

ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

*Клинический протокол диагностики и лечения на
основании клинического протокола МЗ РК от
8 декабря 2016г.*

- **ОПРЕДЕЛЕНИЕ:** *Послеродовое кровотечение* - кровопотеря, составляющая 500 мл и более при родах через естественные родовые пути, 1000 мл и более при операции кесарево сечение.

- *Цели лечения:* *Снижение материнской смертности и заболеваемости при послеродовом кровотечении.*

Классификация

- **Раннее послеродовое кровотечение:**
в первые 24 часа после родов.
- **Позднее послеродовое кровотечение:**
по истечении 24 часов до 42 дней послеродового периода.

Код по МКБ-10:

- ***067-Роды и родоразрешение, осложнившееся кровотечением во время родов, не классифицированное в других рубриках.***
- ***067.0-Кровотечение во время родов с нарушением свертываемости крови.***
- ***067.8-Другие кровотечения во время родов.***
- ***067.9- Кровотечение во время родов неуточненное.***
- ***070-Разрывы промежности при родоразрешении.***
- ***071-Другие акушерские травмы. Включено повреждение инструментами.***
- ***071.0-Разрыв матки до начала родов***
- ***070.1-Разрыв матки в родах***
- ***071.2- Послеродовой выворот матки***
- ***071.3-Акушерский разрыв шейки матки***
- ***071.4-Акушерский разрыв верхнего отдела влагалища***
- ***071.5-Другие акушерские травмы тазовых органов***
- ***071.7- Акушерская гематома таза***
- ***072-Послеродовое кровотечение. Включено: кровотечение после рождения плода или ребенка.***
- ***072.0-Кровотечение в третьем периоде родов.***
- ***072.1-Другие кровотечения в раннем послеродовом периоде.***
- ***072.2-Позднее или вторичное послеродовое кровотечение***
- ***072.3-Послеродовой коагуляционный дефект, афибриногенемия, фибринолиз***

Факторы риска по ПРК

Низкий	Средний	Высокий
Одноплодная беременность	Многоплодная беременность	Предлежание плаценты, низкая плацентация
Отсутствие в анамнезе операций на матке	Наличие в анамнезе операций на матке	Подозрение на приращение плаценты
В анамнезе менее 4-х влагалищных родов	В анамнезе 4 и более родов	Заболевания крови (болезнь Виллебрандта, тромбоцитопеническая пурпура, тромбоцитопения, вызванная преэклампсией/гестационной гипертензией), анемия с уровнем Hb менее 90г/л
Отсутствие болезней свертывающей системы крови	Хориоамнионит	Кровотечение из половых путей при поступлении
Отсутствие ПРК в анамнезе	Наличие ПРК в анамнезе	Установленная коагулопатия
Домашние роды	Миома матки больших размеров	Аntenатальная гибель плода
	Прогнозируемый вес 4000,0 грамм и более	
	Многоводие	
	Многоплодная беременность	
	Ожирение (ИМТ более 35 при первом посещении ЖК)	

Жалобы: боли внизу живота; общая слабость и головокружение.

Физикальное обследование:

- Оценка состояния роженицы:
- пульс более 100 ударов в 1 минуту;
- АД менее/равно 100/60 мм рт ст;
- сатурация O₂ менее 95%;
- снижение тонуса матки.

Осмотр шейки матки на зеркалах: разрывы родовых путей.

Определение объема кровопотери: кровотечение из половых путей в послеродовом/раннем послеродовом/послеоперационном периоде в объеме **500 мл и более** при влагалищных родах;

- **1000 мл и более** - при кесаревом сечении, и/или клинические признаки гипоксии тканей и органов;

! С целью ранней диагностики ПРК проводить тщательный мониторинг за роженицей

Лабораторные исследования:

- общий анализ крови - снижение Ht ниже 10% от исходного уровня.
- коагулограмма - снижение факторов свертывания менее 30% от нормальных показателей или удлинение АЧТВ в 1,5 раза и более;

Этиологические факторы риска ПРК

«4Т»

Этиологический процесс

Клинические факторы риска

**Нарушение
сократительной функции
матки
(«Т» – тонус)**

Перерастяжение матки

- многоводие
- многоплодие
- крупный плод

**«Истощение»
сократительной
способности миометрия**

**•быстрые роды
•затяжные роды
•высокий паритет (>5
родов)**

Инфекционный процесс

**•хориоамнионит
•лихорадка в родах**

**Функциональные/анатом
ические особенности
матки**

**•миома матки
•предлежание плаценты**

**Задержка тканей в
полости матки
(«Т» – ткань)**

Задержка частей последа

- дефект последа
- оперированная матка
- высокий паритет
- плотное прикрепление плаценты
- приращение плаценты

Травмы родовых путей («Т» – травма)

Травматический разрыв матки во время кесарева сечения

Разрыв матки

Выворот матки

Нарушения коагуляции («Т» – тромбин)

*Приобретенные при беременности
Идиопатическая тромбоцитопения
Тромбоцитопения с преэклампсией
ДВС (преэклампсия, антенатальная гибель
плода, тяжелая инфекция, эмболия
околоплодными водами)*

Лечение антикоагулянтами

Разрывы шейки матки, влагалища, промежности

*•неправильное положение плода
•низкое расположение предлежащей части*

•оперированная матка

*•высокий паритет
•расположение плаценты в дне матки*

*Врожденные заболевания (гемофилия А, болезнь
Виллебранда)*

*•гематомы и/или кровоточивость (в том числе в
местах инъекций)
•преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром
•антенатальная гибель плода
•хориоамнионит
•дородовое кровотечение*

•не образуется сгусток крови

*•быстрые роды
•оперативные
вагинальные роды*

*•наследственные
коагулопатии
•заболевания
печени*

● **ШАГ 1 - Первоочередные мероприятия по борьбе с ПРК**

Активируется контрольный лист ПРК

- *оценка состояния и гемодинамических показателей роженицы каждые 5-10 минут (АД, пульс, температура, частота дыхания, диурез) с обязательным документированием в истории родов;*
- *мобилизация персонала: опытного акушера-гинеколога, второй акушерки, анестезиолога, анестезистки, лаборанта;*
- *катетеризация и опорожнение мочевого пузыря;*
- *катетеризация 2-х периферических вен катетерами №14-16: одна вена для инфузии окситоцина струйно; вторая вена - для взятия крови на анализы (Hb, Ht, тромбоциты, время свертывания, коагулограмма, на совместимость с препаратами крови) и последующей инфузии кристаллоидов со скоростью 1000,0 мл (20 мл/кг) за 15 минут в соотношении 3:1 к объему кровопотери;*

- *согревание женщины: одеяло, смена влажного белья на сухое;*
- *подача увлажненного кислорода;*
- *определение объема кровопотери каждые 5-10 минут;*
- *заказать 2 дозы ЭМ и СЗП;*

- *Установить причину:*
 - ▣ *Исследовать плаценту;*
 - ▣ *Исследовать матку;*
 - ▣ *Осмотр родовых путей;*
 - ▣ *Исключить ДВС синдром.*

- **! Первоочередные мероприятия должны быть проведены в течение 5-10 минут!**
- **! При эффективности первоочередных мероприятий и стабилизации состояния - продолжить интенсивный послеродовой уход и наблюдение.**

Шаг 2 Этиотропная терапия

«Тонус» - нарушение сократительной функции матки.

Атония матки является частой причиной ПРК (70%).

1. Наружный массаж матки

Утеротоники:

2. Начальная доза окситоцина - 10 ЕД на 0,9% 500,0 мл физиологического раствора струйно.

Повторная доза окситоцина – 10-20 ЕД на 0,9% 500,0 мл физиологического раствора в/в капельно за 1 час с учетом тонуса матки.

Максимально 80 ЕД за 3 часа.

4. Метилэргометрин - 0,2 мг в/м каждые 15 мин. Максимально 3 дозы в течение 2-х часов.

5. Мизопростол – 800-1000 мг ректально.

6. Энзапрост – 250мкг в/м или миометрии каждые 20 минут.

Максимально 3-х доз каждые 20 минут.

Карбетоцин или пабал - для лечения послеродового кровотечения не используется.

Для лечения атонии матки могут быть использованы утеротонические препараты в следующей последовательности

Параметры	Окситоцин	Мизопростол	Эргометрин Метилэргометрин (после регистрации в РФ)	Энзапрост
Начальная доза и способ введения	10 ЕД в физиологическом растворе 0,9%-500,0 в/в струйно за 10 минут	800-1000 мкг ректально Однократно	0,2 мг в/м	250 мкг в/м или в миометрий!
Повторные дозы	10-20 ЕД в физиологическом растворе 0,9%-500,0 в/в капельно за 1 час с учетом тонуса матки		До 3-х раз в течении 2 часов Эффективность повторных доз - маловероятна	Каждые 20 минут до 3х раз Эффективность повторных доз - маловероятна
Максимальная доза	Не более 80 ЕД за 3 часа	1000 мкг	0,6 мг	Не более 3 доз
Опасные побочные эффекты	Тошнота, рвота, гипонатремия, снижение АД, учащение пульса	Тошнота, рвота, понос, озноб, дрожь, головная боль	Тошнота, рвота, значительная гипертензия	Тошнота, рвота, понос, лихорадка, головная боль, озноб, дрожь, гипертензия, бронхоспазм
Противопоказания Предупреждения	Гиперчувствительность	Гиперчувствительность	Гипертензия, гипертензивные состояния при беременности, сердечная патология	Болезни печени, астма, гипертензия, сердечная и легочная патология Гиперчувствительность

***Лечение продолжающегося кровотечения после
ведения утеротоников***

***Для проведения операции приглашаются опытные врачи,
имеющие опыт хирургических вмешательств***

***Второй врач-акушер-гинеколог или в дневное время суток врач
родильного блока***

***1. Отслеживает основные показатели (объем кровопотери,
параметры жизненной деятельности, лечение, в том числе
объем введенных инфузионных р-ров, в дальнейшем препаратов
крови).***

***2. Отвечает за заказ, доставку и подготовку препаратов крови к
трансфузии.***

3. Отвечает за проведение трансфузии.

***При массивном кровотечении начать гемотрансфузию ЭМ, опираясь на
клинические симптомы и объем кровопотери, не обязательно дожидаясь
результатов лабораторных исследований!***

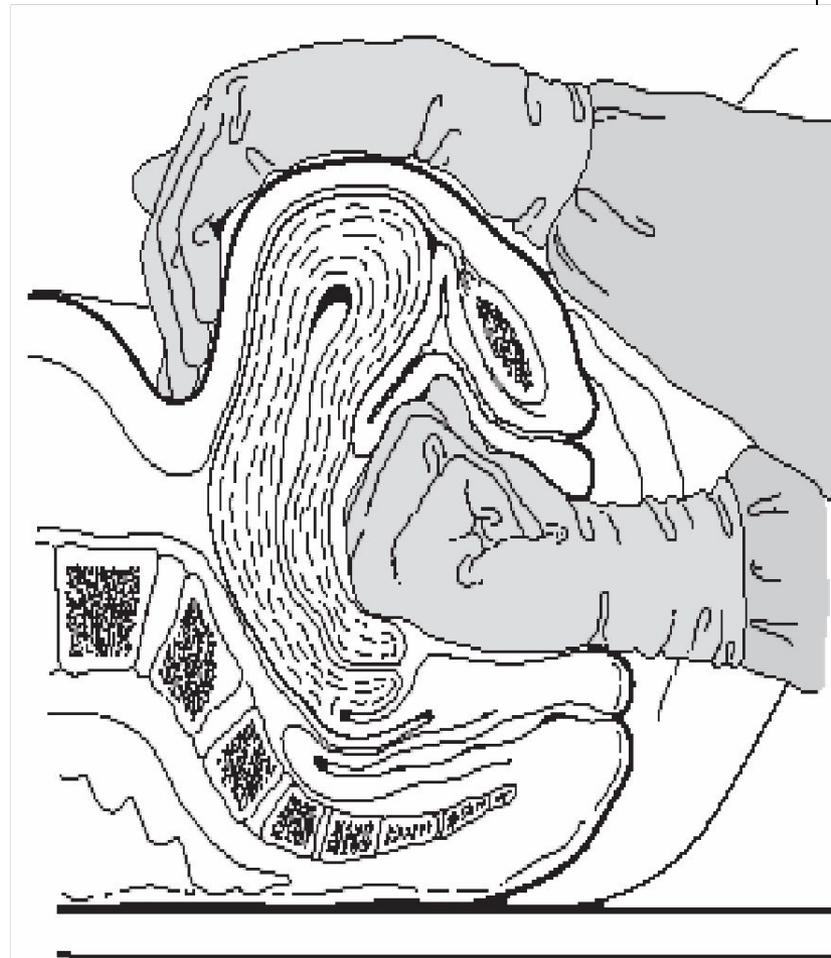
Бимануальная компрессия матки

Бимануальная компрессия матки – может использоваться для лечения ПРК и в период транспортировки в операционную.

Техника:

- надев стерильные перчатки, войдите рукой во влагалище и сожмите руку в кулак; расположите кулак в переднем своде влагалища и надавите им на переднюю стенку матки;
- другой рукой через переднюю брюшную стенку надавите на заднюю стенку матки по направлению к руке, введенной во влагалище;
- продолжайте сдавливание, пока кровотечение не остановится или не начнется операция;

Выдержанная компрессия двумя руками приводит к внешнему сжатию матки, что приводит к снижению притока крови.

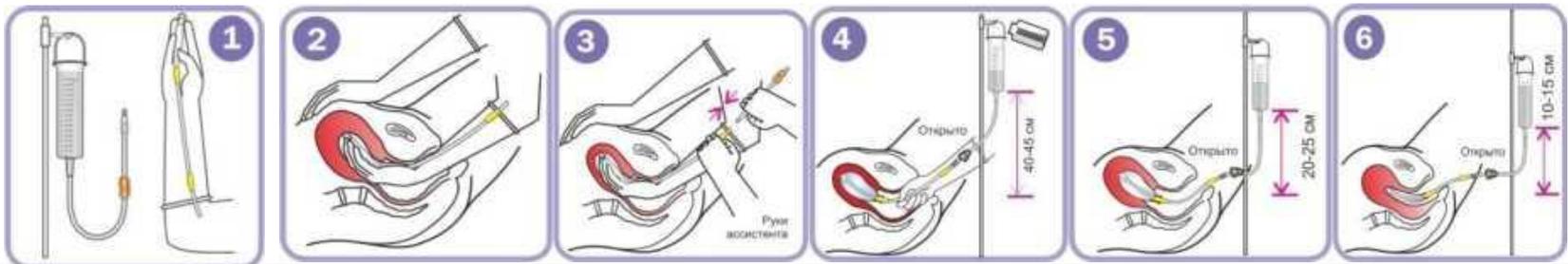


Баллонная тампонада матки

- Баллонная тампонада может использоваться для лечения ПРК и в период транспортировки в операционную.

Техника:

- разместите резервуар на стойке;
- заполните резервуар и трубку тёплым стерильным раствором;
- закройте клемму на трубке;
- введите баллонный катетер в полость матки рукой;
- соедините баллонный катетер с трубкой резервуара и откройте клемму;
- пополните убывающий раствор в резервуаре;
- удерживайте заполненный баллонный катетер в полости матки при открытой клемме и стабильном уровне раствора в резервуаре;
- поэтапно снижайте высоту размещения резервуара (пропорционально спонтанному повышению уровня раствора в резервуаре, которое возникает в связи с восстановлением сократительной функции матки);
- удалите баллонный катетер.



Шаг 2 Этиотропная терапия –10-15 минут

«Ткань» - задержка тканей в полости матки.

•**Осмотр плаценты**

•**Задержка отделения плаценты:**

- утеротоники – Окситоцин 10 МЕ в/в
- контролируемая тракция за пуповину
- ручное отделение и удаление последа

•**Дефект последа**

- ручное отделение и удаление задержавшихся частей последа

•**Истинное приращение плаценты**

- лапаротомия, гистерэктомия.

При ручном отделении плаценты рекомендуется ввести одну дозу профилактических антибиотиков.

Шаг 2 Этиотропная терапия –10-15 минут

«Травма» - травмы родовых путей.

- **Осмотр на зеркалах**
- **Травма нижнего генитально тракта** → Ушивание разрывов мягких тканей родовых путей
- **Транексамовая к-та** используется в случаях, если одной из причин кровотечения является травма (1 г в/в в течение 1 мин; повторная доза 1 г через 30 мин)
- **Разрыв матки** → лапаротомия → первичное восстановление → гистерэктомия
- **Выворот матки** → Исправление выворота в операционной под общим наркозом → Восстановление посредством лапаротомии → Гистерэктомия

Шаг 2 Этиотропная терапия –10-15 минут

«Тромбин» - нарушение коагуляции

Кровопотеря (мл)	До 1000	1000-2000	2000-3000	>3000
Кровопотеря (% от ОЦК)	15-20	20-40	40-50	>50
Инфузионная терапия и компоненты крови	Кристаллоиды коллоиды	Кристаллоиды Коллоиды ЭМ СЗП – при коагулопатии	Кристаллоиды Коллоиды ЭМ СЗП	Кристаллоиды Коллоиды ЭМ СЗП Тромбоцитарная масса Концентрат протромбинового комплекса Криопреципитат

Общий объем инфузии – в начальной фазе - 3:1 к объему кровопотери;

- соотношение кристаллоидов и коллоидов 2:1;
- соотношение ЭМ:СЗП:Тромбоциты 4:4:1 к общему объему трансфузии компонентов крови (тромбоциты по мере возможности и/или необходимости);
- при коагулопатическом кровотечении, после возмещения фибриногена, тромбоцитов и других факторов свертывания, рассмотреть возможность введения рекомбинантного активированного VII фактора свертываемости;
- после каждого литра перелитых трансфузионных сред – определять ЦВД и диурез;
- все растворы при инфузионно-трансфузионной терапией должны быть обязательно согреты.

Показания к переливанию эритроцитсодержащих компонентов крови:

- 1. Остро развившаяся анемия, сопровождающаяся снижением уровня гемоглобина ниже 80 г/л в венозной крови;*
- 2. Хроническая анемия, сопровождающаяся снижением уровня гемоглобина ниже 70 г/л, и выраженных признаках анемического синдрома (слабость, головная боль, тахикардия и одышка в покое, головокружение).*

Показания для переливания СЗП:

- коагулопатия разбавления во время обильного кровотечения, когда применяется массивная инфузионно-трансфузионная терапия;*
- снижение факторов свертывания менее 30% от нормальных показателей или удлинение АЧТВ в 1,5 раза и более;*
- при острой массивной кровопотере;*
- ДВС-синдром;*
- геморрагический синдром при лабораторно подтвержденном дефиците факторов коагуляционного гемостаза.*

Показания для введения криопреципитата:

- массивное кровотечение;*
- ДВС синдром;*
- снижение уровня фибриногена менее 2 г/л.*

Показания для переливания тромбоцитов:

- • *продолжающееся коагулопатическое кровотечение, а также перед или во время операции при количестве тромбоцитов менее $50 \times 10^9/\text{л}$;*
- • *клинические проявления геморрагического синдрома, уровень тромбоцитопении $50 \times 10^9/\text{л}$ и менее;*
- • *депрессия кроветворения (апластическая анемия, миелодиспластический синдром и другие), снижение уровня тромбоцитов ниже $20 \times 10^9/\text{л}$.*

Показания для введения транексамовой кислоты:

- • *массивное кровотечение;*
- • *обстоятельства, при которых активируется фибринолитическая система – ЭОВ, ПОНРП, антенатальная гибель плода, травмы родовых путей.*

Параметры	Я Гиповолемиа	Геморрагический шок легкой степени	Геморрагический шок средней степени	Геморрагический шок тяжелой степени
-----------	---------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Кровопотеря (% от ОЦК)	15-30% до 1000мл	30-40% от 1000-2000мл	40-50 % от 2000-3000мл	>50 % более 3000мл
Частота пульса (в мин)	<100	>100	≥120	>140
Систолическое АД (мм.рт.ст.)	Нормальное, но возможно ортостатическое снижение	<100	<80	<60
Частота дыхания (в мин.)	14-20	20-30	30-40	>40
Диурез (мл/ч.)	20-30	<20	≤10	Анурия
Состояние ЦНС	Возможно беспокойство	Беспокойство или возбуждение	Возбуждение или угнетение	Сопор
Реакция АД на инфузию кристаллоидов (20 мл/кг)	Быстрая или проходящая	Непродолжительная	Очень кратковременная	Нет реакции
Коагулопатия	Нет	Возможна	Есть	Есть, возможны симптомы ДВС
Температура тела (С°)	≥36	<36	<36	<35

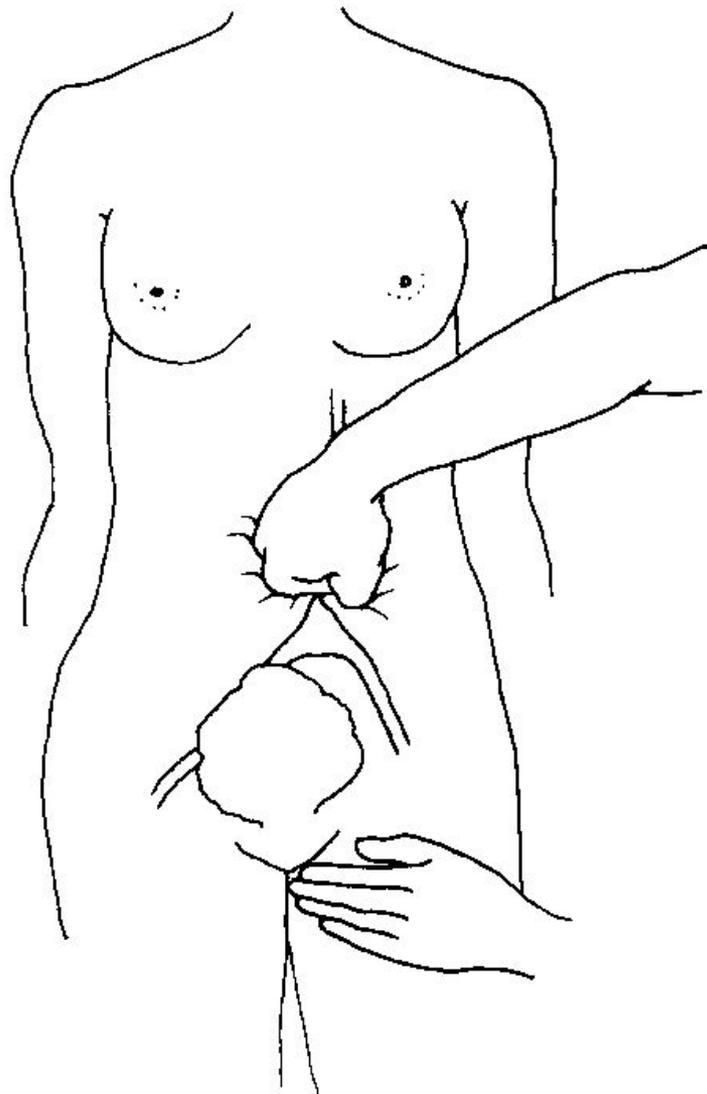
Шаг 3

При продолжающемся кровотечении и объеме кровопотери 1000,0 мл и более показано хирургический гемостаз.

Сдавление брюшной аорты – примените нисходящее давление брюшной аорты через брюшную стенку кулаком.

- точка надавливания находится на уровне пупка и немного левее пупка**
- другой рукой контроль пульса на бедренной артерии для оценки полноты сдавления: при наличии пульса – давление, оказываемой кулаком, недостаточное.**

Методы временной остановки кровотечения только для обеспечения транспортировки пациентки в операционную!



Шаг 4 Хирургический гемостаз

Лапаротомия

При безэффективности консервативных мер остановки кровотечения и объеме кровопотери 1000,0 мл рекомендовано поэтапный хирургический гемостаз.

- 1. Перевязка маточных артерий по О'Лири*
- 2. Компрессионные швы по Б-Линчу.*
- 3. Квадратоподобные швы по Cho square*

ШАГ 4 - Хирургическое вмешательство

<i>Объем оперативного вмешательства</i>	<i>Показания</i>
<i>Перевязка маточных артерий по О'Лири Компрессионные гемостатические швы на матку по Б-Линч</i>	<i>Атоническое кровотечение без признаков ДВС-синдрома, матки Кювелера, и отсутствии эффекта от введения простагландинов, и/или швов по О'Лири.</i>
<i>Ампутация матки без придатков</i>	<i>Некорригируемый выворот матки. Истинное приращение нормально расположенной плаценты.</i>
<i>Экстирпация матки без придатков</i>	<i>Атоническое кровотечение с признаками ДВС-синдрома или наличием травм шейки матки, матка Кювелера, разрыв матки. Истинное приращение низко расположенной плаценты.</i>
<i>Экстирпация матки с перевязкой внутренних подвздошных артерий</i>	<i>Атоническое кровотечение и признаки ДВС-синдрома. Коагулопатическое кровотечение.</i>
<i>Чрескожная транскатетерная эмболизация маточных артерий</i>	<i>Если позволяет состояние и при наличии условий (ангиограф).</i>

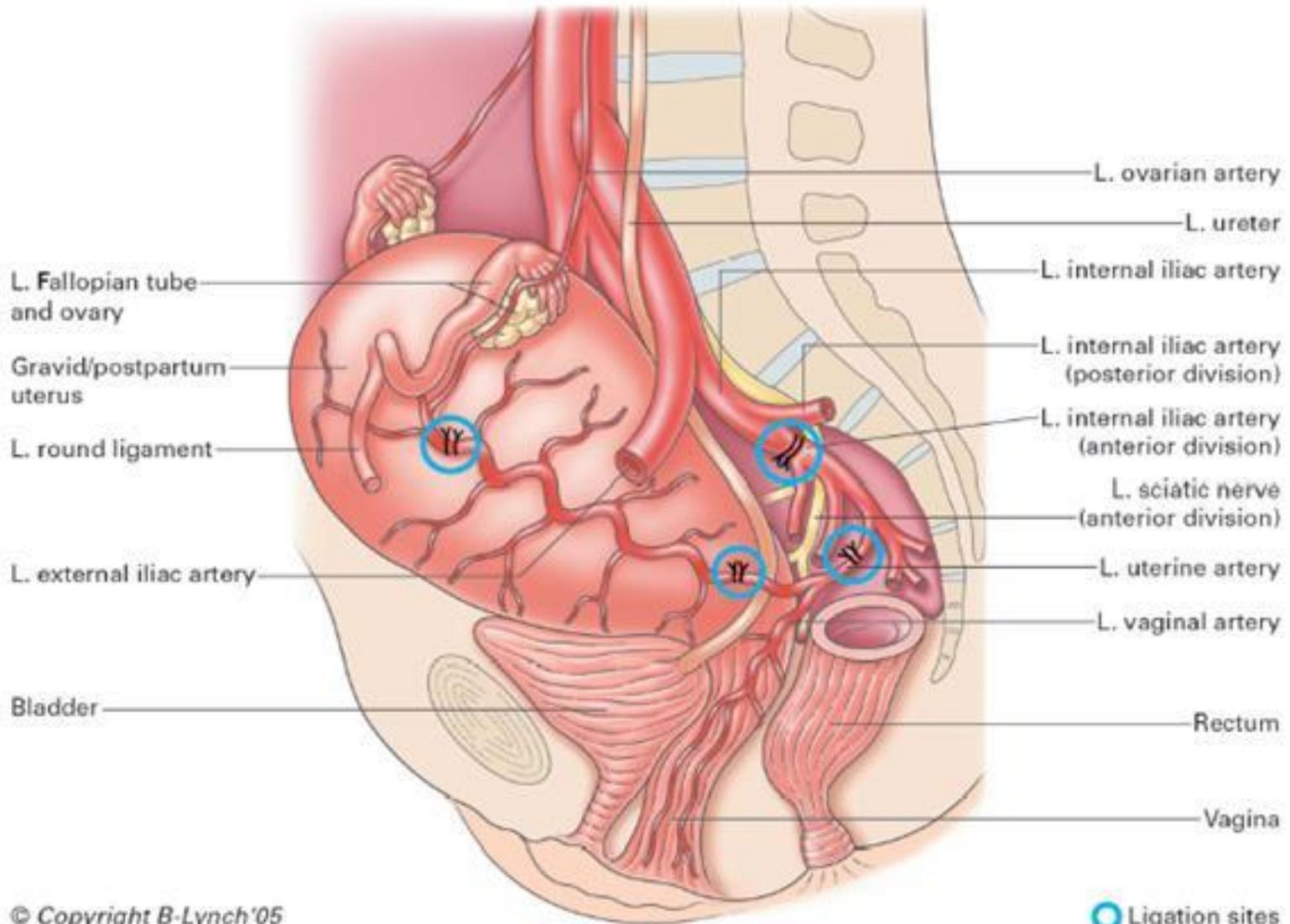
Перевязка маточных артерий по О'Лири

Показание:

Атоническое кровотечение без признаков ДВС-синдрома, матки Кювелера, и отсутствии эффекта от введения простагландинов.

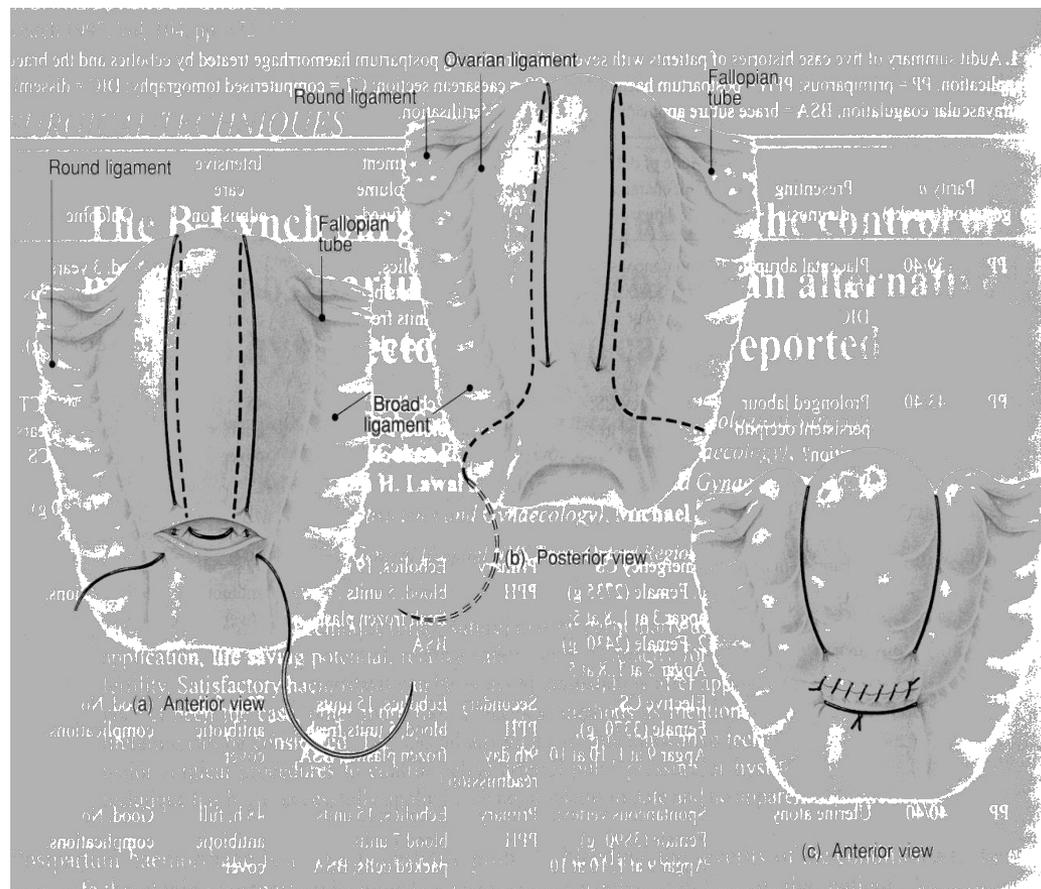
Техника:

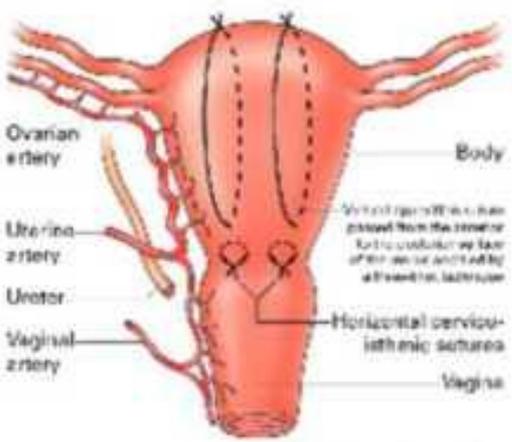
- оттянуть матку для получения доступа к нижней части широкой связки;*
- найти пульсацию маточной артерии в области перехода шейки матки в матку;*
- крупной иглой пропустить нить вокруг артерии, захватывая 2–3 см миометрия на уровне, где предполагается поперечное рассечение нижнего сегмента матки. Туго затянуть лигатуру;*
- шов следует располагать как можно ближе к телу матки, так как мочеточник находится всего лишь на 1 см латеральнее маточной артерии. Повторить с другой стороны;*
- перевязать маточную и яичниковую артерии с обеих сторон непосредственно ниже места соединения с маткой собственной связки яичника.*



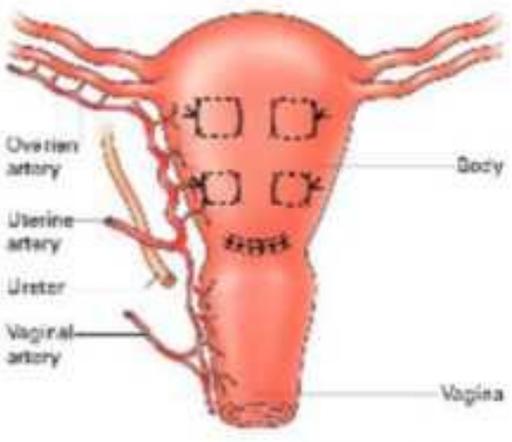
Наложение хирургических компрессионных швов по методике Б-Линча (B-Lynch).

Шов накладывается таким образом, что формируется два сопряженных «стежка», идущих по поверхности матки параллельно друг другу. Нить фиксирована в миометрии только в нижнем сегменте матки спереди и сзади.





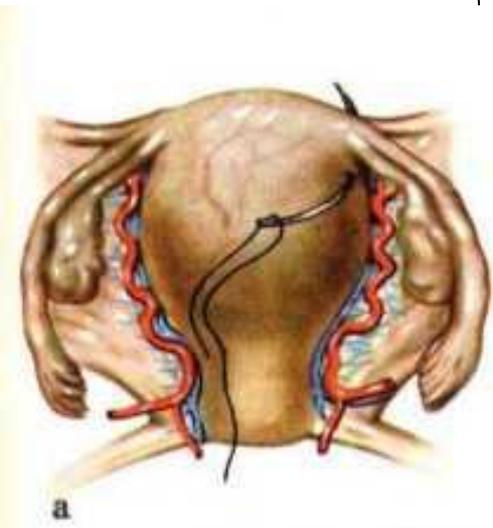
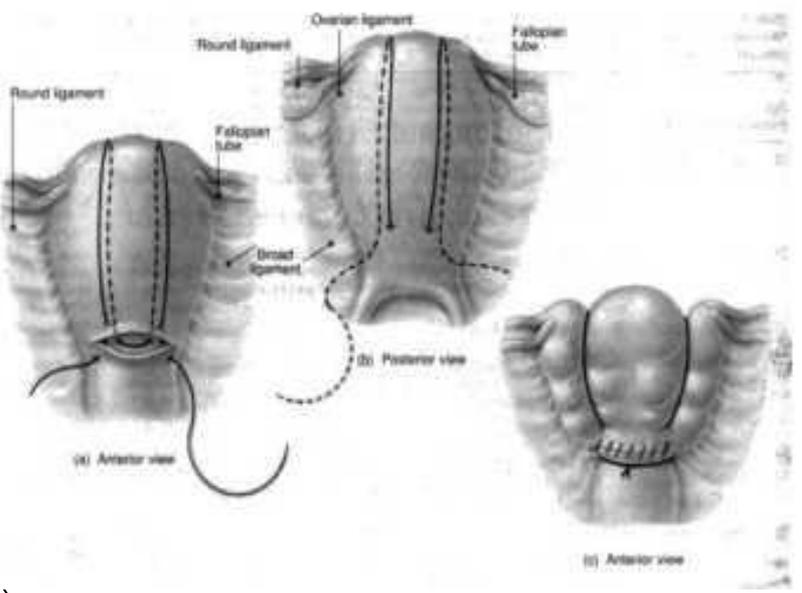
© Copyright B Lynch '05



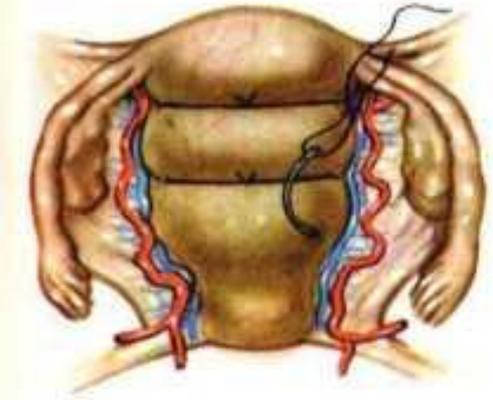
© Copyright B Lynch '05

Figure 5 The Hayman uterine compression suture without opening the uterine cavity¹¹

Figure 6 The Cho multiple square sutures compressing anterior to posterior uterine walls¹²



a



b

25
Гемостатические швы:
 а — прокол медиальной сосудистой ножки у левого края матки, вблизи ее дна; б — гемостатическими швами стянута верхняя половина матки, начало наложения третьего гемостатического шва

В случае если другие мероприятия не имели успеха, предлагается и проводится эмболизация маточных артерий (если имеется техническая возможность).

***Чрезкожная транскатетерная эмболизация артерии -** является вариантом при активном кровотечении и гемодинамически стабильной женщины и до хирургического вмешательства. Обзор литературы показал процент успеха 100% после 49 вагинальных родов и 89% после кесарева сечения. Этот метод сохраняет матку и придатки и тем самым детородную функцию.*

Ампутация матки без придатков

□ без признаков ДВС-синдрома

□ отсутствии эффекта от наложения компрессионных швов

□ при некорригируемом вывороте матки

□ истинное приращение нормально расположенной плаценты.

Экстирпация матки

Экстирпация матки без придатков

- ✓ *Атоническое кровотечение с признаками ДВС синдрома или наличием травм шейки матки*
- ✓ *Матка Кювелера*
- ✓ *Разрыв матки.*
- ✓ *Истинное приращение низко расположенной плаценты.*

Экстирпация матки с перевязкой внутренних подвздошных артерий

- ✓ *Атоническое кровотечение и признаки ДВС-синдрома.*
- ✓ *Коагулопатическое кровотечение.*

Проблемы и ошибки при лечении ПРК

- 1. Заниженная оценка кровопотери из-за смешивания крови с околоплодными водами и мочой, впитывания в простыни и полотенца, недоучета крови, вылившейся в лотки и на пол;***
- 2. Медленно и длительно продолжающееся кровотечение может остаться незамеченным, пока женщина внезапно не окажется в состоянии шока;***
- 3. Недооценка исходного уровня гемоглобина***
- 4. Недооценка риска послеродового кровотечения***
- 5. Несвоевременное привлечение помощников из числа опытных сотрудников***
- 6. Отказ или задержка трансфузии препаратов крови***
- 7. Слишком позднее начало хирургического гемостаза***
- 8. Несвоевременное заполнение и ведение медицинской документации***

Профилактика послеродового кровотечения

- 1. Рутинно использовать активное ведение 3 периода родов – после рождения переднего плечика вести 10ЕД окситоцина в/м.***
- 2. Контролируемое потягивание за пуповину при рождении последа с одновременным контрдавлением на матку во время схватки (рукой отодвигается тело матки от лонного сочленения в направлении пупка);***
- 3. Наружный массаж матки не менее 15 секунд каждые 15 минут в течении первого часа после родов, каждые 30 минут в течении второго часа;***
- 4. Раннее грудное вскармливание.***
- 5. С приемного покоя определить группу риска.***

При высоком риске ПРК:

Уведомить руководство и анестезиологов

Убедится в наличии 2 доз ЭМ и СЗП.

После рождения последа начать в/в инфузия окситоцина 5 ЕД в физиологическом растворе 0,9%-500,0 (УД - ПВ). Скорость инфузии определять по тонуусу матки, продолжительность инфузии – не менее 2-х часов;

Ведение карбетоцина 100 мкг внутривенно при кесаревом сечении после извлечения новорожденного (УД - IV);

Введение карбетоцина 100 мкг внутримышечно при вагинальных родах после рождения последа (УД - IV);

Индикаторы эффективности лечения

- *Уменьшение количества рефрактерных кровотечений*
- *Уменьшение количества гемотрансфузий*
- *Уменьшение количества хирургических методов гемостаза*
- *Уменьшение количества гистерэктомий*

Показания для консультации специалистов:

- **ангиохирург** - при необходимости перевязки внутренних подвздошных артерий;
- **консультация профильных специалистов** в зависимости от наличия экстрагенитальной патологии и акушерских осложнений.

Показания для перевода в отделение интенсивной терапии и реанимации:

- после хирургического вмешательства;
- необходимость продолжения массивной инфузионно-трансфузионной терапии;
- необходимость продолжения интенсивного наблюдения и интенсивной терапии.

Дальнейшее ведение:

- наблюдение в послеродовом периоде под контролем лабораторных показателей;
- лечение постгеморрагической анемии;
- консультация ВОП, профильных специалистов.

Оценка в раннем послеродовом/послеоперационном периоде (в первые 24 часа)

Мониторинг после родов/операции	Каждые 15 минут в первый час				Каждые 30 минут в течении второго часа				3 ч	4 ч	8 ч	12 ч	16 ч	20 ч	24 ч
Дата															
Время															
Состояние роженицы															
Кровотечение (0++++)															
Матка плотная/ дряблая															
Артериальное давление															
Пульс															
Мочеотделение															
Вульва															

Факторы риска и профилактика ПРК

Пациентка _____

№ История родов _____

Дата _____ 201 ____ г.

Степень риска _____

Оценка факторов риска при поступлении		
Низкий	Средний	Высокий
<input type="checkbox"/> Одноплодная беременность	<input type="checkbox"/> Многоплодная беременность	<input type="checkbox"/> Предлежание плаценты, низкая плацентация
<input type="checkbox"/> Отсутствие в анамнезе операций на матке	<input type="checkbox"/> Наличие в анамнезе операций на матке	<input type="checkbox"/> Подозрение на приращение плаценты
<input type="checkbox"/> В анамнезе менее 4-х влагалишных родов	<input type="checkbox"/> В анамнезе 4 и более родов	<input type="checkbox"/> Заболевания крови (болезнь Виллебранда, тромбоцитопеническая пурпура, тромбоцитопения, вызванная преэклампсией/гестационной гипертензией), анемия с уровнем Hb менее 90г/л
<input type="checkbox"/> Отсутствие болезней свертывающей системы крови	<input type="checkbox"/> Хориоамнионит	<input type="checkbox"/> Кровотечение из половых путей при поступлении
<input type="checkbox"/> Отсутствие ПРК в анамнезе	<input type="checkbox"/> Наличие ПРК в анамнезе	<input type="checkbox"/> Установленная коагулопатия
<input type="checkbox"/> Домашние роды	<input type="checkbox"/> Миома матки больших размеров	<input type="checkbox"/> Антенатальная гибель плода
	<input type="checkbox"/> Прогнозируемый вес 4000,0 грамм и более	
	<input type="checkbox"/> Многоводие	
	<input type="checkbox"/> Многоплодная беременность	
	<input type="checkbox"/> Ожирение (ИМТ более 35 при первом посещении ЖК)	
	<input type="checkbox"/> Аномалии развития матки	
	<input type="checkbox"/> Возраст более 35 лет	
При любой степени риска – <input type="checkbox"/> определите группу крови и резус фактор. Если риск <i>высокий</i> : <input type="checkbox"/> просмотрите протокол ПРК <input type="checkbox"/> убедитесь в наличии 2 доз ЭМ и СЗП в кабинете/центре крови <input type="checkbox"/> уведомите анестезиологов <input type="checkbox"/> уведомите руководство медицинской организации		Оцените появление дополнительных факторов риска во время родов: <input type="checkbox"/> затянувшиеся роды <input type="checkbox"/> применение окситоцина <input type="checkbox"/> хориоамнионит <input type="checkbox"/> гипертермия <input type="checkbox"/> применение препаратов, расслабляющих тонус матки (сульфат магния, эпидуральная анестезия) <input type="checkbox"/> вакуум-экстракция плода, акушерские щипцы <input type="checkbox"/> кесарево сечение, особенно экстренное <input type="checkbox"/> эмболия околоплодными водами
Если обнаружено 2 и более факторов риска – риск считается высоким		
Активное ведение третьего периода родов		
<input type="checkbox"/> 10 ЕД окситоцина - внутримышечно в течение первой минуты после рождения плода. <input type="checkbox"/> В/в инфузия окситоцина 5 ЕД/500 мл физиологического раствора. Скорость инфузии _____ Продолжительность инфузии _____ <input type="checkbox"/> Введение карбетоцина 100 мкг внутривенно после извлечения плода (при кесаревом сечении) <input type="checkbox"/> Введение карбетоцина 100 мкг внутримышечно после рождения последа (при вагинальных родах) <input type="checkbox"/> Контролируемое потягивание за пуповину при рождении последа <input type="checkbox"/> Наружный массаж матки не менее 15 секунд <input type="checkbox"/> Раннее кормление грудью		
Постоянная оценка кровопотери <input type="checkbox"/> метод определения кровопотери (мерной кружкой, взвешивание пропитанных кровью материалов 1 г = 1 мл) <input type="checkbox"/> Количество кровопотери _____		Постоянная оценка жизненных показателей <input type="checkbox"/> ЧСС <input type="checkbox"/> АД <input type="checkbox"/> Сатурация O ₂
Если общая кровопотеря > 500 мл при влагалишных родах или >1000 мл при к/с, или жизненные показатели изменились на >15 %, или пульс >100, АД <100/60, сатурация O₂ <95 % - или – кровотечение продолжается, перейти к заполнению «Контрольного листа»		

Спасибо за внимание!!!

