

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

З.О. Сайназарова, аспирант

Ч.Э. Омуралиева, преподаватель

А.Ж. Рысбаева, преподаватель

Ошский государственный университет

(Кыргызстан, г. Ош)

DOI:10.24412/2500-1000-2023-11-3-86-90

Аннотация. В статье отражены основные положения клинических рекомендаций по профилактике и интенсивной терапии при послеродовых кровотечениях. Последовательно представлены основные факторы риска, возможные осложнения, принципы клинической и лабораторной диагностики при данной патологии. Описаны симптомы шока, возникшего в результате кровопотери и методы определения возможного риска послеродового кровотечения.

Ключевые слова: послеродовые кровотечения, материнская смертность, гипотонические кровотечения, плацента, коагуляция, профилактика акушерских кровотечений, гистерэктомия.

Послеродовое кровотечение является основной причиной материнской смертности во всем мире: по оценкам, смертность составляет 140 тыс. человек в год, или одна материнская смерть каждые четыре минуты. ПРК происходит в 5% всех родов и является причиной большинства случаев материнской смертности. Большинство этих смертей происходит в течение четырех часов после родов, что указывает на то, что они являются следствием третьей стадии родов. Несмертельное ПРК приводит к дальнейшим вмешательствам, железодефицитной анемии, инфаркту гипофиза (синдром Шихана) с сопутствующей низкой лактацией, воздействию препаратов крови, коагулопатии и повреждению органов с сопутствующей гипотонией и шоком [1].

Поскольку все роженицы подвержены риску ПРК, медицинские работники должны обладать знаниями и навыками активного ведения третьего этапа родов с целью профилактики, а также распознавания, оценки и лечения чрезмерной кровопотери.

Первичное ПРК определяется как чрезмерное кровотечение, возникающее в течение первых 24 часов после родов. Традиционно под ПРК понимается кровопотеря, превышающая 500 мл при вагинальных

родах и 1000 мл при абдоминальных родах. В клинических целях к ПРК следует относить любую кровопотерю, способную привести к гемодинамической нестабильности. Объем кровопотери, необходимый для возникновения гемодинамической нестабильности, зависит от предшествующего состояния пациентки. Опасная гемодинамическая ситуация более вероятна при наличии таких состояний, как анемия (например, дефицит железа, талассемия) или состояние уменьшения объема (например, дегидратация, гестационная гипертензия с протеинурией) [2].

Чрезмерное кровотечение (или геморрагия) приводит к чистой потере внутрисосудистого объема и снижению доставки кислорода к тканям и органам. Физиологические компенсаторные механизмы (такие как рефлекторная тахикардия, периферическая вазоконстрикция и повышение сократительной способности миокарда) помогают поддерживать перфузию тканей. Непрерывная кровопотеря приводит к циркуляторному коллапсу, повреждению органов-мишеней и, в конечном счете, к смерти.

В идеале медицинские работники должны уметь оценивать объем потерянной крови, чтобы определить объем жидкости, который необходимо восполнить.

Однако исследования показали, что врачи часто недооценивают реальную потерю крови. Для оценки объема кровопотери следует использовать симптомы, перечис-

ленные в таблице 1, поскольку, как правило, степень шока пропорциональна объему кровопотери, вызывающему появление этих клинических признаков [3].

Таблица 1. Симптомы шока, возникшего в результате кровопотери

Степень шока	Кровопотеря	Симптомы
Легкая	< 20%	Диафорез Увеличение капилляров Холодные конечности Беспокойство
Средняя	От 20 до 40 %	Симптомы вышеперечисленные плюс: Тахикардия Тахипноэ Гипотония Ортостатическая олигурия
Тяжелая	> 40%	Симптомы выше плюс: Гипотония Спутанность сознания Нестабильная гемодинамика

Когда речь идет о причинах, лежащих в основе ПРК, полезно рассмотреть четыре «Т» [4]:

- **Тонус:** атония матки, растяжение мочевого пузыря;

- **Ткани:** задержка плаценты и сгустки крови;

- **Травма:** повреждение влагалища, шейки или матки;

- **Тромбин:** коагулопатия (предсущая или приобретенная) Атония матки – наиболее частая и важная причина ПРК. Сокращение миометрия (вызывающее закупорку маточных сосудов, в результате чего образуются так называемые живые маточные лигатуры) является основным защитным механизмом гемостаза сразу после родов. Таким образом, затрудняется циркуляция крови между сосудистым пространством и полостью матки через миометрий.

Активное ведение третьего этапа родов включает в себя мероприятия, способствующие отхождению плаценты с целью предотвращения или уменьшения кровопотери. К таким вмешательствам относятся применение утеротоников, пережатие пуповины и контролируемая тракция пуповины. В отличие от этого при неинтервенционном (или физиологическом) ведении допускается самопроизвольное рож-

дение плаценты с последующим вмешательством (при необходимости), включающим массаж матки и применение утеротоников.

Обзор литературы, проведенный Всемирной организацией здравоохранения, показал, что атония матки является наиболее частой причиной ПРК и что у большинства женщин, страдающих ПРК, отсутствуют идентифицируемые факторы риска. Этот анализ позволил разработать ряд рекомендаций, направленных на минимизацию материнской заболеваемости и смертности.

1. Активное ведение должно предлагаться всем женщинам квалифицированными медицинскими работниками.

2. Квалифицированные медицинские работники должны предлагать утеротоники (окситоцин предпочтительнее эргономина, мизопроста и карбопроста) для профилактики ПРК.

3. Раннее пережатие пуповины рекомендуется только в тех случаях, когда новорожденный нуждается в реанимации.

4. Несмотря на отсутствие доказательств в пользу тракции пуповины, эту практику следует продолжать как часть активного ведения [5].

Клинические симптомы, описанные в таблице 2, являются полезными индикато-

рами продолжающейся кровопотери, которые могут быть использованы у постели больного и помочь врачам. Очень полезно иметь уже разработанный план действий, когда профилактические меры оказываются

безуспешными. Этот план должен включать агрессивную жидкостную реанимацию, борьбу с кровотечением для минимизации кровопотери, доступ к операционной и вспомогательному персоналу.

Таблица 2.

Оценка этиологии	Лечение	Если кровотечение продолжается	Если кровотечение продолжается	Если кровотечение продолжается
Атония матки	- Массаж матки - Утеротонические средства	Нехирургическое лечение матки: - Бимануальная компрессия матки - Наружная компрессия аорты - Тампонада матки с помощью марлей - Баллонная тампонада с помощью воздушного шарика (презерватива)	Компрессионные швы: - В-Lynch - Компрессионный Вертикальный - Эмболизация маточной артерии	- Перевязка артерии (маточной, гипогастральная) - Гистерэктомия (субтотальная или тотальная)
Задержка плаценты	Когда плацента полностью в матке: - Утеротоника; - Контролируемая тракция пуповины; Инъекция в пупочную вену	Плацента все еще сохраняется: - Удаление вручную.	Плацента еще сохранилась (приросшая плацента): - частичный или полный вывод плаценты с помощью лапаротомия - гистерэктомия	
		Неполное отделение: Ручная вакуумная аспирация; Ручное исследование; Падающий кюретаж		Гистерэктомия
	Травма нижних половых путей	Восстановление разрывов промежности, влагалища и шейки матки		
	Разрыв матки	Лапаротомия Первичное восстановление Гистерэктомия		
	Выворот матки	Коррекция путем операции под общим наркозом	Если консервативная коррекция не удалась, убедитесь, что матка остается сокращенной при непрерывном введении окситоцина	- Операция - Коррекция лапаротомией - Гистерэктомия
	Коагуляция	- Нарушение свертываемости крови - Проведение лечения соответствующим образом использованием препаратов крови.		

Для лечения ПРК необходимо следовать такому плану действий.

Первичный осмотр и оценка:

- оценить состояние дыхательных путей, дыхания и кровообращения
- кислород с помощью маски
- капельница
- кристаллоид, изотоническая жидкость
- замена изотонической жидкости
- мониторинг АД, пульса и дыхания
- опорожнение мочевого пузыря, контролирование выделения мочи
- анализ крови
- скрининговый тест нарушения коагуляции
- определение группы крови и тест на совместимость [6].

Первоначальная цель лечения – установить причину кровопотери и одновременно провести реанимационные мероприятия. Необходимо оценить тонус матки и тщательно осмотреть нижние

половые пути. Целью реанимационных мероприятий является поддержание гемодинамической стабильности и перфузии тканей кислородом. Необходимо провести внутривенную инфузию кристаллоидного раствора с помощью трубки с большим отверстием в сочетании с кислородной подпиткой. Необходимо следить за состоянием дыхательных путей, дыхания и кровообращения. Кроме того, необходимо контролировать жизненно важные показатели, насыщение крови кислородом и выделение мочи. Визуальная оценка свертываемости крови может быть проведена у постели больного, пока кровь находится в лаборатории для анализа и проверки на совместимость для переливания.

Библиографический список

1. Mavrides E., Allard S., Chandraharan E., et al. On behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2017; 124(5): e106–149. DOI:10.1111/1471–0528.14178
2. Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях. Клинические рекомендации (протокол лечения). – Москва, 2019. – 23 с.
3. Reynders FC, Senten L, Tjalma W, Jacquemyn Y. Postpartum hemorrhage: practical approach to a life-threatening complication // *Clin Exp Obstet Gynecol.* – 2006. – Vol. 33. – P. 81-84.
4. Takeda S., Makino S., Takeda J., et al. Japanese Clinical Practice Guide for Critical Obstetrical Hemorrhage (2017 revision). *J Obstet Gynaecol Res.* 2017; 43(10): 1517-1521. DOI:10.1111/jog.13417.
5. Russell R.T. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. *Hum Fertil.* 2011; 14(2): 129-129. DOI:10.3109/14647273.2010.529650.
6. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin № 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2017; 130(4): e168–186. DOI:10.1097/AOG.0000000000002351.

**RECOMMENDATIONS FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF
POSTPARTUM BLEEDING**

Z.O. Sainazarova, *Graduate Student*

Ch.E. Omuralieva, *Lecturer*

A.J. Rysbaeva, *Lecturer*

Osh State University

(Kyrgyzstan, Osh)

***Abstract.** The article reflects the main provisions of clinical recommendations for the prevention and intensive care for postpartum bleeding. The main risk factors, possible complications, and principles of clinical and laboratory diagnostics for this pathology are consistently presented. The symptoms of shock resulting from blood loss and methods for determining the possible risk of postpartum bleeding are described.*

***Keywords:** postpartum bleeding, maternal mortality, hypotonic bleeding, placenta, coagulation, prevention of obstetric bleeding, hysterectomy.*