

Список використаних джерел:

1. Никула Т.Д. Хронічна ниркова недостатність / Т.Д. Никула. – К.:Задруга, 2001. – 516 с.
2. Rania N. Chronic kidney disease: targeting prostaglandin E₂ receptors / N. Rania, H. Ramzi, R. L. Hébert // American Journal of Physiology – Renal Physiology. – 2014. – Vol. 307. – P. 243-250.
3. Regner K.R. Dual Role of Microsomal Prostaglandin E Synthase 1 in Chronic Kidney Disease / K.R. Regner // Hypertension. – 2012. – Vol. 14. – P. 12-14.
4. Yakovenko E. The state of gastro-esophageal mucosa and Helicobacter pylori infection in chronic renal insufficiency patients after kidney transplantation / E. Yakovenko, V. Anashkin, A. Ivanov et al. // Helicobacter. – 2005. – Vol. 10. – P. 515.
5. Ruggenti P. Progression, remission, regression of chronic renal diseases / P. Ruggenti, A. Schieppati, G. Remuzzi // Lancet. – 2001. – № 357 (9268). – P. 1601-1608.

Гасанова С.С.

старший лаборант;

Алиева Э.М.

профессор,

заведующий кафедры;

Аббасова Ф.Ю.

доцент;

Везирова Р.Ш.

ассистент;

Алиева Н.Ш.

старший лаборант,

кафедра акушерства и гинекологии

1 Азербайджанского медицинского университета

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ В ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА

Гипотонические кровотечения в раннем послеродовом периоде являются одним из грозных осложнений акушерства.

Факторами риска гипотонических кровотечений являются гипертензивные нарушения беременности, многоплодная беременность, затяжные роды (2, 4).

По данным различных авторов, вероятность наступления кровотечения в послеродовом периоде очень высока, что требует

проведения профилактических мероприятий. Одним из методов профилактики гипотонических кровотечений является активное ведение III периода родов, внутривенное введение окситоцина в дозе 10 ml, что существенно снижает количество теряемой крови в раннем послеродовом периоде (5). С целью профилактики кровотечений в раннем послеродовом периоде является применение аналога простагландина E₁ – мизопростол. Является эффективным ректальное введение препарата в дозе 1000 mcg, оральное в дозе 200mcg, сублингвальное назначение – в дозе 400 mcg (1, 3).

В последние годы с целью профилактики гипотонических кровотечений в раннем послеродовом периоде и снижения количества теряемой крови для снижения процесса фибринолиза является эффективным применение антифибринолитических препаратов. К этим препаратам относятся: аprotинин, эпсилон-аминокаприоновая кислота, транексамовая кислота (3, 6).

По данным Кохрейновской Ассоциации применение ингибиторов фибринолиза существенно снижается объем потерянной крови и необходимость гемотрансфузии в раннем послеродовом периоде. Имеются единичные сведения об эффективности применения транексамовой кислоты.

Установлено, что применение данного препарата тормозит образование плазмينا и способствует образованию стабильного кровяного сгустка. Применение транексамовой кислоты существенно снижает кровоизлияние в ткани и уменьшает интенсивность кровопотери. Имеются сведения о местном воздействии транексамовой кислоты на кровопотерю, а также антиаллергическое и противовоспалительное воздействие данного препарата (3, 4, 7).

В последние годы транексамовая кислота успешно применяется в кардиохирургии, в оперативных вмешательствах желудочно-кишечного тракта, травматологических операциях. Имеются сведения о применении транексамовой кислоты в акушерстве.

Учитывая, актуальность настоящей проблемы определена цель данного исследования: изучить эффективность применения транексамовой кислоты после операции кесарева сечения у беременных – группы высокого риска развития гипотонических проявлений в раннем послеродовом периоде.

Исходя из цели исследования, 85 беременным с риском развития гипотонического кровотечения в раннем послеродовом

періоді було проведено профілактичне введення транексамової кислоти.

Риск розвитку гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде определял комплекс экстрагенитальной и акушерской патологии, включая в наличие анемию – у 62 беременных (72,9%), рубца на матке – у 42 (49,4%), преждевременного разрыва плодной оболочки – у 18 (21,2%), наличие ожирения – у 17 (20%), средней тяжести и тяжелой преэклампсии – у 11 (12,9%) варикозного расширения вен, наружных половых органов и нижних конечностей – у 6 (7,1%), наличие в акушерском анамнезе гипотонических кровотечений в раннем послеродовом периоде – у 5 (5,9%), неправильные положения плода – у 5 (5,9%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – у 4 (4,7%), предлежание плаценты – у 2 (2,4%), мертвый плод – у 2 (2,4%), многоплодная беременность – у 2 (2,4%), крупный плод – у 2 (2,4%), гепатит С – у 2 (2,4%).

