УДК 618.56-06-02:618.14-005.1(045)

АНАЛИЗ ПРИЧИН ГИСТЕРЭКТОМИЙ У ПАЦИЕНТОК С АКУШЕРСКИМИ ПОСЛЕРОДОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ (ПО ДАННЫМ ГУЗ «ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР» ГОРОДА САРАТОВА)

Маслякова Г.Н., Архангельский С.М., Делиникайтис Е.Г., Малыбаева Е.Р.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского Минздрава России», Саратов

Проведён анализ случаев оказания медицинской помощи беременным и родильницам в ГУЗ «ПЦ» г. Саратов за 2007-2012 гг. В исследование включались пациентки, у которых послеродовый период осложнился ранним или поздним послеродовым кровотечением. Выявлена определённая частота встречаемости данной патологии у женщин разных групп риска. Изучены характер и частота осложнений во время беременности, родов, в послеродовом периоде у женщин различных групп риска и определена взаимосвязь этих осложнений с основным заболеванием. В этиологической структуре послеродовых кровотечений первые три места занимают кровотечения, обусловленные развитием ДСММ в результате наличия миомы матки, вследствие предлежаний или вращений плацент и гипотонические маточные кровотечения без видимых акушерских причин. В группе женщин с послеродовыми кровотечениями без видимых акушерских причин в 96,5% диагностируется синдромом дисплазии соединительной ткани (НДСТ). Наиболее часто атонические маточные кровотечения у женщин с НДСТ развиваются у молодых женщин (средний возраст 24 года), после первых срочных родов. Беременность и роды у женщин с НДСТ, как правило, протекают гладко, однако в послеродовом периоде осложняются массивными кровотечениями, средний объем которых составляет 1760 мл. Беременные с фенотипическими признаками синдрома дисплазии соединительной ткани имеют угрозу развития послеродового гипотонического кровотечения, что делает необходимым проведение превентивных мероприятий по предупреждению их развития.

Ключевые слова: акушерские кровотечения, факторы риска, причины развития.

ANALYSIS OF THE CAUSES OF HYSTERECTOMIES IN PATIENTS WITH OBSTETRIC POSTPARTUM HEMORRHAGE ACCORDING "PERINATAL CENTER" OF THE CITY OF SARATOV

Maslyakova G.N., Archangel S.M., Delinikaitis E.G., Malybaeva E.R.

Medical University "Saratov State Medical University. V.I.Razumovskogo Russian Ministry of Health ", Saratov, Russia (410012, Saratov, street B.Kazachya, 112). "Perinatal Center" Saratov (Saratov ,street Rabochaya , 144)

The analysis of cases of medical care for pregnant and postpartum women in "Perinatal Center" in Saratov for 2007-2012 years is carried out. The study included patients whose postpartum period was complicated by early or late postpartum hemorrhage. It has been spotted a certain incidence of this disease in women of different risk groups. There are examined the nature and frequency of complications during pregnancy, childbirth and postpartum women of different risk groups and is determined the relationship of these complications to the underlying illness. In the etiological structure of postpartum hemorrhage occupy the first three places due to the development incoordination of uterine contractions bleeding due to the presence of uterine fibroids, the presentations are due to rotations or placentas and hypotonic uterine bleeding without obvious obstetric causes. In the group of women with postpartum bleeding for no apparent obstetric causes in 96.5% diagnosed connective tissue dysplasia syndrome. Most often atonic uterine bleeding in women with undifferentiated connective tissue dysplasia develop in young women (mean age 24 years), after the first term birth. Pregnancy and childbirth in women with undifferentiated connective tissue dysplasia usually uneventful, but postpartum complicated by massive bleeding, which is the average volume of 1760 ml. Pregnant with phenotypic traits connective tissue dysplasia syndrome have the threat of postpartum hemorrhage hypotonic, which makes it necessary preventative measures to prevent their development.

Keywords: obstetric hemorrhage, risk factors, causes of development .

Известно, что кровотечения в акушерстве являются серьезным осложнением, приводящим нередко к гибели женщины. Массивные гипотонические и атонические послеродовые кровотечения в 20-25% являются ведущей причиной в структуре материнской

смертности [1, 2, 6]. По данным зарубежных исследователей [8], акушерские кровотечения занимают одно из первых мест среди причин материнской смертности.

Причинами кровотечений, приводящих к летальному исходу, наиболее часто являются гипотония матки и/или патология плацентации (предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, истинное врастание плаценты у беременных с рубцом на матке); многочисленные беременности; рубцы на матке; опухоли и аномалии развития матки; тяжелый гестоз; многоплодная беременность; крупный плод; многоводие; экстрагенитальные заболевания матери и др.

Однако, к сожалению, не всегда удается установить причину развития послеродового кровотечения, когда у женщин с гладким течением беременности и родов вдруг в послеродовом периоде развивается гипотония и атония матки. По отношению к общему числу родов частота таких акушерских кровотечений колеблется от 2,7 до 8% [3, 4, 5, 7]. Таким образом, высокая частота акушерских кровотечений, приводящих к смерти пациенток или утрате ими репродуктивной функции, побуждает продолжать поиски причин развития послеродовых кровотечений для разработки более эффективных способов их лечения.

Целью нашего исследования явилась оптимизация диагностики и тактики ведения беременных, угрожаемых по риску развития гипо- и атонического кровотечений.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужил послеоперационный материал (удалённые матки), полученный от 114 родильниц, с кровотечениями, развившимися в послеродовом периоде, находившихся в ГУЗ «ПЦ» в 2007-2012 гг. Проводился анализ медицинской документации. При ретроспективном анализе историй родов учитывали следующие факторы: биологические (возраст) и социальные (место жительства, семейное положение, образование, сфера занятости) факторы; акушерско-гинекологический анамнез (в том числе анализ репродуктивной функции); течение беременности, родов и послеродового периода; данные клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования женщины. Для определения фенотипических признаков ДСТ пользовались таблицей наиболее характерных внешних фенотипических признаков соединительнотканных дисплазий и таблицей фенотипических признаков соединительнотканных дисплазий со стороны ЦНС и внутренних органов (Земцовский Э.В., 2000). Внешние фенотипические признаки выявляли при объективном осмотре, внутренние – по данным эндоскопических методов исследования, функциональной и ультразвуковой диагностики, а также заключений специалистов (Глотов А.В., 1994; Усольцева Л.В., 2002).

Результаты исследования и их обсуждение

Родильницы были разделены на 5 групп в зависимости от причин, по которым были произведены гистерэктомии (экстирпация или надвлагалищная ампутация маток), табл. 1.

Таблица 1

Распределение женщин по группам

Группа	Причина послеродового кровотечения	Количество удалённых маток
1	ДСММ, развившиеся в связи с наличием миомы матки	30
2	В результате вращения или предлежания плаценты	27
3	В связи с наличием несостоятельного рубца на матке	13
4	Другие	15
5	Кровотечения вследствие гипотонии матки без акушерских причин	29

Первую группу составили 30 пациенток в возрасте от 31 до 34 лет (средний возраст 33,3 года), причиной удаления маток которых явилось наличие фибромиомы матки различных размером и локализации (от единичных субмукозных узлов, деформирующих полость матки и, как следствие, нарушающих сократительную способность миометрия, до множественных интерстициальных и субсерозных узлов). В этой группе количество предстоящих первых родов составило 13 (43,3%), вторых – 15 (50%), третьих и более – 2 (6,7%). Количество беременностей в среднем составило 4. Отягощённый акушерско-гинекологический анамнез выявлен у 19 (63%) беременных, что определялось количеством абортов и самопроизвольных выкидышей. Носительство torch-инфекции выявлено у 9 (30%) беременных (табл. 2).

