

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
имени И. К. АХУНБАЕВА**

**КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
имени С. Б. ДАНИЯРОВА**

Диссертационный совет Д 14.19.603

На правах рукописи
УДК 618.3-06:616.005.1-083.98-085(043.3)

Макенжанова Мээрим Макенжановна

**ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ ПЛАЦЕНТЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ
КОАГУЛОПАТИЧЕСКИМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

14.01.01 – акушерство и гинекология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек - 2022

Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии № 1 Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева.

Научный руководитель: **Кангельдиева Айгуль Аманбековна**
доктор медицинских наук,
исполняющая обязанности доцента кафедры акушерства
и гинекологии № 1 Кыргызской государственной
медицинской академии им. И. К. Ахунбаева

Официальные оппоненты: **Укыбасова Талшын Мухадесовна**
доктор медицинских наук, профессор,
старший ординатор-консультант Академического и
Клинического Департамента Женского Здоровья
Корпоративного Фонда «University Medical Center»,
г. Нур - Султан

Кибец Елена Анатольевна
кандидат медицинских наук, доцент,
исполняющая обязанности заведующего кафедрой
акушерства, гинекологии и репродуктологии
Кыргызского государственного медицинского
института переподготовки и повышения
квалификации им. С. Б. Даниярова

Ведущая организация: Государственное образовательное учреждение
«Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики
Таджикистан», кафедра акушерства и гинекологии № 1 (734026, Республика
Таджикистан, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59).

Защита диссертации состоится «1» марта 2022 года в 13:00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.19.603 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева и Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова по адресу: 720020, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92, конференц-зал, 2-й этаж. Идентификационный код онлайн трансляции защиты диссертации: <https://vc1.vak.kg/b/141-ibf-aio-04r>

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92) и Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова (720017, г. Бишкек, ул. Боконбаева, 144а) и на сайте <http://kgma.kg>

Автореферат разослан «27» января 2022 года.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат медицинских наук

Ч. А. Стакеева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Актуальность темы диссертации. Обеспечение безопасного материнства были и остаются наиболее приоритетными задачами здравоохранения на национальном уровне [Т. К. Койчуев, М. С. Мусуралиев, С. Ж. Боконбаева и др., 2014]. Материнская смертность продолжает оставаться ведущей причиной летальности среди женщин во многих странах мира. Анализ динамики материнской смертности в мире за период 1990-2015 гг. показал, что уровень материнской смертности остается высоким в регионах с ограниченными ресурсами по сравнению с развитыми странами [WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990-2015, Geneva 2015]. По данным системных обзоров кровотечения являются непосредственной причиной материнской смертности в мире, и составляют в среднем - 27,1% (19,9% - 36,2%) случаев [L. Say, D. Chou et al, 2014].

По данным W. M. Callaghan, A. A. Creanga (2012) в США и других развитых странах около 1% рожениц с объемом кровопотери более 1 литра считаются требующими активного вмешательства (удаления матки) и 3% требуют реанимационных мер в связи с развитием синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (около 35,5%). Традиционным подходом остановки тяжелого кровотечения в мировой практике остается гистерэктомия в родах, которая, варьирует от 0,2 до 8,9 на 1000 родов в разных странах мира [L. Machado, 2011]. По результатам эпидемиологических исследований UKOSS частота гистерэктомий, применяемых для остановки кровотечения, составила 0,41:1000 (95% доверительный интервал (ДИ) 3,6–4,5) случаев, причем с летальным исходом 0,6% (95% ДИ 0,1–1,5%). Это значит, что на одну женщину, умершую от кровотечения, приходится свыше 60 женщин, перенесших гистерэктомию [M. Knight, 2011]. Тактика расширения объема операции до гистерэктомии при кровотечении свыше 1300 - 1500 мл принята и в медицинской технологии России [В. Н. Серов, Г. М. Савелева и др., 2011].

В последнее десятилетие в структуре акушерских кровотечений отмечена тенденция повышения частоты кровотечений, связанных с отслойкой плаценты и развитием синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Одним из самых суровых состояний из всех акушерских осложнений является преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, сопровождающаяся тяжелыми акушерскими и перинатальными исходами вследствие выраженной кровопотери.

В Кыргызской Республике из общего числа материнской смерти 52% случаев связаны с кровотечением, из них в более одной трети причин (10,7/1000) была преждевременная отслойка плаценты. По данным первого отчета конфиденциального аудита материнской смертности летальные исходы произошли в учреждениях

первичного (территориальные больницы - 65,2% случаев) и вторичного уровня (городские и областные - 28,2%), и в 6,5% случаев были на третичном уровне. Таким образом, оказание экстренной помощи в региональных учреждениях с реализацией органосохраняющих операций у рожениц с тяжелой отслойкой плаценты остается актуальной проблемой.

Цель исследования. Совершенствование алгоритма хирургического гемостаза при проведении органосберегающей операции у женщин с преждевременной отслойкой плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением.

Задачи исследования:

1. Провести ретроспективный анализ акушерских и перинатальных исходов у беременных с преждевременной отслойкой плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением.

2. Изучить влияние разработанной превентивной малоинвазивной оперативной технологии на акушерские и перинатальные исходы у беременных с преждевременной отслойкой плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением.

3. Обосновать эффективность алгоритма хирургического гемостаза при преждевременной отслойке плаценты в условиях ургентной помощи на вторичном уровне лечебно-профилактических учреждений.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами, основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Тема инициативная.

Научная новизна работы.

В Кыргызской Республике проведено научное обоснование выполнения органосохраняющей операции у беременных с преждевременной отслойкой плаценты и проявлениями коагулопатии (II-III степень отслойки плаценты) путем применения оптимизированной технологии проведения операции кесарево сечение. Основным принципом оптимизированной технологии заключается в максимальном уменьшении кровопотери и в предупреждении «маточной аутоотрансфузии» для снижения риска развития картины «коагулопатии потребления» при помощи перевязки маточных сосудов.

Показаны клинические варианты проявлений первичных симптомов отслойки плаценты: а) кровянистые выделения и/или кровотечение из половых путей, б) боли в животе, в) нарушение состояния плода и г) другие симптомы, не характерные для отслойки плаценты и/или «бессимптомные» формы.

Установлено, что своевременная диагностика преждевременной отслойки плаценты и соблюдение алгоритма билатеральной перевязки маточных сосудов позволяет снизить объем интраоперационной кровопотери, завершить операции с

сохранением матки и снизить необходимость применения компонентной терапии (эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы и др.), а также улучшить акушерские и перинатальные исходы.

