
ЛЕКЦИЯ

УДК 618.2-005.1

КРОВОТЕЧЕНИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Н. А. Жаркин

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии*

В статье дается классификация акушерских кровотечений. Приводится тактика при кровотечениях в ранние и поздние сроки беременности, в последовом, раннем и позднем послеродовом периодах, даются рекомендации по профилактике акушерских кровотечений.

Ключевые слова: акушерские кровотечения, тактика, профилактика.

HEMORRHAGE IN OBSTETRICS

N. A. Zharkin

The paper proposes a classification of obstetric hemorrhage. Management of hemorrhage in early and late pregnancy, at placental stage of labor, in early and late postpartum period are described. Recommendations on prevention of obstetric hemorrhage are given

Key words: obstetric hemorrhage, management, prevention.

Акушерские кровотечения в структуре материнской смертности

Несмотря на успехи в снижении материнской смертности в России, кровотечения остаются одной из наиболее частых причин гибели беременных женщин и родильниц, уступая лишь экстрагенитальной патологии и сепсису (имеются отличия по регионам). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2009 г. в мире от акушерских кровотечений умерло около 130000 женщин. В России частота кровотечений составила в 2009 г. 24 на 1000 родов. В структуре акушерских кровотечений преобладают гипотонические кровотечения: их показатель за 2009 г. составил 12,9 на 1000 родов. По мнению В. Е. Радзинского (2011), причиной смерти рожениц и родильниц являются осложнения массивной кровопотери в виде геморрагического шока, полиорганной недостаточности, ДВС-синдрома и др., а причиной кровотечения — морфофункциональные изменения миометрия после искусственного прерывания беременностей. Следует отметить, что к материнской смертности относят случаи гибели беременных от кровотечения в результате прерывания беременности в малых сроках, в том числе и внематочной, хотя частота материнских потерь при этом существенно меньше.

Классификация акушерских кровотечений

Акушерские кровотечения классифицируются в зависимости от срока беременности или продолжительности послеродового периода. Различают кровоте-

чения в ранние и поздние сроки беременности, во время родов и раннем послеродовом периоде, а также в позднем послеродовом периоде.

I. Кровотечения в ранние сроки беременности

Всякое кровотечение из родовых путей во время беременности представляет собой явление патологическое. Причины кровотечения из половых путей в ранние сроки беременности многочисленные. К ним относят:

1. Самопроизвольный аборт

Кровотечение при самопроизвольном прерывании беременности в малые сроки (до 12—14 недель) редко носит массивный характер, но может привести и к тяжелому состоянию пациентки в виде геморрагического шока, особенно при неполном аборте. Единственным методом остановки кровотечения при этом является опорожнение полости матки. Оно может быть выполнено кюретой или вакуумным прибором, что более предпочтительно. Перед или во время операции проводится инфузионная терапия изотоническим раствором хлорида натрия 200—400 мл внутривенно капельно. В случае массивной кровопотери проводят лечение постгеморрагической анемии. С целью профилактики септических осложнений в послеоперационном периоде назначают антибактериальную терапию.

2. Внематочная беременность

В структуре гинекологической заболеваемости внематочная беременность составляет до 10 %, а в структуре материнской смертности — до 3 %. Наиболее слож-

ной в проблеме внематочной беременности является ее своевременная диагностика, позволяющая предотвратить массивную кровопотерю и ее последствия.

В настоящее время единственно доказательными симптомами внематочной беременности служат ультразвуковая диагностика, обнаруживающая трофобласт вне полости матки и определение β -ХГЧ в крови начиная с 18-го дня задержки менструации. Прерывание внематочной беременности сопровождается появлением кровянистых выделений из половых путей, никогда не бывающих массивными. Наличие кровянистых выделений при прерывании трубной (98 % всех вариантов эктопий имплантации плодного яйца) беременности обусловлено рефлекторной отслойкой децидуальной ткани в полости матки и не зависит от объема крови, излившейся или изливающейся в брюшную полость. Несмотря на часто классическую триаду симптомов прервавшейся трубной беременности (кровянистые выделения из половых путей после задержки менструации, боли внизу живота и наличие веретенообразного образования в области одного из придатков матки), диагностика ее может вызвать затруднения, особенно у молодых врачей. Помимо перечисленных симптомов следует помнить о симптоме «плавающей» матки (большое количество крови в брюшной полости), симптоме Промптова (боль, отдающая в область заднего прохода при смещении и особенно элевации шейки матки), нависание заднего свода влагалища (наличие заматочной гематомы), симптомы раздражения брюшины при отсутствии напряжения мышц передней брюшной стенки.

