

# Коллектив авторов:

Адамян

Лейла Владимировна

заместитель директора ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, главный внештатный акушер-гинеколог Минздрава России, академик РАН, профессор, д.м.н.

Серов

Владимир Николаевич

президент Российского общества акушеров-гинекологов, академик РАН, профессор

Филиппов

Олег Семенович

заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФППОВ И МГМУ им. И.М. Сеченова, профессор, д.м.н.

Артымук

Наталья Владимировна

заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор

Басв

Олег Радомирович

руководитель родильного отделения ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор

Башмакова

Надежда Васильевна

директор ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный акушер-гинеколог Уральского федерального округа

Белокрылская

Татьяна Евгеньевна

заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор

Дробинкина

Алла Николаевна

заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ Новосибирской области «Городская клиническая больница №1», главный внештатный анестезиолог-реаниматолог родовспоможения МЗНСО, к.м.н

Ерофеев

Евгений Николаевич

заведующий клиникой ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н.

Кан

Наталья Енгиновна

главный врач ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н.

Мальгина

Галина Борисовна

заместитель директора ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н.

Пырегов Алексей

Викторович

руководитель отделения анестезиологии и реанимации ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н.

Салов

Игорь Аркадьевич

заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», Министерства здравоохранения Российской Федерации профессор

Тютюнник

Виктор Леонидович

руководитель акушерского observationalного отделения ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н.

Шмаков

Роман Георгиевич

руководитель акушерского физиологического отделения ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н.

Федорова

Татьяна Анатольевна

руководитель отделения гравитационной хирургии крови ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор



## СОДЕРЖАНИЕ

|  |      |
|--|------|
| Аннотация.....   | 5    |
| Список сокращений.....   | 6    |
| Определение, классификация, факторы риска, принципы диагностики.....   | 7-10 |
| Алгоритм действий при послеродовом кровотечении .....  | 11   |
| Приложение 1. Классификация уровней достоверности и доказательности рекомендаций.....  | 15   |
| Приложение 2. Категории риска приема препаратов во время беременности по степени риска для плода (Классификация FDA, США)..... | 16   |
| Приложение 3. Инфузионно-трансфузионная терапия при акушерском кровотечении .....  | 17   |
| Приложение 4. Техника наложения компрессионных швов, лигирования маточных и внутренних подвздошных артерий.....                | 18   |
| Приложение 5. Пошаговый алгоритм ведения при послеродовом кровотечении.....  | 19   |
| Приложение 6. Карта наблюдения для оценки кровотечения.....  | 20   |
| Библиографический указатель.....   | 22   |

## АННОТАЦИЯ

Рекомендации «Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях» подготовлены на основе современных доказательных практик и предназначены для врачей акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, терапевтов, студентов-медиков. Доказательной базой для рекомендаций явились публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку, базы данных EMBASE, PUBMED и MEDLINE.

Оценка значимости рекомендаций приведена в соответствии с классификацией уровней их достоверности и доказательности (рейтинговой схемой) (Приложение 1). Комментарии обсуждались коллегиально членами рабочей группы.

Цель данных рекомендаций – совершенствование алгоритма ведения пациентов при послеродовом кровотечении.

#### Список сокращений:

АД - артериальное давление;  
АЧТВ - активированное частичное тромбопластиновое время;  
ДВС - диссеминированное внутрисосудистое свертывание;  
ОЦК - объем циркулирующей крови;  
ПДФ/Ф - продукты деградации фибрина/фибриноген;  
ПТИ - протромбиновый индекс;  
ТЭГ - тромбоэластограмма.

#### 1. Классификация, факторы риска и принципы диагностики Клиническая классификация акушерских кровотечений:

1. Кровотечение во время беременности и в родах
  - 1.1 Предлежание плаценты.
  - 1.2 Преждевременная отслойка плаценты.
2. Кровотечение в послеродовом периоде
  - 2.1 Гипо-атония матки.
  - 2.2 Задержка в полости матки части последа.
  - 2.3 Разрывы мягких тканей родовых путей.
  - 2.4 Врожденные и приобретенные нарушения системы гемостаза.

