



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

**КРОВОТЕЧЕНИЕ ВО ВРЕМЯ
БЕРЕМЕННОСТИ, РОДАХ И
ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ:
ПРОФИЛАКТИКА. ДИАГНОСТИКА,
АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА**

(национальные стандарты)

Душанбе 2018

Тиражирование осуществлено при технической поддержке GIZ



РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО



**ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

Ҷумҳурии Тоҷикистон, 734025, ш. Душанбе, к. Шевченко 69. Тел: (992 37) 221 18 35, факс: (992 37) 221 75 25

ФАРМОИШ

аз «15» 12 с. 2018, № 1040

ш. Душанбе

Оид ба тасдиқи стандарти миллии оид ба «Хунравӣ дар давраи ҳомилагӣ, валодат ва давраи баъдивалодатӣ: пешгирӣ, ташҳис, тактикаи акушерӣ»

Бо мақсади беҳтар намудани сифати хизматрасонии тиббӣ ба занон тавассути мукамалномаи усулҳои ташҳис ва табобати хунравӣ дар давраи ҳомилагӣ, валодат ва давраи баъди валодат мутобики банди 10-и Низомномаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3 марти соли 2014, № 148 тасдиқ шудааст,

ФАРМОИШ МЕДИҲАМ:

1. Стандарти миллии оид ба «Хунравӣ дар давраи ҳомилагӣ, валодат ва давраи баъди валодат» тасдиқ карда шавад (замима мегардад).
2. Ба мудири баҳши модаршавини беҳавф ва танзими оилаи Раёсати ташкили хизматрасонии тиббӣ ба модарону кӯдакон ва танзими оила (Юнусова Д.З.) супориш дода шавад, ки раванди нашр ва дастрас намудани стандарти миллии мазкурро дар сатҳи шаҳру ноҳияҳои ҷумҳурӣ таъмин намояд.
3. Ба инобат гирифта шавад, ки дастгири техникӣ раванди нашр ва дастрас намудани стандарти миллии мазкур дар сатҳи шаҳру ноҳияҳои ҷумҳурӣ аз тарафи Барномаи GIZ «Солимии модар, навзод ва кӯдак» расонида мешавад.
4. Фармони Вазорати тандурустӣ аз 26.09.2008с., №540 «Дар бораи ворид намудани стандартҳои оид ба хунравӣ, назорати антенаталӣ, таваллуди физиологӣ, гестоз» аз эътибор соқит карда шавад.
5. Назорати иҷрои фармоиши мазкур ба зиммаи муовини якуми вазир Умарзода С.Ғ. гузошта шавад.

Вазир



Н. Олимзода

ДУРУСТ

СОСТАВИТЕЛИ:

Акушеры-гинекологи:

- Абдурахманов Ф.М.** д.м.н., профессор
- Узакова У.Д.** доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, главный акушер-гинеколог МЗиСЗН РТ, к.м.н.
- Абдурахманова Ф.М.** заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор
- Камилова М.Ё.** руководитель акушерского отдела НИИ АГиП МЗиСЗН РТ, д.м.н., доцент
- Курбанова М.Х.** руководитель гинекологического отдела НИИ АГиП МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор
- Мухамадиева С.М.** профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 института последипломного образования в сфере здравоохранения в РТ, д.м.н., профессор
- Додхоева М.Ф. -** профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, д.м.н., чл.-корр. АН РТ
- Нарзуллаева Е.Н.** профессор

Юнусова Д.З. начальник отдела помощи матерям и детям и планирования семьи МЗиСЗН РТ

Анестезиологи - реаниматологи:

Каробоев Д.И. зав.отделением анестезии и реанимации родильного дома №1 г.Душанбе

Алимов З.Д. зав.отделением анестезии и реанимации ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ

Исоев А.М. врач анестезиолог-реаниматолог, ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ

Маноев А. врач анестезиолог-реаниматолог родильного дома г.Куляба

Холматов И.А врач анестезиолог-реаниматолог Согдийского областного родильного дома г.Худжанда

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Стелиан Ходорожа доцент кафедры акушерства и гинекологии Кишиневского Государственного Медицинского Университета «Н. Тестемичану», временный советник Европейского бюро ВОЗ

Рафиева З.М

заведующая кафедрой
акушерства и гинекологии
ТГНУ, д.м.н.

Содержание

	Стр.
Введение	8
Определение, классификация акушерских кровотечений	10
Мероприятия по профилактике акушерских кровотечений: стандарт 1-3	14
Организация акушерской помощи при кровотечении: стандарт 4 – 6	23
Неотложная акушерская помощь при акушерском кровотечении: стандарт 7	32
Принципы восполнения ОЦК. стандарт 8-10	35
Диагностика причины и акушерская тактика при ведении акушерских кровотечений. Предлежание и низкое прикрепление плаценты: стандарт 11 - 14	39
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: стандарт 15-16	50
Кровотечение в послеродовом периоде. стандарт 17-23	53
Особенности анестезиологического пособия при акушерских кровотечениях.: стандарт: 24-28	69
Геморагический шок.: стандарт 29	75
ДВС синдром: стандарт 30-31	79
Приложения	84
Использованная литература	103

Список сокращений

АД	артериальное давление
АК	акушерское кровотечение
АНУ	антенатальный уход
АЧТВ	активированное частичное тромбопластиновое время
ДАД	диастолическое АД
ДРП	дородовая помощь
в\в	внутривенно
ВИЧ/СПИД	вирус иммунодефицита чело- века/ синдром приобретенного иммунодефицита
в\м	внутримышечно
ВОЗ	Всемирная организация здра- воохранения
ВПр	врождённый порок развития
ВСДМ	высота стояния дна матки
ДАД	диастолическое артериальное давление
ДВС	диссеминированное внутрисо- судистое свёртывание крови
ИМТ	индекс массы тела
ИТТ	инфузионно-трансфузионная терапия
МЗиСЗН	министерство здравоохранения и социальной защиты населе- ния
МЕ	международные единицы

МНО	международное нормализованное отношение
МС	материнская смертность
ОПН	острая почечная недостаточность
ОЦК	объем циркулирующей крови
КРСМС	конфиденциальное расследование случаев материнской смертности
НАП	неотложная акушерская помощь
НЦРЗ	национальный центр репродуктивного здоровья
ПВ	протромбиновое время
ПГ	простагландины
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ПП	предлежание плаценты
ПРК	послеродовое кровотечение
РДС	респираторный дистресс синдром
САД	систолическое артериальное давление
СЗП	свежезамороженная плазма
СПОН	синдром полиорганной недостаточности
НИИ АГиП	научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии
УЗИ	ультразвуковое исследование
ЧДД	частота дыхательных движений
ЧСС	частота сердечных сокращений
Нb	гемоглобин
Ht	гематокрит

ВВЕДЕНИЕ

Каждый четвёртый случай материнской смертности в мире связан с кровотечением. Частота кровотечений в послеродовом периоде составляет 1,7-2% от общего числа родов, удельный вес МС от послеродового кровотечения составляет 60%, а 45% умирают в первые 24 часа [12].

В Республике Таджикистан акушерские кровотечения занимают второе – третье место среди прямых акушерских причин МС. По данным официального и конфиденциального исследований случаев МС в 70 - 80% выявлены следующие упущения, способствующие смерти при АК:

- неполноценное наблюдение в послеродовом периоде и поздняя диагностика кровотечения;
- неполный учёт кровопотери и, соответственно, недостаточное её восполнение;
- неэффективная организация помощи (позднее оповещение и вызов трансфузиологической бригады, позднее перенаправление в лечебное учреждение более высокого уровня, несоблюдение всех требований протоколов).

- недостаточная готовность к неотложной акушерской помощи;
- задержка оперативного лечения.

Учитывая вышеизложенное, а также некоторые изменения в рекомендациях ВОЗ, которые включают более либеральное отношение к активному ведению третьего периода родов, принято решение о переиздании стандартов ведения АК. Составители старались представить материал в соответствии определению «стандарт».

Стандарт клинической помощи означает утверждения о качестве, в которых описывается помощь пациентам для конкретного клинического состояния в соответствии с имеющимися лучшими доказательствами [13].

Первое издание стандартов помощи в Республике Таджикистан по АК было осуществлено в 2008 г., их внедрение способствовало снижению МС от АК в стране более, чем в 2 раза [3]. Составители надеются, что внедрение данного стандарта поможет добиться полной ликвидации смерти от АК.

Цель стандартов: профилактика, диагностика, акушерская тактика, организация помощи, лечение АК и минимизация кровотечения при всех родах

Область применения: учреждения родовспоможения (ПМСП и стационар), отделения акушерской анестезиологии и реаниматологии.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Кровопотеря в родах делится на физиологическую и патологическую.

Физиологическая кровопотеря - кровопотеря до 500,0 мл во время родов через естественные родовые пути и до 1000,0 мл во время операции кесарева сечения, при исходном нормальном уровне гемоглобина. Почти половина женщин, у которых роды проходят через естественные родовые пути, теряют около 500,0 мл., во время кесарева сечения – около 1000,0 мл. крови. При отсутствии исходной анемии такая кровопотеря не влечет за собой побочных эффектов, но эти эффекты могут быть разными для разных женщин [4,5,12].

Патологическая кровопотеря или кровотечение – потеря 500,0 мл и больше крови при вагинальных родах и 1000,0 мл и больше во время операции кесарево сечения в первые 24 часа после родов. Для диагностики кровотечения у пациенток с анемией, преэклампсией или дефиците веса (менее 60 кг.) используется тот же уровень кровопотери. Однако скорость развития гемодинамических нарушений и шока у них наступает гораздо быстрее [4, 8.15].

В зависимости от объёма выделяют кровопотерю:

- **Умеренную**- кровопотеря от 500,0 до 1000,0 мл;
- **Тяжёлую (массивную)** - кровопотеря более 1000,0 и/или сопровождающаяся клиникой геморрагического шока и/или потребовалось переливание компонентов крови более 4 единиц компонентов крови и/или интенсивное кровотечение со скоростью 150 мл. в минуту и/или развилась коагулопатия [11,12].

Представленное деление является условным, поскольку развитие коагулопатии может отмечаться при кровопотере менее

2000,0 мл при исходной анемии, преэклампсии и т.д.

Необходимо стараться точно определить объём кровопотери, что необходимо для определения объёма ИТТ, прогнозирования тяжёлых осложнений, в т.ч. ДВС синдрома, ОПН и т.д. При этом следует учитывать:

- Уровни Hb и Ht при кровотечении не информативны, их снижение наступает позже (через 4 часа и более от начала кровотечения);
- клиническая оценка не очень надежна и отличается от реальной кровопотери, клинические симптомы появляются при кровопотере 30-50% от общего объёма ОЦК;
- очень важным является оценка показателей жизненно важных функций и клинических симптомов (сознание, АД, ЧСС, ЧД, темп выделения мочи, проба наполнения капилляров, цвет слизистых и др.) (Приложение 5). Следует всегда помнить, что в результате компенсаторных механизмов показатели гемодинамики могут оставаться стабильными при потере до 30% объёма ОЦК. Поэтому **снижение АД – очень грозный**

признак, который свидетельствует о большой кровопотере!

Для определения причины кровотечения использовать нижеследующую классификацию АК [4,5].

- **Кровотечение до 22 недель беременности**, причиной является самопроизвольный аборт, пузырный занос, эктопическая беременность, рак шейки матки. Кровотечения до 22 недель беременности изложены в соответствующих протоколах и в данном документе не представлены (см. протокол «Акушерские осложнения»).
- **Кровотечение после 22 недель беременности и в родах** (до рождения плода), причиной является предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, разрыв матки
- **Кровотечение в послеродовом периоде**, причиной является гипотония матки, травма родовых путей, задержка последа или его частей, нарушение свёртывания крови.

В зависимости от времени возникновения - кровотечения в послеродовом периоде делят на:

- Раннее ПРК – кровотечение в первые 24 часа после родов;
- Позднее ПРК – кровотечение развивается от 24 часа до 42 дней после родов [6, 12].

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Стандарт 1. Беременным с наличием факторов риска по АК показана дородовая госпитализация в 38 недель беременности в стационары 2-3 уровня (уровень доказательности III) [8].