Остановка внутрибрюшного кровотечения при прервавшейся трубной беременности предполагает экстренное оперативное вмешательство в виде лапаротомии или лапароскопии. Остановка кровотечения может быть достигнута радикальным (тубэктомия) или несколькими вариантами органосохраняющих операций. Выбор характера операции зависит от условий и опыта хирурга. Органосохраняющие операции безусловно более предпочтительны в плане восстановления репродуктивной функции. Радикальная операция зачастую может быть единственным условием спасения пациентки при геморрагическом шоке в результате разрыва трубы. При массивной кровопотере, которая может достигать нескольких литров, необходимо применять кровосберегающие технологии в виде использования аппарата Cell Saver. В случае развития геморрагического шока предпочтительна лапаротомия, позволяющая сократить время от начала операции до полной остановки кровотечения. Важным этапом в лечении пациенток с внематочной беременностью является послеоперационная реабилитация, направленная на устранение факторов, вызвавших эктопическое прикрепление плодного яйца.

3. Трофобластическая болезнь (пузырный занос и хорионэпителиома)

Кровотечение при пузырном заносе по клинике напоминает самопроизвольный аборт в ходу, только

вместе с кровными сгустками из половых путей выделяются небольшие пузырьки — расширенные ворсины хориона. Диагноз ставится на основании чрезмерного увеличения матки, не соответствующего сроку беременности. Достоверными признаками пузырного заноса являются высокие цифры β -ХГЧ, характерная картина УЗИ, напоминающая «снежную бурю», отсутствие эмбриона в полости матки. Остановка кровотечения осуществляется тщательным опорожнением полости матки, выскабливание ее стенок острой кюретой. В послеоперационном периоде требуется длительное (не менее года) диспансерное наблюдение пациентки у онколога, динамический контроль уровня ХГЧ в крови. Высокие цифры ХГЧ, а также рецидив кровотечения из полости матки может свидетельствовать о наличии хорионэпителиомы (АР = 2—3 %).

Кровотечение при хорионэпителиоме носит упорно рецидивирующий характер по типу ациклических метроррагий. Диагноз ставится на основании гистологического заключения. Лечение заключается в экстирпации матки и последующей химиотерапии. Прогноз как правило неблагоприятный.

4. Шеечная беременность (вариант эктопической)

Шеечное расположение плодного яйца чрезвычайно опасно в связи с угрозой массивного кровотечения. Это связано с тем, что амплитуда сокращений шейки матки очень маленькая и просвет сосудов, питающих плодное яйцо в шейке матки, не успевает закрываться после отслаивания его от плодородностилища. Близость основного ствола маточной артерии объясняет высокое артериальное давление в этих сосудах, в связи с чем кровотечение в случае прерывания беременности быстро приобретает массивный характер.

До недавнего времени шеечная беременность предполагала удаление матки (экстирпация). Однако в настоящее время разработаны органосохраняющие операции, которые предусматривают окклюзию основных питающих шейку матки артериальных стволов путем перевязки внутренних подвздошных или эмболизации маточных артерий. После такой предварительной подготовки удаление плодного яйца из стенки цервикального канала становится менее опасным.

5. Кровотечение в результате варикозной болезни вульвы может возникнуть у пациенток с тяжелой формой заболевания, в связи с чем в некоторых случаях выраженный варикоз является показанием к кесареву сечению. Крайне редко варикозные вены вульвы кровоточат во время беременности. Чаще эта проблема возникает в третьем периоде родов и в раннем послеродовом периоде. Для остановки кровотечения производится тампонада влагалища с целью обеспечения компрессии кровоточащей поверхности вульвы к стенкам таза. Тампон находится во влагалище в течение 2 часов. В это время проводится интенсивная терапия по восстановлению объема циркулирующей крови (ОЦК) и гемостаза.

Если тампонада и гемостатическая терапия не дают эффекта, производится лапаротомия и перевязка магистральных сосудов внутренних подвздошных артерий с обеих сторон, что уменьшает приток крови к наружным половым органам и снижает венозное давление в области вульвы.

6. Полипоз и рак шейки матки

Шеечные полипы во время беременности носят как правило децидуальный, реже железистый характер, в связи с чем они очень сочные, легко кровоточат при контакте. Радикальная полипэктомия может привести к прерыванию беременности, в связи с чем используется дистанционная полипэктомия хирургическим лазером или контактная высокочастотным радиоволновым скальпелем (сургитрон). Хирургический метод применяется с 16 недель, когда созрела доминанта беременности и риск ее прерывания становится минимальным.

В случае установления причины вагинальных кровотечений ракового процесса шейки матки, беременность должна быть прервана тотчас после постановки диагноза: в ранние сроки — экстирпация матки с придатками, в поздние — кесарево сечение с последующей экстирпацией, после чего проводится лучевая терапия.

Кровотечения в ранние сроки беременности относятся в большей степени к гинекологической практике и крайне редко приводят к материнской смертности, обусловленной кровопотерей и ее последствиями. Статистически более значимы акушерские кровотечения в поздние сроки беременности, в родах и послеродовом периоде.

II. Кровотечения в поздние сроки беременности

Основными причинами массивных кровопотерь в поздние сроки беременности являются предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

1. Кровотечение при предлежании плаценты носит внезапный характер, нередко начинается при полном здоровье, чаще после 28-й недели беременности или с началом родов. Кровотечение возникает из-за отслойки предлежащей плаценты от стенки нижнего сегмента полости матки либо при повышении внутриматочного давления, либо при начавшемся открытии внутреннего зева. Характерной особенностью кровотечения при предлежании плаценты является яркий алый цвет вытекающей крови и отсутствие болевого синдрома. Нередко кровотечение носит рецидивирующий характер малыми порциями, что приводит к хронической анемии и усугубляет риск геморрагического шока при очередной кровопотере. В некоторых случаях предлежание плаценты сопровождается ее плотным прикреплением или врастанием в стенку матки. При такой ситуации кровотечение приобретает чрезвычайно опасный характер в связи с риском эмболии околоплодными водами.

Диагностика предлежания плаценты как правило не вызывает больших трудностей. Диагноз ставится на основании клиники характерных кровянистых выделений из половых путей, а также по результатам ультразвукового исследования, в процессе которого целесообразно определить характер предлежания (полное или неполное, краевое или низкое расположение плаценты), место прикрепления плаценты с учетом предстоящего оперативного вмешательства.

Во втором триместре беременности при появлении кровянистых выделений из половых путей, удовлетворительном состоянии беременной и плода целесообразно сделать попытку консервативной остановки кровотечения и пролонгирования беременности, насколько это удастся. С момента постановки диагноза до полного купирования симптомов отслойки целесообразно соблюдать постельный режим. В комплекс гемостатической терапии включают препараты, повышающие свертывающую способность крови, особенно в мелких сосудах. Препаратами выбора для этой цели являются производные транексамовой кислоты, назначаемые в виде внутривенных инъекций или в таблетированной форме. Вторым эшелонem могут назначаться традиционные гемостатические средства: аминокaproновая кислота, этамзилат. Также проводится инфузионная терапия в умеренных объемах, обеспечивающих нормальный ОЦК и профилактику тромбофилии.

