

## АКУШЕРСКИЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Омурбекова М.М.

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

**Резюме:** в данной статье представлены акушерские исходы 59 случаев преждевременной отслойки плаценты прошедшие в городском перинатальном центре г. Бишкек.

**Ключевые слова:** преждевременная отслойка плаценты, гистерэктомия, перевязка маточных артерий, сохранение матки.

## МЕЗГИЛСИЗ ТОНДУН ЭРТЕ АЖЫРАШЫНДА АКУШЕРДИК КӨЙГӨЙЛӨР

Омурбекова М.М.

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

**Корутунду:** Бул иште Бишкек шаарынын шаардык перинаталдык борборунда өткөн 59 кош бойлуулардын мезгилсиз тондун эрте ажырашында акушердик көйгөйлөр талкууланат.

**Өзөгтүү создөр:** тондун ажырашы, гистерэктомия, жатын кан тамырын байлоо, жатынды сактап калуу.

## OBSTETRIC OUTCOMES OF WOMEN WITH PREMATURE PLACENTAL ABRUPTION

Omurbekova M.M.

Kyrgyz State Medical Academy named after Ahunbaev I.K.,  
Bishkek, Kyrgyz Republic.

**Resume:** in this article the obstetric outcomes of 59 cases of premature placental abruption passed in urban perinatal centre of Bishkek are shown.

**Keywords:** premature placental abruption, hysterectomy, uterine artery ligation, preservation of the uterus.

### Введение.

В настоящее время проблема родоразрешения беременных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты продолжает оставаться весьма актуальной [1, 2].

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – это осложнение беременности и родов встречающаяся с частотой 0,5% , а в последнее время частота осложнения беременности и родов отслойкой плаценты возросла до 3-5% . Преждевременная отслойка плаценты всегда рассматривается как состояние витальной угрозы, поскольку в 30% случаев она является причиной массивных кровотечений, приводящих к материнской и перинатальной смертности [3, 4]. Клинические проявления отслойки плаценты различны: от минимального кровотечения и отсутствия влияния на состояние матери и плода, до массивного коагулопатического кровотечения (частота в среднем - 10-15% при тяжелой степени из числа всех случаев отслойки, приводящих к

тяжелой заболеваемости и смерти). Уровень материнской смертности в связи с отслойкой в среднем равен 3%; при осложнении отслойки нормально расположенной плаценты массивная кровопотеря составляет 20-30%, а при отслойке предлежащей плаценты осложненной коагулопатическим кровотечением достигает до 50%. При этом перинатальная смертность составляет более 50% [5].

Обычно родоразрешение у беременных с преждевременной отслойкой плаценты производится путем операции кесарева сечения. Родоразрешение с помощью операции кесарева сечения у пациенток способствует снижению перинатальной заболеваемости и материнской смертности, однако сопряжено с высоким риском развития тромбгеморрагических и тромбэмболических осложнений. Это объясняется тем, что при кесаревом сечении вступают в действие многие дополнительные факторы, способствующие активации сосудистого, плазменного и клеточного звеньев

гемостаза: операционная агрессия и травма, изменения внутривенной гемодинамики, связанные с ИВЛ и т.д. [6,7,8]

Известно что, в акушерстве нарушения свертывания крови тромбгеморрагического характера развиваются при многих осложнениях гестационного процесса, в основе которых лежат процессы патологической активации внутрисосудистого свертывания крови. Клинические проявления декомпенсации гемостатической функции крови могут реализоваться в родах и при операции кесарева сечения.

Установлено, что отслойка нормально расположенной плаценты, сопровождается нарушением гемостатической функции крови, которое проявляется в форме синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС), в подавляющем большинстве случаев по типу II фазы ДВС-синдрома.

Известно, что массивная кровопотеря увеличивает степень операционного риска, снижает сопротивляемость организма к инфекции, приводит к развитию анемии и нарушениям коагуляционной способности крови [9,10].

Таким образом, абдоминальное родоразрешение у пациенток с отслойкой плаценты представляет серьезную проблему. Высокая частота акушерских кровотечений, приводящих, к смерти пациенток побуждает продолжать исследования в направлении разработки более эффективных способов их лечения. Из тех женщин, которым удается сохранить жизнь, многие лишаются дальнейшей репродуктивной функции вследствие радикальных операций (удаление матки) [11, 12, 13,14,15].

### Материал и методы.

Нами было проанализировано 59 случаев преждевременной отслойки плаценты прошедших в городском перинатальном центре г. Бишкек за период с 2007 по 2012 год. Все беременные были родоразрешены путем операции кесарева сечения в экстренном порядке по поводу преждевременной отслойки плаценты. Оперативное вмешательство было произведено в течение 30-40 минут от момента постановки

диагноза. Во время операции всем беременным кроме кесарева сечения еще производилась билатеральная перевязка маточных артерий.

Методы исследования: клинические, лабораторные, УЗИ сканирование, гемостазиограмма и др.

### Результаты и обсуждение.

Клинические и эпидемиологические учения определили предрасполагающие факторы риска отслойки плаценты [16,17,18,19]. Наиболее предсказывающим является наличие отслойки при предыдущей беременности. Обсервационное исследование, проведенное в Норвегии, сообщило о 4,4% случаев рецидивных отслоек плаценты. Отслойка рецидивирует у 19-25% женщин, у которых были 2 предыдущие беременности, осложненные отслойкой плаценты [20,21]. Другие факторы риска отслойки плаценты: преэклампсия тяжелой степени, многоплодие, задержка внутриутробного развития плода, тазовые предлежания, многоводие, преклонный возраст матери, низкий индекс массы тела, беременность, наступившая в результате вспомогательных репродуктивных технологий, внутриутробная инфекция, преждевременный разрыв плодного пузыря, травма живота, курение и злоупотребление лекарствами (кокаин и амфетамины) в течение беременности [22, 23, 24].

Ретроспективное когортное исследование Дании выявило, что угроза самопроизвольного выкидыша увеличивает риск отслойки плаценты от 1,0% до 1,4% [25]. Системный обзор сообщил, что кровотечение в первом триместре увеличивает риск возникновения отслойки плаценты [26]. Примерно в 70 % случаев отслойка плаценты возникает у беременных низкого риска [27].

При преждевременной отслойке плаценты чаще всего бывает массивное кровотечение, которое приводит к геморрагическому шоку и синдрому ДВС. Нарушение гемокоагуляции при кровотечении подтверждается двухфазностью изменений в системе гемостаза, при сравнительно небольшой кровопотере (15—20% ОЦК). Кратковременная фаза гиперкоагуляции сменяется фазой гипокоагуляции. Предрасполагающими

факторами для возникновения таких состояний являются преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, антенатальная гибель плода, преэклампсия тяжелой степени, гипотония матки, экстрагенитальная патология. При преждевременной отслойке плаценты с антенатальной гибелью плода риск развития ДВС синдрома увеличивается.

В наших случаях в результате оперативного родоразрешения у 22 женщин объем операции был расширен до субтотальной гистерэктомии по жизненным показаниям, а у 37 женщин матка была сохранена. Таким образом, мы разделили женщин на 2 группы: 1 группа – женщины, которым была произведена субтотальная гистерэктомия, и 2 группа – женщины, которым была проведена органосохраняющая операция.

В группе, где было произведена субтотальная гистерэктомия, маточно-плацентарная апоплексия или «матка Кювелера» наблюдалась в 16 (72,7%) случаях, антенатальная гибель плода в 17 (77,2%) случаях.

12 (54,5%) случаев, т. е. более половины случаев оперативного вмешательства сопровождалось развитием острого ДВС синдрома.

В обеих группах сопутствующим заболеванием была преэклампсия тяжелой степени, в первой 7 (31,8%) случаев, и 8 (21,6%) во второй группе, которая, и так сопровождается нарушением гемостатической функции крови.

В критических ситуациях у беременных, имеющих нарушения коагуляции при «маточной аутоотрансфузии» в сосудистое русло одновременно выбрасывается большой объем крови, содержащий биологически активные вещества (тромбопластины плаценты, цитокины, продукты деструкции и др.), что является причиной развития шоковой реакции и нарушения свертывания с развитием острого ДВС синдрома [28].

В отличие от первой, во второй группе билатеральная перевязка маточных артерий была произведена еще до удаления плаценты, таким образом, максимально уменьшая выброс крови с биологически активными веществами в сосудистое русло матери. В данной группе маточно-плацентарная апоплексия наблюдалось

в 5 (13,5%) случаях, антенатальная гибель плода в 7 (18,9%) случаях. ДВС синдром развился в 5 (13,5%) случаях.

В наших наблюдениях средний объем кровопотери в первой группе составил – 2110 мл, во второй группе – 940 мл.

### Заключение.

Таким образом, у женщин с преждевременной отслойкой плаценты, эффективность кровосберегающей технологии с деваскуляризацией матки (билатеральная перевязка маточных артерий) остается терапией выбора, а в некоторых случаях эта процедура может эффективно контролировать кровотечение и сохранить матку.

### Литература:

1. Отслойка плаценты преждевременная. // В кн.: 2000 болезней от А до Я. Справочник-путеводитель практического врача / Под ред. И.Н. Денисова, Э.Г. Улумбекова. - М.: ГЕОТАР МЕДИЦИНА, 1999,- С. 637-639.

2. Кровотечения в акушерской практике. ГЛАВА 53./ В кн.: Акушерство. Национальное руководство.// Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. Изд. «ГЕОТАР Медиа» - 2009.- с. 669-685.

3. Calleja-Agius J, Custo R, Brincat MP, Calleja N. Placental abruption and placenta praevia. *Eur Clin Obstet Gynaecol* 2006; 2:121–7.

4. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А., Омурбекова М.М. Проблемы материнской смертности при кровотечении в акушерстве.// Вестник КГМА, 2012, №4. – с 126-130.

5. Серов В.Н., Маркин С.А. Акушерские кровотечения. Отслойка плаценты. Предлежание плаценты. Глава XI./ В кн.: Критические состояния в акушерстве - М., 2003, с.521-528.

6. Hellgren M. Hemostasis during normal pregnancy and puerperium. *Semin Thromb Hemost* 2003; 29:125.

7. Савельева Г.М. Кесарево сечение и его роль в современном акушерстве. *Акуш. и гин.* 2006; 3:10-5.

8. Schuitemaker N., van Roosmalen J., Dekker G., van Dongen P. Maternal mortality after cesarean section in the Netherlands // *Obstetr. Gynecol. Scand.* 1997. - Vol.76 - №4. - P.332-334.

9. Ananth CV, Nath CA, Philipp C. The

normal anticoagulant system and risk of placental abruption: protein C, protein S and resistance to activated protein C. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2010; 23:1377–83.

10. Walfish M, Neuman A, Wlody D. Maternal haemorrhage. *Br J Anaesthesia* 2009;103: i47–i56.

11. Wise A., V. Clark. Challenges of major obstetric haemorrhage/ Best Practice & Research Clinical Obstet. and Gynaec. 24 (2010) 353–365 (обзор)

12. Camuzcuoglu H, Toy H, Vural M, Yildiz F, Aydin H. Internal iliac artery ligation for severe postpartum hemorrhage and severe hemorrhage after postpartum hysterectomy/ *Obstet Gynaecol Res.* 2010 Jun;36(3):538–43.

13. Ан А.В., Ж.Е. Пахомова. Критические состояния при акушерских кровотечениях/ *Вопр гинек., акуш. и перинат*, 2010, т.9, №4, с 33–36

14. 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.

15. Neilson JP. Interventions for treating placental abruption. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (1):CD003247; reviewed 2009

16. Nuutila M, Tikkanen M, Hiilesmaa V, Paavonen J, Ylikorkala O. Clinical presentation and risk factors of placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85:700–5.

17. Deutsch AB, Lynch O, Alio AP, Salihu HM, Spellacy WN. Increased risk of placental abruption in underweight women. *Am J Perinatol* 2010; 27:235–40.

18. Ananth CV, Nath CA, Philipp C. The normal anticoagulant system and risk of placental abruption: protein C, protein S and resistance to activated protein C. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2010; 23:1377–83.

19. Tikkanen M, Nuutila M, Hiilesmaa V, Paavonen J, Ylikorkala O. Prepregnancy risk factors for placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85:40–4.

20. Rasmussen S, Irgens LM. Occurrence of placental abruption in relatives. *BJOG* 2009;116:693–699.

21. Tikkanen M. Etiology, clinical manifestations, and prediction of placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:732–40.

22. Pariente G, Wiznitzer A, Sergienko R, Mazor M, Holcberg G, Sheiner E. Placental abruption: critical analysis of risk factors and perinatal outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2010; 24:698–702.

23. Kennare R, Heard A, Chan A. Substance use during pregnancy: risk factors and obstetric and perinatal outcomes in South Australia. *ANZJOG* 2005; 45:220–5.

24. Healy DL, Breheny S, Halliday J, Jaques A, Rushford D, Garrett C, et al. Prevalence and risk factors for obstetric haemorrhage in 6730 singleton births after assisted reproductive technology in Victoria Australia. *Hum Reprod* 2010; 25:265–74.

25. Lykke JA, Dideriksen KL, Lidegaard O, Langhoff-Roos J. Firsttrimester vaginal bleeding and complications later in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010; 115:935–44.

26. van Oppenraaij RH, Jauniaux E, Christiansen OB, Horcajadas JA, Farquharson RG, Exalto N; ESHRE Special Interest Group for Early Pregnancy (SIGEP). Predicting adverse obstetric outcome after early pregnancy events and complications: a review. *Hum Reprod Update* 2009; 15:409–21.

27. Toivonen S, Heinonen S, Anttila M, Kosma VM, Saarikoski S. Reproductive risk factors, Doppler findings, and outcome of affected births in placental abruption: a population-based analysis. *Am J Perinatol* 2002;19:451–60.

28. Antepartum Haemorrhage Green-top guideline №60, 1<sup>st</sup> edition, November 2011- 23 p.

29. Серов В.Н., Савелева Г.М., Стрижаков А.Н. и др. Профилактика и терапия массивной кровопотери в акушерстве (Медицинская технология разрешена Росздравнадзором ФС №2010/141 от 29-апреля 2010г). – М., 2011; 23 с.