

Сурина М.Н., Артымук Н.В., Зеленина Е.М.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области,
г. Кемерово*

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

На протяжении многих лет оценка состояния службы родовспоможения проводилась традиционно путем анализа материнской смертности. Но в последнее время анализ случаев тяжелой материнской заболеваемости или «near miss» («почти потерянные» или «едва не погибшие») показал дополнительные преимущества по сравнению с изучением материнской летальности.

Цель исследования – выявить основные социально-гигиенические и клинические особенности женщин с массивными кровотечениями и проблемы оказания им специализированной медицинской помощи в Кемеровской области.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй родов пациенток с массивной кровопотерей в Кемеровской области. Методом сплошной выборки проанализированы 188 историй родов пациенток, родоразрешенных в Кемеровской области, за период 2010-2011 гг.

Результаты. Больше половины «едва не погибших» женщин, страдали экстрагенитальными (56,4 %) и гинекологическими (47,9 %) заболеваниями, в анамнезе было в среднем по 2 аборта, 25 % пациенток были с избыточной массой тела и 16,9 % случаев – с ожирением, треть женщин имели никотиновую зависимость. Беременность у этих пациенток осложнилась угрозой прерывания беременности, анемией, низкой плацентацией. Установлена высокая частота применения при беременности спазмолитических (33,5 %) и токолитических (15,4 %) препаратов. Основной проблемой оказания медицинской помощи пациенткам, родоразрешенным путем операции кесарева сечения, была неверная тактика инфузионно-трансфузионной терапии (50 %); при родоразрешении пациенток через естественные родовые пути – несоблюдение этапности оказания помощи (44,4 %), а также неверная тактика утеротонической терапии при лечении гипотонического кровотечения.

Заключение. Основной проблемой оказания специализированной акушерско-гинекологической помощи пациенткам с акушерскими кровотечениями в Кемеровской области было несоблюдение региональных клинических протоколов (63,3 %). В 48,4 % случаев выявлена неверная тактика инфузионно-трансфузионной терапии, в 22,8 % – несвоевременность оперативного лечения, в 29,2 % – неадекватность оценки объема кровопотери, в 20,7 % – нарушение этапности оказания помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: near miss; акушерские кровотечения; проблемы оказания помощи.

Surina M.N., Artymuk N.V., Zelenina E.M.

Kemerovo State Medical Academy,

Department of Health in the Kemerovo region, Kemerovo

THE MAIN PROBLEMS IN OBSTETRIC CARE FOR OBSTETRIC HEMORRHAGE IN KEMEROVO REGION

For many years, assessment of obstetrics service traditionally performed by analysis of maternal mortality. But recently, the analysis of cases of severe acute maternal morbidity or «near miss» cases («almost lost» or «almost dead») showed additional advantages compared with the study of maternal mortality.

The purpose of the study was to identify the main socio-hygienic and clinical characteristics of women with massive bleeding, and problems with providing them a specialized medical care in the Kemerovo region.

Materials and methods. Retrospective analysis of patient's cases with massive hemorrhage was conducted in the Kemerovo region. 188 delivery cases were analyzed for the period 2010 to 2011 by continuous sampling method.

Results. More than half of near miss women suffered from extragenital (56,4 %), and gynecological diseases (47,9 %), had 2 abortions in average, a quarter of patients were overweight (25 %) and obese (16,9 %), a third of women had nicotine dependence. Pregnancy was complicated by threatened abortion, anemia and low placentation. Pharmacotherapy in these patients during the pregnancy: a large number of spasmolytic (33,5 %) and tocolytic (15,4 %) drugs. The main problem of medical care to patients, who were delivered by cesarean section, was the wrong tactic of infusion-transfusion therapy (50 %); among patients who were delivered vaginally – the failure of stage-by-stage approach in assistance (44,4 %), as well as the wrong tactic of uterotonic therapy in managing hypotonic hemorrhage.

KEY WORDS: near miss; obstetric hemorrhage; main problems of obstetric care.

Материнская смертность – это один из самых интегрированных показателей репродуктивного здоровья населения. Считается, что анализ региональных особенностей материнской смертности позволяет найти резервы для ее снижения [1]. На протяжении многих лет оценка состояния службы родовспоможения проводилась традиционно путем анализа материнской смертности [2]. Но в последнее время анализ случаев «near miss» («почти потерянные» или «едва не погибшие») показал дополнительные преимущества по сравнению с изучением материнской летальности [3]. «Near miss» – это пациентки с органической дисфункцией, требующие интенсивной терапии и перевода в реанимационное отделение и которые погибли бы при отсутствии оказания соответствующего лечения [4]. Материнские случаи «едва не погибших» женщин также определяются как случаи женщин, близких к смерти из-за осложнений, возникших во время беременности, родов или в течение 42 дней после родов, но выживших [5]. В практике пациентки считаются «near miss», когда они выжили после угрожающего жизни состояния (полиорганной дисфункции или недостаточности) [6].

