

Эффективная методика при кровотечениях во время кесарева сечения (РЕНИС II – ремоделирование нижнего сегмента матки)

М.М. Макаренко, Д.А. Говсеев, В.Б. Аксенов
Киевский городской родильный дом №5

«Во время кровотечения у врача всегда имеется «золотой час» или хотя бы «платиновые десять минут» для того, чтобы применить адекватные меры ради спасения жизни».

Moet

Статья посвящена проблематике кровотечений в акушерстве. Авторы описывают позитивные и негативные стороны традиционных методик и раскрывают суть метода остановки кровотечения, который применяется на практике в родильном доме № 5 города Киева. Метод зарекомендовал себя, как высокоэффективный способ, позволяющий добиться значительных успехов в сохранении матки при гипотонии и предлежании плаценты.

Ключевые слова: кровотечения в акушерстве, 5-й роддом, потеря крови при кесаревом сечении.

Кровотечения в акушерстве, особенно во время кесарева сечения, являются одной из важнейших проблем.

Одним из методов остановки кровотечения остается экстирпация матки – операция, приводящая к инвалидизации женщины. Согласно данным ВОЗ, причиной смерти в 25% случаев являются кровотечения.

Послеродовым кровотечением называют потерю крови более 500 мл (0,5% массы тела) при обычных родах, более 1 л – при кесаревом сечении в течение 24 ч.

За время существования акушерства выработано множество методик остановки кровотечения во время кесарева сечения.

Среди причин кровотечений следует отметить гипотонию тела матки и предлежание плаценты.

По мнению зарубежных авторов, возникновение предлежаний плаценты, гипотонии тела матки (крупный плод, гестозы, многоводие) прямо пропорционально выше упомянутым факторам, а значит их частота будет возрастать.

Факторами риска кровотечения при предлежании плаценты можно считать:

- место расположения плаценты, особенно при повторных кесаревых сечениях, когда плацента располагается в области рубца или прорастает в него;
- немалую прогностическую ценность имеет определение длины шейки матки при патологическом расположении плаценты (полное предлежание плаценты, низкое ее расположение).

Существует несколько методик, с помощью которых сохраняется орган (матка):

- перевязка маточных сосудов во время операции (внутренней подвздошной и маточной артерий);
- наложение гемостатической губки на кровящую плацентарную площадку;
- компрессионный (рюкзачный) шов по Кристоферу Б.–Линчук с 1997 г.;

- селективная эмболизация маточных и подвздошных артерий;
- вагинальная тампонада салфетками;
- баллонная тампонада матки;
- утеротоническое влияние на матку (окситоцин, эргометрин, сайтотек) согласно алгоритма.

Негативные стороны всех предложенных методик:

- низкая эффективность практически всех методик при атонии матки;
- риск инфицирования раневых поверхностей;
- отсутствие гарантии послойного сопоставления рассеченных тканей;
- кровотечение из неушитых сосудов, гематомы при варикоze нижнего сегмента;
- размождение тканей перешейка при сдавливании их зажимами, как следствие – развитие несостоятельности рубца на теле матки;
- развитие аденомиоза в отдаленный период;
- необходимость наличия дорогостоящего оборудования и обучения специалистов для проведения эмболизации маточных сосудов.

В течение 2010–2012 гг. в родильном доме № 5 г. Киева был обобщен опыт использования всех перечисленных методик и предложен свой уникальный комбинированный органосохраняющий метод, позволяющий уменьшить кровопотерю и остановить кровотечение.

Суть методики (согласно алгоритма по борьбе с кровотечением)

Консервативные методы:

- формируется врачебная бригада, состоящая из администратора, акушера-гинеколога, анестезиолога, врача-лаборанта;
- успех лечения определяется правильной оценкой объема кровопотери, временем начала оказания помощи;
- основополагающими принципами терапии являются:
 - немедленная остановка кровотечения;
 - правильно выбранная инфузионная/трансфузионная терапия;
- применение транексановой кислоты. Лечение транексановой кислотой можно начинать эмпирически, до получения результатов лабораторных тестов. Транексановая кислота ингибирует активность плазмина;
- в последующем ректальное введение 800 мг Мизопростола, пабал – 100 мкг (1 мл) внутривенно, введение рекомбинированного активированного VIIa фактора (НовоСевен) 60–90 мкг/кг.

Хирургический метод:

- наложение матрацного шва на нижний сегмент матки с установлением дренажа в полость матки и завязыванием в нижнем сегменте, моделируя нижний сегмент матки.

Суть данной методики

В случаях предлежания плаценты, низкого расположения плаценты наблюдается повышенное кровоснабжение

Снижение кровопотери при наложении РЕНИС-2 при операции кесарева сечения

| Общая кровопотеря | 2010 г. | | 2011 г. | | 2012 г. | |
|-------------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| | Контрольная группа (n=22) | Основная группа (n=19) | Контрольная группа (n=51) | Основная группа (n=44) | Контрольная группа (n=16) | Основная группа (n=12) |
| До 500 мл | 10 | 11 | 27 | 20 | 8 | 4 |
| 500–1000 мл | 8 | 6 | 21 | 18 | 6 | 7 |
| Свыше 1000 мл | 4 | 2 | 3 | 6 | 2 | 1 |

нижнего сегмента с развитием варикозов. При отделении плаценты плацентарная площадка повышено кровоточит. Данное состояние приводит к ухудшению сокращения нижнего сегмента матки и кровотечению. Поэтому, определив расположение плаценты при УЗИ, убедившись в предлежании или низком расположении плаценты, до операции кесарева сечения планируется наложение кругового матрасного шва (РЕНИС 2).

Этапы операции:

- рассечение переходной складки с опусканием книзу вместе с мочевым пузырем;
- разрез матки в нижнем сегменте;
- рождение ребенка, плаценты;
- ушивание углов раны матки отдельными швами;
- установление трубки (дренажа) в полость матки с выведением через шейку матки во влагалище;
- обшивание трубки ниткой ПГА по кругу с нижнего сегмента на заднюю стенку матки и с возвращением на нижний сегмент;
- затягивание нитки с контролем состояния нижнего сегмента, ушивание разреза на матке двурядным швом с перетонизацией переходной складкой;
- контроль гемостаза, контроль качества сокращения тела матки;
- туалет брюшной полости;
- установление дренажа в брюшную полость;
- ушивание передней брюшной стенки.

Механизм действия методики

Установленная трубка, имеющая жесткий остов, действует как основа для сжатия сосудов и прекращения кровотечения. Через дренажную трубку происходит отток крови из полости матки. Круговой шов формирует нижний сегмент матки, легируя сосуды, сокращает тело матки именно в нижнем сегменте. Таким образом, сформировав

нижний сегмент, мы предотвращаем кровотечение из плацентарной площадки.

Данная методика позволяет эффективно бороться с кровотечениями и сохранить орган.

Трубка выводится во влагалище, фиксируется отдельным швом к половой губе. Дренаж удаляется на 3-и сутки после контрольного УЗИ. Выписывают на 6-е сутки. На 10-е и 40-е сутки проводится повторный осмотр и контрольное УЗИ.

Данный метод успешно применяется в родильном доме № 5 г. Киева, что позволило уменьшить объем кровопотери и добиться значительных успехов в сохранении матки при гипотонии и предлежании плаценты.

ВЫВОДЫ

1. Акушерские кровотечения, являясь лидирующей причиной в материнской смертности в мире, требуют разработки и внедрения новых, современных методик, одну из которых мы и предлагаем.

2. Учитывая, что существующие методики не всегда эффективны, приводят к удалению органа (тела матки) и инвалидизации женщины, а многие из них сложные, дорогостоящие, требуют специального медицинского персонала, предложенную нами методику отмечают простота и хороший эффект;

3. Предложенная нами комбинированная комплексная методика (дренирование полости матки, шов на нижний сегмент матки с формированием последнего) позволяет снизить объем кровопотери, остановить кровотечение и сохранить орган.

Данный метод может быть предложен в практическом акушерстве.

Сведения об авторах:

- Макаренко Михаил Васильевич** – Киевский городской родильный дом № 5, 03027, г. Киев, пр. Краснозвездный, 2
Говсеев Дмитрий Александрович – Киевский городской родильный дом № 5, 03027, г. Киев, пр. Краснозвездный, 2
Аксенов Виктор Борисович – Киевский городской родильный дом №5, 03027, г. Киев, пр. Краснозвездный, 2; тел.: (096) 626-30-50

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э.К. и др. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике: Руководство. – СПб.: ООО «Издательство Н-Л», 2002. – 431 с.
 2. Басин Б.М., Барбанчик И.Ф. К вопросу о разрывах матки по рубцу после кесарева сечения // Сб. научных трудов Омского мед. ин-та. – Омск, 1973 - № 110. – С. 60-67.
 3. Серов В.Н. Кесарево сечение в системе перинатального акушерства. – Научный центр акушерства гинекологии и перинатологии РАМН, Москва.
 4. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М. и др. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии – М., 2000.
 5. Старцева Н.В. Причинные факторы послеродовых кровотечений / Н.В. Старцева, И.В. Нургалева, К.Ю. Майтесян // Мать и дитя: матер. I регионального науч. форума. – Казань, 2007. – С. 144-145.
 6. Ткаченко ОА. Интенсивная терапия массивной акушерской кровопотери / Курс акушерской анестезиологии / НМАПО. – К., 08.02.11.

Статья поступила в редакцию 12.03.2013