анъанавий (кутиш тактикаси) йўли билан, қолганларида касаллик тарихи (назорат гуруҳи) ретроспектив таҳлил асосида олиб борилди. Асосий гуруҳдаги 50 нафар беморни ЭПУ асосида танланган туғруқнинг учинчи даврини актив олиб борилган гуруҳ ташкил этди. Асосий гуруҳдаги барча ҳомиладорлар 2 гуруҳга бўлинди: А гуруҳни 25 нафар соғлом ҳомиладорлар ташкил этиб, уларда туғруқнинг 3 даврини кутиш тактикаси орқали олиб борилди; Б гуруҳдагиларга эса ҳомила туғилиши билан сублингвал 400 мг мизопростол препарати берилди. Туғруқни актив олиб боришга тескари тактика – кутиш тактикаси бўлиб, бунда йўлдошнинг мустақил туғилиши тушинилади. Туғруқнинг учинчи даврини актив олиб бориш, қон кетиш миқдорининг камайишигагина олиб келмасдан, балки ножўятаъсирларининг ҳам ортишига сабаб бўлади. Ўринли профилактик ҳаракатлар орқали туғруқ вақтида қон кетиш миқдори камайириш орқали аёллар ўлимнинг камайиши ва аёл учун кечги ножўя оқибатларнинг кўпайишига олиб келади.

Калит сўзлар: *Туғруқдан кейинги қон кетиш, окситотцин, эргометрин, простагландин.*

The basis of the study consisted of 130 pregnant women with normal pregnancy and childbirth. There were 50 women childbirth traditional method (watchful waiting) - retrospective analysis of labor (control group). The main group consisted of 50 women who underwent active management of the third stage of labor, according to the EPC. All patients of the main group were divided into 2 groups: Group A - 25 healthy women who underwent active management of the third stage of labor, group B - healthy women, who immediately after the birth of the fetus was administered sublingually 400 mg of the drug misoprostol. In contrast of active tactics, waiting tactics involve independent birth of the placenta. Active tactic of third stage of labour compared with expectant tactics leads to reduced blood loss, but its use increases the risk of side effects. Clear organization for the prevention of postpartum hemorrhage is the real basis of the reduction of maternal mortality and remote serious consequences for the mother.

Key words: *postpartum hemorrhage, oxytocin, ergometrine, prostaglandins.*

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].

Стратегией ВОЗ единственно эффективным методом профилактики послеродовых кровотечений в мире является активное ведение III периода родов [6].

Активным ведением III периода родов обозначается введение окситоцина 10 ЕД в/м в область бедра в течение первой минуты после рождения ребёнка, так и контролируемая тракция пуповины. Описано внутривенное и реже внутримышечное введение окситоцина с профилактической целью, что ведёт к уменьшению кровопотери, причём у первородящих рекомендуется проводить при прорезывании головки, а у повторнородящих – при врезывании [8]. Как по-

казали исследования Sheldon W.R. [6], способ введения утеротоников при их изолированном применении без использования других мер профилактики имеет значение: внутривенное введение уменьшает риск кровотечения на 76% в сравнении с внутримышечным введением [7] считают значительно меньшие традиционно применяемых [9]. По данным Радзинского В.Е., рутинное назначение окситоцина в послеродовом периоде стало «золотым стандартом» профилактики послеродовых кровотечений, но побочных эффектов препарата полностью не отменяет, и тактика повторных инъекций окситоцина может привести к задержке частей плаценты и акушерскому кровотечению в послеродовом периоде [6]. Среди осложнений при введении окситоцина отмечают тошноту, рвоту, головную боль, но он является более бережным препаратом, чем производные эрготама [8].

Материалы и методы. Нами изучено течение послеродового и раннего послеродового периода у 50 соматически здоровых женщин с нормальным течением беременности и родов, находившихся на родоразрешении в родильном комплексе номер 3 города Самарканда в 2003 году – ретроспективный анализ историй родов (контрольная группа).

Основную группу составили 50 рожениц с нормальным течением беременности и родов, у которых так же изучено течение послеродового и раннего послеродового периода. Этим женщинам было проведено активное ведение третьего периода родов. Анализу были подвергнуты анамнез, течение беременности и родов. Всем женщинам помимо общепринятых общеклинических и обязательных акушерских методов исследования было произведено измерение величины кровопотери в послеродовом и раннем послеродовом периоде гравиметрическим методом, а так же продолжительность третьего периода родов с помощью секундомера.

Все пациентки основной группы были разделены на 2 подгруппы: группа А – 25 здоровых рожениц, которым проводилось активное ведение третьего периода родов, группа Б здоровых рожениц, которым сразу после рождения плода сублингвально вводилось 400 мг препарата мизопростол.

Еще 30 роженицам с нормальным течением родов с целью изучения влияния внутриматочной контрацепции по величину послеродовой кровопотери в раннем послеродовом периоде, через 10 мин после рождения последа введено ВМС CuT 380А.