1.1. Факторы риска включают:

- высокий паритет (многорожавшие);
- многоплодную беременность; крупный плод;
- пре/эклампсию;
- кровотечение в анамнезе (при предыдущих родах);
- заболевания крови (тромбоцитопенический синдром, гемофилия, анемия и др.).

1.2. В учреждениях ПМСП беременным с факторами риска кровотечения, допол-

нительно к функциональным и лабораторным исследованиям, которые проводятся при физиологической беременности, проводить: определение содержания фибриногена крови, ЭКГ, исследование на гепатит В и С, при тромбоцитопении и анемии средней и тяжелой степени – консультацию гематолога. Показатели должны быть документированы и проведена их оценка [уровень В,8].

- 1.3. Всем беременным с факторами риска кровотечения, при поступлении на роды в стационар определить групповую и резус принадлежность крови (если неизвестна), уровень Hb, содержание эритроцитов, тромбоцитов, фибриногена, провести прикроватный тест с необходимой коррекцией при выявленных нарушениях. *Прикроватный тест – взять без жгута 2,0 мл венозной крови в градуированную пробирку, держать в кулаке и каждые 30 секунд наклонять до образования сгустка. Время засекается сразу после пункции вены с первой каплей крови.*

1.4. Необходимо сделать забор 10, 0 мл венозной крови и оставить в штативе род. зала (при необходимости использовать для определения совместимости при переливании крови).

Стандарт 2. Профилактика послеродового кровотечения

2.1. На уровне дородовой помощи и в родах всем беременным проводить консультирование по проведению активного ведения третьего периода родов. Обязательно информировать, что целью является снижение кровотечения.

2.2. Активное ведение третьего периода родов проводить рутинно (уровень А) [10,11,12].

2.3. Активное ведение III периода родов должен проводить обученный персонал [12]. Медицинские работники, оказывающие помощь в родах (акушерки и акушеры – гинекологи), должны владеть навыками активного ведения третьего периода родов (введение окситоцина, контролируемая тракция плаценты за пуповину, массаж матки) [10,11,12]. Медицинские работники должны пройти

цикл усовершенствования и иметь сертификат по ведению физиологических родов и НАП.

Компоненты активного ведения третьего периода родов:

2.3.1. *Введение окситоцина:*

- Сразу после рождения плода пальпировать живот, чтобы убедиться, что в матке нет ещё одного плода. В течение одной минуты после рождения ребёнка ввести 10 МЕ окситоцина. При отсутствии окситоцина можно использовать в/м эргометрин 0,2 мг в/м (0,02% - 1,0) или мизопростол орально 600 мкг (3 таблетки по 200 мкг) (Приложение 2) [12].

2.3.2. *Рождение плаценты путём контролируемой тракции за пуповину:*

- После прекращения пульсации пуповины, но не раньше, чем через 1 минуту, наложить 2 зажима на пуповину, один - ближе к промежности. Отделить ребенка. Взять зажим в руку и держать пуповину слегка натянутом состоянии;
- Ладонь другой руки положить ребром над лоном, отодвинуть матку вверх.

- Дождаться сокращения матки и только после того, как **матка сократилась**, тянуть пуповину на себя и вниз и одновременно оттягивать матку в противоположном направлении вверх от лона.
- Если плацента в течение 30-40 секунд не отделяется, прекратить тракцию;
- Дождаться очередного сокращения матки и повторить контролируруемую тракцию.
- После рождения последа положить его на поднос и произвести осмотр после массажа матки

2.3.3. *Массаж матки.*

- Сразу после рождения последа проверить тонус матки и при необходимости провести массаж матки через переднюю брюшную стенку

2.4. Недостатки активного ведения 3-го периода родов: возникновение тошноты, рвоты и повышение АД (возможно из-за использования эргометра) [8,11,12]. Контролируемую тракцию за пуповину проводит только обученный персонал, т.к. имеется высокий риск выворота матки. Причина выворота матки может быть связана с наруше-

нием техники, когда контролируемая тракция проводится до того, как матка сократилась или рука, которая расположена на матке, не отводит её вверх. Если персонал не обучен - контролируемую тракцию плаценты не использовать!!! [12].

2.5. Позднее пережатие пуповины: через 1-3 минуты [12].

2.6. Для выделения последа при КС рекомендуется контролируемая тракция за пуповину [12].

2.7. Не рекомендуется **непрерывный** массаж матки для профилактики ПРК [12].

Стандарт 3. Для ранней диагностики и лечения АК всем родильницам проводить мониторинг состояния в раннем послеродовом периоде (первые 24 часа после родов)

3.1. Не оставлять родильницу первые 2 часа после родов одну.

3.2. Всем родильницам проводить оценку жалоб, тонуса матки, пульса, АД, объёма кровопотери, темпа выделения мочи, состояния вульвы (есть или нет отёк, который является симптомом гематомы влагалища). Полученные результаты документировать

на обратной стороне партограммы. Медицинский работник, который ведёт наблюдение, обязан разборчиво ставить свою подпись после каждой оценки в реальном времени. При переводе в послеродовую палату сдавать родильницу с «рук на руки». Акушерка родильного зала обязана сдать, поставить свою подпись и обязательно указать время и дату перевода. Акушерка послеродового отделения обязана проверить все вышеперечисленные показатели и поставить свою подпись. Обязательно указать время и дату перевода. При патологических родах приём сдачи осуществляют врачи акушеры-гинекологи.

3.3. Мониторинг проводить:

- первый час после родов - каждые 15 минут;
- второй – третий часы- каждые 30 минут;
- 4-24 часа – каждые 4 часа.

Раннее выявление осложнений возможно лишь при тщательном контроле в реальном времени!!

3.4. После вагинальных родов мониторинг проводит акушерка. При абдоминаль-

ном родоразрешении - акушерка (специально выделенная акушерка или urgently вызванная в отделение общей реанимации многопрофильной больницы), врач акушер-гинеколог (хирург или 1-2-й ассистент) проводит контроль данных. При родоразрешении путём операции кесарева сечения обратная сторона партограммы заполняется после окончания операции, время после родов на партограмме считают с момента извлечения плаценты. В соответствующих графах ставится прочерк, время указывается с момента окончания операции.

3.5. Условные обозначения на обратной стороне партограммы:

3.5.1. Кровопотеря: скудные (норма) - «+»; патология - «++» и более: т.е.: «++» - умеренные (больше чем обычные выделения при месячных); «+++» - обильные; «++++» - профузное;

3.5.2. С момента рождения плода или начала кровотечения во время беременности и в первом- втором периоде родов - акушерка, акушер-гинеколог обязаны строго контролировать объём кровопотери.

3.5.3. При подсчёте кровопотери следует измерить кровопотерю в лотках, в ёмкостях отсоса, на материале (салфетки, простыни, пелёнки и др.) и крови, разбрызганной по полу. При оценке кровопотери учитывать, что кровь может быть смешана с амниотической жидкостью или мочой. Для оценки кровопотери всю кровь собирать в мерную светлую кружку с делениями, которая остаётся в родовой комнате всё время, пока там находится родильница (Приложение 1).

3.5.4. В родильном и в операционном блоке должна быть информация о весе стандартных пеленок 70 см на 70 см, простыней, салфеток, тампонов.

Например: пеленка – 56 гр, простынь – 203 гр, простынь с разрезом – 210 гр, маленькая салфетка – 5 гр и тд. В родильном зале и в операционной должны использоваться стандартные пеленки и простыни, хорошо поддающиеся стирке без пятен, белые, хлопчатобумажные, их надо взвесить и обработать соответственно проводимой процедуре.

3.5.5. Вульва (**отёк**) – «есть» или «нет». Оценка проводится для исключения гематомы.

ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ

Стандарт 4.Готовность к НАП при АК. В каждом акушерском и гинекологическом учреждении обеспечить наличие:

- обученного персонала (наличие сертификата «Физиологические роды», «НАП»);
- оборудования;
- расходных материалов;
- возможность экстренного лабораторного обследования;
- лекарственных и ИТТ средств;
- возможность быстрой транспортировки пациентки из приёмного покоя в родильное отделение или операционную или перенаправление на более высокий уровень после оказания НАП.

4.1. Требования к медицинскому персоналу:

- весь средний медицинский и врачебный персонал должен уметь проводить

быструю оценку состояния пациентки, знать принципы и уметь проводить НАП при АК;

- учреждения 2-3 уровня должны быть круглосуточно обеспечены сотрудником, который прошёл обучение и сертифицирован по трансфузиологии.

- вновь поступающие на работу акушерки и акушеры-гинекологи допускаются к практической деятельности после сдачи зачёта по быстрой оценке и оказанию НАП при кровотечении (при наличии сертификата);

- старшая акушерка и/или заведующий отделением один раз в неделю или чаще проводит моделирование ситуации по оказанию НАП при АК (должны иметь в наличии график проведения занятий, хронометраж проводимой ситуационной задачи, список участников ситуации);

- Старшая акушерка и/или заведующий отделением ежедневно проводит мониторинг оценки кровопотери, активного ведения родов, ведение паротограммы и её обратной стороны и т.д.

4.2. В каждом учреждении обеспечить наличие оборудования и запас расходных материалов(ответственность несёт

госпитальный менеджер учреждения, у которого должна быть документация об исправности и безопасности работы оборудования):

4.2.1. Нижеперечисленное оборудование должно быть в рабочем состоянии (проверка проводится при приёме и сдачи ежедневно, старшей анестезисткой/акушеркой и заведующей отделением, результаты фиксируют в специальном журнале): (проверка проводится при приёме и сдачи ежедневно, старшей анестезисткой/акушеркой и заведующей отделением в начале рабочего дня, ответственный дежурнт акушер-гинеколог и ответственный анестезиолог при приеме дежурств, результаты фиксируют в специальном журнале):

- аппарат для измерения артериального давления с фонендоскопом;
- пульсоксиметр;
- для вспомогательной вентиляции - саморасправляющийся дыхательный мешок АМБУ для взрослых;
- дефибриллятор;
- система подачи кислорода и кислород;

- устройство для согревания жидкостей;
- устройство для согревания пациентки (желательно), в исключительных случаях можно использовать одеяла. Не использовать ёмкости с тёплой водой!

4.3. Расходные материалы:

- ✓ шприцы с иглами;
- ✓ в/в катетеры большого диаметра (канюли G 14, 16, 18);
- ✓ системы для в/в инфузии и для переливания компонентов крови;
- ✓ катетер подключичный;
- ✓ назогастральный зонд;
- ✓ мочевого катетер Фолея с мешком;
- ✓ не менее двух конусовидных пробирок с делениями для проведения прикроватного теста, пробирки для сбора крови на анализы;
- ✓ стерильные салфетки, перчатки;

4.4. Объём обязательного лабораторного обследования при кровотечении (данное обследование должно быть обеспечено за счет учреждения):

4.4.1. группа и резус принадлежность крови;

- 4.4.2. содержание Hb, эритроцитов, тромбоцитов, Ht в периферической крови;
- 4.4.3. показатели свёртывающей системы крови: прикроватный тест, содержание фибриногена;
- 4.4.4. уровень билирубина и фракций;
- 4.4.5. в учреждениях 3-его уровня плюс:
- 4.4.6. определение протромбинового времени, АЧТВ;
- 4.5. В каждом акушерском отделении обеспечить нижеследующий минимальный объём лекарственных средств и компонентов ИТТ и немедленно восполнять при их расходовании:**
 - 4.5.1. Кристаллоиды (раствор Рингера, физиологический раствор) не менее 4л на 1 пациентку;
 - 4.5.2. Средства, которые повышают сократительную способность матки: окситоцин 5 или 10 МЕ; метилэргометрин/эргометрин 0,02% -1,0 мл; мизопропрост в таблетках по 200 мкг. по 1 коробке
 - 4.5.3. Антифибринолитические средства: транексамовая кислота в ампулах – 10 ампул;

4.5.4. Сердечные гликозиды, антибиотики, глюкокортикоиды;

4.5.5. Вазопрессоры;

4.5.6. Не менее 4-х литров СЗП по 1 литру каждой группы, который хранится в морозильной камере;

4.6. В каждом акушерском отделении иметь оборудование для организации быстрой транспортировки и перенаправления:

4.6.1. современная, со стойкой для переливания, маневренная каталка;

4.6.2. санитарный транспорт или возможность его быстрого вызова и горючесмазочный материал;

4.6.3. бланки сопроводительного направления, в котором указаны: Фамилия, имя пациентки, её адрес, диагноз, общее состояние, пульс, АД, ЧДД, объём кровопотери – при поступлении и при перенаправлении, объём помощи, подпись кто отправил и кто принял (см. Стандарт «Перенаправление»);

Стандарт 5. При оказании помощи во время кровотечения использовать командный подход, т.е.:

5.1. В каждом отделении разработать местный **протокол оповещения**. Помимо основных сотрудников, предусмотреть вызов трансфузиолога, лаборанта и др. с указанием их телефонов;

5.2. При массивном кровотечении предусмотреть вызов администрации, консультанта/ургентного врача, сосудистого хирурга. Транспорт для консультантов обеспечивает администрация;

5.3. Каждый сотрудник, который участвует в оказании помощи, должен знать и понимать свои функции. Например, санитарка вызывает на помощь, акушерка/медсестра проводит забор анализов и проводит катетеризацию вены, врач является лидером и др. Можно использовать индивидуальные бейджики. У каждого члена дежурной бригады на бейджике указать его роль (ответственный, второй, третий дежурный, ответственная акушерка, акушерка 2 и т.д.). В протоколе расписать действия каждого члена команды при оказании помощи.

