ZU_2013_ACU_4.qxd 27.12.2013 17:42 Page 12

Ю.В. Давидова, д.м.н., завідувач відділу акушерських проблем екстрагенітальної патології, **О.М. Мокрик**, к.м.н.,
ГУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ

Декілька клінічних випадків попереджених маткових кровотеч в клініці екстрагенітальної патології

Ю.В. Давидова

Провідне місце серед тяжкої акушерської патології посідають маткові кровотечі в пологах та ранньому післяпологовому періоді.
Акушерські кровотечі залишаються однією з провідних причин материнської смертності і становлять в її структурі в «чистому вигляді» 20-25%, як конкуруюча причина 42%, як фонова — до 78%.
Структура акушерських кровотеч протягом останнього десятиліття зазнала суттєвих змін. Стабільно знижується частота кровотеч в III періоді пологів і ранньому післяпологовому періоді. Відносно стабільними із року в рік залишаються показники кровотеч, пов'язаних з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти та з її передлежанням

Одним із основних факторів, який збільшує відсоток акушерських кровотеч на сучасному етапі, є збільшення частоти абдомінального пологорозрішення.'

Так, за даними вітчизняних авторів, частота кесаревого розтину коливається в широких межах (15-23%) і виконується в 2-20% усіх пологів.

Профілактична спрямованість розвитку сучасної медичної науки передбачає прогнозування і запобігання розвитку можливих ускладнень.

Слід також підкреслити, що в клініці екстрагенітальної патології вагітних існує ціла низка ситуацій, коли попередження та лікування супрафізіологічної крововтрати потребує окремих підходів, тому що особливості гемостазу, гомеостазу, кровообігу, наслідки певних видів лікування змінюють толерантність до крововтрати, потребують нестандартного підходу до лікування, додаткових методів гемостазу.

До таких ситуацій відносяться: наявність ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури, хвороби Віллебранда, портальної гіпертензії, цироз печінки, цианотичні вади серця, захворювання з високою легеневою гіпертензією, штучні клапани серця (необхідність зміни виду коагулянтів), онкологічна патологія, яка потребувала проведення хіміотерапії під час вагітності та ускладнилась лейкопенією, тромбоцитопенією, тяжкою анемією. Саме в таких ситуаціях необхідним є мінімізація можливої акушерської кровотечі із застосуванням спеціальних препаратів для скорочення матки та впливом на судинний тонус, таких як карбетоцин та терліпресин. Окрім того, у питанні зменшення об'єму крововтрати при оперативному пологорозрішенні жінок з важкою акушерською та екстрагенітальною патологією великі перспективи має застосування препаратів Пабал (Pabal) та Реместип (Remestyp) Ferring International Center.

Пабал — карбетоцин є аналогом окситоцину тривалої дії. Подібно окситоцину, карбетоцин селективно зв'язується з рецепторами окситоцину гладком'язових клітин міометрія, стимулює ритмічні скорочення матки, збільшує частоту скорочень, які вже розпочались і підвищує тонус м'язів матки. Препарат не має впливу на функцію нирок.

Реместип — терліпресин — синтетичний аналог гормону задньої долі гіпофіза — вазопресину. Препарат чинить виражену судинозвужуючу дію за рахунок підвищення тонусу гладких м'язів судинної стінки. Він викликає звуження артеріол, вен і венул особливо в черевній порожнині. Це призводить до зменшення кровотоку в гладком'язових органах. Реместип викликає також підвищення тонусу гладких м'язів матки, стимулюючи активність міометрія, як вагітної, так і невагітної матки. Реместип (терліпресин) на відміну від вазопресину впливає селективно на V1-рецептори і не активує V2-рецептори (фільтраційна функція клубочків повністю зберігається), що дуже важливо для пацієнтів з нирковою патологією.

Дозвольте навести декілька клінічних випадків.

Вагітна П., 36 років, була госпіталізована в акушерське відділення екстрагенітальної патології Інституту з діагнозом: вагітність III, 21-22 тижні. Біхоріальна, біамніотична двійня. Антенатальна загибель II плода в 19 тижнів. Передлежання плаценти I плода. Нейроциркуляторна астенія за гіпотонічним типом. Дифузний зоб I ст. Еутиреоз.

За даними акушерського анамнезу дві попередні вагітності закінчились народженням двох живих дітей чоловічої статі. Пологи відбулись в строк, перебігали фізіологічно.

Антенатальна загибель II плода була діагностована під час скринінгового УЗ-дослідження в 21 тиждень. За час перебування в стаціонарі регулярно контролювались показники згортаючої системи крові (1 раз на тиждень); гормональної кольпоцитології (1 раз на тиждень); естріол сечі (1 раз в 3 дні). Регулярно з частотою 1 раз на 10-14 днів проводилось УЗД плода з доплерівським кортируванням (з 28 тижнів). У 28 тижнів вагітності в зв'язку з появою ознак загрози передчасних пологів була проведена профілактика РДС плода згідно з прийнятим протоколом.

Ознаки загрози передчасних пологів були куповані прийомом мікронізованого прогестерону в терапевтичних дозах та Магне-В6 — преміум по 1 капсулі 3 рази на добу.

Показники естріолу сечі підвищувались відповідно терміну гестації. Двічі, в 32 і 34 тижні, визначався рівень плацентарного лактогену. Показники були в межах норми. Це було опосередкованим свідченням функціональної спроможності плаценти, а саме її гормонопродукуючої функції.

Беручи до уваги антенатальну загибель плода в 19 тижнів, особливе занепокоєння викликала можливість розвитку висхідної інфекції пологових шляхів. За результатами проведених бактеріологічних досліджень з урахуванням чутливості виявлених культур призначалась санація пологових шляхів в 21-22 тижні — таблетки Тержинан № 10; перед оперативним пологорозрішенням — вагінальні супозиторії Бетадин №14.

При доношеній вагітності (в повних 37 тижнів), у зв'язку з початком кровотечі, зумовленої відшаруванням плаценти, що передлежить I плода, вагітна була пологорозрішена оперативним шляхом в ургентному порядку.

Об'єм операції нижньосерединна лапаротомія. Кесарів розтин в нижньому сегменті матки. Особливості операції: застосування Тахокомбу розмірами 8,0×4,0 см в ділянці плацентарного майданчику в нижньому сегменті матки. Звертали на себе увагу виражена васкуляризація матки в ділянці плацентарного майданчика, необхідність проведення додаткового гемостазу. Інтраопераційне однократне внутрішньовенне введення 100 мкг препарату Пабал (карбетоцин). З наступним застосуванням в післяопераційному післяпологовому періоді препарату Реместип (терліпресин) у дозі 0,2 мг по закінченню раннього післяпологового періоду, далі 0,2 мг кожні 6 годин протягом перших 24 годин.

Вилучено живу доношену, незрілу дівчинку, маса — 2240,0; зріст — 46 см; 3-4 бали за Апгар.

Післяопераційний післяпологовий період перебігав без ускладнень. На VII добу знято шви, післяопераційна рана зажила первинним натягом. За даними УЗД органів малого таза розміри матки: 115×65×100 мм. В порожнині матки патологічних утворень не виявлено. Вільна рідина в позаматковому просторі не визначалась.

На 10-ту добу породілля в задовільному стані була виписана із стаціонару.

Немовля було переведено з відділення РІТ новонароджених на II етап виходжування у відділенні молодшого дитинства.

За результатами річного катамнезу: менструальна функція відновилась через 3 місяці. Дитина розвивається відповідно віку, відставання в фізичному і нервово-психічному розвитку не відмічено. Малеча знаходиться на грудному вигодовуванні.

Вагітна І., 22 роки, була госпіталізована в акушерське відділення екстрагенітальної патології Інституту з діагнозом: вагітність II, 15-16 тижнів. Хронічна хвороба нирок IV ст.: вроджена аномалія розвитку нирок і сечовивідних шляхів (гіпоплазія обох нирок). Хронічний пієлонефрит, нестійка ремісія. ХНН II. Вторинна нефрогенна анемія. Вторинна артеріальна гіпертензія. ОАА (позаматкова вагітність у 2009 році, додатки збережені).

Із анамнезу вагітної І.: діагноз вродженої аномалії розвитку нирок і сечовивідних шляхів був встановлений в дитячому віці, уточнений під час даної вагітності. Вагітній неодноразово за місцем проживання в області і в Інституті пропонувалось переривання вагітності за медичними показаннями, від якого вона і її родичі категорично відмовились.

За даними акушерського анамнезу: позаматкова вагітність у 2009 році справа. Додатки збережені.

