

Основанная на доказательствах тактика ведения при послеродовых кровотечениях

Институт материнского и перинатального здоровья Оксфорда

Главной задачей Института материнского и перинатального здоровья Оксфорда (The Oxford Maternal & Perinatal Health Institute, [OMPHI](#)) является объединение мировых экспертов для решения приоритетных проблем материнского и перинатального здоровья. В состав [OMPHI](#) входят исследователи и ученые в области медицины и социологии, эксперты организации здравоохранения в вопросах, оказывающих влияние на здоровье матерей и новорожденных, особенно в регионах с ограниченными ресурсами. Институт материнского и перинатального здоровья Оксфорда координировал 4 крупных исследования, финансируемых фондами Билла и Мелинды Гейц ([Bill & Melinda Gates Foundation](#)), МакАртура ([MacArthur Foundation](#)), [EngenderHealth](#) и [Maternal Health Task Force](#). Это позволило организовать взаимодействие более, чем 100 исследователей из широкого спектра стран.

Женевская организация медицинского образования и исследований

Женевская организация медицинского образования и исследований (The Geneva Foundation for Medical Education and Research, [GFMER](#)) - это некоммерческая организация, учрежденная Республикой и Кантоном Женева, департаментом по социальным вопросам города Женевы и других швейцарских и международных организаций. Женевская организация работает в тесном сотрудничестве со Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). [GFMER](#) - это центр взаимодействия с ВОЗ в сфере образования и научных исследований в области репродукции человека. Глобальными целями организации являются предоставление образовательных и научно-исследовательских медицинских программ, что особенно важно для развивающихся стран и стран с переходной экономикой.

Основанная на доказательствах тактика ведения при послеродовых кровотечениях

Совместная инициатива Института материнского и перинатального здоровья Оксфорда и Женевской организации медицинского образования и исследований.

В 2010, данные организации ([OMPFI](#) и [GFMER](#)) начали совместную работу по разработке материалов для электронного обучения в области материнского и перинатального здоровья. Первым результатом их совместной деятельности было внедрение тренингового онлайн курса: «Доказательно обоснованная тактика лечения преэклампсии и эклампсии» (Университет Оксфорда), а также его испаноязычной версии. Разработка этого курса финансировалась фондом МакАртура ([MacArthur Foundation](#)) через [EngenderHealth](#). Групповые тренинги, основанные на материалах данного онлайн курса, были проведены в Афганистане, Эфиопии, Индии, Мехико и Нигерии. Специалисты, прошедшие обучение по курсу преэклампсии и эклампсии, отметили то, что есть большая необходимость в подобном курсе по послеродовым кровотечениям, которые являются одной из главных причин материнской смертности во всем мире. Институт материнского и перинатального здоровья Оксфорда и Женевская организация медицинского образования и исследований ([OMPFI/GFMER](#)) разработали онлайн-тренинг, который называется «Основанная на доказательствах тактика ведения при послеродовых кровотечениях». Профессор Хосе Виллар (Jose Villar) из Университета Оксфорда, возглавил Консультативный совет, ответственный за структуру и содержание данного курса, который был адаптирован докторами Raqibat Idrisw, Marloes Schoonheim и Lynn Gertiser ([GFMER](#)) с использованием клинических руководств ВОЗ и Королевского общества акушеров-гинекологов. Также данный курс рецензирован группой специалистов в области акушерства и гинекологии (докторами Friday Okonofua, Dimitrios Siassakos and Edwin Chandraharan) под руководством Ариса Пападжорджио. [eXact learning solutions](#) разработали электронный формат данного модуля. В настоящее время данный курс был апробирован в сотрудничестве с [Global Voices for Maternal Health](#). Его разработку финансировали [EngenderHealth](#) через фонд МакАртура, [Maternal Health Task Force](#) и Институт материнского и перинатального здоровья Оксфорда.

Основанная на доказательствах тактика ведения при послеродовых кровотечениях

Мы рекомендуем проходить модули курса в порядке изложения. Следуйте инструкциям на экране и нажимайте все важные ссылки, чтобы не пропустить часть информации!

В каждом модуле Вы найдете важные статьи и документы. Они перечислены в библиографии, в которой также содержатся ссылки на важные веб-сайты. Однако, они не являются обязательными и вы получите всю ключевую информацию без доступа к интернету.

Содержание курса:

- Модуль 1 – Что такое послеродовое кровотечение?
- Модуль 2 – Факторы риска послеродовых кровотечений и пути их минимизации
- Модуль 3 – Какой должна быть тактика при послеродовых кровотечениях?
- Модуль 4 – Какой должна быть тактика при плотном прикреплении плаценты?
- Модуль 5 – Какой должна быть тактика при вторичных послеродовых кровотечениях?
- Модуль 6 – Организационные мероприятия по профилактике и тактике ведения при послеродовых кровотечениях.

Основанная на доказательствах тактика ведения при послеродовых кровотечениях

Этот тренинговый курс основан на следующих клинических руководствах:

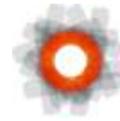
Королевского общества акушеров-гинекологов. Профилактика и лечение послеродовых кровотечений (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. Green-top Guideline No. 52. London: RCOG; 2011).

Всемирной организации здравоохранения. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродовых кровотечений (World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2012).

Всемирной организации здравоохранения. Клиническое руководство ВОЗ по тактике ведения послеродовых кровотечений и плотном прикреплении плаценты (World Health Organization. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. Geneva: World Health Organization; 2009).



Модуль 1
Что такое послеродовое кровотечение?

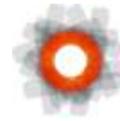


Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

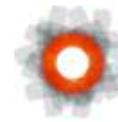
Модуль 1

Что такое послеродовое кровотечение?

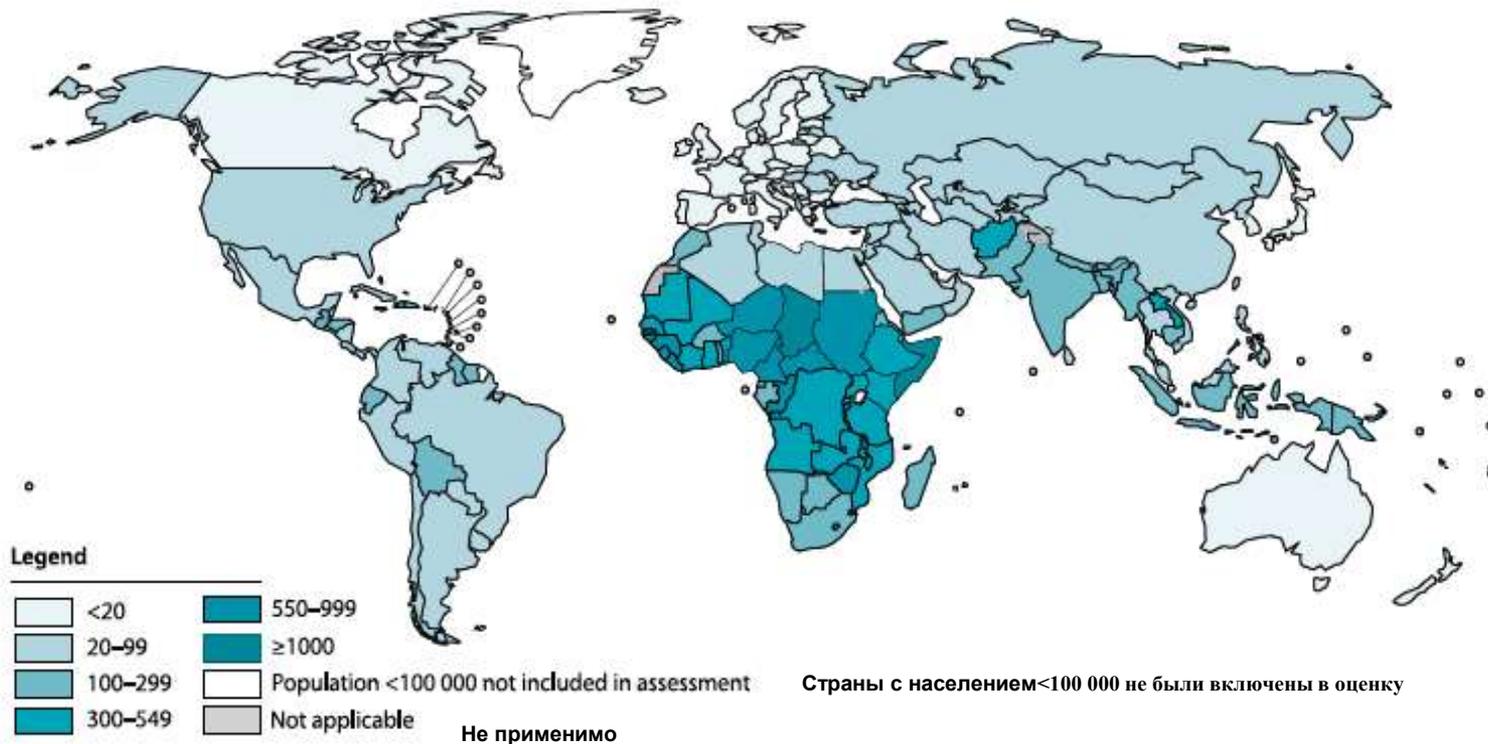


После успешного завершения данного модуля Вы должны знать:

- Как выявлять факторы риска послеродовых кровотечений.
- Как можно минимизировать риск послеродовых кровотечений.
- Активную тактику ведения третьего периода родов.
- Препараты, которые могут быть использованы для уменьшения риска послеродовых кровотечений.



С 1990 по 2010 год материнская смертность в мире уменьшилась практически на половину (от 400 до 210 материнских смертей на 100 000 родов). Однако, ее уровень по-прежнему остается очень высоким, особенно в развивающихся странах. Данный показатель был равен 240, что в 15 раз выше, чем в развитых странах. На карте показаны страны в соответствии с уровнем материнской смертности (уровень материнской смертности – это количество смертей на 100 000 живорожденных) в 2010 году. Как Вы видите на карте, женщины из Африки (к югу от Сахары) имеют 1 шанс из 39 (в развивающихся странах в целом – 1 из 150) умереть в связи с причинами, связанными с беременностью и родами, по сравнению с развитыми странами, где данный показатель составляет 1 из 3800.