Течение беременности в данной группе осложнилось многоводием у 1 (3,3%) пациентки, анемией легкой степени у 8 (26,7%), токсикозом у 7 (23,3%), угрозой прерывания беременности у 21 (70,6%), ОРВИ во время беременности отмечалось у 2 (6,7%), ХВГП – у 4 (13,3%) пациенток.

Срок гестации на момент родоразрешения в данной группе в среднем составил 37 недель и 4 дня. Роды в головном предлежании произошли у 23 (76,6%), в ягодичном у 5 (16,6%), в другом предлежании (косое, поперечное) у 2 (6,8%) пациенток. Всем родильницам этой группы был составлен оперативный план родоразрешения, учитывая наличие фибромиомы матки.

Таблица 2

Показатели течения беременности и родов у родильниц с разной патологией

Признак	1-я группа *N* = 15	2-я группа *N* = 30	3-я группа *N* = 27	4-я группа *N* = 13	5-я группа *N* = 29
Возраст, лет					
min max (Me)	25 - 48 (30,6)	31- 34 (33,3)	21- 37 (32,8)	27 - 34 (30,7)	18 - 34 (23,9)
Кол-во родов, n (%)					
1-е роды 2-е роды 3-е роды	6 (40%) 6 (40%) 3 (20%)	13 (43,3%) 15 (50%) 2 (6,7%)	8 (29,6%) 11 (40,8%) 8 (29,6%)	0 6 (46,1%) 7 (53,9%)	19 (65,5%) 4 (13,7%) 6 (20,8%)
Осложненный акушерско-гинекологический анамнез *n*, %					
Артифициальные аборты, воспалительные заболевания	8 (53%)	19 (63%)	17 (63%)	7 (53,9%)	7 (24,1%)
Носители torch-инфекции	11 (73%)	9 (30%)	13 (48%)	4 (30,7%)	6 (20,7%)
Течение беременности					
Многоводие Анемия Токсикоз УПБ ХВГП ОРВИ	4 (26,7%) 5 (33,3%) 1 (6,6%) 2 (13,3%) 3 (20%) -	1 (3,3%) 8 (26,7%) 7 (23,3%) 21 (70,6%) 4 (13,3%) 2 (6,7%)	5 (18,5%) 3 (11,1%) 4 (14,8%) 10 (37%) 3 (11,1%) 1 (3,7%)	– 10 (76,9%) 3 (23%) 7 (53,8%) 1 (6,7%) 1 (7,6%)	– 7 (24,1%) 3 (10,3%) 10 (34,5%) 10 (34,5%) 3 (10,3%)
Срок родоразрешения, неделя					
min max (Me)	От 32-33 до 39-40 (36 нед. 5 дней)	От 36-37 до 38-39 (37нед. 4 дня)	От 36-37 до 39-40 (38нед.)	От 34-35 до 38-39 (36 нед.)	От 35-36 до 40-42 (38 нед. 2дня)
Предлежание плода					
Головное Ягодичное Поперечное Другое	9 (60%) 5 (33,4%) 1 (6,7%) –	23 (76,6%) 5 (16,6%) – 2 (6,82%)	20 (74%) 5 (18,5%) – 2 (7,5%)	10 (76,9%) 3 (23,1%) – –	27 (93,1%) 2 (6,9%) – –
Продолжительность родового акта					
1-й период 2-й период	5 ч 35 мин 10 мин	Оперативный план родораз-	6 ч 30 мин	Оперативный	7 ч 35мин

3-й период		решения	20 мин 5 мин	план родораз- решения	30 мин 5 мин
Объём кровопотери, мл					
1-е роды 2-е роды 3-е роды Средняя	2300 1490 1548 1820	870 1010 1050 950	1500 1470 1500 1490	0 950 1625 1160	1500 2500 1900 1760
Признаки дисплазии соединительной ткани	6 (40%)	14 (46,7%)	5 (18,5%)	5 (46,1%)	28 (96,5%)

Объём кровопотери в среднем составил 950 мл, у первородящих – 870 мл, у беременных с предстоящими вторыми родами – 1010 мл и у беременных с 3-ми родами – 1050 мл.

Во вторую группу вошли 27 родильниц в возрасте от 21 до 37 лет (средний возраст 32,8 года), причиной удаления маток которых явилось предлежание и вращение плаценты. Следует отметить, что первые роды предстояли 8 (29,6%) беременным, вторые – 11 (40,8%) беременным, третьи и более – 8 (29,6%) беременным. Отягощённый акушерско-гинекологический анамнез отмечен у 17 (63%) беременных, что определяется количеством артифициальных абортов и воспалительных заболеваний матки и придатков (хронический эндометрит, хронический сальпингоофорит), диатермокоагуляцией по поводу эрозии шейки матки. Носительство torch-инфекции обнаружено у 13 (48%) беременных.

Беременность в данной группе осложнилась многоводием у 5 (18,5%) беременных, анемией легкой степени у 3 (11,1%), токсикозом у 4 (14,8%), угрозой прерывания беременности у 10 (37%), ОРВИ во время беременности наблюдалось у 1(3,7%), ХВГП – у 3 (11,1%).

Гестационный срок на момент родоразрешения составил в среднем 38 недель. Роды в головном предлежании произошли у 20 (74%) беременных, в ягодичном – у 5 (18,5%), прочие (косое, ножное) – у 2 (7,5%). Объём кровопотери у первородящих составил 1500 мл, у беременных которым предстояли вторые роды, – 1470 мл, третьи и более – 1500 мл, в среднем – 1490 мл. Средняя продолжительность родового акта в данной группе составила 6 ч 55 мин: 1-й период – 6 ч 30 мин, 2-й период – 20 мин, 3-й период – 5 мин.

Третью группу составили 13 пациенток в возрасте от 27 до 34 лет (средний возраст 30,7 года), причиной удаления маток которых явилась несостоятельность рубца на матке (полный или неполный разрывы матки). В этой группе беременных, которым предстояли

первые роды, не было, количество беременных, которым предстояли вторые роды, – 6 (46,1%), третьи и более – 7 (53,9%). Отягощённый акушерско-гинекологический анамнез выявлен у 7 (53,9%) беременных. Среднее количество абортов в данной группе составило 3. Носительство torch-инфекции выявлено у 4 (30,7%) беременных.

В данной группе беременность протекала на фоне анемии разной степени тяжести у 10 (76,9%) беременных, токсикоза – у 3 (23%), угрозы прерывания беременности – у 7 (53,8%), ОРВИ – у 1 (7,6%), ХВГП – у 1 (7,6%) пациентки.

Срок гестации на момент родоразрешения составил в среднем 36 недель и 3 дня. В головном предлежании произошли роды у 10 (76,9%), в ягодичном – у 3 (23,1%) беременных. Всем беременным данной группы был составлен оперативный план родоразрешения.

Объём кровопотери у беременных, которым предстояли вторые роды, составил 950 мл, третьи и более – 1625 мл. Средний объём кровопотери в данной группе составил 1287,5 мл.

Четвертую группу составили 15 беременных в возрасте от 25 до 48 лет (средний возраст 30,6 года), причиной удаления маток которых явились другие факторы: болезнь Крона, постэклампсическая кома, эмболия околоплодными водами, многоводие, многоплодие, преэклампсия разной степени, эндометрит, подозрение на suspicious cave uteri. Следует отметить, что первые роды предстояли 6 (40%) беременным, вторые – 6 (40%), третьи и более – 3 (20%) беременным. Наличие отягощённого акушерско-гинекологического анамнеза выявлено у 8 (53%) беременных, что связано с количеством артифициальных абортов, диатермокоагуляцией шейки по поводу эрозии шейки матки. Максимальное количество беременностей в данной группе – 13, в среднем 7. Носительство torch-инфекции обнаружено у 11 (73%) беременных.

