

Деформации ногтевых пластин по типу «часовых стекол» и концевых фаланг пальцев по типу «барабанных палочек» как проявление хронической гипоксии определялись у 37 пациентов (93 %). Деформации грудной клетки и позвоночника выявлялись у 21 пациента (53 %).

По данным 6-минутного шагового теста, дистанция, пройденная пациентами, в среднем

составила 530 м (медиана), ДИ 95 % 510–620 м (рисунок 7), что оказалось меньше должных величин (в среднем 810 м). Наиболее низкие показатели 6-минутного теста определялись у 4 пациентов со значительным снижением показателей ФВД ($ОФВ_1 < 40\%$), эти пациенты во время проведения теста останавливались в связи с выраженной одышкой.

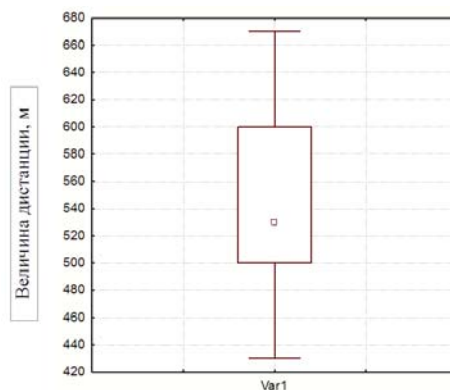


Рисунок 7— Величина пройденной дистанции, по данным 6-минутного теста у взрослых пациентов с МВ (n = 24)

Заключение

1. Благодаря повышению уровня диагностики, лечения и реабилитации пациентов с МВ, в Республике Беларусь за период с 2004 по 2012 гг. произошло увеличение количества взрослых пациентов с 15 до 32 человек и их среднего возраста с 20 до 24 лет. Повысился клинический статус пациентов: доля пациентов с количеством баллов 85–56 по шкале Швахмана выросла с 13 до 44 % ($p = 0,04$), достигнута повышение функциональных показателей легких (ЖЕЛ — на 23 % и $ОФВ_1$ — на 31 %) и увеличение средних значений ИМТ — на 12 %.

2. При анализе результатов микробиологического исследования мокроты установлено, что, несмотря на улучшение клинико-функциональных показателей в 2012 г., *Ps. aeruginosa* занимает лидирующее место в микробном пейзаже дыхательных путей взрослых пациентов с МВ (81 % пациентов), а с 2010 г. отмечено появление новых инфекционных агентов — *Acinetobacter* и *Achromobacter* (15 % пациентов).

3. Наиболее распространенными признаками поражения легких у взрослых пациентов с МВ, обследованных методом компьютерной

томографии, являются бронхоэктазы (100 % пациентов) и пневмофиброз (85 % пациентов).

4. Наиболее частыми осложнениями течения МВ у взрослых являлись кровохарканье (43 %) и полипозный риносинусит (40 %). Достаточно редкими осложнениями оказались сахарный диабет (5 %) и цирроз печени (13 %).

5. Показатели 6-минутного шагового теста свидетельствуют о снижении толерантности к физической нагрузке у взрослых пациентов с МВ (средняя длина пройденной дистанции 530 м).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Капранов, Н. И. Муковисцидоз / Н. И. Капранов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2000. — № 1. — С. 62–65.
2. Капранов, Н. И. Успехи и проблемы в диагностике и лечении муковисцидоза в России / Н. И. Капранов // Пульмонология. — 2001. — № 3. — С. 9–16.
3. Гембицкая, Т. Е. Особенности организации помощи и диспансерное наблюдение взрослых, больных муковисцидозом / Т. Е. Гембицкая, Л. А. Желенина, Л. Ф. Ковалева // Пульмонология. — 2004. — № 2. — С. 24–31.
4. Павлов, Г. В. Муковисцидоз от детского возраста до взрослого / Г. В. Павлов, В. И. Шилко // Екатеринбург, 1992. — С. 156.
5. Enright, P. L., D. L. Sherrill // Amer. J. Respir. Crit. Care Med. — 1998. — Vol. 158. — P. 1384.

Поступила 02.04.2013

УДК 618.174-08-084

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

И. Ф. Крот, Т. Н. Захаренкова, Е. А. Эйныш

Гомельский государственный медицинский университет

В статье представлены современные подходы к снижению частоты акушерских кровотечений и принципы их лечения, позволяющие сохранить детородную функцию и минимизировать риски трансфузионной терапии. Проведен анализ состояния проблемы акушерских кровотечений в Гомельской области.