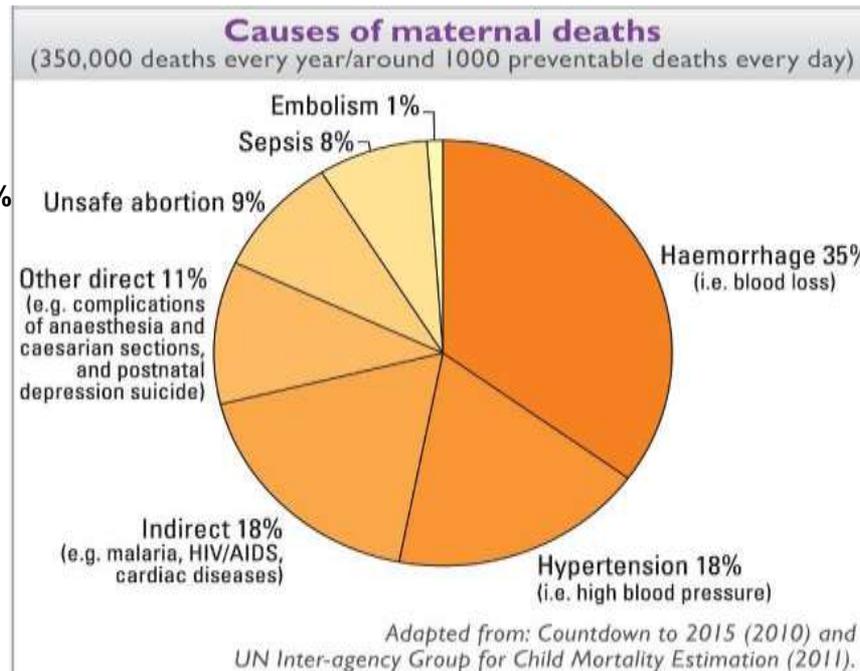




В 2010 году около 280 000 тысяч женщин погибли от осложнений, связанных беременностью и родами. Около 800 предотвратимых материнских смертей происходит каждый день. **99% из них** - в развивающихся странах, и почти все они могли бы быть предотвращены. Посмотрите на секторную диаграмму и проанализируйте какое количество материнских смертей произошло в результате кровотечений.

Причины материнской смертности

(350,000 смертей каждый год/около 1000 предотвратимых смертей каждый день)



Сепсис 8%

Криминальные аборты 9%

Другие прямые причины 11%
(осложнения анестезии и кесарева сечения, и суицид, связанный с послеродовой депрессией)

Непрямые 18%
(н-р малярия, ВИЧ/спид, кардиологическая патология)

Тромбоэмболические осложнения 1%

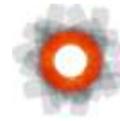
Кровотечения 35%

Гипертензивные состояния 18%



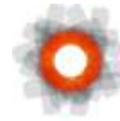
**Акушерские кровотечения – это одна из наиболее важных причин материнской смертности как в развитых, так и в развивающихся странах.
Какие из следующих утверждений являются правильными?**

- Имеются данные о том, что в большинстве смертельных случаев от акушерских кровотечений уровень оказания помощи не соответствовал стандартам
- В развитых странах большинство материнских смертей в результате кровотечений рассматриваются как предотвратимые
- Кровотечения являются наиболее частой причиной тяжелой материнской заболеваемости почти во всех случаях аудита по ситуациям «near-miss» как в развитых, так и развивающихся странах
- Акушерские кровотечения включают в себя как кровотечения во время беременности, так и после родов
- В ряде случаев кровотечения во время беременности взаимосвязаны с последующими послеродовыми кровотечениями.



Изучите основные особенности послеродовых кровотечений:

- Послеродовые кровотечения – это наиболее частая причина массивных акушерских кровотечений
- Количество послеродовых кровотечений составляет 14 миллионов в год
- Послеродовые кровотечения бывают первичными и вторичными



Знаете ли вы различия между первичными и вторичными акушерскими кровотечениями?

- Первичное послеродовое кровотечение – это кровотечение, сопровождающееся кровопотерей 500 мл и более, в течение 24 часов после родов.
- Вторичное послеродовое кровотечение – это кровотечение из половых путей, происходящее между 24 ч и 12 неделями после родов.



Первичные послеродовые кровотечения (сопровождающиеся кровопотерей 500 мл и более в течение 24 часов после родов) - это наиболее часто встречающийся тип акушерских кровотечений. Они могут быть умеренными и массивными.

- Умеренное первичное акушерское кровотечение - это кровотечение, сопровождающееся кровопотерей от **500 до 1000 мл** в течение 24 часов после родов.

В отсутствие клинических признаков шока при такой кровопотере должны быть предприняты:

- основные меры** мониторинга и

- готовность к реанимационным мероприятиям** (динамическое наблюдение, доступ к вене, клинический анализ крови, анализ на группу крови и резус-фактор)

- **Массивное или тяжелое первичное послеродовое кровотечение** - это кровотечение, сопровождающееся кровопотерей **1000 мл и более** в течение 24 часов после родов.

Кровотечение с меньшим объемом кровопотери, но сочетающееся с клиническими признаками шока - тахикардией, гипотензией, увеличением частоты дыхания, олигурией и сниженным периферическим наполнением капилляров, необходимо рассматривать как тяжелое послеродовое кровотечение.

И должен быть использован **полный спектр мер** для стабилизации состояния, мониторинга и остановки кровотечения.

Термины «массивное акушерское кровотечение» и «тяжелое акушерское кровотечение» являются взаимозаменяемыми.



Мировая проблема акушерских кровотечений

Послеродовые кровотечения происходят примерно у 2% всех женщин после родов, и составляют 1/4 всех материнских смертей в мире.

Послеродовые кровотечения – это ведущая причина материнской смертности в странах с низким уровнем доходов.

Послеродовые кровотечения приводят к тяжелой материнской заболеваемости, длительной нетрудоспособности, а также другим патологическим состояниям, вызванным большой кровопотерей, включая шок и полиорганную недостаточность.

С помощью мер профилактики и лечения послеродовых кровотечений, большинство смертей, связанных с ними, можно предотвратить.



Послеродовые кровотечения и Цели развития тысячелетия

Среди целей развития настоящего тысячелетия пятой является снижение материнской смертности на $\frac{3}{4}$ с 1990 по 2015 г.

Несмотря на меры, доказавшие свою эффективность в предотвращении инвалидизации и смертности во время беременности и родов, материнская смертность остается главной проблемой во многих развивающихся странах.

В развивающихся странах уровень материнской смертности снизился на 34% с 1990 по 2008 (с 440 до 290 материнских смертей на 100,000 родившихся живыми). Однако цель тысячелетия до сих пор далека от достижения.

Профилактика и лечение послеродовых кровотечений являются принципиально важными шагами в направлении улучшения здоровья женщин и достижения Целей развития тысячелетия.



При оценке объема кровопотери следует учитывать массу тела женщины и исходный уровень гемоглобина.

Объем циркулирующей крови зависит от массы тела. Примерный объем крови (в литрах) соответствует массе тела в килограммах разделенной на 12.

При наличии низкого уровня гемоглобина во время беременности (менее 110 г/л) необходимо провести дообследование и лечение, чтобы нормализовать его уровень до родов. Имеются некоторые данные, свидетельствующие о том, что железодефицитная анемия может способствовать развитию гипотонии матки из-за сниженного уровня миоглобина в утеромиоцитах, который необходим для их мышечной активности.

Из-за физиологического увеличения во время беременности общий объем крови в доношенном сроке составляет около 100 мл/кг (в среднем женщина весом 70 кг имеет общий объем крови 7000 мл), кровопотеря более 40% от общего объема крови (около 2800 мл) обычно рассматривается как угрожающая жизни.



Кровопотеря в объеме 2800 мл является **жизнеугрожающей**.

Лечение послеродового кровотечения должно быть начато и проводится в соответствии с протоколом до того, как оцененный объем кровопотери достигнет **жизнеугрожающего уровня**, так как целью использования протокола является предотвращение увеличения объема кровопотери до этого уровня.

В связи с этим, минимальный объем кровопотери для начала внедрения полного протокола лечения послеродового кровотечения составляет **1000 мл**.



Как оценить объем кровопотери?

- Визуальная оценка объема кровопотери может приводить к недооценке. Нет доказательных данных необходимых для того, чтобы рекомендовать оценку кровопотери данным способом.
- Подсчет количества салфеток и их взвешивание при самопроизвольных родах являются более точными, чем визуальная оценка кровопотери.
- Иллюстрированные клинические руководства могут помочь персоналу, работающему в родильном отделении, оценивать кровопотерю.



Причины послеродовых кровотечений связаны с нарушениями в **одном или нескольких** из четырех основных компонентов, известных как **4 Т**:

- **Тонус**: аномалии сократительной активности матки:
 - гипотония матки: это наиболее частая причина послеродовых кровотечений
 - выворот матки
- **Ткань**: остатки плацентарной ткани, плодных оболочек, сгустки.
- **Травма**: матки и мягких тканей родовых путей:
 - Разрыв влагалища/шейки матки или гематома
 - Разрыв матки
 - Гематома широкой связки матки
- **Тромбин**: нарушения свертывания крови у матери



Вы завершили данный модуль, следовательно Вы должны знать:

- О мировой проблеме послеродовых кровотечений.
- Классификацию послеродовых кровотечений
- Как дифференцировать умеренные и массивные/тяжелые первичные послеродовые кровотечения
- Как измерять объем кровопотери
- Причины послеродовых кровотечений

Для дальнейшего чтения рекомендуем использовать:

Mousa HA, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(1):CD003249. Available from:

<http://apps.who.int/rhl/reviews/CD003249.pdf>

Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. Saving mothers lives 2003–2005: seventh report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London: CEMACH; 2006.

Penney G, Brace V. Near miss audit in obstetrics. Curr Opin Obstet Gynecol. 2007 Apr;19(2):145–50. [[Abstract](#)]



Для дальнейшего чтения рекомендуем использовать:

Jansen AJG, van Rhenen DJ, Steegers EAP, Duvekot JJ. Postpartum hemorrhage and transfusion of blood and blood components. *Obstet Gynecol Surv.* 2005 Oct;60(10):663–71. [[Abstract](#)]

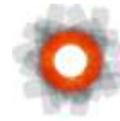
Toledo P, McCarthy RJ, Hewlett BJ, Fitzgerald PC, Wong CA. The accuracy of blood loss estimation after simulated vaginal delivery. *Anesth Analg.* 2007 Dec;105(6):1736–1740. Available from: <http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/pages/articleviewer.aspx?year=2007&issue=12000&article=00037&type=Fulltext>

Patel A, Goudar SS, Geller SE, Kodkany BS, Edlavitch SA, Wagh K, Patted SS, Naik VA, Moss N, Derman RJ. Drape estimation vs. visual assessment for estimating postpartum hemorrhage. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006 Jun;93(3):220–4. [[Abstract](#)]

Bose P, Regan F, Paterson-Brown S. Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric haemorrhage using clinical reconstructions. *BJOG.* 2006 Aug;113(8):919–24. [[Abstract](#)]



Модуль 2
Факторы риска послеродовых кровотечений
и пути их минимизации



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Модуль 2

Факторы риска послеродовых кровотечений и пути их минимизации

Основанная на доказательствах тактика ведения при послеродовых кровотечениях

Это тренинговый курс основан на следующих клинических руководствах:

Королевского общества акушеров-гинекологов. Профилактика и лечение послеродовых кровотечений (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. Green-top Guideline No. 52. London: RCOG; 2011).

Всемирной организации здравоохранения. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродовых кровотечений (World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2012).

В ситуациях, когда имелись расхождения в рекомендациях Королевского общества акушеров-гинекологов и ВОЗ, нами были представлены оба варианта.



После успешного завершения этого модуля Вы должны знать:

- Факторы риска послеродовых кровотечений
- Пути их минимизации
- Активную тактику ведения третьего периода родов
- Препараты, которые могут быть использованы для уменьшения риска послеродовых кровотечений



Каковы факторы риска послеродовых кровотечений?

- В большинстве клинических случаев, сопровождающихся послеродовыми кровотечениями, отсутствуют явные факторы риска
- Факторы риска могут быть выявлены как во время беременности, так в процессе родов. При их выявлении необходимо изменить тактику ведения.
- Клиницисты должны знать о факторах риска послеродовых кровотечений, которые должны быть учтены при решении вопроса о выборе места родоразрешения.



Некоторые факторы риска, выявляемые во время беременности, сопровождаются значимым увеличением частоты послеродовых кровотечений. Изучите факторы риска и тактику действий при их наличии:

Факторы риска послеродовых кровотечений:

- Кровотечения во время беременности
- Предлежание плаценты
- Аномалии прикрепления плаценты (placenta accreta и более тяжелые формы: increta и percreta)
- Многоплодная беременность
- Преэклампсия/гестационная артериальная гипертензия
- Многорожавшие женщины
- Заболевания крови, например гемофилия
- Лечение антикоагулянтами

Ваши действия:

Женщинам с этими факторами риска должны быть рекомендовано родоразрешение в учреждениях с высоким уровнем оказания медицинской помощи



Следующие факторы риска, имеющиеся во время беременности, также взаимосвязаны с увеличением (хоть и менее выраженным) частоты послеродовых кровотечений. Изучите данные факторы риска и тактику действий при их наличии:

Факторы риска послеродовых кровотечений:

- Послеродовое кровотечение в анамнезе
- Ожирение (ИМТ >35)
- Анемия (<90 г/л)

Тяжесть состояния при послеродовом кровотечении может усугубляться за счет наличия исходной анемии, и в этом случае меньший объем кровопотери может приводить к тяжелым клиническим последствиям.

Что нужно сделать:

Эти факторы должны быть приняты во внимание при решении вопроса о выборе места родоразрешения.



Факторы риска, которые могут возникнуть во время родоразрешения

Факторы риска послеродовых кровотечений

- Экстренное кесарево сечение
- Элективное кесарево сечение
- Плотное прикрепление плаценты
- Эпизиотомия
- Оперативное влагалищное родоразрешение
- Затяжные роды (> 12 часов)
- Крупный плод (> 4 кг)
- Лихорадка во время родов
- Индукция родов

Что следует делать:

Эти факторы заслуживают особого внимания врачей и медицинского персонала



Большинство летальных случаев, связанных с послеродовыми кровотечениями, происходят в течение первых 24 часов после родов. Правильная тактика ведения третьего периода родов способствует их предотвращению.

Активная тактика ведения третьего периода родов способствует уменьшению объема кровопотери и позволяет снизить риск послеродовых кровотечений (Кохрановские обзоры 2000 и 2011).

Так как у большинства женщин с послеродовыми кровотечениями отсутствуют явные клинические или анамнестические факторы риска, активная тактика ведения третьего периода родов должна быть рекомендована всем пациенткам.

По сравнению с активной тактикой ведения третьего периода родов выжидательная включает ожидание признаков отделения плаценты и самостоятельное рождение последа.



Изучите три составляющих активной тактики ведения третьего периода родов:

1. Применение утеротонических средств

Профилактическое применение утеротонических средств снижает риск послеродовых кровотечений приблизительно на 60%.

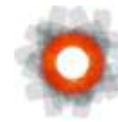
Их использование – это главная составляющая активной тактики ведения третьего периода родов.

2. Пережатие пуповины

Позднее пережатие пуповины (через 1-3 минуты после рождения ребенка) рекомендуется производить во время родов при наличии адекватного наблюдения за состоянием новорожденного.

3. Контролируемые тракции за пуповину

Тракции за пуповину – это рекомендуемый метод удаления последа. После рождения последа с помощью контролируемых тракций за пуповину, в большинстве случаев проводится массаж матки, который также является составляющей активной тактики ведения третьего периода родов.



Использование утеротонических средств – это главная составляющая активной тактики ведения третьего периода родов.

Утеротонические препараты должны быть использованы рутинно у всех пациенток в процессе ведения третьего периода родов.

Для женщин, не имеющих факторов риска развития послеродовых кровотечений и родоразрешенных через естественные родовые пути или путем операции кесарева сечения, введение окситоцина - 10 МЕ внутримышечно (в/м) или внутривенно (в/в)- является методом выбора для профилактики кровотечения.

ВНИМАНИЕ!

Для пациенток с сердечно-сосудистыми заболеваниями низкие дозы окситоцина, вводимого с помощью внутривенной инфузии, рекомендованы как более безопасная альтернатива.



Какие утеротонические препараты могут быть также рекомендованы для профилактики кровотечения?

Эргометрин/метилэргометрин или Синтометрин, комбинированный препарат эргометрина и окситоцина, имеют ряд побочных эффектов и противопоказаний:

- увеличивают риск рвоты.
- их использование противопоказано женщинам с гипертензивными заболеваниями

Доза:

в/м или в/в (медленно): 0.2 мг



Какие утеротонические препараты могут быть также рекомендованы для профилактики кровотечения?

Мизопропрост (*per os*)

Мизопропрост по сравнению с окситоцином является менее эффективным методом профилактики послеродовых кровотечений. Он обладает большим числом побочных эффектов, которые являются дозозависимыми. Доза мизопростола составляет 600 мкг при пероральном применении.

Мизопропрост (600 мкг перорально) может быть назначен для профилактики послеродового кровотечения при отсутствии возможности применения окситоцина.

Однако нет достаточного количества данных, чтобы рекомендовать рутинное применение мизопростола с целью профилактики послеродового кровотечения.

Назначение мизопростола до родов представляет высокий риск.



Какие утеротонические препараты могут быть также рекомендованы для профилактики кровотечения?

Карбетоцин

Карбетоцин – это препарат длительного действия, являющийся производным окситоцина.

В настоящее время он не рекомендован для рутинного применения из-за относительно высокой стоимости.

При применении карбетоцина уменьшается необходимость в назначении дополнительных утеротонических средств.



Вторым компонентом активной тактики ведения третьего периода родов является пережатие пуповины.

Пережатие пуповины, производимое между 1 и 3 минутами после рождения ребенка, рекомендовано при наличии адекватного наблюдения за состоянием новорожденного.

Пережатие пуповины также рекомендовано производить у ВИЧ-инфицированных женщин и при отсутствии анализа на ВИЧ.

ВАЖНО!

Нет данных свидетельствующих о том, что отсроченное пережатие пуповины увеличивает возможность трансмиссии ВИЧ от матери к новорожденному.



Третий компонент активной тактики ведения третьего периода родов – это контролируемые тракции за пуповину и массаж матки.

Давайте для начала оценим целесообразность массажа матки.

Массаж матки часто рассматривается как составляющая активной тактики ведения третьего периода родов.

Оценка тонуса матки после родов с целью раннего выявления гипотонии матки рекомендована всем женщинам.

Рутинная и регулярная оценка тонуса матки остается ключевой составляющей послеродового наблюдения, в частности, для ранней диагностики послеродовых кровотечений.

ВАЖНО!

Постоянное проведение массажа матки не рекомендуется для предотвращения послеродового кровотечения у женщин, которым профилактически был назначен окситоцин, так как может вызывать дискомфорт у пациентки, при этом не снижая объем кровопотери.



Контролируемые тракции за пуповину - это рекомендованный метод выделения последа. При применении для профилактики послеродовых кровотечений алкалоидов спорыньи, проведение контролируемых тракций за пуповину необходимо для уменьшения частоты ущемления последа.

ВАЖНО! Проведение контролируемых тракций за пуповину рекомендовано для профилактики ущемления последа, в связи с этим персонал должен быть обучен проведению тракций.

- Роды через естественные родовые пути

Контролируемые тракции за пуповину следует проводить для уменьшения продолжительности третьего периода родов и объема кровопотери.

Если персонал не имеет должных навыков для проведения тракций за пуповину, их проведение не рекомендуется.

- Кесарево сечение

Тракции за пуповину являются рекомендованным методом выделения последа во время операции кесарева сечения (по сравнению с ручным отделением).



Дополнительные рекомендации: плацента accreta/percreta

Женщины с плацентой accreta/percreta имеют крайне высокий риск массивных послеродовых кровотечений.

Распространенность данной патологии прикрепления плаценты возрастает в связи с увеличением частоты родоразрешения путем операции кесарева сечения и последующим наличием рубца на матке.

У всех женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения в близком к доношенному сроку беременности должно быть определено расположение плаценты с помощью ультразвукового исследования.

При наличии возможности для диагностики вставания плаценты также рекомендуется проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ).



Дополнительные рекомендации: плацента accreta/percreta

Если диагноз вставания плаценты был поставлен во время беременности, родоразрешение пациентки должно быть проведено в учреждении с наиболее высоким уровнем оказания медицинской помощи.

Опытные акушеры-гинекологи и анестезиологи должны участвовать в родоразрешении данной группы пациенток, также необходимо иметь в наличии запас крови, свежзамороженной плазмы и тромбоцитарной массы.

Проведение разреза в дне матки для извлечения ребенка может позволить провести операцию со значительно меньшим объемом кровопотери.

Имеющиеся данные о профилактической окклюзии или эмболизации маточных артерий у женщин с вставанием плаценты являются противоречивыми.



Вы завершили модуль 2 и должны знать:

- Факторы риска послеродовых кровотечений
- Пути минимизации факторов риска
- Активную тактику ведения третьего периода родов
- Препараты, которые могут быть использованы для уменьшения риска послеродовых кровотечений

Рекомендации для дальнейшего чтения:

Attilakos G, Psaroudakis D, Ash J, Buchanan R, Winter C, Donald F, Hunt LP, Draycott T. Carbetocin versus oxytocin for the prevention of postpartum haemorrhage following caesarean section: the results of a double-blind randomised trial. BJOG. 2010 Jul;117(8):929–36. [[Abstract](#)]

Al-Zirqi I, Vangen S, Forsen L, Stray-Pedersen B. Prevalence and risk factors of severe obstetric haemorrhage. BJOG. 2008 Sep;115(10):1265–72. [[Abstract](#)]

Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(11):CD007412. [[Abstract](#)]

Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(3):CD000007. [[Abstract](#)]



Рекомендации для дальнейшего чтения

World Health Organization. WHO recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2007.