Беременность в данной группе осложнилась многоводием у 4 (26,7%) беременных, анемией различной степенью выраженности у 5 (33,3%), токсикозом – у 1 (6,6%), угрозой прерывания беременности – у 2 (13,3%), ХВГП – у 3 (20%) беременных.

Срок гестации на момент родоразрешения в среднем составил 36 недель и 5 дней. Роды в головном предлежании произошли у 9 (60%), в ягодичном – у 5 (33,4%), у 1 (6,7%) беременной в поперечном положении.

Средний общий объём кровопотери в данной группе составил 1820 мл, причём у первородящих – 2300 мл, у беременных с предстоящими вторыми родами – 1490 мл, третьими и более – 1548 мл. Продолжительность родового акта в данной группе в среднем составила 5 ч 45 мин: 1-й период – 5 ч, 2-й – 35 мин, 3-й – 10 мин.

В пятую группу вошли 29 родильниц в возрасте от 18 до 34 лет (средний возраст 23,4 года) с гипотоническим кровотечением неясного генеза, которое не удалось купировать консервативными мероприятиями: осмотр родовых путей на предмет травм (разрывы, трещины влагалища, шейки матки), внутривенное капельное введение утеротоников, ручное обследование полости матки, наружно-внутренний массаж матки с бимануальной компрессией, управляемая маточная баллонная тампонада полости матки, наложение гемостатических компрессионных швов на матку в различных модификациях, введение ингибиторов фибринолиза (препараты транексамовой кислоты). Всем пациенткам во время беременности проводилось исследование системы гемостаза, который во всех случаях был компенсирован и в коррекции не нуждался.

При анализе акушерского анамнеза было установлено: первые роды предстояли 19 (65,5%) беременным, вторые – 4 (13,7%), третьи и более – 6 (20,8%) беременным. Максимальное количество беременностей в этой группе – 4, причем 3 из которых заканчивались либо самопроизвольным выкидышем, либо неразвивающимися беременностями. Отягощённый акушерско-гинекологический анамнез встречался у 7 (24,1%) беременных, в основном за счёт самопроизвольных выкидышей, замерших беременностей и воспалительных заболеваний придатков (хронический сальпингоофорит, кисты яичников), что подтверждается носительством torch-инфекции у 6 (20,7%) беременных.

При анализе течения беременности у пациенток этой группы получены следующие результаты: анемия легкой степени – у 7 (24,1%), токсикоз – у 3 (10,3%), угроза прерывания беременности – у 10 (34,5%), развитие ОРВИ во время беременности выявлено – у 3 (10,3%), хроническая внутриутробная гипоксия плода встречалась у 10 (34,5%) беременных.

Гестационный срок на момент родоразрешения колебался от 35-36 до 40-41 недель и в среднем составил 38 недель и 2 дня. Роды в головном предлежании произошли у 27 (93,1%) беременных, в ягодичном - у 2 (6,9%). Общая продолжительность родов в среднем составила 8 ч 20 мин: 1-й период – 7 ч 45 мин, 2-й – 30 мин, 3-й период – 5 мин.

Объем кровопотери у первородящих составил 1500 мл, у беременных, которым предстояли вторые роды, – 2500 мл, третьи и более роды – 1900 мл. Средняя величина кровопотери в данной группе составила 1760 мл.

Учитывая тот факт, что у родильниц каждой из групп сравнения встречались внешние признаки дисплазии соединительной ткани, был проведен анализ частоты встречаемости данных признаков.

К внешним проявлениям дисплазии соединительной ткани относились астеническое телосложение, некоторые особенности строения скелета и связочного аппарата (аномалии

прикуса, искривленные мизинцы, сколиоз, плоскостопие, миопия разной степени выраженности). Кроме того, за висцеральные фенотипические маркеры дисплазии соединительной ткани принимались аномалии развития сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем, диагностированные в ходе ультразвукового обследования (пролапсы митрального и трикуспидального клапанов различных степеней с регургитацией и без, нефроптозы разных степеней выраженности, аномалии развития органов) и варикозное расширение вен нижних конечностей, устанавливаемое при общем осмотре. Из лабораторных показателей учитывались количество оксипролина и ГАГ в моче. Достоверным признаком НДСТ является увеличение этих показателей в суточной пробе мочи.