В результате проведенного исследования у 69 (81,2%) из 85 беременных проведено кесарево сечение в плановом порядке. У 16 (18,8%), кесарево сечение было проведено в динамике родового процесса. В родах – у 7 (43,8%) отмечалась первичная слабость родовой деятельности неподдающаяся стимуляции, у 5 (31,3%) отмечалась тяжелая преэклампсия и отсутствие эффективности от проводимой интенсивной терапии, у 2-х (12,5%) отмечалась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и мертвый плод, у 2-х (12,5%) крупный плод и начавшаяся острая гипоксией в родах.

Всем беременным до проведения операции кесарево сечение были проведены в динамике: общий анализ крови, гемостазиограмма. Были изучены показатели времени свертывания крови, длительности рекальцификации, протромбиновый индекс, уровень фибриногена до введения препарата и после операции кесарева сечения.

Препарат вводился за 25-30 минут до предполагаемого оперативного вмешательства в дозе 250 мг (5 мг на 200 мл физиологического раствора). Длительность введения препарата составила $28,3 \pm 0,21$ минута. Длительность введения препарата до операции кесарева сечения в родах составила $13,1 \pm 0,3$ минуты (10,0-23,0). Следует отметить ни у одной беременной и роженицы не определялись побочные эффекты применения данного препарата и

наличие каких-либо тромботических осложнений. Показатели гемостазиограммы до и после применения транексамовой кислоты представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Показатели гемостазиограммы
до и после применения транексамовой кислоты**

Показатели	Показатели до операции кесарева сечения	Показатели после операции кесарева сечения	P
Время свертывания, мин	6,59± 0,11 (4,5-10,0)	6,48±0,33 (4,0-8,0)	>0,05
Длительность рекальсификации, мин	1,36± 0,03 (0,47-2,19)	1,35±0,03 (0,59-2,15)	>0,05
Протромбиновый индекс %	96,86±0,53 (86,0-108,0)	94,82±0,46 (88,0-105,0)	<0,05
Уровень фибриногена, мг %	470,14±12,57 (290,0-560,0)	534,35±9,86 (333,0-799,0)	<0,05
Количество тромбоцитов, мин.	215,9±7,01 (104,0-377,0)	216,5±7,53 (105,0-377,0)	>0,05

Как видно из таблицы 1, показатели свертывания крови, уровень тромбоцитов до и после операции практически не отличались. Было установлено, что применение данного препарата способствует достоверному снижению протромбинового индекса и увеличению уровня фибриногена ($P < 0,05$).

При проведении настоящего исследования после введения транексамовой кислоты была оценено количество кровопотери при операции кесарево сечение.

Был применен гравиметрический метод оценки кровопотери. Для этого было взвешено белье, использованное при операции кесарева сечения до операции и после операции кесарева сечения. Вес использованного белья до операции кесарева сечения составил 384 г.

В результате проведенного исследования было установлено, что объем потерянной крови составил $329,0 \pm 7,1$ ml, что было существенно ниже аналогичного показателя без применения транексамовой кислоты. Объем общей кровопотери при операции кесарева сечения данного контингента больных составил $556,0 \pm 26,8$.

Таким образом, применение препарата транексамовой кислоты обладающей антифибринолитической активностью, является эффективным для профилактики гипотонических кровотечений после операции кесарева сечения в раннем послеродовом периоде.

Список использованной литературы:

1. Парада Н.С., Орлов В.И., Ганиковская Ю.В. Активное ведение третьего периода родов // Материалы IX Всероссийского форума «Мать и дитя», М. – 2007. – С. 187-188.
2. Achanna K.S. Postpartum haemorrhage: A Continuing tragedy in Malasia // Med.J.Malaysia, 2011. – Vol. 66. – № 1.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, 2006, N 76: postpartum hemorrhage. Obstet.Gynecol., 2006. – Vol. 108. – № 4. – P. 1039-1047.
4. Bateman B.T., Berman M.F., Riley L.E., Leffert L.R. The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries // Am.J. Anesth Analg. – 2010. – № 1106. – P. 1368.
5. Carroli G, Cuesta C, Abalos E. Epidemiology of post-partum haemorrhage: a systematic review // Am.J.Best PractRes Clin Obstet.Gynaecol. – 2008. – № 22. – P. 99-1012.
6. Fenger-Eriksen C., Lindberg-Larsen M., Christensen A. Fibrinogen concentrate substitution therapy in patients with massive haemorrhage and low plasma fibrinogen concentrations // B.J.A., 2008. – № 101. – P. 767-773.
7. Ferrer P., Roberts I., Sydenham E., Blackhall K., Shakur H. Anti-fibrinolytic agents in post partum haemorrhage: a systematic review. BMC Pregnancy Clildbirth., 2009. – Vol. 15. – № 9. – P. 29.