При повторяющихся эпизодах кровотечения из половых путей даже в небольших объемах, но с маленьким интервалом (1—2 дня) целесообразно провести оценку состояния гемостаза, определить уровень гемоглобина, гематокрита, доплерометрию и кардиотонографию (КТГ), чтобы не упустить время для активных действия при угрожающем жизни пациентки и плода состоянии (риск развития геморрагического шока, антенатальной гибели плода). При реальном риске подобных состояний, а также усиливающимся маточном кровотечении показана срочная лапаротомия, кесарево сечение с обоснованным выбором места разреза на матке в зависимости от расположения плаценты. В подавляющем числе случаев, при отсутствии признаков врастания плаценты, операция ограничивается кесаревым сечением, извлечением ребенка, удалением последа, зашиванием матки и брюшной полости. При врастании плаценты попытка ее отделения от стенки матки всегда сопровождается усилением кровотечения. В этом случае традиционным методом окончательной остановки кровотечения является тотальная гистерэктомия без придатков. Однако современные тенденции к проведению органосохраняющих операций диктуют необходимость предпринимать попытки не удалять матку. Предлагается предварительная перевязка внутренних подвздошных артерий с обеих сторон, а затем попытка удаления плаценты или проведение метропластики в виде иссечения участка миометрия с вросшей плацентой с последующим восстановлением дефекта

стенки матки. Другой вариант предполагает использование современного высокотехнологического метода эндоваскулярной хирургии — эмболизацию маточных артерий с двух сторон, затем проведение метропластики или даже оставление участка с вросшей плацентой, а впоследствии удаления остатков плацентарной ткани методом гистерорезектоскопии в отдаленном периоде (М. А. Курцер, 2012). Все органосохраняющие операции при этом должны сопровождаться применением эффективных кровесберегающих технологий, включающих использование реинфузии аутокрови (аппарат Cell Saver).

Если плацента располагается преимущественно на задней стенке, то выполняется кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом, а при ее локализации на передней стенке большинство авторов предпочитают корпоральное кесарево сечение в противовес чрезплацентарному доступу в нижнем сегменте, который представляет высокий риск эмболии околоплодными водами и интранатальной гибели плода.

Во время операции и в послеоперационном периоде проводится весь комплекс мероприятий по поддержанию нормального уровня ОЦК, лечение анемии, профилактика или лечение ДВС-синдрома в случае массивной кровопотери.

2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты может происходить как во время беременности, так и во время родов. Преждевременная отслойка плаценты или маточно-плацентарная апоплексия представляет собой одно из опаснейших осложнений преэклампсии тяжелой степени.

Причины ПОНРП во время беременности:

- преэклампсия;
- пиелонефрит;
- гипертоническая болезнь;
- резус-конфликтная беременность;
- хронический эндометрит.

Причины ПОНРП во время родов:

- дискоординация родовой деятельности, особенно на фоне родостимуляции окситоцином;
- резкое снижение внутриматочного давления при внезапном излитии околоплодных вод при многоводии, а также после рождения 1-го плода при двойне;
- переносная беременность и преждевременные роды;
- хориоамнионит в родах;
- преждевременное старение плаценты;
- абсолютная короткость пуповины.

По характеру развития клинической картины различают легкую или тяжелую отслойку, частичную или полную, начавшуюся, прогрессирующую или непрогрессирующую, хроническую и острую.

Легкая форма ПОНРП проявляется повышением тонуса матки, отсутствием расслабления ее между схватками, локальной болезненностью, незначительным

наружным кровотечением или его отсутствием, окрашивание кровью околоплодных вод в случае их излития, симптомами гипоксии плода.

Тяжелая форма ПОНРП характеризуется геморрагическим шоком, острыми болями в животе, «вздутием живота», наличием локальной припухлости, если плацента располагается на передней стенке матки. Из-за гипертонуса матки невозможно определить мелкие части плода. Как правило, имеется наружное кровотечение различной интенсивности в виде темных рыхлых сгустков, но может и не быть. Зачастую отмечается появление симптомов ДВС (петехии, подкожные гематомы, гематурия).