Оптимизированная технология проведения операции кесарево сечение при отслойке плаценты (перевязка маточных сосудов до отделения плаценты и выделения последа) является доступным способом гемостаза, и применим в учреждениях первичного и вторичного уровня.

Практическая значимость полученных результатов.

Разработан и предложен эффективный способ остановки коагулопатического кровотечения у беременных с отслойкой плаценты в условиях оказания ургентной помощи - «Оптимизация алгоритма перевязки маточных сосудов в лечении коагулопатического кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты» (удостоверение на рационализаторское предложение № 19 / 2017. Регистрационный № 15 от 28.12.2017).

Оптимизированная технология проведения операции кесарево сечения сопровождалась уменьшением числа родильниц требующих компонентную терапию. Экономические затраты на препараты крови в перерасчете на один случай в денежном эквиваленте составили: в основной группе для свежезамороженной плазмы - 3333,66 сом против 5407,13 сом контрольной группы, для эритроцитарной массы соответственно 2159,08 сом против 3345,28 сом.

Внедрение результатов исследования в практику. Разработанная оптимизированная технология проведения операции кесарево сечения внедрена в клиническую практику родильного дома Чуйской области (акт внедрения от 05.02.2018) и городского перинатального центра г. Бишкек (акт внедрения от 15.01.2018). Материалы диссертационной работы используются в учебном процессе кафедры акушерства и гинекологии № 1 Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (акт внедрения от 17.02.2015).

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Тяжелая отслойка плаценты в клинической практике сопровождается высокой частотой акушерских осложнений (синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, геморрагический шок, тотальная маточно-плацентарная апоплексия), материнской и перинатальной смертностью (17,6% и 88,2% соответственно) и низким числом «выживших» новорожденных (11,8%). Оптимизированная технология операции по сравнению с традиционной практикой снижает частоту периоперационных осложнений: синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания 30,5% против 72,0%, геморрагический шок 5,5% против 70,6%, тотальная маточно-плацентарная апоплексия 5,5% против 76,5% соответственно, улучшает перинатальные исходы - снижение числа «умерших» новорожденных - 55,6 % и увеличение числа «выживших» новорожденных - 44,4%.

2. Алгоритм первоэтапной билатеральной деваскуляризации матки при проведении операции кесарево сечения у женщин с преждевременной отслойкой плаценты позволяет контролировать гемостаз и сохранить матку, вместо традиционной гистерэктомии. Эффективность оптимизированного способа гемостаза определяется уменьшением интраоперационного объема кровопотери, уменьшением числа случаев со снижением уровня гемоглобина ниже критического.

3. Разработанный алгоритм первоэтапной билатеральной деваскуляризации маточных сосудов является доступным способом гемостаза в регионарных учреждениях и позволяет сохранить репродуктивную функцию женщин с минимальными экономическими затратами.

Личный вклад соискателя. Анализ литературы, определение цели и задач исследования, формулировка рабочей гипотезы, разработка методологии исследования, сбор фактического материала, выбор статистических методов для анализа данных, анализ полученных результатов, а также формулирование основных положений диссертации, выводов, заключения и дальнейших рекомендаций проведены лично соискателем. Клинические наблюдения случаев отслойки плаценты, оперативные вмешательства проведены с участием автора.

Апробации результатов диссертации. Основные положения и результаты диссертационной работы доложены и обсуждены на: конференциях «Дни науки КГМА 2012» (Бишкек 2012), «Дни науки КГМА, посвященные 70-летию Победы» (Бишкек 2015).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По теме диссертации опубликовано 12 научных статей, из них 9 – в изданиях, рекомендуемых НАК КР и 2 – в изданиях, индексируемых системой РИНЦ.

Структура и объем диссертации.

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы материалов и методов исследования, результатов собственных исследований, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Текст диссертации изложен на 132 страницах машинописного текста, содержит 42 таблицы и 10 рисунков. Библиографический указатель содержит 141 источник, в том числе 21 русскоязычных, 120 иностранных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении диссертации представлена актуальность исследования и обоснование необходимости его проведения, цель, задачи, научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

Глава 1. Обзор литературы. Представлен аналитический обзор публикаций, в основном данные системных обзоров и обобщений доказательной медицины, отражающие современное представление об эпидемиологии, этиологии и факторах риска акушерских кровотечений. Определена достаточно высокая частота преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП) в структуре материнской смертности, отражены проблемы диагностики и организации неотложной помощи, особенно на уровне регионарных учреждений. Остается окончательно не решенным вопрос о возможности органосохранения при проведении операции.

Глава 2. Материалы и методы исследования. В ней представлен анализ 140 случаев экстренных операций кесарево сечения у женщин с ПОНРП на первичных и вторичных уровнях родовспомогательных учреждений Кыргызской Республики за период 2009-2014 гг.

Объект исследования: 140 случаев операций кесарево сечения при тяжелой отслойке плаценты. Традиционная практика кесарева сечения, закончившаяся гистерэктомией, составила контрольную группу – 68 случаев. Основной группой явились 72 случая отслойки плаценты оперированных по оптимизированной технологии с проведением органосохраняющих операций.

Предмет исследования: анализ акушерских и перинатальных исходов у женщин с преждевременной отслойкой плаценты.

Методы исследования: клинико-анамнестические, общелабораторные, инструментальные, статистический анализ.

Критерии отбора: беременные и роженицы репродуктивного возраста, не имеющие тяжелой соматической патологии (нарушений кровообращения, почечной и печеночной недостаточности и т.д.) и поступившие в родильный дом с отслойкой плаценты II степени и III А, Б степени согласно клиническому протоколу, принятому в Кыргызской Республике (2013).

В контрольную группу были включены 68 женщин, оперированные по стандартной технологии (традиционная практика) и у которых операции завершились удалением матки. Основную группу составили 72 женщины, оперированных с применением алгоритма билатеральной перевязки маточных сосудов, у которых операции кесарево сечения завершились с сохранением матки.

При проведении операции кесарево сечения в основной группе использовали разработанные следующие алгоритмы:

а) при отслойке плаценты с антенатальной гибелью плода – перевязка маточных сосудов производится до гистеротомии;

б) при отслойке плаценты и живом плоде – перевязка маточных сосудов производится сразу после извлечения плода до отделения плаценты и выделения послеродового лоchia из полости матки.

