Красникова, Нина Андреевна. Дифференцированный подход к методам хирургического лечения гипотонических кровотечений. : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.01.01 / Красникова Нина Андреевна; [Место защиты: ГОУВПО "Российский университет дружбы народов"].- Москва, 2011.- 114 с.: ил.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский университет дружбы народов»

04.2.01 1 60 1 3 3 ‘

**Дифференцированный подход к методам хирургического лечения гипотонических кровотечений**

14.01.01 - Акушерство и гинекология

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

**Красникова Нина Андреевна**

Москва

2011

Научный руководитель - доктор медицинских наук

А.Н. Рымашевский

**Содержание**

cap.

Список сокращений 3

Введение 4

**ГЛАВА** 1. Актуальность темы акушерских кровотечений как причины

репродуктивных потерь (обзор литературы) 8

**СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**ГЛАВА** 2. Контингент, материалы и методы 26

**ГЛАВА** 3. Клиническая характеристика обследованных женщин 30

1. Сравнительная характеристика акушерско-гинекологического анамнеза 33
2. Течение настоящей беременности у пациенток клинических групп 38
3. Показания к родоразрешению путем операции кесарева сечения 41

**Глава** 4.0писание органосохраняющих методов хирургического гемостаза для

остановки гипотонических кровотечений 46

**Глава** 5. Анализ течения послеродового периода 56

1. Сравнительная оценка объема кровопотери 56
2. [Оценка высоты стояния дна матки 57](#bookmark0)
3. [Оценка динамики изменения уровня гемоглобина 61](#bookmark1)
4. Оценка динамики количества эритроцитов 68
5. Оценка количества тромбоцитов и свертываемости крови 71
6. Оценка температурной реакции в послеродовом периоде 74
7. Оценка характера гемодинамики малого таза после лигирования внутренних подвздошных и яичниковых артерий при акушерских кровотечениях 75
8. Длительность послеродовой госпитализации 80

з

**Глава 6.** Обсуждение полученных результатов

96

97

**Выводы**

**Практические рекомендации**

**Список сокращений**

ВОЗ - Всемирная Организация Здравоохранения ВПА — внутренние подвздошные артерии

МЛПУЗ - муниципальное лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения

М3 и СР РФ — министерство здравоохранения и социального развития

Российской федерации

ПРК - послеродовые кровотечения

УЗИ — ультразвуковое исследование

ФПН - фстоплацентарная недостаточночть

ЦЦК - цветовое допплеровское картирование

ЯА — яичниковая аретиря

Ri - индекс резистентности

Pi - пульсационный индекс

Ps - пиковая систолическая скорость

Ed - конечная диастолическая скорость

Vtmax - средняя линейная скорость потока крови

**Введение**

Материнская смертность является одним из основных критериев, на основании которых оценивается качество оказания акушерско- гинекологической помощи и состояние системы здравоохранения. Снижение этого показателя - одна из приоритетных задач национального проекта в области здравоохранения [115].

По данным мировой статистики, Россия находится на одном из первых мест по числу материнских потерь. Несмотря на снижение этого показателя по сравнению с развивающимися странами, уровень его остается достаточно высоким [3].

Одной из главных причин материнской смертности, как в развитых, так и в развивающихся странах остаются послеродовые кровотечения, осложняющие более 10 % всех родов в мире [115].

В настоящее время разработаны и рекомендованы алгоритмы для профилактики и лечения послеродовых кровотечений. Так ВОЗ рекомендует активное ведение третьего периода родов, которое заключается в инфузии средств, сокращающих матку, в последовом периоде, контролируемые тракции за пуповину, массаж матки после рождения последа [112, 132]. На IX всероссийском научном форуме «Мать и дитя» разработан и предложен алгоритм лечения послеродовых кровотечений [51]. Однако недооценка объема icp оно потери часто приводит к запоздалому решению о хирургическом этапе лечения. Это в большинстве случаев заканчивается радикальными операциями.

Таким образом, при отсутствии эффекта от выполнения консервативных мероприятий согласно разработанному алгоритму (IX всероссийский научный форум мать и дитя) необходимо переходить к выполнению хирургического гемостаза, целью которого является снижение объема кровопотери и возможность избежать радикальных методов, сохранив репродуктивное здоровье.

**Цель исследования:**

Улучшение результатов хирургического лечения послеродовых кровотечений путем использования органосохраняющих способов.

