

ПРОФИЛАКТИКА И МЕНЕДЖМЕНТ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Н.К. Ташбулатова

Рассматривается метод компрессии аорты при возникновении послеродовых кровотечений и алгоритм действия медицинского персонала. Даны рекомендации по отработке функциональных обязанностей с целью снижения кровопотери и материнской смертности.

Ключевые слова: послеродовое кровотечение; активное ведение третьего периода родов; метод наружной компрессии аорты.

Одной из главных причин материнской смертности во всем мире являются кровотечения во время беременности и в родах. Так, из 530 тыс. женщин, умирающих в мире в связи с беременностью и родами, около 200 тыс. погибают от кровотечений. Всего в мире от причин, связанных с беременностью и родами, в среднем умирает одна женщи-

на в минуту, по причине же акушерских кровотечений умирает одна женщина каждые три минуты. Из них 50 % вызваны гипо- или атонией матки в послеродовом периоде. Несмотря на то, что в Кыргызстане внедрены клинические протоколы по ведению третьего периода родов, по профилактике кровотечений и тактике при возникновении после-

родовых кровотечений, количество случаев с кровотечением не уменьшается (рисунок 1). За последние годы, несмотря на проводимую работу, показатель материнской смертности в Кыргызстане не снижается, и в 2009–2010 гг. в структуре причин материнской смертности кровотечения занимали одно из первых мест.

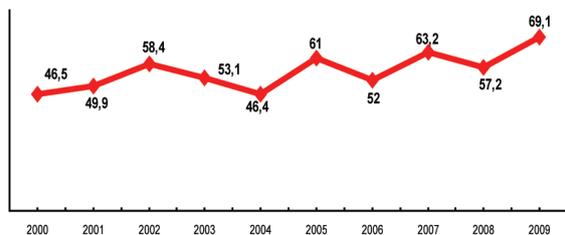


Рисунок 1 – Уровень материнской смертности в Кыргызстане в 2000–2009 гг. (на 100 тыс. живорожденных)

Так, за 12 месяцев 2009 г., по данным гинекологической службы, в республике умерло 97 женщин и 81 (83,5 %) из них – в родах и послеродовом периоде. Все вышесказанное подтверждает необходимость дальнейших усилий при выработке оптимальных стандартов профилактики материнской смертности в Кыргызстане.

В 2010 г. в акушерском отделении Иссык-Атинской территориальной больницы при поддержке Университета Лунд (Швеция) был реализован проект “Профилактика и менеджмент послеродовых кровотечений”. Акушерское отделение рассчитано на 45 коек, среднее количество родов в год – 3000.

На первом этапе в акушерском отделении проведено наблюдение за ведением родов у 20 женщин, которое выявило следующее:

- Непосредственно врачом было проведено 55 % родов, а 45 % – акушеркой.
- Из 20 родов лишь в 15 % третий период родов проводился активно, тогда как по рекомендациям ВОЗ и данным многих исследователей активное ведение третьего периода родов – это основной метод профилактики послеродовых кровотечений [1–3]
- Окситоцин в дозе 10 ЕД вводился внутримышечно всем роженицам, осмотр последа не проводился в 10 % родах. По данным исследователей, проводивших систематический обзор оценки объема кровопотери после родов, средняя потеря крови у рожениц, получивших любой утеротонический препарат с целью профилактики кровотечения, была приблизительно на 40 % ниже, чем у рожениц, этот препарат не получивших [4].