Акушерские кровотечения продолжают оставаться ведущей причиной материнской заболеваемости и смертности, 140-160 тыс. женщин умирают ежегодно. Установлено, что каждые 4 минуты от послеродового кровотечения умирает одна женщина. Аку-

шерские кровотечения являются единственной и наиболее значимой причиной материнской смертности во всем мире, составляя 30 % всех материнских потерь [7]. В исследовании Taly A. (2004) за 6-месячный период в 2001 году по изучению причин состояний «near miss» (n = 100) и материнской смертности (n = 16) было выявлено, что первичными акушерскими факторами материнской смертности явились кровотечения (43,7 %), гипертонзия (18,8 %), а также экстрагенитальные заболевания матери (25,1 %). Наиболее частыми причинами состояний, приводящих к состоянию near-miss, были: кровотечение (60 %), тяжелая гипертонзия (34 %) и сепсис (4 %) [1].

В развитых странах материнская смертность является редким явлением. Учитывая низкий уровень материнской смертности, для оценки материнского риска и качества акушерской помощи должны быть использованы другие маркеры. Одним из таких маркеров является поступление пациента в отделение интенсивной терапии. В исследовании Helen L. и соавт. (2012) за 5-летний период проанализированы 308 историй пациенток. Выявлено, что большинство пациенток поступили в реанимационное отделение в связи с акушерским кровотечением (30,9 %), гипертоническими расстройствами (16,2 %), инфекцией (14,2 %) и заболеваниями сердца (9,3 %) [8]. Donati и соавт. (2012) опубликовали исследование, в которое были включены 1259 случаев «near miss»; 70 % женщин потребовали лечение в палате интенсивной терапии после оперативного родоразрешения путем кесарева сечения. Основными причинами состояния «near miss» были акушерские кровотечения / ДВС-синдром (40 %) и гипертонзивные состояния (29 %) [9].

Согласно данным литературы, большинство исследований за последние годы в отношении случаев «near miss» показывают, что основной причиной дан-

Корреспонденцию адресовать:

СУРИНА Мария Николаевна,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГБОУ ВПО КеМГМА Минздрава России.
Тел. 8 (3842) 39-22-15; +7-905-960-10-01.
E-mail: masha_surina@mail.ru

ного состояния в первую очередь является акушерское кровотечение [10]. При анализе материнской смертности за 10-летний период (1998-2007 гг.) в Кемеровской области выявлено, что акушерские кровотечения находятся на третьем месте в структуре материнских потерь и их доля составляет 15,9 % [11].

Цель исследования — выявить основные социально-гигиенические и клинические особенности женщин с массивными кровотечениями и проблемы оказания им специализированной медицинской помощи в Кемеровской области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 188 историй родов пациенток с массивной кровопотерей в Кемеровской области за 2010-2011 гг. Методом сплошной выборки проведен анализ историй родов пациенток, у которых кровопотеря после родов через естественные родовые пути, а также оперативных родов путем операции кесарева сечения, составила 1000 мл и более. Критерием включения явилась массивная кровопотеря во время беременности, в родах и после родов. Количество историй родов пациенток, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, составило 152, через естественные родовые пути — 36. Общая кровопотеря у данной группы пациенток после всех проведенных оперативных вмешательств, составила в среднем $1678,14 \pm 911,98$ мл. Средняя кровопотеря после оперативных родов и всех дальнейших оперативных вмешательств составила (Me) $1655,59 \pm 947,08$ мл; средняя кровопотеря у пациенток, которым проводились повторные оперативные вмешательства, составила 3300 мл с интерквартильным размахом 1900 — 4000 мл. Кровопотеря после естественных родов составила $1773,33 \pm 738,24$ мл.

Статистический анализ данных проводился с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2003 (лицензионное соглашение 74017-640-0000106-57177) и StatSoft Statistica 6.1 (лицензионное соглашение BXXR006D092218FAN11). Количественные данные представлены центральными тенденциями и рассеянием: среднее значение (M), стандартное отклонение (s) признаков, имеющих приближенно нормальное распределение, медиана (Me) и интерквартильный размах (25-й и 75-й процентиля) в случае распределения, отличного от нормального.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В таблице 1 представлена социально-гигиеническая и клиническая характеристика женщин с массивными акушерскими кровотечениями.

