

Профилактика патологической кровопотери при кесаревом сечении

Современным методам профилактики массивных кровотечений при кесаревом сечении и целесообразности применения превентивной баллонной тампонады полости матки в комплексе органосохраняющих мероприятий было посвящено секционное заседание, организованное при поддержке компании «Пенткрофт Фарма». Ведущие отечественные эксперты представили опыт реализации стратегии превентивного подхода с использованием баллонной тампонады при родоразрешении в группе беременных высокого риска.

Поэтапный гемостаз при послеродовом кровотечении. Взгляд анестезиолога

Кровотечения, определяющие материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность, как правило, вызваны преждевременной отслойкой и предлежанием плаценты, а также нарушениями в системе гемостаза. Кратко проанализировав эволюцию подходов к лечению кровопотерь, профессор Уральского государственного медицинского университета, д.м.н. Александр Вениаминович КУЛИКОВ перечислил главные причины неблагоприятных исходов при кровопотере:

- отсутствие готовности к оказанию помощи при высоком риске кровотечения;
- промедление с хирургическим гемостазом и использование его в неполном объеме;
- применение неадекватного консервативного гемостаза;
- промедление с повторными операциями для остановки кровотечения;

■ медленный темп восполнения объема циркулирующей крови. «Итогом неудач становятся продолжающееся кровотечение и гиповолемия, которые ставят точку на перспективе выживаемости этих пациенток», – пояснил докладчик.

В острый период (минуты, часы) причинами неблагоприятного исхода при кровопотере являются гиповолемия и шок, в ранний период (часы) – коагулопатия, гиповолемия и шок, в поздний период (часы, сутки) – полиорганная недостаточность и гнойно-септические осложнения. Быстрая коррекция в острый и ранний периоды зачастую обеспечивает благоприятный исход, однако именно работа на опережение, предусматривающая раннюю диагностику, хирургическую остановку кровотечения, аппаратную реинфузию, коррекцию гиповолемии и коагулопатии, способна предотвратить развитие тяжелых исходов в целом.

Риск послеродового кровотечения присутствует и при родоразрешении через естественные родовые пути, но при кесаревом сечении он на порядок выше. Интервал «принятие решения – родоразрешение» при наличии непосредственной угрозы жизни матери и плода не должен превышать 30 минут, что требует участия не только акушера-гинеколога, но и анестезиолога-реаниматолога, трансфузиолога и гемостазиолога.

Можно выделить три главных этапа остановки кровотечения:

- 1) введение местных гемостатических средств;
- 2) консервативный гемостаз с использованием утеротоников, антифибринолитиков, компонентов крови и факторов свертывания крови;
- 3) поэтапный хирургический гемостаз с контролем за повреждением тканей.

Основными манипуляциями и операциями поэтапного хирургического гемостаза являются:

- ушивание повреждений мягких тканей;

- баллонная тампонада матки;
- компрессионные швы;
- перевязка маточных артерий;
- перевязка внутренних подвздошных артерий;
- эмболизация или временная окклюзия маточных артерий;
- гистерэктомия (при неэффективности других методов хирургического гемостаза).

Еще не так давно в случае продолжающегося кровотечения врачи чаще всего переходили к лапаротомии с последующей перевязкой магистральных сосудов или удалению матки. Однако в настоящее время особое внимание уделяется органосохраняющим возможностям остановки кровотечения путем поэтапного консервативного, а затем и хирургического гемостаза, что отражено в Национальных клинических рекомендациях «Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях»¹. В рекомендациях отмечается, что прежде чем перейти к оперативным методикам при потере крови от 500 до 1500 мл врачи могут прибегнуть к быстрому и безопасному тампонированию

кровоточащей полости матки силиконовым баллоном. По мнению профессора А.В. Куликова, баллонная тампонада матки является очень простым и эффективным органосохраняющим методом остановки кровотечения. «Триадой методов (баллонной тампонадой, наложением компрессионных швов и перевязкой маточных артерий) должны владеть все специалисты, потому что эти мероприятия можно легко применять и с профилактической, и с лечебной целью в перинатальных центрах всех уровней», – уточнил докладчик.

