

Клинический опыт применения баллонной тампонады матки при гипотонических маточных кровотечениях во время кесарева сечения

В.П. Лакатош, Ю.А. Никитина, Е.И. Горобец, И.В. Ус, В.Р. Василишина

Перинатальный центр г. Киева

Проведен анализ 16 историй родов (2010–2012 гг.), осложненных гипотоническим маточным кровотечением во время кесарева сечения в Перинатальном центре г. Киева. Изучена зависимость и эффективность внутриматочной баллонной тампонады (ВМБТ) на фоне поэтапной терапии остановки кровотечения от объема кровопотери и имевших место факторов риска. Показана эффективность и целесообразность использования метода ВМБТ при кровопотере от 600 до 1000 мл, кроме случаев вращающегося плаценты в толщу мышцы матки или в область старого послеоперационного рубца.

Проведенный анализ историй родов показал, что ВМБТ снижает риск массивной акушерской кровопотери, позволяет улучшить результаты лечения женщин с гипотоническим кровотечением во время кесарева сечения при объеме кровотечения до 1000 мл. При этом отмечено отсутствие эффекта применения ВМБТ при наличии вращающегося плаценты в область рубца матки в двух случаях, завершившихся хирургическим гемостазом (экстирпация матки без придатков).

В группе женщин с кровопотерей 1000–1300 мл отмечена низкая эффективность метода ВМБТ, увеличение объема кровопотери, развитие ДВС-синдрома и необходимость хирургического гемостаза.

Ключевые слова: внутриматочная баллонная тампонада, кесарево сечение, группы риска.

Гипотонические маточные кровотечения занимают одно из ведущих мест среди акушерских осложнений, определяющих материнскую заболеваемость и смертность. Частота родов, осложненных маточными кровотечениями, в Украине составляет от 8% до 11% и не имеет тенденции к снижению [2, 4]. Кесарево сечение часто сопровождается острой кровопотерей, пока разрез на матке не ушит и миометрий не обрел способность сократиться. Низкая плацентация, разрез, проходящий рядом или непосредственно через плацентарную площадку, – источник кровотечения, негативно влияющий на механизмы внутриматочного гемостаза. Кровотечение из нижнего сегмента может продолжаться даже при адекватно сократившейся матке. Кроме того, и при нормально расположенной плаценте послеродовое кровотечение при кесаревом сечении встречается во много раз чаще, чем после вагинальных родов. Используемые при этом методы остановки кровотечения (утеротоническая терапия, баллонная тампонада матки, шов по Би Линчу, эмболизация маточных артерий, перевязка маточных и яичниковых сосудов, экстирпация матки, перевязка внутренних подвздошных артерий) не всегда являются эффективными и своевременными, а их осложнения могут быть фатальными [1, 5].

Метод баллонной тампонады матки не является новым и известен с 1855 года (Scanzoni) [3].

Цель исследования: учитывая отсутствие однозначного мнения исследователей по поводу эффективности баллонной тампонады матки и наличие публикаций, свидетельствующих как о ее высокой, так и низкой эффективности, нами поставлена задача уточнить показания к данному методу (профилактическому, лечебному) и оценить его эффективность.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено ретроспективное исследование 16 историй родов (2010–2012 гг.) с гипотоническим кровотечением во время кесарева сечения. Учитывали следующие основные факторы риска гипотензии матки во время кесарева сечения:

- многоплодная беременность;
- крупный плод;
- многоводие;
- аномалии прикрепления плаценты в толщу мышцы матки, в рубец;
- пороки развития матки;
- лейомиома матки;
- рубцы после оперативных вмешательств;
- слабость родовой деятельности;
- тяжелая преэклампсия.