Акушерская тактика и лечение легкой формы ПОНРП заключается в попытке устранения причины отслойки (лечение преэклампсии), соблюдении постельного режима, назначении седативных и спазмолитических средств.

Если ПОНРП, особенно прогрессирующая, произошла после 37-й недели беременности, то целесообразно закончить беременность путем операции кесарева сечения. Если ПОНРП осложнила течение родов, при целом плодном пузыре имеются показания для амниотомии, обеспечивающей устранение натяжения плодных оболочек. Не допускается применение утеротоников в связи с риском прогрессирования отслойки плаценты и развития ДВС-синдрома! Во время беременности при непрогрессирующей ПОНРП важно проводить динамический контроль за состоянием плода объективными методами (КТГ и доплерометрия) с интервалом 2—3 дня. В родах мониторинг должен быть постоянным.

При тяжелой форме ПОНРП проводится экстренное родоразрешение (кесарево сечение во время беременности и в родах — при невозможности скорейшего их завершения). Если отслойка плаценты произошла во втором периоде родов, то выполняются вагинальные родоразрешающие операции (акушерские щипцы, извлечение плода за тазовый конец) с последующим обязательным ручным контролем полости матки. Однако опыт показывает, что подавляющее большинство тяжелых форм ПОНРП требует лапаротомии, кесарева сечения и применения хирургических методов остановки кровотечения, о которых будет подробно рассказано ниже. Так же как и при предлежании плаценты, при ПОНРП по возможности стремятся выполнить органосохраняющую операцию. Однако тотальная отслойка плаценты нередко приводит к формированию матки Кувелера (выраженная имбибиция миометрия кровью), сохранение которой представляет опасность в плане прогрессирования ДВС-синдрома. В связи с этим наличие признаков матки Кувелера (мраморный цвет поверхности матки, ее дряблость и тестоватость консистенции, отсутствие реакции на введение утеротонических средств), а также признаки прогрессирующего ДВС-синдрома (кровоточивость тканей, кровоизлияния в местах инъекций и постановки внутривенных катетер-

ров, подкожные гематомы и др.), указывают на необходимость экстирпации матки. На протяжении операции и в послеоперационном периоде проводится противошковая терапия, борьба с ДВС-синдромом.

III. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах

Гипотоническое кровотечение, обусловленное нарушением сократительной способности матки в эти периоды, представляет собой наиболее частую причину массивных кровопотерь, приводящую к геморрагическому шоку с тяжелыми последствиями для родильницы.

Факторами риска гипотонии матки являются:

- предлежание плаценты;
- патология матки (пороки развития, миома, рубцы и др.);
- задержка частей плаценты в полости матки;
- тяжелая преэклампсия;
- эпизиотомия и травмы мягких родовых путей;
- осложненное кровотечением анамнез;
- многоплодие и крупный плод;
- аномалии родовой деятельности;
- экстрагенитальная патология, особенно связанная с нарушением гемостаза.

Клиническая картина складывается из наличия массивного маточного кровотечения, гипотонического состояния матки и симптомов геморрагического шока. Дифференциальный диагноз следует проводить с травмой мягких родовых путей, в том числе разрывом матки.

Успех борьбы с гипотоническим кровотечением зависит от строгого соблюдения алгоритма действий, определяющего их последовательность. С самого начала кровотечения необходимо вести точный учет кровопотери, который обуславливает объем и сроки выполнения шагов алгоритма. Достоверными методами оценки кровопотери являются гравиметрический и мерный. Визуальный метод дает ошибку не менее 20 % в сторону занижения объема излившейся крови.

Лечение гипотонии матки начинается с введения утеротонических средств: 10 ЕД окситоцина в/м или 5—10 ЕД в/в капельно на 400 мл изотонического раствора натрия хлорида. Если эффект недостаточный, то вводится метилэргометрин 1,0 на 10 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в медленно. При продолжающейся гипотонии вводятся простагландины (динопростон 0,25 мг в/м или мизопростол 800—1000 мкг *per rectum* однократно). Одновременно на низ живота кладут пузырь со льдом. Целесообразно на этом этапе провести визуальное обследование родового канала для исключения разрывов мягких тканей и зашивания разрывов, если они обнаружены. Если же кровотечение носит профузный характер в связи с гипотоническим состоянием матки, то осмотр родового канала можно перенести на время после баллонной тампонады матки.

При кровотечении, достигшем 400 мл и продолжающемся, проводится ручной контроль полости матки, массаж матки на кулаке (однократно без повторений).

Если эффекта нет или он недостаточный, в полость матки вводится гемостатический баллон для внутриматочной тампонады. Наш опыт показывает, что эффективность управляемой баллонной тампонады достигает 90 % (Н. А. Жаркин, 2009). Кровотечение постепенно уменьшается и через 20—30 мин останавливается благодаря восстановлению тонуса матки. Эффективность действия баллона можно контролировать с помощью УЗИ по отсутствию нарастания гематомы между баллоном и стенкой матки. Время нахождения баллона в полости матки варьирует от 30 мин до нескольких часов. Благодаря открытому водному контуру между баллоном и резервуаром можно легко контролировать тонус матки и извлечь баллон при устойчивом ее сокращении.

В случае продолжающегося кровотечения необходимо переходить к хирургическим методам остановки кровотечения, не извлекая баллон из полости матки до начала операции.

На кафедре акушерства и гинекологии ВолгГМУ принята строго определенная последовательность выполнения операции по остановке гипотонического кровотечения, которая позволила сократить число органосохраняющих операций в несколько раз. После лапаротомии и ревизии органов брюшной полости послеродовая матка выводится в рану, что способствует частичному перегибу стволов маточных артерий и уменьшению притока крови к матке. Вначале выполняется перевязка маточных артерий в 2 уровнях с обеих сторон: на уровне внутреннего зева и на 1 см ниже маточно-трубного угла, где имеется маточно-яичниковый артериальный анастомоз. Эта перевязка способствует умеренной ишемии матки, которая приводит к быстрому восстановлению ее сократительной способности. Экспериментальные данные и более 40 клинических наблюдений в нескольких акушерских стационарах города Волгограда и Волжского убедительно подтверждают этот факт. В случае недостаточного эффекта вторым этапом оперативного вмешательства является наложение компрессионных швов по В-Lynch (продольные), Pereira (поперечные) или их комбинация. Мы полагаем, что именно такая последовательность этапов дает лучший клинический результат.

Если после наложения компрессионных швов кровотечение продолжается, то оно обусловлено уже не столько гипотонией, сколько тяжелыми нарушениями гемостаза и требует перевязки магистральных сосудов (внутренних подвздошных артерий) и/или экстирпации матки. В некоторых рекомендациях перевязка маточных сосудов и внутренних подвздошных артерий конкурируют между собой, однако следует учесть, что первый вариант в считанные минуты может выполнить акушер-гинеколог, а второй вариант выполняет сосудистый хирург и продолжительность его покрывает более 30—40 минут. Неоспоримым подспорьем во время этих операций обладает кровесберегающая технология с использованием аппарата Cell Saver, позволяющая вернуть в сосудистое русло пациентки до 50 % излившейся крови.

На протяжении всех этапов хирургических методов остановки кровотечения должна проводиться консервативная терапия, направленная на борьбу с шоком, поддержание ОЦК и устранение коагулопатии. Безусловно, для полноценного и качественного проведения этой терапии требуется слаженная работа акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, трансфузиологов и всего вспомогательного персонала.

IV. Кровотечения в позднем послеродовом периоде

В позднем послеродовом периоде причинами кровотечения из половых путей могут явиться задержка частей плаценты (плацентарный полип) и гематометра.

1. Задержка частей плаценты

Задержка частей плаценты в полости матки вызывает нарушение ее сократительной способности в виде гипотонического состояния, воспалительную реакцию эндометрия и, как результат маточное кровотечение. Характерной особенностью кровотечений в позднем послеродовом периоде является кровотечение со сгустками, которое носит умеренный или обильный характер на фоне клинических признаков послеродового эндометрита (субинволюция матки, ее тестоватая консистенция при пальпации). Диагноз ставится на основании клиники кровотечения и данных УЗИ, обнаруживающих наличие в полости матки жидкости (кровь) и экзонегативных элементов (часть плацентарной ткани, сгустки крови). Пациентка требует госпитализации и выполнения срочного опорожнения полости матки под общим обезболиванием. Опорожнение выполняется послеродовой кюретой или вакуумэксхлеатором, что более предпочтительно. В послеоперационном периоде назначается противовоспалительная терапия эндометрита, включающая антибиотики, противовоспалительные средства, седативные и иммуномодулирующие препараты. При назначении лекарственной терапии следует поддерживать грудное вскармливание и поэтому подбирать средства, не противопоказанные для кормящих матерей. С целью профилактики хронизации воспалительного процесса в полости матки целесообразно проводить реабилитационные мероприятия с использованием преимущественно нелекарственных методов воздействия.

2. Гематометра

Гематометра обусловлена спазмом шейки матки в послеродовом периоде и накоплением лохий в полости матки. Некоторые авторы считают гематометру проявлением эндометрита, поскольку имеется схожая клиническая картина: субинволюция матки, ее болезненность при пальпации и смещении, возможно повышение температуры тела. В то же время следует помнить, что длительное наличие гематометры безусловно сопровождается воспалительной реакцией эндометрия, в связи с чем в комплексное лечение пациентки включают противовоспалительную терапию. Диагноз ставится на основании клиники (субинволюция или увеличение матки, боль в нижних отделах живота, спазмированный наружный зев шейки матки, уменьшение выделения лохий) и данных

ультразвукового исследования, указывающих на увеличение полости матки (более 3—5 мм передне-заднего размера), жидкостное содержимое в ней.

Гематометра требует опорожнения в условиях стационара под общим обезболиванием. Предпочтительно проводить опорожнение гематометры с помощью вакуумных устройств. Наиболее оптимальным вариантом лечения гематометры является аспирационно-промывное дренирование полости матки прохладными стерильными растворами (изотонический раствор хлорида натрия, фурациллин и др.). Аспирационно-промывное дренирование можно повторять несколько дней, что позволяет уменьшить воспалительную реакцию и создать благоприятные условия для инволюции матки.

Профилактика акушерских кровотечений

Профилактика акушерских кровотечений должна начинаться на этапе диспансерного наблюдения за беременными в женской консультации. Целесообразно формирование группы риска пациенток, у которых имеются неблагоприятные факторы по акушерскому кровотечению. В период диспансеризации следует минимизировать их влияние на организм беременной в зависимости от характера этих факторов. Строгое выполнение порядков проведения диспансеризации, соблюдение принципов маршрутизации и ведения родов в соответствии с Приказом № 572н МЗ РФ от 01 ноября 2012 года позволяет обеспечить положительные исходы беременности даже у пациенток высокой группы риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1200 с.
2. Курцер М. А. Органосохраняющие операции при вращении плаценты // Материалы X юбилейного Общероссийского науч. форума «Мать и дитя». — М., 2009.
3. Макацария А. Д., Бицадзе В. О., Акиньшина С. В. Тромбозы и тромбоземболии в акушерско-гинекологической клинике: Молекулярно-генетические механизмы и стратегия профилактики тромбоземболических осложнений: Рук. для врачей. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. — 1064 с.
4. Жаркин Н. А. Эффективность баллонной тампонады при акушерских кровотечениях. Многоцентровое исследование // Материалы X юбилейного Общероссийского науч. форума «Мать и дитя». — М., 2009. — С. 66—67.
5. Радзинский В. Е. Акушерская агрессия. — М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2011 — 688 с., илл.
6. A Textbook of Postpartum hemorrhage. — Sapiens Publishing, 2006. — P. 468.

Контактная информация

Жаркин Николай Александрович — д. м. н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: zharkin55@mail.ru