

Здоровье Семьи

Информационно-образовательный вестник 1/2007

тема номера

Кровотечение



Профилактика послеродовых кровотечений 2

Лечение первичных послеродовых кровотечений 5

Послеродовые кровотечения в странах с ограниченными ресурсами 6

Клинические рекомендации Канадского общества акушеров и гинекологов по профилактике и лечению послеродовых кровотечений 7



ИЗС

**Институт
Здоровья
Семьи**

Институт здоровья семьи (ИЗС) – российская негосударственная организация, работающая в области здравоохранения и социальной защиты, основной целью которой является улучшение здоровья женщин, мужчин, детей и семьи в целом. ИЗС разрабатывает и внедряет проекты, направленные на повышение знаний и навыков медицинских и социальных работников, руководителей здравоохранения, преподавателей медицинских вузов и колледжей по оказанию современной качественной практической и консультативной помощи. В своей деятельности ИЗС основывается на данных доказательной медицины; проводит работу в соответствии с российским законодательством и нормативными требованиями с широким привлечением руководителей здравоохранения разного уровня и ведущих российских специалистов. Сотрудниками и консультантами ИЗС являются специалисты, имеющие большой опыт в области общественного здоровья, клинической медицины и ВИЧ/СПИДа.

С более подробной информацией о деятельности ИЗС можно ознакомиться на веб-сайте: www.ifhealth.ru



Уважаемые читатели!

Представляем вам первый выпуск информационно-образовательного вестника «Здоровье семьи», который издается российской организацией Институт здоровья семьи. Вестник посвящен наиболее актуальным проблемам охраны здоровья женщин, детей и семьи в целом. В нем будут представлены результаты исследований в области здравоохранения и социальной помощи, а также российские и международные нормативные документы, касающиеся медицинских технологий, прав пациентов, клиентов и медицинских работников. Одна из основных задач Вестника — широко распространять позитивный опыт оказания медицинской и социальной помощи. Основным критерием отбора материалов для публикации в настоящем издании является соответствие их требованиям доказательной медицины.

Вестник предназначен для акушеров-гинекологов, педиатров, неонатологов, семейных врачей, средних медицинских работников, социальных работников, руководителей здравоохранения, преподавателей медицинских вузов и колледжей.

Планируется выпуск трех номеров Вестника в течение года. Первый номер посвящен одной из основных проблем акушерства — кровотечениям. Мы предлагаем вашему вниманию международные рекомендации и результаты последних исследований по профилактике и лечению кровотечений. В следующих номерах планируется обсуждение других основных причин материнской смертности, а также младенческой смертности в РФ.

Надеемся, что эта информация будет полезна для вашей повседневной деятельности. Мы также рассчитываем на активный отклик читателей и просим высылать ваши предложения и замечания по поводу публикаций Вестника в адрес Института здоровья семьи.

*Вартапетова Н. В.,
директор Института здоровья семьи,
руководитель проекта «Мать и дитя»*

Одной из основных проблем акушерства в России остается относительно высокий уровень материнской смертности (последний официально опубликованный МЗ РФ показатель за 2007 год составлял 21,9 на 100 000 живорожденных (в Соединенном Королевстве — до 6, в Швеции — 4 и т. д.).

Особенно беспокоит специалистов структура материнской смертности в РФ, более характерная для развивающихся стран: в ней преобладают прямые причины, прежде всего кровотечения (22% по данным 2006 г.), гестозы (преэклампсия и эклампсия; 17%), сепсис (12,4%) и т. д. Непрямые причины составляют всего 21,5%. Признано, что большинство — до 80% — случаев материнской смерти от прямых причин предотвратимы при своевременно и правильно оказанной помощи. В первую очередь это относится к материнской смертности от кровотечений.

В данном выпуске Вестника мы предлагаем вашему вниманию обзор литературы по теме «Профилактика и лечение акушерских кровотечений», при написании которого были использованы кокраунские обзоры, текст совместного заявления Международной конфедерации акушеров и Международной федерации акушеров и гинекологов, документов ВОЗ, международные клинические рекомендации, обзорные статьи, а также статьи с результатами исследований, проведенных в различных странах, которые опубликованы в наиболее авторитетных международных журналах.

Профилактика послеродовых кровотечений

Массивные акушерские кровотечения — основная причина материнской смертности в мире. Более половины случаев материнской смертности приходится на первые 24 ч после родов. Большинство из них обусловлено кровотечением. Частота послеродовых кровотечений составляет примерно 6%, а тяжелых послеродовых кровотечений — 1,86%, причем в разных странах этот показатель сильно колеблется [1]. Главная причина кровотечений — атония матки, второе место занимает родовая травма, в том числе ятрогенная [2]. Угрожающее жизни кровотечение может возникнуть в родах у любой женщины. Особенно опасны кровотечения у беременных с анемией, поскольку они могут не перенести даже умеренную кровопотерю. В раннем послеродовом периоде каждая женщина нуждается в тщательном наблюдении и при необходимости в медицинской помощи.