Всем женщинам проведено обязательное общеклиническое и акушерское/гинекологическое обследование, включая

сбор анамнеза и оценку жалоб, наружное внутреннее акушерское исследование с определением состояния шейки матки, наличия деформаций и рубцовых изменений шейки, наличие плодного пузыря, состояние предлежащей части, ее отношение к плоскостям малого таза, особенность костного таза, достижимость мыса, выраженность крестцовой впадины, характер выделений из половых путей.

Всем женщинам проводили клиническое исследование крови и мочи, определение групповой принадлежности и резус-фактора крови, исследование крови на ВИЧ и реакцию Вассермана. Биохимический анализ крови и гемостазиограмма проводились по показаниям.

30 родильницам, которым было введено ВМС постплацентарно, на 5-6 сутки после родов проводили ультразвуковое исследование, при котором измеряли матку (длину, ширину, передне-задний размер), определяли размеры полости и характер находящихся в ней включений (децидуальная ткань, сгустки крови, остатки плаценты и т.д.). расположение ВМК.

Для определения величины кровопотери во время родов и в раннем послеродовом периоде использовали следующие методы:

- Визуальный – оценивали объем жидкой крови и сгустков и кровь, вытекающую из половых путей, а также интенсивность пропитывания белья кровью.
- Гравиметрический - проводилось взвешивание салфеток, белья и сгустков крови и вычисление объема кровопотери по формуле Либова.

Объем кровопотери = $B/2 \times 15\%$ (при кровопотери менее 1000 мл) или $\times 30\%$ (при кровопотери более 1000 мл), где В – вес салфеток и белья, 15% и 30% - величина ошибки на околоплодные воды и дезинфицирующие растворы.

При выполнении настоящего исследования в качестве контрацептивов использовали внутриматочный контрацептив - Cu T380A. ВМК Cu T380A- представляет собой медьсодержащее внутриматочное средство Т-образной формы, с общей площадью меди – 380 кв.мм. ВМК Cu T380A является одним из наиболее распространенных и эффективных методов предупреждения нежелательной беременности. В настоящем исследовании проведен анализ влияния ВМС CuT 380-А, введенного постплацентарно, на величину послеродовой кровопотери.

С целью сравнения результатов внедрения эффективных перинатальных технологий при ведении третьего периода родов и их влияния на величину послеродовой кровопотери с выжидательной тактикой ведения третьего периода родов, принятой в родовспомогательных учрежде-

ниях в течение длительного периода времени, а так же в связи с задачами исследования, нами изучено течение третьего периода родов и раннего послеродового периода в 50 историях родов женщин, родоразрешенных в родильном комплексе №3 в 2003 году (до внедрения активной тактики ведения третьего периода родов).

Средняя кровопотеря при выжидательной тактике ведения третьего периода родов составила $161,2 \pm 39,2$ мл.

Наблюдение за родильницами продолжали в раннем послеродовом периоде в течение двух часов, после чего вновь измеряли кровопотерю.

Согласно правилам, принятым в родильном комплексе № 3, в раннем послеродовом периоде у родильниц моча выпускалась с помощью катетера, проводился наружный массаж матки (как часто – указаний ни в одной истории родов не было).

У трех родильниц в этой группе в раннем послеродовом периоде была произведена операция ручного контроля полости матки по поводу рубца на матке после предыдущего кесарева сечения, и в двух случаях по поводу кровотечения в раннем послеродовом периоде, связанного с дефектом последа. Кровопотеря у этих родильниц после ручного обследования полости матки составила соответственно – 420,0; 450,0 и 580,0 мл.

Средняя кровопотеря после операции ручного контроля полости матки составила $483,0 \pm 20,4$ мл. Кровопотеря в раннем послеродовом периоде у остальных 47 родильниц в раннем послеродовом периоде составила $166,8 \pm 28,4$ мл.

Результаты. С целью определения величины кровопотери и продолжительности третьего периода родов было изучено течение третьего раннего послеродового периода у 25 рожениц, которым проводилось активное ведение третьего периода родов (группа А).

На учете в женской консультации состояли 23. Анемия имела место у 21,отягощенный акушерский анамнез (много рожавшие) – у 4. Две женщины были с рубцом на матке после перенесенного кесарева сечения. Все 25 женщин были родоразрешены через естественные родовые пути. У одной пациентки имело место несвоевременное излитие околоплодных вод. Безводный промежуток составил 11 часов. Все роды были срочные и протекали по типу нормальных.

Сразу после рождения плода и клеммирования плацентарного конца пуповины, этим роженицам было введено 10 ЕД окситоцина в мышцу бедра и с началом послеродовых схваток предпринята контролируемая тракция за пуповину. После выделения последа производили наружный

массаж матки каждые 15 минут в течении 2-х часов.

У 16 женщин послед удалось выделить через 4,0 минуты после рождения ребенка, у 4 – через 4,5 минут, у 3 – через 5,0 минут. Таким образом, среднее время отделения и выделения последа, т.е. общая продолжительность послеродового периода в этой группе, составила $4,2 \pm 0,2$ минут.

