«Массивные послеродовые кровотечения: клиническая характеристика и возможности совершенствования медицинской помощи»

(Васильев С.А., Гошкевич Е.А., Курлович И.В., Богомолов А.Н., Виктор С.А., Капора Т.Ч.)

РНПЦ «Мать и дитя»

ВВЕДЕНИЕ

Послеродовое кровотечение (ПРК) остается одним из наиболее значимых осложнений беременности и родов, определяющим высокий риск тяжелой материнской заболеваемости и необходимости своевременного хирургического и трансфузионного лечения. Этиология ПРК имеет многофакторный характер и традиционно систематизируется согласно концепции «4Т»: тонус – нарушение сократительной способности матки, травма – разрывы и повреждения родовых путей, ткань – задержка плацентарной ткани и тромбин – нарушения системы гемостаза. По результатам крупного систематического обзора и метаанализа 2025 года ведущую роль играет гипотония матки: ее доля составила 70,6%, травмы родовых путей – 16,9%, задержки плацентарной ткани – 16,4%, патологической плацентации – 3,9%, коагулопатий – 2,7%; сочетание нескольких причин наблюдалось в 7,8% случаев [1]. Развитие ПРК определяется не только непосредственной причиной кровотечения, но и наличием факторов риска.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить основные клинические характеристики, причины и факторы риска массивных послеродовых кровотечений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 16 историй родов женщин с массивным ПРК, родоразрешенных в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь I–IV технологических уровней в 2024 году. Выполнен анализ акушерского анамнеза, факторов риска, причин кровотечения, объема кровопотери, лечебных мероприятий и перинатальных исходов. Статистическая обработка проводилась с использованием программы STATISTICA 10.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана возраста женщин составила 32 (29–34) года, при этом возраст 35 лет и старше достигли 3 (19%) пациентки. Индекс массы тела до беременности находился на уровне 24,9 (22,0–26,5) кг/м2, у 1 (6%) женщины имел место дефицит массы тела, у 6 (38%) – избыточная масса тела и ожирение.

Повторные роды произошли у 75% женщин: вторые роды – у 5 (31%), третьи – у 2 (13%), четвертые – у 5 (31%); отягощенный акушерский анамнез отмечался у 62,5%. Кесарево сечение выполнено в 68,8% случаев, преимущественно по экстренным показаниям, в том числе в 3 случаях во II периоде родов.



Факторы риска. Все 16 пациенток с массивным ПРК относились к группе среднего или высокого риска: 37,5 и 62,5% соответственно. В 43,8% случаев выявлено несоответствие фактического уровня госпитализации установленной степени риска.

Модифицируемые факторы риска выявлены у 14 (88%) женщин: анемия беременных – 10 (63%) случаев, длительно текущая угроза прерывания беременности в 5 (31%) случаях, родовозбуждение – в 4 (25%), ГСД – в 4 (25%), гипертензивные расстройства – в 3 (19%), крупный плод – в 2 (13%), многоводие – в 1 (6%), дефект системы свертывания крови – в 1 (6%) случае. Также у 6 (38%) женщин имели место избыток массы тела и ожирение до беременности, что является условно модифицируемыми факторами при планировании беременности.

Немодифицированными факторами риска ПРК явились: у 7 (44%) женщин третьи и более роды, у 5 (31%) – кесарево сечение в анамнезе, у 2 (13%) – предлежание плаценты, у 1 (6%) – ПРК в анамнезе, у 1 (6%) – беременность после ЭКО.

Срок родоразрешения составил 274 (256–280) дня, при этом роды были срочными в 12 (75%) случаях, преждевременными – в 4 (25%) случаях, досрочное родоразрешение было связано с преждевременной отслойкой плаценты у 2 женщин, центральным предлежанием плаценты с кровотечением у 1 женщины и также в 1 случае проводилось в плановом порядке в 36 недель в связи с дихориальной диамниотической двойней после проведения ЭКО.

Перинальные исходы. Антенатальная гибель плода произошла в двух случаях преждевременной отслойки плаценты. Среди 14 живорожденных умеренная асфиксия диагностирована у 5 (35,7%) новорожденных.

Медиана объема кровопотери составила 1750 (1550–2400) мл, трансфузии эритроцитных компонентов крови – 1032 (565–2245) мл, свежезамороженной плазмы – 1200 (600–1920) мл. В 7 (44%) случаях дополнительно проводилось переливание коагуляционных факторов IX, II, VII и X и их комбинаций, в 2 (13%) случаях – тромбоцитарной массы. Применение транексамовой кислоты – в 9 (56%) случаях. Хирургические методы остановки кровотечения использовались во всех наблюдениях; гистерэктомия выполнена в 15 из 16 случаев.

ВЫВОДЫ

По результатам проведенного анализа для совершенствования оказания медицинской помощи целесообразно дополнительно обратить внимание на ряд аспектов:

1. своевременное выявление и коррекцию факторов риска массивного ПРК, включая анемию, гипертензивные расстройства, нарушения гемостаза и отягощенный акушерский анамнез
2. соответствие уровня оказания медицинской помощи степени акушерского риска и преемственность при наблюдении и родоразрешении беременных группы высокого риска
3. совершенствование антенатальной диагностики патологии плаценты, включая аномальное прикрепление и врастание, с привлечением профильных специалистов и заблаговременным планированием родоразрешения в соответствующих условиях.

1. Causes of and risk factors for postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis / I. Yunas, M.A. Islam, K.N. Sindhu [et al.] // The Lancet. – 2025. – Vol. 405, № 10488. – P. 1468–1480. – DOI: 10.1016/S0140-6736(25)00448-9. – URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40188841/.