Ключевые слова: акушерские кровотечения, гипотония матки, ведение родов, утеротоники, хирургический гемостаз, аппаратная реинфузия крови.

MODERN APPROACHES TO PREVENTION AND TREATMENT FOR OBSTETRIC HEMORRHAGE

I. F. Krot, T. N. Zakharenkova, E. A. Einysch

Gomel State Medical University

The article presents the modern approaches to reduction of the frequency of obstetrical hemorrhage and the principles of treatment for obstetrical hemorrhage which make it possible to maintain the reproductive function and to minimize the risks of transfusion therapy. The problem of obstetrical hemorrhage in Gomel region has been analyzed.

Key words: obstetrical hemorrhage, uterine hypotonia, labor management, uterotonics, surgical hemostasis, blood reinfusion.

Проблема кровотечений во время беременности, в родах и послеродовом периоде продолжает интересовать акушеров-гинекологов на протяжении столетий. Многие годы акушерские кровотечения занимают лидирующие позиции, входя в «большую пятерку» причин материнской смертности (ВОЗ), включающую также сепсис, эклампсию, клинически узкий таз и «небезопасный» аборт. Благодаря современным достижениям науки и практики в акушерстве материнская смертность в мире снизилась с 543 тыс. в 1990 г. до 287 тыс. в 2010 г. [1]. Немало сделано в плане снижения материнской смертности и в Республике Беларусь. Согласно данным Национального статистического комитета Республики Беларусь, на протяжении 2000–2010 гг. произошло снижение показателя материнской смертности более чем в 20 раз (с 21,3 на 100 тыс. живорождений в 2000 г. до 0,9 в 2010 г.) [2].

В настоящее время акушерство достигло принципиально нового уровня, когда при оказании врачебной помощи пациенткам с акушерскими кровотечениями ставится цель не только спасти жизнь пациентке, но и обеспечить качество ее дальнейшей жизни, сохранив репродуктивную функцию.

Акушерские кровотечения — это кровотечения из сосудов матки, мягких тканей родовых путей, возникающие вследствие осложненного течения беременности, родов и послеродового периода, превышающие 500 мл при родах через естественные родовые пути и 1000 мл при операции кесарево сечение. Частота акушерских послеродовых кровотечений составляет примерно 6 %, причем в 2 % случаев кровопотеря превышает 1000 мл [3–6].

В настоящее время выделяют понятие «массивная кровопотеря», при которой в течение 1–2 часов происходит потеря 25–30 % объема циркулирующей крови (ОЦК) [8, 4]. М. А. Курцем выделены другие значимые критерии массивного акушерского кровотечения: кровопотеря более 1500 мл (> 1 % от массы тела), снижение систолического АД до уровня менее 90 мм рт. ст., снижение ЦВД — менее 5 см водного столба, снижение гемоглобина более

чем на 25 %. Наличие хотя бы одного из перечисленных критериев относит акушерское кровотечение к массивному [4].

Лидирующую позицию среди причин массивных акушерских кровотечений занимает гипотония матки в раннем послеродовом периоде. В последние годы отмечена тенденция к увеличению массивных кровотечений, связанных с отслойкой нормально расположенной плаценты, ее предлежанием и вращением [3, 4, 7]. Независимо от первопричины, массивные кровотечения всегда сопряжены с исходной, либо вторично развившейся патологией гемостаза и сопровождаются шоком и полиорганной недостаточностью, что и приводит непосредственно к материнской летальности [3, 4, 8]. Таким образом, снижение частоты акушерских кровотечений, своевременное использование адекватных методов остановки кровотечения и восполнения кровопотери является первоочередной задачей в плане предупреждения материнской смертности.

Оценивая ситуацию по акушерским кровотечениям в Гомельской области за последние 10 лет (2002–2012 гг.), можно отметить, что их частота, по данным статистического отдела Управления здравоохранения Гомельского облисполкома, снизилась с 3,4 % в 2002 г. (496 случаев на 14759 родов) до 2,4 % в 2012 г. (414 случаев на 17235 родов). Преобладающими в структуре акушерских кровотечений являлись кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах: 2,4 % (349 случаев) в 2002 г. и 1,5 % (260 случаев) в 2012 г., что составило 70,6 и 62,5 % соответственно от общего числа кровотечений. Практически не отмечено снижения кровотечений в связи с отслойкой и предлежанием плаценты, которые наблюдались в 2002 г. в 1,0 % (147 случаев), а в 2012 г. — в 0,9 % (154 случая), что составило в структуре причин 29,4 и 37,5 % соответственно.

Основными задачами в борьбе с акушерскими кровотечениями являются выделение группы риска и проведение профилактических мероприятий с этими пациентками, а также непосредственно при появлении кровотечения диагностика объема кровопотери и своевременное принятие решения об объеме хирургического лечения.

В литературных источниках детально описаны факторы риска акушерских кровотечений: высокий паритет родов, многоплодная беременность, крупный плод, гестоз, наличие у матери заболеваний крови, выскабливаний слизистой матки в анамнезе и др. Не вызывает сомнений, что к группе высокого риска относятся пациентки с предлежанием плаценты, с расположением плаценты в области рубца на матке. Однако при ретроспективном анализе истории родов отмечено, что часто массивные акушерские кровотечения развиваются у молодых относительно здоровых первородящих женщин, не имеющих факторов риска. Учитывая недостаточную специфичность большинства выделенных факторов риска акушерских кровотечений, каждой беременной и роженице должны проводиться мероприятия по профилактике акушерских кровотечений.

Профилактика акушерских кровотечений начинается еще задолго до наступления беременности. Ведение здорового образа жизни, своевременная санация очагов инфекции, грамотная контрацепция позволяют сохранить и укрепить репродуктивное здоровье. С наступлением беременности важным является полноценное питание, восполнение дефицита витаминов, микро- и макроэлементов. Специфической профилактики акушерских кровотечений при беременности не существует. В практике акушеров-гинекологов четко отработано ведение пациенток с центральным предлежанием плаценты, которые госпитализируются с момента диагностики предлежания вплоть до срока родов. Этим пациенткам рекомендуется ограничение физической активности, назначаются курсы препаратов, улучшающие реологические свойства крови (ацетилсалициловая кислота 1 мг/кг/сут, декстран), улучшающие маточно-плацентарный кровоток и функции плаценты (пентоксифиллин, актовегин, хофитол, эссенциале Н).

Так как лидирующей причиной акушерского кровотечения является снижение тонуса матки в раннем послеродовом периоде, основной профилактической мерой является грамотное ведение родов. Течение родов во многом определяется степенью готовности организма женщины к родам. Нередко складывается ситуация, когда женщина группы среднего или высокого риска перинатальной патологии госпитализируется для родоподготовки и родоразрешения на сроке 38–39 недель беременности. Это приводит к раннему началу индукции родов при «недостаточно зрелой» шейке матки. Так как эффективность родовой деятельности напрямую зависит от биологической готовности организма беременной к родам, важным является комплексная оценка этой готовности, когда наряду с определением состояния шейки матки

используются кольпоцитологическое исследование и нестрессовая кардиотокография.

Ключевым моментом является выбор средств для индукции родов, перечень которых ограничен. Вагинальные и интрацервикальные формы простагландина E2 (динопростона) обладают несомненными преимуществами перед расширением цервикального канала с помощью катетера Фолея. Введение динопростона способствует «созреванию» плотной и длинной шейки матки, в то время как катетер должен использоваться для расширения цервикального канала при размягченной и укороченной шейке матки. Использование механического расширения катетером при плотной и длинной шейке матки лишь создает иллюзию «созревания» шейки, а в родах возникает потребность прибегать к длительному введению утеротонических препаратов, что влечет за собой высокий риск акушерских кровотечений, повышение частоты оперативного родоразрешения. Таким образом, четкое обоснование медицинских показаний для индукции родов, адекватный выбор оптимального способа (использование медикаментозных средств: мифепристон, местные формы простагландина E2) и времени родоподготовки позволит снизить дозу утеротонических средств в родах и сохранить тонус матки [9].

