



## ОПЕРАТИВНЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А.

*Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан*

**Резюме.** В представленном исследовании обсуждены результаты 192 случаев операции, перевязки внутренних подвздошных артерий, используемого как радикальный способ остановки массивных акушерских кровотечений из них возможности (87 случаев) проведения органосохраняющей операции (остановки кровотечения без удаления матки).  
**Ключевые слова:** акушерские кровотечения, перевязка внутренних подвздошных артерий.

## АКУШЕРДИК КАН АГУУНУ ОПЕРАЦИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ТОКТОТУУ

Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А.

*И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы, Бишкек ш., Кыргызстан*

**Корутунду.** Бул изилдөөдө төрөттөн кийин 192 кан агууну а. iliaca interna тамырын байлоо менен токтотуу жана анын ичинде (87 жолу) орган сактоочу операция жүргүзүү мүмкүнчүлүгү (жатынды албастан канн агууну токтотуу) талкууланат.  
**Негизги сөздөр:** акушердик канн агуу, а. iliaca interna тамырын байлоо.

## OPERATIVE HEMOSTASIS AT MASSIVE OBSTETRIC BLEEDINGS

Musuraliev M. S., Makenjan uulu A.

*Kyrgyz State Medical Academy by I.K. Ahunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan*

**Summary.** In present research discussed the results of 192cases operation ligation of internal iliac arteries used as radical way to stop massive obstetric bleedings and possibilities (87 cases) of conducting organ safe operations (bleeding stop avoiding uterus removal).  
**Key words:** obstetric bleedings, ligation of internal iliac arteries.

**Введение.** В рамках Национальной программы реформирования здравоохранения «Манас» и «Манас Таалими» осуществлены действия, направленные на развитие службы охраны материнства и детства в области охраны репродуктивного здоровья. Однако, несмотря на определенный прогресс, остались на высоком уровне материнская и младенческая смертность. Предоставляемые медицинские услуги по репродуктивному здоровью находятся еще ниже уровня возможностей и актуальных требований, особенно для бедных слоев населения, проживающего в отдаленных регионах, мигрантов, беженцев [17].

В структуре материнской смертности доминирующими причинами остаются акушерские кровотечения, гипертензивные нарушения беременности, непрямые причины, причем частота акушерских кровотечений увеличивается и составляет от 43,3 до 46,7% [18]. В республике сохраняется высокий показатель материнской смертности (2007г. – 63,2 на 100 тыс. живорожденных). Проведенный анализ в зависимости от места наступления смерти указывает на то, что материнская смертность в 1,5 – 2 раза выше на первичном госпитальном уровне, где отмечается дефицит квалифициро-

ванных кадров, отсутствует специализированная помощь и основными причинами их смерти являются неотложные акушерские состояния. Клиническая значимость проблемы определяется увеличением риска смерти от послеродовых кровотечений частота которой обычно составляет 1:100000 родов в развитых странах, а в некоторых развивающихся странах она равно 1:1000 или в 100 раз выше [1]. При своевременной организации системы мероприятий с внедрением принципов безопасного материнства, неотложной акушерской помощи, решение проблемы регионализации и системы перенаправлений на должном уровне позволяют уменьшить нежелательные исходы от кровотечений, не только на уровне первичных лечебных учреждений, но и на национальном и регионарном уровне [17].

По данным литературы основным методом остановки послеродовых кровотечений в клинической практике остается оперативное удаление матки [3, 4, 5, 6]. Данные за последние годы практически мало изменились и поэтому научно-практическая значимость органосохраняющих операций является архиважным в охране репродуктивного здоровья.





Поэтому целью настоящего исследования явилось повышение эффективности хирургического гемостаза при маточных кровотечениях и определить возможность сохранения детородной функции у женщин.

**Материал и методы исследования.** Материалом служили результаты оперативных вмешательств по поводу акушерских неотложных ситуаций с применением операции перевязки внутренних подвздошных артерий проводимый при оказании лечебной помощи по линии санитарной авиации (1987-2009гг).

Всего из 192 случаев произведенных операций 105 составило первую группу анализируемых материалов, где билатеральная перевязка внутренних подвздошных артерий сопровождалась с удалением репродуктивного органа – матки (экстирпации матки и/или культы шейки матки), а во вторую группу вошли 87 случаев органосохраняющих операций с перевязкой а. iliaca interna без удаления матки [7].

Основные положения борьбы с акушерскими кровотечениями, в том числе показания к перевязке внутренних подвздошных артерий приняты и описаны впервые

в 1987 году [8, 9] и в клинических протоколах на республике.

**Результаты и их обсуждение.** Неотложные ситуации при беременности, в родах и в послеродовом периоде чаще всего связаны с первичными маточными кровотечениями и развитием тяжелых форм геморрагического шока и /или ДВС синдрома (первичный или вторичный) и в более поздних сроках с развитием гнойно-септических осложнений[3, 10]. Согласно основных причин приведший к развитию тяжелой кровопотери (по критериям ВОЗ: гемоглобин ниже 70 г/л, гематокрит ниже 25%) и полиорганной недостаточности разделили на следующие подгруппы: гипотонические (23,4%), травматические (разрывы матки (РМ), острый выворот матки (ОВМ)– 11,9%), кровотечения связанные с патологией плаценты (предлежание плаценты (ПП), преждевременная отслойка плаценты (ПОП)– 29,1%), гнойно-септические осложнения (17,2%) и другие (выкидыш, шеечная беременность и др. – 18,2%). Данные наблюдений представлены в таблице 1.

Таблица 1

Количество оперированных больных с перевязкой внутренних подвздошных артерий и их исходы (выздоровление/летальный исход)

Вид операции	Гипотонические кровотечения	Травмы матки (РМ, ОВМ)	Патологии плаценты (ПОП, ПП)	Гнойно-септические осложнения	Другие (шеечная беременность и др.)
I группа n – 105/100%	20/19,0	15/14,3	23/21,9	33/31,4	14/13,3
Умер n 16/15,2%	4	3	3	4	2
II группа n -87/100%	25/28,7	8/9,2	33/37,9	0	21/24,1
Умер n-0	0	0	0	0	0
Итого n-192/100%	45/23,4	23/11,9	56/29,1	33/17,2	35/18,2

Данные у больных с билатеральной перевязкой внутренних подвздошных артерий без удаления матки сравнивали с результатами у женщин того же периода подвергнутых оперативному гемостазу у женщин I группы. Во всех случаях операция проводилась по экстренным показаниям на фоне осложнений, связанной с массивной кровопотерей (более 1л), с проявлениями нарушения показателей свертывающей системы крови (низкого уровня гемоглобина, гематокрита и фибриногена), прогрессирующей гипотонией. Анализ возрастной характеристики и паритета родов у женщин показал, что основной возраст прооперированных составили беременные активного репродуктивного возраста – до 30 лет (60%) и с паритетом от 1 до 3 родов – (83,3%) , что и составляет особую актуальность проблемы в сохранении детородного органа у женщин путем проведения органосберегающих операций.

Из числа 105 женщин в 16 случаях (15,2%) наступил летальный исход, причем до проведения радикальной хирургической коррекции в 9 случаях был эпизод остановки сердечной деятельности.

Для борьбы с вышеуказанными осложнениями во многих ведущих клиниках СНГ и дальнего зарубежья в единичных случаях используется экстирпация матки с билатеральной перевязкой внутренних подвздошных артерий [11]. Указанные операции – вынужденное и осознанное хирургическое действие, направленное на

удаление источника кровотечения, в то же время приводящее к потере репродуктивного органа и социальной адаптации.

Возможность проведения органосохраняющей операции широко обсуждается в литературе, что вместо гистерэктомии существует множество других эффективных методов - простагландины, перевязка маточных артерий, компрессионные швы, применения рекомбинантного фактора в акушерстве [12, 13, 14, 15, 16].

Проведенный нами анализ случаев «массивных» акушерских кровотечений показывает, что основным источником кровотечения – матка, и есть возможность остановки кровотечения без удаления, проводимый с использованием технологии малоинвазивной хирургии и уменьшения операционного стресса и дающий возможность сохранения репродуктивного органа [3, 7, 2].

Временной фактор имеет огромное значение, так как чем раньше диагностировано осложнение, тем больше возможность проведения органосберегающей операции. Так, в I группе, лишь у 57,1% женщин оперативное вмешательство проведена в течении первых 2 суток, против 96,5% у женщин с II группы, где время от начала клиники геморрагии до операции билатеральной перевязки внутренних подвздошных артерий составили от 30 минут до 2 часов 10 минут (в среднем 1,33±0,31 часов) после операции кесарево сечения и/или после родов. Более поздние сроки в течение первой недели и





далее чаще было обусловлены гнойно-септическими осложнениями (у женщин I группы 23,8% и 19,0%) и практически билатеральная перевязка сосудов сопровождалась необходимостью удаления очага инфекции, и/или наличие прорастание плаценты, тромбоза сосудов и наличие некроза матки (таблица №2, 3). Расширение

объема оперативного вмешательства проводимый на фоне крайне тяжелого состояния больной увеличивает операционный стресс, а также продолжительность операции более 2 часов (у 62,8% в I группе, против 5,7% во II группе).

