

5. MR Imaging of Fetuses to Evaluate Placental Insufficiency. Magnetic Resonance in Medical Sciences / Ohgiya Y, Nobusawa H, Seino N, Miyagami O, Yagi N, Hiroto S, Munechika J, Hirose M, Takeyama N, Ohike N, Matsuoka R, Sekizawa A, Gokan T. // Magn Reson Med Sci. – 2016. – Vol.15. – №2. – P. 212-219.

УДК 618.5:618.36

**Багиянц В.А., Миляева Н.М., Ковалев В.В., Куликов А.В.
ХАРАКТЕРИСТИКА ФОНА СОМАТИЧЕСКИХ И АКУШЕРСКИХ
НОЗОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОК С УСЛОВНО ДОПУСТИМОЙ
КРОВОПОТЕРЕЙ ПО СРАВНЕНИЮ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ И
МАССИВНОЙ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО
РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ**

Кафедра акушерства и гинекологии, трансфузиологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Bagiyants V.A., Milyaeva N.M., Kovalev V.V., Kulikov A.V.
CHARACTERIZATION SOMATIC AND OBSTETRIC
BACKGROUND DISEASES IN PATIENTS WITH PERMISSIBLE
HEMORRHAGE COMPARE TO PATHOLOGICAL AND MASSIVE
HEMORRHAGE IN PREMATURE DETACHMENT OF THE NORMALLY
LOCATED PLACENTA**

Department of Obstetrics and Gynecology, Transfusiology
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation
E-mail: aloae996@yandex.ru

Аннотация. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) продолжает занимать одну из лидирующих позиций в структуре акушерских кровотечений с патологической и массивной кровопотерей, на объем которой могут оказывать влияние прочие сопутствующие состояния пациентки. В данной статье проведен анализ анамнестических данных пациенток, течение беременности и родов которых осложнилось преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Нами была рассмотрена частота распространения конкретных нозологических единиц у пациенток с ПОНРП, выявлены сопровождающие акушерские нозологии достоверно характерные отдельно как для ПОНРП с условно допустимой кровопотерей, так и для ПОНРП с патологической и массивной кровопотерей.

Annotation. Premature detachment of the normally located placenta (PDNSP) has been taking one of a leading position in obstetric hemorrhage structure with pathological and massive hemorrhage. Many concomitant conditions may influence on hemorrhage volume. In this article analysis included patient, those pregnancy and

delivery were complicated with premature detachment of the normally located placenta. We considered frequency accompanying diseases in patient with PDNSP, identify this accompanying obstetric disease characteristic of placental abruption normally implanted placenta with permissive hemorrhage and of PDNSP with pathological and massive hemorrhage.

Ключевые слова: ПОНРП, патологическая кровопотеря, массивная кровопотеря.

Key words: PDNSP, pathological hemorrhage, massive hemorrhage.

Введение

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты является одной из причин массивной кровопотери в акушерстве, которая вносит весомый вклад в структуру материнской заболеваемости и смертности [1,5], при этом, в последние годы отмечена тенденция к увеличению частоты массивной кровопотери в результате ПОНРП, ее предлежанием и вращением [3]. Кроме этого, как кровотечение в результате ПОНРП, так и сама по себе ПОНРП с формированием матки Кювелера выступает главной причиной случаев гистерэктомии во время операции кесарева сечения [4]. Несмотря на это, в настоящее время не существует повсеместно используемых и доказавших свою эффективность шкал расчета рисков с целью прогнозирования и профилактики как ПОНРП, так и массивного кровотечения при ней [2]. Отсутствие алгоритмов прогнозирования объема кровопотери требует научного поиска, основанного на анализе всех факторов и их сочетаний, для создания оптимальной и общедоступной методики предсказания и, исходя из этого, профилактики кровопотери, превышающей допустимую.

Цель исследования – составить характеристику сопутствующей и фоновой соматической и акушерской патологии у пациенток с ПОНРП, сопровождающейся патологической или массивной кровопотерей по сравнению с условно допустимой.

Материал и методы исследования

Проспективное исследование выполнено в период 2020-2021 гг. в Государственном образовательном учреждении высшего образования Уральский государственный медицинский университет на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии, трансфузиологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки ГАУЗ СО «ОДКБ «ОПЦ» г. Екатеринбург. Проведен анализ анамнестических данных 40 пациенток, течение беременности и родов которых осложнилось преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Основную группу составили родильницы, у которых при ПОНРП имела место патологическая или массивная кровопотеря, n=20; группу сравнения составили родильницы с ПОНРП с условно допустимой кровопотерей, n=20. Критерии включения: осложненное течение беременности

и родов ПОНРП, одноплодная беременность. Критерии исключения: соматическая патология в стадии декомпенсации, аномалии расположения плаценты (низкое, неполное, полное предлежание плаценты), наличие подтвержденной генетической патологии системы гемостаза, острый инфекционный процесс, многоплодная беременность. Для оценки наличия или отсутствия взаимосвязи основной рассматриваемой нозологии в виде ПОНРП с сопутствующими и фоновыми состояниями были использованы параметрические и непараметрические методы статистического анализа с использованием «Microsoft Excel» (2013). Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Шапиро-Уилка. Количественные показатели, имеющие нормальное распределение, описывались с помощью средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD), границ 95% доверительного интервала (95% ДИ). Сравнение двух групп по количественному показателю, имеющему нормальное распределение при неравных дисперсиях выполнялось с помощью t-критерия Стьюдента в модификации Уэлча. Сравнение процентных долей при анализе четырехпольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона (при значениях ожидаемого явления более 10), точного критерия Фишера (при значениях ожидаемого явления менее 10). В качестве количественной меры эффекта при сравнении относительных показателей нами использовался показатель отношения шансов с 95% доверительным интервалом (ОШ; 95% ДИ).

Результаты исследования и их обсуждение

Достоверных различий по возрасту, сроку беременности на момент родоразрешения, соматической сопутствующей патологии в основной и группе сравнения выявлено не было, $p > 0,05$. При сопоставлении возраста в зависимости от объема кровопотери (таблица 1), не удалось установить статистически значимых различий ($p = 0,417$), как и при анализе срока беременности ($p = 0,153$).

Таблица 1

Зависимость возраста и срока беременности от величины кровопотери

Показатель	Единицы измерения	Объем кровопотери		p
		Условно допустимая	Патологическая и массивная	
Возраст, M ± SD (95% ДИ)	Полных лет	30,6 ± 5,1 (28,2 – 33)	32 ± 5,3 (29,4 – 34,5)	0,4 17
Срок беременности, M ± SD (95% ДИ)	Недели	33 ± 4,8 (30,7 – 35,2)	35 ± 4,3 (33 – 37,1)	0,1 53

При оценке объема кровопотери в зависимости от наличия тяжелой преэклампсии, также не удалось установить статистически значимых различий ($p = 0,206$) (используемые методы: Критерий Хи-квадрат Пирсона). Шансы патологической и массивной кровопотери в группе тяжелой преэклампсии были ниже в 2,25 раза по сравнению с группой без тяжелой преэклампсии, различия шансов не были статистически значимыми (ОШ = 0,44; 95% ДИ: 0,13 – 1,57).

Однако, при рассмотрении распространенности прочих акушерских патологий (таблица 2) выявлены сопровождающие нозологии, достоверно характерные отдельно как для ПОНРП с условно допустимой кровопотерей (хроническая фетоплацентарная недостаточность с синдромом задержки роста плода, маловодие), так и для ПОНРП с патологической и массивной кровопотерей (паритет родов 3 и более).

Таблица 2

Зависимость возраста и срока беременности от величины кровопотери

Показатель	Категория	Объем кровопотери		p
		Условно допустимая	Патологическая и массивная	
Тяжелая преэклампсия, абс. (%)	Нет	8 (40)	12 (60)	0,206
	Есть	12 (60)	8 (40)	
Паритет родов, абс. (%)	Менее 3	17 (62,96)	10 (37,04)	0,041
	3 и более	3 (23,08)	10 (76,92)	
СЗРП, абс. (%)	Нет	9 (32,14)	19 (67,86)	0,001
	Есть	11 (91,67)	1 (8,33)	
Маловодие, абс. (%)	Нет	11 (37,93)	18 (62,07)	0,031
	Есть	9 (81,82)	2 (18,18)	

Согласно полученным данным при сравнении объема кровопотери в зависимости от паритета родов, были установлены статистически значимые различия ($p = 0,041$) (используемый метод: Точный критерий Фишера). Шансы патологической и массивной кровопотери в группе женщин с 3 и более родами были выше в 5,67 раза, по сравнению с группой менее 3 родов, различия шансов были статистически значимыми (95% ДИ: 1,25 – 25,61). В результате оценки объема кровопотери в зависимости от СЗРП, были установлены существенные

различия ($p = 0,001$) (используемый метод: Точный критерий Фишера). Шансы патологической и массивной кровопотери в группе СЗРП были ниже в 23,22 раза, по сравнению с группой без СЗРП, различия шансов были статистически значимыми (ОШ = 0,04; 95% ДИ: 0 – 0,39). При сопоставлении объема кровопотери в зависимости от маловодия, были выявлены значимые различия ($p = 0,031$) (используемый метод: Точный критерий Фишера). Шансы патологической и массивной кровопотери в группе пациенток с маловодием были ниже в 7,36 раза, по сравнению с группой без маловодия, различия шансов были статистически значимыми (ОШ = 0,14; 95% ДИ: 0,02 – 0,75). При этом, при оценке взаимосвязи между СЗРП и маловодием не удалось установить статистически значимых различий ($p = 0,254$) (используемый метод: Точный критерий Фишера).

Выводы:

В результате исследования выявлены акушерские патологии, имеющие место при ПОНРП, сопровождающейся условно допустимой кровопотерей, в виде маловодия, СЗРП. Также, характерным для ПОНРП с патологической или массивной кровопотерей стал паритет родов 3 и более. Полученные результаты могут быть использованы в построении системы прогнозирования объема кровопотери при ПОНРП, что позволит проводить соответствующие профилактические мероприятия по борьбе с кровотечениями.

Список литературы:

1. Зайнулина М.С. Материнская смертность и «near miss»: работают ли алгоритмы профилактики кровотечений? / Еремеева Д.Р., Зайнулина М.С., Кривонос М.И. // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2018. – Т.12. – №1 – С. 62-72.
2. Каменских Г.В. Современные тенденции профилактики акушерских кровотечений / Каменских Г.В., Новикова В.А., Оленев А.С. // Практическая медицина. – 2018. – Т.16. – №5. – С. 26-33.
3. Крот И.Ф. Современные подходы к профилактике и лечению акушерских кровотечений / Крот И.Ф., Захаренкова Т.Н., Эйныш Е.А. // Проблемы здоровья и экологии. – 2013. - №2 – С. 34-39.
4. Guasch E. Massive obstetric hemorrhage: Current approach to management / Gilsanz F., Guasch E. // Med Intensiva. – 2016. – №40(5). – P. 298-310.
5. Say L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis / Chou D., Gemmill A., Say L., et al. // Lancet Glob Health. – 2014. – №2(6). — P. 323-333.

УДК 618.1

Бойко В.С., Кошелева А.В.
ПОДХОД СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К
РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ
Кафедра акушерства и гинекологии
Тюменский государственный медицинский университет