Під час перебування в стаціонарі регулярно контролювались загальний аналіз крові з формулою, біохімічний аналіз крові, аналіз виділень і гормональна кольпоцитологія 1 раз на тиждень; загальний аналіз сечі — 1 раз в 3 дні; аналіз сечі по Нечипоренко і коагулограма 1 раз на 2 тижні; добовий аналіз сечі на білок і естріол — 1 раз на тиждень; УЗД плода з доплерівським кортируванням (з 28 тижнів) — кожні 10-14 днів. Бактеріологічні дослідження із носа, із зіву, піхвових виділень і сечі проводились при надходженні в клініку і надалі згідно з клінічною ситуацією.

Вагітна отримувала терапію основного захворювання відповідно до діючих рекомендацій.

Враховуючи важкість основного захворювання, наше особливе занепокоєння викликали рівні креатиніну і сечовини в крові, які коливались від 292,0 до 373,0 ммоль/л і від 9,47 до 15,71 ммоль/л відповідно, та потребували призначень корвитину 0,5 г на 0,9 % розчині хлориду натрія 50 мл курсами по 5-7 днів. Вторинна нефрогенна анемія була достатньо вираженою (Hb 76-89 г/л). Отримувала еритропоетин 2 тис. ОД 3 рази на тиждень також курсами і полі мальтозний комплекс заліза по 1 др. 2 рази на добу. Вторинна артеріальна гіпертензія добре корегувалась призначенням метилдопи по 2 табл. 3 рази на добу. На гіпотензивній терапії артеріальний тиск тримався в межах 120-130/70-80 мм рт. ст.

При проведенні УЗД органів черевної порожнини в 27 тижнів діагностовано: гідронефроз справа V ст. Вторинно зморщена ліва нирка. Кіста лівої нирки. З метою дообстеження і можливого лікування вагітна була переведена в ДУ «Інститут урології НАМН України», де була виконана операція — перкутанна нефростомія справа. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Для подальшого лікування вагітна була переведена в акушерське відділення екстрагенітальної патології ДУ «ІПАГ НАМН України». У зв'язку з загостренням хронічного пієлонефриту було призначено цефтріаксон 2,0 в/в № 5, який у подальшому було замінено на цефуроксим аксетил 250 мг 3 рази на добу, № 3.

У зв'язку з появою багатоводдя в 33-34 тижні призначено джозаміцин 500 мг 2 рази на добу, № 5. В 34-35 тижнів під час чергового УЗ-дослідження діагностовано дистрес плода в стадії компенсації. Враховуючи погіршення стану жінки підвищення АТ до 150/100 мм рт.ст., наростання протеїнурії, появу болю в ділянці попереку, часте порушення функції нефростоми, наростання явищ дистресу (перехід в стадію субкомпенсації), вирішено провести планове оперативне пологорозрішення в 37 тижнів, у зв'язку з неготовністю пологових шляхів.

Об'єм операції: нижньосерединна лапаротомія. Кесарів розтин в нижньому матковому сегменті.

Особливості операції: в області правих додатків спайковий процес органів малого тазу IV ст.

Інтраопераційне однократне внутрішньовенне введення 100 мкг препарату Пабал (карбетоцин). Вилучено живу, доношену незрілу дівчинку, маса — 2470,0; зріст — 49 см, 6-7 балів за Апгар. Привертала увагу висока концентрація сечовини та креатиніну в післяопераційному періоді, що слугувало обґрунтуванням для консультації в Інституті хірургії та трансплантології НАМН України, де було рекомендовано при погіршенні показників функції нирок застосування гемодіалізу. Жодних акушерських ускладнень в післяродовому періоді не виявлено. Дані річного катамнезу: менструальна функція відновилась через 2 місяці, дитина фізично та ментально розвивається згідно з віковими нормами, при проведенні терапевтичних заходів вдалося стабілізувати функцію нирок, потреби в гемодіалізі не виникало.

Висновки

1. При перинатальному менеджменті жінок з тяжкою екстрагенітальною патологією або поєднанні значущої екстрагенітальної патології з загрозливими акушерськими ускладненнями необхідним є правильно оцінити імовірність масивної акушерської кровотечі.

2. В разі обґрунтованої оцінки високого ризику масивної акушерської кровотечі у вагітних з тяжкою екстрагенітальною патологією в ряді випадків препаратом вибору першої лінії при абдомінальному розродженні або вагінальних асистованих пологах має стати карбетоцин, а за умов необхідності тривалого впливу на судинний тонус і препарат терліпресин.