Сравниваемые группы пациенток по методам родоразрешения, акушерскому

и соматическому анамнезу статистически не различались. Однако, следует отметить, что в сравниваемых группах были различия при ранжировании по возрасту, по количеству родов и наличия преэклампсии, т.е. в контрольной группе преобладала частота женщин старшего репродуктивного возраста - 38,2% против 20,8% в основной группе, многорожавшие (более 3-х родов) 61,8% в контроле против 40,3% в основной группе и по частоте преэклампсии 51,4% против 40,3%. Как известно, эти предикторы тоже могут являться вмешивающимися факторами на результат исследования. Для выяснения влияния старшего репродуктивного возраста, количества родов и преэклампсии на вероятность проведения гистерэктомии у женщин с ПОНРП проведен анализ бинарной логистической регрессии. Модель логистической регрессии была статистически значимой, $\chi^2(3)=9,790$, $p<0,02$. Модель объяснила 9,0% (Nagelkerke R²) дисперсии вероятности проведения гистерэктомии у женщин с ПОНРП и правильно классифицировала 60,0% случаев. Для женщин старшего репродуктивного возраста критерий Вальда=1,438, $p=0,23$ ($<0,05$), отношение шансов (ОШ) составило 1,654 (95% ДИ 0,72–3,76), для многорожавших критерий Вальда=3,552, $p=0,06$ ($<0,05$) ОШ 2,417 (95% ДИ 0,96–6,05) и для женщин с преэклампсией критерий Вальда=1,611, $p=0,20$ ($<0,05$) ОШ 1,58 (95% ДИ 0,78–3,20). Таким образом, старший репродуктивный возраст, количество родов (многорожавшие) и наличие преэклампсии не были связаны с выбором проведения гистерэктомии у женщин с отслойкой плаценты.

Диагноз отслойки плаценты устанавливали на основании общепринятых критериев согласно протоколу, принятому в Кыргызской Республике. Нами оценены первичные симптомы отслойки плаценты в общей выборке (в 140 наблюдениях): чаще наблюдался симптом кровянистые выделения из половых путей у 82 женщин (58,5%), реже - болевой синдром у 35 женщин (25%). Нарушения состояния плода - 10,7%. Другие симптомы (не патогномоничные для отслойки – как тошнота, рвота и/или «бессимптомные» формы как случайная находка при ультразвуковом сканировании) - 5,7%.

При поступлении у 91 женщин (65,0%) из общей выборки была обнаружена анемия, из них тяжелая анемия в 4 случаях. Распределение анемии легкой, умеренной и тяжелой степени в группах было почти пропорциональным. Частота анемии в исследуемых группах статистически не отличалась, в контрольной - 58,8% и в основной группе - 65,3% ($p=0,480$).

Статистическую обработку анализируемых переменных проводили с использованием стандартного пакета программы «SPSS 16.0 (SPSS Inc., Chicago, IL)». Для проверки анализируемых переменных на подчинение закону нормального распределения использовали критерий Колмогорова-Смирнова. Условия равенства дисперсий проверяли тестом Левина. Для сравнения средних величин количественных признаков в двух независимых группах применяли

t-критерий Стьюдента. При необходимости проведения множественного сравнения использовался t-критерий Стьюдента с поправкой Бонферони. При отсутствии подчинения закону нормального распределения применяли непараметрический критерий Манна–Уитни. Для сравнения частот и доли использовали критерий хи-квадрат (χ^2). Для оценки потенциальных факторов риска развития отслойки плаценты использовали одномерный метод (тест хи-квадрат). Для изучения влияния независимых переменных на зависимую переменную применяли бинарную логистическую регрессию с использованием критерия Вальда. Для каждого исследованного параметра рассчитывали: M-выборочное среднее, s-стандартное отклонение, представленных в тексте в виде $M \pm s$ (при подчинении закону нормального распределения переменных). Для признаков, распределение которых значительно отличается от нормального, в качестве меры центральной тенденции использовали медиану (Me), а в качестве мер рассеяния - нижний ($Q1$) и верхний ($Q3$) квартили (25 и 75 процентиля), представленных в тексте в виде $Me (Q1-Q3)$. Во всех процедурах статистического анализа рассчитывался достигнутый уровень значимости (p) равный 0,05.

Глава 3. Результаты собственных исследований и их обсуждение.

3.1. Общая характеристика групп и клиника преждевременной отслойки плаценты. В наших исследованиях более половины из совокупности всех исследуемых были женщины активного репродуктивного возраста: в контрольной группе - 61,8%, в основной - 79,2%. В исследовании тяжелая отслойка плаценты чаще встречалась при преждевременных родах (65,0% общей группы): в контрольной группе преждевременные роды - 61,8% против 38,2% срочных родов и в основной группе 68,1% против 31,9% соответственно (ОШ=1,319, ДИ [0,657-2,646], $p=0,435$). Оценка потенциального риска развития отслойки плаценты показала, что частота отслойки плаценты у женщин до 35 лет была выше, чем у женщин старше 35 лет (в контрольной группе 61,8% против 38,2% и в основной группе 79,2% против 20,8% соответственно, ОШ=0,435, ДИ [0,201-0,900], $p<0,024$).

Несомненно, на качестве оказания ургентной акушерской помощи отражается своевременность поступления в стационар. В наших исследованиях большинство женщин поступали в родильный стационар (80% случаев) своим ходом, и почти в половине случаев в ночное время (48,6%). Имели место проблемы госпитализации, отказ или перевод в другие учреждения (9 случаев - 6,4%), ятрогенные причины (родостимуляция окситоцином в 7 случаях - 5,0%, амниотомия при наличии симптомов начавшейся отслойки плаценты в 8 случаях - 5,7%, и/или «дородовое излитие вод» - 18 случаев - 12,8%).

3.2. Результаты сравнительного анализа исходного статуса у женщин с преждевременной отслойкой плаценты. При поступлении в родильный стационар у 91 женщин (65,0%) из общей выборки была обнаружена анемия. Распределение тяжелой, умеренной и легкой анемии в группах было почти

пропорциональным. Частота анемии в исследуемых группах статистически не отличалась, в контрольной - 58,8% и в основной группе - 65,3% ($p=0,480$). Показатель среднего уровня исходного гемоглобина при поступлении в стационар значимых различий не выявил: в контрольной группе составил $104,82 \pm 15,92$ г/л ДИ [100,97-108,68], в основной группе $107,44 \pm 14,41$ г/л, ДИ [104,06-110,83].

При ранжированном анализе частоты учтенного объема кровопотери до операции в исследуемых группах, случаи с кровопотерей менее 500 мл до оперативного вмешательства, а следовательно, поступившие в стабильном состоянии, наблюдались чаще в основной группе - 55,5%, чем в контрольной – 30,9%. Кровопотеря от 500 до 1000 мл наблюдалась почти с одинаковой частотой 30,5% и 32,3% соответственно. Поступления с кровопотерей более 1000 мл встречались в основной группе в 13,9% случаях, а в контрольной группе в 2 раза больше - 36,8% случаев ($p=0,001$) и были связаны с проблемами транспортировки, а также urgentными ситуациями и др.