Обследованы 4 группы женщин по 4 человека в каждой. Группы оказались сопоставимы по факторам риска гипотонического кровотечения, паритету родов, лабораторным показателям анализа крови, массе тела и возрасту. В первую группу вошли женщины с кровопотерей до 1000 мл во время кесарева сечения без использования гемостатического баллона, вторую группу составили женщины также с кровопотерей до 1000 мл с использованием баллонной тампонады матки. В третью группу вошли пациентки с кровопотерей 1000–1300 мл при остановке кровотечения, у которых не использовали внутриматочный гемостатический баллон, четвертую группу составили женщины с кровопотерей 1000–1300 мл и с использованием ВМБТ.

Основными показаниями для проведения кесарева сечения были: преэклампсия средней и тяжелой степени после неэффективной медикаментозной терапии, предлежание плаценты, расположение плаценты в области рубца, многоплодная беременность при неправильном положении первого плода.

Метод баллонной тампонады матки осуществляли с использованием послеродового баллона Bakti (производство Ирландии) в соответствии с аннотацией. Баллон Bakti имеет двухканальный зонд – один используют для

заполнения баллона, другой – для оттока крови из полости матки. Через рану на матке после кесарева сечения баллон вводили в полость матки, систему заполняли 0,9% раствором натрия хлорида в объеме 200–400 мл. При отсутствии кровотечения баллон оставляли в полости матки. Эффективность метода оценивали по тонуусу матки и количеству отделяемой крови из зонда баллона. Правильность установления баллона и эффективность его использования контролировали ультразвуковым исследованием. Среднее время с момента введения баллона до начала сократительной активности матки составило от 5 до 15 мин до полной остановки кровотечения при сохраняющемся тонуусе матки. Среднее время нахождения баллона в полости матки составило 2,5–3 ч.

Во всех случаях перед использованием ВМБТ проводили утеротоническую терапию с использованием окситоцина, метилэргобреина и карбетоцина согласно локальному протоколу Перинатального центра по оказанию помощи при акушерских кровотечениях. На всех этапах остановки кровотечения одновременно проводили и инфузионную терапию с использованием кристаллоидов, коллоидов и препаратов крови в соотношении и количестве зависимо от объема кровопотери.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Во второй группе (женщины с кровопотерей до 1000 мл и применением ВМБТ) в трех из четырех случаев отмечено эффективное применение ВМБТ. В данных случаях удалось избежать хирургического этапа гемостаза, что подчеркивает своевременность применения ВМБТ в данной группе. При этом средний объем кровопотери во второй группе составил $808,2 \pm 25$ по сравнению $950,5 \pm 23$ мл у пациенток первой группы. В одном случае во второй группе исследуемый метод показал отсутствие эффекта – при наличии вросания плаценты в область рубца матки, что потребовало хирургического гемостаза (экстирпация матки без придатков).

В четвертой группе (женщины с кровопотерей 1000–1300 мл и использованием ВМБТ) во всех четырех случаях метод ВМБТ был неэффективен, что требовало проведения хирургического гемостаза: в одном случае – перевязка внутренних подвздошных артерий, в трех других случаях – учитывая продолжающееся кровотечение – экстирпация матки без придатков. В группе женщин с кровопотерей 1000–1300 мл отмечена низкая эффективность метода ВМБТ, что повлекло за собой увеличение объема кровопотери по сравнению с третьей группой (1280 ± 33 и 1100 ± 31 мл соответственно), развитие ДВС-синдрома и необходимость хирургического гемостаза. Следует отметить, что в одном из случаев в четвертой группе отмечено вращение плаценты в область рубца на матке. При этом у пациенток третьей группы во всех четырех случаях удалось сохранить орган и кровотечение было остановлено после перевязки маточных, яичниковых сосудов.

ВЫВОДЫ

1. Использование ВМБТ у женщин с гипотоническим кровотечением во время кесарева сечения при объеме кровопотери до 1000 мл (кроме случаев вросания плаценты в толщу мышцы матки и старого послеоперационного рубца) приводит к значительному улучшению результатов лечения, позволяет сохранить орган.

2. Учитывая простоту применения ВМБТ, ее безопасность и эффективность при использовании как профи-

лактического метода массивных маточных кровотечений, медицинскому персоналу, оказывающему неотложную помощь при гипотоническом маточном кровотечении во время кесарева сечения, необходимо как можно раньше решать вопрос об использовании ВМБТ, не применяя его при массивной кровопотере.

3. При использовании ВМБТ обязателен индивидуальный подход в каждом конкретном случае с учетом факторов риска развития акушерского кровотечения, описанных на анамнезе жизни, акушерском анамнезе и истории настоящей беременности.

Клінічний досвід застосування балонної тампонади матки при гіпотонічних маткових кровотечах в період кесарева розтину В.П. Лакатос, Ю.А. Нікітін, Є.І. Горобець, І.В. Ус, В.Р. Васи́лішина

Проведений аналіз 16 історій пологів (2010–2012 років), ускладнених гіпотонічною матковою кровотечею під час кесарева розтину в Перинатальному центр м. Києва.

Вивчена залежність та ефективність внутрішньоматкової балонної тампонади (ВМБТ) на фоні поетапної терапії зупинки кровотечі від обсягу крововтрати та факторів ризику, що мали місце. Показана ефективність та доцільність використання методу ВМБТ при крововтраті від 600 до 1000 мл, крім випадків вросання плаценти у товщу м'язу матки або в область старого післяопераційного рубця.

Проведений аналіз історій пологів виявив, що ВМБТ знижує ризик масивної акушерської крововтрати, дозволяє покращити результати лікування жінок із гіпотонічною кровотечею під час кесарева розтину при об'ємі крововтрати до 1000 мл. При цьому відзначено відсутність ефекту використання ВМБТ за наявності вросання плаценти в область рубця на матці у двох випадках, що завершилися хірургічним гемостазом (екстирпація матки без придатків).

У групі жінок із крововтратою 1000–1300 мл відзначена низька ефективність методу ВМБТ, збільшення об'єму крововтрати, розвиток ДВЗ-синдрому і необхідність хірургічного гемостаза.

Ключові слова: внутрішньоматкова балонна тампонада, кесарів розтин, група ризику.

Clinical experience with the uterine balloon tamponade in hypotonic uterine bleeding during cesarean section V.P. Lakatos, Y.A. Nikitin, E.I. Gorobec, I.V. Us, V.R. Vasilishina

The analysis of 16 stories of childbirth (2010–2012) complicated by hypotonic uterine bleeding during Cesarean section in the Perinatal center of Kiev is carried out.

Dependence and efficiency intrauterine tamponade-balloon (ITB) against stage-by-stage therapy of a stop of bleeding from the volume of blood loss and taking place risk factors is studied. Efficiency and expediency of use of the ITB method is shown at blood loss from 600 to 1000, except cases of growing of a placenta in thickness of a muscle of a uterus or in area of an old postoperative hem.

The carried-out analysis of stories of childbirth showed that ITB reduces risk of massive obstetric blood loss, allows to improve results of treatment of women with hypotonic bleeding during Cesarean section at bleedings to 1000 ml. Absence of effect of ITB in the presence of growing of a placenta into area of a hem of a uterus in two cases which have come to the end with a surgical hemostasis (A uterus ekstirpation without appendages) is thus noted.

In group of women with blood loss 1000–1300 low efficiency of the ITB method, increase in volume of blood loss, development of the DVS-syndrome and need of a surgical hemostasis is noted.

Key words: intrauterine tamponade-balloon, Cesarean section, groups of risk.

Сведения об авторах

Лакатош Владимир Павлович – Перинатальный центр, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9; тел.: (044) 522-87-24
Никитина Юлия Александровна – Перинатальный центр, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9
Горобец Евгений Иванович – Перинатальный центр, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9
Ус Ирина Владимировна – Перинатальный центр, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9
Василишина Виктория Романовна – Перинатальный центр, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоцерковцева Л.Д., Иванников С.Е., Киличева И.И., Мусиук Л.М. Управляемая баллонная тампонада матки при послеродовых кровотечениях // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2011. – № 5.
2. Камінський В.В., Голянський О.В. Масивні акушерські кровотечі. – К.: Тріумф, 2010. – 232 с.
3. Кукарская И.И. Управляемая баллонная тампонада матки при операции кесарева сечения как метод профилактики острой массивной кровопотери // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 7.
4. Морозова Н.А. Кровотечения во второй половине беременности. // Новости медицины и фармации. – 2008. – № 11.
5. Радзинский В.Е., Жуковский Я.Г., Оленева М.А., Златовратская Т.В., Галина Т.В. Современные технологии в лечении гипотонических маточных кровотечений. // Здоровье женщины, медицинские технологии. – 2007. – № 3.

Статья поступила в редакцию 19.07.2013

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ ЖУРНАЛА «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ»

1. Статья должна быть напечатана на одной стороне страницы через 2 интервала (поля слева — 3,5 см, справа — 1 см, сверху и снизу — по 2,5 см).
2. **Статья подается на русском или украинском языке в 2-х экземплярах, подписанных всеми авторами. Каждый автор должен указать свои данные (фамилию, имя, отчество, научное звание (должность), научную степень, отрасль специализации, место работы, служебный адрес, почтовый индекс, служебный и домашний телефоны, факс).**
3. **УДК и фамилию автора необходимо указать на первой странице, далее должны следовать название статьи и название организации, на базе которой были проведены исследования, наблюдения и т.д.**
4. Текст статьи и материалы к ней должны быть отредактированы и проверены автором. Содержание статьи должно иметь практическую направленность. К статье должны быть приложены все используемые в работе таблицы, иллюстрации, список литературы и акт экспертизы.
5. Ф.И.О. автора, название статьи, резюме и ключевые слова подаются на русском, украинском и английском языках.
6. Требования к иллюстративному материалу:
 - Иллюстрация может быть подана в виде: фотографии, слайда, рентгенограммы, электронного файла.
 - Иллюстрация должна быть подготовлена на высоком качественном уровне.
 - Поданные иллюстрации должны соответствовать основному смыслу статьи.
 - Иллюстрация должна быть максимально разгружена от надписей, которые следует перенести в подпись к ней.
- Подписи к иллюстрациям подаются на листе бумаги в конце статьи.
- Каждая иллюстрация должна иметь общее название.
- На обратной стороне иллюстрации необходимо указать порядковый номер, «верх» либо «низ».
- Иллюстрации следует передавать в отдельном конверте с указанием названия статьи и Ф.И.О. автора.
- В статье следует указать место, где, по мнению автора, желательно было бы поместить иллюстрацию.
- Иллюстрация, поданная в электронном виде, должна быть в формате EPS, TIF или JPEG и иметь разрешение не менее 300 dpi (масштаб 1:1).
7. Таблицы должны быть компактными. Название столбцов и строк должны соответствовать их содержанию, текст подается без сокращений.
8. Список цитированной литературы подается в соответствии с общепринятыми правилами оформления.
9. В статье не допускается сокращения слов, кроме общепринятых в научной литературе. Все измерения подаются в системе единиц СИ.
10. Статья должна содержать практические выводы и рекомендации для клиницистов.
11. Редакция оставляет за собой право редактировать статьи.
12. При несоблюдении указанных требований оформления статьи, редакция возвращает ее авторам без рассмотрения.
13. Статья должна быть записана в формате WORD-97, 98, 2000–2003; размер шрифта — 12 пунктов.
14. Материалы статей, принятых к печати (рукописи, иллюстрации, дискеты), не возвращаются.

Статьи просим присылать по адресу:

Адрес: 03039, Киев, ул. Голосеевская, 13, офис 6,
Редакция журнала «Здоровье женщины»; e-mail: office@zdr.kiev.ua.
Тел./факс: (044) 220-15-66, 220-15-67.