В литературных источниках широко обсуждаются рекомендованные ВОЗ правила активного ведения III периода родов, разработанные для уменьшения объема послеродового кровотечения [10]. К ним относятся: введение окситоцина спустя 1 минуту после рождения ребенка, удаление плаценты методом контролируемой тракции и давления на матку, массажирование матки через переднюю брюшную стенку каждые 15 минут после рождения плаценты в течение 2 часов. Считается, что эти действия приводят к уменьшению послеродового кровотечения, сокращают длительность послеродового периода, снижают потребность в переливании крови и введении утеротоников. В то же время в исследовании, проведенном в Кемеровском медицинском университете, доказано, что «активное» ведение III периода родов не привело к достоверному значимому снижению послеродового кровотечения в сравнении с его традиционным ведением [11]. В нашей стране III период родов ведется согласно канонам классического акушерства, когда акушер-гинеколог проводит активное наблюдение за состоянием роженицы и признаками самостоятельного отделения плаценты. Длительность процесса отделения плаценты составляет до 30 минут. Весь этот период сопровождается кровопотерей, которая может быть постепенной или одномоментной, что требует особого контроля и учета.

Одной из основных проблем акушерских кровотечений является недооценка объема кровопотери. Особенно это касается гипотони-

ческих кровотечений, когда после каждого «удачного» сокращения матки в ответ на проводимые гемостатические мероприятия врач надеется, что это был последний эпизод гипотонии. Кроме того, в полости послеродовой матки может депонироваться около 1 литра крови до появления признаков наружного кровотечения. Визуальная оценка объема потерянной крови слишком субъективна и всегда занижена на 30–50 %. Поэтому с целью более четкой объективизации объема кровопотери в родах наряду с мониторингом гемодинамических и лабораторных показателей необходимо внедрять и использовать калиброванные пакеты-приемники типа Brass-V, а также проводить ультразвуковую диагностику для оценки депонированной в матке крови и исключения внутрибрюшного кровотечения [12].

Традиционный алгоритм лечения при акушерских кровотечениях состоит из 3-х этапов:

1. Объективная оценка кровопотери и выявление нарушений гемостаза.
2. Мероприятия по остановке кровотечения.
3. Адекватная инфузионная-трансфузионная терапия.

Успех и эффективность лечебных мероприятий во многом зависят от слаженной работы команды врачей: акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, трансфузиолога. Основные принципы лечения послеродовых кровотечений хорошо известны: катетеризация мочевого пузыря, наружный массаж матки, местная гипотермия на матку (прикладывание пузыря со льдом на 30–40 мин с интервалом 20 мин), ушивание разрывов мягких тканей родовых путей, применение утеротоников, инфузионная терапия, однократное ручное обследование матки — на фоне мониторинга гемодинамических показателей, лабораторного контроля (гемоглобин, гематокрит, показатели свертывающей системы крови, газы крови).

Большое значение имеет технически правильное и своевременное выполнение всех мероприятий по остановке акушерских кровотечений. Так, массаж матки через переднюю брюшную стенку должен быть щадящим и дозированным, иначе грубые манипуляции приведут к массивному поступлению тромбопластических субстанций в кровоток матери и к развитию коагулопатических осложнений. Дозированный бережный наружный массаж матки проводится по 20–30 секунд через 1 минуту следующим образом: через переднюю брюшную стенку дно матки охватывают ладонью правой руки и производят круговые массирующие движения без применения силы. Матка становится плотной, сгустки крови, скопившиеся в ней и препятствующие ее сокращению, удаляют осторожным надавливанием

на дно матки и продолжают массаж до тех пор, пока матка полностью не сократится и не прекратится кровотечение. Если после проведенного массажа матка не сокращается или сокращается, а затем вновь расслабляется, то переходят к дальнейшим мероприятиям.

Одновременно с массажем для повышения тонуса мышцы матки используются утеротонические препараты. Еще до введения утеротоников должны быть выявлены возможные противопоказания для их использования у конкретной пациентки. В послеродовом периоде используются:

- окситоцин 10 МЕ (внутривенно болюсно), а затем 20–30 МЕ разводят в 500 мл 0,9 % натрия хлорида и вводят со скоростью 150–200 мл/час;
- метилэргометрин 0,2 мг внутримышечно или внутривенно (0,02 % — 1 мл). К побочным эффектам производных алкалоидов спорыньи относится периферический сосудистый спазм, артериальная гипертензия, тошнота и рвота, в связи с чем препарат противопоказан при преэклампсии и эклампсии, выраженной артериальной гипертензии. Может вводиться до 5 доз;
- динопростон (PGE₂) 0,75 мг (1 мг/мл), внутримышечно, возможно в мышцу матки. Возможно введение каждые 15 мин по 0,25 мг до 8 доз (2 мг);
- мизопростол (PGE₁, Cytotec) 800–1000 мкг ректально [13, 14].