**Задачи исследования:**

1. Выявить анамнестические и клинические особенности течения беременности и родов у пациенток с послеродовыми кровотечениями.
2. Оценить эффективность хирургических органосохраняющих методов остановки послеродовых кровотечений (перевязки ВПА, наложения гемостатических компрессионных швов на матку).
3. Выявить особенности течения послеродового периода у женщин после различных методов хирургического гемостаза.
4. Оценить гемодинамику сосудов малого таза в различные временные периоды после перевязки ВГІА.

**Научная новизна**

Предложена новая модификация гемостатического компрессионного шва на матку и дана оценка его эффективности.

Впервые изучены процессы инволюции матки в послеродовом периоде при использовании различных органосохраняющих способов хирургического гемостаза.

Оценено состояние матки и маточного кровотока после перевязки внутренних подвздошных артерий при послеродовых кровотечениях.

**Научно-практическая значимость**

Своевременный переход к хирургическому этапу лечения гипотонических кровотечений, позволяет, сохранив матку, снизить объем кровопотери. Это является существенным улучшением хирургической помощи женщинам с массивными послеродовыми кровотечениями.

Новая модификация компрессионного гемостатического шва обладает рядом преимуществ перед уже известными аналогами. Швы не травмируют мышечную ткань матки, так как вколы производят в бессосудистые зоны брыжеек маточных труб и широких связок матки; при недостаточном затягивании первых нитей есть возможность дополнительной компрессии вторыми нитями.

**Положения, выносимые на защиту**

1. Компрессионные гемостатические швы и перевязка внутренних подвздошных артерий являются высокоэффективными органосохраняющими методами остановки гипотонического кровотечения.
2. Своевременный переход к хирургическому этапу лечения гипотонического кровотечения позволяет не только сохранить матку, но и сократить время кровотечения, снизив тем самым объем кровопотери.
3. Длительность послеродовой госпитализации после органосохраняющих операций достоверно меньше, чем у пациенток после экстирпации матки. Органосохраняющие операции не влияют на темпы инволюции матки и не приводят к некрозу.
4. Лигирование a.iliaca interna и a. et v.ovarica не приводит к полному прекращению гемоциркуляции матки.
5. Восстановление кровотока к 3 суткам послеоперационного периода в a.uterina при лигировании a.iliaca interna и a. et v.ovarica происходит, вероятно, за счет сосудистых анастомозов малого таза.
6. После перевязки a. iliaca interna и a. et v. ovarica с обеих сторон в течение первых 7 суток послеоперационного периода восстановления кровотока в a.iliaca interna и a. et v.ovarica не происходит.

**Внедрение результатов работы в практику**

Основные результаты работы внедрены в клиническую практику МЛПУЗ «Родильный дом №5» (Ростов-на-Дону), родильного отделения МЛПУЗ «Городская больница №20» (Ростов-на-Дону), родильного отделения МЛПУЗ «Городская больница №1» (Ростов-на-Дону).

Результаты исследования используются в учебном процессе кафедры акушерства и гинекологии Ростовского Государственного Медицинского Университета, а также кафедры акушерства и гинекологии с курсом неринатологии Российского университета дружбы народов.

Выводы:

1. Прогнозирование развития послеродового кровотечения с учетом факторов риска невозможно, так как данное осложнение может развиться у любой женщины, независимо от анамнестических и клинических особенностей течения беременности и родов.
2. Компрессионные гемостатические швы и перевязка внутренних подвздошных артерий, являясь органосохраняющими методами, позволяют достичь гемостаза в 86,2% и 91,6% случаев соответственно, что сопоставимо с эффективностью выполнения экстирпации матки.
3. Органосохраняющие способы хирургического гемостаза не влияют на сроки инволюции матки и не приводят к развитию ишемических осложнений. Длительность послеродовой госпитализации после органосохраняющих операций достоверно меньше, чем у пациенток после экстирпации матки (6-7 сутки против 8-9 суток соответственно, р<0,05).
4. После перевязки внутренних подвздошных и яичниковых артерий наблюдается отсутствие кровотока в маточных артериях в течение 3-х суток, который восстанавливается у всех пациенток к 4-5 суткам и не имеет отличий у женщин после физиологических родов. Восстановление артериального притока к матке сопровождается одновременной активацией венозного оттока.