- Оценка кровопотери была проведена лишь в одних родах (5 %), в остальных случаях (95 %) она не проводилась (оценить не представлялось возможным, так как кровь была смешана с околоплодными водами, иногда мочой, кровь была на пеленках, простынях, тампонах). Многие исследовательские работы показали, что визуальная оценка кровопотери приводит к недооценке потери крови в среднем на 100–150 мл, и особенно недооценивается кровопотеря при кровотечении ≥ 500 мл [5, 6].
 - Контрольный дозированный массаж матки в течение двух часов после родов проводился у 70 % женщин, у остальных рожениц – менее одного часа
 - Контакт “кожа к коже” (выкладывание ребенка на живот матери) у 95 % женщин проведен сразу после рождения; раннее прикладывание к груди новорожденного проведено у 90 % женщин
 - В трех случаях имело место раннее послеродовое кровотечение, при этом хочется отметить, что всем роженицам проводился дозированный массаж матки; всем проведена катетеризация периферической вены, двоим – катетеризация мочевого пузыря, доза вводимого окситоцина составила 5, 10, 15 ЕД, физиологические растворы не были теплыми; наружная компрессия аорты не проводилась, в одном случае объем кровопотери составил 1100 мл.
- Таким образом, в ходе проведенного наблюдения были обнаружены следующие недостатки в работе сотрудников акушерского отделения:
- несоблюдение всех этапов и принципов активного ведения третьего периода родов;
 - оценка кровопотери проводилась не во всех родах;
 - неправильная оценка кровопотери (примесь с околоплодными водами, не учитывалась кровопотеря при использовании тряпичных пеленок);
 - неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия при возникновении послеродовых кровотечений;
 - не применялся метод компрессии аорты при возникновении послеродовых кровотечений;
 - не соблюдалась этапность мероприятий по остановке кровотечений.

На сегодняшний день четко установлено, что на оценку послеродовых кровотечений влияют несколько факторов: включая измерение потери крови, особенности ведения третьего периода родов, акушерские вмешательства в родах (эпизиотомия, использование лекарственных препаратов, методы индукции родов) и некоторые другие показатели

(паритет родов, анамнез роженицы, квалификация медицинского персонала) [2, 7–10]. В некоторых случаях послеродовые кровотечения можно предвидеть и предпринять меры для их предотвращения. Однако часто ситуации с послеродовыми кровотечениями непредсказуемы и поэтому требуют мобилизации медицинского персонала для оптимального управления ситуацией.

На основании вышеизложенного с целью повышения навыков акушерок и врачей по активному ведению третьего периода родов и оптимизации алгоритма действий при возникновении послеродовых кровотечений, а также с целью внедрения метода наружной компрессии аорты, 7 мая 2010 г. был проведен семинар-тренинг для сотрудников акушерского отделения. В последующие шесть месяцев проводилась совместная работа в акушерском отделении по закреплению навыков активного ведения третьего периода родов и тактики при возникновении послеродовых кровотечений.

Основной акцент был сделан на следующие моменты:

- правильное активное ведение третьего периода родов;
- обязательная оценка кровопотери;
- в течение первых двух часов после родов обязательный мониторинг тонуса матки и характера кровянистых выделений каждые 15 мин;
- внедрение метода наружной компрессии аорты при возникновении послеродового кровотечения;
- внедрение алгоритма действий при возникновении послеродового кровотечения.

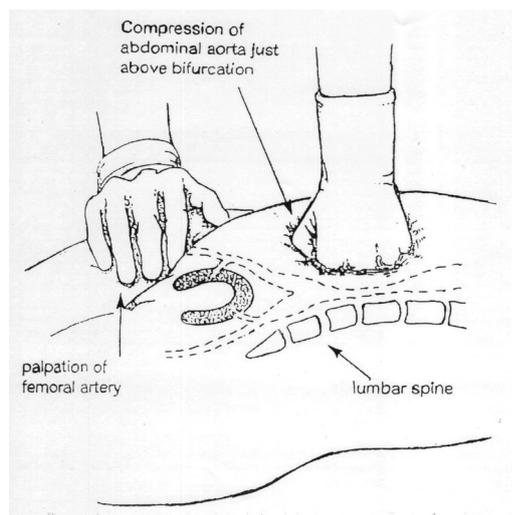


Рисунок 2 – Метод наружной компрессии аорты

В каждой родильной комнате был вывешен алгоритм активного ведения третьего периода родов,

в акушерском отделении был вывешен алгоритм мероприятий в случае возникновения послеродового кровотечения с указанием объема инфузии и необходимых растворов для внутривенных инфузий, список ответственных исполнителей (см. Приложение).

Кроме того, проводилась работа с дежурными бригадами (акушером-гинекологом, акушеркой, санитаркой, акушеркой послеродового отделения) по закреплению навыков работы в команде при возникновении послеродового кровотечения, демонстрировался фильм по методу наружной компрессии аорты (рисунок 2). Совместно с сотрудниками отделения на регулярной основе проводился анализ случаев послеродовых кровотечений. Был разработан и внедрен лист регистрации ведения третьего периода родов (проводилось ли активное ведение третьего периода родов или нет, применялся ли метод наружной компрессии аорты в случае возникновения кровотечения, указывался объем кровопотери).

Результаты проведенной работы. За период с мая по сентябрь 2010 г. было проведено 1066 родов, среди них физиологических – 945 родов (88,65 %). По данным некоторых исследователей, диапазон среднего объема кровопотери приблизительно одинаков среди женщин, получающих любой профилактический утеротонический препарат: 151–499 мл при использовании окситоцина, 155–443 мл при использовании мизопростола, 149–476 при использовании эргометрина [4]. В нашем исследовании средний объем кровопотери за период с мая по сентябрь 2010 г. составил – 272,6 мл. Средняя кровопотеря после физиологических родов в мае – 245,8 мл, июне – 280,1 мл, июле – 253,7 мл, в августе – 281,4 мл, в сентябре – 224 мл (средняя арифметическая дискретного ряда).

Среди 945 физиологических родов 7 (0,7 %) родов были вне стационара. За период с мая по сентябрь 2010 г. было 38 случаев послеродовых кровотечений (таблица 1).

Таблица 1 – Структура физиологических родов

Показатели	Физиологические	С послеродовым кровотечением	Всего
Май	198	3	225
Июнь	205	10	232
Июль	192	5	209
Август	192	11	209
Сентябрь	158	8	191
Всего	945 (88,65 %)	38 (4,02 % среди физиолог. родов)	1066

Анализ данных показал, что с момента реализации проекта увеличилось количество родов с активным ведением третьего периода (рисунок 3).

Таблица 2 – Некоторые данные родов с послеродовым кровотечением

Индикаторы	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь
1. Количество родов с кровопотерей ≥ 500 мл	3 (1,5 %)	10 (4,9 %)	6 (3,1 %)	11 (5,7 %)	8 (5,1 %)
2. Количество родов с кровотечением и активным ведением третьего периода родов	2 (66,7 %)	3 (30 %)	4 (66,7 %)	8 (72,8 %)	7 (87,5 %)
3. Количество родов с кровопотерей ≥ 500 , с наружной компрессией аорты	1 (33,3 %)	6 (60 %)	2 (33,3 %)	5 (45,5 %)	3 (37,5 %)
4. Количество родов с большой кровопотерей и оперативным лечением	0	0	2	1	0
Средняя кровопотеря, мл	733	715	817	922	596

Оценка кровопотери после родов проводилась при помощи измерительной емкости, которая была в каждой родильной комнате. Послеродовое кровотечение расценивалось при объеме кровопотери 500 мл и более. Нами был проведен анализ 38 случаев послеродовых кровотечений. Средний возраст женщин составил 26,8 лет $\pm 0,7$; 84,2 % женщин были домохозяйками.

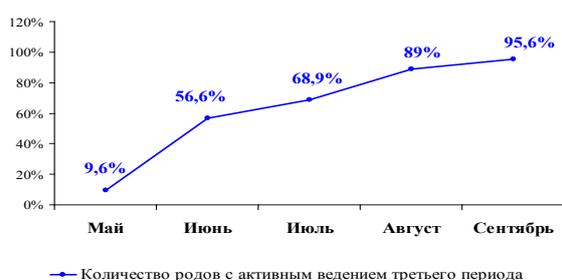


Рисунок 3 – Динамика родов с активным ведением третьего периода

Среди 38 родов с послеродовым кровотечением 24,3 % (9) родов были у женщин с гестозами, 44,7 % (17) родов были у многорожавших женщин (3 и более родов).

Анализ историй показал, что послеродовые кровотечения чаще (81,6 %) имели место после срочных родов, в 15,7 % случаев после преждевременных родов, в 2,6 % – при сроке беременности 42 и более недель.

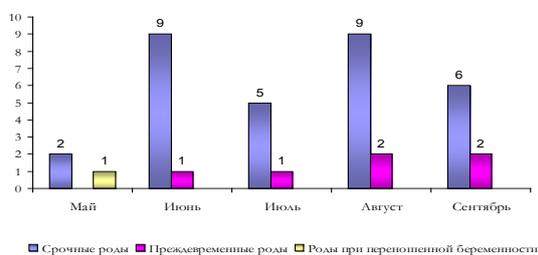


Рисунок 4 – Структура родов с послеродовым кровотечением

Отмечается увеличение количества родов с активным ведением третьего периода: если в мае среди родов, осложнившихся послеродовым кровотечением, лишь в 66,7 % случаев третий период родов проводился активно, то в сентябре среди родов, осложнившихся послеродовым кровотечением в 87,5 % было активное ведение третьего периода (рисунок 4).