Соответственно, средний объем кровопотери до оперативного вмешательства был больше в контрольной группе 800,0 (400,0-1000,0) мл, чем в основной группе 400,0 (300,0-700,0) мл ($p=0,001$) (рисунок 3.2.2).

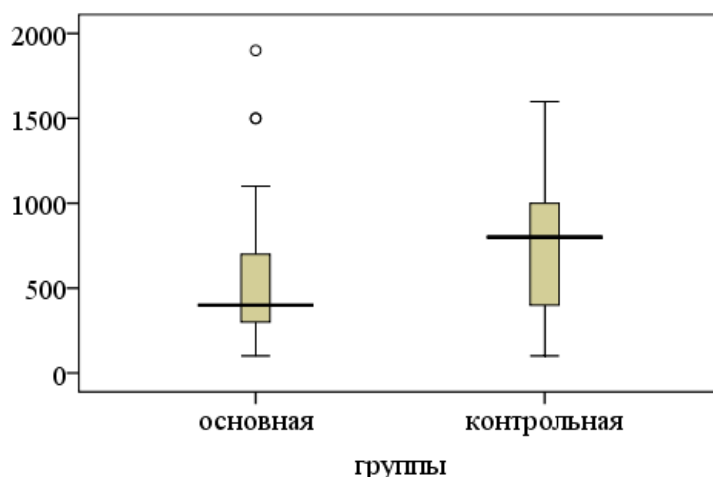


Рисунок 3.2.2 - Средний объем кровопотери (мл) до оперативного вмешательства у женщин.

Также проведен анализ ранжирования интервала времени от момента диагностики отслойки плаценты до операции. Из общей выборки исследуемых групп в 62,9% случаях (88 из 140 женщин) оказание оперативной помощи проводилось в интервале времени до 30 минут. У остальных беременных констатирована задержка оказания urgentной помощи по времени от 30 до 60 минут в 21,4% случаях (30 женщин) и запоздалая помощь, более 60 минут отмечена 15,7% случаях (22 женщин). В итоге в 37,1% случаях (у 52 из 140 женщин) или более 1/3 случаях имелись проблемы оказания экстренной помощи (проблемы транспортировки, диагностики, организации помощи и т.д.).

3.3. Результаты применения оптимизированной оперативной технологии кесарева сечения у женщин с преждевременной отслойкой плаценты. Эффективность оптимизированной оперативной технологии, показана результатом ранжирования частоты интраоперационной кровопотери: минимальный объем (до 500 мл) чаще зарегистрирован в основной группе - 40,2%, чем в группе контроля 1,5% (p=0,001). В большинстве случаев операция в основной группе была проведена со средней кровопотерей от 500 до 1000 мл - 56,9% против 22,0% контроля (p=0,001). Тяжелая кровопотеря более 1000 мл наблюдалась чаще в контрольной группе – 76,5%, а в основной группе в 2 случаях – 2,8%. На основе анализа данных, представленных с помощью критерия Манна-Уитни, выявлено, что средний объем интраоперационной кровопотери в контрольной группе составил 1200,0 (1000,0-1500,0) мл, что в два раза превышает данный показатель основной группы - 500,0 (400,0-500,0) мл (p=0,001). В итоге, средний объем общей (дородовой и интраоперационной) кровопотери в контроле составил 2000,0 (1500,0-2500,0) мл, а в основной группе 900,0 (800,0-1200,0) мл (p=0,001).

Ранжирование частоты критического снижения уровня гемоглобина в основной группе показало более низкие частоты критического снижения уровня гемоглобина менее 70 г/л - 20,4%, против 76,5% при традиционной практике (p=0,001); и напротив, успешный гемостаз с минимальным снижением гемоглобина наблюдался в 79,2% случаев против 23,5%. Следовательно, контроль интраоперационной кровопотери был успешным и частота крайне тяжелых кровопотерь (менее 50 г/л) была минимальной в основной группе – 1,4% против 26,5% случаев при традиционной практике (таблица 3.3.3).

Таблица 3.3.3 - Уровень гемоглобина по степени тяжести, n (%)

Уровень гемоглобина	Контрольная группа	Основная группа	p*
Более 70 г/л	16 (23,5)	57 (79,2)	0,001
От 69 до 50 г/л	34 (50,0)	14 (19,4)	0,001
Менее 50 г/л	18 (26,5)	1 (1,4)	0,001
Всего	68 (100,0)	72 (100,0)	

Примечание - * значения критерия χ^2 .

В клинической практике особое значение придается ранней диагностике и времени от момента диагностики и до начала операции. В мировой практике принята рекомендация интервал времени оперативного вмешательства 30 минут, который включен в клинические руководства многих стран. Сравнительная оценка оказания ургентной помощи в течение 30 минут показала, что в основной группе своевременная помощь была оказана в 1,4 раза больше, чем в контроле

(73,6% случаев, против контроля - 51,5%). В промежутке времени 30-60 минут помощь оказана в 23,5% случаев в контрольной и в 19,4% случаев в основной группе. Запоздавшая помощь, более 60 минут, наблюдалась в 3,5 раза больше в контрольной группе, чем в основной (25,0% против 6,9%).

При анализе ранжированных показателей уровня послеоперационного гемоглобина по степени тяжести, в зависимости от времени начала оперативного вмешательства мы получили следующие данные. Во временном интервале до 30 минут, случаи с уровнем гемоглобина до 70 г/л, встречались в основной группе в 58,3% случаях против 17,6% контроля. Случаи снижения уровня гемоглобина от 69 до 50 г/л соответственно 13,9% и 22,0%, а критическое снижение гемоглобина ниже 49 г/л наблюдалось в основной группе лишь в 1,4% (1 случай), против данных контрольной группы - 11,8% (8 случаев).

При оперативном вмешательстве в течение 30-60 минут, случаи с уровнем гемоглобина до 70 г/л наблюдались в 16,7% основной группы против 4,4% контрольной. Случаи снижения гемоглобина от 69 до 50 г/л наблюдались в 2,8% и 13,2% случаях соответственно. Критическое снижение гемоглобина (ниже 49 г/л), наблюдалось в контрольной группе в 5,9% (4 случая), в основной не наблюдалось.

В случаях, когда операция производилась со значительной задержкой, более 60 минут, случаи с уровнем гемоглобина до 70 г/л наблюдались в основной группе в 4,2% случаях против 1,5% контроля. Случаи снижения гемоглобина от 69 до 50 г/л наблюдались в основной - 2,8%, в контрольной группе в 14,7% случаях. Критическое снижение гемоглобина (ниже 49 г/л) наблюдалось только в контрольной группе - 8,8% случаев (таблица 3.3.4).

