

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
имени И. К. АХУНБАЕВА**

**КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ  
имени С. Б. ДАНИЯРОВА**

Диссертационный совет Д 14.19.603

На правах рукописи  
УДК 618.3-06:616.005.1-083.98-085(043.3)

**Макенжанова Мээрим Макенжановна**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ  
ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ ПЛАЦЕНТЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ  
КОАГУЛОПАТИЧЕСКИМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

14.01.01 – акушерство и гинекология

**Автореферат**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Бишкек - 2022**

**Работа выполнена** на кафедре акушерства и гинекологии №1 Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева.

**Научный руководитель:** **Кангельдиева Айгуль Аманбековна**  
доктор медицинских наук,  
исполняющий обязанности доцента кафедры акушерства  
и гинекологии №1 Кыргызской государственной  
медицинской академии им. И. К. Ахунбаева

**Официальные оппоненты:** **Укыбасова Талшын Мухадесовна**  
доктор медицинских наук, профессор,  
старший ординатор-консультант Академического и  
Клинического Департамента Женского Здоровья  
Корпоративного Фонда «University Medical Center»,  
г. Нур - Султан

**Кибец Елена Анатольевна**  
кандидат медицинских наук, доцент,  
исполняющий обязанности заведующего кафедрой  
акушерства, гинекологии и репродуктологии  
Кыргызского государственного медицинского  
института переподготовки и повышения  
квалификации им. С. Б. Даниярова

**Ведущая организация:** Государственное Образовательное Учреждение  
«Институт последипломого образования в сфере здравоохранения Республики  
Таджикистан» (734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59).

Защита диссертации состоится «1» марта 2022 года в 13:00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.19.603 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева и Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова по адресу: 720020, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92, конференц-зал, 2-й этаж. Идентификационный код онлайн трансляции защиты диссертации: <https://vc.vak.kg/b/d-1-bqj-s41-pfj>

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92) и Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова (720017, г. Бишкек ул. Боконбаева 144а) и на сайте <http://kgma.kg>

Автореферат разослан «27» января 2022 года.

**Ученый секретарь диссертационного совета**  
**кандидат медицинских наук**

**Ч. А. Стакеева**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

**Актуальность проблемы.** Обеспечение безопасного материнства были и остаются наиболее приоритетными задачами здравоохранения на национальном уровне [Т. К. Койчуев, М. С. Мусуралиев, С. Ж. Боконбаева и др., 2014]. В «Декларации тысячелетия» ООН сформулировано положение о повышении качества медицинской помощи при акушерских кровотечениях, как важнейший шаг достижения целей развития. Материнская смертность продолжает оставаться ведущей причиной летальности среди женщин во многих странах мира. Анализ динамики материнской смертности на глобальном уровне за период 1990-2015 гг. показал, что уровень материнской смертности остается высоким в регионах с ограниченными ресурсами по сравнению с данными у развитых стран. По данным системных обзоров кровотечения являются непосредственной причиной материнской смертности в мире, и составляют в среднем - 27,1% (19,9% - 36,2%) случаев [L. Say, D. Chou et al, 2014].

По данным W. M. Callaghan, A. A. Creanga в США и других развитых странах около 1% рожениц с объемом кровопотери более 1 литра считаются требующими активного вмешательства (удаления матки) и 3% требуют реанимационных мер в связи с развитием ДВС синдрома (около 35,5%). Традиционным подходом остановки тяжелого кровотечения в мировой практике остается гистерэктомия в родах, которая, варьирует от 0,2 до 8,9 на 1000 родов в разных странах мира [L. Machado, 2011]. По результатам эпидемиологических исследований UKOSS частота гистерэктомии, применяемых для остановки кровотечения, составила 0,41:1000 (95% ДИ 3,6 – 4,5) случаев, причем с летальным исходом 0,6% (95% ДИ 0 – 1,5%). Это значит, что на одну женщину, умершую от кровотечения, приходится свыше 60 женщин, перенесших гистерэктомию [M. Knight, 2011]. Тактика расширения объема операции до гистерэктомии при кровотечении свыше 1300 - 1500 мл принята и в медицинской технологии России [В. Н. Серов, Г. М. Савелева, А. Н. Стрижаков и др. 2011].

В последнее десятилетие в структуре акушерских кровотечений отмечена тенденция повышения частоты кровотечений, связанных с тяжелой отслойкой плаценты с развитием ДВС синдрома. Одним из самых суровых состояний из всех акушерских осложнений является преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), сопровождающаяся тяжелыми акушерскими и перинатальными исходами вследствие выраженной кровопотери.

В Кыргызской Республике из общего числа материнской смерти 52% случаев связаны с кровотечением, из них в более одной трети причин (10,7/1000) была преждевременная отслойка плаценты. По данным первого отчета конфиденциального аудита материнской смертности летальные исходы произошли в учреждениях первичного (территориальные больницы - 65,2% случаев) и вторичного уровня

(городские и областные - 28,2%), и лишь в 6,5% случаев были на третичном уровне. Отсюда, оказание экстренной помощи в региональных учреждениях с реализацией органосохраняющих операций у рожениц с тяжелой отслойкой плаценты остается актуальной проблемой.

**Цель исследования.** Совершенствование алгоритма хирургического гемостаза при проведении органосберегающей операции у женщин с преждевременной отслойкой плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением.

**Задачи исследования:**

1. Провести ретроспективный анализ акушерских и перинатальных исходов у беременных с преждевременной отслойкой плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением.

2. Изучить влияние разработанной превентивной малоинвазивной оперативной технологии на акушерские и перинатальные исходы у беременных с преждевременной отслойкой плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением.

3. Обосновать эффективность алгоритма хирургического гемостаза при преждевременной отслойке плаценты в условиях ургентной помощи на вторичном уровне ЛПУ.

**Связь темы диссертации с крупными научными программами, основными научно-исследовательскими работами, проводимыми научными учреждениями.** Данное исследование выполнено в соответствии с планом научных исследований КГМА им. И. К. Ахунбаева, является фрагментом комплексной НИР кафедры акушерства и гинекологии №1 и является инициативной.

**Научная новизна работы:**

Впервые в Кыргызской Республике проведено научное обоснование выполнения органосохраняющей операции у беременных с тяжелыми формами отслойки плаценты с проявлениями коагулопатии (II - III степень отслойки плаценты) путем применения инновационной технологии проведения операции кесарева сечения. Основным принцип инновационной технологии заключается в максимальном уменьшении кровопотери и главное в предупреждении «маточной аутотрансфузии» для снижения риска развития картины «коагулопатии потребления» при помощи перевязки маточных сосудов.

Установлено, что своевременная диагностика преждевременной отслойки плаценты и соблюдение алгоритма билатеральной перевязки маточных сосудов позволяет снизить объем интраоперационной кровопотери, завершить операции с сохранением матки и снизить необходимость применения компонентной терапии (эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы и др.), а также улучшить акушерские и перинатальные исходы.

### **Практическая значимость полученных результатов:**

Инновационный подход проведения операции кесарева сечения при преждевременной отслойке плаценты (перевязка маточных сосудов до отделения плаценты и выделения последа) является доступным способом гемостаза, и применим в учреждениях первичного и вторичного уровня.

В результате проведения исследования реализована возможность органосохранения при преждевременной отслойке плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением.

Показаны клинические варианты проявлений первичных симптомов: а) кровянистые выделения и/или кровотечение из половых путей, б) болевой синдром, в) нарушение состояния плода и г) другие симптомы и/или «бессимптомные» формы.

### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Тяжелая отслойка плаценты в клинической практике сопровождается высокой частотой акушерских осложнений (ДВС синдром, геморрагический шок, тотальная маточно-плацентарная апоплексия), материнской и перинатальной смертностью (17,6% и 88,2% соответственно) и низким числом «выживших» новорожденных (11,8 %). Инновационная технология операции по сравнению с традиционной практикой снижает частоту периоперационных осложнений: ДВС синдром 30,5% против 72,0%, геморрагический шок 5,5% против 70,6%, тотальная маточно-плацентарная апоплексия 5,5% против 76,5% соответственно, улучшает перинатальные исходы - снижение числа «умерших» новорожденных - 55,6 % и увеличение числа «выживших» новорожденных - 44,4% .

2. Алгоритм первоэтапной билатеральной деваскуляризации матки при проведении операции кесарева сечения у женщин с ПОНРП позволяет контролировать гемостаз и сохранить матку, вместо традиционной гистерэктомии. Эффективность инновационного способа гемостаза определяется уменьшением интраоперационного объема кровопотери, уменьшением числа случаев со снижением уровня гемоглобина ниже критического.

3. Разработанный алгоритм первоэтапной билатеральной деваскуляризации маточных сосудов является доступным способом гемостаза в регионарных учреждениях и позволяет сохранить репродуктивную функцию женщин с минимальными экономическими затратами. Разработан и предложен эффективный способ остановки коагулопатического кровотечения у беременных с тяжелой отслойкой плаценты в условиях оказания ургентной помощи - «Оптимизация алгоритма перевязки маточных сосудов в лечении коагулопатического кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты» (Удостоверение на рационализаторское предложение № 919. Регистрационный №19 / 2017 от 28.12.17).

**Личный вклад соискателя.** Анализ литературы, определение цели и задач

исследования, формулировка рабочей гипотезы, разработка методологии исследования, сбор фактического материала, выбор статистических методов для анализа данных, анализ полученных результатов, а также формулирование основных положений диссертации, выводов, заключения и дальнейших рекомендаций проведены лично соискателем. Также клинические наблюдения случаев отслойки плаценты, оперативные вмешательства проведены с участием автора.

**Апробации результатов диссертации.** Основные положения и результаты диссертационной работы доложены и обсуждены на: конференциях «Дни науки КГМА 2012» (Бишкек 2012), «Дни науки КГМА, посвященные 70-летию Победы» (Бишкек 2015).

**Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.** По теме диссертации опубликовано 9 печатных работ в РИНЦ изданиях, в том числе 6 научных статей в изданиях рекомендованных ВАК КР, 2 - в изданиях, индексируемых системой РИНЦ с ненулевым импакт фактором.

**Внедрение результатов исследования:**

Разработанная инновационная технология проведения операции кесарева сечения внедрена в клиническую практику родильного дома Чуйской области и городского перинатального центра г. Бишкек.

Разработано рационализаторское предложение (Удостоверение на рационализаторское предложение № 919. Регистрационный №19 / 2017 от 28.12.17).

Результаты диссертационной работы используются в учебном процессе кафедры акушерства и гинекологии №1 кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева.

**Структура и объем диссертации**

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы материалов и методов исследования, результатов собственных исследований, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Текст диссертации изложен на 132 страницах машинописного текста, содержит 42 таблицы и 10 рисунков. Библиографический указатель содержит 141 источников, в том числе 21 русскоязычных, 120 иностранных авторов.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** диссертации представлена актуальность исследования и обоснование необходимости его проведения, цель, задачи, научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

**Глава 1. Обзор литературы.** Представлен аналитический обзор публикаций, в основном данные системных обзоров и обобщений доказательной медицины, отражающие современное представление об эпидемиологии, этиологии и факторах риска акушерских кровотечений. Современное состояние проблемы преждевременной отслойки плаценты приводится в подразделах 1.1. и 1.2.

В разделе 1.3. обсуждаются проблемы кровотечений и критических состояний при отслойке плаценты в Кыргызской Республике. Определена достаточно высокая частота отслойки плаценты в структуре материнской смертности; отражены проблемы диагностики и организации неотложной помощи, особенно на уровне регионарных учреждений. Остается окончательно не решенным вопрос о возможности органосохранения при проведении операции.

**Глава 2. Материалы и методы исследования.** В ней представлен анализ 140 случаев операций кесарева сечения у женщин с отслойкой плаценты на первичных и вторичных уровнях родовспомогательных учреждений Кыргызской Республики при оказании ургентной помощи за 2009 - 2014 гг.

*Объект исследования:* 140 случаев экстренных операций кесарева сечения при тяжелой отслойке плаценты за период 2009 - 2014 гг. на первичных и вторичных уровнях родовспомогательных учреждений Кыргызской Республики. Традиционная практика кесарева сечения, закончившаяся гистерэктомией, составила контрольную группу – 68 случаев. Основной группой явились 72 случая инновационной практики с проведением органосохраняющих операций.

*Предмет исследования:* анализ акушерских и перинатальных исходов у беременных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты II степени (средняя) и III (тяжелая) А, Б степени согласно клиническому протоколу.

Критерии отбора: беременные и роженицы репродуктивного возраста, не имеющие тяжелой соматической патологии (нарушений кровообращения, почечной и печеночной недостаточности и т.д.) и поступившие в родильный дом с отслойкой плаценты II степени (средняя) и III (тяжелая) А, Б степени согласно клиническому протоколу, принятому в Кыргызской Республике (2013).

В контрольную группу были включены 68 женщин, которые были оперированы по стандартной технологии (традиционная практика) и у которых операции завершились удалением матки. Основную группу составили 72 женщин, оперированных с применением алгоритма билатеральной перевязки маточных сосудов у которых операция кесарева сечения завершилась с сохранением матки.

При проведении операции кесарева сечения в основной группе использовали разработанные следующие алгоритмы:

а) при отслойке плаценты с антенатальной гибелью плода – перевязка маточных сосудов производится до гистеротомии (до разреза на нижнем маточном сегменте);

б) при отслойке плаценты и живом плоде – перевязка маточных сосудов производится сразу после извлечения плода до отделения плаценты и выделения последа.

На основе разработки получено рационализаторское предложение «Оптимизация алгоритма перевязки маточных сосудов в лечении коагулопатического кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты» (Удостоверение на рационализаторское предложение № 919. Регистрационный №19 / 2017 от 28.12.17) (глава 2.2).

Методы исследования. В комплекс обследования были включены традиционные клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования в рамках действующих клинических протоколов в акушерстве (глава 2.3). Полнота клинического обследования критических случаев у женщин с ПОНРП зависела от определенных обстоятельств, таких как место жительства и время поступления. По месту проживания - из общей выборки 43,6% составили жительницы из сельских регионов: в контрольной группе 51,5%, а в основной группе 36,1%. Почти в половине (48,6%) случаев беременные поступали в ночное время (ночь 17.<sup>00</sup> - 8.<sup>00</sup>), соответственно в контрольной группе - 47% и в основной группе - 50% случаев.

Сравниваемые группы пациенток по методам родоразрешения, акушерскому и соматическому анамнезу статистически не различались. Однако, следует отметить, что в сравниваемых группах были различия при ранжировании по возрасту, по количеству родов и наличия преэклампсии, т.е. в контрольной группе преобладала частота женщин старшего репродуктивного возраста - 38,2% против 20,8% в основной группе, многорожавшие (более 4-х родов) 61,8% в контроле против 40,3% в основной группы и по частоте преэклампсии 51,4% против 40,3%. Как известно, эти предикторы тоже могут являться вмешивающимися факторами на результат исследования. Для выяснения влияния старшего репродуктивного возраста, количества родов (многорожавшие) и преэклампсии на вероятность проведения гистерэктомии у женщин с преждевременной отслойкой плаценты проведен анализ бинарной логистической регрессии. Модель логистической регрессии была статистически значимой,  $\chi^2(3)=9,790$ ,  $p<0,02$ . Модель объяснила 9,0% (Nagelkerke R<sup>2</sup>) дисперсии вероятности проведения гистерэктомии у женщин с отслойкой плаценты и правильно классифицировала 60,0% случаев. Для женщин старшего репродуктивного возраста критерий Вальда=1,438,  $p=0,23$  ( $<0,05$ ), отношение шансов (ОШ) составило 1,654 (95% ДИ 0,72–3,76), для многорожавших критерий Вальда=3,552,  $p=0,06$  ( $<0,05$ ) ОШ 2,417 (95% ДИ 0,96–6,05) и для женщин с преэклампсией критерий Вальда=1,611,  $p=0,20$  ( $<0,05$ ) ОШ 1,58 (95% ДИ 0,78–3,20). Таким образом, старший репродуктивный возраст, количество родов (многорожавшие) и наличие преэклампсии не было связано с выбором проведения гистерэктомии у женщин с отслойкой плаценты.



Сходные детерминанты акушерских характеристик - дородовой уход, конечный способ транспортировки (по линии скорой помощи или самостоятельно), связанные с ними причины были аналогичны. Диагноз отслойки плаценты традиционно устанавливали на основании общепринятых критериев согласно протоколу, принятому в Кыргызской Республике. В клинической практике зарубежных стран отслойку плаценты оценивают по первичным симптомам следующих подгрупп пациентов (Y. Mei, Y. Lin, 2017): а) вагинальное кровотечение, б) боли в животе; C. Qiu, B. Gelaye, M. Denis и др. (2016) дополнительно оценивали в) нарушения состояния плода (дистресс), M. Ohhashi и соавт. (2017) - г) другие симптомы (тошнота, рвота, слабость, недомогание и т.п.). Нами оценены первичные симптомы в общей выборке (140 наблюдениях): чаще наблюдался симптом кровянистые выделения из половых путей (от минимального до массивных кровотечений) у 82 женщин (58,5%), реже - болевой синдром у 35 женщин (25%). Нарушения состояния плода - 10,7%; Другие симптомы (не патогномоничные для отслойки – как тошнота, рвота и/или «бессимптомные» формы как случайная находка при ультразвуковом сканировании) - 5,7%.

При поступлении у 91 женщин (65,0%) из общей выборки была обнаружена анемия, из них тяжелая анемия в 4 случаях. Распределение анемии легкой, умеренной и тяжелой степени в группах было почти пропорциональным. Частота анемии в исследуемых группах статистически не отличалась, в контрольной - 58,8% и в основной группе - 65,3% ( $p=0,480$ ).

**Статистическую обработку** анализируемых переменных проводили с использованием стандартного пакета программы «SPSS 16.0 (SPSS Inc., Chicago, IL)». Для проверки анализируемых переменных на подчинение закону нормального распределения использовали критерий Колмогорова - Смирнова отдельно для каждой выборки. Условия равенства дисперсий проверяли тестом Левина. Для сравнения средних величин количественных признаков в двух независимых группах применяли  $t$  - критерий Стьюдента, когда признак в каждой из групп подчинялся закону нормального распределения и дисперсии в обеих группах были равны. При необходимости проведения множественного сравнения использовался  $t$ - критерий Стьюдента с поправкой Бонферони. При отсутствии подчинения закону нормального распределения применяли непараметрический критерий Манна – Уитни. Для сравнения частот и доли использовали критерий хи-квадрат ( $\chi^2$ ). Так же мы оценили потенциальные факторы риска развития отслойки плаценты с использованием одномерного метода (Теста Хи-квадрат). Для изучения влияния независимых переменных (потенциальных причин) на другую зависимую переменную (результат) и так как зависимая переменная является дихотомической, мы применяли бинарную логистическую регрессию. При этом Критерий Вальда использовался для определения статистической значимости каждой из независимых переменных. Для каждого исследованного

параметра рассчитывали:  $M$  - выборочное среднее,  $s$  - стандартное отклонение, представленных в тексте в виде  $M \pm s$  (при подчинении закону нормального распределения переменных). Для признаков, распределение которых значительно отличается от нормального, в качестве меры центральной тенденции использовали медиану ( $Me$ ), а в качестве мер рассеяния - нижний ( $Q1$ ) и верхний ( $Q3$ ) квартили (25 и 75 процентиля), представленных в тексте в виде  $Me (Q1-Q3)$ . Во всех процедурах статистического анализа рассчитывался достигнутый уровень значимости ( $p$ ) равный 0,05.

### **Глава 3. Результаты собственных исследований и их обсуждение.**

**В главе 3.1.** представлены результаты анализа частоты, структуры и клиники ПОНРП. В наших исследованиях более половины из совокупности всех беременных и рожениц были женщины активного репродуктивного возраста: в контрольной группе - 61,8%, в основной - 79,2%. В исследовании тяжелая отслойка плаценты чаще встречалась при преждевременных родах (у 65,0% из общей группы): в контрольной группе преждевременные роды - 61,8% против 38,2% срочных родов и в основной группе 68,1% против 31,9% соответственно ( $OR=1,319$ , ДИ [0,657-2,646],  $p=0,435$ ). Оценка потенциального риска развития отслойки плаценты (с использованием одномерного метода т.е. критерия Хи-квадрат) показала, что частота отслойки плаценты у женщин до 35 лет была выше, чем у женщин старше 35 лет (в контрольной группе 61,8% против 38,2% и в основной группе 79,2% против 20,8% соответственно,  $OR=0,435$ , ДИ [0,201-0,900],  $p<0,024$ );

Несомненно, на качестве оказания ургентной акушерской помощи отражается своевременность поступления в стационар. В наших исследованиях основная масса беременных и рожениц поступали в родильный стационар (80% случаев) своим ходом, и почти в половине случаев в ночное время (48,6%). Имели место проблемы госпитализации, отказ и/или перевод в другие учреждения (9 случаев - 6,4%), ятрогенные причины (родостимуляция окситоцином в 7 случаях - 5,0%, амниотомия при неполном раскрытии маточного зева и при наличии симптомов начавшейся отслойки плаценты в 8 случаях - 5,7%, и/или «дородовое излитие вод» - 18 случаев - 12,8%).

**В главе 3.2** представлены результаты сравнительного анализа исходного состояния при поступлении исследуемых в родильный дом. Распределение тяжелой, умеренной и легкой анемии в группах было почти пропорциональным. Частота анемии в исследуемых группах статистически не отличалась, в контрольной - 58,8% и в основной группе - 65,3% ( $p=0,480$ ). Показатель среднего уровня исходного гемоглобина при поступлении в стационар значимых различий не выявил: в контрольной группе составил  $104,82 \pm 15,92$  г/л ДИ [100,97-108,68], в основной группе  $107,44 \pm 14,41$  г/л, ДИ [104,06-110,83].