McDonald S, Abbott JM, Higgins SP. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD000201. [[Abstract](#)]

Gülmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(3):CD000494. [[Abstract](#)]

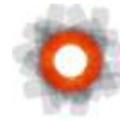
Alfirevic Z, Blum J, Walraven G, Weeks A, Winikoff B. Prevention of postpartum hemorrhage with misoprostol. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Dec;99 Suppl 2S198–201. [[Abstract](#)]

Lax A, Prince MR, Mennitt KW, Schwebach JR, Budorick NE. The value of specific MRI features in the evaluation of suspected placental invasion. Magn Reson Imaging. 2007 Jan;25(1):87–93. [[Abstract](#)]

Warshak CR, Eskander R, Hull AD, Scioscia AL, Mattrey RF, Benirschke K, Resnik R. Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta. Obstet Gynecol. 2006 Sep;108(3 Pt 1):573–81. [[Abstract](#)]



Модуль 3
Какой должна быть тактика при послеродовых
кровотечениях?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Модуль 3

Какой должна быть тактика при послеродовых кровотечениях?

Основанная на доказательствах тактика ведения при послеродовых кровотечениях

Это тренинговый курс основан на следующих клинических руководствах:

Королевского общества акушеров-гинекологов. Профилактика и лечение послеродовых кровотечений (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. Green-top Guideline No. 52. London: RCOG; 2011).

Всемирной организации здравоохранения. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродовых кровотечений (World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2012).

Всемирная организация здравоохранения. Рекомендации ВОЗ по тактике лечения послеродовых кровотечений и плотного прикрепления плаценты (World Health Organization. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. Geneva: World Health Organization; 2009).

В ситуациях, когда имелись расхождения в рекомендациях Королевского общества акушеров-гинекологов и ВОЗ, нами были представлены оба варианта.



После успешного завершения этого модуля Вы должны знать:

- Основные методы лечения умеренных послеродовых кровотечений
- Полный протокол лечения массивных послеродовых кровотечений
- Как проводить динамическое наблюдение и обследование при послеродовом кровотечении
- Механические методы остановки гипотонических послеродовых кровотечений
- Фармакологические методы остановки гипотонических кровотечений
- Хирургические методы остановки послеродовых кровотечений
- Тактику лечения при послеродовых кровотечениях, вызванных другими причинами



Какой должна быть тактика при послеродовых кровотечениях?

Незамедлительно после постановки диагноза послеродового кровотечения, необходимо приступить к оказанию помощи, включающей четыре основных мероприятия, которые необходимо выполнять **одновременно**:

- Взаимодействие
- Восстановление и стабилизация
- Динамическое наблюдение и обследование
- Остановка кровотечения



Какой должна быть тактика при послеродовых кровотечениях?

Рекомендации, представленные в данном курсе, предусматривают лечение кровотечений в учреждении с высоким уровнем оказания медицинской помощи и наличием:

- Лаборатории;
- Банка крови;
- Квалифицированного акушерского и анестезиологического персонала.

Если первичное послеродовое кровотечение происходит у женщины, родоразрешенной в стационаре первого или второго уровня, необходимо начать оказание помощи и параллельную транспортировку в учреждение с более высоким уровнем оказания помощи.



Какой должна быть тактика при послеродовых кровотечениях?

Провести исходную оценку состояния и приступить к базовым лечебным мероприятиям:

1. Вызвать помощь
2. Проверить проходимость дыхательных путей, дыхание и кровообращение (ABC - assess airway, breathing and circulation)
3. Обеспечить дополнительный кислород
4. Получить доступ к вене
5. Начать внутривенное введение кристаллоидных растворов
6. Мониторировать АД, пульс и частоту дыхания
7. Катетеризировать мочевого пузыря и контролировать диурез
8. Оценить необходимость гемотрансфузии
9. Заказать анализы – клинический анализ крови, коагулограмму, определение группы крови, резус-фактора и провести пробу на совместимость
10. Начать внутривенную инфузию окситоцина



Модуль 3

Какой должна быть тактика лечения при послеродовых кровотечениях?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Исходная оценка и базовое лечение послеродовых кровотечений включает и другие действия:

- Оценить необходимость проведения массажа матки, бимануальной компрессии матки, прижатия аорты, баллонной тампонады матки.
- Быть готовыми в любое время транспортировать женщину на более высокий уровень оказания помощи, если лечение оказывается неэффективным или не может быть в полной мере проведено в стационаре данного уровня.
- Транспортировать пациентку **параллельно с проведением внутривенной инфузии утеротонических средств**
- Врач, сопровождающий пациентку в процессе транспортировки, должен проводить массаж матки, а при необходимости **применить механическую компрессию.**



Базовые лечебные мероприятия при умеренных послеродовых кровотечениях

При первичном послеродовом кровотечении и объеме кровопотери 500-1000 мл, отсутствии клинических признаков шока, необходимы:

- **Непрерывное динамическое наблюдение**
- **Доступ к вене**
- **Клинический анализ крови**
- **Определение группы крови и резус-фактора**

Внимание!

Умеренное послеродовое кровотечения может за короткий период времени перейти в массивное.



4 компонента тактики лечения при умеренных послеродовых кровотечениях:

Взаимодействие Кто должен быть информирован?

- предупредить ответственного акушера-гинеколога и анестезиолога
- предупредить ответственную акушерку
- предупредить банк крови
- предупредить стационар более высокого уровня оказания медицинской помощи

Восстановление и стабилизация

- Получить венозный доступ (14 размера канюля x 1)
- Начать инфузию кристаллоидных растворов

Динамическое наблюдение и обследование

- Проводить непрерывный мониторинг
- Взять кровь (20 мл) для определения группы крови и резус-фактора, проведения клинического анализа крови и коагулограммы, включая фибриноген
- Запись данных пульса и АД каждые 15 минут

Остановка кровотечения

- Следует проводить также как и при массивных послеродовых кровотечениях.



Когда необходимо применять полный протокол лечения массивных послеродовых кровотечений?

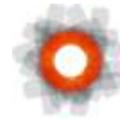
Полный протокол должен быть использован, если

- первичное послеродовое кровотечение продолжается с кровопотерей > 1000 мл
- если меньший объем кровопотери сочетается с **клиническими признаками шока**:
 - тахикардия
 - гипотензия
 - тахипноэ
 - олигурия
 - сниженное наполнение периферических сосудов

Полный протокол лечения послеродовых кровотечений включает меры для:

- **Взаимодействия**
- **Восстановления и стабилизация**
- **Динамического наблюдения и дообследования**
- **Остановки кровотечения**

Посмотрите схему полного протокола на стр. 24 клинических рекомендаций Королевского общества акушеров-гинекологов ([RCOG Guideline](#))



Протокол лечения массивных послеродовых кровотечений:

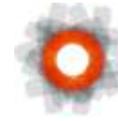
Взаимодействие

Кто должен быть поставлен в известность после постановки диагноза послеродового кровотечения?

Быстрое вовлечение в лечебный процесс опытных специалистов, в том числе анестезиологов, сотрудников лабораторий, является ключевым в лечении послеродовых кровотечений.

- Вызвать вторую акушерку (в дополнении к ответственной акушерке)
- Вызвать анестезиолога
- Вызвать клинического гематолога
- Предупредить отделение переливания крови
- Вызвать лаборантов

Общение с **пациенткой** и ее **партнером** является важным, необходимо информировать их о произошедшем осложнении и рисках, связанных с ним.



Протокол лечения массивных послеродовых кровотечений: Взаимодействие

Термины, которые должны быть использованы

Клиницисты и специалисты отделения переливания крови должны обсудить и согласовать:

- Стандартную формулировку **понятий** (таких как «нам необходима совместимая кровь сейчас» или «совместимая кровь»), чтобы использовать в случаях массивных акушерских кровотечений
- Количество времени на выполнение определенных манипуляций

Использование терминов «контролируемое массивное акушерское кровотечение» или «продолжающееся массивное акушерское кровотечение» могут быть использованы для определения **ургентности** клинической ситуации.



Протокол лечения массивных послеродовых кровотечений:

Восстановление и стабилизация

Первоначальное обследование пациентки с тяжелым акушерским кровотечением, находящейся в коллапсе, должно проводиться с использованием стандартного подхода, начиная от **АВС** и **дальнейшим решением проблем по мере их выявления**. Поэтому необходимо одновременно динамически оценивать состояние пациентки и проводить коррекцию.

Экстренность принятия мер для стабилизации состояния и остановки кровотечения должна строго соответствовать **степени шока**. Решение должно приниматься консультативно* в каждой клинической ситуации.

Важнейшими составляющими проведения реанимации при послеродовых кровотечениях являются:

- **Восстановление объема крови**
- **Восстановление кислородной емкости крови**

* Акушеры должны консультироваться с коллегами анестезиологами, гематологами и гемотрансфузиологами для определения наиболее подходящей комбинации растворов для внутривенной инфузии, переливания крови и ее препаратов.



Протокол лечения массивных акушерских кровотечений: Восстановление и стабилизация

При массивной кровопотере главными **целями** проводимых мероприятий является поддержание показателей крови на следующем уровне:

Гемоглобин >80 г/л

Тромбоциты >75 x10⁹ / л

Протромбин <1.5 x нормативное значение

Активированное протромбиновое время < 1,5 x нормативное значение

Фибриноген >1.0 г/л



Протокол лечения массивных акушерских кровотечений:

Восстановление и стабилизация

Что можно сделать для восстановления циркулирующего объема крови и кислородной емкости крови?

1. ABC протокол включает:

A: Оценку проходимости дыхательных путей; обратиться за помощью к анестезиологу, если она нарушена

B: Оценку дыхания

C: Оценку кровообращения

- Дать кислородную маску с 10-15 литрами кислорода/минуту (вне зависимости от показателя сатурации кислорода в крови пациентки)

- Получить венозный доступ (14 размера канюля x 2, оранжевая канюля)

- Положить женщину на ровную поверхность

- Обеспечить сохранение тепла

- До того момента, когда появится возможность провести гемотрансфузию, необходимо перелить **до 3,5 литров теплых растворов** настолько быстро насколько этого требует клиническая ситуация.



Протокол лечения массивных акушерских кровотечений:

Восстановление и стабилизация

Что можно сделать для восстановления объема циркулирующей крови и ее кислородной емкости?

2. Объем крови

Замещение объема должно быть произведено, принимая во внимание то, что **кровопотеря** зачастую значительно **недооценена**.

- **Совместимая кровь** (так же как эритроцитарная масса) - это лучшая инфузионная среда, применяемая при массивной кровопотере. При наличии необходимости следует провести гемотрансфузию как только появляется возможность.
- Клиническая картина должна быть определяющим фактором для переливания крови, и время не должно быть потеряно в ожидании получения лабораторных результатов.



Протокол лечения массивных акушерских кровотечений:

Восстановление и стабилизация

Какие меры нужно применить для восстановления объема циркулирующей крови и ее кислородной емкости?

