




Наименование структурного подразделения:	Отделение гинекологии		
Названия документа:	СОП «Послеродовое кровотечение»		
Утвержден:	Руководитель ГКП и ЦХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	<i>Должность</i>	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Подпись</i>
	Заместитель гл.врача по ОМД	Кабылбеков Г.К.	
	Заведующий отделением	Садыков Г.Б.	
Согласовано:	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
	Врач эксперт		
Дата согласования:	04.01.2024г.		
Дата введения в действие	04.01.2024г.		
Версия №	Копия № _____	04 / 01 / 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра « 04 » « 01 » 2024г
Дата следующего пересмотра « _____ » « _____ » 2027г

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

СОП «Послеродовое кровотечение»

1. Определение:

Послеродовое кровотечение – клинически значимая кровопотеря, составляющая 500 мл и более при родах через естественные родовые пути, 1000 мл и более при операции кесарева сечения.

Классификация:

Раннее послеродовое кровотечение – в первые 24 часа после родов.

Позднее послеродовое кровотечение – по истечении 24 часов послеродового периода.

2. Ресурсы:

- 1) мобилизация свободного персонала;
- 2) укладка для оказания помощи при кровотечении.

3. Процедуры:

- 1) Мобилизация свободного персонала (не оставляя пациентку одну, **позвать на помощь:** опытного акушера-гинеколога, владеющего оперативной техникой в полном объеме, анестезиолога-реаниматолога, лаборанта).
- 2) Оценка объема кровопотери (визуально, мерной кружкой, взвешивание материала).
- 3) Оценка состояния и контроль жизненно важных функций организма (АД, пульс, температура, частота дыхания).
- 4) Выделить сотрудника для постоянного ведения карты интенсивной терапии.
- 5) Катетеризация мочевого пузыря – мочевой пузырь должен быть пустым.
- 6) Катетеризация 2-х периферических вен (№№ 14-16G) для начала инфузии кристаллоидов в отношении 3:1 к объему кровопотери и утеротоников.
- 7) Согревание женщины (накрыть одеялом, поменять влажные простыни на сухие).
- 8) Обеспечить подачу увлажненного кислорода
- 9) Общий анализ крови, коагулограмма или время свертывания крови
- 10) Определение группы крови, Rh-фактора, взятие крови для анализа на совместимость
- 11) Установить причину 4 «Т»
 - исследовать матку (Тонус, Ткань);
 - осмотр родовых путей (Травма).
 - Коагулопатия крови (Тромбин)
- 12) Продолжить введение кристаллоидов быстро в соотношении 3:1 к объему кровопотери. Скорость инфузии 1,0 л за 15 минут. В дальнейшем программа инфузионной терапии составляется совместно с анестезиологом-реаниматологом.
- 13) Развернуть операционную.
- 14) При транспортировке использовать **методы временной остановки кровотечения – сдавление брюшной аорты** – кулаком слева ниже пупка.

4. Профилактика



Наилучшей профилактикой послеродового кровотечения является активное ведение третьего периода родов, что снижает риск развития кровотечения в 2,5-3 раза и наблюдение за родильницей в послеродовом периоде.

Диагностические критерии кровотечения:

- раннее выявление признаков кровотечения в послеродовом периоде
- оценка состояния родильницы, АД, пульс, ЧДД
- определение объема кровопотери

Этиология

Причинами ПРК могут быть расстройства одного из 4 базовых этиологических процессов, обозначенных как «4 Т»:

Шаг 1. Этиологические факторы риска ПРК

«Т»	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/анатомические 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
	Задержка сгустков крови в полости матки	– гипотония матки
Травмы родовых путей («Т» – травма)	Разрывы шейки матки, влагалища, промежности	– быстрые роды – оперативные вагинальные роды
	Травматический разрыв матки во время кесарева сечения	– неправильное положение плода – низкое расположение предлежащей части
	Разрыв матки	– оперированная матка
	Выворот матки	– много рожавшая – расположение плаценты в дне матки – нарушение техники активного



Нарушения коагуляции («Т» – тромбин)	Врожденные и приобретенные тромбофилические состояния.	ведения третьего периода родов – наследственные коагулопатии – заболевания печени – гематомы и/или кровоточивость преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром – антенатальная гибель плода
	ДВС - синдром	– хориоамнионит – дородовое кровотечение
	Приобретенная коагулопатия	– передозировка антикоагулянтов

5. Способы определения объема кровопотери

- 1) Визуальный метод (ошибка 30%).
- 2) Снижение уровня гематокрита менее 10% от исходного
- 3) Гравиметрический метод – взвешивание операционного материала (ошибка 15%).
- 4) Измерение мерной емкостью (кружка, лоток с нанесенной градуировкой).

Пошаговая терапия послеродового кровотечения (при кровотечении без признаков геморрагического шока)

Шаг 2. Этиотропная терапия

«Тонус»	«Ткань»	«Травма»	«Тромбин»
Массаж матки Утеротоники Бимануальная компрессия матки	–Ручное обследование полости матки (кюретаж в исключительных случаях)	–Ушивание разрывов мягких тканей родовых путей –Лапаротомия при разрыве матки –Коррекция выворота матки	–Переливание факторов свертывания (СЗП, криопреципитатромбоцитарной массы) –Антифибринолитики –Рекомбинантный VII фактор крови

Атония матки является наиболее частой причиной ПРК

Для лечения атонии могут быть использованы следующие группы лекарств – утеротоников:

Параметры	Утеротонические препараты			
	Окситоцин	Эргометрин Метилэргометрин	Простагланди н F2α (энзапрост)	Мизипростол
Начальная доза и	10 ЕД в/м или	0,2 мг в/м или в/в (медленно)	2,5 мг в/м возможно в	800-1000 мг ректально или



способ введения	5 ЕД в/в (медленно)		мышцу (шейку) матки	600-800 мг перорально/сублингвально
Повторные дозы	20 ЕД в/в капельно в 1 л раствора со скоростью 60 капель в мин	0,2 мг в/м каждые 15 мин (при необходимости – 0,2 мг в/м или в/в (медленно) каждые 4 часа	2,5 мг каждые 15 мин	
Максимальная доза	Не более 3 л жидкости, содержащей 60 ЕД окситоцин	5 доз (1,0 мг)	8 доз (20 мг)	
Опасные побочные эффекты	Расслабление мышечной стенки сосудов, снижение ОПСС	Периферическая вазоконстрикция (гипертензия, инсульт, бронхоспазм), тонические сокращения матки	Гипотония, тахикардия, увеличение частоты дыхания, тошнота, рвота, головная боль, парадоксальная реакция в виде гипертонического криза	Озноб

При продолжающемся кровотечении

Одновременно:

- 1) Мобилизация всего свободного персонала (**позвать на помощь дополнительно:** заведующего отделением; анестезиолога-реаниматолога (если не был вызван ранее); лаборанта; специалиста, ответственного в стационаре за переливание крови).
- 2) Опустить головной конец кровати
- 3) Продолжить подачу увлажненного кислорода 10-15 л/мин
- 4) Оценка объема кровопотери. При кровопотере 1500 мл и более - желательна катетеризация центральной вены (предпочтительно яремной вены)
- 5) Оценить состояние женщины и проводить контроль жизненно важных функций организма (постоянный мониторинг АД, ЧСС, ЭКГ,
Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа



пульсоксиметрии, температуры, частоты дыхания, диуреза) с ведением карты интенсивного наблюдения.

6) Продолжить введение кристаллоидов быстро в соотношении 3:1 к объему кровопотери. Скорость инфузии 1,0 л за 15 минут. В дальнейшем программа инфузионной терапии составляется совместно с анестезиологом-реаниматологом.

7) Развернуть операционную.

Объем инфузионной терапии при ПРК*

Все растворы перед инфузией должны быть согреты

До 1000 мл без признаков шока	> 1000 мл или признаки шока	>2000 мл
Кристаллоиды до 2000 мл	Кристаллоиды 2000 мл	Кристаллоиды 3000 мл и более
-	Коллоиды** до 1000-1500 мл	Коллоиды** до 1000-2000 мл
-	СЗП 1000 мл (при явлениях коагулопатии)	СЗП 1000 мл и более
-	Эритроцитарная масса (под контролем гемоглобина) 500-1000 мл Гемоглобин ниже 70г/л Гематокрит ниже 22 Тромбоцитарная масса при уровне тромбоцитов менее 50×10^9 Криопреципитат при снижении фибриногена менее 1 г/л	Эритроцитарная масса (под контролем гемоглобина) 1000 мл и более

* Объем инфузионной терапии корректировать в зависимости от состояния женщины (признаки шока, нарушение свертываемости крови и др.) совместно с анестезиологом-реаниматологом.

** Коллоиды: ГЭЖи и сукцинизированный желатин/модифицированный жидкий желатин (согласно инструкции).

Критерии инфузионно-трансфузионной терапии

Гемоглобин не менее 80 г/л

Тромбоциты > 75×10^9



Протромбиновый индекс < 1.5

АЧТВ < 1.5

Фибриноген > 1,0 г/л

При акушерских кровотечениях одной из основных причин неблагоприятных исходов является слишком позднее проведение хирургического гемостаза

1) Провести лабораторные тесты:

– клинический анализ крови (гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, время свертывания);

– коагулограмма;

– прикроватный тест на свертываемость.

2) Повернуть пациентку на бок и согреть (но не перегреть!) – поменять влажные простыни на сухие, дать дополнительное одеяло.

3) Обеспечить подачу кислорода через маску со скоростью 8 л в мин.

4) Обеспечить наличие препаратов крови: СЗП, эритромаcсы в необходимом количестве.

Шаг 3. Методы временной остановки кровотечения

Сдавление брюшной аорты



– примените нисходящее давление сложенным кулаком брюшной аорты прямо через брюшную стенку;

– точка надавливания находится прямо над пупком и немного левее;

– в раннем послеродовом периоде пульсация аорты может быть легко определена через переднюю брюшную стенку;

– другой рукой пальпируйте пульс на бедренной артерии для оценки полноты сдавления;

– если пульс прощупывается, то давление, оказываемое кулаком, недостаточно и наоборот.

6. Профилактика:

Наилучшей профилактикой послеродового кровотечения является активное ведение третьего периода родов, что снижает риск развития кровотечения в 2,5-3 раза и наблюдение за родильницей в послеродовом периоде.

7. Документирование:

1) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 августа 2021 года № КР ДСМ-92. Зарегистрирован в Министерстве юстиции



Республики Казахстан 28 августа 2021 года № 24131 Министерство здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан»;

2) Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «8» декабря 2016 года, Протокол № 17 «Клинический протокол диагностики и лечения послеродовое кровотечение».

3) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» № ҚР ДСМ-175/2020;

4) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» № ҚР ДСМ – 111;

5) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года № «Об утверждении «Правил оказания первичной медико-санитарной помощи» ҚР ДСМ-90.

Указание условия пересмотра СОП: Пересмотр СОП проводится 1 раз в 3 года или при появлении новых требований.

Лист регистрации изменений

№	№ раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение	Дата внесения изменения	ФИО лица, внесшего изменения