Принцип «контроль за повреждением» с остановкой кровотечения любыми способами, в том числе и с помощью баллонной тампонады, позволяет реализовать принцип «контроль за реанимацией», когда следует максимально быстро восстановить объем циркулирующей крови, применив в первые два часа протокол «массивной трансфузии» при наличии коагулопатии. В этот период анестезиолог-реаниматолог предпринимает меры для стабилизации основных функций ор-

ганизма, что на фоне остановленного кровотечения происходит существенно быстрее и эффективнее, чем в условиях кровопотери. Затем после ликвидации шока врач акушер-гинеколог обеспечивает необходимый для данного клинического случая хирургический гемостаз. Подобный подход позволяет предупредить неблагоприятный исход при кровопотере в виде полиорганной недостаточности.

В настоящее время возникает вопрос – способны ли современные утеротоники «вытеснить» из клинической практики баллонную тампонаду? Безусловно, этот класс препаратов демонстрирует мощный эффект в отношении остановки кровотечения, но при этом существует целый ряд противопоказаний к их применению. «Вот почему у врачей в арсенале должны быть все методы остановки послеродового кровотечения как поэтапного хирургического гемостаза, так и консервативного гемостаза с самыми различными точками приложения», – отметил профессор А.В. Куликов, завершая выступление.

Баллонная тампонада матки – немедикаментозный и нехирургический метод остановки послеродового кровотечения

Заместитель главного врача областного перинатального центра (г. Тюмень) Татьяна Владимировна ПОПКОВА поделилась успешным опытом остановки и профилактики массивных акушерских кровотечений с помощью метода баллонной тампонады матки.

Согласно данным зарубежной литературы, баллонная тампонада прочно завоевывает позиции в комплексе органосохраняющих технологий по предотвращению послеродовых кровотечений. Так, в седьмом издании авторитетного руководства по перинатологии Maternal-Fetal Medicine (2014) ука-

зывается, что появление современных банков крови, интенсивной терапии и вмешательств, в том числе введение внутриматочных баллонов, для управления атонией матки позволило снизить материнскую смертность². В этом же издании определены следующие принципы, следование которым позволит снизить материнскую смертность от акушерских кровотечений:

- каждое лечебное учреждение должно иметь свой протокол оказания помощи женщинам при акушерских кровотечениях и протокол интенсивной терапии, им должны четко следовать все медицинские работники;

- весь медицинский персонал учреждения (в том числе акушерки, медицинские сестры) должен уметь своевременно определять экстренные ситуации и реагировать на них;

- методики использования внутриматочных баллонов и наложения компрессионных швов должны быть доступны в каждом учреждении и медицинский персонал должен ими владеть;
- женщины с центральным предлежанием плаценты и одним и более рубцом на матке должны быть транспортированы в центр, где имеется банк крови, а также возможности превентивного родоразрешения с последующей гистерэктомией.

Сегодня в акушерстве внедряются и используются кровосберегаю-

¹ Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях. Клинические рекомендации (протокол). М., 2014.

щие и органосохраняющие технологии с основной целью – сохранить репродуктивную функцию, не допустить акушерских гистерэктоми. Активно применяются современные утеротоники, баллонная тампонада матки, разработан алгоритм поэтапного хирургического гемостаза, включая методы деваскуляризации матки. Однако, по словам Т.В. Попковой, такую высокотехнологичную экстренную помощь, как деваскуляризация матки, могут оказывать лишь единичные учреждения федерального значения, в областном перинатальном центре г. Тюмени, например, такой возможности нет. Алгоритм действий при послеродовом кровотечении, прописанный в проекте отечественных клинических рекомендаций 2014 г., включает три этапа (к последующему следует переходить при неэффективности предыдущего)^{1, 2}. Первый этап – консервативный – подразумевает ручное исследование послеродовой матки, ушивание разрывов мягких родовых путей, назначение утеротоников, коррекцию нарушений параметров гемостаза. При сохраняющейся гипотонии матки и продолжающемся кровотечении переходят ко второму этапу с использованием баллонной тампонады, компрессионных швов. Лишь в случае неэффективности второго этапа прибегают к методам третьего этапа – лигированию маточных сосудов и внутренних подвздошных артерий, ангиографической эмболизации, гистерэктомии. Метод баллонной тампонады матки используется в областном перинатальном центре г. Тюмени начиная с 2009 г. По мнению Т.В. Попковой, методика баллонной тампонады настолько проста, что может выполняться обученной акушеркой даже в лечебно-профилактических учреждениях первого уровня. Первоначально метод был внедрен при родах через естественные родовые пути.

В настоящее время доля случаев применения баллонной тампонады от общего числа естественных родов составляет 31%.

В протоколе оказания базовой помощи при послеродовом кровотечении в Тюменской области баллонная тампонада матки указана как промежуточное мероприятие между консервативным и хирургическим этапом. Баллонная тампонада матки проводится в диапазоне кровопотери 500–1500 мл при неэффективности утеротонической терапии, сохраняющейся гипотонии и после ручного обследования полости матки. Важно то, что в случае необходимости хирургического вмешательства, пациентку можно транспортировать в операционный блок, не удаляя баллон и тем самым сокращая объем теряемой крови.

По данным Всемирной организации здравоохранения (2015), оптимальная доля оперативного родоразрешения на сегодняшний день в мире должна составлять 10–15%. Именно такой процент позволяет улучшить перинатальные исходы, не оказывая влияния на здоровье женщины. Как это ни печально, но отличительной чертой современного отечественного акушерства является рост числа кесаревых сечений, в значительной степени перешагнувший оптимальный порог. Не отстают от общероссийских показателей и показатели Тюменской области, где по итогам 2014 г. частота кесаревых сечений составила 23,6%, а в областном перинатальном центре – 30%.

Традиционную технику кесарева сечения может сопровождать ряд трудно предотвратимых осложнений. Между тем рутинная профилактика основных осложнений при кесаревом сечении заключается лишь в парентеральном введении лекарственных препаратов (утеротоников и антибиотиков). Целенаправленных превентивных воздействий на матку нет. «Учитывая высокую оператив-

ную активность в областном перинатальном центре, мы стали использовать баллонную тампонаду именно во время кесарева сечения у беременных с высоким риском развития кровотечения, не дожидаясь развития массивной кровопотери», – пояснила Т.В. Попкова.

С 2011 г. во время кесарева сечения в группе пациенток высокого риска (отягощенный геморрагический анамнез, преэклампсия, hellp-синдром, предлежание/приращение плаценты, расположение плаценты в области рубца) баллонный катетер начали размещать в матке интраоперационно через гистеротомический разрез перед его ушиванием. Спустя год, накопив достаточный клинический опыт, в центре стали применять превентивную баллонную тампонаду при кесаревом сечении у пациенток группы сверхвысокого риска развития кровотечения (в сумме два и более фактора риска). Сверхвысокий риск определяется следующими факторами:

- двойня + тяжелая преэклампсия + преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- тройня (ЭКО) + острый тромбоз перед родами;
- аномалия родовой деятельности + гигантский плод + кровотечения в первых и вторых родах;
- предлежание плаценты + крупный плод;
- цирроз печени + тяжелая преэклампсия, дистресс плода;
- клинически узкий таз + болезнь Виллебранда + крупный плод.

Далее Т.В. Попкова детально рассмотрела схему применения превентивной баллонной тампонады при кесаревом сечении. После извлечения ребенка и удаления последа перед ушиванием матки через гистеротомический разрез в полость матки вводят незаполненный баллонный катетер, проводя хвостовой конец его осевой трубки через цервикальный канал

акушерство

² Creasy and Resnik's maternal-fetal medicine: principles and practice / ed. by R.K. Creasy, R. Resnik, J.D. Iams et al. 7th ed. Philadelphia: Saunders, 2014. P. 799.

во влагалище и наружу до положения, пока баллонный катетер не окажется в полости матки. После ушивания гистеротомического разреза баллон катетера заполняют теплым стерильным раствором под небольшим давлением через резервуар, закрепленный на стойке на той высоте, которая обеспечивает заданное давление. Силиконовый баллон наполняется раствором до непосредственного соприкосновения стенок баллона со стенками полости матки, благодаря чему он заполняет всю полость матки, механически пережимает сосуды плацентарной площадки, способствуя при восстановлении мышечного тонуса в раннем послеоперационном периоде уменьшению объема кровотечения. После этого переднюю брюшную стенку ушивают и вы-

держивают заполненный баллон в полости матки в течение двух-трех часов до наступления надежного гемостаза. Затем баллон опорожняют от раствора и оставляют катетер в матке еще на два-три часа для закрепления дренажного положения матки. И, наконец, при отсутствии кровотечения, баллонный катетер удаляют из родовых путей.

Баллонная тампонада применяется в 69% случаев от общего числа родов, проводящихся путем кесарева сечения. При этом в 82% случаев использовалась превентивная баллонная тампонада, в 18% – послеоперационная. После превентивной баллонной тампонады имели место шесть случаев перехода к поэтапному хирургическому гемостазу, послеоперационной баллонной там-

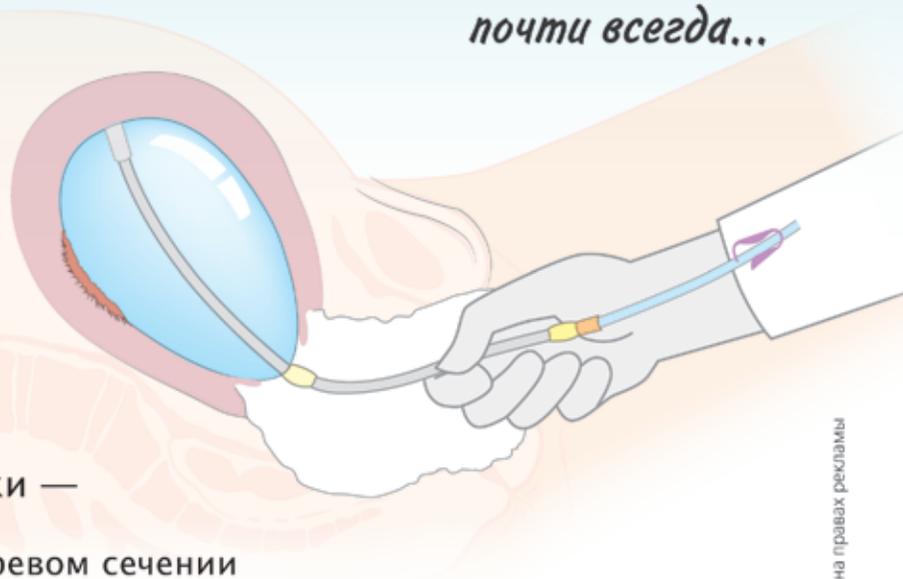
понады – три случая поэтапного хирургического гемостаза.

Согласно протоколу неотложной помощи при акушерских кровотечениях в Тюменской области, при любом развитии событий, будь то роды через естественные родовые пути или операция кесарева сечения, баллонная тампонада является обязательным звеном, а именно вторым этапом оказания медицинской помощи при акушерском кровотечении, который позволяет в подавляющем большинстве случаев избежать хирургических вмешательств. Как показывают статистические данные, представленные в материалах «Здоровье населения Тюменской области», благодаря применению поэтапного хирургического гемостаза с использованием баллонной тампонады уда-

*Испытанные и надежные: Утеротоники, «Ручное»
и Тампонада останавливают кровотечение
почти всегда...*

**КАТЕТЕР МАТОЧНЫЙ
БАЛЛОННЫЙ
ЖУКОВСКОГО**

Баллонная окклюзия полости матки —
приоритетное средство профилактики
кровотечения и эндометрита при кесаревом сечении



на правах рекламы



www.tamponada.ru

ДИСТРИБЬЮТОР:
ЗАО «ПЕНТКРОФТ ФАРМА»

Россия, Москва
+7 495 788-77-46
e-mail: pentcroft@mail.ru

РЕГИСТРАЦИОННОЕ
УДОСТОВЕРЕНИЕ: №ФСР 2011/10563
ПО ТУ № 9398-002-17555920-2010

ПРОИЗВОДИТЕЛИ:
ООО «ГИНАМЕД»;
ИП ЖУКОВСКИЙ ЯКОВ ГРИГОРЬЕВИЧ

лось в два раза снизить частоту значимых акушерских кровотечений. «Оценка динамики проведения гистерэктомий за последние десять лет демонстрирует сниже-

ние их частоты на фоне использования органосохраняющих методов ведения пациенток во время родовспоможения. Мы гордимся, что в 2014 г. в областном пери-

натальном центре на 8600 родов пришлось всего четыре гистерэктомии по объективным акушерским причинам», – подчеркнула Т.В. Попкова в заключение.

