

стояния плода, в ближайшие годы добиться снижения частоты кесарева сечения не удастся. По мнению В.Н. Серова (2007), к 2010 г. средний показатель по России достигнет 20 % и больше. Поэтому, в настоящее время возникает необходимость более строгого подхода к определению показаний для кесарева сечения и совершенствования методов профилактики послеоперационных осложнений.

Отмечается снижение частоты операций кесарево сечение при доношенной беременности с 2005 г. с 82,7 до 82,1 в 2008 г., при запоздалых родах с 9 в 2007 г. до 5,2 в 2008 г. При преждевременных родах отмечается уменьшение оперативной активности с 14 в 2007 г. до 12,7 в 2008 г.

В структуре операций выявлено снижение количества кесарева сечения у юных с 2 в 2006 г. до 1,2 в 2008 г., снижение количества кесарева сечения у возрастных с 9,5 в 2006 г. до 9,1 в 2008 г.

Кроме того, отмечается снижение показателя кесарева сечения у первородящих с 61 до 57.

Также отмечается снижение показателя эндотрахеального наркоза с 77,6 в 2005 г. до 15,7 в 2008 г. по материалам городского роддома № 2. В последние годы в акушерстве все большую популярность получают методы регионарного обезбоживания: спинальная, эпидуральная и комбинированная спинально-эпидуральная анестезия. В акушерских клиниках Европы и Северной Америки доля регионарных анестезий достигает 80 – 85 %.

Популярность регионарных методов анестезии обусловлена их относительной простотой, доступностью, экономической целесообразностью. Клиницистами накоплен большой опыт, наглядно демонстрирующий высокую эффективность регионарной анестезии, ее способность надежно блокировать ноцицептивную афферентацию, предотвращать нейровегетативные реакции, обеспечивать хорошую миорелаксацию.

Отмечается снижение частоты родоразрешения путем проведения операции кесарево сечение с нижнесрединной лапаротомией с 67,3 до 41 %. При этом зарегистрировано увеличение частоты операций кесарево сечение с лапаротомией поперечным разрезом с 21,9 до 50 %, что соответствует современным тенденциям.

Уровень ГСИ после операции кесарево сечение имеет тенденцию к снижению. Необходимо отметить, что с 2000 г. увеличилась доля синтетического рассасывающегося шовного материала (викрил, ПГА), а введение родовых сертификатов позволило широко использовать данные шовные нити.

В структуре показаний к операции кесарево сечение при беременности выявлено, что рубец на матке и тазовое предлежание являются по-прежнему самыми частыми. В структуре показаний к операции кесарево сечение в родах преобладают гипоксия плода и аномалии родовой деятельности. При этом отмечается снижение частоты таких показаний, как клинически узкий таз и кровотечения в родах.

Известно, что увеличение частоты кесарева сечения позволило значительно уменьшить перинатальные потери во всем мире. По материалам городского роддома № 2 за исследуемый период отмечается снижение перинатальной смертности с 9,8 до 3,7.

На наш взгляд, снижение перинатальной смертности обусловлено не только расширением показаний к кесареву сечению, но и внедрением в практику неонатологов современной аппаратуры, позволяющей выхаживать тяжелых детей.

Диспансерное наблюдение женщин, перенесших операцию кесарево сечение, должно осуществляется не менее 1 года после родов, в первые два месяца не реже 1 раза в 10 – 14 дней, в последующем – 1 раз в 3 месяца и при возникновении жалоб. Основные лечебно-диагностические мероприятия после кесарева сечения в первые месяцы должны быть направлены на повышение защитных сил организма, стимуляцию лактации, предотвращение развития инфекционно-воспалительных заболеваний. Через 6 месяцев – на регуляцию менструальной функции, лечение воспалительных заболеваний гениталий и патологии шейки матки. У лактирующих женщин оптимальный метод контрацепции – гормональный (препараты «минипили»). После окончания лактации – КОК. При наличии выраженной деформации 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.

Е.А. Ботоева, Н.С. Решетникова, Г.С. Богданова, Е. Чердиченко, Т. Черных

АНАЛИЗ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ (ПО МАТЕРИАЛАМ ГОРОДСКОГО РОДДОМА № 2)

*Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Городской роддом № 2 (Улан-Удэ)*

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 смерт-

ности) 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 родовспомогательном 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 связаны 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.

Нами был проведен анализ кровотечений за последние 3 года (2006 — 2008 гг.) по материалам городского роддома № 2. Всего родов в 2008 г. зарегистрировано 5 641, в 2007 г. — 5 161, в 2006 г. — 5 054. 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 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 операции кесарево сечение 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 операции кесарево сечение отмечается снижение частоты кровотечений при гипотонии матки с 52,9 в 2006 г. до 32,8 в 2008 г. Причинами гипотонии при операции кесарево сечение 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 %. Причинами гипотонии при вагинальных родах явились аномалии родовой деятельности в 2008 г. в 27 %, гестоз в 20 %. Тяжелые формы гестозов всегда сопровождаются гипопроотеинемией, увеличением проницаемости сосудистой стенки, обширными геморрагиями в ткани и внутренние органы.

Так, тяжелые гипотонические кровотечения в сочетании с гестозом являются, по данным литературы в мире, 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 ре-

зультат 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, обширную 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. Вот перечень основных факторов риска возникновения гипотонических кровотечений.

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

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

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

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

5. 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.

6. Нарушения функции нервно-мышечного аппарата миометрия в связи с поступлением в сосудистую систему тромбопластических субстанций, элементов околоплодных вод и продуктов аутолиза погибшего плода.

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

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

9. 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.

Т.И. Батудаева, О.К. Ефремова, С.Ц. Доржиева

РЕВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА Г. УЛАН-УДЭ В 2003–2008 ГГ.

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

Ревматологическая служба г. Улан-Удэ в течение ряда лет представлена по штатному расписанию 3 – 3,25 ставками, постоянный прием врача-специалиста осуществляется только в поликлинике № 2. В городских поликлиниках № 1 и № 3 врачи ревматологи в течение анализируемых лет являются совместителями на 0,5 – 0,25 ставки, в поликлиниках №№ 5, 6 ставка ревматолога отсутствует, и диспансерное наблюдение больных ревматологического профиля осуществляют участковые терапевты, консультативный прием – врачи-кардиологи. Данная ситуация приводит к тому, что в ряде случаев диагноз пациентам ставится поздно, а лечение оказывается неадекватным.