



Н.В. Авраменко, Ю.Ф. Петряев, Д.Е. Барковский

ПЕРЕВЯЗКА ВНУТРЕННИХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ КАК МЕТОД ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Запорожский государственный медицинский университет

Ключеві слова: кровотечі в акушерстві й гінекології, методи лікування кровотеч, перев'язка внутрішньої клубової артерії.

Ключевые слова: кровотечения в акушерстве и гинекологии, методы лечения кровотечений, перевязка внутренней подвздошной артерии.

Key words: hemorrhage in midwifery and gynecology, the methods of treating the hemorrhages, the bandaging of internal iliac artery.

В акушерсько-гінекологічній практиці кровотечі є найбільш поширеними термінальними станами. Вибір оптимальної лікувальної тактики при кровотечах залежить, насамперед, від об'єму крововтрати. Здійснено аналіз причин і наслідків 37 акушерсько-гінекологічних операцій, що супроводжувались перев'язкою внутрішньої клубової артерії. Перев'язка внутрішніх клубових артерій є ефективним методом хірургічного гемостазу в акушерсько-гінекологічній практиці. У складній клінічній ситуації для зниження ризику та величини крововтрати під час операції необхідно відразу після лапаротомії провести профілактичну перев'язку внутрішньої клубової артерії.

В акушерско-гинекологической практике кровотечения являются наиболее частым неотложным состоянием. Выбор оптимальной лечебной тактики при кровотечении зависит, прежде всего, от объема кровопотери. Проведен анализ причин и исходов 37 акушерско-гинекологических операций, сопровождавшихся перевязкой внутренних подвздошных артерий. Перевязка внутренних подвздошных артерий является эффективным методом хирургического гемостаза при акушерско-гинекологических кровотечениях. При сложной клинической ситуации для снижения риска и величины интраоперационной кровопотери необходимо сразу после лапаротомии проводить профилактическую перевязку внутренних подвздошных артерий.

In the obstetrical-gynaecological practice the hemorrhages are the most frequent pressing state. The selection of optimum therapeutic tactics with the hemorrhage depends, first of all, on the volume of blood loss. Is carried out the analysis of causes and outcomes of 37 obstetrical-gynaecological operations, which were being accompanied by the bandaging of internal iliac arteries. The bandaging of internal iliac arteries is the effective method of surgical hemostasis with the obstetrical-gynaecological hemorrhages. The bandaging of internal iliac artery is the method of selection with the coagulopathic hemorrhages in the obstetrical-gynaecological practice. With the complex clinical situation for reduction in risk and value of intraoperating blood loss it is necessary after abdominal section to immediately carry out the preventive bandaging of internal iliac arteries.

Постоянное усовершенствование методов профилактики акушерских кровотечений, к сожалению, не приводит к снижению частоты данной акушерской патологии, которая в структуре материнской смертности лидирует, достигая 25% [3,4,11,12]. Наиболее частыми причинами массивной кровопотери в акушерско-гинекологической практике являются преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты, шеечная беременность, гипотоническое кровотечение, травматические повреждения мягких тканей родовых путей, коагулопатические кровотечения (первичные или вторичные); несостоятельность лигатур на сосудах, атипичное расположение опухоли матки и яичников [3,5,6,9,10].

Проблема профилактики и оказания медицинской помощи при кровотечениях остается актуальной из-за ряда ошибок [4,8,11,12]:

1. Оценка кровопотери обычно занижена и часто составляет половину реальной кровопотери. Это возникает вследствие смешивания крови с околоплодными водами, иногда с мочой женщины; попадания крови на тампоны, полотенца, простыни, в лотки и на пол;

2. Недооценка исходного уровня гемоглобина пациентки (женщина с нормальным уровнем гемоглобина более устойчива к кровопотере, объем которой у женщины с анемией может привести к фатальным последствиям);

3. Кровотечение может развиваться медленно, продолжаясь в течение нескольких часов. Это состояние зачастую неправильно интерпретируется и/или остается незамеченным до момента возникновения у женщины классической картины геморрагического шока;

4. Недооценка риска развития послеродового кровотечения из-за недостаточной эффективности используемых факторов риска для прогноза возникновения данного акушерского осложнения. Необходимо неукоснительно следовать правилу: «Для любой роженицы есть риск развития послеродового кровотечения».

5. Недостаточное и/или несвоевременное (позднее) привлечение помощников из числа опытных сотрудников данного лечебного заведения, а также специалистов из других лечебных учреждений, имеющих более высокий уровень аккредитации;

6. Недостаточное количество крови и ее препаратов; задержка или отказ от трансфузии препаратов крови (часто при недооценке кровопотери);

7. Слишком поздний хирургический гемостаз;

8. Неквалифицированное (неадекватное) наблюдение за жизненно важными функциями пациентки;

9. Неаккуратное ведение записей в медицинской документации при оказании неотложной помощи женщине с кровотечением.

Необходимо помнить, что при любом объеме патологической кровопотери возможно развитие шока, а также что своевременная диагностика и терапия патологического кровотечения являются основополагающими успешного исхода лечения.

Хирургические методы остановки кровотечения зачастую включают перевязку с обеих сторон восходящей ветви маточной артерии и ветвей яичниковой артерии, анастомозирующих с маточной артерией; гистерэктомию; наложение швов на матку по Линчу; перевязку внутренних



подвздошных артерий; ангиографическую эмболизацию ветвей внутренних подвздошных артерий; тугую тампонаду малого таза при лапаротомии [4,6,7,9–12].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Повысить эффективность оказания неотложной помощи при кровотечениях в акушерско-гинекологической практике.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ причин и исходов 37 акушерско-гинекологических операций, проведенных за период с 1990 по 2008 г. и сопровождавшихся перевязкой внутренних подвздошных артерий (ВПА). Оперативные вмешательства проводили в акушерском и гинекологическом отделениях 4-го родильного дома г. Запорожья и на базе Запорожского областного медицинского центра репродукции человека.

В 18 случаях перевязка ВПА проведена в связи наличием акушерского кровотечения, а в 19 – во время гинекологических операций, проведенных у пациенток с опухолями яичников и/или наличием атипично расположенных миоматозных узлов.

Результаты исследований обработаны современными статистическими методами анализа на персональном компьютере с использованием статистического пакета лицензионной программы «STATISTICA for Windows 6.0» (StatSoft Inc., №AXXR712D833214FAN5).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На основании данных проведенного анализа установлено, что двухсторонняя перевязка ВПА произведена в 75% случаев (60,7% – при акушерских кровотечениях; 14,3% – во время гинекологических операций). Односторонняя перевязка ВПА выполнена у 25% пациенток (соответственно в 3,6% и 21,4% случаев). Превалирование частоты двухсторонней перевязки ВПА при акушерских кровотечениях обусловлена необходимостью окончательной остановки маточного кровотечения и повышенными требованиями к надежности хирургического гемостаза. При гинекологических операциях преобладали локальные кровотечения из клетчатки таза, чаще односторонние, для которых методом выбора являлась перевязка магистрального сосуда с одной стороны.

Известно, что характер кровообращения органов малого таза после операции во многом зависит от высоты перевязки внутренних подвздошных артерий [1,2,7,9]. По нашим данным, наименее травматичным и более безопасным является перевязка ВПА на 2 см ниже бифуркации общей подвздошной артерии с выделением артерии из клетчатки. Именно такой уровень обеспечивает более легкий доступ к сосуду, четкую визуализацию мочеточника, внутренней и наружной подвздошных артерий, относительную техническую простоту выполнения. Наличие коллатерального кровообращения позволяет компенсировать недостаток кровообращения нижележащих отделов за счет артериальных анастомозов с а. iliaca externa, а. femoralis, а. ovarica. Нужно помнить, что в технически сложных случаях при лигировании маточной артерии опасность повреждения

мочеточника может быть выше чем при перевязке ВПА.

При анализе показаний к перевязке ВПА у 19 гинекологических больных установлено, что средний возраст женщин составил 41,1±3,9 года (от 17 до 66 лет). По возрастным группам больные распределены следующим образом: до 25 лет – 20%, 25–35 лет – 10%, 35–45 лет – 30%, 45–55 лет – 30%, старше 55 лет – 10%. Показанием к оперативному лечению у 15 больных явилась лейомиома матки, а у 4 больных – эндометриодные кисты и кистомы яичников.

ВЫВОДЫ

Перевязка внутренних подвздошных артерий является эффективным методом хирургического гемостаза при акушерско-гинекологических кровотечениях.

Перевязка внутренней подвздошной артерии является методом выбора при коагулопатических кровотечениях в акушерско-гинекологической практике.

При сложной клинической ситуации для снижения риска и величины интраоперационной кровопотери необходимо сразу после лапаротомии проводить профилактическую перевязку внутренних подвздошных артерий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Минеев К.П. Клинико-морфологические аспекты перевязки сосудов таза / Минеев К.П. – Свердловск: Изд-во Урал. ун-та, 1990. – 180 с.
2. Мошков Б.Н. Клиническая анатомия сосудов матки, их значение в оперативной гинекологии / Мошков Б.Н. – К.: Государственное медицинское издательство, 1964. – 164 с.
3. Нагнибеда А.Н. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии / Нагнибеда А.Н., Павлова Л.П.; под ред. Э.К. Айла-мазяна. – СПб.: СпецЛит, 2006. – 110 с.
4. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов: Руководство для врачей и акушеров. – Женева: ВОЗ, 2002. – С. В26–35.
5. Подзолкова Н.М. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии / Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л.. – М.: ГЭОТАР, 2003. – 448 с.
6. Серов В.Н. Критические состояния в акушерстве: Руководство для врачей / Серов В.Н., Маркин С.А.. – М.: Медиздат, 2003. – 704 с.
7. Сырбу П. Функциональная хирургия матки / Сырбу П. – Бухарест: Медицинское издательство, 1973. – С. 110–113.
8. Федоров Б.А. Хирургическая тактика при кесаревом сечении у женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты / Федоров Б.А., Протопопова Н.В., Куперт А.Ф. // Актуальные вопросы реконструктивной и пластической хирургии: тез. докл. VI итоговой научной конференции. – Ч. II. – Иркутск, 1990. – С. 354–355.
9. AbdRabbo S.A. Stepwise uterine devascularization: a novel technique for management of uncontrolled postpartum hemorrhage with preservation of the uterus / AbdRabbo S.A. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1994. – Vol. 171, №3. – P. 694–700.
10. Abendstein B. Spontaneous pregnancy after ligation of the uterine artery / Abendstein B., Brenner E., Klingler P., Tscharf J. // Gynakol. Geburtshilfliche Rundsch. – 1997. – Vol. 37, №1. – P. 41–43.
11. Bonnar J. Massive obstetric haemorrhage / Bonnar J. // Baillieres Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2000. – Vol. 14, №1. – P. 1–18.
12. Mousa H.A., Alfirevic Z. // The Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2003. – Issue 1. – Art. No.: CD003249. DOI: 10.1002/14651858.CD003249.

Сведения об авторах:

Авраменко Н.В., д. мед. н., доцент, зав. каф. акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПО ЗГМУ.

Барковский Д.Е., д. мед. н., доцент каф. акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПО ЗГМУ.

Петряев Ю.Ф., врач акушер-гинеколог.

Адрес для переписки:

Авраменко Н.В., г. Запорожье, ул. Дивногорская, 5. Тел. (061) 224 00 10, 224 05 80. E-mail: zocrfrs@mail.ru

Поступила в редакцию 20.03.2012 г.