Таблица 1
Социально-гигиенические и клинические особенности «едва не погибших» женщин с массивными акушерскими кровотечениями

Показатель	Группа (n = 188)	Интерквартильный размах, Доверительный интервал (ДИ)
Средний возраст	28 лет	25-33 (25-75 квартили)
Брак:		
- зарегистрирован	68,3 %	95% ДИ 61,2-74,7
- не зарегистрирован	25,6 %	95% ДИ 19,7-32,4
- одинокая	6,1 %	95% ДИ 6,5-10,6
Образование:		
- среднее	65,8 %	95% ДИ 57,7-72,9
- высшее	32,8 %	95% ДИ 25,8-40,9
Репродуктивный возраст:		
- юный	5,3 %	95% ДИ 2,9-9,5
- II степени	76,1 %	95% ДИ 69,5-81,6
- поздний	18,6 %	95% ДИ 13,7-24,8
Средний возраст начала половой жизни	18 лет	16-19 (25-27 квартили)
Не пользовались методами контрацепции	27,1 %	95% ДИ 21,2-33,9
Избыточная масса тела	25 %	95% ДИ 19,1-31,9
Ожирение, из них:		
- I степени	16,9 %	95% ДИ 12,0-23,2
- II степени	65,5 %	95% ДИ 47,4-80,1
- III степени	27,6 %	95% ДИ 14,7-45,7
Инфекции	6,0 %	95% ДИ 3,6-10,8
Гепатит В	1,0 %	95% ДИ 0,5-4,0
Гепатит С	3,2 %	95% ДИ 1,4-6,7
Гепатит В,С	0,5 %	95% ДИ 0,09-2,9
ВИЧ	0,5 %	95% ДИ 0,09-2,9
Наркомания	7,5 %	95% ДИ 2,9-17,8
Табакокурение	32,1 %	95% ДИ 21,1-45,5
Туберкулез	1,9 %	95% ДИ 0,3-9,9
Экстрагенитальные заболевания	56,4 %	95% ДИ 49,2-63,3
Гинекологические заболевания	47,9 %	95% ДИ 40,8-54,9
Миома тела матки	25,0 %	95% ДИ 15,5-37,7
Рубец на матке	21,3 %	95% ДИ 16,1-27,6
Медицинские аборты в анамнезе	45,2 %	95% ДИ 38,3-52,4
Выкидыши в анамнезе	15,4 %	95% ДИ 10,9-21,3
Прерывание беременности в позднем сроке	0,5 %	95% ДИ 0,1-2,9
Акушерское кровотечение в анамнезе	3,7 %	95% ДИ 1,8-7,5
Аntenатальная гибель плода	6,0 %	95% ДИ 3,6-10,8

Средний возраст пациенток составил 28 лет. Большинство пациенток были городскими жительницами — 87,8 %. Более половины пациенток были ак-

Сведения об авторах:

СУРИНА Мария Николаевна, аспирант, кафедра акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО КемГМА Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: masha_surina@mail.ru

АРТЫМУК Наталья Владимировна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2, ГБОУ ВПО КемГМА Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: artymuk@gmail.com

ЗЕЛЕНИНА Елена Михайловна, канд. мед. наук, зам. начальника, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области, г. Кемерово, Россия. E-mail: zelenina@kuzdrav.ru

тивного репродуктивного возраста. 32,1 % женщин имели иные факторы, влияющие на состояние здоровья, такие как наркомания (7,5 %), треть пациенток страдали никотиновой зависимостью. Среди экстрагенитальных заболеваний преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы (29,2 %), глаз (15,9 %) и мочевыделительной системы (15,9 %).

Средний возраст начала половой жизни у пациенток составил 18 лет. Барьерные методы контрацепции применяли всего четыре женщины, внутриматочную контрацепцию использовали две пациентки, комбинированные оральные контрацептивы – 3,7 %. Гинекологический анамнез у данной группы пациенток был отягощен медицинскими абортми, в среднем 2 аборта (25-й квартиль – 1, 75-й квартиль – 3). Гинекологическими заболеваниями страдали практически половина пациенток. Среди гинекологических заболеваний преобладали опухолевые (61,5 %) и воспалительные (32,6 %) заболевания. Среди воспалительных заболеваний чаще регистрировались хронический сальпингит и оофорит (65,5 %). Среди опухолевых процессов преобладала миома матки (62,5 %). У одной пациентки был диагностирован рак шейки матки.

