

## АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ И ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Макенжан уулу А., Батырбекова Г.Т., Омурбекова М.М.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В данном сообщении проведен критический анализ данных доказательной базы, посвященный вопросам возможности сохранения репродуктивного органа – матки, при массивных акушерских кровотечениях.

**Ключевые слова:** акушерское кровотечение, гистерэктомия, маточная артерия, внутренняя подвздошная артерия.

## АКУШЕРЛИК КАН АГУУ ЖАНА ЖАТЫНДЫ САКТОО ОПЕРАЦИЯЛАР

Макенжан уулу А., Батырбекова Г.Т., Омурбекова М.М.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
Бишкек, Кыргыз Республикасы.

**Корутунду:** Бул иште далилдөө медицинадагы акушерлик катуу кан агууда тукум улоо (жатынды сактоо) мүмкүнчүлүгү иликтелет.

**Негизги сөздөр:** акушерлик кан агуу, гистерэктомия, жатын артериясы, ички жайык артерия.

## OBSTETRIC SEVERE HEMORRHAGE AND SPARING OPERATION

Makenjan uulu A., Batyrbekova G.T., Omurbekova M.M.

Kyrgyz State Medical Academy by I.K.Akhunbaev,  
department of obstetrics and gynecology №1  
Bishkek, Kyrgyz Republic.

**Resume:** In this report, the critical analysis of evidence-base devoted to the possibility of conservation reproductive organ- the uterus at the severe obstetric hemorrhage.

**Keywords:** obstetric haemorrhage, hysterectomy, uterine artery, internal iliac artery.

### Введение

Несмотря на существенный прогресс акушерско-гинекологической помощи за последнее столетие, ряд проблем остаются не решенными до сих пор. В нашей стране идет консолидированное и последовательное внедрение стратегических мер в рамках программы эффективной перинатальной помощи на 2008-2017 годы [1].

Однако, достижение реальной эффективной перинатальной помощи в клинической практике еще далеко, хотя отмечается относительное снижение показателей материнской смерти от 80,4 (за 1970г) и 81,4/1990 г до 51,1/2010 г. [2].

Анализ доказательной базы мировой литературы свидетельствует о том, что кровотечения в причинах смерти матерей составляет в среднем 20-25%, с колебаниями от 11% до 35% [3,4] а в отдельных сообщениях до 58% [5].

Одной из ведущих причин материнской

смертности являются акушерские кровотечения, составляя в чистом виде 20-25%, как конкурирующая причина 42%, а как фоновая – до 78% [6]. Частота акушерских кровотечений в структуре причин материнской смертности в Кыргызской Республике составляет от 43,3-46,7% (2005-06) до 35,5% (2009) и в среднем 30,2% за 2011-12гг. [7].

Но если учесть и частоту тяжелых преэклампсий (с проявлением нарушений свертывающей системы с активацией фибринолиза) – в совокупности кровотечения и преэклампсия достигает 61,5 до 71,7%, т. е. практически каждый 2 случай из 3 [8]. В настоящее время в медицинской практике имеется достаточно обзоров обобщений по отношению перевязки сосудов (маточных и/или внутренних подвздошных артерий), как мера спасения жизни при критических ситуациях для остановки неконтролируемых акушерских кровотечений. В клинической практике тяжелые

случаи резистентных МАК традиционно завершаются гистерэктомией. По данным Smith J, Mousa HA частота гистерэктомий находится от 1:331 до 1:6978 родов по причине: а) вращающаяся плацента; б) травматических повреждений матки; в) атонии матки [9]. Особо заслуживают внимание данные Knight M и соавт. “из 58% кровотечений, в структуре причин гистерэктомии в 63% случаев составляли оперативные родоразрешения - кесарево сечение, и лишь 23% случаев послеродовые кровотечения” и частота гистерэктомии в родах составила по данным UKOSS 0.41:1000 рождений [10,11,12,13].

Техника перевязки маточных артерий при маточных кровотечениях в случае неэффективности других способов остановки была подробно описана в работах многих отечественных авторов еще в начале прошлого века [14].

Цирюльников М. С. описал технику и результаты перевязки обеих круглых связок, маточной артерии и маточно-яичниковых анастомозов при массивном кровотечении в III триместре беременности [15]. Epstein R. также отмечал эффективность двусторонней перевязки подчревной артерии при акушерских кровотечениях [16].

AbdRabbo S.A. описывает технику ступенчатой деваскуляризации матки для купирования послеродового кровотечения [17]. Для остановки тяжелого послеродового кровотечения Salvat J. и соавт. рекомендуют перевязку маточной артерии и считают, что последовательная перевязка маточных и яичниковых артерий имеет 100 процентный успех, в то время как перевязка внутренних подвздошных артерий может обеспечить успех в 66% случаев. Они наблюдали более 50 беременностей у пациенток после перевязки маточных артерий [18].

При массивных акушерских кровотечениях по поводу предлежания плаценты некоторые авторы предлагают проводить перевязку маточных, яичниковых и внутренних подвздошных артерий [19].

Более подробно описана эффективность двусторонней перевязки подчревной артерии при акушерских кровотечениях и их влияние на будущую рождаемость [20].

Для остановки атонического послеродового кровотечения Sergent F. и соавт. используют селективную эмболизацию или

хирургическую перевязку маточной или внутренней подвздошной артерии [21].

Более того, по данным последних лет, артериальная эмболизация стала надежной альтернативой послеродовой гистерэктомии. Некоторые авторы отмечают, что при массивных кровотечениях они с одинаковым успехом используют тампонаду, наложение швов на матку, ангиографическую артериальную эмболизацию, перевязку маточной артерии и гистерэктомию [22,23].

Во время кесарева сечения по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты до извлечения плода Федоров Б. А. и соавт. предлагают накладывать клеммы на маточные сосуды и круглые маточные связки. После извлечения плода и удаления последа пережимаются собственные связки яичников, а после ушивания разреза на матке производится окончательная перевязка трех пар магистральных сосудов. Применение изложенной методики позволило у 10 из 12 женщин ограничиться перевязкой магистральных сосудов и сохранить матку у 5 из 9 женщин [24]. Courbiere B. и соавт. с целью консервативного лечения приращения плаценты у 7 из 13 больных с успехом применили двустороннюю перевязку маточной артерии, оставляя приросший участок плаценты [25].

Sapmaz E. и соавт. применяют двустороннюю перевязку восходящей ветви маточной артерии при выполнении консервативной миомэктомии во время кесарева сечения и утверждают, что это позволяет уменьшить кровопотерю, как во время операции, так и в послеоперационном периоде [26]. Hudon L. и соавт. в своем обзоре описывают профилактическую перевязку маточной или внутренней подвздошной артерии как одну из основных методов предотвращения массивного кровотечения, обусловленного прорастанием плаценты [27]. При развитии массивного акушерского кровотечения в настоящее время рекомендуют применять все имеющиеся различные методы остановки кровотечения, так как нет рандомизированных контролируемых исследований, где бы описывались вероятность успеха одного метода, чем другой [28].

В Кыргызстане М.С. Мусуралиевым в 1987 году впервые произведена перевязка внутренней подвздошной артерии в условиях оказания экстренной ургентной помощи по линии санитарной авиации (3 случая) которые

были обобщены в дальнейших публикациях и получен патент [29,8]. В дальнейшем авторы в критических случаях начали применять органосберегающую малоинвазивную технологию по всей республике. Учитывая тот факт, что МАК часто развивался у молодых женщин, которые еще не реализовали свою репродуктивную функцию, то этот метод давал им шанс в дальнейшем родить ребенка.

При оказании urgentной помощи в условиях регионарных родовспомогательных учреждений Кыргызской Республики (в том числе и в регионах республики) за период 1987-2012 гг из 497 критических случаев остановки коагулопатических кровотечений в 261 случае удалось сохранить матку путем проведения билатеральной перевязкой сосудов (перевязка маточных и/или внутренних подвздошных артерий) и применением антифибринолитической терапией (транексамовая кислота) [30,31,32,33,34]. Если рассматривать эти данные по причине кровотечений, то почти у 59,2% женщин при послеродовых кровотечениях и в 59,8% случаев при отслойке плаценты удалось сохранить матку. У женщин с фармакологически неконтролируемым акушерским кровотечением, эффективность компонентной инфузионной антифибринолитической терапии с использованием транексамовой кислоты и кровосберегающей технологии с девакулизацией матки у женщин с коагулопатическими кровотечениями остается терапией выбора, а в некоторых случаях это одна процедура может эффективно контролировать кровотечение и сохранить матку. В остальных случаях доля женщин, у которых гистерэктомия неизбежна, билатеральная ПВПА еще может быть полезной, уменьшая общий объем кровопотери [35].

Таким образом, имеющиеся в литературе современные данные свидетельствуют о высокой эффективности перевязки маточной артерии и внутренней подвздошной артерии при акушерских кровотечениях различной этиологии. Применение в акушерской практике органосберегающей малоинвазивной технологии приводит к остановке кровотечения и, таким образом, позволяет избежать гистерэктомии и сохранить пациентке репродуктивную функцию. Дальнейшее наблюдение за женщинами, которые перенесли МАК и остались с маткой требуют от врачей пристального наблюдения за ними. Восстановление менструальной и

репродуктивной функции у таких пациентов имеет свои особенности и этот вопрос требует дальнейшего изучения.

## Литература:

1. Ешходжаева А.С., Калиева А.С., Абазбекова Н.С., Аскеров А.А. Краткий обзор ситуации в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Кыргызской Республике за 2008-2009 гг. - Бишкек, 2010, - 46 с.
2. Кудаяров Д.К. Охрана материнства и детства в Республике и вклад Объединения (Ассоциации) врачей педиатров Кыргызстана//Ж. Здоровья матери и ребенка, 2011, Т. 3, №1.- с. 13-16.
3. Макенжан уулу Алмаз, Омурбекова М.М, Мусуралиев М.С. Опыт оперативного гемостаза билатеральной перевязкой артерий при массивных коагулопатических акушерских кровотечениях// Научно-практик журнал «Модар ва кудак. Мать и дитя. Mother and child », - 2012- №4 (14). – с. 13-18.
4. М.С.Мусуралиев, Макенжан уулу А., Кангельдиева А.А., Бошкоев Ж.Б. и др. Малоинвазивная органосберегающая технология при коагулопатических массивных акушерских кровотечениях (методические рекомендации), МЗКР.- Бишкек -2010-36с.
5. Knight M., Kurinczuk J.J., Spark P., Brocklehurst P. United Kingdom Obstetric Surveillance System Steering Committee. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2008; 111:97–105.
6. В. Н Серов и др. Инфузионно-трансфузионная терапия кровопотери в акушерской практике. // *Акушерство и гинекология*. 2005.-№6. С. 14–19.
7. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2012 году. - Бишкек, 2013. - 330 с.
8. Мусуралиев М.С. Оценка эффективности оперативного гемостаза при массивных акушерских кровотечениях. // *Центрально-азиатский медицинский журнал*, Том 4, 2004, Приложение 8, С.245-249.
9. Smith J, Mousa HA. Peripartum hysterectomy for primary postpartum haemorrhage: incidence and maternal morbidity *J Obstet Gynaecol*. 2007 Jan; 27(1):44-7.
10. Bhattacharyya S. K., A. K. Majhi, S. L. Seal et al. Maternal mortality in India: a 20-year study from a large referral medical college hospital West Bengal // *J. Obstet. Gynaecol. Res*. 2008. - Vol. 34, № 4. - P. 499-503.
11. Wise A., V. Clark. Challenges of major obstetric haemorrhage/ *Best Practice & Research Clinical Obstet. and Gynaecol*. 2010 Vol. 20, - P. 353–365.
12. Camuzcuoglu H., Toy H., Vural M., et al. Internal iliac artery ligation for severe postpartum hemorrhage and severe hemorrhage after postpartum hysterectomy/ *Obstet Gynaecol Res*. 2010 Jun; 36 Vol. 3- P.538-543.
13. Angstmann T, Gard G., Harrington T. et al. Surgical management of placenta accreta: a cohort series and suggested approach// *Am J. Obstet. Gynecol*. - 2010. - Vol. 202. - №1- P.38.
14. Губарев А. П. Клинический очерк. Оперативная гинекология и основы абдоминальной хирургии. 3 изд., М., 1928;

15. Цирюльников М. С. *Tsirulnikov M. S. Ligation of the uterine vessels during obstetrical hemorrhages. Immediate and long-term results (author's transl). // Gynecol. Obstet. Biol. Reprod (Paris). 1979. Vol. 8. № 8. P. 751–753.*
16. Epstein R., Haas D., Zollinger T. *A comparison of maternal outcomes in immediate hysterectomy versus conservative management for placenta accrete. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2009. – 201:266.e1-5.*
17. AbdRabbo S. A. *Stepwise uterine devascularization: a novel technique for management of uncontrolled postpartum hemorrhage with preservation of the uterus // Am. J. Obstet. Gynecol. 1994. Vol. 171. № 3. P. 694–700.*
18. Salvat J., Schmidt M. H., Guilbert M., Martino A. *Vascular ligation for severe obstetrical hemorrhage: review of the literature // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2002. Vol. 31. № 7. P. 629–639.*
19. Berghella V. *Placenta praevia, placenta praevia accrete and vas praevia / In: Obstetric Evidence Based Guidelines/Edited by Vincenzo Berghella MD FACOG, Philadelphia, PA, USA. First published in the United Kingdom in 2007, 235pp /Ch. 24 –P. 187-194.*
20. Unal, Orhan; Kars, Bulent; Buyukbayrak, Esra Esim et.al *The effectiveness of bilateral hypogastric artery ligation for obstetric hemorrhage in three different underlying conditions and its impact on future fertility /Journal of Maternal- Fetal and Neonatal Medicine, Volume 24, Number 10, October 2011 , pp. 1273-1276.*
21. Sergent F., Resch B., Verspyck E., Rached B., Clavier E., Marpeau L. *Intractable postpartum haemorrhages: where is the place of vascular ligations, emergency peripartum hysterectomy or arterial embolization? // Gynecol. Obstet. Fertil. 2004. Vol. 32. № 4. P. 320–329.*
22. Mayer DC, Smith KA. *Chestnut's Obstetric Anaesthesia Principles and Practice. 4th Edn. Missouri: Elsevier Mosby; 2009. p. 825-30.*
23. Shah M, Wright JD. *Surgical intervention in the management of postpartum haemorrhage. Semin Perinatol 2009;33p.109-14.*
24. Федоров Б. А., Протопопова Н. В., Куперт А. Ф. *Хирургическая тактика при кесаревом сечении у женщины с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. // Актуальные вопросы реконструктивной и пластической хирургии: Тезисы докладов VI итоговой научной конференции. Ч. II. Иркутск, 1990. С. 354–355.*
25. Courbiere B., Bretelle F., Porcu G., Gamberre M., Blanc B. *Conservative treatment of placenta accrete // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod (Paris). 2003. Vol. 32. № 6. P. 549–554.*
26. Sapmaz E., Celik H., Altungul A. *Bilateral ascending uterine artery ligation vs. tourniquet use for hemostasis in cesarean myomectomy: a comparison // J. Reprod. Med. 2003. Vol. 48. № 12. P. 950–954.*
27. Hudon L., Belfort M. A., Broome D. R. *Diagnosis and management of placenta percreta: a review // Obstet. Gynecol. Surv. 1998. Vol. 53. № 8. P. 509–517.*
28. Doumouchtsis SK, Papageoghiou AT, Arulkumaran S. *Systematic review of conservative management of postpartum haemorrhage: what to do when medical treatment fails. Obstet Gynecol Surv 2007; 62:540-570.*
29. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А. *Способ гемостаза при массивных послеродовых маточных кровотечениях.// Бюл. Интеллек. собственность, 2004, №12 – патент №727.*
30. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А. *Улучшения качества жизни и проблемы безопасного материнства// Ж.Здоровье матери и ребенка.- 2009., Т.1, Приложение 1. - с. 49-53.*
31. Мусуралиев М.С., Макенжан у. А. *Инновации лечения массивных кровотечений в акушерстве./ Вестник НАН КР, 2011, №1.- С.110-118.*
32. Мусуралиев М.С, Макенжан у. А. *Качество и проблемы оказания неотложной помощи при критических состояниях в акушерстве./Ж. Здоровье матери и ребенка, 2011. Том 3, №1.- С 139-142.*
33. Мусуралиев М.С. *Проблемы репро-дуктологии у жительниц в высокогорных регионах./ Ж. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2012, №1- 34-39.*
34. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А., Омурбекова М.М. *Проблемы материнской смертности при кровотечении в акушерстве./ Вестник КГМА, 2012, №4. – с 126-130.*
35. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А., Омурбекова М.М. *Роль коагулопатии при массивных акушерских кровотечениях и анти-фибринолитическая терапия./ Вестник КГМА, 2013, №2. – с 72-79.*