Во многих странах мира применяют синтетический аналог окситоцина пролонгированного действия — карбетоцин (дуратоцин, пабал). Сравнительное исследование окситоцина и карбетоцина показало, что последний является более эффективным. После однократного внутривенного введения 100 мкг карбетоцина не требуется введения дополнительной дозы и других утеротоников, его действие в 7–8 раз продолжительнее, чем у окситоцина, а повышение артериального давления и тахикардия развиваются гораздо реже, чем при применении окситоцина или алкалоидов спорыньи. По рекомендациям канадских руководств именно карбетоцин является более предпочтительным при активном ведении III периода родов, нежели окситоцин [12, 15, 16].

В современном акушерстве утратили свою актуальность такие методы остановки кровотечения, как наложение временных клемм на параметры (по Генкелю-Тиконадзе) и на шейку матки (по Бакшееву). Используемыми методами временного контроля кровотечения являются прижатие аорты к позвоночнику в различных модификациях (по Шмиду, Гентеру, Матвееву) и метод бимануальной компрессии матки. При бимануальной компрессии кулаком правой руки, введенным в передний свод влагалища, надавливают на переднюю стенку

матки.левой рукой через переднюю брюшную стенку надавливают на заднюю стенку матки по направлению к руке, введенной во влагалище. Сдавливание продолжают до остановки кровотечения и восстановления тонуса матки. Иногда этот метод может оказаться и окончательным методом остановки кровотечения [17].

Для повышения эффективности основных мероприятий по остановке послеродовых кровотечений необходимо дополнять их современными технологиями. Важным этапом борьбы с акушерским кровотечением объемом до 1000 мл является использование гемостатического внутриматочного баллона. Тампонаду полости матки баллоном можно производить как после родов через естественные пути, так и при кесаревом сечении, и в зависимости от полученного эффекта можно рассматривать как этап окончательной или временной остановки кровотечения.

Введение баллона производят в стерильных условиях. Собранную систему (баллон-резервуар с жидкостью) после обнажения шейки матки в зеркалах вводят в полость матки. Систему заполняют 0,9 % раствором натрия хлорида в объеме 200–500 мл. Для обеспечения давления в баллоне резервуар располагают выше уровня баллона. По уровню жидкости в системе можно судить о сокращении матки. Некоторые модели имеют двухканальный зонд (один используют для заполнения баллона, другой — для оттока крови из полости матки). При одноканальном зонде после введения баллона целесообразно провести УЗИ и убедиться, что в полости матки не скапливается кровь. При отсутствии кровотечения баллон может быть оставлен в полости матки до 24 часов. Чаще всего в течение 30 мин тонус матки восстанавливается, о чем свидетельствует поднятие уровня жидкости в резервуаре. Чтобы не препятствовать сокращению матки, резервуар необходимо постепенно опустить на уровень баллона, после чего он может быть извлечен из полости матки [3, 4, 8, 12, 14, 17].

При отсутствии эффекта от применения гемостатического баллона, кровопотере более 1000 мл показана лапаротомия. Вид хирургического лечения напрямую зависит от объема кровопотери. Если она составляет 30 % ОЦК, производится лапаротомия, деваскуляризация матки и наложение гемостатического компрессионного шва.

Деваскуляризация матки проводится путем поэтапной двусторонней перевязки органических сосудистых пучков без выделения их из окружающих тканей, а именно: восходящих ветвей маточных сосудов, сосудов, находящихся в собственных связках яичников, а при необходимости и в круглых связках [7].

С целью механического сдавливания матки накладывается компрессионный гемостатический шов. Существует несколько методик дан-

ного шва (по В-Lynch, Перейра, Курцеру). При методике В-Lynch (вертикальный компрессионный гемостатический шов) после лапаротомии производят поперечный разрез в нижнем маточном сегменте и дополнительно осуществляют контрольное исследование полости матки. Затем на 3 см ниже разреза и латерального края матки в нижнем сегменте производят вкол в полость матки с выколом на 3 см выше края разреза и на 4 см медиальнее ребра матки. Далее шовную нить (рассасывающийся синтетический шовный материал) перекидывают над дном матки. На задней стенке на уровне крестцовых связок производят вкол и выкол в поперечном направлении. Затем нить возвращают над дном матки обратно на переднюю стенку; вкол на передней стенке делают на 3 см выше, а выкол — на 3 см ниже поперечного разреза. Затем нити натягивают, завязывают узел и ушивают разрез в нижнем маточном сегменте. Эффект от наложения шва продолжается 24–48 ч. С целью предотвращения соскальзывания нитей с дна матки производятся дополнительные фиксирующие прошивания по передней и задней стенке матки [4, 7, 8, 12, 14].