Было установлено, что признаки дисплазии соединительной ткани различной степени выраженности были выявлены у 14 (46,7%) беременных первой группы, у 6 (40%) беременных второй группы; у 5 (18,5%) беременных третьей группы; у 5 (46,1%) беременных четвертой группы и у 28 (96,5%) беременных пятой группы.

Таким образом, анализ причин послеродовых маточных кровотечений показал, что все необоснованные с точки зрения течения беременности и родов кровотечения в 96,5% развиваются у рожениц с синдромом дисплазии соединительной ткани. В этой группе женщин кровотечения в 65,5% развиваются в период первых родов, в 13,7% - во время вторых, и в 20,8 % - во время третьих родов. Только одна пятая часть женщин в анамнезе имеет отягощенный акушерский анамнез в виде воспалительных заболеваний матки и придатков. Из осложнений беременности наиболее часто (в 35,5% случае) регистрируются угроза прерывания беременности и хроническая внутриутробная гипоксия плода, реже – анемия беременных (24,1%), гестоз и ОРВИ (по 10,3%). В этой группе женщин, как правило, роды развиваются в срок и в 93,1% случаев наблюдается головное предлежание. Средняя продолжительность родового акта составляет 8 ч 20 мин, и в раннем послеродовом периоде развивается массивное гипотоническое маточное кровотечение, по поводу которого после проведения комплексной консервативной терапии проводится экстирпация или ампутация матки.

Выводы

1. В этиологической структуре послеродовых кровотечений первые три места занимают кровотечения, обусловленные ДСММ, развившиеся в результате наличия миомы матки, вследствие предлежаний или врастаний плацент, и гипотонические маточные кровотечения без видимых акушерских причин.
2. В группе женщин с послеродовыми кровотечениями без видимых акушерских причин в 96,5% диагностируется синдромом дисплазии соединительной ткани (НДСТ).

3. Наиболее часто атонические маточные кровотечения у женщин с НДСТ развиваются у молодых женщин (средний возраст 24 года), после первых срочных родов.

4. Беременность и роды у женщин с НДСТ, как правило, протекают гладко, однако в послеродовом периоде осложняются массивными кровотечениями, средний объем которых составляет 1760 мл.

5. Беременные с фенотипическими признаками синдрома дисплазии соединительной ткани имеют угрозу развития послеродового гипотонического кровотечения, что делает необходимым проведение превентивных мероприятий по предупреждению их развития.

Список литературы

1. Акушерские кровотечения / Под общ. ред. В.И. Кулакова. – М., - Триада-Х, 1998. – 96с.
2. Акушерские кровотечения / В.И.Кулаков [и др.]. – М., 1997. – 96с.
3. Акушерство / Под общ. ред. Г.М. Савельевой. – М.: Медицина, 2000. – 416 с.
4. Избранные лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – Ростов н/Д.: Феникс, 2000. – 512 с.
5. Кулаков В.И. Акушерские кровотечения. – М., Н-Л, 2009. – 60 с.
6. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии на догоспитальном этапе: Справочник / Под ред. Э.К. Айламазян. – СПб.: Специальная литература, 2002. – 112 с.
7. Чернуха Е.А. Родовый блок. – М., 2003.– 345 с.
8. Benedetti T.J. Obstetric Hemorrhage // S.G. Gabbe Obstetrics — normal and problem pregnancies, 4th ed. — Philadelphia: Churchill Livingstone, 2002.

Рецензенты:

Михайлов А.В., д.м.н., профессор, главный врач ГУЗ «Перинатальный центр» Саратовской области, г. Саратов.

Рогожина И.Е., д.м.н., заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов.