

vate și oportune, dat fiind numărul mic de complicații posthemoragice severe. Analiza efectuată va contribui la trasarea măsurilor de profilaxie a dezvoltării HPP și realizarea lor la nivel instituțional.

Concluzii

1. Hemoragiile post-partum reprezintă o complicație obstetricală majoră cu o frecvență relativ mică, dar care necesită eforturi substanțiale medicale și manageriale în conduita lor.

2. Defectele de țesut placentar și traumatismele căilor de naștere sunt factorii cauzali de bază care contribuie la dezvoltarea hemoragiei post-partum și care denotă o evoluție patologică sau un management defectuos al travaliului.

3. Conduita HPP prevede respectarea strictă a protocoalelor și evidențelor actuale în domeniul vizat.

Bibliografie

1. Begley, Gillian ML Gyte, Declan Devane, William McGuire, Andrew Weeks, **Active versus expectant management for women in the third stage of labour**, Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, 2015.

2. Blum J, Winikoff B, Raghavan S, Dabash R, Ramadan MC, Dilbaz B, et al. **Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women receiving prophylactic oxytocin: a double-blind, randomised, noninferiority trial**. *Lancet* 2010; 375(9710):217–23.

3. FIGO GUIDELINES: **Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings// FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee**, 2014.

4. Ioannis D Gallos, Helen Williams, Malcolm J.

Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis, Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, 2018.

5. Jaleel Khan A. **Post-partum haemorrhage - a risk factor analysis**. *Mymensingh Medical Journal: MMJ.*, 2010 Apr, 19(2):282-9.

6. John R Smith, MD, FACOG, FRCSC; Chief Editor: Ronald M Ramus, **Postpartum Hemorrhage**, 2018.

7. Mavrides E, Allard S, Chandraran E, Collins P, Green L, Hunt BJ, Riris S, Thomson AJ on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. **Prevention and management of postpartum haemorrhage**. *BJOG* 2016;124:e106–e149.

8. Pacheco LD¹, Hankins GDV, Saad AF, Costantine MM, Chiossi G, Saade GR. **Tranexamic Acid for the Management of Obstetric Hemorrhage**. *Obstet Gynecol.* 2017 Oct; 130(4):765-769. doi: 10.1097/AOG.0000000000002253.

9. **Parity and postpartum haemorrhage** (querybank) <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/parity-and-postpartum-haemorrhage---query-bank/>

10. The Royal College of Obstetricians and gynaecologists. **Blood Transfusion in Obstetrics**. London; Green-top Guideline No. 47, 2015.

11. WHO. Reducing the Global Burden: **Postpartum Haemorrhage**. *Making Pregnancy Safer*. 2007.

12. WOMAN Trial Collaborators. **Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with postpartum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo controlled trial**. *Lancet*. 2017 May 27;389(10084):21052116.

© Gh. Paladi, Corina Iliadi-Tulbure, Viorica Coșpormac, D. Șișcanu, Natalia Gheorghieva

Gh. Paladi¹, Corina Iliadi-Tulbure², Viorica Coșpormac³, D. Șișcanu⁴, Natalia Gheorghieva⁵

EVALUAREA MANAGEMENTULUI CAZURILOR

CU HEMORAGIE POST-PARTUM FINALIZATE PRIN HISTERECTOMIE

^{1,2} Catedra Obstetrică și ginecologie nr. 2, USMF „Nicolae Testemițanu”, ³ Catedra Anestezie și reanimatologie nr. 2, USMF „Nicolae Testemițanu”, ^{4,4} IMSP Spitalul Clinic Municipal nr. 1, ^{2,3} IMSP Institutul Mamei și Copilului, ⁵ Policlinica MAI, Chișinău, Republica Moldova

