

РЕЗОЛЮЦІЯ

Телемосту «Акушерські кровотечі: сучасний погляд на стару проблему»

15 червня 2021 року
м. Ташкент (Республіка Узбекистан)

Для участі у телемості «Акушерські кровотечі: сучасний погляд на стару проблему», який відбувся 15 червня 2021 року, зареєструвалося понад 4000 спеціалістів системи охорони здоров'я. Серед зареєстрованих слухачів були лікарі з України, Узбекистану, Таджикистану, Киргизстану, Казахстану, Молдови, Грузії, Азербайджану.

Програма телеконференції включала наступні тематичні доповіді:

- Нові тренди в терапії масивної акушерської крововтрати.
- Анестезіологічний менеджмент у разі передлежання плаценти.
- Післяродові гіпотонічні кровотечі: неминуща актуальність.
- Перспективи покращення надання допомоги та реабілітації при акушерських кровотечах.
- Власний досвід ведення хворих з PAS-спектрум.
- Кесарів розтин у другому періоді пологів при глибоко стоячій голівці – частота, наслідки, ведення.

Висновки та рішення за результатами обговорення доповідей:

1. Ускладнення, пов'язані з передлежанням плаценти, зводяться до періоперативних кровотеч, необхідності гістеректомії, переливання крові, високого ризику тромбо-емболічних ускладнень та високих ризиків перинатальної захворюваності та смертності.
2. Сучасні технології анестезіологічного менеджменту:
 - малооб'ємна, обмежувальна внутрішньовенна інфузія збалансованими кристалоїдами для попередження розвитку полікомпаратмент синдрому;
 - преінфузія гіперосмолярними поліелектролітними розчинами за 15-20 хвилин до виконання анестезії;
 - метод вибору нейроаксіальної анестезії, при нестабільній гемодинаміці з подальшою конверсією її в загальну багатокомпонентну анестезію з ШВЛ;
 - для уникнення розвитку очевидного ДВЗ синдрому використовується протокол масивної гемотрансфузії з адекватними дозами транексамової кислоти.
3. Сьогодні з метою профілактики післяродових кровотеч під час активного ведення 3-го періоду пологів використовується комбінація окситоцину та мізопростолу. Також, в залежності від факторів ризику доцільним є профілактичне введення окситоцину та транексамової кислоти. Транексамова кислота у кількості 1,0 г в/в перед хірургічним втручанням або під час пологів:
 - пацієнтам, що відмовляються від переливання препаратів крові;

- пацієнтам, що приймають лікувальні дози антикоагулянтів;
 - у разі прирощення або передлежання плаценти.
4. Збільшена частота виконання кесаревого розтину при повному відкритті шийки матки тягне за собою суттєві довгострокові психологічні та фізичні захворювання матері та плоду. Необхідні подальші обстеження для визначення оптимальних методів розродження при повному розкритті шийки та пов'язаних з ними показників захворюваності та смертності.
5. Менеджмент акушерських кровотеч включає в себе:
- корекцію анемії до пологів шляхом інфузії сахарату заліза, який зарекомендував себе як ефективний та найбільш безпечний препарат, доза розраховується індивідуально за формулою Ганзоні,
 - призначення транексамової кислоти 1 г, у тому числі до кесаревого розтину жінкам групи ризику масивної крововтрати,
 - контроль та, у разі необхідності, відновлення рівня гемоглобіну після пологів парентеральними препаратами заліза.
6. При масивних акушерських кровотечах важливими є оцінка важкості пацієнтки, своєчасний початок інфузійно-трансфузійної терапії, достатній темп та об'єм розчину, що вводиться, вибір якісного та кількісного складу розчину, вибір адекватної хірургічної тактики. Також необхідно враховувати, що інфузія великих обсягів кристалоїдів може призвести до набряку легень, а інфузія великих обсягів ізотонічного натрію хлориду може призвести до розвитку гіперхлоремічного метаболічного ацидозу. Доцільним є застосування малооб'ємної інфузійної терапії збалансованими гіпертонічними кристалоїдними розчинами. Внутрішньовенна інфузія Реосорбілаксу у обсязі 5-6 мл/кг забезпечує протягом 2-3 годин позитивний гемодинамічний ефект – сприяє переходу гіпокінетичного типу кровообігу в еукінетичний за рахунок перерозподілу внутрішньоклітинної рідини в судинне русло та не чинить негативного впливу на систоліастолічну функцію міокарда лівого шлуночка.

Надирханова Н.С.
К.м.н., директор Республіканського
спеціалізованого науково-
медичного центру акушерства
та гінекології