Кровопотеря в послеродовом периоде оценивалась гравиметрическим методом. Средняя кровопотеря при активном ведении третьего периода родов составила $54,6 \pm 26,4$ мл, что значительно ниже, чем в группе ретроспективного анализа.

Наблюдение за родильницами продолжали в течении двух часов, производили наружный массаж матки каждые 15 мин., после чего вновь измеряли кровопотерю.

Кровопотеря в раннем послеродовом периоде у родильниц второй группы составила $60 \pm 25,6$ мл, что значительно меньше, по сравнению с контрольной группой.

Таким образом активное ведение III периода родов является:

- Безопасным, экономичным и рациональным вмешательством
- Более гуманной и этически оправданной мерой, чем борьба с осложнениями послеродового кровотечения, особенно в случаях женщин, которые страдают от анемии или неполноценного питания
- Практикой, с помощью которой можно сэкономить финансовые ресурсы медицинского учреждения
- Путем повышения эффективности и экономичности программ по здоровью матери и ребенка
- Практикой, которую освоили многие медицинские работники после прохождения кратковременных учебных курсов, включающих практические занятия.

Выводы:

1. Внедрение эффективных перинатальных технологий - активного ведения третьего периода родов – эффективный метод профилактики послеродового кровотечения, который заключается в уменьшении продолжительности послеродового периода в среднем в 4,5 раз ($4,2 \pm 0,2$ мин против $18,1 \pm 3,1$ мин) и уменьшении послеродовой кровопотери почти в 3 раза ($60,0 \pm 25,6$ мл против $166,8 \pm 28,4$ мл)

2. Активное ведение третьего периода родов с помощью препарата сайтотек в дозе 400 мг, уменьшает величину послеродовой кровопотери, но увеличивает количество осложнений третьего периода родов (отрыв пуповины, ущем-

ление последа) и сопряжено с негативными эффектами на организм женщины – тошнота, схваткообразные боли, озноб, гипертермия, которые требуют медикаментозного купирования.

3. Введение ВМС CuT380A постплацентарно ручным методом достоверно не увеличивает величины послеродовой кровопотери и не дают негативных эффектов на организм женщины.

4. Для постплацентарного введения ВМС пациентка должна быть подготовлена и хорошо консультирована в условиях антенатального ухода. Наблюдение за пациенткой с послеродовым ВМС должно проводиться в условиях первичного звена.

Литература:

1. Баев О.Р. Применение карбетоцина для профилактики послеродовых кровотечений // Акушерство и гинекология. 2013. № 7. С.101–105.
2. Баев О.Р. Профилактика кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периоде. Как использовать препараты? // Акушерство и гинекология. 2011. № 7. С. 16–20.
3. Баскетт Томас Ф., Калдер Эндрю А. Оперативное акушерство Манро Керра. М.: Рид Элсивер, 2010. 392 с.
4. Лазаренко А. Ведение третьего периода родов с позиции доказательной медицины // Здоровье Украины. 2012. № 1. С. 19.
5. Профилактика послеродовых кровотечений // Информационно-образовательный вестник «Здоровье семьи». 2007. №1. С. 2–8.
6. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М.: Издательство Status Praesens, 2011. 688 с.
7. Чернуха Е.А. Родовой блок. М.: Триада-X, 2005. 712 с.
8. Butwick A.J., Coleman L., Cohen S.E., Riley E.T., Carvalho B. Minimum Effective bolus dose of oxytocin during elective cesarean delivery // Br. J. Anaesth. 2010. Vol. 104. № 3. P. 338–343.
9. Callaghan W.M., Kuklina E.V., Berg G. Trends in postpartum haemorrhage: United States, 1994–2006 // Am. J. Obstet. Gynecol. 2010. Vol. 202. № 4. P. 353. e1–353.e6.

10. Sheldon WR, Durocher J, Winikoff B, Blum J, Trussell J. How effective are the components of active management of the third stage of labor? BMC Pregnancy Childbirth. 2013;46.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ

В.В. ПУЧЕНКИНА, Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Основу исследования составили 130 рожениц с нормальным течением беременности и родов. У 50 женщин роды велись традиционным методом (выжидательная тактика) – ретроспективный анализ историй родов (контрольная группа). Основную группу составили 50 женщин которым было проведено активное ведение третьего периода родов, согласно ЭПУ. Все пациентки основной группы были разделены на 2 подгруппы: группа А – 25 здоровых рожениц, которым проводилось активное ведение третьего периода родов, группа Б – здоровых рожениц, которым сразу после рождения плода сублингвально вводилось 400 мг препарата мизопростол. В противоположность активному ведению, выжидательная тактика подразумевает самостоятельное рождение последа. Активное ведение третьего периода родов по сравнению с выжидательной тактикой приводит к снижению кровопотери, однако при его применении возрастает риск побочных эффектов. Чёткая организация по профилактике послеродовых кровотечений является реальной основой снижения материнской смертности и отдалённых тяжёлых последствий для матери.

Ключевые слова: послеродовые кровотечения, окситоцин, эргометрин, простагландины.