

## МАСИВНІ АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ, ПРИНЦИПИ РАЦІОНАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ

Ганич М.М., Корсак В.В., Маляр В.А., Качала Т.М., Панаїт В.І., Хаща І.І.

Ужгородський державний університет, м. Ужгород

Однією з найбільш актуальних проблем в акушерстві є маткові кровотечі. Вони займають одне з провідних місць в структурі материнської смертності. Частота акушерських кровотеч коливається в межах 3-15% від загальної кількості родів та не має тенденції до зниження [5]. При цьому частота гіпотонічних кровотеч становить 2-4%, передлежання та передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти - 0,9-1,6%. Продовжує зростати частота патологічних крововтрат при оперативних розродженнях [1, 6]. У жінок після акушерських кровотеч спостерігаються тривалі порушення загального стану, метаболічні зміни, уповільнення процесів регенерації крові, зростання кількості післяродових септичних ускладнень [2, 3]. Анемізація вагітних та роділь негативно впливає на стан і розвиток новонароджених [4].

З метою вивчення факторів ризику у виникненні акушерських кровотеч нами проведено клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності та родів у 8948 жінок на матеріалі Ужгородського клінічного акушерського центру за останні 4 роки (1995-1998 роки).

Патологічна крововтрата в родах спостерігалася у 270 жінок, що становить 3% до загальної кількості родів. При цьому слід зазначити збільшення частоти патологічних крововтрат від 2,6% (в 1995 році) до 3,5% (в 1998 році, при  $p < 0,05$ ).

Контрольну групу склали 100 жінок з нормальним перебігом вагітності та родів.

Усі обстежені були в репродуктивному віці від 17 до 40 років. Першовагітних з них було 130, по-

вторновагітних -140, в тому числі - 125 жінок з повторними родами. Нами не виявлено збільшення частоти маткових кровотеч у залежності від кількості родів. Поряд з цим, встановлено значний відсоток кровотеч у першородок віком до 20 років та старших 30 років (при  $p < 0,05$ ). Ми вважаємо, що перша вагітність на момент її доношування не завжди призводить до належної готовності матки та створенню родової домінанти для забезпечення функціонально-повноцінної контракції матки.

Нами виявлено певний вплив на частоту маткових кровотеч характеру трудової діяльності. Так, у жінок з гіпокінезією відсоток акушерських кровотеч значно зростає і, навпаки, в осіб фізичної праці патологічна крововтрата спостерігалася значно рідше (при  $p < 0,05$ ). Отримані дані підтверджують існуючу думку про те, що обмеження рухів призводить до значних змін у гіпоталамічній нейросекреції та в інкреторній активності гіпофізу, що в свою чергу не може не вплинути на перебіг вагітності і родів. Покращення фізіо-психопрофілактичної підготовки вагітних до родів та пошук нових, удосконалених медико-профілактичних заходів сприятимуть зниженню кількості патологічних крововтрат.

Самовільні викидні, особливо у нерожавших жінок, як і патологія оваріально-менструальні функції, збільшують частоту маткових кровотеч. Не можна не врахувати взаємодію у фето-плацентарній системі. Адже відомі дані про те, що при вагітності, ускладненій фето-плацентарною недостатністю, значно зростає крововтрата в родах [4].

Частота екстрагенітальної патології серед жінок з акушерськими кровотечами становить 39,3% проти 17% в контрольній групі (при  $p < 0,05$ ), що підтверджує потребу кваліфікованого диспансерного спостереження під час вагітності в умовах жіночої консультації як акушером-гінекологом, так і терапевтом вагітних даної групи ризику.

За нашими даними збільшення частоти акушерських кровотеч спостерігається при патологічному перебігові вагітності та при обтяжливому акушерському анамнезі. Значно збільшують кількість маткових кровотеч пізні гестози (9,35% проти 4% у контрольній групі, при  $p < 0,05$ ), що іноді супроводжується розвитком хронічного синдрому дисемінованого внутрісудинного згортання крові. Загроза передчасного переривання вагітності мала місце у 20,7% випадків серед жінок з матковою кровотечею, анемія вагітних - у 23%, обтяжливий акушерський анамнез - у 18,9%, фетоплацентарна недостатність - у 8,1%, багатоводдя - у 4,1% у порівнянні із контрольною групою ( $p < 0,05$ ).

