

О классификации послеродовых кровотечений: приглашение к дискуссии

Профессор Ю.Э. Доброхотова, профессор П.В. Козлов, О.М. Селиверстова

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

Акушерские кровотечения остаются основной причиной материнской заболеваемости и смертности в мире. В статье представлена информация о классификациях послеродовых кровотечений, принятых международными профессиональными сообществами и в Российской Федерации. Большинство профессиональных организаций, в т. ч. Международная федерация акушеров-гинекологов, рекомендуют классифицировать послеродовые кровотечения на ранние (первичные), реализованные в течение первых 24 часов после родов, и поздние (вторичные), возникшие между 24 часами и 6 нед. после родов. В США период поздних послеродовых кровотечений увеличен до 12 нед. Предложена дискуссия о целесообразности уточнения классификации послеродовых кровотечений, принятой в РФ, с точки зрения этиологии и регламентированных алгоритмов акушерской тактики ведения послеродовых кровотечений. Рассмотрена необходимость увеличения периода ранних послеродовых кровотечений до 24 часов и периода поздних послеродовых кровотечений с 24 часов до 6 нед., что позволит привести в соответствие отечественную классификацию с этиологией послеродовых кровотечений, акушерской тактикой ведения и принятыми международными стандартами.

Ключевые слова: послеродовые кровотечения, осложнения родов, ранние послеродовые кровотечения, поздние послеродовые кровотечения, классификация.

Для цитирования: Доброхотова Ю.Э., Козлов П.В., Селиверстова О.М. О классификации послеродовых кровотечений: приглашение к дискуссии // PMЖ. 2018. № 5(1). С. 61–63.

ABSTRACT

On the classification of postpartum haemorrhages: an invitation to a discussion
Dobrokhotova Yu.E., Kozlov P.V., Seliverstova O.M.

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

Postpartum haemorrhages remain the leading cause of maternal morbidity and mortality in the world. The article provides information on the classification of postpartum haemorrhages (PPH), adopted by international professional communities and in the Russian Federation. Most professional societies, including the International Federation of Obstetricians and Gynecologists, recommend the classification of postpartum haemorrhages for early (primary) bleeding, which develop within the first 24 hours after delivery, and late (secondary) bleeding, which develop from 24 hours to 6 weeks after delivery. In the US, the time interval for late postpartum hemorrhage is increased up to 12 weeks. A discussion is proposed on the advisability of clarifying the classification of postpartum haemorrhages, from the point of view of etiology and approved algorithms of obstetric management of PPH. The need to increase the time interval in the classification of early postpartum hemorrhage to 24 hours and for late postpartum hemorrhages from 24 hours to 6 weeks is considered. Expansion of the interval and diagnosis of early postpartum haemorrhages will help to bring into compliance the domestic classification and the etiology of haemorrhages, obstetric tactics of management and accepted international standards.

Key words: postpartum haemorrhage, birth complications, early postpartum haemorrhage, late postpartum haemorrhage, classification.

For citation: Dobrokhotova Yu.E., Kozlov P.V., Seliverstova O.M. On the classification of postpartum haemorrhages: an invitation to a discussion // RMJ. 2018. № 5(1). P. 61–63.

Последовый период, завершая собой великий акт рождения человека, является самым серьезным для матери периодом родов.

Г.Г. Гентер

Акушерские кровотечения остаются основной причиной материнской заболеваемости и смертности в мире. Более половины случаев материнской смертности происходят в течение 24 часов после родов. По данным ВОЗ (2012 г.), в мире от послеродового кровотечения умирают около 140 тыс. женщин в год, т. е. одна женщина —

каждые 4 минуты [1]. Более 80% в структуре акушерских кровотечений занимают послеродовые кровотечения. Мероприятия по профилактике кровотечений и акушерская тактика в мире определены [1–7] и не имеют принципиальных отличий. Однако вопрос классификации послеродовых акушерских кровотечений, на наш взгляд, требует уточнения.

Многие профессиональные сообщества, в т. ч. Международная федерация акушеров-гинекологов (The International Federation of Gynecology and Obstetrics — FIGO), рекомендуют классифицировать послеродовые кровотечения на ранние (первичные), реализованные в течение первых 24 часов после родов, и поздние (вторичные), возникшие между 24 часами и 6 нед. после родов [6–8]. В определении American College of Obstetricians and Gynecologists (Американская коллегия акушеров и гинекологов) [5] период поздних послеродовых кровотечений увеличен до 12 нед.

Причины развития послеродовых кровотечений принципиально отличаются. Ранние послеродовые кровотечения (РПК) в подавляющем большинстве случаев непосредственно связаны с родовым актом и реализуются в ближайшие минуты (при наружном кровотечении) или часы (в случаях образования ретроперитонеальных гематом, при дефектах наблюдения и др.), как правило, в течение 24 часов. В 70–80% случаев причинами РПК являются атония матки, связанная, в частности, с перерастяжением миометрия, задержкой ткани плаценты, травмой матки, повреждением тканей родовых путей и выворотом матки (встречается крайне редко), а также коагулопатией, вызванной врожденными (первичными) дефектами гемостаза или нерациональным применением антикоагулянтов.

Поздние (вторичные) послеродовые кровотечения (ППК) реализуются, как правило, не ранее 2-х суток послеродового периода и связаны с субинволюцией плацентарного ложа на фоне инфекционного процесса, задержкой воспалительного детрита или тканей плаценты с формированием плацентарных полипов. Таким образом, данная классификация является в большей мере этиологической, т. к. подразумевает причины возникновения послеродовых кровотечений.

В РФ широкое распространение получила классификация послеродовых кровотечений, основанная на времени их возникновения и относящая РПК к раннему послеродовому периоду, который составляет 2 часа и при влагалищных родах, как правило, совпадает с пребыванием пациентки в родильном отделении. При развитии кровотечения после 2-х часов, т. е. после перевода родильницы в послеродовое отделение, оно классифицируется как позднее [3]. Согласно приказу Минздрава России № 572н от 01.11.2012 (в ред. от 12.01.2016) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) послеродовые кровотечения (рубрика O.72) классифицируются как по времени возникновения (O72.0 кровотечение в третьем периоде родов, O72.1 другие кровотечения в раннем послеродовом периоде), так и по этиологии (O72.2 позднее или вторичное послеродовое кровотечение, O72.3 послеродовый коагуляционный дефект, афибриногенемия, фибринолиз).

Действительно, классифицируя послеродовые кровотечения по времени их возникновения, мы имеем в виду момент диагностики кровопотери. Однако причины ранних и так называемых «поздних» послеродовых кровотечений, реализованных, а точнее диагностированных, в течение нескольких часов после родоразрешения, идентичны.

Очевидный критерий ранней диагностики патологической кровопотери — это объем наружного кровотечения. Однако патологическая кровопотеря не всегда является синонимом наружной кровопотери. Так, при травматическом повреждении матки с образованием ретроперитонеальной гематомы наружное кровотечение незначительно и ранняя диагностика патологической кровопотери затруднена. В этих случаях симптомы кровопотери и шока могут появиться через несколько часов.

В случаях недиагностированной задержки части последа или травмы матки, в т. ч. разрыва шейки матки при хорошей сократительной активности матки, объем наружного кровотечения может быть невыраженным и патологическая кровопотеря диагностируется позднее, как правило, при наружном массаже матки перед переводом родильницы в послеродовое отделение.

Причинами «запоздалой» диагностики кровотечения после кесарева сечения могут быть нарушение эвакуации лохий и перерастяжение матки, сопровождающиеся снижением ее сократительной активности и увеличением объема. Эти случаи «позднего» кровотечения, а точнее несвоевременной диагностики, являются, как правило, дефектом наблюдения, т. е. ятрогенными. В редких случаях родоразрешение путем кесарева сечения может осложниться образованием ретроперитонеальной гематомы и развитием шока и отсроченного кровотечения, связанного с коагулопатией потребления.

Таким образом, при выявлении или реализации патологической кровопотери более чем через 2 часа после родоразрешения кровотечение классифицируется как позднее. Однако с этиологической точки зрения такое кровотечение является ранним, т. к. причины его возникновения непосредственно связаны с процессом родов. По нашим данным, около 5% кровотечений, непосредственно связанных с процессом родов, диагностируются более чем через 2 часа после родоразрешения и в первую очередь это касается кровотечений после кесарева сечения.

К сожалению, причиной запоздалой диагностики кровотечений часто является неадекватное наблюдение в раннем послеродовом периоде. И до настоящего времени, несмотря на развитие современных технологий и фарминдустрии, актуально изречение известного отечественного акушера Г.Г. Гентера: «Нет числа случаям, где последовый период принял патологическое течение благодаря действиям рук человеческих, и неисчислимы страдания женщин, происходящие вследствие неправильного ведения послеродового периода» [9].

Таким образом, распространенная в отечественном акушерстве классификация РПК как возникших в течение 2-х часов после родов не в полной мере согласуется с этиологией. На наш взгляд, номинальное увеличение периода реализации, или, точнее, диагностики, РПК до 24 часов позволит считать отечественную классификацию этиологической.

Не менее весомым аргументом в пользу увеличения периода для ранних гипотонических кровотечений служит унификация акушерской тактики ведения. Классификация любой патологии подразумевает или должна подразумевать четкий алгоритм действий. Так, мероприятия при послеродовых кровотечениях соответствуют единым стандартам как в мире, так и в РФ [1, 3, 6]. Регламентированные алгоритмы ведения ранних гипотонических кровотечений связаны с объемом кровопотери, эффективностью последовательных этапов оказания помощи, но не с временем

начала кровотечения. Во избежание несоответствия диагноза и акушерской тактики, на наш взгляд, целесообразно относить к РПК кровотечения, непосредственно связанные с осложнениями родового акта и диагностированные в течение 24 часов послеродового периода.

Поздние (вторичные) кровотечения реализуются в период от 24 часов до 6–12 нед. послеродового периода [1, 5–7, 10]. Частота ППК составляет 0,01–2%. Риск кровотечения, как правило, связан с воспалительным процессом в матке, вторичным снижением сократительной активности, субинволюцией и нарушением отторжения децидуальной ткани, обычно происходящего в течение 7–9 сут. Частой причиной ППК является задержка плацентарных фрагментов, которые обычно подвергаются некрозу, покрываются фибрином и принимают форму плацентарных полипов. Отторжение плацентарного полипа может служить причиной ППК в течение всего послеродового периода [10–12].

К крайне редким причинам ППК относят врожденные дефекты гемостаза, хориокарциному, псевдоаневризмы маточных артерий и артериовенозные фистулы [12]. ППК, как правило, возникают в течение 1–2 нед. после родов и не ранее 2–3-х суток.

Следует сказать, что многие отечественные акушеры не давали четкого временного определения поздних кровотечений, а указывали на этиологические факторы их возникновения [9, 11]. Например, Н.С. Бакшеев придерживался этиологической классификации послеродовых кровотечений. По его мнению, РПК как следствие нарушения моторной функции матки (гипотония, остатки плаценты), травмы родовых путей, опухолей матки и дефектов гемостаза реализуются в течение 24 часов после родов [10]. Аналогичного определения РПК придерживается В.Е. Радзинский [13].

Таким образом, мы считаем целесообразным обсудить необходимость увеличить в классификации кровотечений период РПК до 24 часов и период ППК с 24 часов до 6 нед., т. е. до 42 дней послеродового периода, включенного в статистику материнской смертности. Увеличение периода реализации и диагностики РПК позволит привести в соответствие отечественную классификацию с этиологией послеродовых кровотечений, акушерской тактикой ведения и принятыми международными стандартами.

Литература

1. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee.
2. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Кутакова Ю.Ю. и др. Гипотонические послеродовые кровотечения. Использование перевязки внутренних подвздошных артерий и эмболизации маточных артерий в раннем послеродовом периоде // Акушерство и гинекология. 2012. № 7. С.36–41 [Kurcer M.A., Breslav I. Yu., Kutakova Yu.Yu. i dr. Gipotonicheskie poslerodovy'e krvotocheniya. Ispol'zovanie perevyazki vnutrennix podvzdoshny'x arterij i e'mbolizacii matochny'x arterij v rannem poslerodovom periode // Akusherstvo i ginekologiya. 2012. № 7. S.36–41 (in Russian)].
3. Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях // Клинические рекомендации МЗ РФ. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 29 мая 2014 г. № 15-4/10/2-3881 [Profilaktika, lechenie i algoritm vedeniya pri akusherskix krvotocheniyax // Klinicheskie rekomendacii MZ RF. Pis'mo Ministerstva zdoravooxraneniya RF ot 29 maya 2014 g. № 15-4/10/2-3881 (in Russian)].
4. Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреслав И.Ю. и др. Опыт использования аппарата Haemonetics Cell Saver 5+ в акушерской практике // Акушерство и гинекология. 2013. № 9. С.64–71 [Savel'eva G.M., Kurcer M.A., Breslav I. Yu. i dr. Opyt ispol'zovaniya apparata Haemonetics Cell Saver 5+ v akusherskoj praktike // Akusherstvo i ginekologiya. 2013. № 9. S.64–71 (in Russian)].
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum hemorrhage // Practice Bulletin. Obstet Gynecol 2017. Vol. 130 (4). P.168–186. doi: 10.1097/AOG.0000000000002351

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>



Всероссийский конкурс клинических наблюдений

«Применение препарата Галавит в практике врача акушера-гинеколога»

Под эгидой Российского общества
акушеров-гинекологов (РОАГ)

Прием работ



15 февраля – 15 июля 2018 г.
на сайте galavitkonkurs.ru

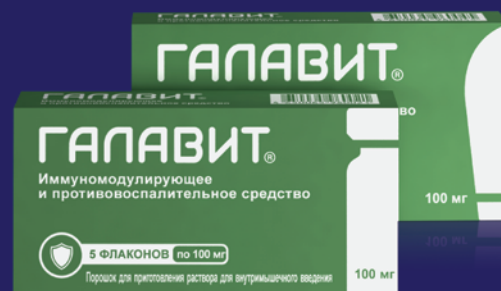
Денежные премии

1-3 место 100 000 ₽

4-6 место 80 000 ₽

7-10 место 50 000 ₽

и другие призы для финалистов конкурса



Подробная информация на
galavitkonkurs.ru

Бесплатная горячая линия

8 800 707 71 81