Во время настоящей беременности в женской консультации наблюдались 92 % пациенток. Только у 19,6 % женщин беременность протекала без осложнений. Беременность в результате ЭКО была у двух пациенток. В таблице 2 представлены осложнения беременности, особенности фармакотерапии во время беременности у пациенток с массивной кровопотерей.

Наиболее часто беременность осложнялась гестационной анемией, угрозой прерывания беременности, а также низкой плацентацией и предлежанием плаценты. 78,8 % женщин получали в течение беременности различные лекарственные препараты: более трети женщин – спазмолитические препараты, зарегистрирована высокая частота назначения дезагрегантов, гестагенов и сульфата магния.

Особенности фармакотерапии при беременности и в родах имеют существенное влияние на риск послеродовых кровотечений. Применение спазмолитических, токолитических препаратов, а также медикаментов без доказанной эффективности, без показаний к назначению, как во время беременности, так и в родах, увеличивают риск развития послеродовых кровотечений [12]. По данным Бэйтмана Б.Т. и соавт. (2012) также установлено, что рутинное назначение сернистой кислоты у пациенток с преэклампсией и эклампсией вызывает побочный эффект, влия-

Таблица 2
Особенности течения беременности и фармакотерапии во время беременности «едва не погибших» пациенток с массивными акушерскими кровотечениями (в %)

Особенности течения беременности	Группа (n = 188)	Доверительный интервал [95% ДИ]
Угроза прерывания беременности	34,5	28,1-41,62
Гестационная анемия	31,3	25,1-38,3
Преэклампсия	8,5	5,3-13,3
Низкая плацентация	27,1	21,2-33,9
Предлежание плаценты	10,1	6,5-15,2
Многоводие	3,7	1,8-7,4
Многоплодная беременность	4,2	2,1-8,1
Высокий паритет (родов более 5)	2,6	1,1-6,0
Применение токолитиков	15,4	10,9-21,2
Применение спазмолитиков	33,5	27,1-40,5
Применение дезагрегантов	15,4	10,9-21,2
Применение гестагенов	14,3	10,0-20,0
Применение сульфата магния	9,0	6,0-14,6
Применение других лекарственных средств	63,8	56,7-70,3
Не принимали лекарственные препараты	21,2	16,0-27,6

ющий на способность сокращения матки в послеродовом периоде; это также может влиять на установленную взаимосвязь между гипертензией во время беременности и массивным послеродовым кровотечением, вызванным атонией [13].

В основном у пациенток данной группы роды были в срок – у 71,5 %, преждевременные – у 25,5 % женщин, запоздалые – у 5 пациенток. Роды осложнялись дородовым излитием околоплодных вод (20,7 %), аномалиями родовой деятельности (18,3 %).

Среди 152 пациенток, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, в плановом порядке были госпитализированы 16,5 %, экстренно – 83,5 %. Основным показанием к операции кесарева сечения была преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – у 42,8 %. Медиана кровопотери до прибытия в стационар составила в среднем 300 мл (200 – 350 мл). Медиана времени от поступления в стационар с кровотечением до начала операции составила 30 минут (22,5 – 57,5 мин), медиана времени от начала кровотечения до операции – 40 минут с интерквартильным размахом 20 – 120 минут. Наличие рубца на матке явилось показанием к операции у 24,3 % женщин. Продолжительность первого периода родов до операции (Ме) была небольшая и составила в среднем 8 часов с интерквартильным размахом от 5 до 12 часов. Среди осложнений в родах чаще регистрировались дородовое излитие околоплодных вод – 18,4 %, слабость родовой дея-

Information about authors:

SURINA Maria Nikolaevna, postgraduate student, department of gynaecology and obstetrics N 2, Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo, Russia. E-mail: masha_surina@mail.ru

ARTYMUК Natalia Vladimirovna, doctor of medical sciences, professor, head of department of gynaecology and obstetrics N 2, Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo, Russia. E-mail: artymuk@gmail.com

ZELENINA Elena Michailovna, candidate of medical sciences, deputy head, Kemerovo Region Health Care Department, Kemerovo, Russia. E-mail: zelenina@kuzdrav.ru

тельности — 9,8 %, дискоординация родовой деятельности — 3,2 %, клинический узкий таз — 7,2 %, антенатальная гибель плода — 6,6 %, хориоамнионит наблюдался в трех случаях.

Операция кесарева сечения проводилась под ЭТН в 65,8 % случаев, ДЭА использовалась в 34,2 %. В среднем продолжительность операции кесарева сечения составила 60 минут (Me) с интерквартильным размахом 40 — 90 мин. Осложнения во время операции были у 26,3 % рожениц, среди которых 25 % — гипотоническое кровотечение, в 1 случае имел место гистопатический разрыв нижнего сегмента матки с переходом на шейку матки с формированием забрюшинной гематомы. Травма сосудистых пучков была диагностирована у 7 пациенток. Медиана объема кровопотери во время кесарева сечения составила 1100 мл (1000 — 1500 мл).

Утеротоническая терапия во время операции проведена согласно региональным протоколам 67,8 % женщин [14]. Расширение объема операции проводилось у 24,3 % женщин, в том числе субтотальная гистерэктомия — у 14 пациенток, тотальная гистерэктомия — у 15, лигирование маточных сосудов — в 3 случаях, перевязка внутренней подвздошной артерии — у 4 пациенток, у одной пациентки была проведена сальпингоовариоэктомия.

Кровопотеря после расширения объема операции (Me) составила 1200 мл с интерквартильным размахом 1000 — 1725 мл. Медиана введенного физиологического раствора составила 750 мл (550 — 1375 мл), раствора рингера — 800 мл (500 — 1000 мл), СЗП составила 830 мл (532,5 — 1415 мл), эритроцитарной массы — 547,5 мл (492,5 — 1037 мл). Послеоперационный период в 9,9 % случаев осложнился гипотоническим кровотечением. Кровопотеря составила (Me) 500 мл (300 — 800 мл).

Релапаротомия проводилась у 9,2 % женщин, во время которой в трех случаях осуществлялись ревизия, дренирование, гемостаз; в 6 случаях проведена тотальная гистерэктомия, в 1 случае — перевязка подвздошных сосудов, опорожнение гематомы, ревизия, гемостаз, а также введение энзапроста в мышцу матки. При этом показаниями к релапаротомии послужили: в 4 случаях внутрибрюшное кровотечение, в 10 случаях — гипотоническое кровотечение, в 2 случаях — подапоневротическая гематома, в одном случае — несостоятельность рубца на матке. Объем кровопотери на операции (Me) составил 1100 мл с интерквартильным интервалом от 600 до 1800 мл (1300 мл; 1000 — 2900 мл).

У 4 пациенток была проведена третья релапаротомия, во время которой в 2 случаях проводилось лигирование маточных сосудов, у одной пациентки — аднексэктомия и удаление культи шейки матки.

Общая кровопотеря у пациенток, которые перенесли несколько вхождений в брюшную полость с целью достижения адекватного хирургического гемостаза, составила (Me) 3300 мл (1900 — 4000 мл).

ДВС-синдром развился у 7 женщин, матка Куверлера — у 4-х, ранение мочеточников и эмболия околоплодными водами — у одной пациентки.

После проведенного анализа выявлено, что региональные протоколы соблюдались только в 38,2 % случаях. Следует отметить, что в 50 % случаев у этих пациенток регистрировалась неверная тактика инфузионно-трансфузионной терапии.

Согласно данным литературы, анализ смертей от кровотечений при беременности и во время родов свидетельствует, что фактически в каждом таком случае неблагоприятный исход определяет сочетанное влияние объективных и субъективных факторов. Объективные факторы включают фоновые экстрагенитальные заболевания, осложнение беременности и родов предлежанием плаценты, преждевременной отслойкой плаценты, *placenta accrete*, задержкой последа и его частей, гестозом, анемическим синдромом и др. К субъективным факторам относятся: недооценка объективных факторов и их роли как провокаторов кровотечения и плохой переносимости кровопотери, недооценка кровопотери и ситуации в целом, неправильная и запоздалая помощь во всех направлениях. Это неверный выбор метода родоразрешения, несвоевременность и неверный выбор методов остановки маточного кровотечения, ошибки трансфузионно-инфузионной тактики, ошибки профилактики и лечения коагулопатии и др. [15].

Пациентки, родоразрешенные через естественные родовые пути ($n = 36$), в 83,3 % случаях были первородящими, рубец на матке имели 8,3 % женщин. Роды у данной группы пациенток осложнились родовым излитием околоплодных вод (30,6 %), слабостью родовой деятельности (8,3 %), дискоординацией родовой деятельности (2,7 %), хориоамнионитом (5,5 %). Антенатальная гибель плода была зарегистрирована у двух пациенток. Продолжительность родов (Me) составила 8,1 часов с интерквартильным размахом от 7,5 до 8,7. Однако четверть пациенток получили в родах лечение окситоцином 25 %, тогда как прогноз слабости родовой деятельности был установлен только у 8,3 % женщин; в первом периоде родов назначались препараты с недоказанной эффективностью и безопасностью (гинипрал, энзапрост, рибоксин) у 8,4 %, спазмолитические препараты — у 19,4 %. Обезболивание родов проводилось путем наложения ДПА у 16,7 %, ПВА — у 13,9 %; промедол применяли в 5,6 % случаев, реланиум — в 8,3 %. Практически все роды через естественные родовые пути осложнились ранним гипотоническим кровотечением (97,2 %).

Известно, что структура причин материнской смертности на 33 % состоит из управляемых факторов. Доминируют кровотечения, сепсис и гестоз. Гипотонические кровотечения всегда поддаются терапии, но без коррекции гемостаза справиться с массивными кровотечениями крайне трудно. Традиционные мероприятия по остановке кровотечения остаются незыблемыми, но они должны дополняться современными методами [16].

Среди традиционных существующих методов профилактики и остановки кровотечения у данной группы пациенток наружный массаж применялся у 58,3 %, бимануальная компрессия матки — у 11,1 %, массаж

матки на кулаке — у 8,3 % женщин. Ручное отделение и выделение последа было проведено в 13,9 % случаев, инструментальная и ручная ревизия полости матки — в 91,7 %.

Всем пациенткам проводилась утеротоническая терапия с целью остановки гипотонического кровотечения. Внутримышечно окситоцин вводился в 52,8 % случаев, внутривенно — в 86,1 %, метилэргометрин — в 47,2 %, энзапрост внутривенно — в 19,4 %, мизопропрост ректально — в 11,1 % случаев.

В среднем длительность (Me) утеротонической терапии до принятия решения о хирургическом гемостазе составила 45 минут (21,3 — 60 мин). Экстренная лапаротомия с целью достижения хирургического гемостаза была проведена в 44,4 % случаев. Длительность операции составила 120 минут (100 — 157,5 мин).

У 8,3 % женщин операция осложнилась гипотоническим кровотечением, у 2,8 % — травмой сосудистых пучков.

Во время оперативного вмешательства с целью хирургического гемостаза в 3 случаях было проведено лигирование сосудов, в 8 (22 %) — тотальная гистерэктомия, в 1 (2,7 %) — наложение гемостатического шва по Б-Линчу, в 1 случае — аднексэктомия, в 1 случае — субтотальная гистерэктомия была проведена.

Введение утеротоников во время операции согласно региональному протоколу зарегистрировано у 30,6 % женщин. Следует отметить, что у каждой пятой пациентки энзапрост вводился внутривенно.

Медиана объема кровопотери во время операции составила 1300 мл (1000 — 1500 мл). Расширение объема операции проводилось у 2 женщин. Средняя общая кровопотеря после родов (Me) составила 1500 мл (1200 — 2025 мл). С целью восполнения ОЦК и коррекции анемии в среднем (Me) объем СЗП составил 510 мл (442,5 — 680 мл), эритроцитарной массы — 496 мл (490 — 506 мл).

После проведения анализа историй родов пациенток, родоразрешенных через естественные родовые пути, протокола оказания помощи при кровотечении следует отметить, что только в 8,3 % случаев соблюдался региональный протокол.

В таблице 3 представлены основные проблемы оказания помощи пациенткам, родоразрешенным на территории Кемеровской области за период 2010-2011 гг.

Таким образом, наибольшее количество массивных кровотечений в Кемеровской области происходит при оперативном родоразрешении. Почти в половине случаев причиной массивной кровопотери при беременности является преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, а непосредственно при операции — наличие рубца на матке. Основная причина кровотечения при родах через естественные родовые пути — гипотония матки. Главной проблемой оказания специализированной акушерско-гинекологической помощи этим пациенткам в Кемеровской области было несоблюдение клинических

Таблица 3
Основные проблемы оказания помощи «едва не погибшим» пациенткам с массивным кровотечением в Кемеровской области, % [95% ДИ]

Проблема	Роды через естественные родовые пути (n = 152)	Кесарево сечение (n = 36)	Все пациентки (n = 188)
Несоблюдение региональных протоколов	61,8 [53,9-69,1]	91,7 [78,1-97,1]	63,3 [56,2-69,8]
Неверная оценка объема кровопотери	28,3 [21,7-35,9]	33,3 [20,1-49,6]	29,2 [23,2-36,1]
Запоздалое оперативное вмешательство	21,1 [15,3-28,2]	27,7 [15,8-43,9]	22,8 [17,4-29,3]
Неверная тактика ИТТ	50,0 [42,1-57,8]	41,6 [27,1-57,8]	48,4 [41,3-55,5]
Нарушение этапности оказания помощи	15,1 [10,3-21,6]	44,4 [29,5-60,4]	20,7 [15,5-27,1]

протоколов (63,3 %); при операции кесарева сечения — неверная тактика инфузионно-трансфузионной терапии (50 %), что, вероятно, во многом было обусловлено недооценкой объема кровопотери при массивных кровотечениях, а также дефектами организации помощи (отсутствие запасов препаратов крови, современных установок для подготовки СЗП и т.д.) При родоразрешении пациенток через естественные родовые пути основной проблемой было несоблюдение этапности оказания помощи (44,4 %), а также неверная тактика утеротонической терапии при лечении гипотонического кровотечения, применение недостаточных доз утеротонических препаратов, нарушение режимов и пути введения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, женщины с массивными акушерскими кровотечениями характеризовались отягощенным соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом, имели множество иных неблагоприятных факторов, влиявших на состояние здоровья. Беременность у этих женщин часто осложнялась гестационной анемией, угрозой прерывания беременности, а также низкой плацентацией и предлежанием плаценты, большинство пациенток получали агрессивную медикаментозную терапию во время беременности и в процессе родов (спазмолитические препараты, дезагреганты, гестагены, сульфат магния и окситоцин). Основной причиной массивной кровопотери при беременности является преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, при операции кесарева сечения — наличие рубца на матке, при родах через естественные родовые пути — гипотония матки.

Основной проблемой оказания специализированной акушерско-гинекологической помощи этим пациенткам в Кемеровской области было несоблюдение клинических протоколов (63,3 %). В 48,4 % случаев выявлена неверная тактика инфузионно-трансфузионной терапии, в 22,8 % — несвоевременность оперативного лечения, в 29,2 % — неадекватность оценки объема кровопотери, в 20,7 % — несоблюдение этап-

ности оказания помощи. Основной проблемой оказания медицинской помощи пациенткам, родоразрешенным путем операции кесарева сечения, была неверная тактика инфузионно-трансфузионной терапии; при родоразрешении пациенток через естественные родовые пути — несоблюдение этапности оказания помощи, а также неверная тактика утеротонической

терапии при лечении гипотонического кровотечения. В целом анализ случаев тяжелой материнской заболеваемости («near miss») дает ценную информацию о проблемах оказания акушерской помощи, что может позволить создать более детальные протоколы по профилактике развития акушерских кровотечений, а также методах их остановки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Taly, Anju Maternal Intensive Care and Near miss Mortality in Obstetrics /Anju Taly, Shashi Gupta, Neeta Jain //J. Obstet. Gynec. Ind. – 2004. – V. 54, N 5. – P. 478-482.
2. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss /Mantel G.D., Buchmann E., Rees H. et al. //Br. J. Obstet. Gynec. – 1998. – V. 105. – P. 985-990.
3. Can enquiries into severe acute maternal morbidity act as a surrogate for maternal death enquiries? /Pattinson R.C., Buchmann E., Mantel G. et al. //BJOG. – 2003. – V. 110. – P. 889-893.
4. Maternal near-miss towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care /Say L., Souza J.P., Pattinson R.C. and WHO working group on Maternal Mortality and Morbidity classifications //Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaec. – 2009. – V. 23(3). – P. 287-296.
5. Obstetric near-miss and maternal mortality in maternity university hospital, Damascus, Syria: a retrospective study /Almerie Y., Almerie M.Q., Matar H.E. et al. //BMC Pregnancy Childbirth. – 2010. – V. 10. – P. 65.
6. A simple chest drain gone wrong: a near miss! /Ricky Frazer, Crawford Deane, Ramsey Sabit //BMJ Case Reports. – 2011. – doi:10.1136/bcr.12.2010.3563.
7. World Health Organization: Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. – Geneva, World Health Organization, 2004.
8. A fifteen-year retrospective review of obstetric patients requiring critical care /H.L. Barrett, R. Devin, S. Clarke et al. //Obstet. Med. – 2012. – V. 5. – P. 166-170.
9. Obstetric near-miss cases among women admitted to intensive care units in Italy /S. Donati, S. Senatore, A. Ronconi and Regional Maternal Mortality Working Group //Acta Obstet. Gynec. Scand. – 2012. – V. 91(4). – P. 452-457.
10. Near-miss maternal mortality: cardiac dysfunction as the principal cause of obstetric intensive care unit admissions /Small M.J., James A.H., Kershaw T. et al. //Obstet. Gynec. – 2012. – V. 119(2). – P. 250-255.
11. Зеленина, Е.М. Анализ материнской смертности в Кемеровской области за десятилетний период /Зеленина Е.М., Тришкин А.Г., Артымук Н.В. //Мать и Дитя в Кузбассе. – 2008. – № 2(33). – С. 3-5.
12. Drotaverine hydrochloride for augmentation of labor /Singh K.C., Jain P., Goel N., Saxena A. //Int. J. Gynaec. Obstet. – 2004. – V. 84(1). – P. 17-22.
13. The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries /B.T. Bateman, M.F. Berman, L.E. Riley, L.R. Leffert //Anesth. Analg. – 2010. – V. 110. – P. 1368-1373.
14. Лечение-диагностические и организационные мероприятия при акушерских кровотечениях: клинич. протоколы /Артымук Н.В., Григорук Н.П., Григорьев Е.В. и др. //Мать и Дитя в Кузбассе. – 2013. – Спецвыпуск № 1. – С. 68-78.
15. Репина, М.А. Материнская смертность при акушерских кровотечениях и проблемы маточного гемостаза /Репина М.А. //Журн. акуш. и жен. бол. – 2011. – № 3. – С. 18-23.
16. Серов, В.Н. Пути снижения акушерской патологии /В.Н. Серов //Акуш. и гинекол. – 2007. – № 5. – С. 8-12.

REFERENCES:

1. Maternal Intensive Care and Near miss Mortality in Obstetrics. Anju Taly, Shashi Gupta, Neeta Jain. J. Obstet. Gynec. Ind. 2004; 54(5): 478-482.
2. Mantel G.D., Buchmann E., Rees H. et al. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss. Br. J. Obstet. Gynec. 1998; 105: 985-990.
3. Pattinson R.C., Buchmann E., Mantel G., Schoon M., Rees H. Can enquiries into severe acute maternal morbidity act as a surrogate for maternal death enquiries? BJOG. 2003; 110: 889-893.
4. Say L., Souza J.P., Pattinson R.C. and WHO working group on Maternal Mortality and Morbidity classifications. Maternal near miss-towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaec. 2009; 23(3): 287-296.
5. Almerie Y., Almerie M.Q., Matar H.E., Shahrour Y., Al Chamat A.A., Abdulsalam A. Obstetric near-miss and maternal mortality in maternity university hospital, Damascus, Syria: a retrospective study. BMC Pregn. Childbirth. 2010; 10: 65.
6. Ricky Frazer, Crawford Deane, Ramsey Sabit. A simple chest drain gone wrong: a near miss! BMJ Case Reports. 2011; doi:10.1136/bcr.12.2010.3563.
7. World Health Organization: Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Geneva, World Health Organization, 2004.
8. Helen L. Barrett, Ruth Devin, Sophie Clarke, Marloes Dekker Nitert, Robert Boots, Narelle Fagermo, Leonie K. Callaway, Karin Lust. A fifteen-year retrospective review of obstetric patients requiring critical care. Obstet. Med. 2012; 5: 166-170.
9. Donati S., Senatore S., Ronconi A. and Regional Maternal Mortality Working Group. Obstetric near-miss cases among women admitted to intensive care units in Italy. Acta Obstet. Gynec. Scand. 2012; 91(4): 452-457.
10. Small M.J., James A.H., Kershaw T., Thames B., Gunatilake R., Brown H. Near-miss maternal mortality: cardiac dysfunction as the principal cause of obstetric intensive care unit admissions. Obstet Gynec. 2012; 119(2): 250-255.
11. Zelenina E.M., Trishkin A.G., Artyuk N.V. Analysis of maternal mortality in the Kemerovo region during the decade. Mat' i Ditya v Kuzbasse. 2008; 2(33): 3-5 (In Russian).
12. Singh K.C., Jain P., Goel N., Saxena A. Drotaverine hydrochloride for augmentation of labor. Int. J. Gynaec. Obstet. 2004; 84(1): 17-22.
13. Bateman B.T., Berman M.F., Riley L.E., Leffert L.R. The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries. Anesth. Analg. 2010; 110: 1368-1373.
14. Artyuk N.V., Grigoruk N.P., Grigor'ev E.V. i dr. Medical diagnostic and organizational arrangements for obstetric hemorrhage: Klinicheskie protokoly. Mat' i Ditya v Kuzbasse. 2013; Specvypusk 1: 68-78 (In Russian).
15. Repina M.A. Maternal mortality for obstetric hemorrhage and uterine problems hemostasis. Zhurnal akusherstva i zhenskih boleznej. 2011; 3: 18-23 (In Russian).
16. Serov V.N. Ways to reduce obstetric pathology. Akusherstvo i ginekologija. 2007; 5: 8-12 (In Russian).

