



руководителям органов
государственной власти субъектов
Российской Федерации в сфере
охраны здоровья

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Министерство здравоохранения Российской Федерации)**

ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Рахматулловой Елены Геннадьевны

т. (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

29 МАЯ 2014 № 15-4/10/з-Э881

На № _____ от _____

СОГЛАСОВАНО:

УТВЕРЖДАЮ:

Главный внештатный специалист
Министерства здравоохранения

Российской Федерации

по акушерству и гинекологии

академик РАН, профессор

Л.В. Адамян

2014 г.



Ректорам государственных
бюджетных образовательных
учреждений высшего
профессионального образования

Директорам федеральных

государственных учреждений науки

**ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПРИ
АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет
клинические рекомендации (протокол лечения) «Профилактика, лечение и
алгоритм ведения при акушерских кровотечениях», разработанные в
соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г.

№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,
для использования в работе руководителями органов государственной власти
субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья при подготовке
нормативных правовых актов, главными врачами перинатальных центров и
родильных домов (отделений), руководителями амбулаторно-
поликлинических подразделений при организации медицинской помощи
женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде, а также
для использования в учебном процессе.

Приложение: 23 л. в 1 экз.

Т.В. Яковлева

Москва
2014

Коллектив авторов:

Ерофеев Евгений Николаевич	заведующий клиникой ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н.
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 ГМГМУ 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
Баев 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, профессор
Салов Игорь Аркальевич	замедуущий 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 обсервационного отделения ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н.
Белокриницкая Татьяна Евгеньевна	замедуущая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор
Дробинская Алла Николаевна	заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ Новосибирской области «Городская клиническая больница №1», главный внештатный анестезиолог-реаниматолог родовспоможения МЗНО, к.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

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 ведение пациентов при послеродовом кровотечении.	

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-трансфузиональная 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

СОДЕРЖАНИЕ

Аннотация.....	5
----------------	---

Список сокращений.....	6
------------------------	---

Определение, классификация, факторы риска, принципы диагностики.....	7-10
--	------

Алгоритм действий при послеродовом кровотечении	11
---	----

Приложения	
------------	--

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-трансфузиональная 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
----------------------------------	----

Список сокращений:

АД - артериальное давление;

АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время;

ДВС – диссеминированное внутрисосудистое свертывания;

ОЦК – объем пиркулирующей крови;

ПДФ/Ф – продукты деградации фибрин/фибриногена;

ПТИ – протромбиновый индекс;

ТЭГ – тромбоэластограмма.

1. Кровотечение во время беременности и в родах
 - 1.1 Предлежание плаценты.
 - 1.2 Преждевременная отслойка плаценты.

2. Кровотечения 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 - Дородовое кровотечение, не классифицированное в других рубриках

- О46.0- дородовое кровотечение с нарушением свертываемости крови;
О46.8- другое дородовое кровотечение;
О46.9- дородовое 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 плаценты расположенной нормально

Клинические признаки ПОНРП:

Абдоминальный болевой синдром (от нерезко 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.

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

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.

	Компенсация	Легкая	Умеренная	Тяжелая
Степень тяжести	I	II	III	IV
Кровопотеря	500-1000 ml (10-15%)	1000-1500 ml (15-25%)	1500-2000 ml (25-35%)	2000-3000 ml (35-45%)
Изменение АД (системы)	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, слабость, тахикардия, потоотделение	Беспокойство слуганность, бледность, олигурия	Коллапс, анурия, сонливость, нарушение дыхания

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:

- повторнородящая (многорожавшая - более 3-х родов);

- ожирение (2-3 степени);

- возраст матери старше 40 лет.

Этиология:

Раннее послеродовое кровотечение:

- Т(tone) - нарушение сокращения матки - гипо- или атония;
- Т(tissue) - задержка частей плаценты или сгустков крови в полости матки;
- Т(trauma) - травма родовых путей, разрыв матки;
- Т(trombin) - 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 шееки матки, родовых путей и наружных половых органов;
- показатели гемостазиограммы (прикроватный тест, тромбоэластограмма (ТЭГ), количество тромбоплазитов, фибриноген, протромбиновый индекс (ПТИ), активированное частичное тромболастиновое время (АЧТВ), продукты деградации фибрин/фибриногена (ПДФ/Ф), D-димер);
- УЗИ – диагностика.