SUMMARY

EVALUATION OF MANAGEMENT IN POST-PARTUM HEMORRHAGE FINALISED BY HYSTERECTOMY

Key-words: post-partum hemorrhage, hysterectomy, placenta accreta, DIC syndrome

Post-partum hemorrhage (HPP) is a current problem, being a direct cause of maternal deaths in 27% globally, especially in developing countries. The purpose of the conducted descriptive retrospective study was to evaluate the

management of 45 cases with HPP finalized by hysterectomy, which were located at the Institute of Mother and Child and Municipal Clinical Hospital no.1 during 2014-2016. In 24 cases (53,3%), a complicated obstetrical history was determined and 16 patients (35,5%) had scars on the uterus. In 33 cases (57,9%), patients presented complicated somatic history. In 33 cases (57,9%), patients presented complicated somatic history. In 33 cases (73,3%) the pregnancy was completed by caesarean section. Causes related to placental pathology were confirmed in 11 (24,4%) cases by placenta accreta, in 8 (17,8%) cases by placenta praevia and in 5 (11,1%) cases by abruptio placentae. HPP due to uterine atony was identified in 2 cases (4,4%). Other 9 patients (20%) suffered deep vaginal lacerations and in one case (2,2%) there was rupture of the uterus. The estimated volume of hemorrhage was: <2000 ml – in 16 cases (35,6%); between 2000-2500 ml – in 18 cases (40%); between 2501-3000 ml – in 7 cases (15,6%) and >3000 ml – in 4 (8,9%) cases. The underestimation of the bleeding volume was 500 ml in 4 cases (8,9%), between 500-1000 in 6 cases (13,3%) and ≥ 1000 ml – in 2 cases (4,4%). DIC syndrome was established in 29 patients (64,4%). In conclusion it can be mentioned that HPP, in almost half of the cases, is favored by the pathology of placenta insertion, the latter being determined by the increase of the rate of births by caesarean section. Mortality and maternal morbidity can be reduced if birth is done by a competent multidisciplinary team that provides specialized health care through a standardized approach.

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА МЕНЕДЖМЕНТА СЛУЧАЕВ ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЗАВЕРШЕННЫХ ГИСТЕРЭКТОМИЕЙ

Ключевые слова: послеродовое кровотечение, гистерэктомия, приращение плаценты, ДВС-синдром.

Послеродовое кровотечение (ПРК) представляет собой актуальную проблему, являясь прямой причиной материнской смертности в 27% во всем мире, в особенности в развивающихся странах. Было проведено ретроспективное исследование 45 случаев родов, с ПРК и гистерэктомией, ведение которых проводилось в условиях Института Матери и Ребенка и Муниципальной Клинической больницы №1 в период 2014-2016 гг. В 24 случаях (53,3%) был выявлен осложненный акушерский анамнез. Рубец на матке встречался у 16 женщин (35,5%). В 33 случаях (57,9%) у пациенток наблюдался осложненный соматический анамнез. В 33 случаях (73,3%) было проведено кесарево сечение. Патология плаценты также являлась причиной ПРК: 11 случаев (24,4%) – приращение плаценты, 8 (17,8%) – предлежание плаценты и 5 случаев (11,1%) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. ПРК также наблюдалось в результате задержки частей последа в полости матки в 4 случаях (9%) и в двух случаях (4,4%) ПРК было следствием атонии матки. У остальных 9 пациенток (20%) роды осложнились глубокими разрывами влагалища, а у одной пациентки (2,2%) – разрывом матки. Среди плацентарной патологии наблюдалось 11 случаев (24,4%) приращения плаценты к мышечному слою (placenta accreta). Объем кровопотери был подсчитан следующим образом: ≥ 2000 мл – в 16 случаях (35,6%); 2000-2500 мл – в 18 случаях (40%); 2501-3000 мл – в 7 случаях (15,6%) и более 3000 мл – 4 случая (8,8%). А вот объем кровопотери 500 мл наблюдался у 4 пациенток (8,9%), 500-1000 мл – у 6 (13,3%) и ≥ 1000 мл – у одной пациентки (2,2%). У 29 пациенток (64,4%) был диагностирован ДВС-синдром. В заключении необходимо отметить, что ПРК практически в половине случаев вызвано патологией прикрепления плаценты, что является следствием роста частоты повышения процента оперативного родоразрешения путем кесарева сечения. Материнскую заболеваемость и смертность в результате ПРК возможно снизить, если роды будет координировать мультидисциплинарная, компетентная команда, которая оказывает специализированную медицинскую помощь посредством стандартизированного подхода.