Частоту послеродовых кровотечений, вызванных атонией матки, можно снизить путем активного ведения третьего периода родов. Такое ведение предполагает мероприятия, облегчающие рождение последа за счет стимуляции сократительной активности матки и направленные на профилактику послеродового кровотечения за счет предупреждения атонии матки. К ним относятся:

- применение утеротонических средств;
- контролируемая тракция за пуповину;
- массаж матки после рождения последа (в соответствии с рекомендациями).

Раньше считалось, что риск послеродового кровотечения повышается, если продолжительность третьего периода превышает 30 мин. Недавно показано, что оптимальный срок ручного отделения плаценты для профилактики послеродового кровотечения составляет 18 мин после рождения ребенка. Рандомизированное клиническое испытание по сравнению ручного отделения плаценты через 20 и 30 мин после рождения ребенка приостановлено после получения предварительных результатов. Они показали, что только у 8 из 1607 женщин послед не родился к 20-й минуте. Отмечено, что продолжительность третьего периода родов более 10 мин статистически достоверно повышает риск послеродового кровотечения [3].

В противоположность активному ведению, выжидательная тактика в третьем периоде родов подразумевает самостоятельное рождение последа, облегчение рождения последа под действием силы тяжести или при стимуляции сосков. Для того чтобы сравнить влияние выжидательной тактики и активного ведения третьего периода родов на кровопотерю, частоту послеродовых кровотечений и другие критерии прогноза для матери и ребенка, был проведен поиск в Кокрановском специализированном регистре кон-

тролируемых испытаний в разделе «Беременность и роды». В результате этого поиска было отобрано 5 исследований, анализ которых показал, что по сравнению с выжидательной тактикой активное ведение третьего периода родов в условиях родильного дома сопряжено со снижением кровопотери (взвешенная разность средних $-79,33$ мл, 95% доверительный интервал от $-94,29$ до $-64,37$ мл); частоты послеродовых кровотечений объемом более 500 мл (относительный риск 0,38, 95% доверительный интервал 0,32—0,46); длительности третьего периода родов (взвешенная разность средних $-9,77$ мин, 95% доверительный интервал от $-10,00$ до $-9,53$ мин) у матери. Недостатки активного ведения третьего периода родов состоят в том, что оно повышает риск тошноты (относительный риск 1,83, 95% доверительный интервал 1,51—2,23), рвоты и повышения артериального давления у матери (вероятно, вследствие применения эргометрина). Каких-либо последствий для ребенка не отмечено [4].

Активной тактике следует отдавать предпочтение при ведении третьего периода родов у женщин, которым планируется родоразрешение через естественные родовые пути в условиях родильного дома. Возможность применения подобной тактики в других условиях, в том числе при родах на дому (как в развивающихся, так и в развитых странах), менее очевидны.

Чтобы активно вести третий период родов, оказывающий помощь роженице должен иметь соответствующие знания и навыки, способность к критическому мышлению, а также доступ к необходимым препаратам и оборудованию.

В связи с этим национальные профессиональные общества должны:

- защищать право женщины на квалифицированную помощь в родах;
- распространять заявление Международной конфедерации акушеров и Международной федерации акушеров и гинекологов (FIGO) о необходимости активного ведения третьего периода родов среди своих членов и облегчать его внедрение в практику;
- просвещать население о необходимости профилактики и лечения послеродовых кровотечений;
- публиковать это заявление в национальных медицинских журналах для акушеров, акушеров и врачей других специальностей, бюллетенях и информационных письмах, а также в интернете;
- преодолевать законодательные и другие барьеры, препятствующие профилактике и лечению послеродовых кровотечений;
- включать методику активного ведения третьего периода родов в соответствующие национальные стандарты и клинические рекомендации;
- включать методику активного ведения третьего периода родов в программы подготовки и пере-

подготовки медицинского персонала, оказывающего помощь в родах;

- работать с национальными органами государственного регулирования оборота лекарственных средств, должностными лицами, а также лицами и организациями, предоставляющими материальную помощь, чтобы обеспечить полноценное снабжение медицинских учреждений утеротоническими средствами и оборудованием для их введения.