Профилактика послеродового кровотечения:

- активное ведение III периода родов (уровень доказательности А);
- установка в/в катетера большого диаметра (18G) в конце I периода родов у женщин из группы высокого риска по развитию кровотечения;
- введение транексамовой кислоты 15 мг/кг у женщин с исходными нарушениями гемостаза;
- аутоплазмография является эффективным методом профилактики и лечения акушерских кровотечений, особенно у беременных из группы риска по кровотечению, у которых планируется абдоминальное родоразрешение;
- интраоперационная реинфузия аутотриглицитов 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

Остановление:

- вызвать вторую акушерку, второго врача акушера-гинеколога;
- вызвать анестезиолога-реаниматолога, трансфузиолога (который должен обеспечить запас свежезамороженной 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 мониторирование жизненно важных функций (АД, пульс, дыхание, сатурации кислорода, диурез), внутривенное введение кристаллоидных растворов.
- Использования:*** клинический анализ крови (уровень гемоглобина, гематокрита, эритроциты, тромбоциты), прикроватный тест, гемостазиограмма (концентрация фибриногена, ПТИ, АЧТВ, ПДФ/Ф, ТЭГ в дневное время и фибриноген, ТЭГ в ночное время), определение группы крови, резус фактора.

Меры остановки кровотечения:

ручное исследование послеродовой матки удаление остатков плацентарной ткани и сгустков (однократно);

наружновнутренний массаж;

упиление разрывов мягких родовых путей;

назначение лекарственных средств для лечения атонии;

коррекция нарушений параметров гемостаза.

Утеротомические средства, применяемые для лечения послеродового кровотечения (уровень доказательности A).

препарат	окситоцин	метилэргометрин
Доза и путь введения	20Ед на 1000мл или 10Ед на 500мл физиологического раствора или раствора Рингера в/в, 60 капель в минуту.	0,2 мг в/м или в/в (медленно)
Поддерживаемая доза	20 Ед/л или 10 Ед на 500мл физиологического раствора или раствора Рингера в/в, 40 капель в минуту.	повторно 0,2 мг в/м через 15 минут Если требуется повторно 0,2 мг в/м или в/в (медленно) каждые 4 часа
Максимальная доза	не более 3л раствора, содержащего окситоцин (1,0мг)	суточная доза 5 доз
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).

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 гистерэктомию. 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 методик 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. Преимуществами гистерэктомии при массивном кровотечении являются быстрое устранение 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 С).

Четвертый этап:

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

Классификация уровней достоверности и доказательности рекомендаций

Качество научных доказательств: градация по уровням

1а	Доказательства, полученные из систематических обзоров (мета-анализов) исследований
1б	Доказательства, полученные из рандомизированных контролируемых исследований
2а	Доказательства, полученные из контролируемых исследований с хорошим дизайном без рандомизации
2б	Доказательства, полученные из полуэкспериментальных 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

Приложение 1

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

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 проводились. Препарат иногда может приниматься беременными женщинами по показаниям, несмотря на потенциальный риск.
D	Имеются сведения о риске для человеческого плода, но потенциальная польза от лечения этим препаратом может превалировать над потенциальным риском (когда нет более безопасных препаратов или они неэффективны).
X	Исследования у человека и животных показали патологию плода, или имеются указания о риске для плода. Вред для плода бесспорно перевешивает потенциальную пользу лечения этим препаратом, поэтому противопоказан беременным женщинам.

Инфузионно-трансфузионная терапия при акушерском кровотечении

Кровопотеря (мл)	До 1000	1000-1500	1500-2100	2100 и более
Кровопотеря % ОЦК	До 15	15-25	25-35	35 и более
Кровопотеря % массы тела	До 1,5	1,5-2,5	2,5-3,5	3,5 и более
Кристаллоиды (мл)	200%V кровопотери	2000	2000	2000
Коллоиды (мл)	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 тромбомассы на 10 кг М.Т. или 1-2 дозы тромбоконцентрата ⁹		при Нb < 70 г/Л при угрожающих жизни кровотечениях*	
Криопреципитат	Если уровень тромбоцитов < 50x10 ⁹ /л и клинические признаки кровотечения	1 доза на 10 кг М.Т.		
Транексамовая кислота	Если фибриноген < 1г/л	15мг/кг каждые 8 ч или инфузия 1-5 мг/кг/ч		
Активированный VII фактор свертывания	90 мкг/кг			
Протромплекс 600 (Протромбиновый комплекс (ПТК))	Условия для эффективности: тромбоплазты > 50x10 ⁹ /л, фибриноген > 0,5 г/л, pH > 7,2	При остром кровотечении 50 МЕ/кг		
		Только при дефиците факторов ПТК		

*потеря 100% ОЦК в течение 24 ч или 50% ОЦК за 3 ч;
кровоточения со скоростью 150 мл/мин или 1,5 мл/(кг·мин) в течение 20 мин и дольше;
одномоментная кровопотеря ≥ 1500–2000 мл (25–35% ОЦК).

Приложение 2

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

Приложение 3

Инфузионно-трансфузионная терапия при акушерском кровотечении

Приложение 4

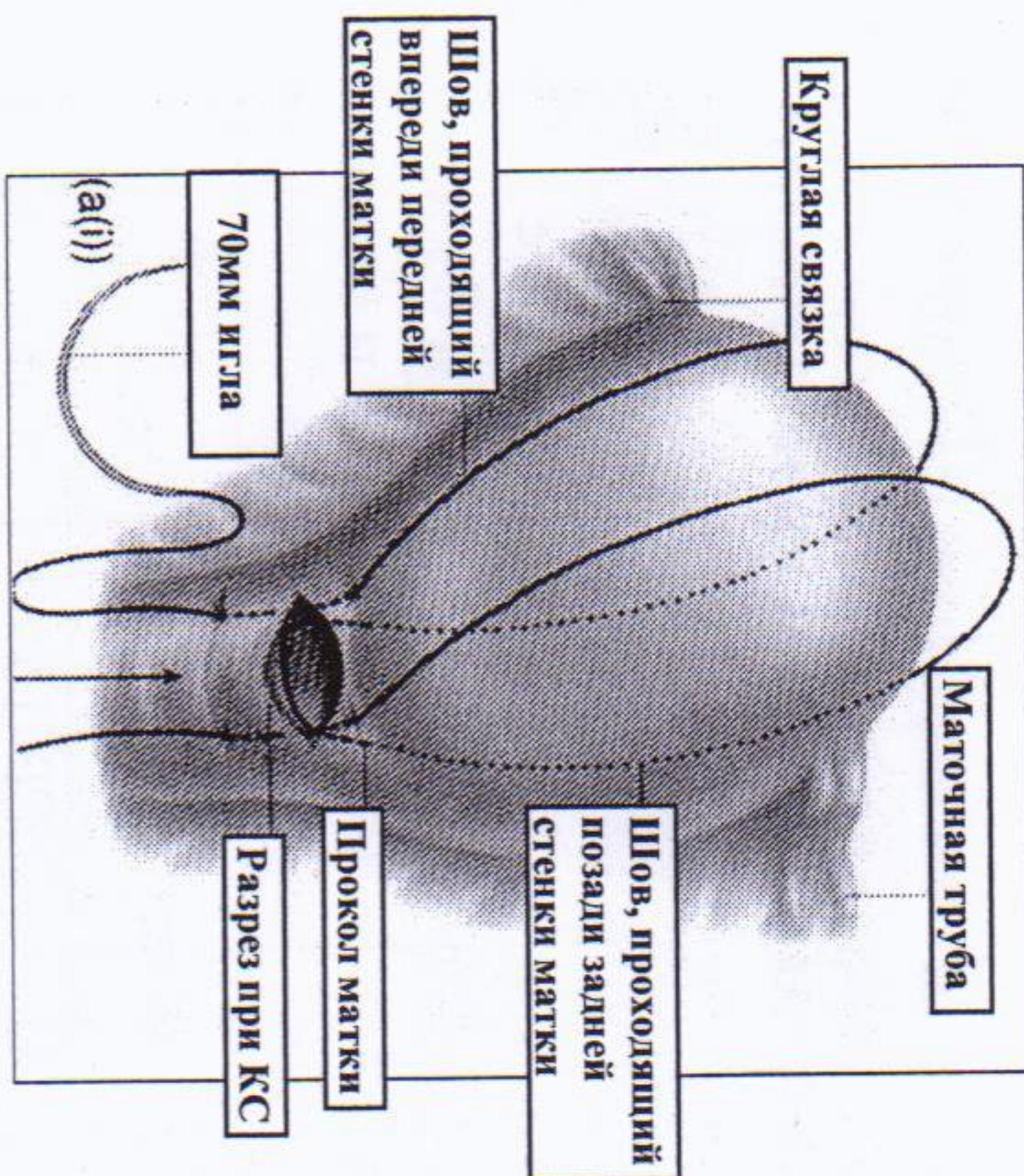


Рис. 1. Техника наложения компрессионного шва по по B-Lynch

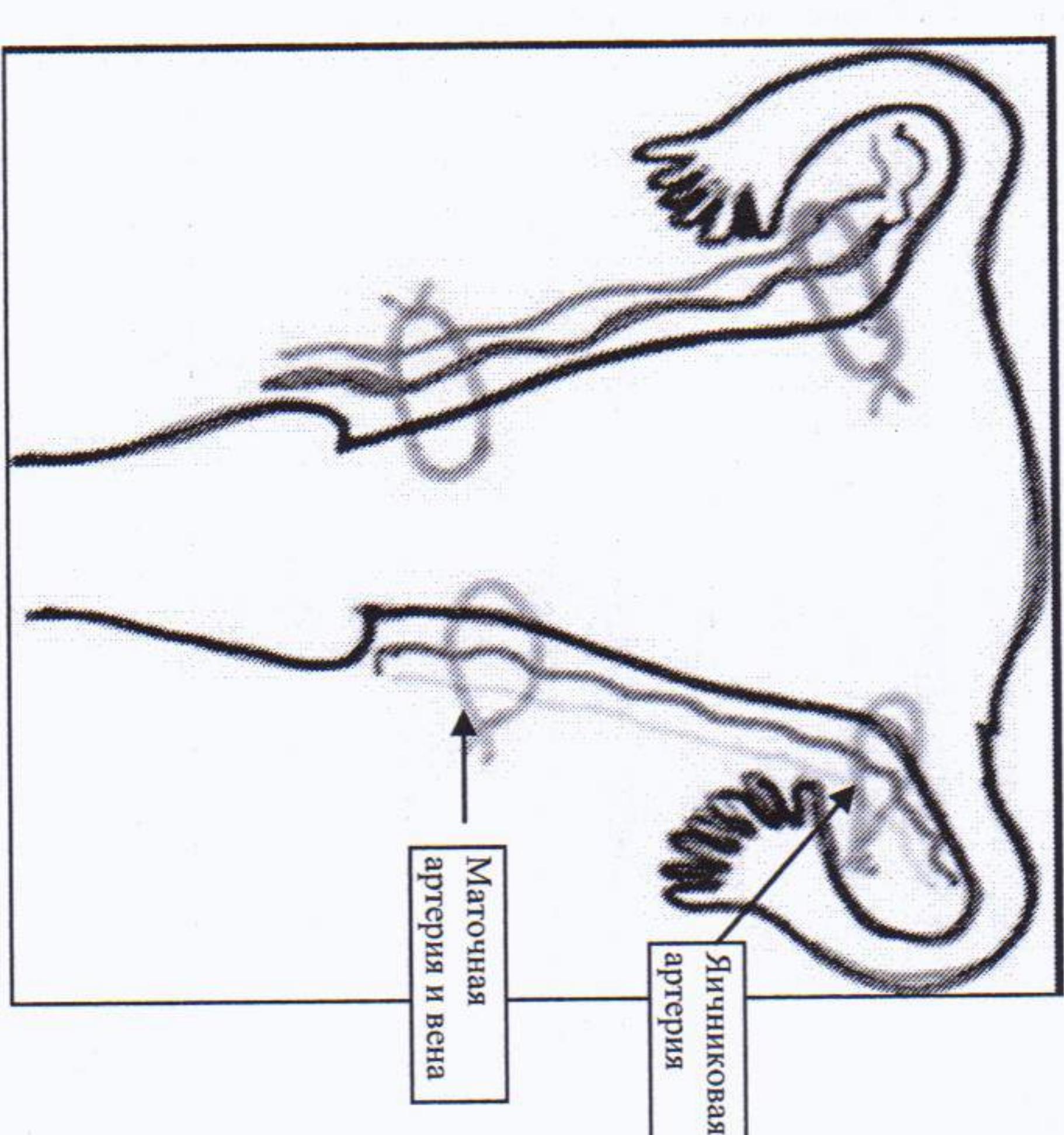


Рис. 2. Техника наложение компрессионных швов.

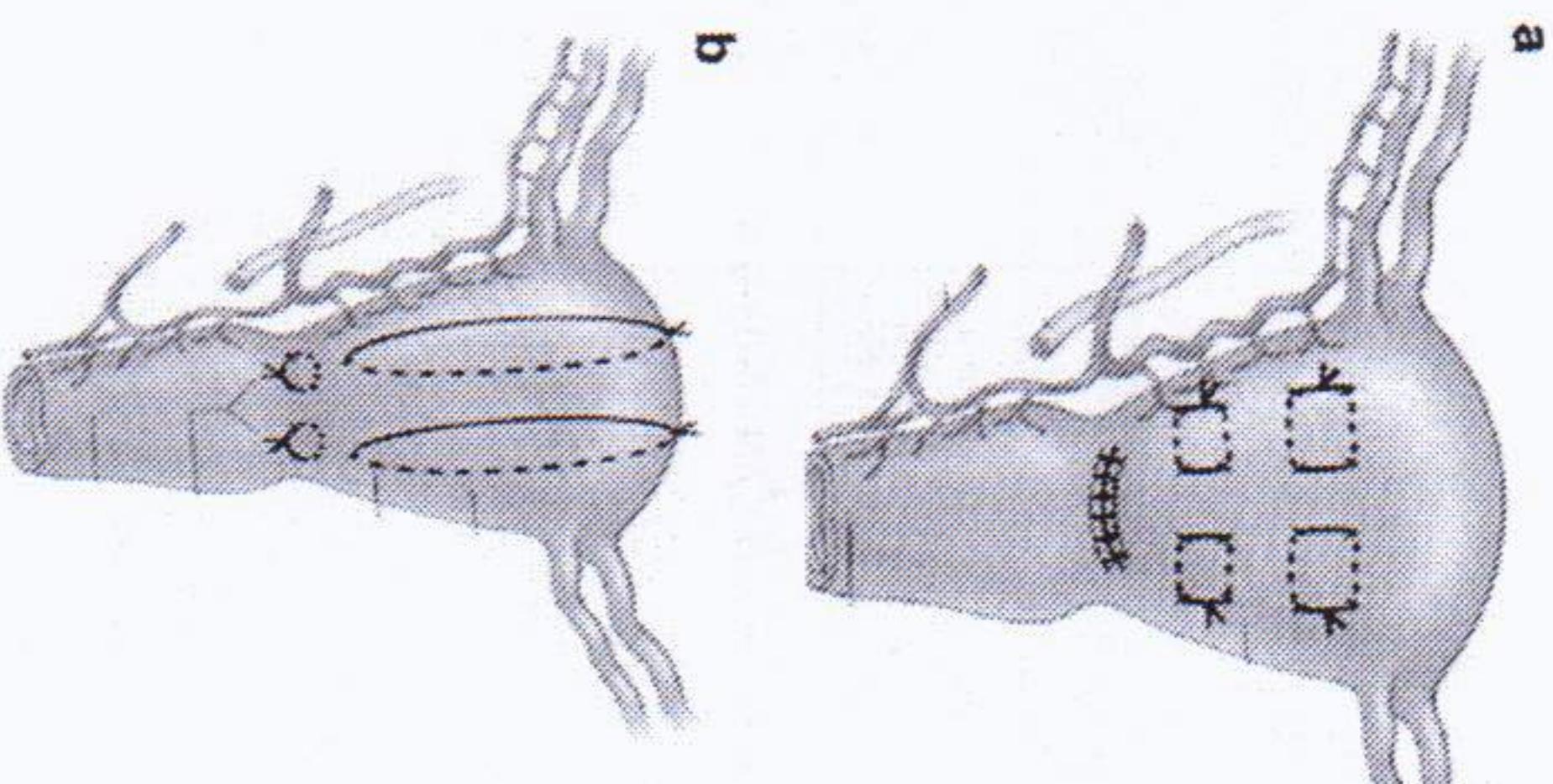
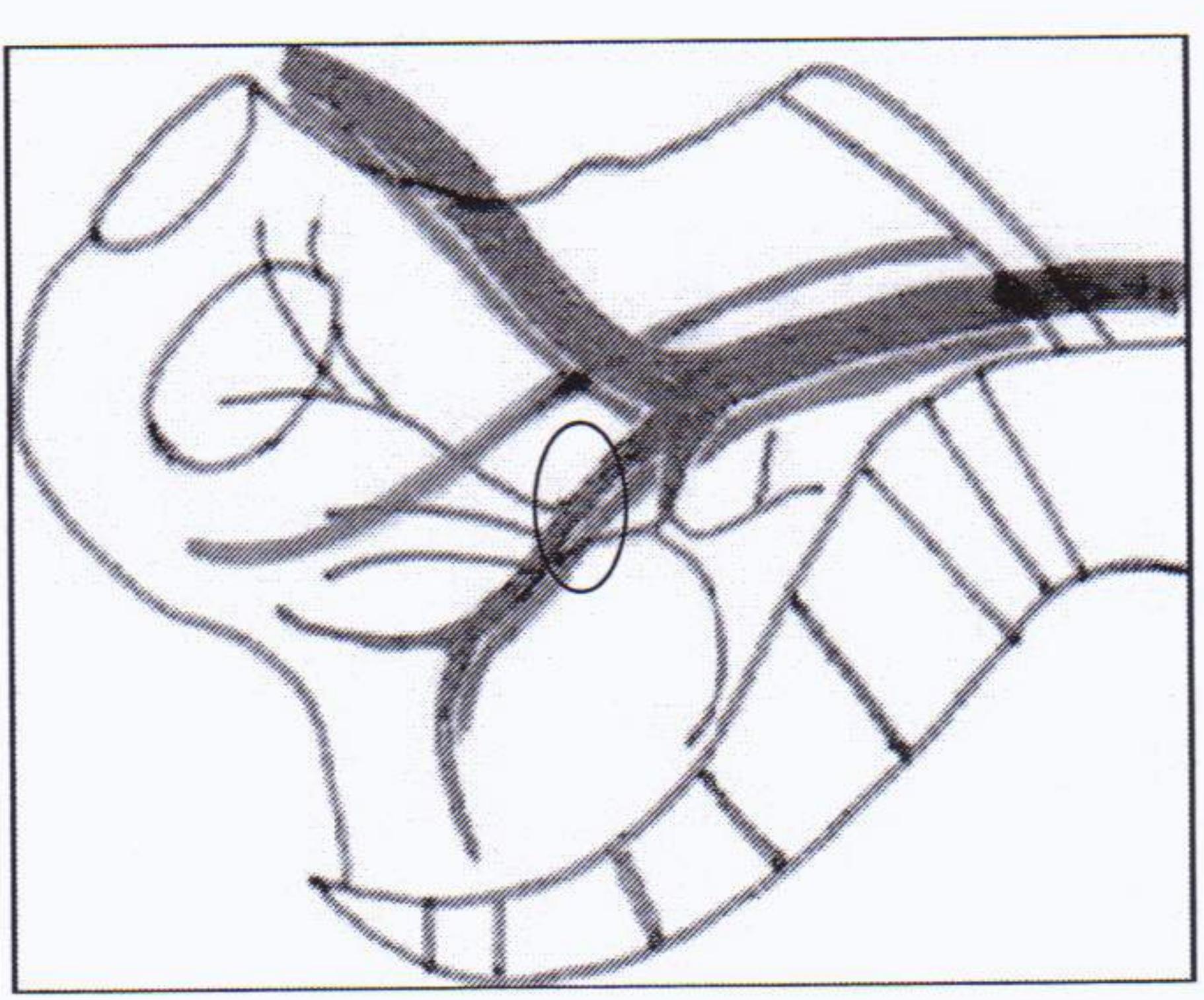


Рис. 3. Лигирование маточных сосудов. Рис. 4. Лигирование внутренних подвздошных артерий



Приложение 5

Пошаговый алгоритм ведения послеродового кровотечения

Начальные действия и лечение	
Первый этап	Манипуляции: - Внутрибрюшный катетер, - кислородная маска, - мониторирование жизненно важных функций (АД, пульс, дыхание, диурез), - катетеризация мочевого пузыря, - монитор для определения сатурации кислорода
Второй этап	Установление причины: - нарушения свертывающей системы крови - нарушение сокращения матки - гипо- или атония матки - задержка частей плаценты или сгустков в полости матки - травма родовых путей, разрыв матки
Лечение	Исследования: - клинический анализ крови - гемостазиограмма - прикроватный тест определение группы крови и индивидуальная совместимость
Третий этап	Вызвать: второго акушера/хирурга, анестезиолога, мед.сестру, дополнительного члена дежурной бригады, проинформировать сотрудника отделения переливания крови
Четвертый этап	Компрессия матки (шов по Б-Линчу); Тампонада матки;
Пятый этап	Лапаротомия с перевязкой маточных или внутренних подвздошных сосудов
Хирургическое вмешательство	Гистерэктомия
Реабилитация	Постопердовая недостаточность гипофиза или дэнцефалическое поражение
Лечение постэморрагической анемии	

Приложение 6.

КАРТА НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ

	5	2
ПОДИТОГ		
ДИУРЕЗ/ВРЕМЯ КАТЕТЕРИЗАЦИИ		
ПНС		
SpO ₂ , %		
ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ		
РАСТВОРЫ	ВРЕМЯ НАЧАЛА ВВЕДЕНИЯ РАСТВОРА	Общее к-во
Окситоцин 5-10 Ед+фраз. р-р 1л		
Кристаллоиды		
Коллоидные р-ры		
СЭП		
Эритроцитарная масса		
Тромбоцитарная масса, криопрепарнат, новосовчен		
Лекарственные средства	Время, дозировка и метод введения	Общее к-во
Метилэргометрин в/м, в/в		
Окситоцин 5 Ед в/в струйно		
Энзапрост		
Миокомпростол		
Другие		
Ps (уд/мин)		
75	1	
60	2	
50	2	
40	3	
30	3	
Подиотог		
35	3	
30	3	
25	2	
20	1	
15	1	
10	1	

Дополнительные комментарии			
Подпись врача:			

баллы	0	1	2	3
SpO ₂ , %	>95%	90-94%	88-89%	<88%
Диурез (мл/ч)	<50мл/24	<100мл/4ч	<10мл/ч	
сознание	ясное	беспокойство	утягивание/ возбуждение	без сознания

Библиографический указатель

1. Begley CM, Gyte GML, Murphy DJ, Devane D, McDonald SJ, McGuire W. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 7.
2. Bose P, Regan F, Paterson-Brown S. Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric haemorrhage using clinical reconstructions. *BJOG* 2006;113:919–24.
3. Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod D, et al. Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–2008. The eighth report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology* 2011;118(Suppl 1):1–203.
4. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Glumezoglu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Practice and Research. Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2008;22:999–1012.
5. Chong YS, Su LL. Misoprostol for preventing PPH: some lessons learned. *Lancet* 2006;368:1216–7.
6. Franchini M, Lippi G, Franchi M. The use of recombinant activated factor VII in obstetric and gynaecological haemorrhage. *BJOG* 2007;114:8–15.
7. Frenzel D, Condous GS, Papageorgiou AT, McWhinney NA. The use of the 'tamponade test' to stop massive obstetric haemorrhage in placenta accreta. *BJOG* 2005;112:676–7.
8. Gülmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GI. Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 2.
9. Jansen AJ, van Rhenen DJ, Steegers EA, Duvekot JJ. Postpartum haemorrhage and transfusion of blood and blood components. *Obstet Gynecol Surv* 2005;60:663–71.
10. Leduc D, Senikas V, Lalonde AB, Ballerman C, Biringer A, Delaney M, et al. Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada: JOGC* 2009;31(10):980–93.
11. Ojala K, Perala J, Kariniemi J, Ranta P, Raudaskoski T, Tekay A. Arterial embolization and prophylactic catheterization for the treatment for severe obstetric hemorrhage. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:1075–80.
12. Penney G, Brace V. Near miss audit in obstetrics. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007;19:145–50.
13. Prevention and management of postpartum haemorrhage. RCOG Green-top Guideline, 2007 No. 52.
14. Stainsby D, MacLennan S, Thomas D, Isaac J, Hamilton PJ. Guidelines on the management of massive blood loss. *Br J Haematol* 2006;135:634–41.
15. Tripon G, Goron A, Agenor J, Aya GA, Chaillou AL, Begler-Fonnier J, et al. Use of carbetocin in prevention of uterine atony during cesarean section. Comparison with oxytocin [Utilisation de la carbétoxine lors de la livraison dirigée au cours des césariennes. Comparaison avec l'oxytocine]. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité* 2010;38(12):729–34.
16. You WB, Zahn CM. Postpartum haemorrhage: abnormally adherent placenta, uterine inversion, and puerperal haematomas. *Clin Obstet Gynecol* 2006;49:184–97.
17. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006;367:1819–29.