Actualitate. Pe parcursul ultimelor decenii, datorită modificărilor socio-demografice și progresului tehnico-științific medical produse, inclusiv în domeniul obstetricii, se atestă schimbări importante ce vizează procesul de naștere per total și survenirea unor complicații, în particular, HPP fiind una dintre cele mai importante. Este cunoscut faptul că în ultimii ani s-a majorat vârsta primiparelor; a crescut rata nașterilor multiple survenite prin utilizarea metodelor de reproducere asistată; s-a micșorat durata nașterii de aproximativ două ori; a crescut numărul cazurilor de utilizare a preparatelor ocitocice și prostaglandinelor; au trecut în istorie unele metode de naștere naturală asistată instrumental (forcepsul, versiunile, extracția) etc.

Anual, în lume decedează 120000 de femei din cauza HPP [2,4,6].

Hemoragia post-partum (HPP) constituie o sângereare la naștere sau în primele 24 de ore ale perioadei post-partum cu un volum mai mare de 500 ml la o naștere pe cale vaginală sau peste 1000 ml în operația cezariană (OC). Semnificația HPP rezultă din faptul că până în prezent este considerată o cauză importantă directă a deceselor materne, reprezentând 27,1% la nivel global, în special în țările în curs de dezvoltare și cu resurse economice limitate, fiind urmată de stările hipertensive (14%), sepsis (10,7%), avorturi (7,9%), embolism (3,2%) [1,4,6,9,10].

În perioada anilor 2006-2016, frecvența HPP în Republica Moldova a variat de la 1,1 în 2007 până

la 2,7 în 2009, cu o stabilizare a acestui indicator pe parcursul ultimilor ani la nivelul de 2,1 – 2,4 la o sută de nașteri. În același timp, ponderea HPP masive (mai mult de 1000 ml) variază între 0,6-0,7 % din numărul total de nașteri.

Conform datelor statistice, majoritatea HPP în volum mai mult de 1000 ml sunt înregistrate în maternitățile centrelor perinatologice de nivelele II și III, în special în IMSP Spitalul Clinic Municipal nr.1 (SCM nr.1) și IMSP Institutul Mamei și Copilului (IMȘIC). În aceste două instituții, în perioada anilor 2014–2016, au fost asistate 43792 nașteri, fiind înregistrate 283 cazuri de HPP în volum >1000 ml, cu o pondere de 0,65 la sută. Din numărul femeilor care au suportat HPP masive, în 64 de cazuri a fost efectuată histerectomia ca metodă de hemostază chirurgicală (22,6%).

Implementarea noilor tehnologii orientate spre stoparea hemoragiei (balonul Bakri, suturile de compresiune, devascularizarea uterului) a majorat utilizarea metodelor chirurgicale organomenajante de control al HPP. Datele literaturii demonstrează că creșterea numărului de OC și scăderea numărului de nașteri pe cale naturală, precum și utilizarea manevrelor instrumentale, a condus la majorarea numărului cazurilor de inserție patologică a placentei etc., ceea ce constituie o cauză importantă a HPP.

Se consideră că HPP va continua să rămână o problemă actuală cu repercusiuni asupra vieții pacienților și membrilor familiei acesteia, ceea ce îi conferă, pe lângă importanță medicală, și o conotație socială. Datele recente de literatură relatează faptul că decesele materne prin HPP se datorează, în 33,6% cazuri, ignoranței și iresponsabilității comunității; în 30,1% cazuri – erorilor de asistență medicală și în 13,3% - problemelor sistemului de organizare a sănătății mamei și copilului. Cele mai importante cauze ale HPP sunt: atonia/hipotonia uterină (26,5%), apoplexia utero-placentară (21,3%), ruptura uterină (19,5%), retenția de resturi placentare (16%), placenta praevia (12,5%), placenta adherens (2,5%), lacerările căilor de naștere (1,8%) etc. [2,9,11]. În același timp, survenirea și menținerea HPP, conform datelor unor autori, sunt datorate lipsei de cooperare dintre specialiștii din diverse domenii, astfel, este pierdut timpul prețios pentru conduita corectă a cazului clinic [2,4,5,9,11].