ВЫВОДЫ

1. Клинико-анамнестическими особенностями, которые достоверно чаще встречаются у пациенток с гипотоническим кровотечением, являются хронический эндометрит, пороки развития матки, тяжелый гестоз.
2. Компрессионные гемостатические швы позволяют достичь гемостаза в 86,2% случаев, а в совокупности с перевязкой внутренних подвздошных и яичниковых артерий — в 91,6%, что сопоставимо с эффективностью выполнения экстирпации матки. Применение разработанного шва и перевязка внутренних подвздошных и яичниковых артерий позволило снизить число органоуносящих операций с 2006 по 2009 гг. почти в 4 раза.
3. Органосохраняющие способы хирургического гемостаза не приводят к развитию ишемических осложнений. Длительность послеродовой госпитализации после органосохраняющих операций достоверно меньше, чем у пациенток после экстирпации матки (6-7 сутки против 8-9 суток соответственно, р<0,05).
4. После перевязки внутренних подвздошных и яичниковых артерий наблюдается отсутствие кровотока в маточных артериях в течение 3-х суток, который восстанавливается у всех пациенток к 4-5 суткам, и соответствует физиологическим значениям. Восстановление артериального притока к матке сопровождается одновременной активацией венозного оттока.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Показанием к применению хирургических методов гемостаза

является продолжающееся кровотечение при отсутствии эффекта от

консервативного лечения, нарастание объема кровопотери (более 800 мл) или скорости кровотечения (100 мл/мин).

1. Разработанный компрессионный гемостатический шов может использоваться совместно с другими видами органосохраняющих вмешательств. В условиях продолжающегося кровотечения и необходимости перехода к радикальному вмешательству, позволяет снизить интенсивность кровотечения и общий объем кровопотери.
2. Разработанный компрессионный гемостатический шов на матку может быть рекомендован для широкого применения в практическом акушсрствс, как способ остановки гипотонических кровотечений, позволяющий сохранить репродуктивное здоровье.
3. Перевязку внутренних подвздошных артерий необходимо выполнять непосредственно после бифуркации, с учетом высокой вариабельности отхождения маточной артерии.

**Список литературы**

1. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике / Э.К. Айламазян. — C-Пб.: СпецЛит, 2007. - 400 с.
2. Айламазян, Э.К. Инфузионно-трансфузионная терапия акушерских кровотечений: справочник для врачей / Э.К. Айламазяна, Б.А. Барышев. - 2-е изд., перераб. и доп. — C-Пб.: "Изд-во H-JI", 2008. - 56 с.
3. Андреев, Е.М. Цели развития тысячелетия: здоровье и смертность в России. [Электронный ресурс] / Е.М. Андреев, Е.А. Кваша, Т.Л. Харькова. Раздел доклада "Технический обзор информационных ресурсов для мониторинга здоровья на основе системы индикаторов целей развития тысячелетия и дополнительных показателей". - 2005. - №2,— С. 46-53. Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0145/analit01.php>. - Загл. с экрана.
4. Арестова, И.М. Акушерские кровотечения. диагностика, методы определения кровопотери и остановки кровотечения / И.М. Арестова, Н.И. Киселева, Н.П. Жукова, Н.С. Дейкало, Е.Д. Кожар // Охрана материнства и •детства. - 2010. -№1 -15. - С.47-52.
5. Бакшеев, Н.С. Маточные кровотечения в акушерстве / Н.С. Бакшеев. — Киев.: Здоров’я, 1975.-464 с.
6. Баранов, И.И. Современные принципы лечения акушерских кровотечений / И.И. Баранов // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. -
7. -№2.-С. 24-27.
8. Баркаган, З.С. Органосберегающая технология в терапии терминальных акушерских кровотечений / З.С. Баркаган, Л.И. Морозова, А.Н. Мамаев, И.В. Мамаева // Трудный пациент. - 2006. -Т.4, №2. - С. 13-15.
9. Барышев, Б.А. Синдром ДВС. Интенсивная терапия угрожающих состояний / Б.А. Барышев // Журнал акушерства и женских болезней. — 2002. - №1. - т. 1.-С. 66-71.
10. Бреслав, И. Ю. Перевязка внутренних подвздошных артерий в лечении массивных акушерских кровотечений: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.01: защищена 16.11.09 / И. Ю. Бреслав. - М., 2009. - 157с. - Библиограф.: С. 128-140.

Ю.Ботоева, Е.А. Акушерские кровотечения / Е.А. Ботоева, Н.С. Решетникова, И.В. Иванова, А.Р. Дамбаева, Г.С Богданова // Вестник Бурятского государственного университета. - 2009. - № 12. - С. 74-76.

П.Бумм, Э. Руководство к изучению акушерства / Э. Бумм. - С-Пб.: «Практическая медицина» — 1907. — 782 с.