Применение утеротонических средств

Профилактическое применение утеротонических средств — неотъемлемая часть активного ведения третьего периода родов, позволяющая предупредить послеродовое кровотечение. Наиболее широко применяемые утеротонические средства — окситоцин, эргометрин и комбинация эргометрина, 0,5 мг, и окситоцина, 5 ед (Синтометрин). Влияние окситоцина и Синтометрина, применяемых в третьем периоде родов, на риск послеродового кровотечения и прогноз для матери и ребенка сравнивалось в нескольких контролируемых испытаниях. Обзор 6 таких испытаний с 9332 участниц, отобранных в Кокрановском специализированном регистре контролируемых испытаний в разделе «Беременность и роды» по состоянию на март 2003 г., показал, что добавление эргометрина к окситоцину способствует небольшому, но статистически достоверному снижению риска послеродового кровотечения, если считать таковым кровопотерю по крайней мере 500 мл (отношение рисков 0,82, 95% доверительный интервал 0,71—0,95). Различия отмечены для дозы окситоцина как 5 ед, так и 10 ед, но более выраженными они были при применении окситоцина в дозе 5 ед. Если послеродовым кровотечением считали кровопотерю по крайней мере 1000 мл, то различий между группами, получавшими окситоцин в дозе 5 и 10 ед, не было. При применении комбинации эргометрина и окситоцина статистически достоверно чаще наблюдаются повышение диастолического артериального давления, тошнота и рвота. При учете неоднородности исследований статистически достоверных различий при анализе других критериев прогноза для матери и ребенка не выявлено. Таким образом, пользу от снижения риска послеродового кровотечения с объемом кровопотери 500—1000 мл при применении комбинации эргометрина и окситоцина следует соотносить с риском побочных эффектов [5]. Анализ еще 5 исследований, в которые включены более 2800 женщин, также не выявил усиления действия эргометрина при добавлении окситоцина [6].

Еще один обзор, призванный изучить влияние профилактического применения окситоцина в третьем периоде родов на прогноз для матери и ребенка, охватил данные 14 исследований, обнаруженных в Кокрановском специализированном реги-

стре контролируемых испытаний в разделе «Беременность и роды» (по состоянию на декабрь 2004 г.). Данные исследований анализировали в соответствии с назначенным лечением. При анализе в подгруппах учитывали систематическую ошибку, связанную с отбором, применение окситоцина в рамках выжидательной тактики и активного ведения третьего периода родов и время его назначения. С помощью модели с фиксированным эффектом рассчитали относительный риск, взвешенные разности средних и 95% доверительный интервал для всех показателей.

Данные 7 исследований, в которые были включены более 3000 женщин, показали, что по сравнению с выжидательной тактикой профилактическое применение окситоцина снижает объем кровопотери (относительный риск кровопотери более 500 мл 0,50; 95% доверительный интервал 0,43—0,59) и потребность в применении утеротонических средств группы окситоцина с лечебной целью (относительный риск 0,50; 95% доверительный интервал 0,39—0,64).

В 6 исследованиях, в которых участвовали более 2800 женщин, не было выявлено отличий в действии окситоцина и алкалоидов спорыньи. Исключение составило следующее. Применение окситоцина реже сопровождалось ручным отделением плаценты (относительный риск 0,57; 95% доверительный интервал 0,41—0,79). Отмечена тенденция к менее выраженному подъему артериального давления на фоне введения окситоцина (относительный риск 0,53; 95% доверительный интервал 0,19—1,52).

Следовательно, окситоцин эффективно предупреждает послеродовые кровотечения, однако данных о других исходах его применения и побочных эффектах недостаточно. В связи с этим авторы не могут быть уверены в оптимальности соотношения пользы и риска применения этого препарата. Нет доказательств того, что алкалоиды спорыньи или комбинация алкалоидов спорыньи и окситоцина эффективнее окситоцина, однако данные по этому вопросу немногочисленны. Необходимы дополнительные исследования родов на дому в развивающихся странах, на которые приходится большая часть осложнений третьего периода родов [6].

Если применение окситоцина и алкалоидов спорыньи по каким-либо причинам невозможно, применяют простагландины, например мизопростол — новый недорогой синтетический аналог простагландина E₁ [7, 8]. Чтобы оценить эффективность профилактического применения простагландинов в третьем периоде родов, был проведен поиск в Кокрановском специализированном регистре контролируемых испытаний в разделе «Беременность и роды» (по состоянию на март 2003 г.).

В результате поиска были отобраны 24 исследования применения мизопростала и 8 исследований применения простагландинов для внутримышечного введения; в общей сложности в этих исследованиях участвовали 34 203 женщины. Полученные из

5 исследований данные по сравнению эффективности мизопростола и выжидательной тактики или плацебо было трудно интерпретировать из-за неоднородности исследований. Они не продемонстрировали значительного снижения частоты послеродовых кровотечений и других показателей, характеризующих кровопотерю.

Сравнение эффективности и безопасности мизопростола и традиционных утеротонических средств для парентерального введения по данным 7 исследований с участием 22 749 женщин показало, что применение этого препарата в дозе 600 мкг внутрь клинически и статистически значимо чаще сопровождается кровопотерей ≥ 1000 мл (3,6 по сравнению с 2,7%; относительный риск 1,34, 95% доверительный интервал 1,16—1,55). Основные побочные эффекты мизопростола — озноб и лихорадка. Эти эффекты дозозависимы: как показали 2 исследования, относительный риск озноба при применении мизопростола в дозе 600 мкг по сравнению с применением в дозе 400 мкг составляет 1,33 (95% доверительный интервал 1,07—1,64). Как показал анализ данных 7 исследований с участием 22 746 женщин, относительный риск озноба при применении мизопростола в дозе 600 мкг по сравнению с окситоцином составляет 3,29 (19,7 по сравнению с 6,0%; 95% доверительный интервал 3,03—3,56), температуры тела $> 38^\circ\text{C}$ — 6,78.

По сравнению с традиционными утеротоническими средствами для парентерального применения простагландины для парентерального применения уменьшают среднюю кровопотерю в третьем периоде родов (взвешенная разность средних -70 мл, 95% доверительный интервал от -73 до -67 мл), но вызывают больше побочных эффектов. Данные по массивным послеродовым кровотечениям и применению дополнительных утеротонических средств (основные критерии оценки обзора) были немногочисленны.

Приведенные данные позволяют сделать вывод, что ни простагландины для парентерального применения, ни мизопростол не имеют преимуществ перед традиционными утеротоническими средствами в рамках активного ведения третьего периода родов, особенно при низком риске послеродового кровотечения. Целью будущих исследований применения простагландинов после родов должно стать изучение их эффективности в рамках лечения, а не профилактики послеродовых кровотечений, когда они, по-видимому, более эффективны [9].

Однако метаанализ, проведенный С. Langenbach, показал, что мизопростол не уступает по эффективности окситоцину и к тому же может применяться не только в стационаре, но и в любых условиях. Автор не рекомендует увлекаться определением преимуществ одного препарата перед другим, поскольку это только отдаляет распространение мизопростола в странах, где он является единственным доступным методом профилактики послеродовых кровотечений, и советует сравнивать результаты применения мизопростола с результатами выжидательной тактики [10].

Методика применения утеротонических средств

В течение минуты после рождения ребенка пальпируют матку, чтобы исключить наличие второго плода. Затем вводят окситоцин, 10 ед внутримышечно. Окситоцин предпочтительнее других утеротонических средств, поскольку его действие наступает через 2—3 мин после введения, побочные эффекты минимальны, а сам препарат может назначаться всем женщинам [11].

- Если окситоцина нет, могут применяться другие утеротонические средства, такие, как эргометрин, 0,2 мг внутримышечно, или Синтометрин, 1 ампула внутримышечно, или мизопростол, 400—600 мкг внутрь. Мизопростол применяют в тех случаях, когда безопасное парентеральное введение или правильное хранение окситоцина и алкалоидов спорыньи невозможны.
- Правила хранения утеротонических средств:
 - ◆ эргометрин — при температуре $2-8^\circ\text{C}$ в защищенном от света месте, не замораживать;
 - ◆ мизопростол — при комнатной температуре, в закрытом контейнере;
 - ◆ окситоцин — при температуре $15-30^\circ\text{C}$, не замораживать.
- Женщину следует проконсультировать о побочных действиях утеротонических средств.

Осторожно! Не назначайте эргометрин и Синтометрин (поскольку он содержит эргометрин) при преэклампсии, эклампсии и высоком артериальном давлении.

Немедикаментозные методы профилактики кровотечений

Контролируемая тракция за пуповину

Как показало контролируемое исследование с участием 204 женщин, этот метод позволяет уменьшить объем послеродовой кровопотери, однако его эффективность для профилактики послеродовых кровотечений требует более тщательного изучения [12]. В настоящее время проводится многоцентровое рандомизированное исследование, цель которого — изучение эффективности контролируемой тракции за пуповину как отдельного метода для профилактики кровотечения. Результаты ожидаются в 2011 году.

Методика проведения контролируемой тракции за пуповину такова.

- На пуповину у промежности накладывают зажим (как только исчезнет пульсация пуповины, при условии, что новорожденный здоров) и берут его в руку.
- Другую руку кладут женщине на живот в надлобковую область и удерживают матку в направлении, противоположном направлению тракции.
- Слегка потягивая за пуповину, дожидаются сильной длительной схватки (2—3 мин).

- Одновременно со схваткой просят женщину потужиться и бережно тянут за пуповину вниз, чтобы родилась плацента. Другой рукой продолжают удерживать матку.
- Если в течение 30—40 с контролируемой тракции за пуповину плацента не родилась, тракцию прекращают.
 - ◆ Аккуратно удерживая пуповину, дожидаются следующей схватки.
 - ◆ Во время следующей схватки повторяют контролируемую тракцию за пуповину.

Никогда не выполняйте тракцию за пуповину вне схватки и не оказывая контрдавления над лоном.

- После рождения плаценты берут ее двумя руками и, аккуратно поворачивая, выкручивают околоплодные оболочки. Медленно потягивая, полностью выделяют послед.
- Если околоплодные оболочки разорвались, рукой в стерильной или дезинфицированной перчатке осторожно исследуют влагалище и шейку матки. Обнаруженные остатки околоплодных оболочек удаляют окончательным зажимом.
- Внимательно осматривают плаценту, чтобы убедиться в ее целостности. Если отсутствует часть плаценты или имеются оборванные околоплодные оболочки с сосудами, следует заподозрить задержку частей плаценты и предпринять соответствующие меры.

Массаж матки

- Массаж дна матки начинают сразу после рождения последа и проводят до тех пор, пока матка не сократится.
- В течение первых 2 ч после родов каждые 15 мин пальпаторно оценивают состояние матки и при необходимости повторяют массаж.
- После массажа следует убедиться, что матка не расслабляется (не становится мягкой).

Женщине и членам ее семьи объясняют суть всех описанных выше мероприятий. На протяжении родов и послеродового периода женщину поддерживают и успокаивают.

Лечение первичных послеродовых кровотечений

Массивные акушерские кровотечения остаются одной из пяти ведущих причин материнской смертности в развитых и развивающихся странах. Любая клинически значимая кровопотеря является показанием к неотложному вмешательству, при этом следует учиты-

вать трудности оценки кровопотери. На сегодняшний день нет какого-либо одного метода оценки кровопотери со 100% достоверностью. Наилучший способ — комплексный — использование визуального, гравиметрического, а главное, динамическая оценка клинических симптомов кровотечения. Существуют четыре основные причины послеродовых кровотечений. Наиболее распространенной из них является атония матки. Факторы риска послеродовых кровотечений известны, однако обследование до родов позволяет выявить только 40% женщин, у которых развиваются послеродовые кровотечения. Позднее начало лечения массивного послеродового кровотечения — основной фактор риска неблагоприятного исхода. Поскольку угрожающее жизни послеродовое кровотечение может начаться неожиданно, необходима четкая и логичная тактика его лечения. Наиболее известен алгоритм поэтапного оказания помощи при послеродовом кровотечении, ранее обозначенный сокращением **HAEMOSTASIS (Help — вызов помощи; Assess and resuscitate — оценка состояния и реанимационные мероприятия; Establish aEtiology, Ecbolics, Ensure availability of blood — этиология, утеротонические средства, препараты крови; Massage uterus — массаж матки; Shift to theater — перевод в операционную; Tampo-nade — тампонада полости матки; Apply sutures — наложение компрессионных швов; Systematic pelvic devascularisation — перевязка сосудов; Interventional radiologist — эмболизация маточных сосудов (по возможности); Subtotal or total abdominal hysterectomy — экстирпация или надвлагалищная ампутация матки)** [13]. Для стабилизации гемодинамики может применяться противошоковый костюм, который позволяет обеспечить быстрое перераспределение крови из нижней части тела к жизненно важным органам, повышая при этом артериальное давление, преднагрузку и сердечный выброс [14].

Для того, чтобы оценить эффективность и безопасность медикаментозных и хирургических методов лечения первичных послеродовых кровотечений, был проведен поиск в Кокрановском специализированном регистре контролируемых испытаний в разделе «Беременность и роды» (по состоянию на апрель 2002 г.). В результате было обнаружено одно исследование по сравнению эффективности мизопростала для ректального применения, Синтометрина и окситоцина для парентерального применения. Это исследование и было включено в обзор. Оно было недостаточно большим, чтобы оценить влияние мизопростала для ректального применения на материнскую смертность и заболеваемость или частоту экстирпации матки по поводу первичных послеродовых кровотечений. По сравнению с комбинацией внутримышечного введения Синтометрина и внутривенной инфузии окситоцина ректальное применение мизопростала статистически достоверно уменьшало число женщин, у которых продолжалось кровотечение и которым для его остановки потребовалось дополнительное медикаментозное лечение (6 по сравнению с

34%; относительный риск 0,18, 95% доверительный интервал 0,04—0,67). Однако группы не различались по частоте хирургических вмешательств, потребовавшихся для остановки кровотечения (экстирпация матки, перевязка внутренних подвздошных артерий или тампонада полости матки). Авторы обзора заключили, что мизопропростол, 800 мкг ректально, может быть препаратом выбора при первичных послеродовых кровотечениях. Для определения наиболее эффективных комбинаций препаратов, путей введения и доз необходимы дополнительные исследования [15].

В последнее время появились многочисленные сообщения о случаях успешного использования рекомбинантного фактора VII при неэффективности стандартного лечения послеродовых кровотечений. Всего было зафиксировано 227 случаев применения этого препарата при послеродовых кровотечениях. Контролируемых клинических испытаний его применения в подобной ситуации не проводилось. Средняя доза препарата составила 81,5 мг/кг. В 85% случаев кровотечение удалось остановить [16].

Еще одна группа препаратов, предложенных для лечения послеродовых кровотечений — антифибринолитические средства, например транексамовая кислота. Назначение этого препарата приводит к уменьшению кровопотери, однако для оценки его эффективности необходимо провести качественные контролируемые испытания [17].

Важное место в лечении послеродовых кровотечений, как и любых массивных кровотечений, занимает трансфузионная терапия. Акушеры и гинекологи должны иметь четкое представление о лабораторной подготовке крови, показаниях к переливанию различных компонентов крови, осложнениях трансфузии (таких как шоковое легкое), особенностях переливания больших объемов крови, альтернативных трансфузионных средах. Подробный протокол трансфузионной терапии при послеродовых кровотечениях опубликован в журнале *Clinical Obstetrics and Gynecology* в марте 2010 г. [18].

Хирургическое лечение

К хирургическим методам лечения послеродовых кровотечений относятся такие методы, как выскабливание полости матки, ушивание разрывов, тампонада полости матки, перевязка или эмболизация артерий матки, перевязка подвздошных артерий, наложение компрессионных швов и экстирпация матки [19].

Тампонада полости матки — безопасный, быстрый и эффективный способ остановки послеродового кровотечения независимо от сроков применения. Ее выполняют баллонным катетером, например пищеводным катетером Сенгстейкена—Блейкмора или баллоном Бакри. Баллон оставляют на 12—24 ч, а при продолжающемся кровотечении его удаляют раньше. Такая тампонада эффективна примерно в 80 % случаев атонических послеродовых кровотечений. Этот простой и недорогой метод лечения может

быть особенно полезен в учреждениях с ограниченными ресурсами [20, 21].

Наложение компрессионных швов — достаточно эффективный метод остановки кровотечения, вызванного предлежанием или приращением плаценты. Ему следует отдавать предпочтение у женщин со стабильной гемодинамикой, которые хотели бы иметь еще детей [22].

Эмболизация артерий матки доказала свою эффективность, однако требует опытного персонала и дорогостоящего оборудования. Накоплен достаточно большой опыт профилактического использования эмболизации сосудов, например, при приращении плаценты. На сегодняшний день не опубликовано результатов ни одного контролируемого испытания, оценивающего результаты применения этого метода, но несколько систематических обзоров позволяют сделать выводы о ее высокой эффективности, в том числе при приращении плаценты. Как показывает опыт, артериальная эмболизация может с успехом применяться при послеродовых кровотечениях как до лапаротомии (при стабильном состоянии женщины), так и во время кесарева сечения, после наложения компрессионных швов или при неудачной попытке последовательной деваскуляризации матки [23]. Эта методика может быть малоинвазивной альтернативой гистерэктомии. Хотя в последние 30 лет она применяется довольно широко, вопрос о прогнозе в отношении фертильности у подвергаемых ей женщин до конца не выяснен [24].

Послеродовые кровотечения в странах с ограниченными ресурсами

Несмотря на наличие эффективных методов профилактики и лечения послеродовых кровотечений, большинство из них не доступны или не применимы в развивающихся странах, где большое число родов все еще происходят на дому, а помощь роженицам оказывают лица, не имеющие специальных знаний и навыков. Внедрение многих из имеющихся методик в сельских районах потребует значительных изменений местной системы здравоохранения, а также обычаев, связанных с беременностью и родами. До лечения необходимо быстро и точно поставить диагноз, что требует навыков и возможностей исследования крови. После постановки диагноза необходимо начинать лечение, используя методы, применимые в удаленных районах. Многие утеротонические средства, эффективные при послеродовых кровотечениях, могут применяться только в крупных медицинских учреждениях, поскольку требуют специального хранения и навыков введения. Быстрый перевод женщины в такое учреждение не всегда возможен из-за больших расстояний и отсутствия транспорта. В связи с этим в развивающихся странах должны применяться

низкотехнологичные методы. Возможными путями решения проблемы являются санитарное просвещение в общинах, совершенствование системы оказания неотложной медицинской помощи, обучение лиц, оказывающих помощь роженицам, применение мизопростола и системы для введения окситоцина «Юниджект». В ближайшее время следует задействовать все возможности, имеющиеся в каждой общине и каждом районе, чтобы спасти жизни женщин во время родов [25].