При перерастяжении нижнего сегмента накладывают поперечные гемостатические компрессионные швы по методике Перейра. Методика Курцера заключается в наложении матрасных швов (соединение передней и задней стенок матки).

При продолжающемся кровотечении показана перевязка внутренней подвздошной артерии (перевязку выполняет сосудистый хирург). Опыта перевязки внутренних подвздошных артерий при акушерских кровотечениях без гистерэктомии в Гомельской области нет. Тем не менее, по данным профессора М. А. Курцера, в Москве за период времени с 2004 по 2011 гг. было произведено 822 перевязки внутренних подвздошных артерий по причине акушерского кровотечения. У 15 из этих женщин в последующем состоялись роды, причем у 9 из них физиологические [4]. Эти данные доказывают возможность сохранения матки и репродуктивной функции женщин после перевязки внутренних подвздошных артерий. Такой порядок консервативных и хирургических вмешательств при акушерском гипотоническом кровотечении позволяет добиться гемостаза и сохранить матку.

Удаление матки производится при отсутствии эффекта от предыдущих этапов хирургического гемостаза — производят экстирпацию матки. Показанием к удалению матки может служить также наличие сопутствующей патологии матки: разрыв, тотальное пропитывание кровью (матка Кювелера — выполняется ампутация матки) или наличие признаков воспалительного процесса (выполняется экстирпация матки). Во всех случаях дренируется брюшная полость [18].

Внедрение профилактического введения всем роженицам в раннем послеродовом периоде утеротонических препаратов, использование гемостатических органосохраняющих технологий привело к снижению гистерэктомий в первые 48 часов после родов в Гомельской области с 53 ($0,36 \pm 0,05$ %, рассчитано на 14759 родов) в 2002 г. до 33 ($0,19 \pm 0,03$ %, рассчитано на 17235 родов) в 2012 г. Абсолютное большинство гистерэктомий было произведено в связи с акушерским кровотечением: 36 ($67,9 \pm 6,4$ %) в 2002 г. и 22 ($66,7 \pm 1,4$ %) в 2012 г.

Современным, перспективным и высокоэффективным методом остановки кровотечения является эмболизация маточных сосудов. Наиболее актуален этот метод при родоразрешении пациенток с вращением плаценты в области рубца на матке. Такие операции всегда сопровождаются массивным кровотечением, а перевязать маточные сосуды до отделения плаценты технически крайне сложно. Проведение эмболизации маточных артерий при вращении плаценты сразу после рождения ребенка до отделения плаценты позволяет значительно снизить кровопотерю во время оперативного родоразрешения и избежать гистерэктомии [4].

Одним из компонентов лечения акушерского кровотечения является инфузионно-трансфузионная терапия. Частота переливания компонентов крови за последние 10 лет в Гомельской области оставалась стабильной и составляла 371 ($2,5 \pm 0,1$ %, рассчитано на 14759 родов) в 2002 г. и 447 ($2,6 \pm 0,1$ %, рассчитано на 17235 родов) в 2012 г. Служба родовспоможения является основным потребителем компонентов крови и тем самым у родильниц существует риск посттрансфузионных осложнений. Для минимизации данного риска во многих странах мира используется методика аутоплазмодонорства [19]. Забор и заготовка плазмы крови может производиться неоднократно беременным высокого риска по акушерским кровотечениям, а в родах, при развитии акушерского кровотечения, будет использована своя плазма крови. Еще одним современным и безопасным методом лечения кровотечения является аппаратная реинфузия крови с помощью аппарата Sell-Saver 5 + Haemonetics (USA), когда из собранной из операционной раны крови проводится двойная отмывка эритроцитов пациента. Полученные после обработки эритроциты переливаются немедленно или в раннем послеоперационном периоде после поступления пациента в палату интенсивной терапии [4, 19].

Оценивая результаты работы службы родовспоможения в Гомельской области за последние 10 лет, можно отметить значительное снижение частоты акушерских кровотечений и гистерэктомий, выполненных в первые 48 часов после родов по причине акушерских кровотечений. Это достигнуто благодаря обязательному ис-

пользованию утеротоников в послеродовом и раннем послеродовом периодах и применению органосохраняющих хирургических технологий.

Высокая частота переливания компонентов крови в акушерстве требует внедрения новых методов аппаратной реинфузии крови, что позволит эффективно восстанавливать кислородо-транспортный потенциал крови рожениц и при этом избежать целого ряда посттрансфузионных осложнений.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. World Health Statistics 2012 // WHO Library Cataloguing-in-Publication Data [Электронный ресурс]. — 2012. — Режим доступа: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/index.html. — Дата доступа: 05.02.2013.
2. Краткий обзор достижения Республикой Беларусь Целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия (на основании базы данных социально-экономических показателей BelarusInfo). [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://belstat.gov.by/homep/ru/indicators/pressrel/survey_belarusinfo.php. — Дата доступа: 05.02.2013.
3. Профилактика и терапия массивной кровопотери в акушерстве (медицинская технология). Учреждение разработчик Федеральное государственное учреждение «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова» Минздравсоцразвития России / Г. Т. Сухих [и др.]; ред. Г. Т. Сухих. — М., 2010. — 20 с.
4. Курцер, М. А. Послеродовые кровотечения. Вебинар / М. А. Курцер, Ж. Ди Ренцо [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://yadi.sk/d/azSr9xEY2Pjnh>. — Дата доступа: 23.01.2013.
5. Смирнова, Т. А. Современные аспекты акушерских кровотечений / Т. А. Смирнова, А. В. Жемайтук // Мед. журн. — 2009. — № 3. — С. 77–81.
6. Кровотечения в послеродовом периоде / Методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 марта 2008 г. N 1812-ВС.
7. Профилактика массивных кровотечений в акушерской практике / В. Л. Сялява [и др.] // Мед. журн. — 2012. — № 1. — С. 77–81.
8. Современные технологии лечения акушерских кровотечений / В. Е. Радзинский [и др.] // Фарматека. — 2010. — № 1. — С. 12–16.
9. Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение (клинический протокол). Учреждение разработчик Федеральное государственное учреждение «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова» Минздравсоцразвития России / О. Р. Баев [и др.]; ред. О. Р. Баева. — М., 2012. — 18 с.
10. Нормальные роды (клинический протокол) / Вартапетова Н. В. [и др.] — Москва, 2006. — С. 43–68.
11. Роль контролируемых тракций за пуповину в III периоде родов / Н. В. Артымук [и др.] // Материалы XIII Всероссийского научного форума «Мать и дитя» 25–28 сентября 2012 года; под ред. Г. Т. Сухих. — М., 2012. — С. 11–12.
12. Ди Ренцо, Ж. Послеродовые кровотечения. Вебинар / М. А. Курцер, Ж. Ди Ренцо [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://yadi.sk/d/azSr9xEY2Pjnh>. — Дата доступа: 23.01.2013.
13. Куликов, А. В. Протокол неотложной помощи при кровотечении в акушерстве / А. В. Куликов, С. В. Мартиросян, Т. А. Обоскалова. — Екатеринбург, 2010. — 28 с.
14. Национальное руководство «Акушерство» / под ред. Э. К. Айламазяна [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 678–679.
15. Su, L. L. Carbetocin for preventing postpartum haemorrhage / L. L. Su, Y. S. Chong, M. Samuel // Cochrane Database Syst Rev. 2012 Apr 18; 4:CD005457. Epub 2012 Apr 18.
16. Comparison of carbetocin and oxytocin for the prevention of postpartum hemorrhage following vaginal delivery: a double-blind randomized trial / M. Boucher [et al.] // J. Obstet. Gynaecol. Can. — 2004. — Vol. 26(5). — P. 481–488.
17. Williams Obstetrics: 23rd // Ed. F. Cunningham [et al.]. — Chapter 35. Obstetrical Hemorrhage.
18. Клинические протоколы наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии / Приказ министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1182 от 09.10.2012.
19. Возможности профилактики массивной кровопотери в послеродовом периоде / В. А. Новикова [и др.] // Материалы XIII Всероссийского научного форума «Мать и дитя» 25–28 сентября 2012 года; под ред. Г. Т. Сухих. — М., 2012. — С. 124–125.

Поступила 16.05.2013