#### Классификация акушерских кровотечений по МКБ X:

##### О44- Предлежание плаценты:

- О44.0- предлежание плаценты, уточненное без кровотечения;
- О44.1- предлежание плаценты с кровотечением.

##### О45- Преждевременная отслойка плаценты

- О45.8- другая преждевременная отслойка плаценты;
- О45.9- преждевременная отслойка плаценты неуточненная.

##### О46 - Дороговое кровотечение, не классификационное в других рубриках

- О46.0- дорожное кровотечение с нарушением свертываемости крови;
- О46.8- другое дорожное кровотечение;
- О46.9- дорожное кровотечение неуточненное.

##### О67- Роды и родоразрешение, осложнившиеся кровотечением во время родов, не классифицированное в других рубриках

- О67.0- кровотечение во время родов с нарушением свертываемости крови;
- О67.8- другие кровотечения во время родов;
- О67.9- кровотечение во время родов неуточненное.

##### О72- Послеродовое кровотечение

- О72.0- кровотечение в третьем периоде родов;
- О72.1- другие кровотечения в раннем послеродовом периоде;
- О72.2- позднее или вторичное послеродовое кровотечение.



## Кровотечение при предлежании плаценты

### Клинические признаки предлежания плаценты:

Возможны эпизоды кровотечений без болевого синдрома и повышенного тонуса матки;

Наружное кровотечение алой кровью, визуальный объем кровопотери соответствует состоянию больной;

Высокое расположение предлежащей части плода или неправильное его положение;

Развитие признаков страдания плода, степень дистресса плода соответствует объему наружной кровопотери.

### Кровотечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты

#### Клинические признаки ПОНРП:

Абдоминальный болевой синдром (от не резко выраженных болей в животе до резких, сочетающихся с гипертонусом матки);

Гипертонус матки вне и во время схватки, болезненность матки при пальпации (локальная или тотальная); при выраженной отслойке плаценты, локализованной по передней стенке матки, характерно локальное выпячивание, асимметрия матки;

Кровотечение возникает чаще в третьем триместре беременности, в первом или во втором периоде родов; кровотечение чаще внутренне, реже наружное или смешанное (объем наружной кровопотери не соответствует тяжести состояния пациентки);

Признаки страдания плода;

При выраженной отслойке клинические проявления сочетанного шока.

## Послеродовое кровотечение

### Классификация:

#### По времени возникновения:

- раннее послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее в течение 2 часов после родов;
- позднее послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее позже 2 часов после родов.

### По объему кровопотери:

- физиологическая кровопотеря - до 10% ОЦК или до 500 мл во время родов и до 1000 мл во время кесарева сечения;
- патологическая кровопотеря - от 10 до 30% ОЦК более 500 мл во время родов и более 1000 мл во время кесарева сечения;
- массивная кровопотеря - превышающая 30% ОЦК.

### По степени тяжести кровопотери:

|                     | Компенсация  | Легкая                               | Умеренная                                      | Тяжелая  |
|---------------------|--|--------------------------------------|--|--|
| Степень тяжести     | I  | II                                   | III  | IV   |
| Кровопотеря         | 500-1000 ml<br>(10-15%)                            | 1000-1500 ml<br>(15-25%)             | 1500-2000 ml<br>(25-35%)                       | 2000-3000 ml<br>(35-45%)                       |
| Изменение АД (сисг) | нет  | умеренное снижение (80-100 мм.рт.ст) | значимое снижение (70-80 мм.рт.ст)             | выраженное снижение (50-70 мм.рт.ст)           |
| Симптомы            | Учащенное сердцебиение, головокружение, тахикардия | Слабость, тахикардия, пототделение   | Беспокойство, спутанность, бледность, олигурия | Колитис, анурия, сонливость, нарушение дыхания |

**МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ:** визуально определенная кровопотеря +30% и гравиметрический.

### Факторы риска:

- отягощенный геморагический анамнез;
- антенатальное или послеродовое кровотечение;
- исходные нарушения в системе гемостаза (болезнь Виллебранда, тромбоцитопения, тромбоцитопатия, хронический ДВС-синдром, лейкозы и т.д.);
- предлежание плаценты, вращение плаценты;
- длительные роды (особенно с родовозбуждением);
- миома матки или миоматозия во время кесарева сечения;
- многоплодная беременность;
- крупный плод или многоводие;



- повторнородящая (многорожавшая - более 3-х родов);
- ожирение (2-3 степени);
- возраст матери старше 40 лет.

#### **Этиология:**

Раннее послеродовое кровотечение:

- T(one) - нарушение сокращения матки - гипо- или атония;
- T(issue) - задержка частей плаценты или сгустков крови в полости матки;
- T(rauma) - травма родовых путей, разрыв матки;
- T(rombin) - нарушения свертывающей системы крови.

#### **Позднее послеродовое кровотечение:**

- остатки плацентарной ткани;
- субинволюция матки;
- послеродовая инфекция;
- наследственные дефекты гемостаза.

#### **Диагностика:**

- пальпация матки;
- осмотр последа и оболочек;
- осмотр шейки матки, родовых путей и наружных половых органов;
- показатели гемостазиограммы (прикроватный тест, тромбоэластограмма (ТЭЛ), количество тромбоцитов, фибриноген, протромбиновый индекс (ПТИ), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), продукты дегидратации фибрина/фибриногена (ПДФ/Ф, Д-димер);
- УЗИ - диагностика.

#### **Профилактика послеродового кровотечения:**

- активное ведение III периода родов (уровень доказательности A);
- установка в/в капельной системы и в/в катетера большого диаметра (18G) в конце I периода родов у женщин из группы высокого риска по развитию кровотечения;
- введение трансексамовой кислоты 15 мг/кг у женщин с исходными нарушениями гемостаза;
- аутоплазматрансфузия является эффективным методом профилактики и лечения акушерских кровотечений, особенно у беременных из группы риска по кровотечению, у которых планируется абдоминальное родоразрешение;
- интраоперационная реинфузия аутоэритроцитов является эффективным способом восстановления глобулярного объема при операции кесарева сечения.

## **2. Алгоритм действий при послеродовом кровотечении:**

### **Первый этап:**

#### **Цель:**

- установить причину кровотечения;
- предпринять необходимые меры по остановке кровотечения;
- назначить необходимые обследования.

Диагностика, остановка кровотечения и инфузионная терапия

выполняются одновременно с организацией контроля за состоянием пациентки

#### **Оповещение:**

- вызвать вторую акушерку, второго врача акушера-гинеколога;
- вызвать анестезиолога-реаниматолога, трансфузиолога (который должен обеспечить запас свежесзамороженной плазмы и эритроцитарной массы), лаборанта;
- вызвать дежурную медсестру для доставки анализов и компонентов крови;
- назначить одного члена дежурной бригады для записи событий, инфузионной терапии, лекарственных препаратов и показателей жизненно важных функций;
- при массивном кровотечении проинформировать дежурного администратора, консультанта-гематолога, вызвать хирурга, развернуть операционную.

#### **Манипуляции:**

катетеризация 2 периферических вен, катетеризация мочевого пузыря, кислородная маска и мониторинговое наблюдение жизненно важных функций (АД, пульс, дыхание, сатурация кислорода, диурез), внутривенное введение кристаллоидных растворов.

**Исследования:** клинический анализ крови (уровень гемоглобина, гематокрита, эритроцитов, тромбоцитов), прикроватный тест, гемостазиограмма (концентрация фибриногена, ПТИ, АЧТВ, ПДФ/Ф, ТЭЛ в дневное время и фибриноген, ТЭЛ в ночное время), определение группы крови, резус фактора.



### Меры остановки кровотечения:

- ручное исследование послеродовой матки удаление остатков плацентарной ткани и сгустков (однократно);
- наружно-внутренний массаж;
- ушивание разрывов матки родовых путей;
- назначение лекарственных средств для лечения атонии;
- коррекция нарушений параметров гемостаза.

*Утеротонические средства, применяемые для лечения послеродового кровотечения (уровень доказательности А).*

| препарат             | окситоцин  | метилэргометрин   |
|----------------------|--|---|
| Доза и путь введения | 20 Ед на 1000 мл или 10 Ед на 500 мл физиологического раствора или раствора Рингера в/в, 60 капель в минуту. | 0,2 мг в/м или в/в (медленно)   |
| Поддерживающая доза  | 20 Ед/л или 10 Ед на 500 мл физиологического раствора или раствора Рингера в/в, 40 капель в минуту.          | повторно 0,2 мг в/м через 15 минут<br>Если требуется повторно 0,2 мг в/м или в/в (медленно) каждые 4 часа |
| Максимальная доза    | не более 3 л раствора, содержащего окситоцин   | суточная доза 5 доз (1,0 мг)  |
| Противопоказания     | быстрое болюсное введение препарата  | гипертензия, заболевания сердца, преэклампсия   |

**Второй этап:** при продолжающемся кровотечении.

Манипуляции:

- +/- управляемая баллонная тампонада матки (уровень доказательности С;
- +/- компрессионные швы по В-Lynch (во время кесарева сечения) или в другой модификации (Рембеза, вертикальные компрессионные швы, квадратные компрессионные швы) (уровень доказательности С);

- продолжение инфузионно-трансфузионной терапии проводится в зависимости от величины кровопотери, массы тела пациентки (см. Приложение 1).

**Третий этап:** в случае если предшествующие меры оказались не эффективными, кровотечение может принять характер угрожающего жизни и требующего хирургического лечения. Необходимо убедиться в наличии банка крови, дополнительного квалифицированного специалиста акушера или хирурга. При необходимости следует продолжить внутривенное введение большого количества кристаллоидных растворов и компонентов крови для поддержания нормальных артериального давления, диуреза и свертывания крови (уровень доказательности С).

Первым этапом в хирургическом лечении является наложение компрессионных швов (см. Приложение 2).

**Хирургическое лечение** включает лапаротомию с перевязкой маточных сосудов или внутренних подвздошных артерий или гистерэктомии. В каждом случае тактика ведения определяется клинической ситуацией, профессиональным уровнем врача и технической оснащенностью учреждения.

**Лигирование маточных сосудов** (см. Приложение 2) является эффективным способом лечения послеродового кровотечения. Существует несколько методов проведения этой процедуры. Возможны отдельная или совместная перевязка маточной артерии и вены. В случае продолжающегося кровотечения и неэффективности первой лигатуры ниже возможно наложение второй лигатуры для перевязки ветвей маточной артерии, кровоснабжающих нижний маточный сегмент и шейку матки. При неэффективности предшествующих методов проводится одно- или двусторонняя перевязка яичниковых сосудов (уровень доказательности С).

**Лигирование внутренних подвздошных артерий** (см. Приложение 2) используется при послеродовом кровотечении, требует высокого профессионализма хирурга (уровень доказательности С).

**Ангиографическая эмболизация:** альтернатива лигированию маточных или внутренних подвздошных сосудов. Врач должен определить, позволяет ли состояние женщины, показатели гемодинамики и свертывания крови провести эту процедуру. Для проведения этой процедуры требуется 1-2 часа и специальное оборудование (уровень доказательности С).

**Гистерэктомия** наиболее часто применяется при массивном послеродовом кровотечении, в случае если необходимо хирургическое лечение и является последним этапом, если все предыдущие хирургические мероприятия не дали должного эффекта. Препаратами гистерэктомии при массивном кровотечении являются быстрое утеринное источника



кровотечения и то, что этой техникой владеет большинство акушеров-гинекологов. К недостаткам операции относятся потеря матки в случае, если женщина хочет продолжить репродуктивную функцию, большая кровопотеря и длительное время операции (уровень доказательности C).

Четвертый этап:

Проведение реабилитационных мероприятий (коррекция анемии и т.д.).

Классификация уровней достоверности и доказательности рекомендаций

Приложение 1

| Качество научных доказательств: градация по уровням         |   |                                |                |
|---|---|--------------------------------|----------------|
| 1a  | Доказательства, полученные из систематических обзоров (мета-анализов)   | рандомизированных исследований | контролируемых |
| 1b  | Доказательства, полученные из контролируемых исследований   | из рандомизированных           |                |
| 2a  | Доказательства, полученные из контролируемых исследований с хорошим дизайном без рандомизации   | из контролируемых              |                |
| 2b  | Доказательства, полученные из полуконтролируемых исследований с хорошим дизайном (проспективные или ретроспективные когортные исследования; исследования «случай-контроль») |                                |                |
| 3   | Доказательства, полученные из неэкспериментальных описательных исследований с хорошим дизайном (сравнительные исследования, корреляционные исследования, описания случаев)  |                                |                |
| 4   | Доказательства, полученные из сообщений экспертных комитетов или мнений и/или клинического опыта авторитетных специалистов  |                                |                |
| Надежность клинических рекомендаций: градация по категориям |   |                                |                |
| A   | Рекомендации основываются на качественных и надежных научных доказательствах  |                                |                |
| B   | Рекомендации основываются на ограниченных или слабых научных доказательствах  |                                |                |
| C   | Рекомендации основываются главным образом на согласованном мнении экспертов, клиническом опыте  |                                |                |



Приложение 2

Категории риска приема препаратов во время беременности по степени риска для плода (Классификация FDA, США)

| Категория | Описание категории   |
|-----------|--|
| A         | Адекватные исследования у беременных женщин не показали какого-либо вреда для плода в первом и последующих триместрах беременности.  |
| B         | Исследования на животных не выявили никаких вредных воздействий на плод, однако исследований у беременных женщин не проводилось. Или в исследованиях на животных вредное влияние было обнаружено, но адекватные исследования у женщин риска для плода не выявили.              |
| C         | Исследования на животных выявили вредное воздействие на плод, но адекватных исследований у людей не проводилось. Или исследования у человека и животных не проводилось. Препарат иногда может приниматься беременными женщинами по показаниям, несмотря на потенциальный риск. |
| D         | Имеется сведения о риске для человеческого плода, но потенциальная польза от лечения этим препаратом может превалять над потенциальным риском (когда нет более безопасных препаратов или они неэффективны).  |
| X         | Исследования у человека и животных показали патологическое плод, или имеются указания о риске для плода. Вред для плода бесспорно перевешивает потенциальную пользу лечения этим препаратом, поэтому противопоказан беременным женщинам.                                       |

Приложение 3

Инфузионно-трансфузионная терапия при акушерском кровотечении

|  |   |   |           |                   |
|--|---|---|-----------|-------------------|
| Кровототера (мл)                                 | До 1000   | 1000-1500   | 1500-2100 | 2100 и более      |
| Кровототера % ОЦК                                | До 15   | 15-25   | 25-35     | 35 и более        |
| Кровототера % массы тела                         | До 1,5  | 1,5-2,5   | 2,5-3,5   | 3,5 и более       |
| Кристаллоиды (мл)                                | 200%V   | 2000  | 2000      | 2000              |
| Коллоиды (мл)                                    | кровототери   | 500-1000  | 1000-1500 | 1500мл за 24 часа |
| Свежезамороженная плазма (мл/кг)                 | 15-30   |   |           |                   |
| Эритроциты (мл)                                  | МНО и АЧТВ увеличены в 1,5 и более раз, фибриноген < 1г/л, продолжающееся кровотечение  |   |           |                   |
| Тромбоциты                                       | 1 доза тромбоцитарной массы на 10 кг м.т. или 1-2 дозы тромбоконцентрата                | при Hb<70 г/л при угрожающих жизни кровотечениях* |           |                   |
| Криопреципитат                                   | Если уровень тромбоцитов < 50x10 <sup>9</sup> /л и клинические признаки кровотечения    |   |           |                   |
| Трансесамовая кислота                            | 1 доза на 10 кг м.т.  |   |           |                   |
| Активированный VII фактор свертывания            | Если фибриноген < 1г/л  |   |           |                   |
| Протромплекс 600 (Протромбиновый комплекс (ПТК)) | Условия для эффективности: тромбоциты>50x10 <sup>9</sup> /л, фибриноген>0,5 г/л, pH>7,2 |   |           |                   |
|  | При остром кровотечении 50 МЕ/кг  |   |           |                   |
|  | Только при дефиците факторов ПТК  |   |           |                   |

\*показания 100% ОЦК > 1500 мл

\*норма 100% ОЦК в течение 24 ч или 50% ОЦК за 3 ч;  
кровототера со скоростью 150 мл/мин или 1,5 мл/(кг мин) в течение 20 мин и дольше;  
одномоментная кровототера \*1,500-2000 мл (25-35% ОЦК).



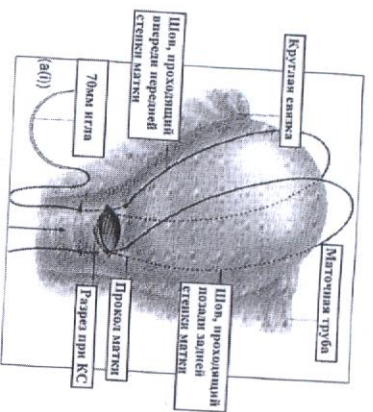
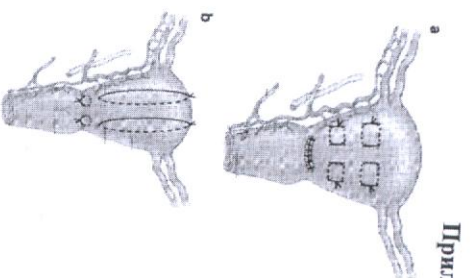


Рис. 1. Техника наложение компрессионного шва по В-Линчу



Приложение 4

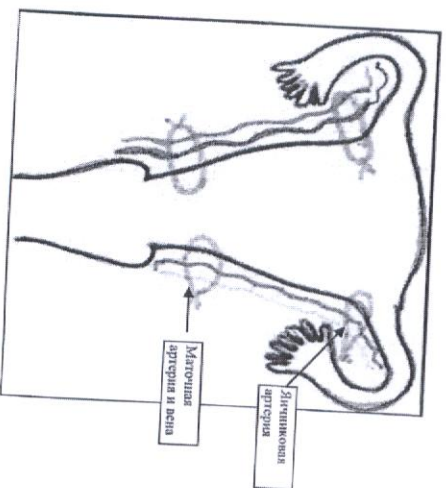


Рис. 2. Техника наложение компрессионных швов.

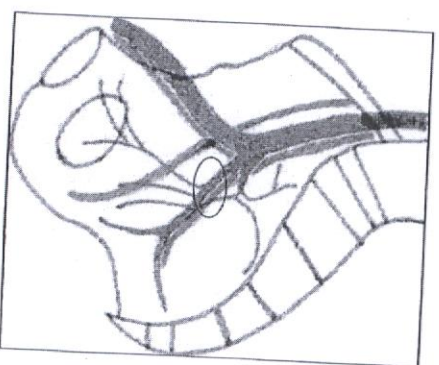


Рис. 3. Лигирование маточных сосудов.

Рис. 4. Лигирование внутренних подвздошных артерий

## Почтовый алгоритм ведения послеродового кровотечения

Приложение 5

| Первый этап<br>Начальные действия и лечение  |  |  |
|--|--|--|
| Манипуляции:   | Установление причины:  | Исследования:  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Внутренний катетер,</li> <li>- кислородная маска,</li> <li>- мониторингирование жизненно важных функций (АД, пульс, дыхание, диурез),</li> <li>- катетеризация мочевого пузыря,</li> <li>- монитор для определения сатурации кислорода</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- нарушения свертывающей системы крови</li> <li>- нарушение сокращения матки – гипо- или атония</li> <li>- задержка частей плаценты или створков в полости матки</li> <li>- травма родовых путей, разрыв матки</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- клинический анализ крови</li> <li>- гемостазиограмма</li> <li>- прирватный тест</li> <li>- определение группы крови и индивидуальная совместимость</li> </ul> |

Вызвать: второго акушера/хирурга, анестезиолога, мед.сестру, дополнительного члена дежурной бригады, проинформировать сотрудника отделения переливания крови

### Второй этап Лечение

- наружно/внутренний массаж и компрессия матки
- назначение лекарственных средств для лечения атонии
- удаление остатков плацентарной ткани и створков
- зашивание разрывов маточных родовых путей
- коррекция нарушений в системе гемостаза
- продолжить введение кристаллоидных растворов и компонентов крови для поддержания нормального артериального давления, диуреза и свертывания крови

### Третий этап Продолжающееся кровотечение

Компрессия матки (шов по В-Линчу);  
Тампонада матки;

Инфузионная терапия (начинать с кристаллоидов).

### Четвертый этап Хирургическое вмешательство

Ланцаotomy с перевязкой маточных или внутренних подвздошных сосудов

Гистерэктомия

### Пятый этап Ревитализация

Лечение постгеморрагической анемии

Послеродовая недостаточность гипотонии или дисциркуляторное поражение



Приложение 6.  
КАРТА НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ

| ДАТА                                 |      |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
|--------------------------------------|------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|
| ВРЕМЯ                                |      |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
| T, C                                 | 39,5 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 3 |
|                                      | 39   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 3 |
|                                      | 38,5 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 3 |
|                                      | 38   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 3 |
|                                      | 37,5 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 1 |
|                                      | 37   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
|                                      | 36   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
|                                      | 35   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
| ПОДЛИТОГ                             |      |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 1 |
|                                      |      | 210 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 3 |
|                                      |      | 200 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
|                                      |      | 190 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 3 |
|                                      |      | 180 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 3 |
|                                      |      | 170 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 2 |
|                                      |      | 160 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 2 |
|                                      |      | 150 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 2 |
|                                      |      | 140 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 2 |
|                                      |      | 130 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 1 |
|                                      |      | 120 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
|                                      |      | 110 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
|                                      |      | 100 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
|                                      |      | 90  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
|                                      |      | 80  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
|                                      |      | 70  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 1 |
|                                      |      | 60  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 3 |
|                                      |      | 50  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 3 |
|                                      |      | 40  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 3 |
|                                      |      | 30  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 3 |
| АД, мм.рт.ст.<br>(систолическое, АД) |      |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
| АД систолическое,<br>ПОДЛИТОГ        |      |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
| АД диастолическое,<br>ПОДЛИТОГ       |      |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
| Ps (y.u./min)                        | 130  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 3 |
|                                      | 120  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 2 |
|                                      | 110  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 2 |
|                                      | 105  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 1 |
|                                      | 100  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
|                                      | 90   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
|                                      | 80   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
|                                      | 75   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
|                                      | 70   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |   |
|                                      | 60   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |   |
|                                      | 50   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |   |
|                                      | 40   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 |   |
| ПОДЛИТОГ                             |      |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 3 |
|                                      |      | 35  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 3 |
|                                      |      | 30  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 3 |
|                                      |      | 25  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 2 |
|                                      |      | 20  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 1 |
|                                      |      | 15  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
|                                      |      | 10  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 1 |

20

| ПОДЛИТОГ  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ДИВЕРЗ/ВРЕМЯ<br>КАТЕТЕРИЗАЦИИ                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ЦНС   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO <sub>2</sub> %                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ОБЩЕЕ<br>КОЛИЧЕСТВО<br>БАЛЛОВ                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| РАСТВОРЫ  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Оксигонин 5-10                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ед.физ. Р-Р 1л                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Кристаллоиды                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Коллоидные Р-ры                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| СЭП   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Эритроцитарная масса                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Тромбоцитарная масса,<br>криопрешитат,<br>новосен |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Лекарственные<br>средства                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Метилпреднизолон в/м,<br>в/в                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Оксигонин 5 Ед в/в<br>струйно                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Эпидурост   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Мезокростол                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Другие  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Время, дозировка и метод введения                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Общее<br>к-во                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| баллы              | 0     | 1              | 2                    | 3            |
|--------------------|-------|----------------|----------------------|--------------|
| SpO <sub>2</sub> % | >95%  | 90-95%         | 88-89%               | <88%         |
| Диверз<br>(мл/ч)   |       | <50мл/2ч       | <100мл/4ч            | <10мл/4ч     |
| сознание           | ясное | бессознательно | утрачено/возбуждение | без сознания |

Дополнительные комментарии

Подпись врача: