

формации в области рубца, признаков воспаления введение ВМС противопоказано. При планировании последующей беременности прегравидарная подготовка должна включать оценку факторов риска несостоятельности рубца на

матке (гнойно-септические осложнения в послеоперационном периоде, внутриматочные вмешательства в течение первого года после операции, вид шовного материала), обследование на ЗППП.

Сведения об авторах

Ботоева Елена Аполлоновна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства, гинекологии с курсом педиатрии медицинского факультета Бурятского государственного университета, elenabotoeva@list.ru, 44-82-55.

Иванова Ирина Валерьевна – врач акушер-гинеколог городского родильного дома № 2.

Дамбаева Александра Ринчиновна – главный врач городского родильного дома № 2.

Бумбошкина Ирина – студентка медицинского факультета Бурятского государственного университета.

Гыгмытова Людмила – студентка медицинского факультета Бурятского государственного университета.

Authors

Botoyeva Elena Apollonovna – cand. of medical sci., associate professor of department Obstetrics and gynecology with a pediatrics course at Medical faculty of Buryat State University.

Ivanova Irina Valeryevna – obstetrician-gynaecologist of the municipal maternity house №2.

Dambayeva Alexandra Rinchinovna – head physician of the municipal maternity house №2.

Bumboshkina Irina – student of Medical faculty of Buryat State University.

Gigmatova Ludmila – student of Medical faculty of Buryat State University.

УДК 318.17 (511.14)
ББК 14.550

**Е.А. Ботоева, Н.С. Решетникова,
И.В. Иванова, А.Р. Дамбаева, Г.С. Богданова**

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

В статье рассматриваются результаты анализа акушерских кровотечений за последние 3 года (2006-2008 гг.) по материалам городского роддома №2.

Ключевые слова: кесарево сечение, роддом, акушерство.

**E.A. Botoyeva, N.S. Reshetnicova,
I.V. Ivanova, A.R. Dambayeva, G.S. Bogdanova**

THE ANALYSIS OF OBSTETRICS BLEEDINGS

The article deals with the analysis of obstetrics bleedings for last 3 years on materials of the urban maternity house №2.

Key words: analysis of obstetrics, bleedings, modern obstetrics

В настоящее время кровотечения – частые осложнения в акушерской практике и одна из основных причин материнской смертности. Ежегодно в мире 128 тысяч женщин (25% всей материнской смертности) умирают от кровотечений. Проблема стратегии и тактики восполнения острой кровопотери особенно актуальна. По тому, как она решается, можно судить о квалификации медицинского персонала, об организации неотложной помощи в том или ином родо-вспомогательном учреждении. Акушерские кровотечения выступают в структуре материнской смертности как конкурирующая причина – в 42%, а как фоновая – до 78%. Показатель акушерских кровотечений колеблется от 3 до 8% по отношению к общему числу родов. При этом 2-4% случаев кровотечений связано с гипотонией матки в последовом и послеродовом периодах,

около 1% возникает при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и предлежании плаценты.

Основные факторы, определяющие смертельный исход при акушерском кровотечении, – неполное обследование, недооценка состояния больной и неполноценная интенсивная терапия. Актуальными проблемами современного акушерства являются профилактика, прогнозирование и адекватная интенсивная терапия кровотечений.

Проведение последовательных и своевременных мероприятий, направленных на остановку кровотечения, дает возможность сохранить не только жизнь женщины, но и репродуктивную и менструальную функции.

По материалам городского роддома № 2, нами был проведен анализ кровотечений за по-

следние 3 года (2006-2008 гг.). Всего родов в 2008 г. зарегистрировано 5641, в 2007 г. – 5161, в 2006 г. – 5054. На фоне увеличения числа родов показатель акушерских кровотечений снизился с 29 в 2007 г. до 24,8 в 2008 г. на 1000 родов.

За последнее время в мире отмечается отчетливая тенденция к снижению числа кровотечений в последовом и послеродовом периодах на фоне увеличения процента кровотечений, связанных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты: они составляют 45%.

В структуре кровотечений, по материалам городского роддома № 2 за исследуемый период, показатель кровотечений на 1000 родов составил 1,2 при предлежании плаценты, 6,1-6,2 – при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты. При этом данные показатели значительно ниже российских и республиканских, которые составляют 3,3 и 6,48 в РБ, 1,96 и 9,1 в РФ соответственно.

По материалам городского роддома №2 за исследуемый период, отмечается снижение показателя кровотечений на 1000 родов в последовом и послеродовом периодах с 25,5 до 17,3. Кроме того, отмечается снижение показателя кровотечений на 1000 родов по причине нарушения свертывания крови с 1,38 до 0,35. По объему кровопотери от 500 мл до 1000 мл также отмечается снижение показателя с 1,6 до 1,25, а при кровопотере от 2 до 3 л снижение показателя произошло с 0,08 до 0,05.

Отмечается увеличение частоты родоразрешения путем проведения кесарева сечения при кровотечениях с 38,1 до 43,6%. При этом зарегистрировано снижение частоты кровотечений при экстренных операциях «кесарево сечение» с 90,2 до 87%. Причем в структуре кровотечений при кесаревом сечении отмечается снижение частоты кровотечений при гипотонии матки с 52,9 в 2006 г. до 32,8 в 2008 г. Причинами гипотонии при кесаревом сечении явились аномалии родовой деятельности в 2008 г. в 40%, крупный плод – в 30%, гестоз – в 25%, двойня – в 5%. За исследуемый период отмечается снижение гипотонии при операции кесарево сечение по причине аномалии родовой деятельности с 47 до 40%.

В структуре кровотечений при вагинальных родах отмечается повышение частоты гипотонии с 65,8 до 68,8%. В 2008 г. причинами гипотонии при вагинальных родах явились аномалии родовой деятельности в 27%, гестоз в 20%. Тяжелые формы гестозов всегда сопровождаются гипопроотеинемией, увеличением проницаемости

сосудистой стенки, обширными гемorragиями в ткани и внутренние органы.

Так, в мире тяжелые гипотонические кровотечения в сочетании с гестозом являются, по данным литературы, причиной смерти у 36% рожениц, а в случае присоединения соматической патологии у 49% выявляется прямая связь между частотой экстрагенитальной патологии, осложнений беременности и патологическим маточным кровотечением. Наличие органической патологии сердечно-сосудистой, дыхательной систем и печени при возникновении патологической кровопотери снижает адаптацию к уменьшению объема циркулирующей крови и может определять во многих случаях безуспешность даже своевременно и в полном объеме проводимых лечебных мероприятий. По материалам городского роддома №2 за исследуемый период, отмечается увеличение гипотонии при вагинальных родах по причине гестозов с 12,5 до 20%.

За исследуемый период нами выявлено снижение частоты патологии последового периода, в частности плотного прикрепления плаценты с 25,6 до 19. Гипотония матки в III периоде родов способствует нарушению отделения и выделения последа и, наоборот, может быть следствием нарушения этих процессов. В генезе осложнений послеродового периода – плотного прикрепления и приращения плаценты – лежит изменение морфологии губчатого слоя базальной децидуальной ткани. При плотном прикреплении плаценты происходит более прочное сращение ее с патологически измененным губчатым слоем. Это происходит из-за различных дистрофических, воспалительных изменений миометрия в связи с предыдущими абортами, родами, хроническими и острыми воспалительными процессами миометрия. Приращение плаценты – результат частичного или полного отсутствия губчатого слоя децидуальной оболочки вследствие атрофических процессов в эндометрии. Атрофия эндометрия развивается как результат оперативных вмешательств (кесарево сечение, ручное отделение последа при предыдущих родах, выскабливание полости матки, а также перенесенные эндометрит, субсерозная миома, гипофункция яичников). Дифференциальную диагностику между плотным прикреплением и приращением плаценты производят во время операции (ручное ее отделение).

При гистологическом исследовании препаратов матки, удаленной в связи с гипотоническим кровотечением, обнаруживают очаги дистрофии и некроза мышечной ткани, значительную хориальную инвазию миометрия, обшир-

ную лейкоцитарную инфильтрацию, кровоизлияния в толщу матки, набухание мышечных волокон. Эти изменения являются следствием соматических, а также акушерских и гинекологических заболеваний в анамнезе, осложненного течения беременности. Их причины хорошо известны врачам-акушерам. Основные факторы риска возникновения гипотонических кровотечений:

- Нарушение функции сосудистого тонуса, водно-солевого гомеостаза (отек миометрия), эндокринного баланса в связи с соматическими заболеваниями, эндокринопатиями и поздними гестозами.

- Дистрофические, рубцовые, воспалительные изменения миометрия в связи с опухолями матки, предыдущими родами и абортами, особенно осложненными операциями на матке, хроническим и острым воспалительным процессом (метрит, хориоамнионит).

- Растяжение миометрия в связи с наличием крупного плода, многоплодной беременности, многоводия.

Недостаточность нервно-мышечного аппарата матки, обусловленная генетическими факторами, инфантилизмом, гипофункцией яичников, сниженной стимуляцией миометрия продуктами фетоплацентарной системы.

- Нарушения функциональной способности миометрия в процессе родового акта, истощение нервно-мышечного аппарата миометрия в связи с чрезмерно интенсивной родовой деятельностью (стремительные роды) и длительным родовым актом (слабая родовая деятельность), внутривенным введением окситоцина и его аналогов, грубым, форсированным ведением последового и раннего послеродового периодов.

- Нарушения функции нервно-мышечного аппарата миометрия в связи с поступлением в

сосудистую систему тромбопластических субстанций, элементов околоплодных вод и продуктов аутолиза погибшего плода.

- Развитие общей и маточной гипоксии из-за неправильного проведения анестезии при оперативном родоразрешении, кровопотери. Травматические и болевые воздействия на организм роженицы.

- При нерациональном применении в процессе родов лекарственных средств, снижающих тонус миометрия (обезболивающих, спазмолитических, седативных, гипотензивных, токолитических).

- Снижение сократительной функции миометрия в связи с нарушением процессов отделения плаценты.

Учитывая сложный процесс борьбы с акушерскими кровотечениями, который связан с гипотонией матки, следует серьезно относиться к мерам профилактики. Еще на этапах обследования беременных выделять группу риска с развитием кровотечений, выявлять и корректировать нарушения, предрасполагающие к патологической кровопотере, рационально вести I и II периоды родов, избегать длительного использования родостимулирующих препаратов, своевременно проводить оперативное родоразрешение.

При патологической кровопотере необходимо адекватное лечение по принципам своевременности, комплексного подхода и индивидуального выбора интенсивной терапии.

Проведение последовательных и своевременных мероприятий, направленных на остановку кровотечения, дает возможность сохранить не только жизнь женщины, но и репродуктивную и менструальную функции.

Сведения об авторах

Ботоева Елена Аполлоновна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства, гинекологии с курсом педиатрии медицинского факультета Бурятского государственного университета, elenabotoeva@list.ru, 44-82-55.

Иванова Ирина Валерьевна – врач акушер – гинеколог, заведующая отделением наблюдения № 2 городского родильного дома № 2.

Дамбаева Александра Ринчиновна – главный врач городского родильного дома № 2.

Решетникова Наталья Сергеевна – врач акушер – гинеколог городского родильного дома № 2.

Богданова Галина Сергеевна – врач акушер-гинеколог городского роддома № 2.

Authors

Botoyeva Elena Apollonovna – cand. of medical sci., associate professor of department Obstetrics and gynecology with pediatrics course at Medical faculty of Buryat State University.

Ivanova Irina Valeryevna – obstetrician-gynaecologist of the municipal maternity house №2.

Dambayeva Alexandra Rinchinovna – head physician of the municipal maternity house №2.

Reshetnicova Natalya Sergeevna – obstetrician-gynaecologist of the municipal maternity house №2.

Bogdanova Galina Sergeevna – obstetrician-gynaecologist of the municipal maternity house №2.