Таблица 3.3.4 – Уровень гемоглобина в зависимости от интервала времени от момента диагностики до оперативного вмешательства, n (%)

Время	Уровень гемоглобина	Контрольная группа	Основная группа	p*
До 30 минут	более 70 г/л	12 (17,6)	42 (58,3)	0,001
	от 69 до 50 г/л	15 (22,0)	10 (13,9)	
	менее 49 г/л	8 (11,8)	1 (1,4)	
От 30 до 60 минут	более 70 г/л	3 (4,4)	12 (16,7)	0,001
	от 69 до 50 г/л	9 (13,2)	2 (2,8)	
	менее 49 г/л	4 (5,9)	-	
Более 60 минут	более 70 г/л	1 (1,5)	3 (4,2)	0,016
	от 69 до 50 г/л	10 (14,7)	2 (2,8)	
	менее 49 г/л	6 (8,8)	-	
всего		68 (100)	72 (100)	

Примечание - *значение критерия χ^2 .

Средний уровень минимального гемоглобина в послеоперационном периоде в контрольной группе в промежутке времени до 30 минут, был значительно высоким – 61,3 г/л±20,4 г/л с 95% ДИ [54,9-67,6] по сравнению другими временными интервалами, более 60 минут 53,9 г/л±14,8 г/л с 95% ДИ [44,1-62,2] со статистической значимостью $p=0,002$ (с поправкой Бонферони), во временном интервале от 30-60 мин различий не было обнаружено. В основной группе по среднему уровню гемоглобина в послеоперационном периоде во всех временных интервалах статистически значимых различий мы не обнаружили: до 30 минут 82,7 г/л±20,2 г/л с 95% ДИ [77,9–88,2], более 60 минут – 76,8 г/л±8,64 г/л с 95% ДИ [60,1–93,5] (рисунок 3.3.2).

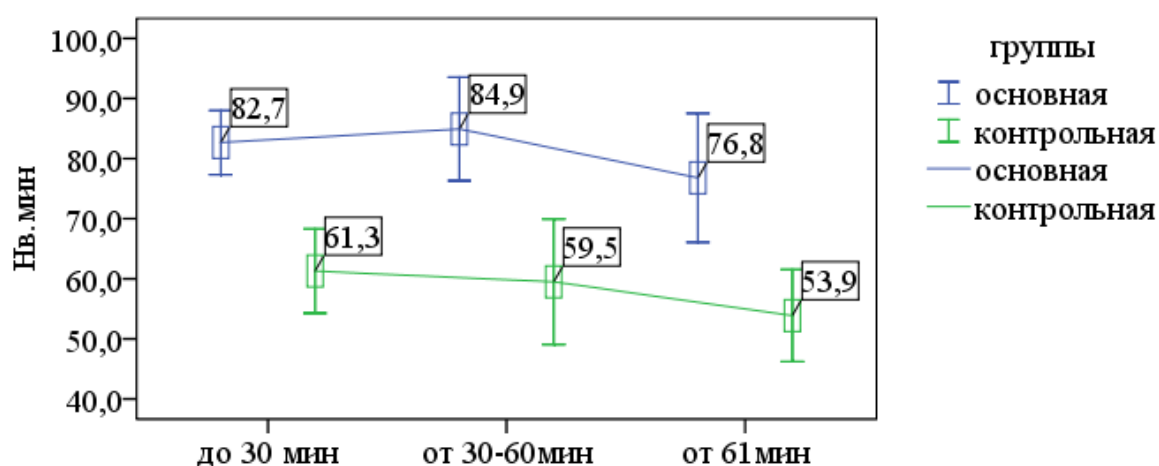


Рисунок 3.3.2 - Ранг времени до гемостаза и средний уровень минимального гемоглобина в послеоперационном периоде.

Качество неотложной акушерской помощи зависит от медико-социальных условий, ограниченности или наличия высокого уровня медицинского обеспечения. В условиях ограниченных ресурсов, как показал анализ 352 случаев неотложного кесарева сечения, проведенных в условиях территориального института О. Е. Chukwudi, С. А. Okonkwo (2014), соблюдение временного интервала до 30 минут, возможно только в 5,7% случаях при среднем интервале времени 79,5 минут. В случаях отслойки плаценты интервал времени равнялся 48,7 минут.

В нашем исследовании эффективная своевременная помощь в промежутке времени до 30 минут оказана в 62,9% (88 женщин из 140) случаях из общей выборки исследуемых или 73,6% (53 женщины) в основной группе и 51,5% (35 женщин) в контроле. Успешное применение оптимизированной технологии проведения кесарева сечения сопровождалось уменьшением числа рожениц с критическим интраоперационным снижением уровня гемоглобина, т.е. частоты

снижения гемоглобина по совокупности менее 70 г/л с течением времени (до 30 минут, 30-60 минут и более 60 минут) в основной группе достоверно меньше ($p=0,001$) соответственно 15,3%, 2,8% и 2,8% против данных контроля 33,8%, 19,1% и 23,5%. В итоге применения алгоритма первоэтапной деваскуляризации матки в 72 случаях нам удалось остановить кровотечение и сохранить матку.

По гематологическим показателям в интраоперационном периоде, также были обнаружены статистически значимые различия. В контрольной группе минимальный уровень эритроцитов составил $2,28 \times 10^{12}/л \pm 0,55$ ДИ 95% [2,14-2,42], в основной - $2,98 \times 10^{12}/л \pm 0,51$ ДИ 95% [2,86-3,10], $p=0,001$. Аналогичные различия при проведении кесарева сечения по показателю минимального уровня тромбоцитов: в контрольной группе $140,90 \times 10^9/л \pm 34,85$ ДИ 95% [130,30-151,50] и в основной группе $183,76 \times 10^9/л \pm 28,97$ ДИ 95% [175,69-191,83], $p=0,001$.

При анализе показателей свертывающей системы крови также выявлены значительные различия в исследуемых группах. Так по показателю среднего уровня минимального фибриногена в интраоперационном периоде в контрольной группе данный показатель составил Me (Q1-Q3) 1,49 (1,10-1,55), в основной - Me (Q1-Q3) 2,1 (1,77-2,44), $p=0,001$. И такие же изменения при анализе протромбинового индекса: в контроле $75,40 \pm 8,71\%$ ДИ 95% [72,41-78,39], в основной группе исследования $82,86 \pm 5,67\%$ ДИ 95% [81,36-84,36], $p=0,001$.