Баллонная тампонада в комплексе органосохраняющих технологий при placenta accreta

Применение баллонной тампонады оправданно и в сложных случаях, сопряженных с ведением родов у пациенток с предлежанием плаценты и вращением доли плаценты. Профессор Казанского государственного медицинского университета, д.м.н. Албир Алмазович ХАСАНОВ продемонстрировал возможность использования баллонной тампонады в комплексе органосохраняющих мероприятий при кесаревом сечении у таких пациенток на примере из клинической практики.

Беременная Ч., 33 года, четвертая беременность. Диагноз: предлежание плаценты с приращением в переднюю губу шейки матки, рубец на шейке матки. В качестве метода родоразрешения было выбрано кесарево сечение. Перед выполнением операции были исследованы все сосуды, из которых может начаться кровотечение, и проведена эмболизация маточных артерий. «Эмболизацию маточных артерий мы применяем в течение пяти лет и не разочаровались в этом методе, хотя его эффективность в предупреждении кровотечений не превышает 60–70% и у трети пациенток, как в рассматриваемом случае, кровотечение остановить не удается», – уточнил докладчик.

После удаления плаценты инфильтрация окситоцином (5 ЕД внутривенно, 10 ЕД в миометрий) также не позволила остановить кровотечение. Кровотечение продолжалось, плацентарная площадка и нижний сегмент, по образному выражению профессора А.А. Хасанова, «были раздуты, как мешок». Была проведена двусторонняя перевязка яичниковых артерий, а также перевязка правой маточной артерии

и предпринята попытка удалить оставшиеся части плаценты, но часть плаценты, которая крепко вросла в переднюю губу шейки матки, убрать не удалось.

Для успешной борьбы с гипотонией нижнего сегмента и ее последствиями потребовалось прибегнуть к методу баллонной тампонады, а точнее использовать двухсекционный баллон, который, по мнению профессора А.А. Хасанова, является оптимальным вариантом при предлежании и приращении плаценты. «Возможности применения этого баллона мне кажутся неограниченными», – пояснил он. Для усиления эффекта давящей повязки на нижний сегмент матки был наложен гемостатический компрессионный шов по Перейре. Таким образом, получился своеобразный «сэндвич», который состоял из компрессионного шва по Перейре, баллонной тампонады и швов на магистральных сосудах.

Проведенное на десятый день после операции ультразвуковое иссле-

дование показало наличие куска плаценты в передней губе шейки матки и образовавшуюся гематометру, которую успешно опорожнили. Пациентке назначили метотрексат и выписали под контроль лечащего врача. В итоге на 30-е сутки оставшийся кусочек плаценты вышел самостоятельно.

Представленный клинический случай – один из многих в практике акушеров-гинекологов Татарстана – еще раз продемонстрировал, что баллонная тампонада является необходимым компонентом органосохраняющих операций при аномалиях матки и патологии плацентации.

Завершая доклад, профессор А.А. Хасанов, перечислил основные показания к превентивному применению баллонной тампонады:

- гипотония матки;
- высокий риск маточного кровотечения (предлежание плаценты, аномалии прикрепления плаценты, кровотечение при предыдущих родах, многоплодная беременность, высокий паритет);
- высокий риск развития геморрагического шока (анемизация беременной, тромбофилия и т.п.).

Заключение

Совершенствование методов остановки кровотечения для сохранения жизни женщины и ее репродуктивной функции является приоритетным направлением современного акушерства. В этой связи в последние годы в мероприятия по борьбе с послеродовыми кровотечениями, в том числе и при кесаревом сечении, была включена баллонная тампонада матки – эффективный и безопасный метод, позволяющий существенно ограничить объем кровопотери. Преимуществами

баллонной тампонады матки считаются скорость и простота использования, ее можно применять на ранних этапах, не допуская развития массивных кровопотерь. Баллонная тампонада включена в отечественные клинические рекомендации и протоколы ряда региональных перинатальных центров по профилактике и лечению акушерских кровотечений в качестве одного из этапов комплексного органосохраняющего подхода при родоразрешении естественным путем и оперативным способом. ❧

акушерство