5.4. заведующий отделением в рабочее время или ответственный врач по дежурству должны своевременно принять решение о лапаротомии и хирургическом гемостазе: консервативные методы (шов по Б-Линчу, перевязка маточных, яичниковых артерий,) или радикальные: ампутации/экстирпация матки (см. Приложение 3; 3.1; 3.2.; 3.3.; 3.4., 6)

5.5. обязанности администратора:

- заказ и организация доставки компонентов крови;
- организация консилиумов и вызов необходимых специалистов;
- участие при необходимости в оперативном лечении;

5.6. Анестезиолог должен обеспечить ИТТ в три вены, при необходимости катетеризацию подключичной вены;

5.7. Обязанности трансфузиолога или сертифицированного по трансфузиологии врача (его роль обычно выполняет сертифицированный по трансфузиологии второй анестезиолог-реаниматолог):

а) убедиться в наличии у данной пациентки анализа крови на группу и резус принадлежность, при их отсутствии обеспечить срочное определение;

б) совместно с ответственным дежурным акушером-гинекологом и анестезиологом-реаниматологом решить вопрос о необходимости переливания СЗП и крови, провести трансфузию;

в) своевременно решить вопрос о переливании других компонентов крови;

5.8. Назначить в команде регистратора для записи событий, инфузионной терапии, лекарственных препаратов и показателей жизненно важных функций. Лист наблюдения заводится с момента поступления в приёмный покой, если женщина поступает с кровотечением или с начала кровотечения, если оно произошло в стационаре.

Стандарт 6. Всем женщинам, у которых имеется подозрение на кровотечение, (по анализу жалоб, анамнеза, наличие крови на подкладных салфетках, белье и др.) проводить быструю оценку и далее продолжать динамический контроль:

- общего состояния, жалоб, сознания, цвета кожных покровов и слизистых, зрачков;
- кровопотери;
- пульса и АД;
- частоты дыхательных движений и насыщение кислородом;
- темпа выделения мочи (ввести постоянный катетер);
- тонуса матки, сердцебиения плода.

Иметь в виду, что объём видимой кровопотери не всегда соответствует объёму внутреннего кровотечения!

НЕОТЛОЖНАЯ АКУШЕРСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АКУШЕРСКОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Стандарт 7. Всем женщинам с кровотечением оказывать НАП, которая включает:

7.1. Позвать на помощь (см. стандарт №5). Местный протокол оповещения должен быть утверждён руководителем учреждения, вывешен во всех помещениях, где оказывается помощь при АК, в т.ч. в учреждениях ПМСП и станции скорой помощи.

7.2. Уложить женщину на левый бок (для улучшения дыхания и уменьшения риска аспирации).

7.3. Немедленно катетеризировать периферическую вену катетером большого диаметра (16 -18 G) и начать введение тёплого раствора кристаллоидов (раствор Рингера ацетат, Рингера лактат, физиологический раствор NaCl 0,9%) со скоростью 1 литр за первые 15 минут в примерном соотношении от объёма кровопотери: 1 к 3, т.е. на 1 мл кровопотери - 3 мл раствора.

7.4. Катетеризировать вторую периферическую вену катетером большого диаметра (16 -18 G) и провести забор крови: 2,0 мл для прикроватного теста, 5,0 мл для подготовки сыворотки при необходимости переливания крови, 20 мл для биохимических анализов. Прикроватный тест проводит врач. После забора крови немедленно начать введение тёплого раствора кристаллоидов для обеспечения скорости 1 литр за 15 минут в 2 вены. При гипотоническом кровотечении использовать вторую вену для инфузии окситоцина.

- 7.4.1. Затрата времени на введение одного ангиокатетера и начало введения жидкости – не более 5 минут. Поэтому тёплые растворы кристаллоидов должны быть готовы всегда! □
- 7.5. Обеспечить подачу кислорода 10-15 л в минуту через маску (вне зависимости от концентрации кислорода в крови).
- 7.6. При нарушении дыхания из-за нарушения сознания немедленно приступить к вспомогательной вентиляции легких при помощи мешка Амбу. *Как правило, дыхание и сознание быстро улучшается после того как восстанавливается ОЦК.*
- 7.7. Проводить мониторинг пульса, АД, ЧДД, насыщения кислорода и темпа выделения мочи каждые 30 минут или чаще до стабилизации состояния.
- 7.8. Провести катетеризацию мочевого пузыря, фиксировать катетер. Документировать количество, цвет мочи и отправить её на общий анализ. Далее контролировать темп выделения мочи
- 7.9. Согреть женщину (использовать тёплое одеяло, не применять грелки или пластиковые бутылки с горячей водой,

которые могут привести к ожогу у женщин с шоком).

- 7.10. Стараться переключать пациентку не меняя положения её тела, так как при переключивании состояние может резко ухудшиться
- 7.11. Вышеперечисленные мероприятия проводятся практически одновременно, параллельно ведущие врачи определяют предполагаемую причину АК и отделение, куда должна быть перенаправлена женщина.

Принципы восполнения ОЦК

Стандарт 8. Принципы восполнения ОЦК[6,8,11,12]:

- 8.1. Стартовый раствор - всегда кристаллоиды: использовать тёплый раствор Рингера ацетат или лактат, физиологический раствор хлорида натрия 0,9%;
- 8.2. Скорость инфузии кристаллоидов так быстро, как возможно – струйно, со скоростью 1 литр за первые 15 минут при признаках шока;
- 8.3. Соотношение переливаемой жидкости к объёму кровопотери составляет 3 к 1. Общий объём жидкости не более

2000,0-3500,0 мл, из них – до 2000,0 мл тёплого раствора кристаллоидов. В исключительных случаях, если компоненты крови ещё недоступны, до 1 000,0 мл тёплого коллоидного раствора (например, желатиноль), это максимум того, что можно ввести в ожидании совместимой крови.

Стандарт 9. Трансфузионная терапия

9.1. Использование СЗП. Использовать при гипокоагуляции и продолжающемся кровотечении:

- 9.1.1. Прикроватный тест 7 минут и более, сгусток рыхлый или происходит лизис и кровотечение продолжается; и/или
- 9.1.2. если ПВ и АЧТВ превышает в 1,5 раза контрольный уровень во время продолжающегося кровотечения (определять при возможности) и/ или
- 9.1.3. в случае массивного кровотечения даже до получения результатов показателей свертывающей системы крови (после и совместно с 4 дозами эритроцитсодержащих компонентов);
- 9.1.4. СЗП переливать из расчёта не менее 12-15 мл на 1 кг веса;

9.2. Показания к трансфузии эритроцит-содержащих компонентов крови:

- 9.2.1. Кровопотеря составляет 1 000,0 мл и больше и кровотечение продолжается и/или
- 9.2.2. снижение уровня гемоглобина до 70 г/л и/или
- 9.2.3. имеют место клинические симптомы гипоксии [1] (Приложение 5-6);
- 9.2.4. при массивной кровопотере - более 2000,0 мл или нарушении коагуляции, перелить 4-6 доз эритроцитосодержащих компонентов и 4 дозы СЗП (или в соотношении 1:1) [5,8,15].

9.3. Показания к переливанию тромбоцитарной массы: снижение содержания тромбоцитов до $75 \times 10^9/\text{л}$ и меньше [5,8,15].

- 9.4. **Показания к переливанию криопреципитата:** уровень фибриногена менее 2 г/л на фоне активного кровотечения даже при нормальном уровне протромбинового времени и АЧТВ. Снижение фибриногена до 1-1,5г/л снижает свёртывание при кровотечении [8,15];

Стандарт 10. Контроль эффективности терапии кровотечения:

10.1. Клинические показатели

- ликвидирована причина кровотечения;
- сознание ясное, улучшение самочувствия;
- темп выделения мочи не менее 30 мл в час;
- удовлетворительное наполнение капилляров (не более 2 секунд);
- ЧСС менее 90 ударов в минуту;
- АД систолическое более 90 мм рт ст;
- Зрачки узкие, реакция на свет сохранена;

Показатели PS, АД должны быть указаны в листе наблюдения с интервалом в 15 минут. При ведении наркозной карты - каждые 3-5 минут; темп выделения мочи – каждый час. (Регистрация показателей начинается с момента диагностики АК)

10.2. Лабораторные показатели эффективности лечения АК (Guidance from the British Committee for Standards in Haematology summarises the main therapeutic goals of the management of massive blood loss as maintaining):

- Уровень гемоглобина выше 80 г/л;

- Содержание тромбоцитов выше $75 \times 10^9/\text{л}$;
- Содержание фибриногена в крови выше 2 г/л;
- ПВ и АЧТВ меньше нормы в 1,5 раза (если есть возможность определить)

ДИАГНОСТИКА ПРИЧИН И АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ АК ПОСЛЕ 22 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ (до рождения плода)

ПРЕДЛЕЖАНИЕ И НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ [4]

Предлежание плаценты это прикрепление плаценты в области внутреннего зева.

Выделяют полное и частичное предлежание плаценты

Полное или центральное предлежание (placenta praevia centralis):: плацента полностью перекрывает внутренний зев.

Частичное предлежание (placenta praevia partialis): плацента прикрывает часть внутреннего зева шейки матки. При частичном предлежании плаценты различают: краевое и боковое предлежание

- краевое предлежание - если плацента прикреплена на расстоянии менее 2

см. от периметра входа в цервикальный канал и частично перекрывает внутренний зев. При вагинальном исследовании определяется край плаценты и шероховатые плодные оболочки (шероховатость связана с сосудами, которые идут к плаценте).

- боковое предлежание: при вагинальном исследовании определяется часть плаценты и шероховатые оболочки. Обычно в динамике раскрытия шейки матки краевое переходит в боковое предлежание

- Выделяют также низкое прикрепление плаценты: если нижний край плаценты определяется на расстоянии от 2 см. до 3,5 см. от периметра входа в цервикальный канал или на расстоянии 7 см и меньше от периметра входа в цервикальный канал, но не достигает его на расстоянии 2-3,5 см [15,16].



Распространенность предлежания плаценты – менее 0,3-0,7% от всех беременностей или 1 на 200 беременностей [4,5].

Диагностика предлежания плаценты [4,5].:

- a) предлежащая часть плода может располагаться высоко, чаще встречается неправильное положение плода;
- b) во время беременности могут быть кровянистые выделения из половых путей различной интенсивности при нормальном тоне матки;
- c) при пальцевом исследовании – при закрытой шейке матки - тестоватость в сводах; при раскрытии шейки матки - определение губчатой ткани. При подозрении на предлежание плаценты вагинальное исследование не проводить!
- d) Основной метод диагностики - УЗИ. Ранняя диагностика ПП возможна при УЗИ скрининге в 18-20 недель беременности. В 32-36 недель - повторить УЗИ для оценки «миграции» плаценты (конечно, плацента не мигрирует, впечатление «миграции» создаёт атрофия

и склерозирование нижней и пролиферация верхней части плаценты)

- Проводить рутинно УЗИ для диагностики предлежания плаценты не следует. Однако при проведении УЗИ во втором триместре **обязательно указывать** локализацию плаценты [15].