Клинические рекомендации Канадского общества акушеров и гинекологов по профилактике и лечению послеродовых кровотечений

Это один из лучших протоколов профилактики и лечения послеродовых кровотечений [26]. В скобках приведены уровни доказательности рекомендаций.

Профилактика

1. Активное ведение третьего периода родов снижает риск послеродовых кровотечений и должно предлагаться всем роженицам (I-A).
2. Окситоцин (10 МЕ), вводимый внутримышечно, является препаратом выбора для профилактики послеродовых кровотечений при родах через естественные родовые пути у женщин из группы низкого риска. Окситоцин должен вводиться после рождения переднего плечика (I-A).
3. Окситоцин можно вводить внутривенно (от 20 до 40 МЕ в 1000 мл раствора со скоростью 150 мл в час) (I-B).
4. Внутривенное болюсное введение окситоцина (от 5 до 10 МЕ за 1—2 минуты) может быть использовано для профилактики послеродовых кровотечений после вагинальных родов, но не рекомендуется во время проведения кесарева сечения (II-B).
5. Препараты эргометрина могут быть использованы для профилактики послеродовых кровотечений, но как препараты второй линии, в связи с повышенным риском побочных эффектов у матери и необходимости ручного удаления плаценты. Эргометрин противопоказан при артериальной гипертензии (I-A).
6. Во время планового кесарева сечения вместо непрерывной инфузии окситоцина для профилактики послеродовых кровотечений следует использовать карбетоцин 100 мг в виде внутривенной болюсной инъекции в течение одной минуты; при этом снижается потребность в терапевтических дозах утеротонических средств (I-B).
7. У женщин, родивших через естественные родовые пути и имеющих только один фактор риска послеродовых кровотечений, вместо непрерывной инфузии окситоцина для профилактики послеродовых кровотечений можно использовать карбетоцин, 100 мг; это снижает необходимость массажа матки при сравнении с непрерывной инфузией окситоцина (I-B).
8. В случае недоступности окситоцина во время родов через естественные родовые пути можно использовать эргоновин, 0,2 мг в/м, и мизопропрост, от 600 до 800 мкг внутрь, под язык или ректально (II-1B).
9. Когда это возможно, отсрочка пережатия пуповины, по крайней мере, на 60 секунд, предпочтительнее более раннего пережатия при преждевременных родах, так как это уменьшает частоту кровоизлияний в желудочки мозга у новорожденных и необходимость трансфузий (I-A).
10. При рождении доношенных новорожденных должны сопоставляться повышенный риск желтухи новорожденных, требующей фототерапии, и физиологические преимущества от более высокого уровня гемоглобина и железа в крови вплоть до шестимесячного возраста при отсрочке пережатия пуповины (I-C).
11. Не существует доказательств того, что меры по ускорению отделения плаценты до истечения традиционных 30—45 минут снижают риск послеродовых кровотечений (II-2C).
12. Дренаж пуповины не может быть рекомендован для повсеместного применения в целях сокращения продолжительности третьего периода родов, так как нет доказательств эффективности данного вмешательства для профилактики послеродовых кровотечений (II-1C).
13. Введение в пуповину мизопростола (800 мкг) или окситоцина (от 10 до 30 МЕ) может рассматриваться в качестве альтернативного вмешательства (II-2C).

Лечение

14. Для оценки объема кровопотери врачи должны использовать клинические маркеры (признаки и симптомы), а не визуальную оценку (III-B).
15. Ведение послеродовых кровотечений требует междисциплинарного подхода и включает стабилизацию гемодинамики и одновременное выявление и устранение причины кровотечения (III-C).
16. Все акушерские стационары должны иметь наборы экстренной помощи, содержащие необходимые расходные материалы и лекарства (II-2B).
17. Доказательства в пользу применения рекомбинантного фактора VII собраны в результате очень небольшого количества случаев его использования при массивных послеродовых кровотечениях. Поэтому он не может быть рекомендован для широкого применения (II-3L).

18. Тампонада матки может быть эффективным методом временного контроля кровотечения, вызванного атонией матки, не реагирующей на медикаментозную терапию (III-L).
19. При неэффективности медикаментозного лечения следует использовать хирургические методы, такие как перевязка внутренних подвздошных артерий, наложение компрессионных швов и гистерэктомия (III-B).

Итак, активное ведение третьего периода родов и обучение врачей и акушеров знаниям и навыкам, необходимым для профилактики и лечения акушерских кровотечений, способно значительно снизить материнскую смертность.

В рамках проекта «Мать и Дитя» разработано 16 клинических акушерских протоколов. Вопросы профилактики и лечения акушерских кровотечений освещаются в протоколах «Нормальные роды» (алгоритм активного ведения третьего периода) и «Послеродовое кровотечение». С их содержанием Вы можете ознакомиться на сайте по адресу: <http://www.ifhealth.ru>.

Литература

1. Carroli G et al. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008; 22:999–1012.
2. Oyelese Y, Ananth CV. Postpartum hemorrhage: epidemiology, risk factors, and causes. *Clin Obstet Gynecol* 2010; 53(1):147–156.
3. Magann EF et al. Timing of placental delivery to prevent post-partum haemorrhage: lessons learned from an abandoned randomised clinical trial. *Austral New Zealand J Obstet Gynaecol* 2006; 46:549–551.
4. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Доступен на сайте: <http://www.rhlibrary.com>. Перепечатан из: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
5. McDonald S, Abbott JM, Higgins SP. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Доступен на сайте: <http://www.rhlibrary.com>. Перепечатан из: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
6. Cotter A, Ness A, Tolosa J. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Доступен на сайте: <http://www.rhlibrary.com>. Перепечатан из: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
7. Joy SD, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. Misoprostol use during the third stage of labor. *Int J Gynecol Obstet* 2003; 82:143–152.
8. Rajan PV, Wing DA. Postpartum hemorrhage: evidence-based medical interventions for prevention and treatment. *Clin Obstet Gynecol* 2010; 53:182–195.
9. Gulmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Доступен на сайте: <http://www.rhlibrary.com>. Перепечатан из: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
10. Langenbach C. Misoprostol in preventing postpartum hemorrhage: a meta-analysis. *Int J Gynecol Obstet* 2006; 92:10–18.
11. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. In: *The Cochran Library*, Issue 3, 2003. Oxford. Update Software Ltd.
12. Althabe F et al. A pilot randomized controlled trial of controlled cord traction to reduce postpartum blood loss. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 107:4–7.
13. Ramanathan G. Postpartum hemorrhage. *Current Obstet Gynaecol* 2006; 16:6–13.
14. Miller S et al. Anti-shock garment in postpartum haemorrhage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008; 22:1057–1074.
15. Mousa HA, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Доступен на сайте: <http://www.rhlibrary.com>. Перепечатан из: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
16. Franchini et al. The use of recombinant activated FVII in postpartum hemorrhage. *Clin Obstet Gynecol* 2010; 53:219–227.
17. Ferrer P et al. Anti-fibrinolytic agents in post partum haemorrhage: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 9:29.
18. Fuller AJ, Bucklin BA. Blood product replacement for postpartum hemorrhage. *Clin Obstet Gynecol* 2010; 53:196–208.
19. Porreco RP, Stettler RW. Surgical remedies for postpartum hemorrhage. *Clin Obstet Gynecol* 2010; 53(1):165–181.
20. Haq G, Tayyab S. Control of postpartum and post abortal haemorrhage with uterine packing. *JPMA* 2005; 55:369.
21. Doumouchtsis SK et al. Management of postpartum hemorrhage by uterine balloon tamponade: prospective evaluation of effectiveness. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87:849–855.
22. Gungor et al. Surgical treatment of intractable postpartum hemorrhage and changing trends in modern obstetric perspective. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 280:351–355.
23. Winograd RH. Uterine artery embolization for postpartum hemorrhage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008; 22:1119–1132.
24. Lee JS, Shepherd SM. Endovascular treatment of postpartum hemorrhage. *Clin Obstet Gynecol* 2010; 53: 209–218.
25. Geller SE et al. Postpartum hemorrhage in resource-poor settings. *Int J Gynecol Obstet* 2006; 92:202–211.
26. Leduc D, Senikas V, Lalonde AB, Ballerman C, Biringer A, Delaney M, Duperron L, Girard I, Jones D, Lee LS, Shepherd D, Wilson K; Clinical Practice Obstetrics Committee; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Can* 2009; 31:980–993.
27. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. WHO/RHR/00.7, 2000.



Выпуск этого номера Вестника стал возможен благодаря поддержке Американского народа, оказанной через Агентство США по Международному Развитию (АМР США). Ответственность за содержание несет Институт здоровья семьи, и мнение автора, выраженное в данном издании, может не совпадать с мнением АМР США или правительства США.

Данный Вестник переиздается в рамках контракта USAID CONTRACT № GHS-I-00-07-00002-00 (IBP MCH) с «Джон Сноу, Инкорпорейтед».

Переиздание Вестника № 1 за 2007 год. Дополненный вариант. Март 2010 года.

Адрес: 119049, г. Москва, ул. Коровий Вал, д. 7, офис 175—176.
Тел. (495) 937-36-23, факс (495) 937-36-80. Веб-сайт: www.ifhealth.ru

Тираж 999 экз.

При использовании материалов Вестника ссылка на источник обязательна