Таблица 2

Время радикальной операции от момента первичного вмешательства до проведения билатеральной перевязки внутренних подвздошных артерий

Время	I группа		II группа	
	n	%	n	%
До 48 часов	60 (71)	57,1	84	96,5
3-6 суток	25 (8)	23,8	3	3,4
7 суток и более	20 (1)	19,0	0	0
Итого	105	100	87	100
Умер	16	15,2	0	0

Во всех случаях при органосберегающих операциях проведена с внутриоперационным перерывом после перевязки внутренней подвздошной артерии слева и справа на 10-20 минут (до восстановления параметров гемодинамики, появления хорошей сократимости мат-

ки, отсутствия дополнительных участков кровоточивости и др.). Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила  $1,30 \pm 0,3$  часов (от 1 часа 0,5 мин до 2 часов).

Таблица 3

Длительность операций

t (час)	I группа		II группа	
	n	%	n	%
до 2-х часов	39	37,1	82	94,2
2-4 часа	57	54,2	5	5,7
4 и более часа	9	8,6	-	-
Итого	105	100	87	100

По жизненным показаниям проводили переливание эритроцитарной массы для восстановления кислородно-транспортной функции крови. В большинстве случаев показанием является концентрация гемоглобина  $< 70$  г/л и только в тех случаях, когда преимущества для женщины превосходят возможный риск [14]. Послеоперационный период протекал гладко, на 5-7 сутки проведено УЗИ- сканирование матки и доплерометрия сосудов и все женщины были выписаны домой с сохраненной репродуктивной функцией.

**Выводы.** При своевременной диагностике неотложных состояний связанных с массивной кровопотерей возможна радикальная меры устранения источника кровотечения с применением билатеральной перевязки внутренней подвздошной артерии, и имеется возможность проведения органосохраняющей операции, без удаления матки.

Удаление матки показано при наличии приращения / сращения плаценты, разрывов матки /или шейки матки. В большинстве случаев послеродового кровотечения, требующего гистерэктомии, операцией выбора должна быть - субтотальная гистерэктомия.

Преимуществом органосберегающей операции является снижение операционного стресса малоинвазивность и снижение травматизации связанных с экстирпацией матки, обычно проводимой на фоне тяжелейших нарушений жизнеобеспечивающих систем - синдрома

полиорганной недостаточности и / или синдрома "шоковых органов".

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Kastner E.S., Figueroa R., Garry D., Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: Experience at a community teaching hospital. *Obstet. Gynecol.* 2002; 99: 971-975.
2. Bukowski R., Hankins G. Managing postpartum hemorrhage. *Cotemporary OB/GYN Archive.* 2001. 2.
3. Мусуралиев М.С. Оценка эффективности оперативного гемостаза при массивных акушерских кровотечениях. // Центрально-азиатский медицинский журнал. - Том X, 2004, приложение 8- С.245-249
4. Macphail S., Fitzgerald J. Massive postpartum hemorrhage. *Curr. Obstet. Gynecol.* 2001; 11: 108-114.
5. Lalonder A., Daviss B.A., Acosta A., Herschderfer K. Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-06. *Int. J. Obstet. Gynecol.* 2006; 94: 243-253.
6. Smith J., Mousa H.A. Peripartum hysterectomy for primary postpartum hemorrhage: Incidence and material morbidity. *J. Obstet. Gynecol.* 2007; 27: 44-47.
7. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А. Способ гемостаза при массивных послеродовых маточных кровотечениях. // Бюл. Интеллектуальная собственность, 2004, №12 – патент №727
8. Чернуха Е.А., Черный В.В., Старостина Т.А. Диагностика, профилактика и лечение кровотечений





## ОПЕРАТИВНЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

при беременности и в родах // Методические рекомендации – М.,1987- 31 с.

9. Неотложная помощь при послеродовых кровотечениях // Методические рекомендации - Минздрав. Кыргызской Республики, Бишкек, 2002- 42 с.

10. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А. Новый оперативный гемостаз при массивных акушерских кровотечениях.// Ж. Медицинские кадры XXI века.- 2007.-№1.-С142-144.

11. Ищенко А.И., Лачинский В.И., Рухадзе Т.Н. Минилапаротомия в гинекологической практике // Материалы V Российского форума “Мать и дитя” – М., 2003-С. 346-347.

12. Укыбасова Т.М. Новые подходы к лечению массивных акушерских кровотечений. Методические рекомендации – Актобе, 2006.- 50с.

13. Силантьев О.А. и соавт.. Опыт применения рекомбинантного активированного фактора свертывания VII в послеродовом периоде, осложненным желудоч-

ным кровотечением – Вестник хирургии Казахстана, 2007, №2(10), с. 67-68.

14. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. SOGC clinical practice guidelines No. 88, April 2000..

15. Plaat F. Recombinant factor VIIa should be used in massive obstetric hemorrhage. - Int. J. Obstet. Anest. 2007; 16: 354-359.

16. Welsh A., McLintock C., et all. Guidelines for the use of recombinant factor VII in massive obstetric hemorrhage. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology, 2008; 48: 12-16.

17. Программа по улучшению перинатальной помощи в Кыргызской Республике на 2009-2017 годы, Б., 2008.

18. Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года, Бишкек, 2006.