К сожалению, по данным историй родов из 38 случаев послеродовых кровотечений лишь в 44,7 % применялся метод наружной компрессии аорты. Оперативным лечением (гистерэктомией) закончились трое родов (7,9 %) (таблица 2).

В октябре 2010 г. был проведен анализ историй родов за период реализации проекта и организован круглый стол, где был предоставлен отчет о проведенном анализе. В ходе круглого стола сотрудниками акушерского отделения были сделаны следующие выводы:

1. После внедрения данного проекта большинство родов проводится с активным ведением третьего периода родов, в послеродовом периоде у всех родильниц проводится мониторинг тонуса матки каждые 15 мин в течение первых двух часов после родов и измеряется кровопотеря, что фиксируется в специально разработанном листе-вкладыше.

2. Персонал применяет метод наружной компрессии аорты при послеродовых кровотечениях, проводит адекватную инфузионно-трансфузионную терапию; придерживается этапности мероприятий по остановке послеродовых кровотечений.

3. По мнению сотрудников отделения, количество случаев с послеродовыми кровотечениями не уменьшилось, но объем кровопотери при послеродовых кровотечениях сократился. Подтвердить эти данные не представляется возможным, так как до внедрения проекта в акушерском отделении регистрация объема кровопотери была фиктивной.

4. По мнению сотрудников отделения, необходимо разработать и включить в историю родов специальный лист-вкладыш для регистрации всех мероприятий при возникновении послеродовых кровотечений.

5. Продолжить работу по закреплению навыков по применению метода наружной компрессии аорты в работе команды.

Внедрение метода наружной компрессии аорты и алгоритма действий при возникновении послеродовых кровотечений, а также отработка функциональных обязанностей каждого члена команды медицинского персонала родильных домов позволит повлиять на частоту и тяжесть послеродовых кровотечений, а также на уровень материнской смертности в Кыргызстане.

Литература

1. *Fernando Althabe, Alicia Aleman, Giselle Tomasso, Luz Gibbons, Gerardo Vituriera, Lose M.Belizan, Pierre Buekens.* A pilot randomized controlled trial of controlled cord traction to reduce postpartum blood loss. *Int J Gynecol Obstet* 2009;107:7–7.
2. World Health Organization. WHO Recommendations for the prevention of Postpartum Hemorrhage. Available at: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/pph/recommendations-pph.pdf>. Published 2007.
3. World Health Organization. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Department of Reproductive Health and Research. Geneva:WHO, 2007; VC73–75.
4. *N.L. Sloan, J. Durocher, T. Aldrich, J. Blum, B. Winikoff.* What measured blood loss tells us about postpartum bleeding: systematic review. *Gynuity Health Project J compilation. RCOG 2010. BJOG An Inter J of Obst and Gynaecol* 2010; 788–800.
5. *Praesetcharoensuk W., Swadpanich U., Lumbiganon P.* Accuracy of the blood loss estimation in the third stage of labour. *Int J Gynaecol Obstet* 2000;71:69–70.
6. *Glover P.* Blood loss at delivery: how accurate is your estimation? *Aust J Midwifery* 2003;16:21–4
7. *Abou Zahr. C.* Global burden of maternal death and disability. *Br Med Bull.* 2003; 67:1–11.
8. *Khan K.S., Wojdyla D., Say L., Gulmezoglu A.M., Van Look P.F.A.* WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006;367:1066–74.
9. *Hofmeyr G.J., Ferriera S., Nikodem V.C., Mangesi L., Singata M., Jafta Z., et al.* Misoprostol for treating postpartum hemorrhage: a randomized controlled trial. *BJOG* 2004; 111(9):1014–9.
10. *J. Durocher, Bynum, W. Leon, G. Barrera, B. Winikoff.* High fever following postpartum administration of sublingual misoprostol. *Gynuity Health Project J compilation. RCOG 2010. BJOG An Inter J of Obst and Gynaecol* 2010; 845–852.