

Анализ дополнительных факторов риска массивных акушерских кровотечений

Г. А. Кужукева, Н. М. Пасман, А.Н. Дробинская, А.В. Шаклеин

*Новосибирский государственный университет, Новосибирск, Россия
Городская клиническая больница № 1, Новосибирск, Россия*

По данным Федеральной службы государственной статистики в период с 2005 по 2015 гг., материнская смертность снизилась почти в 2,5 раза с 22,4 ($n = 370$) до 10,1 ($n = 210$) на 100 000 родившихся живыми. В то же время смертность от кровотечений в связи с отслойкой и предлежанием плаценты, а также от кровотечений в родах и послеродовом периоде остается высокой, составляя в структуре причин 24,8 %. (2014). Данный факт указывает на необходимость тщательного изучения проблемы акушерских кровотечений, выявления факторов риска, причин, диагностики и современных методов лечения.

Цель исследования. Изучить факторы риска возникновения массивных акушерских кровопотерь (МАК).

Материалы и методы. Проведен проспективный анализ случаев острой массивной кровопотери за период 2015-2016 гг. на базе городской клинической больницы № 1. В исследование вошли 23 пациентки с МАК (более 20 мл/кг), осложнившими оперативное родоразрешение. Возраст пациенток варьировался от 22 до 44 лет (медиана – 34,0 ± 4,7 лет). Согласно исходу операций, пациентки разделены на две группы с МАК: группа 1 – 10 родильниц, которым произведена тотальная гистерэктомия (экстирпация матки); группа 2 – 13 родильниц с сохраненной маткой.

Проводилась оценка данных при помощи клинико-anamnestического метода, физического обследования и результатов лабораторно-инструментального исследования пациентов.

Результаты. В исследовании женщины позднего репродуктивного возраста в группах составили 52,2 % ($n = 12$), преобладающим контингентом оказались повторнородящие (39,2 %) и многорожавшие пациентки (21,7 %).

Более половины случаев из всех МАК отмечено у пациенток с доношенной беременностью, срочными родами (73,9 %). Преждевременные роды зафиксированы в 26,1 % случаев. В плановом порядке родоразрешено 60,9 % беременных. Наличие рубца на матке после кесарева сечения преобладало у второй группы исследуемых – 61,5 % случаев. В обеих группах выявлено наличие в анамнезе внутриматочных вмешательств в 52,2 %, ожирение, гипертензивные расстройства / преэклампсия и тромбофилии – по 21,7 % случаев соответственно. Миома матки (30,8 %) осложнила родоразрешение у пациенток второй группы, приведшее к гипотоническому кровотечению в 17,4 % случаев.

Доминирующей причиной МАК в обеих группах явилась аномалия расположения плаценты – полное предлежание, выявленное у 52,2 % ($n = 12$), из них у 21,7 % ($n = 5$) отмечено сочетание предлежания с различными степенями врастания плаценты, а у двух пациенток (8,7 %) диагностировано предлежание плаценты с врастанием и ее преждевременной отслойкой.

На долю преждевременной отслойки плаценты как на самостоятельную причину кровотечения в обеих группах приходится по 4,3 %. Травматические повреждения матки вследствие разрыва матки по рубцу после консервативной миомэктомии либо при разрыве рудиментарного рога матки составили в группах 8,6 % случаев.

Таким образом, выявление факторов риска следует начинать на уровне пренатального скрининга, что предоставит возможность для заблаговременной диагностики и выбора метода родоразрешения и корректной маршрутизации. По умолчанию все беременные женщины входят в группу риска по кровотечениям.

Заключение. В ходе исследования обнаружены дополнительные комбинированные формы факторов риска острой массивной кровопотери, которые ранее не были описаны в литературе: предлежание плаценты в сочетании с рубцом на матке после кесарева сечения и консервативной миомэктомии, внутриматочные вмешательства в анамнезе, гипертензивные расстройства, преэклампсия, тромбофилия.