Constituind o cauză majoră a mortalității materne, de-a lungul timpului, managementul HPP a solicitat elaborarea, evaluarea și revizuirea diferitelor metode de diagnostic, profilaxie și tratament, precum și o conduită interdisciplinară complexă.

Acestea sunt unele aspecte asupra cărora specialiștii în domeniu lucrează până în prezent pentru elaborarea unui algoritm standard, unic, pentru prevenirea, diagnosticul precoce și managementul complex ale HPP.

Scopul cercetării noastre a constat în evaluarea și analiza a 45 cazuri de HPP finalizate prin histe-

rectomie de hemostază pentru identificarea factorilor determinanți în etiologia, patogeniza și managementul acestei patologii obstetricale severe în Republica Moldova, cu oferirea unor recomandări de ameliorare a situației.

Material și metode. Pentru realizarea scopului propus a fost efectuat un studiu retrospectiv, descriptiv pe un eșantion de 45 paciente diagnosticate cu HPP masive, finalizate prin histerectomie de hemostază, din numărul total de 64 cazuri înregistrate în cadrul IMSP IMȘIC și IMSP SCM nr.1, pe parcursul anilor 2014-2016.

Studiul a inclus analiza minuțioasă a documentației medicale (fișele de observație, registrele intervențiilor chirurgicale). De asemenea, am examinat datele obținute din interviuarea pacientelor în baza unui chestionar special elaborat, care a inclus 84 de întrebări. Pentru evaluarea datelor acumulate am utilizat programul SPSS 20, Microsoft Excel 2010.

Rezultate și discuții. În urma studiului efectuat am obținut un volum important de date privind o serie de parametri socio-biologici și medicali, precum și informații despre aspectele cele mai importante în conduita HPP. Astfel, s-a stabilit că vârsta pacientelor, în majoritatea cazurilor (20 cazuri – 44,4%) era cuprinsă între 21-30 ani. În 3 cazuri (6,7%) pacientele aveau vârsta sub 20 ani, în 16 cazuri (35,6%) – 30-39 ani, iar în 6 cazuri (13,3%) mai mult de 40 ani.

Majoritatea parturientelor au fost secundipare (19 femei – 42,2%) și multipare (14 femei – 31,1%). Aceste rezultate coincid cu datele literaturii de specialitate care sugerează corelarea între paritatea crescută și instalarea HPP. În 12 cazuri (26,7%), pacientele au fost primipare, istoricul obstetrical al lor fiind complicat prin inserție patologică a placentei (apreciată la examen ecografic și/sau intraoperator în caz de OC) și preeclampsie severă, ceea ce constituie, de asemenea, factori importanți pentru survenirea HPP [4,5].

În 24 cazuri (53,3%) s-a constatat un istoric obstetrical complicat prin: sarcini stagnante (4 cazuri – 16,7%), avorturi medicale (11 paciente – 45,8%), avorturi spontane (9 cazuri – 37,5%), acești factori medicali având o pondere considerabilă în survenirea HPP din contul inserției patologice a placentei [1,3,9,10,11]. Cicatrice pe uter după OC anterioară au prezentat 16 paciente (35,5%) din numărul total cercetat, care era asociată frecvent cu patologia de inserție a placentei și insuficiența cicatricei, ceea ce a constituit indicație către finalizarea sarcinii prin OC repetată în mod urgent [2,4,6]. În 26 cazuri (57,8%) pacientele au prezentat istoric somatic complicat (preponderent prin patologia sistemului urinar, cardiovascular etc.). Evoluția sarcinii s-a complicat prin anemie feriprivă de diferit grad (31 cazuri – 68,9%), hipertensiune indusă de sarcină (9 cazuri – 20,0%), preeclampsie severă (6 cazuri – 13,3%), iar în 2 cazuri (4,4%) s-a dezvoltat criza eclamptică. Sarcina a fost monitorizată conform

standardelor în vigoare, examenul ecografic fiind efectuat după indicații, în medie de 2 ori pe parcursul sarcinii la pacientele cu evoluția fiziologică și de 4 ori în cazurile cu evoluție complicată a gravidității. Concomitent cu fetometria și evaluarea complexului placentar, velocimetria Doppler a permis aprecierea stării intrauterine a fătului.