Стандарт 11. Ведение беременности при полном и частичном предлежании плаценты:

11.1. Как только диагностировано предлежание плаценты - госпитализировать в родильный дом/отделение 2Б - 3 уровня в ОПБ. На лицевой стороне истории указать телефоны родственников, которых необходимо поставить в известность при экстренной ситуации, группу и резус крови

11.2. Осмотр и выбор акушерской тактики проводить **в день** госпитализации. Заведующий отделением акушер-гинеколог должен осмотреть и организовать осмотр: анестезиолога-реаниматолога, консультанта и главного врача/ заместителя главного врача в день поступления, если госпитализация осуществлена в рабочие дни. При госпита-

лизации по дежурству осмотр проводит ответственный акушер-гинеколог, анестезиолог, которые обязаны информировать ургентного врача, заведующего/главного врача родильного отделения/дома или его заместителя

11.3. При подозрении на предлежание плаценты – срочное УЗИ. При УЗИ исключить также приращение плаценты.

При поступлении завести лист наблюдения: при отсутствии кровотечения каждые 3 часа указывать пульс, АД, выделения из половых путей, тонус матки и сердцебиение плода, при кровотечение – каждый час или чаще до выбора акушерской тактики. Данные записывать четко, разборчиво писать фамилию акушерки и врача;

11.4. Курацию осуществляет врач акушер-гинеколог высшей или первой квалификационной категории или молодой врач с заведующим отделением. Заведующий отделением проводит осмотр каждую неделю, ежедневно передаёт ответственному врачу или врачу высшей/первой квалификационной категории дежурной бригады. Осмотр дежур-

ных врачей не менее 2 раз в сутки в выходные и одного раза в сутки в будние дни (вечерний обход) при отсутствии жалоб;

11.5. В день госпитализации обеспечить УЗИ для решения вопроса о ведении родов. При расположении плаценты выше 2 - 3,5 см. от периметра входа в цервикальный канал и отсутствии кровотечения - возможны роды через естественные родовые пути при отсутствии кровотечения.

При расположении плаценты ближе 2 - 3,5 см. к периметру входа в цервикальный канал или центральном предлежании - кесарево сечение [4,5,14,15].

11.6. В день госпитализации заготовить для данной беременной не менее 1000,0 мл однокрупной СЗП и 500,0 мл эритроцитсодержащих компонентов крови, которые следует хранить в морозильной камере родильного дома;

11.7. При первом осмотре беременной обсудить возможные вмешательства: метод родоразрешения, возможность трансфузии, расширение объёма операции (ампутация, экстирпация матки и др.) и получить заблаговременно информированное согласие;

Стандарт 12 Ведение родов при центральном (полном) предлежании плаценты:

12.1. При полном предлежании плаценты родоразрешить операцией кесарева сечения (абсолютное показание). Если кровотечения нет – родоразрешить в плановом порядке при доношенной беременности (39 недель).

12.2. Если появляются даже скудные или мажущие кровянистые выделения перевести в палату интенсивной терапии рядом с операционной в родильном доме или многопрофильной больнице, при усилении кровотечения – произвести экстренное КС вне зависимости от срока беременности и состояния плода.

Подготовку к наркозу и обезболивание при полном предлежании плаценты проводит самый опытный анестезиолог-реаниматолог, который совместно с анестезисткой должен за час до плановой операции проверить исправность оборудования и медицинского оснащения, медикаментов [1,2]. К моменту подачи пациентки в операционную, все участники операции и анестезиологического

пособия должны быть в операционной. При экстренных состояниях проверка оборудования и наличие медикаментов проводится с момента постановки диагноза.

Анестезия: только общий наркоз с ИВЛ.

12.3. Весь медицинский персонал должен быть готов к массивной кровопотере. Операционная медсестра заблаговременно готовит инструменты и шовный материал для возможного расширения объёма операции. В случае плановой операции, заявка должна быть подана за день до операции, после доклада на утренней конференции, где должно быть указано:

- Дата и время операции,
- ФИО пациентки и диагноз,
- Группа крови и резус фактор,
- ФИО операционной бригады,

а также должен быть определен персонал (средний и врачи, кто будет оказывать помощь при необходимости).

В случае экстренной операции, необходимо оповестить операционную медицинскую сестру с момента решения об оперативном родоразрешении, определить персонал кто будет помогать в случае необходимости и

определить функцию каждого (по местному протоколу).

Стандарт 13. Ведение родов при частичном предлежании плаценты. Родоразрешение зависит от вида предлежания плаценты, наличия/отсутствии кровотечения, родовой деятельности

13.1. Частичное предлежание плаценты + кровотечение + родовая деятельность:

- a. Провести быструю оценку, позвать на помощь, оказать НАП;
- b. Вызвать ответственного дежуранта;
- c. Развернуть операционную. Влагищное исследование проводить только в условиях развёрнутой операционной, что означает: анестезиолог провёл осмотр и готов к операции, операционная сестра накрыла стол и полностью готова к операции; 2 акушера-гинеколога вымыли руки и готовы к операции.
- d. При вагинальном исследовании провести амниотомию (проводит ответственный дежурант или врач высшей или первой категории, или заведующий родильным отделением).

Амниотомия проводится для остановки кровотечения, т.к. иногда предлежащая часть опускается, сдавливает плаценту, что приводит к снижению кровопотери;

е. Если после амниотомии кровотечение прекратилось, **возможно родоразрешение через естественные родовые пути**, при условии, что:

- ✓ головное предлежание;
- ✓ повторнородящая, у которой в анамнезе уже были роды без осложнений;
- ✓ второй период родов, и есть условия для быстрого родоразрешения – вакуум-экстракция плода/акушерские щипцы;
- ✓ Если после амниотомии кровотечение продолжается и/или неголовное предлежание - **родоразрешить путём операции кесарева сечения**

Стандарт 14. Ведение беременности и родов при сочетании предлежания плаценты и рубца на матке (Национальное агентство по безопасности пациентов (NPSA) для состояния "Предлежание плаценты у женщин, имеющих в анамнезе кесарево сечение").

14.1. Считать фактором высокого риска массивного кровотечения, приращения плаценты, которые требуют расширения объёма операции. Особенно опасно состояние, когда плацента располагается по передней стенке матки в области рубца.

14.2. С момента установления диагноза беременная должна быть госпитализирована в стационар 2Б-3 уровня, где имеется должное оборудование, специалисты акушеры-гинекологи первой-высшей категории, владеющие техникой экстирпации матки, два опытных реаниматолога, один из которых имеет сертификат трансфузиолога, трансфузиолог, сосудистый хирург

14.3. При плановой операции в операционной обязательно присутствуют консультант/ургентный врач, два опытных анестезиолога-реаниматолога, один из которых имеет сертификат трансфузиолога или вызвать трансфузиолога, администрация лечебного учреждения, при экстренной операции – вызвать. Это связано с тем, что возможна массивная кровопотеря, кроме того будет необходимо решить вопрос об объёме операции *ex consilium* (гистерэктомия). Поставить в известность сосудистого хирурга,

который должен прибыть на операцию при необходимости.

14.4. При сочетании рубца на матке и предлежании плаценты – Кесарево сечение с самого начала проводят акушеры-гинекологи высшей квалификационной категории, владеющие техникой экстирпации матки.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ: акушерская тактика

Определение: преждевременная отслойка плаценты – отделение плаценты до третьего периода родов [4].

Распространенность – 0,3-0,4 до 0,5 -1,8% от всех беременностей [4].

Выделяют частичную и полную преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты. ПОНРП может произойти во время беременности, или в первом или втором периоде родов. При отслойке более половины плаценты плод обычно погибает, поэтому при анте- или интранатальной гибели плода необходимо **всегда** исключать полную преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты [4,5].

Стандарт 15. Акушерская тактика при преждевременной отслойке плаценты:

15.1. Быстрая оценка плюс НАП.

15.2. Провести УЗИ для исключения ПП. Влагалищное исследование - провести только в условиях развёрнутой операционной, что означает: анестезиолог провёл осмотр и готов к операции, операционная сестра накрыла стол и полностью готова к операции; 2 акушера-гинеколога вымыли руки и готовы к операции.

При вагинальном исследовании произвести амниотомию. Воды, окрашенные кровью, являются симптомом значительной отслойки.

15.3. При подозрении на ПОНРП с обильным кровотечением, клиникой шока, дистресса плода произвести особо срочное кесарево сечение.

15.4. При наличии признаков геморрагического шока одновременно проводятся противошоковые мероприятия и подготовка к операции.

15.5. Полная отслойка нормально расположенной плаценты абсолютное показание к родоразрешению путём операции кесарева сечения вне зависимости от состояния

плода, в т.ч. при мёртвом плоде т.к. возможна обширная имбибиция стенок матки кровью, у которой снижается или теряется способность к сокращению (матка Кувелера).

- а) при наличии матки Кувелера – ампутация матки. Учреждения третьего уровня имеют право на органосохраняющую тактику, если проводимые мероприятия по улучшению сократительной способности матки эффективны (после проведения консилиума во время операции).
- б) при отсутствии матки Кувелера, но её гипотонии – накладываются швы по В-Lynch [7]. Если кровотечение не останавливается ни консервативными, ни органосохраняющими хирургическими мерами - гистерэктомия.

Стандарт 16. Акушерская тактика при частичной отслойке нормально расположенной плаценты

Вариант 1. Частичная ПОНРП во время беременности, латентной фазе и начале активной фазы родов - родоразрешение абдоминальным путём.

Вариант 2. Частичная ПОНРП в конце первого периода или начале второго периода родов, когда есть условия для быстрого окончания родов - родоразрешение через естественные родовые пути при отсутствии прогрессирующего или при незначительном кровотечении, отсутствии признаков шока и дистресса плода. Для ускорения родов во втором периоде родов возможно применение вакуум-экстракции, акушерских щипцов

КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Причины кровотечений в послеродовом периоде могут быть связаны с нарушением тонуса матки, задержкой частей последа, травмой родовых путей и нарушением свёртывания крови. Чтобы их было легче запомнить, используют **4Т** - по начальным буквам: тонус, ткань, травма, тромбин (tonus, tissue, trauma, trombin) [4,5,6].

Причины кровотечений в послеродовом периоде:

- нарушение сократительной способности матки: гипо-атоническое кровотечение составляет 70-75% от общего числа ПРК (**Т1** - тонус);

- задержка частей последа – до 10-15% (**T2**- ткань);
- травма родовых путей и матки – 15%-20% (**T3** - травма);
- кровотечение, связанное с нарушением свёртывания крови/ДВС синдром, которое может быть самостоятельным осложнением или является результатом любой другой массивной кровопотери. Частота – менее 1% от общего количества послеродового кровотечения (**T4** – тромбин).

ГИПО-АТОНИЧЕСКОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ:

Диагностические критерии:

- a. *матка дряблая*, при наружном массаже может сократиться и тут же расслабляется;
- b. из половых путей кровь вытекает струёй с или без сгустков. Характер наружного кровотечения может быть прерывистым или непрерывным. При прерывистом кровотечении может создаваться впечатление, что кровотечение вот-вот остановится, из-за чего поздно принимается решение о лапаротомии. (Опасная ситуация !!!!),

с. Анемические жалобы

Стандарт 17. Тактика лечения гипо-атонических кровотечений (тонус)

17.1. Быстрая оценка (стандарт 6)+ позвать на помощь (стандарт5) +НАП (стандарт7);

17.2. наружный массаж матки. Техника:

- ✓ *поместить ладонь на дно матки и оценить степень сокращения.*
- ✓ *массировать дно и тело матки круговыми движениями ладонью до тех пор, пока матка хорошо не сократится.*
- ✓ *когда она хорошо сокращена, нажать вниз одним движением, чтобы вытолкнуть сгустки крови.*
- ✓ *подставить контейнер к вульве, чтобы собрать кровь. Измерить и оценить кровопотерю. Документировать результаты.*

17.3.Инфузия в\в струйно так быстро, как можно в 2 вены: 10 МЕ окситоцина в 500,0 мл раствора кристаллоидов + 10 МЕ окситоцина в 500,0 мл раствора кристаллоидов (или 20 МЕ в 1000,0 мл раствора), струйно! или 60 капель в минуту. После остановки кровотечения продолжать введение со скоростью 40 капель в минуту (12). Окситоцин

является препаратом выбора [5,12]. Окситоцин не вводить в\в болюсно (Приложение 2.).

17.4. При отсутствии клинического эффекта при введении окситоцина в течении 10-15 минут ввести: В/В Метилэргометрин 0,02% - 1,0 мл (0,2 мг) на 20,0 мл раствора Рингера или физиологического раствора. Можно ввести в\м. При отсутствии эффекта – *повторить через 15 минут. Следующие дозы при необходимости каждые 4 часа. (Суммарная доза не более 1 мг)* (Приложение 2.) или

17.5. мизопростол 800 мкг (4 таблетки по 200 мкг) орально или ректально (Приложение 2.);

17.6. Действовать по внутреннему протоколу, т.е. вызвать опытного акушера и реаниматолога, вызвать трансфузиолога, сообщить на станцию переливания крови, в отделение интенсивной терапии, назначить регистратора, который ведет наблюдение и записи.

17.7. Для поддержания АД, диуреза и коагуляции может потребоваться продолжительное в\в введение кристаллоидных растворов и компонентов крови в больших объемах, которые необходимо подготовить.

17.8. При кровопотере 1000,0 мл и продолжающемся кровотечении, отсутствии эффекта от утеротоников - показан хирургический гемостаз – лапаротомия, гемостатический шов на матку по Б-Линчу, лигирование маточных или внутренних подвздошных артерий; в крайнем случае – надвлагалищная ампутация матки (Приложение 8.). Экстирпация матки проводится, если местом кровотечения является нижний сегмент матки или шейка матки (разрыв матки, предлежание или приращение плаценты) (Приложение 3.1., 3.4.). При транспортировке к месту проведения операции или до лапаротомии использовать методы временной остановки кровотечения: сдавление брюшной аорты и двуручное сдавление матки [7,12].

Техника сдавления брюшной аорты (Рис. 1)

- ✓ Пальпировать пульс на бедренной артерии
- ✓ Надавить кулаком на брюшную аорту непосредственно через брюшную стенку. Точка надавливания находится под пупком и

немного левее. В раннем послеродовом периоде пульсация аорты может быть легко определена через переднюю брюшную стенку.

✓ Другой рукой продолжать пальпировать пульс на бедренной артерии для оценки полноты сдавливания. Если пульс прощупывается, то давление, оказываемое кулаком, недостаточное. Если пульс не прощупывается, давление достаточное.

✓ Сдавливать аорту необходимо до прекращения кровотечения или проведения лапаротомии .



Двуручное сдавление матки: техника (Рис.2)

- ✓ Вымыть руки, надеть стерильные перчатки. Ввести одну руку во влагалище и сжать ее в кулак. Расположить кулак в переднем своде и надавите им на переднюю стенку матки;
- ✓ Другой рукой через переднюю брюшную стенку надавить на заднюю стенку матки по направлению к руке, введенной во влагалище.
- ✓ Продолжать сдавливание, пока кровотечение не остановится и матка не начнет сокращаться или до проведения лапаротомии при отсутствии эффекта.

КРОВОТЕЧЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С ЗАДЕРЖКОЙ ПОСЛЕДА И ЕГО ЧАСТЕЙ (ТКАНЬ).

Выделяют следующие причины задержки последа:

- ✓ ущемление последа после отделения плаценты;
- ✓ Интимное (или плотное) прикрепление плаценты (*placenta adhaerens totalis suiipartialis*): частичное или полное;

- ✓ приращение (*placenta accreta*); врастание (*placenta increta*) частичное или полное;
- ✓ Прорращение (прорастание) плаценты (*placenta percreta*): частичное или полное

Определение [4]:

- Задержка последа – ущемление плаценты после её отделения в шейке матки.
- Интимное прикрепление плаценты – задержка рождения плаценты вследствие *аномалии прикрепления плаценты в базальном слое функционального слоя эндометрия*: можно отделить, для отделения используют ручное отделение плаценты, кюретаж.
- Приращение и врастание - когда плацента дошла до миометрия (*placenta accreta*) и вросла в миометрий (*placenta increta*): невозможно отделить, показана гистерэктомия.
- Прорращение плаценты (*placenta percreta*), которая прорастает через все слои матки иногда близлежащие органы: невозможно отделить, показана гистерэктомия с возможным расширением объема хирургического вмешательства.

Различают:

- полное приращение, когда плацента прикреплена всей поверхностью (после рождения плода, плацента не отделяется, кровотечения нет);
- частичное приращение, когда плацента прикреплена несколькими котиледонами (после рождения плода, плацента может отделиться, сопровождается кровотечением).

Распространенность – от 0,05% до 0,2-3,0% от всех беременностей[4,5,6].

Диагностические критерии

Задержка (ущемление) плаценты:

- появление кровянистых выделений из половых путей при наличии признаков отделения плаценты.

Полное плотное прикрепление плаценты:

- ✓ задержка отделения плаценты;
- ✓ кровотечение отсутствует;
- ✓ затруднение отделения при контролируемой тракции плаценты

Частичное плотное прикрепление плаценты

- ✓ задержка отделения плаценты;
- ✓ появление кровянистых выделений;
- ✓ затруднение при контролируемой тракции плаценты.

Стандарт 18. Акушерская тактика при задержке частей последа (Приложение 3.1):

18.1. Полное плотное прикрепление плаценты, если рождение последа не произошло, кровотечения нет:

Шаг 1. Быстрая оценка (стандарт 6) + позвать на помощь (стандарт 5) + НАП (стандарт 7)

Шаг 2. Ждать 30 минут при активном ведении 3-его периода родов и 60 минут при выжидательном.

Шаг 3. Ввести 10 единиц окситоцина в/м, если это еще не было сделано;

Шаг 4. Определить тонус матки, если матка сократилась, произвести повторную контролируемую тракцию за пуповину.

Шаг 5. Если не удалось извлечь плаценту, провести пальцевой вагинальный осмотр – не ущемился ли послед - если плацента находится в шейке матки - осторожно ее удалить.

Шаг 5. Если плаценты нет во влагалище или в шейке матки – ручное отделение плаценты и выделение последа. Обезболивание – внутривенный наркоз. До ручного обследования – ввести антибиотики.

18.2. Акушерская тактика при частичном интимном прикреплении плаценты (при осмотре последа - дефект плаценты):

- a. Быстрая оценка + позвать на помощь;
- b. Начать инфузию кристаллоидов в 2 вены. При гипотонии матки - окситоцин 10 МЕ в 500,0 мл раствора плюс 10 МЕ в 500,0 мл раствора (или 20 МЕ в 1000,0 мл раствора) со скоростью 60 капель в минуту, после того, как матка сократилась – 40 капель в минуту. Не использовать одномоментное (болюсное) введение окситоцина в вену.
- c. Под общим в\в наркозом произвести ручное отделение остатков плацентарной ткани. Перед операцией ввести антибиотики: цефазолин 1г.
- d. при усилении кровотечения или затрудненном отделении остатков плаценты (плацента отделяется кусочками) операцию прекратить, предполагать приращение плаценты, оповестить команду: стандарт №5.
- e. Для сокращения кровопотери до гистерэктомии использовать методы временной остановки – бимануальная компрессия матки и компрессия брюшной аорты и перевести в операционную.

f. произвести немедленную лапоротомию и гистерэктомию.

18.3. Частичное прикрепление/приращение плаценты. Послед родился + кровотечение + дефект плаценты при осмотре плаценты.

a. Быстрая оценка (стандарт 6) + позвать на помощь (стандарт 5) + НАП (стандарт 7);

b. Общий в\в наркоз;

c. Удалить остатки плаценты рукой или большой послеродовой кюреткой (если размеры дефекта менее 2 см).

d. Если невозможно удалить остатки плаценты – предположить приращение, оповестить команду: стандарт №5

e. Если после удаления остатков кровотечения продолжается, а через 7 минут не образуется сгусток (прикроватный тест) или он рыхлый и легко разрушается при встряхивании (тест со сгустком), можно предположить наличие коагулопатии (см. ДВС синдром).

f. Начать инфузию окситоцина 10 МЕ в 500,0 мл раствора.

г. Для сокращения кровопотери до гистерэктомии использовать методы временной остановки – бимануальная компрессия матки и компрессия брюшной аорты.

h. произвести немедленную лапоротомию и гистерэктомию.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ВСЛЕДСТВИИ ТРАВМЫ РОДОВЫХ ПУТЕЙ

Травма родовых путей чаще диагностируется после родов, однако разрыв матки может произойти во время беременности [4]. В данных стандартах представлены лишь общие вопросы родового травматизма, поскольку планируется более подробный клинический протокол.

Травма родовых путей включает[4]:

- Разрыв матки;
- Разрыв шейки матки;
- Разрыв влагалища или гематома влагалища;
- Выворот матки

Разрыв матки[4].

Факторы риска разрыва матки

- Рубец на матке после предыдущей операции
- перерастяжение матки (двойня, многоводие, многоплодная беременность);

- Аномалия развития матки
- Обструктивные роды
- Неправильное использование утеротоников
- Пузырный занос
- Аденомиоз
- Приращение плаценты

Диагностические критерии разрыва матки

- Клиника выраженных обструктивных родов;
- Кровотечение из влагалища;
- Боль;
- Прекращение схваток ;
- Дистресс или гибель плода;
- Пальпируемые через живот матери части плода ;
- Шок у матери;

При наличии рубца на матке клиника невыраженная

Стандарт 19.Разрыв матки: ведение

1. Быстрая оценка (стандарт 6) + позвать на помощь (стандарт 5) + НАП (стандарт 7);
2. Общий наркоз + ИВЛ;

3. Произвести лапаротомию. При разрыве матки с повреждением сосудистых пучков производят гистерэктомию. Вопрос об удалении матки или зашивании разрыва решают консультативно в индивидуальном порядке.

4. При разрыве матки в сочетании с гипотонией ввести и отсутствии эффекта от утеротоников ввести транексамовую кислоту 1грамм в/в, повторить при необходимости через 30 минут 1 грамм

Стандарт 20. Травма промежности или влагалища – зашить или прижать место кровотечения. При разрыве промежности 3-4 степени, если врач акушер – гинеколог не владеет техникой восстановления разрыва, то пригласить проктолога

Стандарт 21. Разрывы шейки матки

При разрыве шейки матки **1 и 2 степени** – зашить.

При разрыве шейки матки 3 степени произвести лапаротомию экстирпацию матки.

При разрыве шейки матки в сочетании с гипотонией матки и отсутствии эффекта от утеротоников ввести транексамовую кислоту

1 грамм в/в, повторить при необходимости через 30 минут 1 грамм

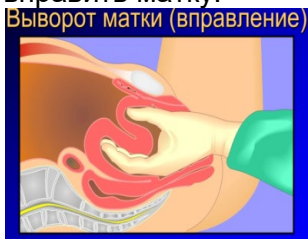
Стандарт 22. Гематома влагалища.

Для профилактики большой кровопотери при образовании гематомы необходимо вести контроль состояния вульвы после родов. При появлении болей, отёка заподозрить гематому и провести осмотр. При наличии гематомы во влагалище – производят вскрытие и опорожнение гематомы с последующим лигированием сосуда.

1. Быстрая оценка (стандарт 6) + позвать на помощь (стандарт 5) + НАП (стандарт 7);
2. Общее в\в обезболивание;
3. Вскрыть гематому влагалища;
4. опорожнить гематому осторожно пальцами;
5. Зашить ложе кيسетным или П-образным швом;
6. восстановить целостность влагалища. Если прошло более 2-х часов, дренировать резиновой перчаткой

Стандарт 23. Акушерская тактика при вывороте матки.

1. Быстрая оценка (стандарт 6) + позвать на помощь (стандарт 5) + НАП (стандарт 7);
2. Общее в\в обезболивание;
3. При наличии выворота матки под общим обезболиванием вправить матку.



