

УДК 618.3-002:618.5-089

РОЛЬ ГЕСТОЗА И ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ФОРМИРОВАНИИ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДРАЗРЕШЕНИИ

Л.М. Семягина, Б.Е. Гребенкин, Г.К. Садыкова,
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия»

Семягина Людмила Михайловна – e-mail: ludasemyagina@mail.ru

Установлено, что к увеличению объема кровопотери при кесаревом сечении приводят изменения миометрия в результате перенесенных гинекологических заболеваний и внутриматочных вмешательств в анамнезе, и перерастяжения матки во время беременности; экстрагенитальные заболевания; осложнения беременности (гестозы, невынашивание, предлежание и преждевременная отслойка плаценты); необходимость приема лекарственных препаратов (токолитики, дезагреганты, гипотоники) во время беременности.

Ключевые слова: кесарево сечение, кровопотеря, гестоз, хронические воспалительные заболевания.

The aim of the study was to indicate factors and reasons of enlarged blood lost during caesarean section. Chronic inflammatory diseases, abortions, uter overstrain, extragenital diseases, pregnancy complications, receive of disaggregant, antihypertensive, tocolytic therapy.

Key words: blood loss during the caesarean section, preeclampsia, chronic inflammatory diseases.

Введение

Кесарево сечение является ведущей операцией в акушерской практике, которая при осложненном течении беременности и родов позволяет сохранить здоровье и жизнь матери и ребенка. Однако, по причине высокого риска интраоперационного кровотечения ее следует относить к разряду сложных оперативных вмешательств [1].

Кровотечение при кесаревом сечении встречается в 3–5 раз чаще, чем при родоразрешении через естественные родовые пути [2]. Средняя кровопотеря при кесаревом сечении составляет 650 ± 50 мл [2].

Причинами первичных интраоперационных кровотечений являются кровотечение из краев разреза, в случае ранения сосудистого пучка, дополнительного разрыва краев раны вниз, ранение венозных пузырно-маточных сплетений, гипо- или атоническое состояние матки и, наконец, хронический ДСВ-синдром [1, 2].

Определение среди беременных и рожениц групп риска по развитию кровотечения при оперативном родоразрешении позволяет применить меры по профилактике и своевременной остановке кровотечения.

Цель исследования: выявление факторов риска кровотечения во время операции кесарева сечения.

Материалы и методы

По данным акушерского отделения Пермской ККБ проведено ретроспективное исследование особенностей течения беременности и родов у 46 женщин, родоразрешенных путем кесарева сечения.

Все пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от класса кровопотери. Первую (основную) группу составили 22 пациентки (47,8%), из них 14 со II классом (1000–1500 мл), 5 – с III классом (1500–2100 мл) и 3 пациентки – с IV классом (более 2100 мл) кровопотери; вторую (контрольную) группу составили 24 женщины (52,2%) с I классом

кровопотери (500–800 мл). Объем кровопотери оценивали гравидометрическим способом. Во всех группах были изучены акушерский и гинекологический анамнез, выявлена экстрагенитальная патология, особенности течения беременности и родов.

Средний возраст в основной группе составил 28,4 года, в группе сравнения – 28,8 лет, без достоверных отличий. Во второй группе 22,7% пациенток были старше 35 лет. В группе с I классом кровопотери пациенток в возрасте старше 35 лет не было.

Первобеременные женщины зарегистрированы в 36,4 и 16,6% наблюдений в I и II группах исследования. Первые роды при этом предстояли только в 63,6 и 41,6% женщин, соответственно. Искусственные и самопроизвольные аборт отмечены в 92,9% в изучаемой группе в сравнении с 50% женщин с I классом кровопотери. Только в основной группе выявлены пациентки с количеством абортов более 2.

Имеющиеся гинекологические заболевания, в основном воспалительные процессы, встречались почти в 2 раза чаще в первой группе (54,5%) в сравнении с контрольной группой (25,0%). Кроме этого, только в первой группе были выявлены 2 пациентки (9,1%) с миомой матки.

Таким образом, уже до наступления беременности у большинства женщин изучаемой группы имелись функциональные повреждения матки, предрасполагающие к нарушению сократительной способности миометрия.

Результаты исследования

Оценивая соматический статус пациенток, можно заключить, что патология внутренних органов, влияющая на развитие гестоза, не является безразличной для объема кровопотери. У 86,4% пациенток основной группы зарегистрированы экстрагенитальные заболевания, в контрольной – только в 58,3%. Так, избыточную массу тела имели 63,6% (ИМТ=25) женщин в основной группе, только 21,8% в контрольной. Сердечно-сосудистая патология и анемия отмечена в 33,3%, заболевания почек в 18,2% пациенток основной группы. Только в первой группе встречались пациентки с повреждением печени (хронический гепатит).

Для оценки влияния состояния сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза на объем кровопотери учитывался показатель количества тромбоцитов в группах. В изучаемой группе среднее количество тромбоцитов составило $203,8 \pm 2,394 \times 10^3$, в контрольной группе – $198,5 \pm 8,215 \times 10^3$.

При ретроспективном анализе течения данной беременности выявлены значительные различия в группах. Угроза прерывания беременности в основной группе отмечена в 66,7% случаев, в контрольной группе – в 41,7%. Перерастяжение матки в связи с наличием многоводия, многоплодия и крупного плода зарегистрировано у 38,1% женщин первой группы, у 8,3% – второй.

Преждевременная отслойка и предлежание плаценты имели место в изучаемой группе в 31,8%, причем в 50% случаев встречалась в группе с III и IV классом кровопотери. В группе сравнения только в одном случае имелось низкое расположение плаценты.

Беременность, осложненная гестозом, зарегистрирована у 72,7% изучаемых основной группы и у 41,6% группы сравнения. Среди пациенток основной группы в 68,7% имел место гестоз средней и тяжелой степени, в группе сравнения выявляли только гестоз легкой степени. Фетоплацентарная недо-

статочность диагностирована в 45,5% случаев в основной группе, во второй в 41,7%.

Учитывая высокий процент осложнений беременности, пациенткам изучаемой группы потребовалось применение лекарственных средств (токолитики, дезагреганты, гипотоники) в 86,4%, в сравнении с 57,1% в группе сравнения.

Экстренное кесарево сечение было произведено в 68,2% случаев в первой группе и в 66,7% – во второй. Расширение объема операции до экстирпации матки потребовалось среди пациенток с III и IV классом кровопотери из основной группы в 4 случаях (по 2 случая в каждом классе): в 2 случаях – истинное вращение плаценты при предлежании, 1 случай – множественная гигантская миома матки, 1 случай – кровотечение травматического генеза по поводу клинического несоответствия.

Летальных исходов в изучаемых группах не было.

При кровотечении во время операции в зависимости от причины проводились следующие мероприятия.

При повреждении сосудов – ушивание поврежденных сосудов (для облегчения данной манипуляции и уменьшения объема кровопотери лучше вывести матку в рану).

При нарушении сократительной способности матки – введение утеротонических средств внутривенно (метилэргобревин 0,2 мг болюсно и окситоцин 10 ЕД на изотоническом растворе 500,0 мл пролонгированно) и в мышцу матки (динопростон 0,25 мг в область плацентарной площадки или нижний маточный сегмент при предлежании плаценты) [3]. В случае кровотечения из плацентарной площадки – наложение матрачных швов на эту область [2]. При неэффективности – гемостатические швы на матку; перевязка магистральных сосудов и/или маточных артерий [3]. При отсутствии эффекта – гистерэктомия (желательно с предварительным временным клеммированием подвздошных артерий) [1, 2, 3].

Коррекция нарушений в системе гемостаза включала использование транексамовой кислоты 10 мг/кг (патологическая первичная активация фибринолиза) [5], гордокса (апротинин) 500 000 – 1 000 000 ЕД (при вторичном гиперфибринолизе), свежезамороженной плазмы 15 мл/кг и более (при кровотечении III–IV класса), криопреципитата (при содержании фибриногена менее 1 г/л) и при массивных кровотечениях rf VIIa НовоСэвен (при условии pH крови более 7,2; концентрации фибриногена более 1 г/л, Hb более 70 г/л, тромбоцитов более 50 000) [3, 4].

Инфузионно-трансфузионная терапия проводилась с учетом класса кровопотери и состояния системы гемостаза: кристаллоиды, коллоиды (6% гидроксиэтилкрахмал), гемотрансфузия эритроцитарной массы 250–500 мл и более (при кровотечении III–IV класса и Hb менее 70 г/л) [3].

Выводы

Морфологические изменения миометрия в результате перенесенных гинекологических заболеваний и оперативных вмешательств в анамнезе (аборт, воспалительные заболевания органов малого таза) и при настоящей беременности (многоплодная беременность, крупный плод, многоводие); экстрагенитальные заболевания (избыточная масса тела, заболевания сердечно-сосудистой системы, печени и анемия); осложнения беременности (тяжелые гестозы, невынашивание, предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты); необходимость приема

лекарственных препаратов (токолитики, дезагреганты, гипотоники) во время беременности приводят к увеличению объема кровопотери при операции кесарева сечения.

Массивные кровотечения (III, IV класс кровопотери) встречаются с наибольшей частотой у пациенток с аномалиями прикрепления и расположения плаценты и требуют расширения объема операции до экстирпации матки.

Профилактику массивных кровотечений у женщин групп риска обеспечивает своевременная и полноценная коррекция имеющихся нарушений, которая должна проводиться до операции, во время операции и в раннем послеродовом периоде.



ЛИТЕРАТУРА

1. Кесарево сечение. /Под редакцией Краснопольского В.И. М.: ТОО «ТЕХЛИТ»; МЕДИЦИНА, 1997. 285 с.
2. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комисарова Л.М. Кесарево сечение. М.: Триада-Х, 2004. 320 с.
3. Кровотечения в акушерской практике. В кн. Акушерство: национальное руководство. /Под редакцией Э.К. Аламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. С. 1046-1074.
4. Куликов А.В., Бражников А.Ю. Применение рекомбинантного фактора VII (rf VIIa НовоСэвен) при массивных кровотечениях в акушерстве. /Методическое письмо. Уральская государственная медицинская академия. Екатеринбург. 2009.
5. Васильев С.А., Виноградов В.Л., Гемдзян Э.Г. Транексам – антифибринолитический гемостатик. Тромбоз, гемостаз, реология. 2008. № 1. С. 28-29.