Простежується певна залежність частоти маткових кровотеч від характеру перебігу родів. Па-

тологічна крововтрата частіше (при  $p < 0,05$ ) була у тих роділь, у яких мали місце різні ускладнення: аномалії родової діяльності, несвоєчасне злиття навколоплодових вод, крупний плід, утробна гіпоксія плода, (при  $p < 0,05$ ).

У структурі акушерських кровотеч основна питома вага належить кровотечам, зумовлених порушеннями скоротливої діяльності матки (60%). Друге місце в структурі займають акушерські кровотечі при оперативних розродженнях (21,1%). Саме в цій групі ми спостерігали найбільш масивні крововтрати. На третьому місці серед причин акушерських кровотеч знаходяться кровотечі, зумовлені патологією прикріплення плаценти (18,9%).

З метою виявлення факторів, які впливають на величину крововтрати, та обґрунтування ефективних заходів, спрямованих на профілактику й лікування кровотеч нами розподілено всіх роділь з патологічною кровотечею на дві клінічні групи: Перша - 40 жінок, у яких загальна крововтрата перевершила 1000 мл, друга - 230 жінок, у яких крововтрата була в межах 500-1000 мл, що представлено в Таблиці 1.

Таблиця 1

Структура акушерських кровотеч в залежності від крововтрати

Причина кровотечі	Клінічна група I (%)	Клінічна група II (%)	P1-2
Гіпотонічна маткова кровотеча	35	75,2	> 0.05
Патологія прикріплення та відділення плаценти	20	18,7	> 0.05
Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти	17,5	4,8	<0.05
Передлежання плаценти	7,5	0,4	<0.05
Кровотеча після оперативного втручання	20	0,9	<0.05

Порівнюючи дані, отримані в обох групах, можна зробити висновок про те, що достовірно збільшення масивних крововтрат (у 5 разів) мало місце при передлежаннях та передчасних відшаруваннях плаценти. У зв'язку з цим ця патологія вагітності та родів заслуговує на особливу увагу в організації своєчасної оперативної допомоги. Також слід мати на ретельному контролі надання допомоги тим жінкам, яким в родах проводилися оперативні втручання і мала місце крововтрата понад 1000 мл.

Заслуговує на увагу той факт, що масивні акушерські кровотечі у жінок, старших 30 років, зустрічалися у 2,6 разів частіше (при  $p < 0,05$ ). Екстрагенітальна патологія та обтяжливий акушерський анамнез серед вагітних першої групи зустрічалися у 60% випадків, а серед другої групи - в 35,7% (при  $p < 0,05$ ). Отримані дані свідчать про те, що вагітні при поєднанні екстрагенітальної патології з обтяжливим акушерським анамнезом на-

лежать до групи високого ризику по виникненню масивної акушерської кровотечі. Такі пацієнтки повинні бути заздалегідь, у плановому порядку госпіталізовані для дородової підготовки та вибору методу розродження. Однак, саме пізня госпіталізація у цих хворих спостерігається майже в половині випадків.

Суттєві відмінності виявлені при аналізі перебігу вагітності і родів, зокрема в першій групі роділь. Гестоз у першій групі зустрічався у 32,5% випадків, передчасне злиття навколоплодових вод - у 42,5%, загроза передчасного переривання вагітності - у 40%, анемія вагітних - у 82,5% випадків, проти, відповідно, 5,2%, 19,6%, 17,4% та 35,7% випадків у 2-гій групі.

Таким чином, значна кількість вагітних, у яких в-подальшому виникла масивна акушерська кровотеча, мали ускладнений перебіг даної вагітності і родів. У них значно частіше спостерігалися аномалії родової діяльності (27,5% проти 12,6% у

другій групі, при  $p < 0,05$ ), а також оперативне розродження шляхом кесарського розтину (25% проти 7,4% у другій групі, при  $p < 0,05$ ). У 4 випадках проведено надпихову ампутацію матки і в 3 - ектрипацію матки без придатків. У післяродовому періоді значно збільшується кількість гнійно-запальних захворювань та тривалість ліжко-днів у порівнянні з контрольною групою (при  $p < 0,05$ )

У даній роботі також вивчено вплив патологічної крововтрати на стан новонароджених. Виявлено, що при патологічній крововтраті в родах новонароджені мають достовірно нижчу оцінку за шкалою Апгар, більшу кількість захворювань, особливо - уражень нервової системи. Найбільш несприятливий вплив на стан новонароджених спостерігався при передлежанні та передчасному відшаруванні нормально розміщеної плаценти.

Відсутність випадків материнської смертності від масивних акушерських кровотеч у нашій клініці свідчить про адекватну консервативну те-

рапію і своєчасне оперативне втручання. Ми вважаємо, що ефективне лікування масивних кровотеч багато в чому обумовлена своєчасністю та повнотою оперативного втручання. Інколи не треба упустити моменту для видалення матки, як крайнього, але життєво виправданого заходу.

**Висновки.** 1. Маткові кровотечі продовжують займати домінуюче місце в структурі материнської захворюваності та смертності. 2. Резервом зниження частоти маткових кровотеч є ефективна диспансерна робота в жіночій консультації серед усіх вагітних, особливо із групи високого ризику. 3. Вагітні з високим ризиком виникнення акушерських кровотеч повинні до родів госпіталізуватися на профілактичне ліжко та розроджуватися згідно з консильярно розробленого плану ведення родів. 4. У комплексну інтенсивну терапію при акушерських кровотечах слід також включати засоби, спрямовані на підвищення адаптивних механізмів у плода та новонародженого.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Гудивок І.І., Макачук О.М. Гіпотонічні кровотеч при абдомінальному родорозрішенні // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. - Сімферополь, 1998, - С.89-90.
2. Коханевич Е.В., Геревич Й.Я. Сучасна тактика при масивних кровотечах в акушерстві // Шляхи зниження материнської смертності від маткових кровотеч. Тези плен. правл. акуш.-гін. України.- Вінниця, 1993. - С.39-50.
3. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М., Баранов И.И. Акушерские кровотечения. - М.: Триада, 1998. - 96 с.
4. Резніченко Г.І. Переношена вагітність і запізнілі пологи. - Запоріжжя: Парітет, 1998. - 180 с.
5. Серов В.Н., Абубакирова А.М. Акушерские кровотечения (профилактика и лечение) // Акушерство и гинекология. - 1997, №5. - С.28-33.
6. Чуб В.В. Профілактика гіпотонічних кровотеч при кесарському розтині в зв'язку з відшаруванням плаценти // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. - Сімферополь, 1998. - С.379-381.

## РЕЗЮМЕ

### Массивные акушерские кровотечения, принципы рационального лечения и профилактики

**Ганич М.М., Корсак В.В., Мальяр В.А., Качала Т.М., В.И.Панаит В.И., Хаща И.И.**

Проведен клиничко-статистический анализ течения беременности и родов в 8948 женщин. Патологическое кровотечение в родах наблюдалось у 270 женщин, что составляет 3% от общего количества родов. Определены факторы риска возникновения акушерских кровотечений, в частности, массивных. Даны рекомендации по профилактике и лечению маточных кровотечений во время беременности и родов.

## SUMMARY

### The principles of rational treatment and prevention of heavy obstetrical bleeding

**Hanich M.M., Korsak V.V., Malyar V.A., Kachala T.M., Panait V.I., Khashcha V.I.**

The course of pregnancy and delivery in the case of 8948 women has been analysed. Pathological bleeding during the delivery has been observed in 3% of women. Factors of risk arising due to this heavy obstetrical pathology are enlightened in this article. Recommendations are given concerning the prevention of obstetrical bleeding and its treatment.