

Гусева Е.М.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ ВЫСОКОЙ ГРУППЫ РИСКА

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет» Минобрнауки РФ, 300012, г. Тула

Для корреспонденции: Гусева Елена Михайловна, аспирант, ассистент каф. акушерства и гинекологии Медицинского института ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет» Минобрнауки РФ, врач акушер-гинеколог акушерского физиологического отделения ГУЗ «Родильный дом № 1 им. В.С. Гумилевской» г. Тулы, e-mail: gusevi.82@mail.ru

Массивная кровопотеря и геморрагический шок — основные причины смертности в акушерстве и занимают до 25% в её структуре. В последнее десятилетие произошло снижение доли гибели матерей за счёт послеродовых кровотечений и кровотечений при отслойке или предлежании плаценты.

Цель исследования — определить частоту и структуру массивных кровотечений в акушерском стационаре высокой группы риска.

Методы исследования. Ретроспективное описательное когортное исследование проводили в 2 этапа: на I этапе — исследование 396 историй родов с основными нозологическими формами, приводящими к возможной патологической кровопотере, на II этапе — анализ 55 случаев массивной кровопотери. Объект исследования: родильницы с предлежанием плаценты; родильницы, роды у которых осложнились гипотоническим кровотечением или преждевременной отслойкой плаценты; родильницы с массивной кровопотерей. Продолжительность исследования: с 01.01.2011 по 31.12. 2015 г.

Результаты. Наиболее частая нозологическая форма, приводящая к патологической кровопотере, — преждевременная отслойка плаценты. Частота случаев массивной кровопотери (более 1000 мл) составляет 0,28% от общего числа родов и чаще встречается у первородящих (56,4%), в основном во время хирургического родоразрешения (88%). Из всех массивных кровотечений 45,5% обусловлены гипотонией матки. Ампутация матки проводилась в 18,2% от числа всех случаев массивной кровопотери.

Заключение. Высокая частота встречаемости преждевременной отслойки плаценты объясняется неуправляемостью данной патологии, в отличие от гипотонических кровотечений в послеродовом периоде. Органосохраняющая тактика при массивных акушерских кровотечениях широко не применяется.

Ключевые слова: патологическая кровопотеря; массивная кровопотеря; предлежание плаценты; гипотоническое кровотечение; преждевременная отслойка плаценты.

Для цитирования: Гусева Е.М. Кровотечения в акушерском стационаре высокой группы риска. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева*. 2018; 5(1): 37—40. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-1-37-40>

Guseva E.M.

BLEEDINGS IN THE HIGH-RISK GROUP OBSTETRIC HOSPITAL

Tula State University, Tula, 300012, Russian Federation

Massive hemorrhage and hemorrhagic shock as main causes of deaths in pregnancy, occupy up to 25% in the structure of mortality rate in obstetrics. In the past decade, the decline in the share of deaths of mothers has occurred due to postpartum bleedings and bleedings in detachment or placenta previa.

The aim of the study was to determine the frequency and structure of massive bleedings in a high-risk group obstetric hospital.

Methods. A retrospective descriptive cohort study was executed in 2 stages: at the 1st stage — a study of 396 deliveries histories with main nosological forms leading to possible pathological hemorrhage, in the II stage — analysis of 55 cases of massive blood loss.

The object of the study was puerperas with placenta previa; puerperas with deliveries complicated by hypotonic bleeding or premature detachment of the placenta; puerperas with the massive blood loss. Duration of the study: from 01.01.2011 to 31.12. 2015.

Results. The most frequent nosological form leading to abnormal blood loss is premature placental abruption. The frequency of cases of massive blood loss (more than 1000 ml) is 0.28% of the total number of deliveries and is more common in primigravidae (56.4%), mainly during surgical delivery (88%). Out of all massive bleedings, 45.5% are due to uterine hypotension. Amputation of the uterus was performed in 18.2% of the number of all cases of the massive hemorrhage.

Conclusion. The high prevalence rate of the premature detachment of the placenta is explained by the uncontrollability of this pathology, in contrast to hypotonic bleeding in the postpartum period. The organ-preserving management in massive obstetric hemorrhages is not widely used.

Key words: pathological hemorrhage; massive hemorrhage; placenta previa; hypotonic bleeding; premature placental abruption.

For citation: Guseva E.M. Bleedings in the high-risk group obstetric hospital. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, Russian journal*. 2018; 1(5): 37—40. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-1-37-40>

For correspondence: Elena M. Guseva, MD, postgraduate student, assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Medical Institute of the Tula State University, Tula, 300012, Russian Federation; obstetrician-gynecologist of the obstetric physiological unit of the V.S. Gumilyovskaya Maternity hospital No 1, Tula, Russian Federation, 300041, e-mail: gusevi.82@mail.ru

Information about authors:

Guseva E.M., <http://orcid.org/0000-0002-3971-273X>

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Введение

Распространённость у пациенток послеродовых кровотечений с кровопотерей более 500 мл в мире составляет примерно 6% от числа всех беременностей, а массивных послеродовых кровотечений (более 1000 мл) — 1,96% [1]. Изучение региональных особенностей частоты, структуры, проблем оказания медицинской помощи при акушерских кровотечениях может позволить найти резервы для снижения материнской смертности.

Акушерские кровотечения продолжают оставаться ведущей причиной материнской заболеваемости и смертности, при этом 140—160 тыс. женщин умирают ежегодно [2]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), массивная кровопотеря и геморрагический шок являются основными причинами смертности в акушерстве и занимают до 25% в её структуре [3]. В РФ, по данным Росстата за 2014 г., кровотечения в структуре причин материнской смертности занимают 3-е место и составляют 16,5% [4], тогда как в Тульской области среди причин материнской смертности за последние 15 лет акушерские кровотечения занимают 2-е место (17,15%)[5].

Цель исследования — определить частоту и структуру массивных кровотечений в акушерском стационаре высокой группы риска.

Материал и методы

Работа выполнена на базе ГУЗ «Родильный дом № 1 им. В.С. Гумилевской» г. Тулы в период с 01.01. 2011 г. по 31.12. 2015 г. Выполнено ретроспективное описательное когортное исследование: на I этапе проведён анализ 396 историй родов у пациенток, имевших ту или иную нозологическую форму, при которой возможно возникновение патологической или массивной кровопотери. Критерии включения в исследование: пациентки с предлежанием плаценты, имевшие гипотоническое кровотечение или преждевременную отслойку плаценты, сопровождающиеся патологической кровопотерей более 500 мл при самостоятельных родах и более 1000 мл при операции кесарева сечения или без таковой. На II этапе проведён анализ 55 случаев массивной кровопотери. Критерии включения в исследование: пациентки с кровопотерей более 1000 мл после самостоятельных или оперативных родов. Возникшие в ходе исследования этические вопросы и согласие пациенток не требовали разрешения, так как исследование было

ретроспективным и все данные являются анонимными. Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета статистических программ StatSoft 6.0. По результатам обработки статистически достоверными считались значения при уровне $p < 0,05$.

Результаты

Частота встречаемости основных причин, возможно, приводящих к массивной кровопотере, в абсолютных и относительных цифрах по учреждению представлена в табл. 1.

Как видно из данных таблицы, наиболее частой нозологической формой, которая может привести к акушерскому кровотечению, из года в год является преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП).

Наибольший интерес для нас представляли родильницы после самостоятельных или оперативных родов с кровопотерей более 1000 мл. В анализ включено 55 наблюдений пациенток с массивной кровопотерей — более 1000 мл, что составило 0,28% от числа родов в 2011—2015 гг., в том числе по годам: в 2011 г. — 9 (0,25%), в 2012 г. — 9 (0,24%), в 2013 г. — 14 (0,35%), в 2014 г. — 15 (0,38%), в 2015 г. — 8 (0,2%). По паритету: первородящих — 31 (56,4%), повторнородящих — 24 (43,6%). Родоразрешены путём операции кесарева сечения 49 пациенток, в том числе в экстренном порядке — 37 (67,4%), в плановом — 12 (21,8%), самостоятельные роды имели место у 6 (10,9%) родильниц.

Основные причины массивной кровопотери:

- у 25 (45,5%) родильниц кровотечение обусловлено нарушением сократительной способности матки в родах и раннем послеродовом, в том числе послеоперационном, периоде;
- у 17 (30,9%) — преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты;
- у 7 (12,8%) — предлежанием плаценты, из них у 3 женщин диагностировано истинное вращение ворсин хориона;
- у 2 (3,6%) женщин кровотечение обусловлено повреждением мягких тканей родовых путей;
- у 2 (3,6%) — повреждением сосудов параметральной клетчатки с формированием больших гематом;
- у 1 (1,8%) — заболеванием крови и наследственным нарушением гемостаза;
- у 1 (1,8%) — проведением консервативной миомэктомии больших размеров во время кесарева сечения.

Таблица 1

Причины патологической кровопотери у пациенток в ГУЗ «Родильный дом № 1» г. Тулы (n = 396)

Показатель	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Число родов по родильному дому, абс.	3577	3772	4029	3973	3937
Число случаев послеродовых кровотечений, абс./на 1000 родов	11/3	20/5,3	33/8,2	26/6,5	18/4,6
Число случаев предлежания плаценты, абс./на 1000 родов	10/2,8	14/3,7	13/3,2	13/3,3	10/2,5
Число случаев ПОНРП*, абс./на 1000 родов	42/11,7	35/9,3	54/13,4	57/14,3	40/10,2

Примечание. * — преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Массивных кровотечений в результате нарушений отделения и выделения последа в послеродовом периоде не наблюдалось. По объёму общей кровопотери: при гипотонии матки из 25 случаев кровопотери объёмом 1000—1500 мл наблюдалась в 15 (60%) случаях, 1600—2500 мл — в 7 (28%), более 2600 мл — в 3 (12%). При предлежании плаценты из 7 наблюдений кровопотери объёмом 1000—1500 мл наблюдалась в 3 (42,8%) случаях, 1600—2500 мл — в 3 (42,8%), более 2600 мл — в 1 (14,4%). При преждевременной отслойке плаценты из 17 случаев кровопотери объёмом 1000—1500 мл наблюдалась в 10 (58,8%) случаях, 1600—2500 мл — в 6 (35,3%), более 2600 мл — в 1 (5,9%). При прочих причинах (коагулопатическое кровотечение, внутрибрюшное кровотечение, миома матки больших размеров, кровотечение при разрыве шейки матки, $n = 6$) кровопотери объёмом 1000—1500 мл наблюдалась в 16,7% наблюдений ($n = 1$), 1600—2500 мл — в 50% ($n = 3$), более 2600 мл — в 33,3% ($n = 2$). Все данные причины послужили показаниями к ампутации матки в 10 (18,2%) случаях, в том числе в 3 — при вращении плаценты, в 1 (1,8%) — миоме матки больших размеров. Другие случаи ампутации матки обоснованы неэффективностью органосохраняющих мероприятий и объёмами кровопотери при нарушениях сократительной способности матки в родах и раннем послеродовом периоде; при кровотечениях, обусловленных повреждением мягких тканей родовых путей и при повреждении сосудов параметральной клетчатки с формированием гематом. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты ампутаций матки удавалось избежать, хирургический гемостаз в 100% случаев достигался сочетанным применением компрессионных швов на матке и перевязки маточных сосудов — у 5 (29% от числа с ПОНРП) родильниц.

Обсуждение

Материнская смертность в РФ снижается, но тем не менее остаётся неприемлемо высокой по сравнению с её уровнем в западноевропейских странах. Основные причины, определяющие 80% от числа всех случаев материнских потерь в мире — кровотечения, инфекционные осложнения, артериальная гипертензия и осложнённый аборт — являются управляемыми.

За всю историю акушерства одними из самых грозных осложнений были и остаются гипотонические кровотечения, возникающие в послеродовом периоде. По данным некоторых авторов, акушерские кровотечения как основная причина материнской смертности составляют в чистом виде 20—25%, как конкурирующая причина — 42%, как фоновая — до 78% [6]. Частота акушерских кровотечений колеблется в пределах 2,7—8% по отношению к общему числу родов. При этом 2—4% кровотечений связаны с гипотонией матки в последовом и послеродовом периодах, 0,8—0,9% из них возникают при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и предлежании плаценты [7].

Показатель частоты гипотонических кровотечений в нашем учреждении (ГУЗ «Родильный дом № 1 им. В.С. Гумилевской» г. Тулы) гораздо ниже показателя по РФ: в 2011 г. он составлял 12,3 на 1000 родов, в 2014 г. — 10,2 на 1000 родов [4, 8]. Данный показатель достигнут благодаря разработке чётких клинических протоколов борьбы с гипотоническими кровотечениями, организационным мероприятиям, совершенствованию службы критических состояний. Активное ведение третьего периода родов при родах через естественные родовые пути является значимым, это снижает риск послеродовых кровотечений. В то же время в мире продолжается поиск новых методов профилактики данной патологии [9]. А вот показатель частоты преждевременной отслойки плаценты в нашем учреждении выше общероссийских: в 2011 г. по РФ он составил 10,8 на 1000 родов, в 2014 г. — 11,1 на 1000 родов [4, 8]. Высокая частота преждевременной отслойки плаценты объясняется тем, что родильный дом № 1 г. Тулы относится к акушерскому стационару высокой группы риска и данная патология является неуправляемой [8].

Увеличению количества массивных кровотечений при хирургическом родоразрешении способствует постоянный и неуклонный рост частоты операций кесарева сечения. Так, в родильном доме № 1 г. Тулы частота кесаревых сечений в 2011 г. составила 31,8%, а в 2015 г. — 37,4%. Наиболее частой причиной послеродового кровотечения после кесарева сечения являются атония и гипотония матки.

Как и повсеместно [4], органосохраняющая тактика при кровотечении у пациенток в нашем учреждении не поддерживается во всех клинических наблюдениях. По РФ по сравнению с данными за 2007 г. частота удалений матки выросла с 1,24 до 1,42 на 1000 родов. Страх летального исхода при кровотечении заставляет врачей удалять матку даже тогда, когда этого можно избежать. В родильном доме № 1 г. Тулы частота ампутаций матки составляла 1,24 на 1000 родов в 2013 г. и 0,25 на 1000 родов в 2015 г. Кроме трёх случаев вращений плаценты и случая миомы матки больших размеров, радикальную операцию проводили только после неэффективности других способов хирургического гемостаза — лигирования маточных сосудов и наложения компрессионных швов на матку, что соответствует внедрённым в практическую медицину протоколам интраоперационной остановки кровотечения [10].

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мельников А.П., Ребров Т.В., Петрухин В.А. Причины и исходы акушерских кровотечений в I акушерской клинике МОНИИАГ. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2012; 60(1): 34–40.
2. Адамян Л.В., Серов В.Н., Филиппов О.С. *Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях. Клинические рекомендации (протокол)*. М.: 2014.

3. Репина М.А. Материнская смертность при акушерских кровотечениях и проблемы маточного гемостаза. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2011; 60(3): 18-23.
 4. Сурина М.Н., Марочко Т.Ю. Акушерские кровотечения как основная причина критических состояний и материнской смертности. *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2016; 1(3): 81-7.
 5. Волков В.Г., Гранатович Н.Н., Гусева Е.М. Акушерские кровотечения в структуре причин материнской смертности в Тульской области. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2017; 11(1): 31-5.
 6. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. *Клинические лекции по акушерству и гинекологии*. М.: Медицина; 2010.
 7. Ищенко А.И., Липман А.Д., Никонов А.П., Ищенко А.А., Чилова Р.А., Ананьев В.А. Органосохраняющие операции на послеродовой матке при гипотонических кровотечениях. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2008; 7(3): 11-5.
 8. Волков В.Г., Гусева Е.М., Макарова Е.С. Частота и структура кровотечений в акушерском стационаре. В кн.: *Перспективы вузовской науки: к 25-летию вузовского медицинского образования и науки Тульской области (сборник трудов)*. Тула; 2016: 86-92.
 9. Гусева Е.М. Сравнительная оценка эффективности методов профилактики кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах (обзор литературы). *Вестник новых медицинских технологий (электронное издание)*. 2014; 1: 163.
 10. Жаркин Н.А. Интраоперационное лечение и профилактика акушерских кровотечений. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва*. 2015; 2(3): 54-5.
- REFERENCES
1. Mel'nikov A.P., Rebrov T.V., Petruhin V.A. Causes and outcomes of obstetric hemorrhages in I obstetric clinic MONIAG. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney*. 2012; 60(1): 34-40. (in Russian)
 2. Adamyan L.V., Serov V.N., Filippov O.S. *Prophylaxis, treatment and algorithm of management for obstetric hemorrhages. Clinical recommendations (protocol). [Profilaktika, lechenie i algoritm vedeniya pri akusherskikh krvotekheniyakh. Klinicheskie rekomendatsii (protokol)]*. Moscow; 2014. (in Russian)
 3. Repina M.A. Maternal mortality in obstetric haemorrhages and problems of uterine hemostasis. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney*. 2011; 60(3): 18-23. (in Russian)
 4. Surina M.N., Marochko T.Yu. Obstetric bleeding as the main cause of critical conditions and maternal mortality. *Fundamental'naya i klinicheskaya meditsina*. 2016; 1(3): 81-7. (in Russian)
 5. Volkov V.G., Granatovich N.N., Guseva E.M. Obstetric bleeding in the structure of the causes of maternal mortality in the Tula region. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduktiya*. 2017; 11(1): 31-5. (in Russian)
 6. Strizhakov A.N., Davydov A.I. *Clinical lectures on obstetrics and gynecology. [Klinicheskie lektzii po akusherstvu i ginekologii]*. Moscow: Meditsina; 2010. (in Russian)
 7. Ishchenko A.I., Lipman A.D., Nikonov A.P., Ishchenko A.A., Chilova R.A., Anan'yev V.A. Organ-saving operations on the postpartum uterus with hypotonic bleeding. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2008; 7(3): 11-5. (in Russian)
 8. Volkov V.G., Guseva E.M., Makarova E.S. Frequency and structure of bleeding in the obstetric hospital. In: *Prospects of university science: to the 25th anniversary of the university medical education and science of the Tula region (a collection of works). [Perspektivy vuzovskoy nauki: k 25-letiyu vuzovskogo meditsinskogo obrazovaniya i nauki Tul'skoy oblasti (sbornik trudov)]*. Tula; 2016: 86-92. (in Russian)
 9. Guseva E.M. Comparative evaluation of the effectiveness of methods of bleeding prophylaxis in the consecutive and early postpartum periods (literature review). *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy (elektronnoe izdanie)*. 2014; 1: 163. (in Russian)
 10. Zharkin N.A. Intraoperative treatment and prevention of obstetric hemorrhages. *Arkhiv akusherstva i ginekologii im. V.F. Snegireva*. 2015; 2 (3): 54-5. (in Russian)

Поступила 16.01.2018

Принята к печати 29.01.2018