3. Инфузионная терапия

Инфузионная терапия включает:

- **Кристаллоиды:** изотонические кристаллоидные растворы рекомендованы для стартовой инфузионной терапии
- Перелить раствора Хартмана в объеме до 2 литров
- **Коллоиды:** перелить до 1-2 литров коллоидных растворов до получения препаратов крови. Необходимо помнить о том, что высокие дозы данных растворов могут вызвать побочные эффекты.

Максимальный объем чистых растворов, которые должны быть перелиты, до получения компонентов крови, составляет 3,5 литра.



Протокол лечения массивных акушерских кровотечений:

Динамическое наблюдение и обследование

Какие необходимо проводить обследование и динамическое наблюдение за состоянием женщины?

1. Взятие крови (20мл) для:
 - пробы на групповую совместимость (4 единицы минимум)
 - клинического анализа крови
 - коагулограммы, включая фибриноген
 - биохимического анализа крови
2. Контролировать температуру тела каждые 15 минут
3. Записывать показатели пульса, АД, частоты дыхания (используя пульсоксиметр, ЭКГ и автоматическую запись АД) в динамике
4. Использовать катетер Фолея для оценки диуреза
5. Два периферических венозных катетера, 14 или 16 размера
6. Решить вопрос о необходимости инвазивного мониторинга центральной гемодинамики (при наличии опытных специалистов в проведении данной процедуры)



Модуль 3

Какой должна быть тактика лечения при послеродовых кровотечениях?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Остановка кровотечения

Наиболее частая причина первичных послеродовых кровотечений это **ГИПОТОНИЯ матки.**

Необходимо тщательно оценить клиническую ситуацию, чтобы убедиться в том, что кровотечение является гипотоническим и нет других источников кровотечения, таких как разрывы мягких тканей родовых путей, выворот матки.



Остановка кровотечения

Следующие меры должны быть применены **пока кровотечение не остановилось:**

1. Механические и физиологические меры, чтобы стимулировать **маточные сокращения** – это меры первого уровня в лечении послеродовых кровотечений. Они включают в себя:

- Наружный массаж матки
- Бимануальная компрессия матки
- Опорожнение мочевого пузыря (использовать катетер Фолея для контроля диуреза)

Необходимо наличие навыков выполнения данных манипуляций, так как они могут вызывать дискомфорт у пациентки и осложнения.

Использование **тампонады матки марлевыми салфетками не рекомендовано**, так как является потенциально опасным.



Остановка кровотечения

2. Медикаментозные методы (утеротоники) являются необходимыми в лечении послеродовых кровотечений:

- Окситоцин(синтоцинон) - препарат первого выбора

Препараты второй линии:

- Эргометрин и Синтометрин (комбинированный препарат эргометрина и окситоцина)
- Карбопрост
- Мизопростол



Остановка кровотечения

3. Хирургические методы: если механические и/или медикаментозные методы не эффективны для остановки кровотечения, следует использовать хирургические методы:

- Баллонная тампонада матки
- Компрессионные швы (такие как B-Lynch или другие модифицированные методики компрессионных швов)
- Двусторонняя перевязка маточных артерий
- Двусторонняя перевязка внутренних подвздошных (подчревных) артерий
- Гистерэктомия

Сначала следует использовать консервативные хирургические методы, а затем инвазивные: компрессионные швы, затем перевязку маточных, маточно-яичниковых и внутренних подвздошных артерий, следующий этап - надвлагалищная ампутация матки или гистерэктомия, если жизнеугрожающее кровотечение продолжается после перевязки сосудов.



Остановка гипотонического кровотечения:

Временные механические методы:

1. Наружный массаж матки -

это массаж матки через переднюю брюшную стенку. Он обычно проводится пока кровотечение не остановилось или матка не сократилась, и массаж **следует начинать как только послеродовое кровотечения диагностировано.**

Массаж матки сразу после родов с одновременным выжиманием сгустков не рассматривается как лечебный массаж матки.

2. Бимануальная компрессия матки -

это временная мера лечения, применяемая до начала оказания основной помощи. Врачи должны проходить тренинг по выполнению бимануальной компрессии матки.

Эта процедура может быть болезненной, поэтому необходимо объяснить ее важность роженице и ее партнеру по родам.



Остановка гипотонического кровотечения

Временные механические методы

3. Компрессия аорты -

Компрессия аорты рекомендована как временная мера борьбы с кровотечением.

Эта методика позволяет выиграть время до начала инфузионной терапии, а также других мер, направленных на остановку кровотечения.

4. Непневматическая антишоковая одежда

Используется как временная мера. Ее применение эффективно в тех ситуациях, когда женщину с послеродовым кровотечением требуется транспортировать в учреждение с более высоким уровнем оказания помощи.

В настоящее время проводятся исследования, позволяющие оценить ее возможные преимущества и риски.



Гипотоническое кровотечение

Медикаментозные методы: утеротоники

Утеротоники

1.Окситоцин (синтоцинон)

Препарат первого выбора для лечения послеродовых кровотечений

Доза:

- 5 МЕ с помощью медленной внутривенной инъекции (дозу можно повторить)
- Продолжительная внутривенная инфузия 40 МЕ в 500 мл раствора Хартмана со скоростью 125 мл/ч

ИЛИ

- В/в инфузия 20-40 МЕ в 1 литре жидкости по 60 капель/мин
- Непрерывная в/в инфузия 20 МЕ в 1 литре жидкости по 40 капель/минуту до остановки кровотечения

Максимальная доза: не более 3 литров в/в растворов, содержащих окситоцин

Меры предосторожности: возможно **отрицательное влияние на гемодинамику**, включая выраженную гипотензию после инъекции окситоцина, поэтому в/в болюс необходимо вводить медленно.



Гипотоническое кровотечение

Медикаментозные методы: утеротоники

Утеротоники

2. Эргометрин или Синтометрин (комбинация эргометрина и окситоцина)

Производные эргометрина рекомендованы для использования, если нет возможности применить окситоцин, или, если кровотечение не останавливается после применения окситоцина.

Доза:

- Эргометрин - **0.2** мг или **0.5** мг **внутривенно медленно** или **внутримышечно**

Продолжение:

- Повторить 0.2 мг в/м через 15 минут
- Если необходимо, вводить 0.2 мг в/м или в/в медленно каждые 4 часа

Максимальная доза: 5 доз (всего 1.0 мг) **ИЛИ** синтометрин – 1 мл в/в медленно

Меры предосторожности: преэклампсия, гипертензия, болезни сердца



Гипотоническое кровотечение

Медикаментозные методы: утеротоники

Простагландины

1. Карбопрост (простагландин F2)

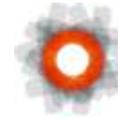
Простагландины рекомендуется вводить, если нет возможности использовать окситоцин или нет эффекта от его применения.

Доза

- 0.25 мг внутримышечно с интервалами не менее 15 минут
- **Максимальная доза:** 8 доз (всего 2 мг)

Меры предосторожности/противопоказания: бронхиальная астма

Нельзя вводить внутривенно, может привести к летальному исходу!



Гипотоническое кровотечение

Медикаментозные методы: утеротоники

Простагландины

2. Мизопростол (простагландин E1)

Рекомендован для применения, если нет возможности использовать окситоцин или нет эффекта от его применения.

Доза:

- 800 мкг **под язык** — риск гипертермии (ВОЗ)
- 1000 мкг **ректально** (Королевское общество акушеров гинекологов)



Гипотоническое кровотечение

Хирургические методы остановки кровотечения

Какие хирургические методы должны быть применены для остановки гипотонического кровотечения?

Если терапия утеротоническими препаратами, а также применение консервативных методов (например, массаж матки, баллонная тампонада) не приводят к остановке кровотечения, без промедления должны быть использованы хирургические методы.

Сначала должен быть использован консервативный хирургический подход. Если он оказывается неэффективным, следует применять более инвазивные методы.

Выбор и последовательность хирургических методов зависит от:

- Опыта и квалификации врачей
- Индивидуального подхода с позиции будущей репродуктивной функции пациентки



Гипотоническое кровотечение

Хирургические методы остановки кровотечения

Какие хирургические методы должны быть использованы для остановки кровотечения при гипотонии матки?

Баллонная тампонада матки

Рекомендована как метод первого выбора хирургической остановки **гипотонического кровотечения** при неэффективности утеротонических препаратов.

Для баллонной тампонады можно использовать катетер Фолея, баллон Бакри, катетер Блэкмора, презерватив и более дешевые модификация из стерильных хирургических перчаток.

«Тест на тампонаду»:

- «Положительный тест» (после наполнения баллона кровотечение останавливается), что определяет отсутствие необходимости в проведении лапаротомии.
- «Отрицательный тест» (после наполнения баллона кровотечение продолжается), что является показанием к лапаротомии.



Гипотоническое кровотечение

Хирургические методы остановки кровотечения

Какие хирургические методы должны быть использованы для остановки кровотечения при гипотонии матки?

Баллонная тампонада матки: продолжение

4-6 часов тампонады считаются достаточным количеством времени для достижения адекватного гемостаза в большинстве случаев, но доказательные данные, касающиеся необходимой продолжительности нахождения баллона в полости матки, отсутствуют.

Удаление баллона должно быть произведено в дневные часы, когда опытные специалисты находятся на рабочем месте, если возникнет необходимость в дальнейших мероприятиях по остановке продолжающегося кровотечения.

Перед удалением баллон должен быть опорожнен, но необходимо оставить его в полости матки до тех пор пока врач не убедится, что кровотечение не возобновилось.



Гипотоническое кровотечение

Хирургические методы остановки кровотечения

Эффективные методы остановки тяжелых послеродовых кровотечений и **снижающие необходимость в проведении гистерэктомии.**

Компрессионные швы на матку

Наиболее известная модификация компрессионных швов, описанная B-Lynch в 1997 г, используется при кесаревом сечении, так как их наложение предусматривает наличие разреза в нижнем маточном сегменте.

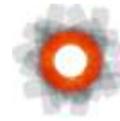
Модифицированный компрессионный шов, при котором отсутствует необходимость в гистеротомии, был описан Хайманом (Hayman) и соавторами в 2002 году.

Другие авторы (Hwu и др., 2005 и Kafali и др., 2003) описали модификации этих двух хирургических техник.

Отсутствуют сравнительные данные, демонстрирующие преимущества одного из видов компрессионных швов.

Рекомендуется хранить схему наложения компрессионных швов в операционной.

Возможные осложнения после наложения компрессионных швов включают пиометру и некроз части матки.



Гипотоническое кровотечение

Хирургические методы остановки кровотечения

Эффективные методы остановки тяжелых послеродовых кровотечений и **снижающие необходимость в проведении гистерэктомии.**

Перевязка внутренних подвздошных артерий

Перевязка внутренних подвздошных артерий рассматривается как консервативное хирургическое вмешательство.

Однако, баллонная тампонада матки и компрессионные швы являются более эффективными и легкими для выполнения методами.

Перевязка внутренних подвздошных артерий не оказывает влияния на дальнейшую репродуктивную функцию и исходы последующих беременностей.



Гипотоническое кровотечение

Хирургические методы остановки кровотечения

Эффективные методы остановки тяжелых послеродовых кровотечений и **снижающие необходимость в проведении гистерэктомии.**

Селективная окклюзия или эмболизация маточных артерий

Данные методы имеют сходную эффективность с баллонной тампонадой матки.

Применение эмболизации маточных артерий рекомендовано, если другие методы оказались неэффективными и имеется необходимое оборудование для ее проведения.

Методы интервенционной радиологии могут быть использованы при предлежании плаценты с вращением, при этом внутриартериальные баллоны необходимо поместить в маточные артерии перед выполнением операции кесарева сечения.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что эмболизация маточных артерий не оказывает влияния на дальнейшую менструальную и репродуктивные функции.



Гипотоническое кровотечение

Хирургические методы остановки кровотечения

Если консервативные хирургические методы оказываются неэффективными, необходимо использовать инвазивные методы.

Гистерэктомия

Своевременный переход к гистерэктомии может спасти жизнь пациентке, особенно в ситуациях, когда кровотечение связано с вращением плаценты или разрывом матки.

НЕ СЛЕДУЕТ откладывать проведение гистерэктомии пока женщина не находится в критическом состоянии или тратить время на менее инвазивные вмешательства при отсутствии опыта в их выполнении.

Надвлагалищная ампутация матки является операцией выбора при отсутствии разрывов шейки матки или нижнего маточного сегмента, при которых необходимо проведение гистерэктомии.

Решение о выполнении данной операции должно быть принято опытным клиницистом и, при наличии возможности, его следует принимать консультативно.

Операция должна выполняться опытным хирургом.



Остановка кровотечения: другие методы

Есть ли необходимость в использовании рекомбинантного фактора VIIa?

Нет достаточных данных, чтобы рекомендовать использование рекомбинантного фактора VIIa для лечения послеродовых кровотечений.

Его использование должно быть рекомендовано только женщинам со специфическими гематологическими заболеваниями и основано на результатах коагулограммы.

Этот препарат используется при **жизнеугрожающих послеродовых кровотечениях** как дополнение к стандартному медикаментозному и хирургическому лечению, после консультации с **гематологом**.

Доза:

- 90 мкг/кг
- Можно повторить при отсутствии клинического эффекта в течение 15-30 минут.

Меры предосторожности: побочные эффекты после применения рекомбинантного фактора VIIa включают **тромботические осложнения**, которые могут быть летальными.

Рекомбинантный фактор VIIa – это дорогой препарат.



Остановка кровотечения: другие методы

Риск развития тяжелой гипофибриногенемии при использовании рекомбинантного фактора VIIa:

При наиболее тяжелых послеродовых кровотечениях, когда возникает вопрос о назначении рекомбинантного фактора VIIa, есть вероятность возникновения тяжелой гипофибриногенемии.

Рекомбинантный фактор VIIa не будет эффективным при гипофибриногенемии, кроме того, его эффективность может быть низкой при тяжелой тромбоцитопении (менее, чем $20 \times 10^9/\text{л}$).

Применять рекомбинантный фактор VIIa следует только при условии, что уровень фибриногена > 1 г/л и тромбоцитов $> 20 \times 10^9/\text{л}$

При низкой эффективности первой дозы фактора VIIa, необходимо проверить и скорректировать уровень фибриногена и тромбоцитов (с помощью криопреципитата, концентрата фибриногена или переливания тромбоцитарной массы) до введения повторной дозы препарата.



Остановка кровотечения: другие методы

Есть ли необходимость применения антифибринолитических средств?

Данные о применении ингибиторов фибринолиза (таких как транексамовая кислота) в лечении послеродовых кровотечений являются противоречивыми.

Рекомендации для использования транексамовой кислоты при послеродовых кровотечениях основаны на данных литературы в области хирургии и травматологии, которые показали, что применение транексамовой кислоты является безопасным в **лечении кровотечений, связанных с травматическим повреждением.**

Транексамовая кислота рекомендована для лечения послеродовых кровотечений, если:

- Использование окситоцина и других утеротоников не приводит к остановке кровотечения.
- Если есть вероятность того, что кровотечение может быть в определенной степени связано травмой мягких тканей родовых путей.
- 1 г в/в (в течение 1 минуты)
- Если кровотечение продолжается, повторите 1 г через 30 минут.



Другие причины послеродовых кровотечений

Каковы другие причины послеродовых кровотечений и какой должна быть тактика?

1. Плацента

Плотное прикрепление плаценты: тактика будет описана в модуле 4.

Дефект последа:

- Окситоцин
- Ручное обследование стенок послеродовой матки и удаление остатков плацентарной ткани
- Аккуратный кюретаж стенок послеродовой матки

Если кровотечение продолжается, использовать протокол лечения гипотонического кровотечения.



Другие причины послеродовых кровотечений

Каковы другие причины послеродовых кровотечений и какой должна быть тактика?

2. Травма мягких тканей родовых путей:

При наличии разрывов мягких тканей родовых путей у пациентки случается **кровотечение** или геморрагический **шок** при наличии хорошо **сократившейся** матки.

Лечение травмы мягких тканей родовых путей:

- Зашивание разрывов
- Эвакуация и прошивание гематомы
- Если кровотечение продолжается, следует назначить транексамовую кислоту.



Модуль 3

Какой должна быть тактика лечения при послеродовых кровотечениях?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Другие причины послеродовых кровотечений

Каковы другие причины послеродовых кровотечений и какой должна быть тактика?

3. Разрыв матки и расползание рубца на матке:

Имеется **кровотечение** или **шок**.

Лечение разрыва матки или расползания рубца на матке:

- Лапаротомия и восстановление целостности матки
- Гистерэктомия, если не удастся восстановить целостность

Если кровотечение продолжается следует назначить транексамовую кислоту.



Другие причины послеродовых кровотечений

Каковы другие причины послеродовых кровотечений и какой должна быть тактика?

4. Выворот матки:

Дно матки не пальпируется через переднюю брюшную стенку

Лечение выворота матки:

- Немедленное ручное вправление выворота
- Гидростатическая коррекция выворота
- Ручная коррекция выворота (после применения общей анестезии)

Если вышеизложенные методы являются неэффективными, следует произвести лапаротомию для коррекции выворота матки.

В случае неэффективности данного метода показана гистерэктомия.

5. Болезни крови:

Кровотечение в отсутствии гипотонии матки и других вышеизложенных состояний.

Лечение основано на трансфузии компонентов крови.



Дальнейшая стабилизация состояния: гемотрансфузия

Лучшая инфузионная среда для восстановления объема циркулирующей крови - это совместимая кровь.

При послеродовом кровотечении следует провести переливание **совместимой крови** настолько быстро насколько это возможно.

Если нет возможности перелить совместимую кровь, можно использовать кровь I группы RhD отрицательную.

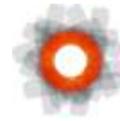
НЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ специальные фильтры для крови, если они приводят к снижению скорости инфузии.

Группа крови

Если нет возможности провести переливание совместимой крови после инфузии 3.5 литров растворов, следует принять решение о выборе оптимальной инфузионной среды для восстановления кислородной емкости крови. Причем данный выбор зависит от клинической ситуации и возможностей родовспомогательного учреждения.

При отсутствии совместимой крови гемотрансфузия **I(0) Rh-отрицательной крови** является наиболее безопасным методом, чтобы избежать переливания несовместимой крови в экстренной ситуации.

Все родовспомогательные учреждения, особенно небольшие подразделения без собственного банка крови, должны иметь запас I (0) Rh-отрицательной группы крови. Женщины, имеющие **факторы риска послеродовых кровотечений**, не должны быть родоразрешены в стационарах, не имеющих собственного банка крови.



Дальнейшая стабилизация состояния: гемотрансфузия

Компоненты крови

Какие компоненты крови могут быть использованы?

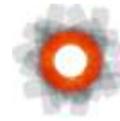
Компоненты крови должны быть перелиты, когда **кровопотеря** достигает **4.5 литров (80% от ОЦК)** и большие объемы замещающих жидкостей были использованы.

Результаты коагулограммы и рекомендации гематологов должны учитываться при проведении трансфузии факторов свертывания.

Если кровотечение продолжается с большой скоростью, **свежезамороженная плазма (СЗП) в объеме до 1 литра и 10 единиц криопреципитата** могут быть назначены эмпирически до получения результатов коагулограммы.



Модуль 3
Какой должна быть тактика лечения при послеродовых кровотечениях?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Дальнейшая стабилизация состояния: гемотрансфузия

Свежезамороженная плазма:

4 единицы плазмы на каждые 6 единиц эритроцитарной массы или при повышении протромбинового времени/АЧТВ более, чем в 1,5 раза (12-15 мл/кг или всего 1 литр)

Тромбоконцентрат:

Если тромбоциты $< 50 \times 10^9$

Криопреципитат:

Если фибриноген < 1 г/л



Дальнейшее динамическое наблюдение и обследование

После остановки кровотечения и завершения реанимационных мероприятий, необходимо дальнейшее наблюдение в отделении интенсивной терапии.

Кто должен проводить наблюдение?

Необходимо проводить тщательный мониторинг объема проводимой инфузионной терапии и переливания крови и ее компонентов. Объем должно быть четко определен **лидером команды** (анестезиологом или акушером) с учетом клинического анализа крови и коагулограммы, желательна под руководством **гематолога** и/или специалиста гемотрансфузиолога.

Какой мониторинг необходим?

Непрерывный мониторинг физиологических функций является необходимым.

Когда возможно, мониторинг центрального венозного или прямого артериального давления должен проводиться при наличии осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы в связи с кровотечением или исходным заболеванием.

Необходимо документировать баланс жидкости, переливание крови и ее компонентов, проводимые манипуляции.



Модуль 3

Какой должна быть тактика лечения при послеродовых кровотечениях?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Дальнейший мониторинг и обследование

Как следует вести документацию?

Тщательно записывайте все параметры наблюдения, обследования и лечения в специализированные карты интенсивной терапии и наблюдения (например, карта послеродового кровотечения [Postpartum haemorrhage chart](#) и модифицированная карта [obstetric early warning system charts](#)), чтобы иметь наглядную картину клинической ситуации и своевременно выявлять возникающие осложнения.



Анестезиологическая тактика

Необходимо проводить тщательную **анестезиологическую оценку** состояния пациентки, чтобы приступить к восстановлению внутрисосудистой емкости крови и обеспечить адекватное обезболивание.

Нестабильность гемодинамики – это относительное противопоказание к **регионарной анестезии**.

Регионарная анестезия может быть использована при наличии у пациентки стабильной гемодинамики и отсутствии нарушений в системе свертывания крови. Также она более предпочтительна, если эпидуральная аналгезия проводилась в процессе родов. Продленный эпидуральный блок предпочтительнее спинального, так как позволяет контролировать уровень АД и удобен при длительных хирургических вмешательствах.

При продолжающемся кровотечении имеется риск возникновения нестабильности гемодинамики, при этом оптимальным методом является общая анестезия.

Рекомендации по проведению общей анестезии:

- **Быстрая последовательная индукция** - это золотой стандарт, рекомендованный для уменьшения риска аспирации.
- Использование для индукции анестезии препаратов, вызывающих **минимальную периферическую вазодилатацию**.
- **Адреналин и атропин** должны быть в наличии в процессе индукции
- **Вентиляция** с высокой фракцией кислорода должна быть использована до тех пор пока кровотечение не станет контролируемым.



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Заключение: какой должна быть тактика при послеродовом кровотечении?

Вы прошли данный модуль. Теперь Вы должны знать:

- Основные методы лечения умеренных послеродовых кровотечений
- Полный протокол лечения массивных послеродовых кровотечений
- Как проводить динамическое наблюдение при послеродовом кровотечении
- Механические методы остановки гипотонических послеродовых кровотечений
- Медикаментозные методы остановки гипотонических кровотечений
- Хирургические методы остановки гипотонических послеродовых кровотечений
- Тактику лечения при послеродовых кровотечениях, вызванных другими причинами



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Рекомендации для дальнейшего чтения:

World Health Organization. WHO recommendations for postpartum haemorrhage 2012: Evidence base. Geneva: World Health Organization; 2012.

Available from

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en/index.html

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Blood Transfusion in Obstetrics. Green-top Guideline No. 47. London: RCOG; 2007. Available from:

<http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/blood-transfusions-obstetrics-green-top-47>

Stainsby D, MacLennan S, Thomas D, Isaac J, Hamilton PJ. Guidelines on the management of massive blood loss. British Journal of Haematology. 2006;135(5):634-41. Available from:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2141.2006.06355.x/abstract>



Рекомендации для дальнейшего чтения:

Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. Why Mothers Die 2000-2002. Sixth Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: RCOG Press; 2004. Available from: <https://www.cmqcc.org/resources/27/>

McClelland D, editor. Handbook of transfusion medicine. 4th ed. London: The Stationery Office; 2007. Available from: <http://www.transfusionguidelines.org.uk/index.aspx?Publication=HTM>

Royal College of Surgeons of England. Code of Practice for the Surgical Management of Jehovah's Witnesses. London: RCSEng; 2002. Available from: http://www.rcseng.ac.uk/publications/docs/jehovahs_witness.html

Ho AM-H, Karmakar MK, Dion PW. Are we giving enough coagulation factors during major trauma resuscitation? AM J Surg. 2005 Sep;190(3):479-84. [[Abstract](#)]

Jonsson M, Hanson U, Lidell C, Nordén-Lindeberg S. ST depression at caesarean section and its relation to oxytocin dose. A randomised controlled trial. BJOG. 2010 Jan;117(1):76-83. [[Abstract](#)]

Hirshberg A, Dugas M, Banez EI, Scott BG, Wall MJ Jr, Mattox KL. Minimizing dilutional coagulopathy in exsanguinating hemorrhage: a computer simulation. J Trauma. 2003 Mar;54(3):454-63. [[Abstract](#)]

Siassakos D, Bristowe K, Draycott TJ, Angouri J, Hambly H, Winter C, Crofts JF, Hunt LP, Fox R. Clinical efficiency in a simulated emergency and relationship to team behaviours: a multisite cross-sectional study. BJOG. 2011 Apr;118(5):596-607. [[Abstract](#)]

Рекомендации для дальнейшего чтения:

Blum, J, Winikoff B, Raghavan S, Dabash R, Ramadan MC, Dilbaz B, Dao B, Durocher J, Yalvac S, Diop A, Dzuba IG, Ngoc NTN. Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women receiving prophylactic oxytocin: a double-blind, randomised, non-inferiority trial. *Lancet*. 2010 Jan, 16;375(9710):217-23. [[Abstract](#)]

Winikoff B, Dabash R, Durocher J, Darwish E, Nguyen TNN, León W, Raghavan S, Medhat I, Huynh TKC, Barrera G, Blum J. Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women not exposed to oxytocin during labour: a double-blind, randomised, non-inferiority trial. *Lancet*. 2010 Jan 16;375(9710):210-6. [[Abstract](#)]

Hofmeyr GJ, Walraven G, Gülmezoglu AM, Maholwana B, Alfirevic Z, Villar J. Misoprostol to treat postpartum haemorrhage: a systematic review. *BJOG*. 2005 May;112(5):547-53. [[Abstract](#)]

Kayem G, Kurinczuk JJ, Alfirevic Z, Spark P, Brocklehurst P, Knight M. Specific second-line therapies for postpartum haemorrhage: a national cohort study. *BJOG*. 2011 Jun;118(7):856-64. [[Abstract](#)]

Frenzel D, Condous GS, Papageorghiou AT, McWhinney NA. The use of the 'tamponade test' to stop massive obstetric haemorrhage in placenta accreta. *BJOG*. 2005 May;112(5):676-7. [[Abstract](#)]

Рекомендации для дальнейшего чтения:

Hwu Y-M, Chen C-P, Chen H-S, Su T-H. Parallel vertical compression sutures: a technique to control bleeding from placenta praevia or accreta during caesarean section. BJOG. 2005 Oct;112(10):1420-3. [[Abstract](#)]

Condous GS, Arulkumaran S, Symonds I, Chapman R, Sinha A, Razvi K. The 'tamponade test' in the management of massive postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol. 2003 Apr;101(4):767-72. [[Abstract](#)]

Kafali H, Demir N, Soylemez F, Yurtseven S. Haemostatic cervical suturing technique for management of uncontrollable postpartum haemorrhage originating from the cervical canal. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003 Sep 10;110(1):35-8. [[Abstract](#)]

Joshi VM, Otiv SR, Majumder R, Nikam YA, Shrivastava M. Internal iliac artery ligation for arresting postpartum haemorrhage. BJOG. 2007 Mar;114(3):356-61. [[Abstract](#)]

Nizard J, Barrinque L, Frydman R, Fernandez H. Fertility and pregnancy outcomes following hypogastric artery ligation for severe post-partum haemorrhage. Hum Reprod. 2003 Apr;18(4):844-8. [[Abstract](#)]

Descargues G, Mauger Tinlot F, Douvrin F, Clavier E, Lemoine JP, Marpeau L. Menses, fertility and pregnancy after arterial embolization for the control of postpartum haemorrhage. Hum Reprod. 2004 Feb;19(2):339-43. [[Abstract](#)]

Doumouchsis SK, Papageorghiou AT, Arulkumaran S. Systematic review of conservative management of postpartum hemorrhage: what to do when medical treatment fails. Obstet Gynecol Surv. 2007 Aug;62(8):540-7. [[Abstract](#)]



Рекомендации для дальнейшего чтения:

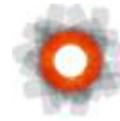
Poujade O, Grossetti A, Mougel L, Ceccaldi PF, Ducarme G, Luton D. Risk of synechiae following uterine compression sutures in the management of major postpartum haemorrhage. BJOG. 2011 Mar;118(4):433-9. [[Abstract](#)]

Borgman MA, Spinella PC, Perkins JG, Grathwohl KW, Repine T, Beekley AC, Sebesta J, Jenkins D, Wade CE, Holcomb JB. The ratio of blood products transfused affects mortality inpatients receiving massive transfusions at a combat support hospital. J Trauma. 2007 Oct;63(4):805-13. [[Abstract](#)]

Chandharan E, Rao S, Belli A-M, Arulkumaran S. The Triple-P procedure as a conservative surgical alternative to peripartum hysterectomy for placenta percreta. Int J Gynaecol Obstet. 2012 May;117(2):191-4. [[Abstract](#)]



Модуль 4
Какой должна быть тактика при
плотном прикреплении плаценты?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Модуль 4

Какой должна быть тактика при плотном прикреплении плаценты?

Основанная на доказательствах тактика ведения при послеродовых кровотечениях

Этот тренинговый курс основан на следующем клиническом руководстве:
Всемирная организация здравоохранения. Рекомендации ВОЗ для профилактики и лечения послеродовых кровотечений ([WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage](#). Geneva: World Health Organization; 2012).



Модуль 4
Какой должна быть тактика при
плотном прикреплении плаценты?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

После успешного завершения этого модуля Вы должны знать:

- Как диагностировать плотное прикрепление плаценты
- Тактику при плотном прикреплении плаценты



Диагноз **плотного прикрепления плаценты** должен быть поставлен, если плацента не отделяется **в течение 30 минут** после рождения ребенка.

Нет доказательных данных, свидетельствующих о том, что именно данная продолжительность времени (30 минут) является оптимальной для диагностики плотного прикрепления плаценты.

При отсутствии кровотечения, за состоянием пациентки можно наблюдать в течение **еще 30 минут** (всего 60 минут), до того, как приступить к **ручному отделению плаценты и выделению последа**.

В течение этого времени может произойти самопроизвольное рождение плаценты, однако, учитывая отсутствие доказательных данных, решение о времени проведения ручного отделения плаценты и выделения последа должен принимать клиницист.



Какой должна быть тактика при плотном прикреплении плаценты?

Рекомендации

При плотном прикреплении плаценты рекомендовано использовать **дополнительное введение окситоцина** (10 МЕ в/в или в/м) в сочетании с проведением **контролируемых тракций** за пуповину.

*Рекомендации по использованию утеротонических препаратов при плотном прикреплении плаценты были приняты **консенсусом** специалистов, при этом доказательных данных нет.

Эргометрин может вызвать **тетанические сокращения матки**, в результате которых может произойти ущемление последа. Его использование не рекомендовано.

Простагландин E2 альфа (динопростон или сульпростон) не рекомендован для применения. Данных, чтобы рекомендовать его использование недостаточно, кроме того есть риск побочных эффектов, преимущественно со стороны сердечно-сосудистой системы.



Какой должна быть тактика при плотном прикреплении плаценты?

При развитии кровотечения следует незамедлительно приступить к ручному отделению плаценты и выделению последа.

Однократное профилактическое введение антибиотика (ампициллин или цефалоспорин первого поколения) рекомендовано после ручного отделения плаценты и выделения последа.

- Нет достаточного количества данных о проведении антибиотикопрофилактики после ручного отделения плаценты, и данная рекомендация основана на преимуществах профилактического назначения антибиотика при кесаревом сечении, абортах и других внутриматочных манипуляциях.

Введение окситоцина в вену пуповины **не рекомендовано** как метод лечения плотного прикрепления плаценты.



Вы завершили этот модуль, Вы должны знать:

- Как диагностировать плотное прикрепление плаценты
- Тактику при плотном прикреплении плаценты

Рекомендации для дальнейшего чтения:

World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva: World Health Organization; 2007. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf

Van Beekhuizen, HJ, De Groot ANJA, De Boo T, Burger D, Jansen N, Lotgering FK. Sulprostone reduces the need for the manual removal of the placenta in patients with retained placenta: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol. 2006Feb;194(2):446-50. [[Abstract](#)]

Carroli G, Bergel E. Umbilical vein injection for management of retained placenta. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(4):CD001337. [[Abstract](#)]

ISRCTN13204258-The Release Trial: a randomised trial of umbilical vein oxytocin versus placebo for the treatment of retained placenta. Available from: <http://www.controlled-trials.com/ISRCTN13204258>



Рекомендации для дальнейшего чтения:

Chongsomchai C, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Prophylactic antibiotics for the manual removal of retained placenta in vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(2):CD004904. [[Abstract](#)]

Smaill F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(3):CD000933. [[Abstract](#)]

Nardin JM, Weeks A, Carroli G. Umbilical vein injection for management of retained placenta. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(5):CD001337. [[Abstract](#)]



Модуль 5

Какой должна быть тактика при вторичных послеродовых кровотечениях?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Модуль 5

Какой должна быть тактика при вторичных послеродовых кровотечениях?

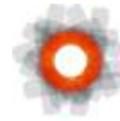
Основанная на доказательствах тактика ведения при послеродовых кровотечениях

Это тренинговый курс базируется на следующем клиническом руководстве:
Королевское общество акушеров-гинекологов. Профилактика и лечение послеродовых кровотечений (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. [Prevention and management of postpartum haemorrhage. Green-top Guideline No. 52](#). London: RCOG; 2011).



Модуль 5

Какой должна быть тактика при вторичных послеродовых кровотечениях?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

После успешного завершения данного модуля, Вы должны знать:

- Определение вторичного послеродового кровотечения
- Обследования, которые необходимо провести при вторичном послеродовом кровотечении
- Тактику лечения вторичного послеродового кровотечения



Модуль 5

Какой должна быть тактика при вторичных послеродовых кровотечениях?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Что такое вторичное послеродовое кровотечение?

Определение

Вторичное послеродовое кровотечение – это кровотечение из половых путей, происходящее между 24 часами и 12 неделями после родов.

В большинстве случаев оно сочетается с **эндометритом**.



Модуль 5

Какой должна быть тактика при вторичных послеродовых кровотечениях?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Дополнительные обследования

Взаимодействие, восстановление и стабилизация, динамическое наблюдение и обследование сходны с таковыми при первичном послеродовом кровотечении.

Дополнительные обследования включают:

- Бактериологические посевы из влагалища и цервикального канала
- Посев крови (при наличии лихорадки)
- Клинический анализ крови
- С-реактивный белок
- УЗИ малого таза (может помочь исключить наличие остатков плацентарной ткани)



Какой должна быть тактика при вторичном послеродовом кровотечении?

Вторичное послеродовое кровотечение зачастую связано с **инфекцией** и общепринятое лечение включает в себя антибактериальные и утеротонические препараты.

Антибактериальная терапия: оптимальной является комбинация **ампициллина** (клиндамицина – при наличии аллергической реакции на пенициллин) и **метронидазола**. Назначение **гентамицина** рекомендовано при эндометрите или сепсисе.

При продолжающемся кровотечении эффективным является проведение **баллонной тампонады матки**.

Хирургические методы лечения следует использовать при массивном или продолжающемся кровотечении, независимо от полученных данных ультразвукового исследования.

Опытный акушер-гинеколог должен принимать решение и проводить выскабливание стенок послеродовой матки, так как имеется высокий риск перфорации матки у таких пациенток.



Модуль 5

Какой должна быть тактика при вторичных послеродовых кровотечениях?



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Вы завершили этот модуль, Вы должны знать:

- Определение вторичного послеродового кровотечения
- Обследования, которые необходимо провести при вторичном послеродовом кровотечении
- Тактику лечения при вторичных послеродовых кровотечениях

Рекомендации для дальнейшего чтения:

Alexander J, Thomas P, Sanghera J. Treatments for secondary postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(1):CD002867. [[Abstract](#)]

Sadan O, Golan A, Girtier O, Lurie S, Debby A, Sagiv R, Evron S, Glezerman M. Role of sonography in the diagnosis of retained products of conception. J Ultrasound Med. 2004 Mar;23(3):371-4. [[Abstract](#)]

Edwards A, Ellwood DA. Ultrasonographic evaluation of the postpartum uterus. Ultrasound Obstet Gynecol. 2000 Dec;16(7):640-3. [[Abstract](#)]

French LM, Smaill FM. Antibiotic regimens for endometritis after delivery. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(4):CD001067. [[Abstract](#)]



Модуль 6
Организационные мероприятия по профилактике и тактике ведения при послеродовых кровотечениях



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Модуль 6

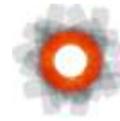
Организационные мероприятия по профилактике и тактике ведения при послеродовых кровотечениях.

Основанная на доказательствах тактика ведения при послеродовых кровотечениях

Этот тренинговый курс основан на следующих клинических руководствах:

Королевское общество акушеров-гинекологов. Профилактика и лечение послеродовых кровотечений (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. Green-top Guideline No. 52. London: RCOG; 2011).

Всемирная организация здравоохранения. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродовых кровотечений (World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2012).



После успешного завершения этого модуля, Вы должны знать:

- Меры, которые должны быть предприняты для оптимизации тактики при послеродовых кровотечениях
- Как избежать судебных исков от пациентов, чьи роды осложнились послеродовым кровотечением?
- Как следует проводить дебрифинг после клинического случая послеродового кровотечения?



Какие меры должны быть приняты для оптимизации тактики при послеродовых кровотечениях?

- **Тренинг** персонала по лечению послеродовых кровотечений.
- После каждого клинического случая массивного послеродового кровотечения необходимо проводить **совещание** для анализа и обсуждения.
- Рекомендовано проведение **ежегодных тренингов** по экстренным состояниям в акушерстве. Тренинги обеспечивают подготовку всего персонала, включая специалистов отделения переливания крови, к работе в экстренных ситуациях, в том числе связанных с послеродовыми кровотечениями.
- **Мультидисциплинарный подход** должен обеспечить командную работу персонала в лечении послеродовых кровотечений.



Как избежать судебных исков от пациентов, чьи роды осложнились послеродовым кровотечением?

Четкое документирование родов, последовательности событий и действий при послеродовом кровотечении является основополагающим.

Структурированная форма должна быть использована для точной записи (например, карта, имеющаяся в Приложении I, стр. 20 клинического руководства Королевского общества акушеров-гинекологов).

Важно записать:

- Персонал и время его прихода
- Последовательность событий
- Время и последовательность назначения различных медикаментозных средств
- Время выполнения хирургических манипуляций
- Состояние пациентки на различных этапах (включая документирование жизненных функций организма)
- Время назначения растворов и трансфузии препаратов крови



Как избежать судебных исков от пациентов, чьи роды осложнились послеродовым кровотечением?

Дебрифинг:

Массивные акушерские кровотечения могут привести не только к физической, но и моральной травме **женщины**, ее **семьи** и **врача** .

Кто?

Обсуждение должен проводить **опытный врач**, который оказывал помощь пациентке при послеродовом кровотечении.

Что?

Дебрифинг должен включать обсуждение необходимого **динамического наблюдения** и **обследования** (в том числе скрининг на коагулопатию, пангипопитуитаризм (синдром Шихана), являющийся вторичным по отношению к гипотензии).



Рекомендации для лечебных учреждений

Давайте завершим данный курс некоторыми рекомендациями по аудиту и оказанию помощи при акушерских кровотечениях.

Стандарты аудита при акушерских кровотечениях

Рекомендации для лечебных учреждений:

- Отслеживать все случаи родоразрешений с кровопотерей более 1000 мл
- Проводить надлежащее ведение женщин с послеродовыми кровотечениями в анамнезе
- Документировать тактику лечения с указанием точного времени при послеродовом кровотечении
- Изучать особенности ведения родов и исходы у женщин с послеродовыми кровотечениями
- Предупреждать специалистов, оказывающих экстренную помощь, о женщинах с послеродовыми кровотечениями
- Проводить тренинг акушерских команд (врачей, акушерок и др. специалистов)



Рекомендации для лечебных учреждений

Рекомендации для лечебных учреждений:

- Использовать строгие протоколы для профилактики и лечения послеродовых кровотечений
- Использовать строгие протоколы, регламентирующие правила направления женщин в учреждения с более высоким уровнем оказания медицинской помощи
- Использовать симуляционно-тренинговое обучение для отработки тактики при послеродовых кровотечениях
- Отслеживать применение утеротонических препаратов для профилактики послеродовых кровотечений
- Стремиться к улучшению контакта между медицинским персоналом, пациентками и членами их семей в случаях послеродовых кровотечений, что является одним из приоритетных направлений тренинга.



Вы закончили данный модуль, и теперь Вы должны знать:

- Меры, которые должны быть предприняты для оптимизации тактики при послеродовых кровотечениях
- Как избежать судебных исков от пациентов, чьи роды осложнились послеродовым кровотечением?
- Как следует проводить дебрифинг после клинического случая послеродового кровотечения?

Рекомендации для дальнейшего чтения:

Bristowe K, Siassakos D, Hambly H, Angouri J, Yelland A, Draycott TJ, Fox R. Teamwork for clinical emergencies: interprofessional focus group analysis and triangulation with simulation. Qual Health Res. 2012 Oct;22(10):1383-94. [[Abstract](#)]

Crofts JF, Ellis D, Draycott TJ, Winter C, Hunt LP, Akande VA. Change in knowledge of midwives and obstetricians following obstetric emergency training: a randomised controlled trial of local hospital, simulation centre and teamwork training. BJOG. 2007 Dec;114(12):1534-41. [[Abstract](#)]

Maslovitz S, Barkai G, Lessing JB, Ziv A, Many A. Recurrent obstetric management mistakes identified by simulation. Obstet Gynecol. 2007 Jun;109(6):1295-300. [[Abstract](#)]

Dökmetaş HS, Kilicli F, Korkmaz S, Yonem O. Characteristic features of 20 patients with Sheehan's syndrome. Gynecol Endocrinol. 2006 May;22(5):279-83. [[Abstract](#)]

Siassakos D, Bristowe K, Hambly H, Angouri J, Crofts JF, Winter C, Hunt LP, Draycott TJ. Team communication with patient actors: findings from a multisite simulation study. Simul Healthc. 2011 Jun;6(3):143-9. [[Abstract](#)]



Модуль 6
Организационные мероприятия по профилактике и
тактике ведения при послеродовых кровотечениях



Maternal Health Task Force

OXFORD MATERNAL
AND PERINATAL
HEALTH INSTITUTE

Благодарим Вас за прохождение этого курса!

Женевская организация медицинского образования и исследований (GFMER) это некоммерческая организация, работающая в тесном сотрудничестве с ВОЗ в сфере образования и исследований по репродукции человека. Чтобы получить информацию о наших курсах по сексуальному и репродуктивному здоровью, пожалуйста, посетите сайт www.gfmer.ch.