При ранжированном анализе частоты учтенного объема кровопотери до операции в исследуемых группах, случаи с кровопотерей менее 500 мл до

оперативного вмешательства, а следовательно, поступившие в стабильном состоянии, наблюдались чаще в основной группе - 55,5%, чем в контрольной – 30,9%. Кровопотеря от 500 до 1000 мл наблюдалась почти с одинаковой частотой 30,5% и 32,3% соответственно. Поступления в крайне тяжелом критическом состоянии с кровопотерей более 1000 мл встречались в основной группе в 13,9% случаях, а в контрольной группе в 2 раза больше - 36,8% случаев ( $p=0,001$ ) и были связаны с проблемами транспортировки, а также urgentными ситуациями и др.

Соответственно, средний объем кровопотери до оперативного вмешательства был больше в контрольной группе 800,0 (400,0-1000,0) мл, чем в основной группе 400,0 (300,0-700,0) мл ( $p=0,001$ ) (рисунок 3.2).

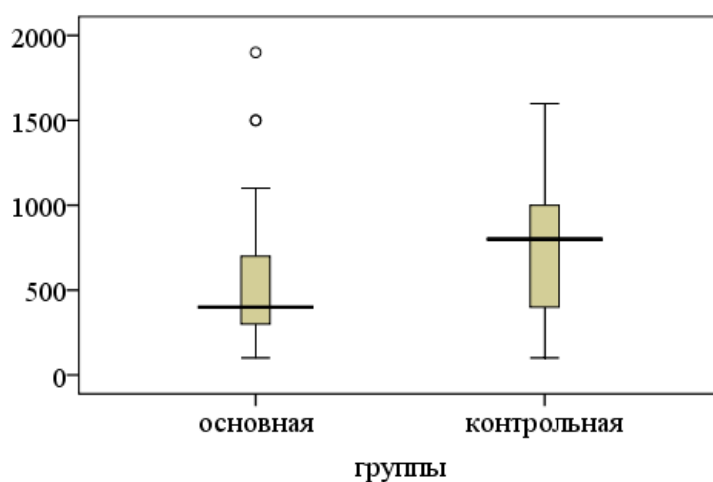


Рисунок 3.2 - Средний объем кровопотери (мл) до оперативного вмешательства у женщин.

Также проведен анализ ранжирования интервала времени от момента диагностики отслойки плаценты до операции. Из общей выборки исследуемых групп в 62,9% случаях (88 из 140 женщин) оказание оперативной помощи проводилось в интервале времени до 30 минут. У остальных беременных констатирована задержка оказания urgentной помощи по времени от 30 до 60 минут в 21,4% случаях (30 женщин) и запоздалая помощь, более 60 минут отмечена 15,7% случаях (22 женщин). В итоге в 37,1% случаях (у 52 из 140 женщин) или более 1/3 случаях имелись проблемы оказания экстренной помощи (проблемы транспортировки, диагностики и организации помощи и т.д.).

**В главе 3.3.** представлены результаты применения алгоритма билатеральной перевязки маточных сосудов при операции кесарева сечения у женщин с отслойкой плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением. По данным конфиденциального аудита случаев материнской смерти в Кыргызской Республике (2017) имеются медицинские проблемы, когда допускаются ятрогенные погрешности и традиционная практика проведения операции

кесарева сечения не всегда дает возможность остановить кровотечение. В нашем исследовании у 12 рожениц контрольной группы констатирован летальный исход.

Эффективность инновационной оперативной технологии, показана результатом ранжирования частоты интраоперационной кровопотери: минимальный объем (до 500 мл) чаще регистрирован в основной группе - 40,2%, чем в группе контроля 1,5% ( $p=0,001$ ). В большинстве случаев операция в основной группе была проведена со средней кровопотерей от 500 до 1000 мл - 56,9% против 22,0% контроля ( $p=0,001$ ). Тяжелая кровопотеря более 1000 мл наблюдалась чаще в контрольной группе – 76,5%, а в основной группе в 2 случаях – 2,8%. На основе анализа данных, представленных с помощью критерия Манна - Уитни, выявлено, что средний объем интраоперационной кровопотери в контрольной группе составил 1200,0 (1000,0-1500,0) мл, что в два раза превышает данный показатель основной группы - 500,0 (400,0-500,0) мл ( $p=0,001$ ). В итоге, средний объем общей (дородовой и интраоперационной) кровопотери в контроле составил 2000,0 (1500,0-2500,0) мл, а в основной группе 900,0 (800,0-1200,0) мл ( $p=0,001$ ).

Ранжирование частоты критического снижения уровня гемоглобина в основной группе показало более низкие частоты критического снижения уровня гемоглобина менее 70 г/л - 20,4%, против 76,5% при традиционной практике ( $p=0,001$ ); и напротив, успешный гемостаз с минимальным снижением гемоглобина наблюдался в 79,2% случаев против 23,5%. Следовательно, контроль интраоперационной кровопотери был успешным и частота крайне тяжелых кровопотерь (менее 50 г/л) была минимальной в основной группе – 1,4% против 26,5% при традиционной практике (табл. 3.18).

Таблица 3.18 - Уровень гемоглобина по степени тяжести, n (%)

Уровень гемоглобина	Контрольная группа	Основная группа	p*
Более 70 г/л	16 (23,5)	57 (79,2)	0,001
От 69 до 50 г/л	34 (50,0)	14 (19,4)	0,001
Менее 50 г/л	18 (26,5 )	1 (1,4)	0,001
Всего	68 (100,0)	72 (100,0)	

Примечание - \* значения критерия  $\chi^2$

Как известно в клинической практике особое значение придается ранней диагностике и времени от момента диагностики и до начала операции. В клинической практике принята рекомендация интервал времени оперативного вмешательства (decision to delivery interval - DDI) 30 минут, который включен в клинические руководства многих стран (ACOG, RCOG, ESA guidelines). Сравнительная оценка оказания ургентной помощи в течение 30 минут показала,

что в основной группе своевременная помощь была оказана в 1,4 раза больше, чем в контроле (73,6% случаев, против контроля - 51,5%). В промежутке времени 30 - 60 минут помощь оказана в 23,5% случаев в контрольной и в 19,4% случаев в основной группе. Запоздавшая помощь, более 60 минут, наблюдалась в 3,5 раза больше в контрольной группе, чем в основной (25,0% против 6,9% ).

При анализе ранжированных показателей уровня послеоперационного гемоглобина по степени тяжести, в зависимости от времени начала оперативного вмешательства мы получили следующие данные. Во временном интервале до 30 минут, случаи с уровнем гемоглобина до 70 г/л, встречались в основной группе в 58,3% случаях против 17,6% при традиционной практике. Случаи снижения уровня гемоглобина от 69 до 50 г/л соответственно 13,9% и 22,0% случаях, а критическое снижение гемоглобина ниже 49 г/л наблюдалось в основной группе лишь в 1,4 % (1 случай), против данных контрольной группы - 11,8% (8 случаев).

При оперативном вмешательстве в течение 30-60 минут, случаи с уровнем гемоглобина до 70 г/л наблюдались в 16,7% инновационной, против 4,4% традиционной практики. Случаи снижения гемоглобина от 69 до 50 г/л наблюдались в 2,8 % случаях основной, а в контрольной группе - 13,2% случаях. Критическое снижение гемоглобина (ниже 49 г/л), наблюдалось в контрольной группе в 5,9 % (4 случая), а в основной не наблюдалось.

В случаях, когда операция производилась со значительной задержкой, по истечении 60 минут, случаи с уровнем гемоглобина до 70 г/л наблюдались в основной группе в 4,2% случаях, против 1,5% контроля. Случаи снижения гемоглобина от 69 до 50 г/л наблюдались в основной - 2,8 % случаях, в контрольной группе в 14,7% случаях. Критическое снижение гемоглобина (ниже 49 г/л) наблюдалось только в контрольной группе - 8,8% случаях (табл. 3.19).

Таблица 3.19 – Уровень гемоглобина в зависимости от интервала времени от момента диагностики до оперативного вмешательства, n (%)

Время	Уровень гемоглобина	Контрольная группа	Основная группа	p*
До 30 минут	более 70 г/л	12 (17,6)	42 (58,3)	0,001
	от 69 до 50 г/л	15 (22,0)	10 (13,9)	
	менее 49 г/л	8 (11,8)	1 (1,4)	
От 30 до 60 минут	более 70 г/л	3 (4,4)	12 (16,7)	0,001
	от 69 до 50 г/л	9 (13,2)	2 (2,8)	
	менее 49 г/л	4 (5,9)	-	
Более 60 минут	более 70 г/л	1 (1,5)	3 (4,2)	0,016
	от 69 до 50 г/л	10 (14,7)	2 (2,8)	
	менее 49 г/л	6 (8,8)	-	
всего		68 (100)	72 (100)	

Примечание - \*значение критерия  $\chi^2$

Средний уровень минимального гемоглобина в послеоперационном периоде в контрольной группе в промежутке времени до 30 минут, был значительно высоким –  $61,3 \text{ г/л} \pm 20,4 \text{ г/л}$  с 95% ДИ [54,9-67,6] по сравнению другими временными интервалами, более 60 минут  $53,9 \text{ г/л} \pm 14,8 \text{ г/л}$  с 95% ДИ [44,1-62,2] со статистической значимостью  $p=0,002$  (с поправкой Бонферони), во временном интервале от 30-60 мин различий не было обнаружено. А в основной группе по среднему уровню гемоглобина в послеоперационном периоде во всех временных интервалах статистически значимых различий мы не обнаружили: до 30 минут  $82,7 \text{ г/л} \pm 20,2 \text{ г/л}$  с 95% ДИ [77,9–88,2], более 60 минут –  $76,8 \text{ г/л} \pm 8,64 \text{ г/л}$  с 95% ДИ [60,1–93,5] (рисунок 3.4).

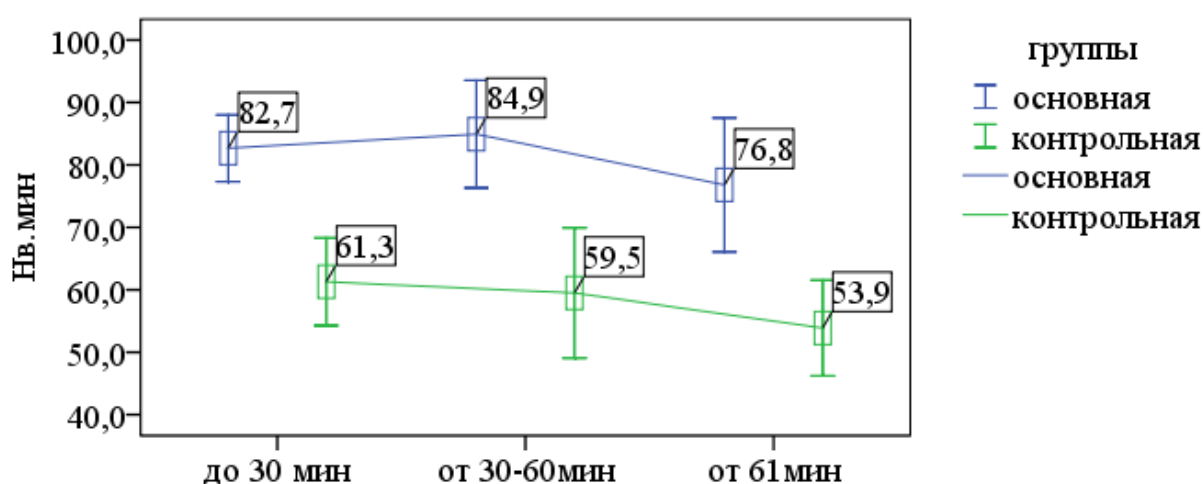


Рисунок 3.4 - Ранг времени до гемостаза и средний уровень минимального гемоглобина в послеоперационном периоде.

Качество неотложной акушерской помощи, несомненно, зависит от медико-социальных условий, ограниченности или наличия высокого уровня медицинского обеспечения. Так, в условиях ограниченных ресурсов, как показал анализ 352 случаев неотложного кесарева сечения проведенных в условиях территориального института О. Е. Chukwudi, С. А. Okonkwo, соблюдение рекомендуемого временного интервала до 30 минут, возможно только в 5,7% случаях при среднем интервале времени 79,5 минут. В случаях отслойки плаценты интервал времени равнялся 48,7 минут.

В нашем исследовании эффективная своевременная помощь в промежутке времени до 30 минут оказана в 62,9% (88 женщин из 140) случаях из общей выборки исследуемых или 73,6% (53 женщины) в основной группе и 51,5% (35 женщины) в контроле. Успешное применение инновационного подхода сопровождалось уменьшением числа рожениц с критическим интраоперационным снижением уровня гемоглобина, т.е. частоты снижения гемоглобина по

совокупности менее 70 г/л с течением времени (до 30 мин, 30 - 60 минут и более 60 минут) в основных исследованиях достоверно меньше ( $p=0,001$ ) соответственно 15,3%, 2,8% и 2,8% против данных контрольной группы 33,8%, 19,1% и 23,5%. В итоге применения алгоритма первоэтапной деваскуляризации матки в 72 случаях нам удалось остановить кровотечение и сохранить матку.

По гематологическим показателям в интраоперационном периоде, также были обнаружены статистически значимые различия. В контрольной группе минимальный уровень эритроцитов составил  $2,28 \times 10^{12}/л \pm 0,55$  ДИ 95% [2,14-2,42], в основной группе -  $2,98 \times 10^{12}/л \pm 0,51$  ДИ 95% [2,86-3,10],  $p=0,001$ . Аналогичные различия при проведении кесарева сечения по показателю минимального уровня тромбоцитов: в контрольной группе  $140,90 \times 10^9/л \pm 34,85$  ДИ 95% [130,30-151,50] и в основной группе исследования  $183,76 \times 10^9/л \pm 28,97$  ДИ 95% [175,69-191,83],  $p=0,001$ .

При анализе показателей свертывающей системы крови также выявлены значительные различия в исследуемых группах. Так по показателю среднего уровня минимального фибриногена в интраоперационном периоде в контрольной группе данный показатель составил Ме (Q1-Q3) 1,49 (1,10-1,55), в основной группе - Ме (Q1-Q3) 2,1 (1,77-2,44),  $p=0,001$ . И такие же изменения при анализе протромбинового индекса: в контрольной группе  $75,40 \pm 8,71\%$  ДИ 95% [72,41-78,39], в основной группе исследования  $82,86 \pm 5,67\%$  ДИ 95% [81,36-84,36],  $p=0,001$ .

Несомненно, что в данном исследовании в связи с кровотечениями проводили инфузионно - трансфузионную терапию, направленную на восстановление объема циркулирующей крови. По составу инфузионно - трансфузионные средства в контрольной и основной группах практически не отличались. Но средний объем использованных инфузионно-трансфузионных средств в основной группе составил 2000,00 (1495,00–3040,00) мл, что в два раза меньше чем в контроле - 4250,00 (2937,50-6267,50) мл, ( $p \leq 0,001$ ). Также, практически в два раза меньше была необходимость применения СЗП в основной группе - 38,9% случаях (от 210,0 до 1250,0 мл), против 83,8% случаев контроля (от 220,0 до 3470,0 мл). Эритроцитарную массу применяли в 5 раз меньше - 9,7% против 48,5% случаев контрольной группы.

**В главе 3.4.** проведен анализ акушерских и перинатальных исходов, экономическая эффективность применения инновационной технологии у женщин с ПОНРП. Оценка акушерских и перинатальных исходов для матери и плода проведена в зависимости от первичных клинических симптомов отслойки плаценты. Мы провели анализ уровня гемоглобина ниже 70 г/л в зависимости от первичных симптомов ПОНРП (кровянистые выделения из половых путей, боли в животе, нарушения состояния плода или дистресс плода и другие симптомы). В

традиционной практике (контрольная группа) снижение гемоглобина менее 70 г/л в подгруппе с кровотечением из 36 беременных наблюдалось у 29 (42,6%), в подгруппе с болевым синдромом - из 18 случаев у 13 женщин (19,1%), с дистресс синдромом плода - из 10 наблюдений в 6-ти случаях (8,8%) и в подгруппе другие симптомы - у всех 4 наблюдаемых (5,9%). В данной группе оперативное вмешательство, кроме прочих причин (организационные, медицинские проблемы и др.) не контролировало критическую ситуацию и для окончательного гемостаза была проведена гистерэктомия (которая не всегда была эффективной и привела к летальному исходу в 12 случаях).

В основной группе в 72 случаях отслойки плаценты, использование инновационного подхода кесарева сечения ограничило проявление коагулопатического кровотечения и привело к остановке кровотечения, и критическое снижение гемоглобина менее 70 г/л было определено только у 15 рожениц: в подгруппе с кровотечением из 46 женщин у 10 (13,9%), в подгруппе с болевым синдромом из 17 женщин у 5 (6,9%). В остальных подгруппах критического снижения гемоглобина не наблюдалось.

Применение инновационного подхода по сравнению с традиционной практикой операции кесарева сечения способствовало снижению числа женщин с критическим снижением гемоглобина в подгруппе кровотечений почти в 4 раза и в подгруппе с болевым синдромом в 2,4 раза, что свидетельствует о преимуществе и эффективности данного способа гемостаза (табл. 3.30).

Таблица 3.30 – Клиника преждевременной отслойки плаценты и уровень гемоглобина ниже 70 г/л, n (%)

Первичные симптомы отслойки плаценты	Контрольная группа		Основная группа		Итого	
	Всего	Hb<70г/л	Всего	Hb<70г/л	n	%
Кровянистые выделения	36 (52,9)	29 (42,6)	46 (63,9)	10 (13,9)	82	58,5
Боли в животе	18 (26,5)	13 (19,1)	17 (23,6)	5 (6,9)	35	25
Дистресс плода	10 (14,7)	6 (8,8)	5 (6,9)	-	15	10,7
Другие	4 (5,9)	4 (5,9)	4 (5,5)	-	8	5,7
Всего	68 (100)	52 (76,5)	72 (100)	15 (20,8)	140	100

Об эффективности инновационной оперативной технологии перед традиционной практикой свидетельствуют акушерские и перинатальные исходы (частота «выживших» и умерших новорожденных):



- частота прогрессирующего ДВС синдрома в основной группе - 30,5% против 72,0% контрольной группы, геморрагический шок - 5,5% против 70,6%, тотальная маточно-плацентарная апоплексия - 5,5% против 76,5% соответственно;

- частота материнской смертности – в основной группе случаев материнской смертности не наблюдалось, в контрольной группе - 17,6% (12 случаев);

- частота «выживших» – живых новорожденных в основных исследованиях 32 случая (44,4%), против 8 случаев (11,8 %) контрольной группы. Из них по весовой категории:

- живорождения более 2500 грамм при срочных родах в три раза чаще наблюдались в основной группе – 15 (20,8%) против 5 случаев (7,3%) контрольной группы;

- в весовой категории менее 2500 грамм количество живых новорожденных составило 17 новорожденных (8,3%) в основной группе, против 3 случаев (2,9%) контроля;

- сравнительная оценка частоты «умерших» новорожденных (антенатальная и ранняя неонатальная смертность): количество умерших новорожденных было в 1,5 раза меньше в основной группе – 40 случаев (55,6 %), против 60 случаев (88,2 %) контроля; при срочных родах (с массой более 2500 гр) - 11 (15,3%) случаев в основной группе против 20 (29,4%) в контрольной, при преждевременных родах (1000–2000 гр) - 10 (13,8%) против 17 (25,0%).

Экономические затраты на препараты крови использованные в контрольной группе, в перерасчете на один случай в денежном эквиваленте в составил среднем для СЗП -  $6255,3 \pm 374,3$  сом, а в основной группе  $4171,3 \pm 245,0$  сома ( $p \leq 0,01$ ); для эритроцитарной массы - в контрольной группе  $3582,4 \pm 310,7$  и в основной группе  $1906,1 \pm 150,1$  сом ( $p \leq 0,01$ ).

Таким образом, применение инновационной технологии кесарева сечения (первоэтапная билатеральная перевязка маточных сосудов) при отслойке плаценты может быть достаточным средством для остановки кровотечения, и не требует расширения объема вмешательства (гистерэктомия), что доступно в условиях регионарных учреждений.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

1. Тяжелая отслойка плаценты при традиционной клинической практике сопровождалась высокой частотой акушерских осложнений: ДВС синдромом (72,0%), геморрагическим шоком (70,6%), маточно-плацентарной апоплексией (76,5%), материнской смертностью (17,6%).

**2.** Инновационная технология операции кесарева сечения при тяжелой отслойке плаценты снижает частоту акушерских осложнений: ДВС синдрома (30,5%), геморрагического шока (5,5%) и маточно-плацентарной апоплексии (5,5%).

Первичными симптомами клиники преждевременной отслойки плаценты чаще являлись кровянистые выделения из половых путей (от минимального до массивных кровотечений) у 82 - 58,5%, реже болевой синдром у 35 - 25%;

нарушения состояния плода у 15 - 10,7% и другие симптомы (не характерные для отслойки плаценты – как тошнота, рвота и/или «бессимптомные» формы как случайная находка при ультразвуковом сканировании) у 8 беременных - 5,7%.

**3.** Эффективность инновационного способа гемостаза при тяжелой отслойке плаценты определяется:

- частотой объема интраоперационной кровопотери: минимальная кровопотеря зарегистрирована в 40,2% случаев против 1,5%, умеренный объем кровопотери - 56,9% против 22,0% традиционной практики; и тяжелая кровопотеря зарегистрирована в большинстве случаев традиционной практики (76,5%), а при инновационной практике всего 2 случая (2,8%);

- уменьшением среднего объема общей (дородовой и интраоперационной) кровопотери, в основной группе - 900,0 (800,0-1200,0) мл против 2000,0 (1500,0-2500,0) мл в контрольной группе ( $p=0,001$ );

- уменьшением частоты критического снижения гемоглобина в основной группе (20,8% против 76,5% контроля); причем, в подгруппе с кровотечением более чем в 3 раза (13,9% против 42,6%); и в подгруппе с болевым синдромом в 2,4 раза (6,9 % против 19,1%).

Инновационная практика сопровождалась уменьшением числа родильниц требующих компонентную терапию (38,9%, против 83,8% контроля). Средний объем инфузии в основной группе составил 2000,00 (1495,00–3040,00) мл, против 4250,00 (2937,50–6267,50) мл в группе контроля ( $p\leq 0,001$ ), что непосредственно влияло на экономические затраты на один случай: в основной группе для свежезамороженной плазмы -  $4171,3\pm 245,0$  сом, против  $6255,3\pm 374,3$  сом ( $p\leq 0,01$ ) в группе контроля; для эритроцитарной массы -  $1906,1\pm 150,1$  сом, против  $3582,4\pm 310,7$  ( $p\leq 0,01$ ).

В основной группе исследования своевременная диагностика и оказание ургентной помощи в течение 30 минут наблюдалась в 1,4 раза больше, чем в контрольной (73,6%, против 51,5%). В промежутке времени от 30 до 60 минут в 1,2 раза больше соответственно (19,4% против 23,5%). Запоздалая помощь, более 60 минут, наблюдалась в 3,5 раза меньше (6,9% против 25,0%).

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:**

### **На уровне вторичного и третичного уровня:**

- У беременных с антенатальной гибелью плода, тяжелой преэклампсией исключить отслойку плаценты с обязательным проведением УЗИ с учетом проявления клинических симптомов отслойки плаценты (кровотечение, боли в животе, нарушение состояния плода и другие симптомы);

- Проведение операции кесарева сечения с применением первоэтапной деваскуляризации маточных сосудов является безопасным и эффективным инновационным способом гемостаза при тяжелой отслойке плаценты, с коагулопатическим кровотечением с целью снижения «маточной аутотрансфузии» для предупреждения развития острого ДВС синдрома.

Рекомендуется использование следующего алгоритма:

а) при отслойке плаценты с антенатальной гибелью плода – перевязка маточных сосудов до гистеротомии (до разреза на нижнем маточном сегменте);

б) при отслойке плаценты и живом плоде – перевязка маточных сосудов сразу после извлечения плода до отделения плаценты и выделения последа из полости матки.

- Тщательный мониторинг состояния пациентки; оказание неотложной помощи по остановке кровотечения с проведением своевременной билатеральной первоэтапной деваскуляризации маточных сосудов (в течение 30 и/или 60 минут) от момента диагностики увеличивает шансы проведения органосохраняющих операций.

- В условиях регионарных учреждений первичного и вторичного уровня (ТБ, городские и областные родовспомогательные учреждения) в целях улучшения качества оказания квалифицированной медицинской помощи, рекомендуется проведение обучающих программ для врачей - курсы повышения квалификации «Оказание помощи при неотложных акушерских состояниях», с включением темы «Отслойка плаценты: способ билатеральной первоэтапной деваскуляризации маточных сосудов».

## **СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:**

**1. Омурбекова, М. М.** Проблемы улучшения качества жизни у беременных с преждевременной отслойкой плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением [Текст] / М. М. Омурбекова // Вестник КГМА. – 2012. – №1. – С. 123-127. Режим доступа <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2012/vestnik-1-2012.pdf>

**2. Омурбекова, М. М.** Роль коагулопатии в массивных акушерских кровотечениях и антифибринолитическая терапия [Текст] / М. С. Мусуралиев, А.

Макенжан уулу, М. М. Омурбекова // Вестник КГМА. – 2013. – №2. – С. 72-79.  
Режим доступа <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2013/vestnik-2-2013.pdf>

**3. Омурбекова, М. М.** Акушерские исходы у женщин с преждевременной отслойкой плаценты [Текст] / М. М. Омурбекова // Вестник КГМА. – 2013.– №2. – С. 80-83. Режим доступа <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2013/vestnik-2-2013.pdf>

**4. Омурбекова, М. М.** Инновационные подходы к оказанию неотложной помощи при критических случаях с тяжелыми акушерскими кровотечениями [Текст] / А. Макенжан уулу, М. М. Омурбекова, М. С. Мусуралиев // Вестник КГМА. – 2014. – №1. – С. 15-21. Режим доступа <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2014/vestnik-1-2014.pdf>

**5. Омурбекова, М. М.** Акушерские кровотечения и органосберегающие операции [Текст] / Г. Т. Батырбекова, А. Макенжан уулу, М. М. Омурбекова // Вестник КГМА. – 2014. – №1. – С. 50-53. Режим доступа <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2014/vestnik-1-2014.pdf>

**6. Омурбекова, М. М.** Органосохраняющая операция при маточно-плацентарной апоплексии [Текст] / М. М. Омурбекова // Клиническая медицина Казахстана. – г. Астана. – 2018. – №2(48). – С. 56-58. Режим доступа <https://www.clinmedkaz.org/download/organ-saving-operation-in-utero-placental-apoplexy-8969.pdf>

**7. Омурбекова, М. М.** Возможности органосохранения при тяжелой отслойке плаценты с коагулопатическим кровотечением [Текст] / М. М. Омурбекова, А. А. Кангельдиева, М. С. Мусуралиев // Медицина. – РФ. – 2018. – №4. – С. 39-47. Режим доступа <https://www.fsmj.ru/015352.html>

**8. Макенжанова, М. М.** Опыт проведения органосохраняющих операций при оказании ургентной помощи беременным с тяжелой отслойкой плаценты в Кыргызской Республике [Текст] / М. М. Макенжанова, М. С. Мусуралиев, А. А. Кангельдиева, А. Макенжан уулу // Журнал клинической и экспериментальной медицины. – РФ. – 2020. – №2(97). – С. 4-9. Режим доступа <https://vrach-aspirant.ru/articles/obstetrics/20012/>

**9. Макенжанова, М. М.** Акушерские и перинатальные исходы у беременных с тяжелой отслойкой плаценты [Текст] / М. М. Макенжанова, А. Макенжан уулу, А. А. Кангельдиева, М. С. Мусуралиев // Научные исследования в Кыргызской Республике. – 2020. – №4(часть II). – С. 104-111. Режим доступа [http://journal.vak.kg/themencode-pdf-viewer-sc/?tnc\\_pvwf=ZmlsZTl0dHRwOi8vam91cm5hbC52YWsu2cvd3AtY29udGVudC9lcGxvYWRzLzlwMjEvMDQvU29kZXJ6aGFuaWUtemhlcm5hbGEtTjQtMi1jaGFzdC0yMDIwLWtvbnZlcnRpcm92YW4ucGRmJnNldHRpbmdzPTAwMDEwMDAwMDEwMDAwMDEwMDAmbGFuZz1ydQ](http://journal.vak.kg/themencode-pdf-viewer-sc/?tnc_pvwf=ZmlsZTl0dHRwOi8vam91cm5hbC52YWsu2cvd3AtY29udGVudC9lcGxvYWRzLzlwMjEvMDQvU29kZXJ6aGFuaWUtemhlcm5hbGEtTjQtMi1jaGFzdC0yMDIwLWtvbnZlcnRpcm92YW4ucGRmJnNldHRpbmdzPTAwMDEwMDAwMDEwMDAwMDEwMDAmbGFuZz1ydQ)

**Макенжанова Мээрим Макенжанованын «Коагулопатиялык кан кетүү менен татаалданган, тондун эрте ажырашында төрөт тактикасын ыңгайлаштыруу» темадагы 14.01.01 – акушерлик жана гинекология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын**  
**РЕЗЮМЕСИ**

**Негизги сөздөр:** тондун эрте ажырашы, коагулопатиялык кан кетүү, эки тараптуу жатын кан тамырларын байлоо, жатынды сактоо операциялары.

**Изилдөөнүн максаты:** тондун эрте ажырашындагы коагулопатиялык кан кетүүнү хирургиялык токтотуу ыкмаларын жакшыртуу аркылуу жатынды сактоо мүмкүнчүлүгү.

**Изилдөө объектиси:** Кыргыз Республикасынын биринчи жана экинчи деңгээлдеги төрөт мекемелериндеги 2009 - 2014 жылдарындатондун эрте ажырашында шашылыш түрүндө жүргүзүлгөн 140 кесар кесүү операциялары. Салттуу практика менен жүргүзүлгөн жана жатынды алып салуу менен бүткөн 68 кесар кесүү операциялары контролдук топту түздү. Ал эми негизги топту инновациялык жол менен жасалган жана жатынды сактоо менен аяктаган 72 кесар кесүү операциялары түздү.

**Изилдөөнүн ыкмалары:** клиникалык-анамнестик, жалпы лаборатордук, инструменталдык, статистикалык анализ.

**Аныкталган натыйжалар жана алардын илимий жаңылыгы.** Тондун эрте ажырашын өз убагында аныктоо жана жатын кан тамырларын байлоо алгоритмин сактоо операция маалындагы кан жоготуунун ( $p=0,001$ ) жана жалпы кан жоготуунун көлөмүн ( $p=0,001$ ) төмөндөтөт, ошондой эле гемоглобиндин 70 г/л ылдый кескин төмөндөп кеткен аялдардын санын азайтат. Бул компоненттик терапияны (эритроцит – кан куюну, жаңыдан тоңдурулган плазма ж.б.) колдонуу зарылдыгын төмөндөтөт жана акушердик, перинатальдык натыйжаларын жакшыртат.

Кыргыз Республикасында биринчи жолу тондун эрте ажырашындагы биринчи белгилери боюнча клиникалык варианттар аныкталган: а) жыныс жолдорунан кан кетүү, б) ичтин оорусу, в) күмөндүн абалынын начарлоосу жана г) тондун ажырашына мүнөздүү эмес бөтөн белгилер.

Тондун эрте ажырашында кесар кесүү операциясын инновациялык жолу менен жүргүзүү (эки тараптуу жатын кан тамырларын байлоо) жергиликтүү мекемелеринин шарттарында кан кетүүнү токтотууга жөнөкөй жана оңой каражат болуп эсептелинет.

**Колдонуу боюнча сунуштар:** биринчи жана экинчи деңгээлдеги төрөт үйлөрүнүн ишине, ошондой эле жогорку окуу жайларынын окутуу программаларына киргизүү керек.

**Колдонуу тармагы:** биринчи жана экинчи деңгээлдеги төрөт үйлөрү.

## РЕЗЮМЕ

**диссертации Макенжановой Мээрим Макенжановны на тему «Оптимизация тактики ведения родов при преждевременной отслойке плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология**

**Ключевые слова:** преждевременная отслойка плаценты, коагулопатические кровотечения, билатеральная перевязка маточных сосудов, органосохраняющие операции.

**Цель исследования:** Совершенствование алгоритма хирургического гемостаза при проведении органосберегающей операции у женщин с преждевременной отслойкой плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением.

**Объект исследования:** 140 случаев экстренных операций кесарева сечения при тяжелой отслойке плаценты за период 2009 - 2014 гг. на первичных и вторичных уровнях родовспомогательных учреждений Кыргызской Республики. Традиционная практика кесарева сечения, закончившаяся гистерэктомией, составила контрольную группу – 68 случаев. Основной группой явились 72 случая инновационной практики с проведением органосохраняющих операций.

**Методы исследования:** клинико-анамнестические, общелабораторные, инструментальные, статистический анализ.

**Полученные результаты и их научная новизна.** Своевременная диагностика преждевременной отслойки плаценты и соблюдение алгоритма билатеральной перевязки маточных сосудов снижает объем интраоперационной кровопотери ( $p=0,001$ ) и объем общей кровопотери ( $p=0,001$ ), а также уменьшает количество родильниц с критическим снижением уровня гемоглобина ниже 70 г/л. Соответственно снижает необходимость применения компонентной терапии (эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы и др.) и улучшает акушерские и перинатальные исходы.

Впервые в Кыргызской Республике, определены клинические варианты проявления отслойки плаценты по первоначальным симптомам: а) кровянистые выделения из половых путей, б) боли в животе, в) нарушение состояния плода и г) другие симптомы, не характерные для отслойки плаценты.

Применение инновационной технологии кесарева сечения (билатеральная перевязка маточных сосудов) при преждевременной отслойке плаценты является простым и доступным средством для остановки кровотечения в условиях регионарных учреждений и увеличивает возможность проведения органосохраняющих операций.

**Рекомендации по использованию:** следует внедрять в практику родовспомогательных учреждений первичного и вторичного уровня, а также в учебные программы высших учебных заведений.

**Область применения:** родовспомогательные учреждения первичного и вторичного уровня.

## RESUME

**dissertation of Makenzhanova Meerim Makenzhanovna on the topic «Optimization of management of labor during premature placental abruption complicated by coagulopathic bleeding» for the degree of Candidate of Medical Sciences in specialty 14.01.01 - obstetrics and gynecology**

**Key words:** premature placental abruption, coagulopathic bleeding, bilateral ligation of the uterine vessels, organ-preserving operations.

**Purpose of the research:** Improving the algorithm of surgical hemostasis during organ-saving surgery in women with placental abruption and coagulopathic bleeding.

**Research object:** 140 cases of emergency operations of cesarean section with severe placental abruption for the period 2009 - 2014 at the primary and secondary levels of obstetric institutions of the Kyrgyz Republic. The traditional caesarean section, ending with a hysterectomy, made up the control group - 68 cases. The main group consisted of 72 cases of innovative practice with organ- saving operations.

**Research methods:** clinical and medical history, general laboratory, instrumental, statistical analysis.

**Results of the study:** Timely diagnosis of placental abruption and compliance with the bilateral uterine vessel ligation algorithm reduces the amount of intraoperative blood loss ( $p=0,001$ ) and the total blood loss ( $p=0,001$ ), as well as reduces the number of women in labor with a critical decrease in hemoglobin level below 70 g/l. Accordingly, it reduces the need for component therapy (erythrocyte mass, fresh frozen plasma etc.) and improves obstetric, perinatal outcomes.

For the first time in the Kyrgyz Republic, clinical options for the manifestation of placental abruption according to the initial symptoms were identified: a) vaginal bleeding, b) abdominal pain, c) impaired fetal condition, and d) other symptoms not characteristic of placental abruption.

The use of innovative technology of cesarean section (bilateral ligation of the uterine vessels) for placental abruption is a simple and affordable way to stop bleeding in regional institutions and increases the possibility of organ-preserving operations.

**Recommendations for use:** it should be introduced into the practice of the obstetric hospitals, as well as into the curricula of universities.

**Area of application:** obstetric hospitals of the primary and secondary levelin.

Подписано к печати 25.01.2022 г.  
Заказ № 5. Тираж 100 экз. Бумага офсетная.  
Формат бумаги 60 х 90/16. Объем 1,5 п. л.  
Отпечатано в ОсОО «Соф Басмасы»  
720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92.