În 33 cazuri (73,3%) sarcina a fost finalizată prin OC, dintre care în 11 cazuri (33,3%) – în mod urgent. Indicația de bază pentru OC a fost prezența cicatricei pe uter după o intervenție anterioară – 15 cazuri (45,5%), dintre care în 4 cazuri (26,7%) pacientele prezentau mai mult de 2 cicatrice pe uter, iar în 11 cazuri (33,3%) s-a diagnosticat insuficiența cicatricei. Alte indicații pentru efectuarea OC au fost: dezlipirea prematură a placentei normal inserate (4 cazuri – 12,1%), insuficiența forțelor de contracție (5 cazuri – 15,2%), preeclampsia severă (6 cazuri – 18,2%), suferința fetală avansată (4 cazuri – 12,1%).

Un număr de 12 femei (26,7%) au născut pe cale naturală, dintre care în 7 cazuri (58,3%) nașterea a fost asistată instrumental prin aplicarea procedurii de vacuum-extracție.

În scopul profilaxiei HPP a fost practică conduita activă a perioadei a III-a de naștere [1,2,10,11].

Placenta adherens s-a depistat în 5 cazuri (11,1%), constituind o indicație pentru decolarea manuală a placentei ceea ce a prezentat, cu o probabilitate crescută, un factor suplimentar pentru manifestarea HPP, în special în cazurile asociate cu stările hipertensive, travaliul indus sau nașterea laborioasă [6,8].

Masa copiilor la naștere a constituit între 2800-3999 g în 14 cazuri (31,1%), între 2501-2799 g – în 8 cazuri (17,8%), între 2001-2500 g în 7 cazuri (15,6%) și o greutate mai mică de 2000 g în 6 cazuri (13,3%). În 9 cazuri (20%) masa nou-născuților a fost între 4000-4999 g, iar într-un caz a fost extras un copil de 5000 g (2,2%). În cazul copiilor născuți cu masa mai mare de 4000 g, HPP survenită a constituit >2000 ml, confirmându-se astfel faptul că macrosomia reprezintă un factor important pentru complicarea perioadei post-partum cu hemoragie [2,3,9].

În circa 50% cazuri de nașteri scorul Apgar al nou-născuților a constituit ≤ 7 puncte, copiii născuți prematur sau copiii bolnavi fiind transferați în secția de terapie intensivă și reanimare neonatală pentru evaluare și monitorizare ulterioară.

Analizând datele studiului privind cauzele hemoragiei, am stabilit că patologia placentei s-a atestat în 11 (24,4%) cazuri prin placenta accreta, în 8 (17,8%) cazuri prin placenta praevia și în 5 (11,1%) cazuri prin dezlipirea precoce a placentei normal inserate. În alte 5 (11,1%) cazuri extracția fătului a avut loc prin placenta cesarea.

Hemoragia incontabilă sau dificil de stopat este complicația majoră care dictează necesitatea diagnosticării prenatale a placentei invazive. Managementul

în situațiile date trebuie să fie planificat, precoce, specific și necesită implicarea în OC a mai multor specialiști [2,9,10,11]. Lipsa unuia din specialiști, în momentul OC, conduce la pierderea timpului prețios pentru a-l invita în sala de operație (uneori din cadrul altor instituții medicale), la pierderea masivă de sânge, apariția hipoxemiei, declanșarea dereglărilor de coagulare cu manifestarea disfuncției /insuficienței multiple de organe și sisteme, până la deces.

Studiul a identificat și alte cauze ale HPP: lacerări profunde ale căilor moi de naștere – 9 (20%) cazuri, resturi placentare – 4 cazuri (9%), atonia uterină – 2 cazuri (4,4%) și ruptura de uter într-un caz (2,2%).

Volumul hemoragiei estimate de către personalul medical implicat în conduita HPP în secțiile obstetricale și /sau sălile de operație a constituit: < 2000 ml – la 16 (35,6%) paciente; între 2000-2500 ml – la 18 (40%) paciente; între 2501-3000 ml – la 7 (15,6%) paciente; între 3000-3500 ml – la 2 (4,4%) paciente și >3500 ml – la 2 (4,4%) paciente.

Volumul hemoragiei a fost măsurat prin evaluarea vizuală a sângelui acumulat în vasele de control și prin cântărirea materialului utilizat pentru hemostază (compresive, meșe, scutece) și aprecierea volumului cheagurilor. Evaluând datele prezentate, a apărut suspiciunea despre corectitudinea estimării hemoragiei. Este cunoscut faptul că pierderea unui litru de sânge conduce la scăderea hemoglobinei (Hb) cu 24 unități, iar administrarea unei doze de 250 ml de concentrat eritocitar, crește hematocritul cu 3% sau nivelul Hb cu 11 unități [2,6,7]. Analizând datele de laborator (Hb, numărul de eritrocite, hematocritul) preoperator, înainte de utilizarea hemotransfuziilor și postoperator, am constatat că în 12 cazuri (21,1%) volumul hemoragiei a fost subestimat. Decalajul dintre hemoragia estimată și datele analizelor de laborator, precum și luarea în calcul a dozelor de concentrat eritocitar administrat, indică faptul că volumul hemoragiilor a fost subestimat cu circa 500 ml în 4 (8,9%) cazuri, cu 500-1000 ml în 6 (13,3%) cazuri, iar cu mai mult de 1000 ml – în 2 cazuri (4,4%). Aceste date demonstrează o dată în plus că aprecierea vizuală a volumului sângerei este inexactă, iar subestimarea pierderilor de sânge atinge 30-50% [1,3,5,9,10].

Studiul a scos în evidență faptul că, în pofida existenței unui șir de metode chirurgicale de hemostază menționate în protocoalele europene și internaționale, dar și locale (balonul Bakri, suturile de compresie, devascularizarea uterului etc.), specialiștii au recurs în doar 3 cazuri (6,7%) la utilizarea suturilor de compresie B-Lynch, care nu au dat rezultate pozitive. Nu a fost utilizată metoda devascularizării uterului, inclusiv ligaturarea arterelor hipogastrice. În 8 cazuri (17,8%) s-a recurs la relaparotomie, volumul HPP fiind de ≥ 2500 ml.

Conduita HPP masive este direct determinată de volumul pierderilor sangvine. Corecția factorilor de

coagulare (conform protocolului Național *Managementul transfuzional și de resuscitare volemică al hemoragiilor obstetricale masive*) a fost inițiată la un volum al hemoragiei ≥ 1500 ml care a fost însoțită de dereglări de coagulare manifestate prin hipoprotrombinemie, hipofibrinogenemie sau trombocitopenie [7]. În acest context, la pacientele cu patologia de inserție a placentei și risc sporit de sângerare, considerăm că ar fi binevenit să fie pregătită o rezervă de autoplasmă din timp. În cazul lor, în momentul oportun, pentru evitarea dereglărilor de coagulare sau complicațiilor posttransfuzionale, cum ar fi TRALI sau incompatibilitatea biologică, se va efectua transfuzia de autoplasmă proaspăt congelată.

Atunci când a fost determinat incorect volumul hemoragiei, administrarea factorilor de coagulare va întârzia, ceea ce va duce la declanșarea sindromului de coagulare intravasculară diseminată (CID), manifestat prin apariția de hematoame retroperitoneale sau în parametriu, prin hematoame vaginale, hemoragii intraabdominale din vasele mici sau capilare, cu necesitatea relaparotomiei și histerectomiei de hemostază [7,9,10,11]. În prezentul studiu, diagnosticul CID a fost stabilit clinic și paraclinic în baza alterării profilului coagulării, caracterizat prin: prelungirea timpului de protrombină și a celui de APTT, trombocitopenie, scăderea nivelului de fibrinogen și creșterea produselor de degradare a fibrinei. Sindromul CID a fost suspectat și în cazurile care s-au asociat cu sângerare difuză severă (intraabdominală, retroperitoneală, vaginală), cu manifestări hemoragice cutanate și mucoase, șoc și disfuncții multiple de organe. Astfel, la 29 paciente (64,4%) a fost diagnosticat sindromul CID, dintre care la 7 (15,6%) lăuze s-au depistat hematoame retroperitoneale, la 2 (4,4%) femei s-au constatat hemoragii din vasele mici ale ligamentului lat și într-un caz (2,2%) – hematom al vaginului, care a fost drenat și suturat. Cazurile clinice cu hematom retroperitoneal s-au dezvoltat pe fundalul evoluției sindromului CID, volumul hemoragiei fiind estimat între 2000-2499 ml în 2 cazuri (4,4%) și între 3000-3500 ml în 5 cazuri (11,1%).

Concluzii

- Hemoragiile post-partum au fost și rămân printre cauzele principale ale mortalității și morbidității materne. Această patologie obstetricală impune specialiștilor o atitudine și responsabilitate sporită în asigurarea unui diagnostic calificat precoce și a unui management multidisciplinar adecvat și oportun.

- Principalele cauze care au provocat HPP masive finalizate prin histerectomie, conform datelor studiului de față, au fost patologia placentei (53,5%) și traumatismul profund al căilor de naștere (20%).

- Rezultatele studiului au scos în evidență problema subestimării volumului hemoragiei la naștere și în post-partum, fapt care s-a soldat cu creșterea numărului de complicații cu CID și al histerectomiilor de hemostază.

- În Republica Moldova, în ultimii ani, histerectomia este metoda practică cel mai frecvent pentru hemostază chirurgicală în HPP masive – în 22,6 la sută din cazuri, fiind ignorate unele metode clasice organomenajante, cum ar fi devascularizarea uterului etc.

- Gestantele care prezintă un risc sporit în apariția HPP (cicatrice pe uter, patologia placentei, macrosomie etc.) necesită o monitorizare activă la etapa antenatală cu o pregătire individualizată mai minuțioasă pentru naștere, inclusiv cu crearea unei rezerve de autoplasmă, iar în cazul planificării nașterii prin operație cezariană programată – cu asigurarea unei echipe chirurgicale de calificarea cea mai înaltă.

Bibliografie

1. Berkowitz R., Bernstein P. Management of obstetric hemorrhage. Optimizing Protocols in Obstetrics, 2012, 25p.

2. FIGO. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. FIGO Guideline. International Journal of Gynecology and Obstetrics, nr. 117, 2012, pp. 108-118.

3. Hemoragiile severe în periodul III și IV al nașterii pe cale vaginală. Monitorul Oficial al României, partea 1, nr. 88, anexa 10, 2010, 23p.

4. Likis F., Sathe N., Morgans A. et al. Management of postpartum hemorrhage. Comparative Effectiveness Review. Agency for Healthcare Research and Quality, Nr. 151, 2015, 613p.

5. Prevention, recognition, and management of postpartum hemorrhage. Clinical and Community Action to Address Postpartum Hemorrhage Trainer's Guide., Watertown, 2010, 201p.

6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. RCOG, Green-top Guideline, No. 52, 2009, 24p.

7. Șandru S., Cardaniuc C., Cebotari S., Chesov I. Protocol clinic național PCN-254. Managementul transfuzional și de resuscitare volemică al hemoragiilor obstetricale masive, Chișinău, 2016, 50p.

8. Souza J. The prevention of postpartum hemorrhage in the community. Plos Medicine, vol. 10, issue 10, 2013, p.e1001525.

9. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, WHO, Geneva, 2012, 48p.

10. Серов В., Тютюнник В., Шмаков Р. и др. Профилактика, лечение и алгоритм ведения при послеродовом кровотечении. Клинические рекомендации, Москва, 2013, 20p.

11. Шмаков Р., Баев О., Федорова Т. и др. Профилактика, лечение и алгоритм ведения при послеродовом кровотечении. Федеральные клинические рекомендации, 2013, 18p.