Несомненно, что в данном исследовании в связи с кровотечениями проводили инфузионно - трансфузионную терапию, направленную на восстановление объема циркулирующей крови. По составу инфузионно - трансфузионные средства в контрольной и основной группах практически не отличались. Но средний объем использованных инфузионно-трансфузионных средств в основной группе составил 2000,00 (1495,00-3040,00) мл, что в два раза меньше чем в контроле - 4250,00 (2937,50-6267,50) мл, ($p \leq 0,001$). Также, практически в два раза меньше была необходимость применения свежезамороженной плазмы в основной группе - 38,9% случая (от 210,0 до 1250,0 мл), против 83,8% случаев контроля (от 220,0 до 3470,0 мл). Эритроцитарную массу применяли в 5 раз меньше - 9,7% против 48,5% случаев контрольной группы.

3.4. Акушерские и перинатальные исходы, экономическая эффективность применения оптимизированной технологии у женщин с преждевременной отслойкой плаценты. Оценка акушерских и перинатальных исходов для матери и плода проведена в зависимости от первичных клинических симптомов отслойки плаценты. Мы провели анализ уровня гемоглобина ниже 70 г/л в зависимости от первичных симптомов ПОНРП (кровянистые выделения из половых путей, боли в животе, нарушения состояния плода или дистресс плода и другие симптомы). В контрольной группе снижение гемоглобина менее 70 г/л в подгруппе с кровотечением из 36 женщин наблюдалось у 29 (42,6%), в подгруппе

с болевым синдромом - из 18 у 13 женщин (19,1%), с дистресс синдромом плода - из 10 в 6-ти случаях (8,8%) и в подгруппе другие симптомы - у всех 4 наблюдаемых (5,9%). В данной группе операция кесарево сечение, закончилось гистерэктомией, которая была неэффективной для остановки кровотечения и привела к летальному исходу в 12 случаях.

В основной группе использование оптимизированной технологии кесарева сечения ограничило проявление коагулопатического кровотечения и привело к остановке кровотечения, и критическое снижение гемоглобина менее 70 г/л было определено только у 15 рожениц: в подгруппе с кровотечением из 46 женщин у 10 (13,9%), в подгруппе с болевым синдромом из 17 женщин у 5 (6,9%). В остальных подгруппах критического снижения гемоглобина не наблюдалось.

Применение оптимизированной технологии по сравнению с традиционной практикой операции кесарево сечения способствовало снижению числа женщин с критическим снижением гемоглобина в подгруппе кровотечений почти в 4 раза и в подгруппе с болевым синдромом в 2,4 раза, что свидетельствует о преимуществе и эффективности данного способа гемостаза (таблица 3.4.2).

Таблица 3.4.2 – Клиника преждевременной отслойки плаценты и уровень гемоглобина ниже 70 г/л, n (%)

Первичные симптомы отслойки плаценты	Контрольная группа		Основная группа		Итого	
	Всего	Hb<70г/л	Всего	Hb<70г/л	n	%
Кровянистые выделения	36 (52,9)	29 (42,6)	46 (63,9)	10 (13,9)	82	58,5
Боли в животе	18 (26,5)	13 (19,1)	17 (23,6)	5 (6,9)	35	25
Дистресс плода	10 (14,7)	6 (8,8)	5 (6,9)	-	15	10,7
Другие	4 (5,9)	4 (5,9)	4 (5,5)	-	8	5,7
Всего	68 (100)	52 (76,5)	72 (100)	15 (20,8)	140	100

Об эффективности оптимизированной оперативной технологии перед традиционной практикой свидетельствуют акушерские и перинатальные исходы:

- частота прогрессирующего синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдрома) в основной группе - 30,5% против 72,0% контрольной группы, геморрагический шок - 5,5% против 70,6%, тотальная маточно-плацентарная апоплексия - 5,5% против 76,5% соответственно.

- частота материнской смертности – в основной группе случаев материнской смертности не наблюдалось, в контрольной группе - 17,6% (12 случаев).

- частота «выживших» – живых новорожденных в основных исследованиях 32 случая (44,4%), против 8 случаев (11,8 %) контрольной группы. Из них по весовой категории:

- живорождения более 2500 грамм при срочных родах в три раза чаще наблюдались в основной группе – 15 (20,8%) против 5 случаев (7,3%) контроля.

- в весовой категории менее 2500 грамм количество живых новорожденных составило 17 новорожденных (8,3%) в основной группе против 3 случаев (2,9%) контроля.

- сравнительная оценка частоты «умерших» новорожденных: количество умерших новорожденных было в 1,5 раза меньше в основной группе – 40 случаев (55,6%) против 60 случаев (88,2%) контроля. При срочных родах (с массой более 2500 грамм) - 11 (15,3%) случаев в основной группе против 20 (29,4%) в контрольной, при преждевременных родах (1000–2000 грамм) - 10 (13,8%) против 17 (25,0%).

Экономические затраты на препараты крови использованные в контрольной группе, в перерасчете на один случай в денежном эквиваленте составил в среднем для свежезамороженной плазмы – 5407,13 сом, в основной 3333,66 сома. Для эритроцитарной массы - в контрольной группе 3345,28 и в основной группе 2159,08 сом.

Таким образом, применение оптимизированной технологии кесарева сечения (первоэтапная билатеральная перевязка маточных сосудов) при отслойке плаценты может быть достаточным средством для остановки кровотечения, и не требует расширения объема вмешательства (гистерэктомия), что доступно в условиях регионарных учреждений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тяжелая отслойка плаценты при традиционной клинической практике сопровождалась высокой частотой акушерских осложнений: ДВС-синдромом (72,0%), геморрагическим шоком (70,6%), маточно-плацентарной апоплексией (76,5%), материнской смертностью (17,6%).

Оптимизированная технология операции кесарево сечения при тяжелой отслойке плаценты снижает частоту акушерских осложнений: ДВС-синдрома (30,5%), геморрагического шока (5,5%) и маточно-плацентарной апоплексии (5,5%).

Первичными симптомами клиники преждевременной отслойки плаценты чаще являлись кровянистые выделения из половых путей у 82 - 58,5%, реже болевой синдром у 35 - 25%; нарушения состояния плода у 15 - 10,7% и другие симптомы (не характерные для отслойки плаценты – как тошнота, рвота и/или «бессимптомные» формы как случайная находка при ультразвуковом сканировании) у 8 беременных - 5,7%.

Эффективность оптимизированного способа гемостаза при тяжелой

отслойке плаценты подтверждается снижением частоты объема интраоперационной кровопотери более чем в два раза в основной группе по сравнению с контрольной группой исследования. Соответственно средний объем общей кровопотери в основной группе был в два раза меньше и составил - 900,0 (800,0-1200,0) мл, в контрольной группе - 2000,0 (1500,0-2500,0) мл ($p=0,001$).

Оптимизированная технология проведения операции кесарево сечения сопровождалась уменьшением числа родильниц требующих компонентную терапию (38,9% против 83,8% контроля). Средний объем инфузии в основной группе составил 2000,00 (1495,00–3040,00) мл против 4250,00 (2937,50–6267,50) мл в группе контроля ($p\leq 0,001$), что непосредственно влияло на экономические затраты на один случай: в основной группе для свежезамороженной плазмы - 3333,66 сом против 5407,13 сом в группе контроля, для эритроцитарной массы соответственно 2159,08 сом против 3345,28 сом.

В основной группе исследования своевременная диагностика и оказание ургентной помощи в течение 30 минут наблюдалась в 1,4 раза больше, чем в контрольной (73,6% против 51,5%). В промежутке времени 30 – 60 минут в 1,2 раза больше соответственно (19,4% против 23,5%). Запоздалая помощь, более 60 минут, наблюдалась в 3,5 раза меньше (6,9% против 25,0%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На уровне вторичного и третичного уровня:

- у беременных с антенатальной гибелью плода, тяжелой преэклампсией исключить отслойку плаценты с обязательным проведением УЗИ с учетом проявления клинических симптомов отслойки плаценты (кровотечение, боли в животе, нарушение состояния плода и другие симптомы).

- проведение операции кесарево сечение с применением первоэтапной деваскуляризации маточных сосудов является безопасным и эффективным способом гемостаза при отслойке плаценты, с коагулопатическим кровотечением с целью снижения «маточной аутоотрансфузии» для предупреждения развития острого ДВС-синдрома.

Рекомендуется использование следующего алгоритма:

а) при отслойке плаценты с антенатальной гибелью плода – перевязка маточных сосудов до гистеротомии (до разреза на нижнем маточном сегменте);

б) при отслойке плаценты и живом плоде – перевязка маточных сосудов сразу после извлечения плода до отделения плаценты и выделения последа из полости матки с мониторингом системы гемостаза.

Тщательный мониторинг состояния пациентки, оказание неотложной помощи по остановке кровотечения с проведением своевременной билатеральной первоэтапной деваскуляризации маточных сосудов (в течение 30 и/или 60 минут) от момента диагностики увеличивает шансы проведения органосохраняющих операций на фоне коррекции системы гемостаза.

В условиях регионарных учреждений первичного и вторичного уровня (ТБ, городские и областные родовспомогательные учреждения) в целях улучшения качества оказания квалифицированной медицинской помощи, рекомендуется проведение обучающих программ для врачей - курсы повышения квалификации «Оказание помощи при неотложных акушерских состояниях», с включением темы «Отслойка плаценты: способ билатеральной первоэтапной деваскуляризации маточных сосудов».

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Омурбекова, М. М. Проблемы улучшения качества жизни у беременных с преждевременной отслойкой плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением [Текст] / М. М. Омурбекова // Вестник КГМА. – 2012. – № 1. – С. 123-127; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2012/vestnik-1-2012.pdf>.

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

3. Омурбекова, М. М. В помощь практическому врачу. Роль коагулопатии в массивных акушерских кровотечениях и антифибринолитическая терапия [Текст] / М. С. Мусуралиев, А. Макенжан уулу, М. М. Омурбекова // Вестник КГМА. – 2013. – № 2. – С. 72-79; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2013/vestnik-2-2013.pdf>.

4. Омурбекова, М. М. Акушерские исходы у женщин с преждевременной отслойкой плаценты [Текст] / М. М. Омурбекова // Вестник КГМА. – 2013. – № 2. – С. 80-83; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2013/vestnik-2-2013.pdf>.

5. Омурбекова, М. М. Инновационные подходы к оказанию неотложной помощи при критических случаях с тяжелыми акушерскими кровотечениями [Текст] / А. Макенжан уулу, М. М. Омурбекова, М. С. Мусуралиев // Вестник КГМА. – 2014. – № 1. – С. 15-21; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2014/vestnik-1-2014.pdf>.

6. Омурбекова, М. М. Акушерские кровотечения и органосберегающие операции [Текст] / Г. Т. Батырбекова, А. Макенжан уулу, М. М. Омурбекова //

Вестник КГМА. – 2014. – № 1. – С. 50-53; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2014/vestnik-1-2014.pdf>.

7. Омурбекова, М. М. Опыт перевязки маточных артерий при акушерских кровотечениях [Текст] / М. М. Омурбекова, А. Макенжан уулу, Г. С. Ташиева // Вестник ОшГУ. – 2014. – № 4. – С. 65-67.

8. Омурбекова, М. М. Аномалии прикрепления плаценты как фактор риска акушерских кровотечений [Текст] / Э. К. Асанкулов, Д. М. Субанов, Т. Х. Теппеева, М. М. Омурбекова // Вестник КГМА. – 2017. – № 3. – С. 118-122; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2017/vestnik-3-2017.pdf>.

9. Омурбекова, М. М. Органосохраняющая операция при маточно-плацентарной апоплексии [Электронный ресурс] / М. М. Омурбекова // Клиническая медицина Казахстана. – Астана, 2018. – № 2 (48). – С. 56-58. – Режим доступа: <https://www.clinmedkaz.org/download/organ-saving-operation-in-utero-placental-apoplexy-8969.pdf>.

10. Омурбекова, М. М. Возможности органосохранения при тяжелой отслойке плаценты с коагулопатическим кровотечением [Электронный ресурс] / М. М. Омурбекова, А. А. Кангельдиева, М. С. Мусуралиев // Медицина. – Москва, 2018. – № 4. – С. 39-47. – Режим доступа: <https://www.fsmj.ru/015352.html>.

11. Макенжанова, М. М. Опыт проведения органосохраняющих операций при оказании ургентной помощи беременным с тяжелой отслойкой плаценты в Кыргызской Республике [Текст] / М. М. Макенжанова, М. С. Мусуралиев, А. А. Кангельдиева, А. Макенжан уулу // Журнал клинической и экспериментальной медицины. – Воронеж, 2020. – № 2 (97). – С. 4-9; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://vrach-aspirant.ru/articles/obstetrics/20012/>

12. Макенжанова, М. М. Акушерские и перинатальные исходы у беременных с тяжелой отслойкой плаценты [Электронный ресурс] / М. М. Макенжанова, А. Макенжан уулу, А. А. Кангельдиева, М. С. Мусуралиев // Научные исследования в Кыргызской Республике. – 2020. – № 4 (часть II). – С. 104-111. – Режим доступа: <http://journal.vak.kg/god-2020/vypusk-n4-chast-ii/>

Макенжанова Мээрим Макенжанованын «Коагулопатиялык кан кетүү менен татаалданган, тондун эрте ажырашында төрөт тактикасын ыңгайлаштыруу» деген темадагы 14.01.01 – акушерлик жана гинекология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын
РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: тондун эрте ажырашы, коагулопатиялык кан кетүү, эки тараптуу жатын кан тамырларын байлоо, жатынды сактоо операциялары.

Изилдөөнүн максаты: тондун эрте ажырашындагы коагулопатиялык кан кетүүнү хирургиялык токтотуу ыкмаларын жакшыртуу аркылуу жатынды сактоо мүмкүнчүлүгү.

Изилдөөнүн объектиси: тондун эрте ажырашында жүргүзүлгөн 140 кесар кесүү операциялары. Салттуу практика менен жүргүзүлгөн жана жатынды алып салуу менен бүткөн 68 кесар кесүү операциялары контролдук топту түздү. Негизги топту ыңгайлаштырылган жол менен жасалган жана жатынды сактоо менен аяктаган 72 кесар кесүү операциялары түздү.

Изилдөөнүн предмети: тондун эрте ажырашында болгон акушерлик жана перинаталдык натыйжаларын талдоо.

Изилдөөнүн ыкмалары: клиникалык-анамнестик, жалпы лаборатордук, инструменталдык, статистикалык анализ.

Аныкталган натыйжалар жана алардын илимий жаңылыгы. Тондун эрте ажырашын өз убагында аныктоо жана жатын кан тамырларын эки тараптуу байлоо алгоритмин сактоо операция учурундагы кан жоготуунун ($p=0,001$) жана жалпы кан жоготуунун көлөмүн ($p=0,001$) төмөндөтөт. Бул компоненттик терапияны колдонуу зарылдыгын төмөндөтөт жана акушерлик, перинаталдык натыйжаларын жакшыртат.

Тондун эрте ажырашындагы алгачкы белгилеринин клиникалык варианттары көрсөтүлгөн: а) жыныс жолдорунан кан кетүү, б) ичтин оорушу, в) күмөндүн тумчугуусу жана г) тондун ажырашына мүнөздүү эмес бөтөн белгилер же «симптомсуз» формалар.

Тондун эрте ажырашында кесар кесүү операциясын ыңгайлыштырылган жолу менен жүргүзүү (эки тараптуу жатын кан тамырларын байлоо) жергиликтүү мекемелеринин шарттарында кан кетүүнү токтотууга жөнөкөй жана оңой каражат болуп эсептелинет.

Колдонуу тармагы: биринчи жана экинчи деңгээлдеги төрөт үйлөрү.

РЕЗЮМЕ

диссертации Макенжановой Мээрим Макенжановны на тему «Оптимизация тактики ведения родов при преждевременной отслойке плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология

Ключевые слова: преждевременная отслойка плаценты, коагулопатические кровотечения, билатеральная перевязка маточных сосудов, органосохраняющие операции.

Цель исследования: Совершенствование алгоритма хирургического гемостаза при проведении органосберегающей операции у женщин с преждевременной отслойкой плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением.

Объект исследования: 140 случаев операций кесарева сечения при тяжелой отслойке плаценты. Традиционная практика кесарева сечения, закончившаяся гистерэктомией, составила контрольную группу – 68 случаев. Основной группой явились 72 случая отслойки плаценты оперированных по оптимизированной технологии с проведением органосохраняющих операций.

Предмет исследования: анализ акушерских и перинатальных исходов у женщин с преждевременной отслойкой плаценты.

Методы исследования: клинико-anamnestические, общелабораторные, инструментальные, статистический анализ.

Полученные результаты и их научная новизна. Своевременная диагностика преждевременной отслойки плаценты и соблюдение алгоритма билатеральной перевязки маточных сосудов снижает объем интраоперационной кровопотери ($p=0,001$) и объем общей кровопотери ($p=0,001$). Соответственно снижает необходимость применения компонентной терапии и улучшает акушерские и перинатальные исходы.

Показаны клинические варианты проявлений первичных симптомов отслойки плаценты: а) кровянистые выделения и/или кровотечение из половых путей, б) боли в животе, в) нарушение состояния плода и г) другие симптомы, не характерные для отслойки плаценты и/или «бессимптомные» формы.

Применение оптимизированной технологии кесарева сечения (билатеральная перевязка маточных сосудов) при преждевременной отслойке плаценты является простым и доступным средством для остановки кровотечения в условиях регионарных учреждений и увеличивает возможность проведения органосохраняющих операций.

Область применения: родовспомогательные учреждения первичного и вторичного уровня.

RESUME

dissertation of Makenzhanova Meerim Makenzhanovna on the topic «Optimization of management of labor during premature placental abruption complicated by coagulopathic bleeding» for the degree of Candidate of Medical Sciences in specialty 14.01.01 - obstetrics and gynecology

Key words: premature placental abruption, coagulopathic bleeding, bilateral ligation of the uterine vessels, organ-saving operations.

Purpose of the research: Improving the algorithm of surgical hemostasis during organ-saving surgery in women with placental abruption and coagulopathic bleeding.

Research object: 140 cases of cesarean section operations with severe placental abruption. The traditional practice of cesarean section, which ended with hysterectomy, made up the control group – 68 cases. The main group consisted of 72 cases of placental abruption operated on by optimized technology with organ-saving operations.

Subject of research: analysis of obstetric and perinatal outcomes in women with placental abruption.

Research methods: clinical and medical history, general laboratory tests, instrumental methods, statistical analysis.

The results obtained and their scientific novelty: Timely diagnosis of placental abruption and compliance with the bilateral uterine vessel ligation algorithm reduces the amount of intraoperative blood loss ($p=0,001$) and the total blood loss ($p=0,001$). Accordingly, it reduces the need for component therapy and improves obstetric, perinatal outcomes.

Clinical variants of the manifestations of the primary symptoms of placental abruption are shown: a) spotting and/or bleeding from the genital tract, b) abdominal pain, c) fetal disorders and d) other symptoms not characteristic of placental abruption and/or "asymptomatic" forms

The use of an optimized technology for caesarean section (bilateral ligation of the uterine vessels) for premature placental abruption is a simple and affordable means to stop bleeding in regional institutions and increases the possibility of organ-saving operations

Area of application: obstetric hospitals of the primary and secondary levelin.

Подписано к печати 25.01.2022 г.
Заказ № 5. Тираж 100 экз. Бумага офсетная.
Формат бумаги 60 x 90/16. Объем 1,5 п. л.
Отпечатано в ОсОО «Соф Басмасы»
720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92.