4. При отсутствии эффекта – лапаротомия. Мягким зажимом фиксировать дно матки и мягкими движениями вывести матку из «ямы».
5. При недостаточном сокращении матки можно наложить швы по Б-Линчу.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

[1,2,8,12]

Стандарт 24. При необходимости анестезиологического пособия и кровотечения до начала анестезии[1,2].:

24.1. Иметь доступ к трём венам (размер канюль: G-14 - 18).

24.2. Продолжать в\в струйное вливание раствора Рингера лактат или Рингера ацетат не менее 2 л жидкости в первый час.

24.3. Мониторинг: SaO₂, АД, ЧСС, ЭКГ, темп выделения мочи;

24.4. Определить прикроватный тест, провести забор крови для проведения пробы на совместимость, определить содержание Hb, Ht, тромбоцитов, провести забор крови и направить в лабораторию для определения фибриногена, АЧТВ (АЧТВ по возможности). Определить срочно группу крови и резус-фактор, если они не известны.

24.5. Вызвать трансфузиологическую бригаду, если есть сложности в доставке компонентов крови. Запас СЗП должен быть в родильном доме/отделении всегда!!!

24.6. В исключительных случаях при задержке компонентов крови допустима инфузия коллоидных растворов – препараты желатина;

24.7. При нестабильной гемодинамике капельная инфузия дофамина на фоне активного восполнения ОЦК [1,2]..

24.8. В течение начального этапа, пока кровотечение еще не остановлено, систолическое АД нужно поддерживать около 80-100 мм рт. ст. или среднее АД не менее чем 60 мм рт. ст., так как, при подаче кислорода, такого АД достаточно для поддержания кровообращения и оксигенации в жизненно важных органах. Дальнейшее увеличение АД может быть вредным, так как усиливается артериальное кровотечение.

24.9. Дофамин не рекомендуется использовать при гиповолемии

Стандарт 25. Показания к переводу на ИВЛ и экстубации при АК[1,2,8,12]:

25.1. Перевод на ИВЛ должен быть осуществлён ещё до того, как наступит декомпенсация!!! Перевод на ИВЛ проводится при:

25.1.1 необходимости лапаротомии. При кровотечении использовать только общую анестезию с ИВЛ.

25.1.2. При симптомах дыхательной недостаточности:

- a. гипоксемия (SaO_2 ниже 80% респираторный индекс- $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ менее 200) или PaO_2 менее 60 мм рт ст при FiO_2 более 0.5
- b. повышенная цена дыхания (тахипноэ более 35 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры; в том числе низкое инспираторное усилие/ менее - 15 см вод ст/)

25.2. Прекращение ИВЛ и перевод на спонтанное дыхание и экстубация проводится только после стабилизации гемодинамики и восполнении ОЦК, женщина в полном сознании, хороший мышечный тонус:

- a. диурез не менее 50мл/час;
- b. Hb не ниже 80г/л (индивидуально);
- c. нормализация свёртывающей системы крови

25.3. Продлённая ИВЛ при АК

25.3.1. Определение показаний к продлённой искусственной вентиляции лёгких и вопросы экстубации являются прерогативой анестезиолога – реаниматолога.

25.3.2. Показаниями к продлённой ИВЛ являются (национальные протоколы по анестезии и реанимации в акушерстве):

- a. тяжёлый шок и лабильная гемодинамика;
- b. отсутствие сознания;
- c. повторные оперативные вмешательства.
- d. любые осложнения операции, анестезии, усугубляющие гипоксемию
- e. развитие РДС взрослых;
- f. развитие синдрома полиорганной дисфункции (СПОД)

25.4. Условия отлучения от продлённой ИВЛ:

- a. пациентка в полном сознании;
- b. стабильное клиническое состояние;
- c. проблема, приведшая пациентку к ИВЛ, разрешена.
- d. стабильное функционирование сердечно-сосудистой системы.
- e. частота спонтанного дыхания менее 20 дыхательных движений в 1 минуту
- f. инспириаторное усилие не менее - 15 см вод ст.
- g. РаО₂ более 80 мм рт ст при FiO₂ - 0.3.
- h. возможность произвольно удвоить выдыхаемый в минуту дыхательный объём.

- i. минутный объём на респираторе менее 10 л/мин

Стандарт 26. Ведение послеоперационного периода при АК:

- a. Лечение проводить в ОРИТ.
- b. Никогда не оставлять больную одну!!!.
- c. В первые 24 часа непрерывный мониторинг ЭКГ, SaO₂, ЧСС и АД, каждые 15-30 мин, темп выделения мочи каждый час. Каждые 6 часов при ДВС синдроме и каждые 12 часов при АК без нарушения свёртывания крови - определять уровень Hb, Ht, прикроватный тест; каждые 24 часа - содержание тромбоцитов, уровень фибриногена.;
- d. Обезболивание: промедол, парацетамол внутривенно.
- e. Проводить профилактику послеродовой инфекции: до лапаротомии (разреза кожи)- цефтриаксон 1 грамм в/в. При признаках послеродовой инфекции см. протокол

Стандарт 27. Грудное вскармливание не противопоказано, если разрешает состояние родильницы, по разрешению анестезиолога-реаниматолога и акушера-гинеколога.

Стандарт 28. Перевод из реанимационного отделения или палаты интенсивной терапии в послеродовое отделение решают совместно: заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии, лечащий врач реаниматолог, лечащий врач акушер-гинеколог, заведующий отделением, куда переводится родильница по согласованию с консультантами и руководителями учреждения

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ШОК (ГШ)[1,2,8,12]

Геморрагический шок - это клинический синдром, который развивается в результате резкого уменьшения ОЦК из-за быстрой и массивной кровопотери, **поэтому степень шока и объём кровопотери следует определять по клиническим симптомам !!![4,5].**

При развитии ГШ, самое главное, предупредить развитие гипоксии и ДВС синдрома.

Принципы интенсивной терапии при массивной кровопотере и геморрагическом шоке включают 4 компонента (уровень С):

- 1) **оповещение;**
- 2) **интенсивная терапия и реанимация;**
- 3) **мониторинг;**
- 4) **поиск причины и остановка кровотечения.**

Все 4 компонента проводятся параллельно!!! Поэтому огромное значение имеет разработка и выполнение местного протокола с чётким разделением обязанностей команды.

Оповещение соответствующих служб и специалистов, НАП: см. выше. Вызов трансфузиологической бригады при массивной кровопотере обязателен.

Стандарт 29. Интенсивная терапия и реанимация при геморрагическом шоке

- a) адекватно восполнять ОЦК;
- b) обеспечить достаточный транспорт кислорода в органы и ткани – это **лучшая профилактика полиорганной недостаточности**;
- c) коррекция гомеостаза и метаболических нарушений.

29.1. Первоначальные шаги при геморрагическом шоке

Шаг 1. Обеспечить венозный доступ в 3 вены. Помимо двух периферических вен G16-18, пунктировать подключичную вену. Если пункция вен на руке или подключичной вены не удаётся до прибытия опытного анестезиолога – реаниматолога можно пунктировать вену на стопе или сделать венесекцию. Скорость инфузии растворов (раствор Рингера или Рингер ацетат) 1 литр за 15-20 мин, 2-ой литр за 30 мин **только согретыми растворами** и далее объем ИТТ с учетом тяжести геморрагического шока. Имеет значение **скорость инфузии и температура растворов**.

Проводить обязательный контроль объёма введенной жидкости во избежание травмы

объемом (обязательно считать количество введенной жидкости!) - 2,5 - 3,0 литров до препаратов крови.

Обеспечить адекватный тепловой режим для больной (грелки, электроодеяло) желательно поддерживать нормотермию 36,5 - 37°C.

Шаг 2. При кровопотере более 1 000,0 мл и больше для восстановления кислородно - транспортной функции крови – начать переливание эритроцитсодержащих компонентов крови.

При доказанной коагулопатии (прикроватный тест - более 7 минут, сгусток рыхлый (свидетельствует о гипофибриногенемии) и продолжающемся кровотечении – СЗП (не менее 15 мл/кг веса, согретую до 38°C)

Мониторинг и наблюдение

Мониторное наблюдение: пульсоксиметрия, ЧСС непрерывно, измерение АД каждые 1-3-5 минут до восстановления показателей гемодинамики.

Оценка темпа выделения мочи каждый час. Норма – 50-60 мл/час. или 0,8-1,0 мл в минуту.

Контроль ЦВД - необходим для дальнейшей интенсивной терапии. Уровень нормального

ЦВД - 80 -120 мм. водного столба. Увеличение ЦВД – риск отёка лёгких.

Объём обязательного обследования при геморрагическом шоке: помимо основных + биохимический анализ крови (калий, натрий, мочевины, креатинин, лактаты, общий билирубин и его фракции);

Поиск причины и остановка кровотечения

Поиск и остановка кровотечения консервативным или хирургическим методом в зависимости от причины (см. выше);

СИНДРОМ ДИССЕМНИРОВАННОГО ВНУTRИСОСУДИСТОГО СВЁРТЫВАНИЯ КРОВИ

Определение: ДВС синдром – нарушение свёртывания крови, для которого характерно свёртывание крови в мелких сосудах, т.е. капиллярный, артериолярный и венулярный тромбоз[4,5]. В данных стандартах представлены лишь общие вопросы ДВС синдрома, поскольку планируется более подробный клинический протокол.

Для ДВС характерно:

- с одной стороны - геморрагический синдром в результате потребления (расходования) факторов свёртывания, фибриногена, повышения ПДФ и РКМФ, дисфункции и снижение количества тромбоцитов;
- с другой стороны – тромбоз и ишемия в зоне микроциркуляции.
- и то, и другое может быть причиной недостаточности в жизненно важных органах.

Причиной ДВС синдрома является в первую очередь кровотечение, ПОНРП, пре/экламп-

сия, септический аборт, попадание в кровоток активаторов свёртывания крови (ЭОВ, мёртвый плод и др.)

Стадии ДВС:

I стадия – гиперкоагуляция. Длится обычно несколько минут и зависит от скорости потребления факторов свертывания и тромбоцитов. Практически редко диагностируется

II стадия – гипокоагуляция, которая наступает после очень короткой фазы гиперкоагуляции. Делится на стадию гипофибриногенемии и афибриногенемии.

III стадия - патологический фибринолиз или стадия полного несворачивания крови. Лизис тромбов приводит к повышению ПДФ, лизис фибриногена к увеличению РКМФ и фибрин-мономера;

IV стадия – восстановительная или остаточных явлений

Стандарт 30. Лабораторные критерии диагностики ДВС: определение:

30.1 фибриногена крови: отмечается прогрессирующее снижение;

30.2 содержание тромбоцитов: прогрессирующая тромбоцитопения до $40-100 \times 10^9/\text{л}$.

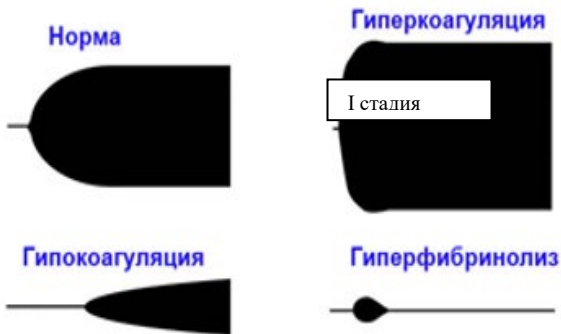
30.3 Мазок крови - фрагментация эритроцитов в связи с их повреждением в заблокированных сгустками микрососудов;

30.4 По возможности определение: АТIII (прогрессирующее снижение антикоагулянтов), АЧТВ, ПВ, ТВ (разнонаправленные сдвиги коагуляционных тестов); маркёры внутрисосудистого свертывания РКМФ и D-димера (повышение, являются признаком интенсивности свертывания крови и фибринолиза).

30.5 Экспресс диагностика ДВС синдрома: прикроватный тест и тест со сгустком. В родильном отделении/доме должна функционировать круглосуточная лаборатория для определения:

- ✓ Тромбэластографии (ТЭГ);
- ✓ Определения тромбоцитов;
- ✓ Определения фибриногена в крови

Диагностика ДВС по данным ТЭГ:



Стандарт 31. Принципы лечения ДВС синдрома:

- 31.1. НАП при кровотечении (см.выше);
- 31.2. Устранить причину ДВС синдрома;
- 31.3. Заместительная терапия СЗП из расчета 15-20 мл/кг в сутки и не менее 800-1000 мл. Иметь в виду, что кровопотеря связана с резкой потерей большого количества факторов свёртывания. Маточное кровотечение является результатом недостаточного свёртывания крови в области большой раневой поверхности – плацентарной площадки
- 31.4. Эритроцитсодержащие компоненты крови.

31.5. Для профилактики нарушения свёртывания крови ввести антифибринолитические средства: в/в транексамовую кислоту 1 грамм в течение 10 минут, повторная доза – вводится через 30 минут 1 грамм в/в **или** ввести в/в транексамовую кислоту 1 грамм в течение 1 минуты; повторная доза – 1 грамм в/в. через 8 часов. *Максимальная суточная доза – 4 грамма.*

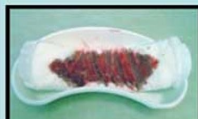
Транексамовая кислота – антифибринолитический препарат. РКИ для лечения АК не проводилось. Рекомендация основана на рекомендации ВОЗ использования в акушерстве в терапии кровотечений, связанных с травмой [12].

Механизм действия: ингибирует фибринолиз; нормализует функцию тромбоцитов и проницаемость капилляров

31.6. **Тромбопрофилактика:** низкомолекулярный гепарин (клексан) 40 мг/сутки **через 24 часа после остановки кровотечения** и продолжать до выписки.

Приложение 1

Примерная оценка кровопотери при акушерских кровотечениях



Следы на прокладке
30,0 мл



Пропитанная прокладка – 100,0 мл



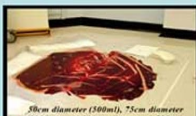
Пропитанная салфетка 10x10 см 60,0 мл



Подкладная пелёнка:
250,0 мл



Большая пропитанная салфетка: 350,0 мл



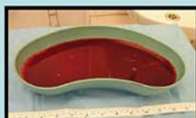
Пятно на полу диаметром 100 см:
1500,0 мл



Кровь в пределах матраса: 1000,0 мл



Кровь, стекающая на пол: 2000,0 мл



500,0 мл - полный почкообразный лоток:

Improving the Accuracy of Estimated Blood Loss at Obstetric Haemorrhage using Clinical Reconstructions. Bose P, Regan F, Paterson-Brown S. BJOG 2006; 113:919-924

For Further Information Please email patrick.bose@addenbrookes.nhs.uk

Приложение 2

Средства, которые повышают сократительную способность матки

Показатели	Окситоцин	Эргометрин/ метилэргометрин	ПГ Е1
Начальная доза	10 МЕ в/м – активное ведение 3 периода родов.	0,2 мг (0,2% -1,0 мл)	Мизопро- стол 800 - 1000 мкг
Метод введения	в/м или в/в капельно	в/м или в/в медленно (для в/в введения растворить 1,0 мл метилэргометрина в 20,0 мл физ.р-ра)	800 мкг под язык или орально или 1000 мкг ректально
Повторная доза	10 МЕ+500,0 мл раствора+ 10 МЕ+500,0 мл раствора или 20 МЕ в 1,0 литре раствора	0,2 мг в/м повторить через 15 минут, если кровотечение продолжается. При необходимости – повторить через 4 часа	
Максимальная доза	40 МЕ	не более 5 доз (суммарная доза 1,0 мг)	1600 мкг
Механизм действия	<i>сокращение дна и тела матки</i>	✓ препарат первого ряда для лечения атонии матки, не реагирующей на окситоцин; ✓ стимуляция α-адренергических рецепторов миометрия и продолжительное тоническое сокращение матки	
Время действия	<i>в/в - действует мгновенно, в/м через 2-3 минуты</i>	Действие после в/м через 2–5 мин Продолжительность действия - около 3 часов	

		Средний период полураспада в плазме 30 минут.	
Побочные действия	↑АД; <i>антидиуретический эффект, Перегрузка водой может проявиться в виде головной боли, рвоты, сонливости и судорог</i>	✓ тошнота, рвота, головокружение, особенно при в/в введении. ✓ Повышает АД, поэтому противопоказан при гипертензии, пре/эклампсии	Увеличивает частоту гипертермии и озноба у матери
Достоинства	Совместное введение эргометрина и окситоцина дает дополнительный эффект, так как окситоцин действует быстро, а эргометрин долго.		Простой в применении
Хранение	Выдерживает t-ру до 25°C, хранение в холодильнике может продлить его пригодность	Чувствителен к теплу и свету. Хранить при температуре ниже 8°C и в темном месте	Комнатная t-ра
Особенности	Не вводить окситоцин в/в болюсно. При массивной кровопотере приводит к гипотензии		

Приложение 3. Алгоритм акушерской помощи при послеродовом кровотечении.

Первоначальная оценка и помощь

Кровотечение в послеродовом периоде				
Пункты 1-4 проводить одновременно:				
1. Провести быструю оценку:				
жалобы, сознание, кожные покровы (цвет, влажность, температура), PS, АД				
2. Позвать на помощь: ответственного акушера-гинеколога, анестезиолога –реаниматолога, лаборанта. Назначить регистратора				
3. Катетеризировать 2 локтевые вены:				
В 1-ую провести инфузию 1000,0 мл раствора кристаллоидов струйно;				
4. Из 2-ой провести забор крови и инфузию 1000,0 мл раствора кристаллоидов струйно, при гипотонии матки добавить 20IU окситоцина;				
5. ввести постоянный катетер в мочевого пузыря				
▼				
Последовательный поиск причины ПРК ткань; тонус; травма; нарушение свёртывания крови - 4Т				
▼		▼		▼
▼		▼		▼
Послед родился			Послед не родился	
▼ А.	▼ Б	▼ В	▼ Г	▼ Д
Осмотр целостности плаценты и оболочек	Оценить тонус матки	Осмотр родовых путей: промежуток, влагалище, шейка матки, матка	<i>Матка плотная. Послед не родился. Кровотечения нет.</i>	<i>Матка плотная. Послед не родился. Из половых путей кровотечение.</i>

▼	▼	▼	▼	▼
Есть дефект плаценты. Д/З: Дефект плацентарной ткани. см. алгоритм №	Матка периодически расслабляется. Из половых путей прерывистое кровотечение. Д/З:ГК См.алгоритм №3.1.	Есть разрыв родовых путей. Диагноз: Разрыв промежности или влагалища или шейки матки и/или матки	<i>Диагноз: Задержка последа</i> Перейти к алгоритму 3.	Диагноз: Кровотечение в послеродовом периоде. Задержка последа Перейти к алгоритму
▼	▼	▼	▼	▼
Послед цел. Перейти к пункту Б.	Матка плотная. Перейти к пункту В.	Родовые пути целы. Перейти к пункту С		
При нарушении свёртывания крови: прикроватный тест более 7 минут, сгусток рыхлый, исключить ДВС синдром. См. алгоритм 3.4.				

Важно! Скорость оказания помощи должна быть максимально быстрой. Развитие геморрагического шока является признаком позднего начала оказания помощи. При геморрагическом шоке вероятность смерти повышается ввиду высокого риска развития полиорганной недостаточности!!!

Приложение 3.1. ГИПОТОНИЧЕСКОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ алго- РИТ ПОМОЩИ

Кровопотеря \geq 500,0 мл., но меньше 1 000,0 мл.	
▼ Действия	
<p>Акушерка I ввести постоянный катетер в мочевого пузырь, двуручное сдавление матки</p> <p>Акушерка 2: катетеризация локтевой вены:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Забор крови + в/в инфузия: в 1-ую вену 1000,0 мл раствора кристаллоидов струйно; • катетеризация 2-ой вены и в/в инфузия - 10 МЕ окситоцина в 500,0 мл раствора кристаллоидов + 10 МЕ окситоцина в 500,0 мл раствора кристаллоидов струйно <p>Акушер-гинеколог 1: наружный массаж матки;</p> <p>Акушер-гинеколог 2: Оценка жалоб, контроль гемодинамики (P/S; АД), оценка темпа выделения мочи, прикроватный тест</p> <p>Санитарка: собрать кровь в ёмкость, согреть пациентку</p> <p>Лаборант: забор анализов</p> <p>Регистратор: завести и заполнить лист наблюдения.</p>	
▼ Оценка кровотока, тонуса матки	
▼	▼
Кровотечение прекратилось, матка плотная	Матка сокращается плохо, дряблая, кровотечение во время массажа уменьшается и вновь возобновляется. С начала введения окситоцина прошло 15 минут
▼	▼
Контроль по обратной стороне партограммы	В/В Метилэргометрин 0,02% - 1,0 мл* на 20,0 мл раствора Рингера. При отсутствии эффекта – <i>повторить через 15 минут (суммарная доза не более 1 мг) или</i> мизопростол 800 мкг (4 таблетки под язык)
	▼ Оценка кровотока, тонуса матки
	Матка сокращается плохо, дряблая, кровотечение во время массажа

уменьшается и вновь возобновляется.

Кровопотеря $\geq 1000,0$ Д/З: ГК.



1. Лидер акушер-гинеколог + опытный врач: решить вопрос о лапаротомии и хирургическом гемостазе. Отдать команду – развернуть операционную и назначить хирургов.

2. Вызвать: 2-ого анестезиолога-реаниматолога; Опытного акушера-гинеколога; Менеджера и его заместителя, трансфузиологическую бригаду; поставить в известность сосудистого хирурга



- Акушерка: ввести вторую дозу метилэргометрин в\в*
- Акушерка II: прижатие аорты, перевод в операционную
- Анестезиолог-реаниматолог: катетеризация 3-й вены, подготовка к общему наркозу + ИВЛ; распорядиться о размораживании СЗП при гипокоагуляции
- Анестезистка :подготовка к операции;
- Опер.сестра: операционная развёрнута
- Хирурги: готовы для лапаротомии
- Менеджер и его заместители: организовать доставку компонентов крови, вызвать трансфузиологическую бригаду, вызвать сосудистого хирурга при продолжающемся кровотечении, принять участие при необходимости в оперативном лечении;



Лапаротомия:

Если при двуручном сдавлении – кровотечение уменьшается – компрессионные швы по Б-Линчу.

Перевязка внутренних подвздошных артерии.
При продолжающемся кровотечении из матки – ампутация матки

*Не использовать при гипертензивных нарушениях

Приложение 3.2.

АЛГОРИТМ ПОМОЩИ ПРИ ПОСЛЕРОДОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ: Т - Травма

Диагноз: Разрыв промежности и/или влагалища и/или шейки матки и/или матки

Разрыв промежности и/или влагалища и/или шейки матки	
▼	▼
Позвать на помощь: второго врача акушера-гинеколога	Консультировать родильницу; Обезболить; Зашить разрыв; При обильном кровотечении ввести транексамовую кислоту
Разрыв матки	
Позвать на помощь: ▼	Действия ▼
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Анестезиолога-реаниматолога; ✓ Опытного акушера-гинеколога; ✓ Менеджера и его замов; ✓ Операционную сестру; ✓ трансфузиологическую бригаду; ✓ сосудистого хирурга 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лидер акушер-гинеколог: лапаротомия, ампутация/экстирпация матки 2. Акушерка I: катетеризация 2-х вен; ввести 2.0 л. кристаллоидов, транексамовую кислоту 1грамм в/в 3. Акушерка II: подготовка растворов, измерение АД и PS, измерение мочи и кровопотери 4. Анестезиолог-реаниматолог: подача O₂ , заказать эр массу; обеспечить ИТТ в три вены, в т.ч.– пункцию подключичной вены 5. анестезистка: разморозить СЗП, 12-15 мл на 1 кг веса; подготовка операционной 6. Администратор: <ul style="list-style-type: none"> • заказать и организовать доставку компонентов крови, вызвать трансфузиологическую бригаду; • вызвать сосудистого хирурга или др. специалиста (уролога)

- принять участие при необходимости в оперативном лечении;

Приложение 3.3.

ЗАДЕРЖКА ПОСЛЕДА Алгоритм помощи Т – ткань.

Задержка последа и/или его частей		
▼	▼	▼
Послед родился	Послед не родился	
▼		
Вызвать: Ответственного дежуранта; Лаборанта; Регистратора; Анестезиолога-реаниматолога, анестезистку		
▼	▼	▼
Матка плотная. Из половых путей умеренное кровотечение, при осмотре имеется дефект плаценты. Диагноз: Дефект плацентарной ткани. Кровотечение	<i>Матка плотная. Послед не родился. Кровотечения нет. Диагноз: Задержка последа</i>	Матка плотная. Послед не родился. Из половых путей кровотечение. Диагноз: Задержка последа. Кровотечение
▼	▼	▼
1. Акушерка I: Подготовка растворов для инфузии; забор анализов. Катетеризация мочевого пузыря 2. Акушерка II: катетеризация двух локтевых вен; В обе вены ввести 500,0 мл раствора кристаллоидов струйно;* 3. Лидер акушер-гинеколог: поиск причин, массаж матки; осмотр последа; определение и оценка свёртывания крови; 4. 2-ой акушер-гинеколог: измерение P/S; АД, 5. Санитарка: собрать кровь в ёмкость, согреть пациентку 6. Регистратор: заполнить лист наблюдения Лаборантка: забор анализа из пальца;		
▼	▼	▼
Анестезиолог: дать общий наркоз;	1. Акушерка II: Через 30 минут	1. Анестезиолог: дать общий наркоз;

<p>Акушер-гинеколог – ручное обследование матки, удаление частей плаценты. В послеродовом периоде: ампициллин или цефалоспорины I поколения [12] При затрудненном отделении – предположить приращение, операцию прекратить, произвести лапаротомию, ампутацию матки</p>	<p>при активном ведении, 60 минут при выжидательном ведении 3 –го периода родов – повторить контролируемую тракцию. Послед не родился. Диагноз: Полное интимное приращение плаценты</p>	<p>2. Акушер-гинеколог – ручное обследование матки, удаление частей плаценты. При затрудненном отделении – отделение прекратить, предположить приращение, произвести ампутацию матки</p>
---	---	--

*При необходимости утеротоников использовать окситоцин, не использовать метилэргометрин, который вызывает тетаническое сокращение матки и замедляет выделение последа [12]

▼

1. Анестезиолог: дать общий наркоз;
2. Акушер-гинеколог – ручное обследование матки, отделение плаценты.
При затрудненном отделении – отделение прекратить, произвести ампутацию матки

Приложение 3.4.

Нарушение свёртывания крови Т- тромбин

Кровь из половых путей сворачивается плохо или не сворачивается. Прикроватный тест: время свёртывания крови более 7 минут, сгусток рыхлый. Тест со сгустком: при встряхивании пробирки – сгусток легко разрушается.

▼ Действия

1. Вызвать: 2-ого анестезиолога-реаниматолога, опытного акушера-гинеколога, владеющего техникой ампутации/экстирпации матки, менеджера и его заместителя, трансфузиологическую бригаду; поставить в известность сосудистого хирурга

2. Поиск причин ДВС



Акушерка 1: катетеризация локтевой вены: Забор крови + в/в инфузия: в 1-ую вену 1000,0 мл раствора кристаллоидов струйно;

катетеризация 2-ой вены и в/в инфузия – 1 000,0 мл кристаллоидов

Акушерка I ввести постоянный катетер в мочевого пузыря

Акушер-гинеколог 1: Оценка жалоб, контроль гемодинамики (P/S; АД), оценка темпа выделения мочи, прикроватный тест; поиск причины (приложение 3; 3.1.; 3.2; 3.3.)

Анестезиолог-реаниматолог I: катетеризация 3-й вены, подготовка к общему наркозу + ИВЛ; распорядиться о размораживании СЗП

Анестезистка I: разморозить СЗП, начать трансфузию в 2 вены: 12-15 мл на 1 кг веса;

Анестезиолог-реаниматолог II: полный осмотр для оперативного вмешательства и подготовка

Анестезистка II: пункция третьей вены Акушер-гинеколог 2-4: Подготовка к операции Лаборант: забор анализов Опер.сестра: развернуть операционную Регистратор: завести и заполнить лист наблюдения Санитарка: собрать кровь в ёмкость, согреть пациентку	
▼ Оценка кровотечения и время свёртывания крови	
▼	▼
Кровотечение прекратилось, прикроватный тест менее 7 минут, сгусток плотный	Кровотечение продолжается, время свёртывания крови более 7 минут, сгусток рыхлый
▼	▼
Контроль состояния по обратной стороне партограммы	<ul style="list-style-type: none"> • Лидер акушер-гинеколог + опытный врач: решить вопрос о лапаротомии и хирургическом гемостазе. Отдать команду – развернуть операционную и назначить хирургов. • Менеджер и его заместители: организовать доставку компонентов крови, вызвать трансфузиологическую бригаду, вызвать сосудистого хирурга при продолжающемся кровотечении, принять участие при необходимости в оперативном лечении;
	▼
	Лапаротомия:

Ампутация/экстирпация матки. При необходимости - перевязка внутренних подвздошных артерии.

Приложение № 4
Классификация шока в зависимости от объёма кровопотери

Степень кровопотери	Объём кровопотери в % от ОЦК	Кровопотеря в мл.
Норма	<15	500 – 1000
Гиповолемия	15-30	от 1000 до 1500
Шок легкой степени	30-40	от 1500 до 2000
Шок средней тяжести	40-50	от 2000 до 3000
Тяжелый шок	более 50	более 3000

Примечание: тяжесть и скорость наступления шока зависят не только от объёма кровопотери, но и от наличия других факторов: скорости и объема восполнения, веса женщины, предрасполагающих факторов (наличия анемии или исходная гиповолемия, например при преэклампсии)

Необходимо поддерживать САД более 90 мм рт ст, пульса менее 90 ударов в минуту, темп выделения мочи не менее 50 мл в час.

Всегда согревать пациентку.

Приложение №5.
Клинические симптомы в зависимости от
степени кровопотери

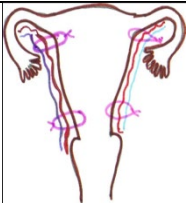
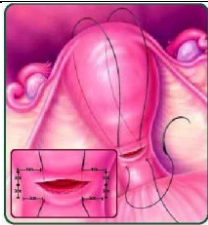

ПОКАЗАТЕЛИ	Норма	Гиповолемия	Степень шока		
			Легкой степени	Средней степени	Тяжелый
Кровопотеря (% ОЦК)	≤15%	15-30%	30-40%	40-50%	Более 50%
Частота PS (уд. в минуту)	норма	до 100	более 100	более 120	140 и больше
Сист. АД (мм рт ст)	норма	норма	Орто-статическое изменение	Ниже 90	Ниже 70
ЧДД в минуту	Норма	14-20	20-30	30-40	Более 40

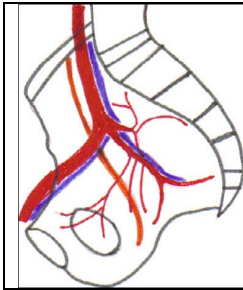
Темп выделения мочи (мл в час)	≥ 30	20-30	≤ 20	≤ 10	Анурия
Наполнение капилляров (в сек)	< 2	< 2	≥ 2	> 2	> 2
Состояние ЦНС	Без изменений	Возможно беспокойство	Возбуждение и беспокойство	Возбуждение или заторможенность	Приступление болевой чувствительности. Сонливость
Коагулопатия	Нет	Нет	Возможна	Есть	Есть
Температура тела ($^{\circ}\text{C}$)	Норма	≥ 36	< 36	< 36	< 35

Реакция АД на в/в инфузию кристаллоидов (20 мл/кг)	Быстрая	Быстрая или проходящая	Непродолжительная	Очень кратковременная	Нет реакции
--	---------	------------------------	-------------------	-----------------------	-------------

Приложение 6.

Методы хирургического гемостаза Хирургический гемостаз

	<p>Перевязка маточных артерий</p> <p>Преимущества:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ простая техника; ➤ меньше осложнений; ➤ меньше риск повторного кровотечения
	 <p>Компрессионный шов по Б-Линчу</p>



Лигирование подвздошной артерии

требуется высокого профессионализма хирурга и связан с риском кровотечения при повреждении подвздошной вены.

Компрессионный («Brace suture») шов по В-Lynch

Компрессионный («Brace suture») шов по В-Lynch следует накладывать, если при бимануальном сдавлении интенсивность кровотечения снижается.

Этапы операции:

1. Лапаротомия (по Пфаненштилю или Джоэл –Кохену или нижнесрединная. (Используется любой метод, которым владеет хирург).

2. Привести матку в срединное положение, сделать поперечный разрез на нижнем маточном сегменте (как при вскрытии матки во время операции кесарева сечения). Данный разрез необходим для контроля вколов задней стенки тела матки (см. ниже). Сместить рlicavesicouterinae и мочевой пузырь вниз.

3. На 3 см ниже нижнего края разреза (или разреза кесарева сечения), отступив около 3 см. от правого ребра матки сделать вкол и, пройдя через все слои, сделать выкол в полость матки.

4. Провести нитку и выколоть из полости матки над верхним краем разреза

на 4 см. от правого края ребра матки. Используется хромированный кетгут №2 длиной 90 и круглая игла.

5. Ассистент протягивает нитку вертикально снизу вверх: над передней стенкой тела матки, через дно, по задней стенке матки.

6. На расстоянии 4 см от правого ребра матки (на уровне разреза передней стенки матки) проводят вкол по задней стенке матки снаружи в полость матки над крестцово-маточными связками под контролем зрения (для чего и был необходим разрез на передней стенке матки). Далее, протягивают нить в поперечном направлении, делают вкол из полости кнаружи через все слои матки на 4 см. внутрь от левого ребра матки

7. Протягивают нить вертикально в обратном направлении: над задней стенкой тела матки, дном и передней стенкой тела матки.

8. На расстоянии 4 см от левого ребра матки внутрь - сделать вкол над линией разреза, через все слои в полость матки и оттуда выкол на 3 см ниже разреза и

на расстоянии 3 смнутри от левого ребра матки.

9. Хирург берёт два конца нитки в руки, медленно их стягивает, завязывает под разрезом. Одновременно ассистент берёт матку двумя руками и сдавливает её в направлении от дна матки вниз, при необходимости поправляет нити.

10. Восстановить целостность матки двухрядным викриловым швом.

11. Контроль гемостаза. Зашить переднюю брюшную стенку.

*Если компрессионный шов по В-Lynch используется при операции кесарева сечения, предварительно наложить мягкие зажимы на края раны на матке

Использованная литература

1. Протоколҳои клиники оиди анестезия ва реанимацияи акушери, Фармони ВТ ҚТ, № 78, с. 2013
2. Инструмент оценки качества оказания анестезиологической и реанимационной помощи в акушерстве, 2014, Душанбе
3. Стандартҳои Миллӣ оиди хунравии акушерӣ (дар муассисаҳои сатҳи 1-2-3) Фармони ВТ ҚТ, № 540, с. 2008
4. Акушерство. Национальное руководство. Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. 2009 г. 1200 стр.
5. Профилактика, лечение, алгоритм ведения при акушерских кровотечениях. Клинические рекомендации РФ (протокол). М., 2014
6. Этапы наблюдения за беременностью и родами. Гл.31. Кровотечение в послеродовом периоде. Маляцкине Л., Юрешенас Ромуалдас. Литва. 2009.
7. B-Lynch C, Coker A, Lawal AH, et al. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported. Br J Obstet Gynaecol, 1997,104,372-375.
8. Postpartum hemorrhage, Prevention and Management, Royal College of Obstetricians and

- Gynecologists (RCOG) Green-top Guidelines No. 52; (minor revisions Nov.2009 and Apr.2011)
9. Tuncalp O, Hofmeyr G.J., Gulmezoglu A.M. Prostaglandins for preventing postpartum hemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8.)
 10. Westhoff G., Cotter A.M., Tolosa J.E. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent of postpartum hemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10.
 11. WHO guidelines for the management of postpartum hemorrhage and retained placenta 2009. WHO, Geneva. 2009
 12. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO; 2014 (*Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродового кровотечения.*)
 13. <https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators/how-to-use-quality-standards>
 14. [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(09\)00630-9/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(09)00630-9/pdf)
 15. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_27.pdf
 16. <http://www.tiensmed.ru/news/predplacenta-cd3.html>