



2018



**Массивное
послеродовое
кровотечение**

д. м. н. профессор
Е. М. Шифман

Тадж-Махал



В 1630 году в Индии
Шах Джахан в память



императрицы Мумтаз-
Махал

3-я жена
14 детей



Последние роды



послеродовое
кровотечение

20,000
ремесленников и
мастеровых 20 лет



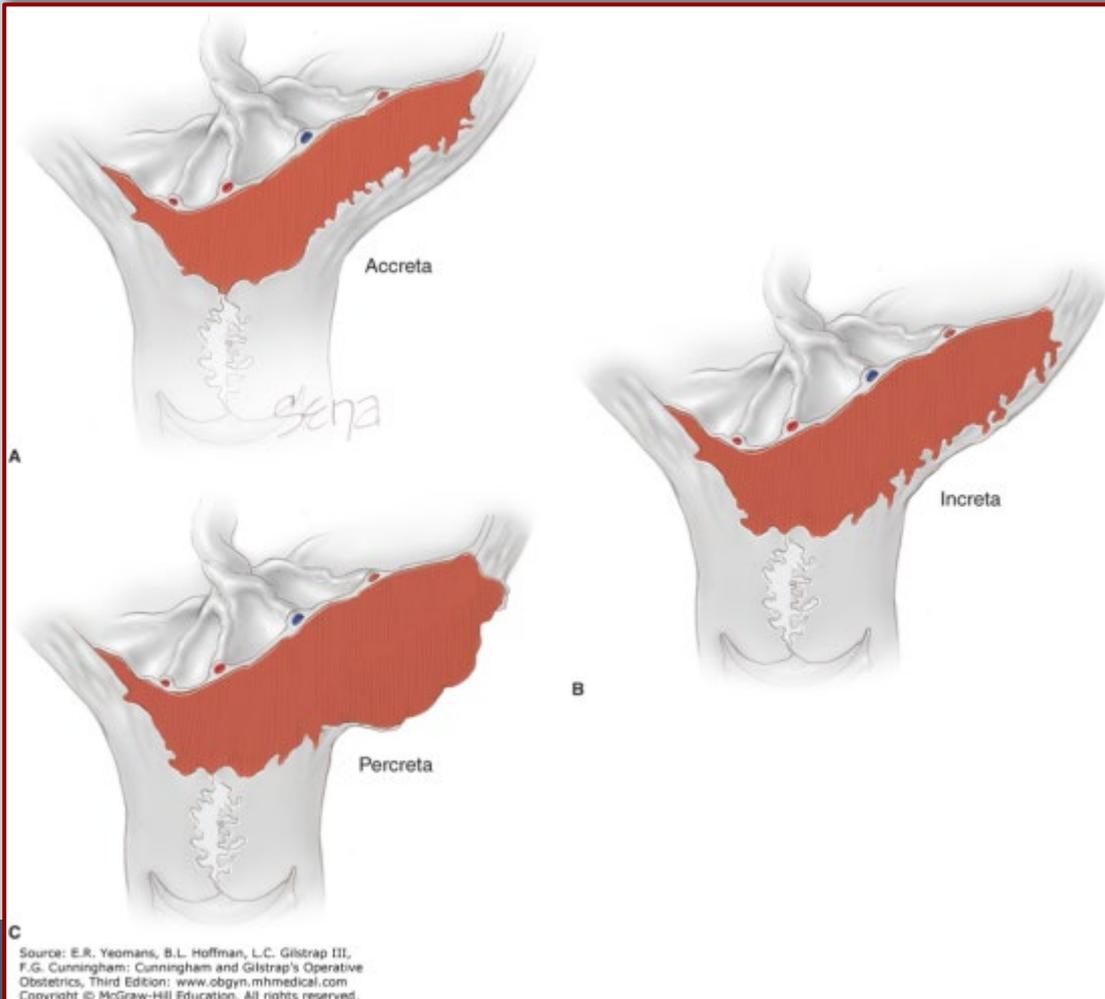
**Дворец Тадж-
Махал**

Факторы риска послеродового кровотечения (неопубликованные данные)

- Первородящая старше **40** лет
- ИМТ более **35**
- Макросомия плода
- Полигидроамнионит
- Низкое прикрепление плаценты
- Многоплодная беременность
- Затяжные роды
- Хориоамнионит
- Послеродовое кровотечение в анамнезе
- Диабет
- Многорожавшие (**5** родов в анамнезе)



Предлежание и вращение плаценты



КС

%

1

3,3

2

11

3

40

4

61

> 4

67

Placenta accrete syndromes. A. Placenta accreta: villi are attached to myometrium. B. Placenta increta: villi have invaded the myometrium. C. Placenta percreta: villi have penetrated through the myometrium and serosa. (Reproduced with permission from Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al (eds): Obstetrical hemorrhage. In Williams Obstetrics, 24th ed. New York, McGraw-Hill Education, 2014.)

	Высокий объем оперативных вмешательств vs низкий Уточненное RR (95% CI)
Неблагоприятный исход	0.83 (0.74 to 0.93)
Повреждения мочевого и желудочно-кишечного тракта	0.33 (0.16 to 0.66)
Снижение гемоглобина > 30г/л	0.85 (0.74 to 0.96)
Увеличение сроков госпитализации	0.59 (0.40 to 0.87)
Релапаротомия	0.69 (0.35 to 1.36)
Повторная госпитализация	0.81 (0.54 to 1.21)



American Journal of Obstetrics and Gynecology

Volume 215, Issue 1, July 2016, Pages 85.e1-85.e8



Original Research
Obstetrics

Impact of surgeon annual volume on short-term maternal outcome in cesarean delivery

Lior Drukker MD ^{a, 2, 3}, Yael Hants MD ^b, Rivka Farkash MPH ^a, Sorina Grisar-Granovsky MD ^a, Ori Sheu MD ^a, Anna Samuels MD ^a, Han Y. Gal MD ^a



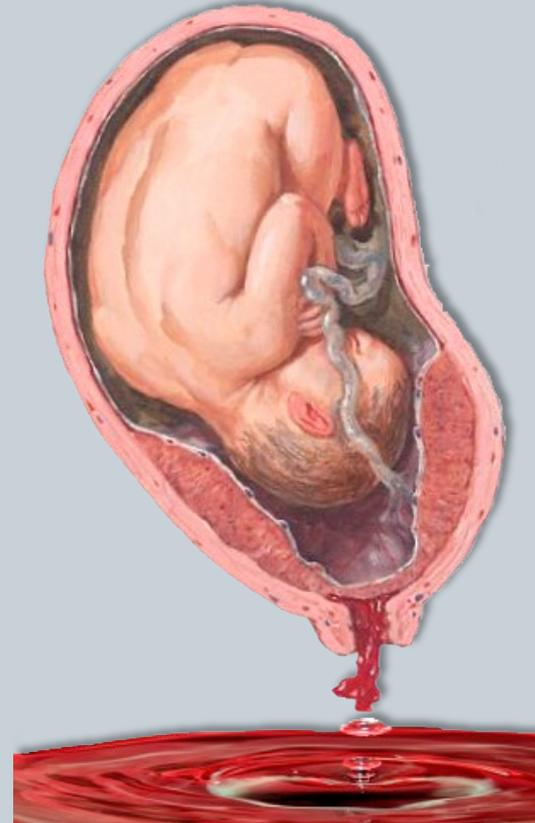
Интраоперационное кровотечение: дифференциальный диагноз

1. Хирург
2. Хирург
3. Хирург
4. Хирург
5. Другие причины...



Предлежание плаценты

- У гемодинамически нестабильной пациентки и в случаях некоррегируемой гиповолемии, в ситуации нарушенного гемостаза или при риске со стороны дыхательных путей (*спутанное сознание или бессознательное состояние*), **показана общая анестезия**



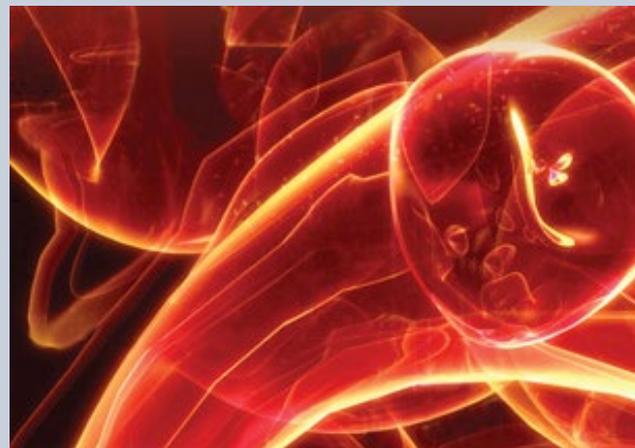
Лучшая трансфузия – та, которой пациентке удалось избежать

Самая лучшая – переливание собственной свежей крови пациентки



При периперационном применении аппаратной реинфузии эритроцитов при операции кесарево сечение снижается объем послеоперационной трансфузии и уменьшается время госпитализации.

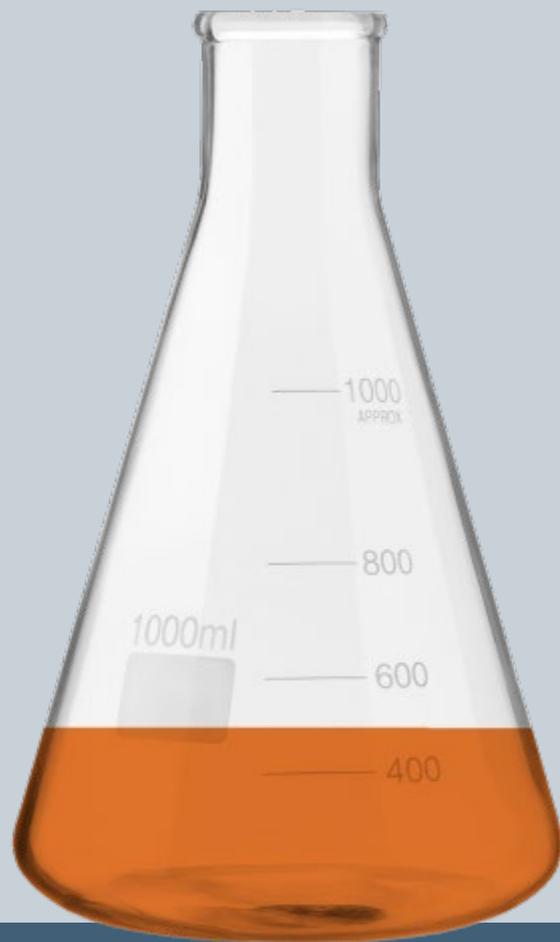
2В



Management of severe perioperative bleeding. Guidelines from European Society of Anaesthesiology. Kozek-Langenecker S.A. et al. // Eur. J. Anaesthesiol. 2013; 30:270–382



Определение потерь



■ Четкого определения нет



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

ACOG PRACTICE BULLETIN

Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists

NUMBER 183, OCTOBER 2017

(Replaces Practice Bulletin Number 76, October 2006)

Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. This Practice Bulletin was developed by the American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics in collaboration with Laurence E. Shields, MD; Dena Goffman, MD; and Aaron B. Caughey, MD, PhD.



■ ACOG

- ✓ Кровопотеря больше или равна 1000 мл
- ✓ Симптомы/признаки гиповолемии

Obstet Gynecol. 2017 Oct;130(4):e168-e186.

Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage.

Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Shields LE, Goffman D, Caughey AB.

- Процент ошибки при гравиметрическом методе оценки кровопотери составил 4.0 ± 2.7 по сравнению с визуальным 34.2 ± 32.2
- Даже при больших объемах кровопотери погрешность при гравиметрическом методе была в пределах **10%**
- Гравиметрический метод показал хорошую корреляцию с изменением уровня гемоглобина при кровопотере.
Эта тенденция прослеживалась при кровопотере **более 1500 мл.**
При кровопотере менее **1500 мл** корреляции не **ослеживалось**





У женщины весом **60 кг** объём крови меньше, чем у женщины весом **120 кг**





Вес (кг)	Общий объём крови (мл)	Кровопотеря 15%	Кровопотеря 30%	Кровопотеря 40%
50	5000	750	1500	2000
55	5500	825	1650	2200
60	6000	900	1800	2400
65	6500	975	1950	2600
70	7000	1050	2100	2800

Основано на объёме крови
100 мл/кг у беременных

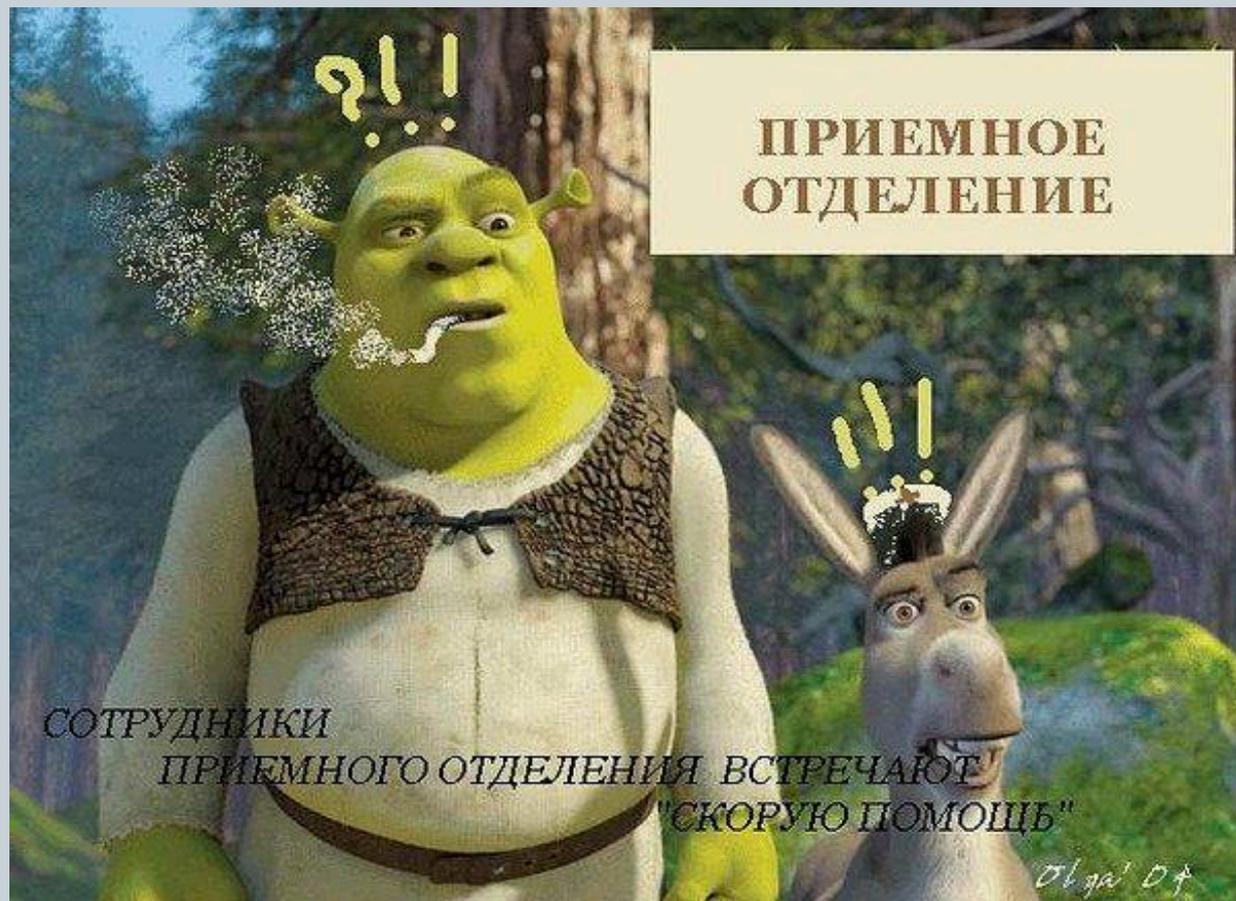
(у беременных с ожирением может быть выше)



Остаться в пределах "золотого часа"

- **Время – вот приоритетная цель в борьбе с кровотечением, а не объем кровопотери**





ПРИЕМНОЕ
ОТДЕЛЕНИЕ

СОТРУДНИКИ
ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ВСТРЕЧАЮТ
"СКОРУЮ ПОМОЩЬ"

Olga' O+



**«Час» перед
Золотым часом**

- Карбоксимальтоза
- Протокол массивной трансфузии
- Тренинги по кровотечению
- Укладка на кровотечение
- Транексам
- Рекомбинантный фактор VIIa

SOAR: систематическая оптимизация и тренинг
CORE: считайте, оптимизируйте, быстро снижайте, оценивайте
ET: корпоративное обучение

Золотой час

- ГЕМО
- СТАЗ
- Активация протокола массивной трансфузии
- Утеротоники
- Фибриноген
- Быстрая инфузия, теплые растворы

**«Час» после
Золотого часа**

- Рекомбинантный фактор VIIa
- Аппаратная реинфузия крови
- Интервенционный Гемостаз
- Гемодинамика

ROTEM, тромбоэластография
Четкое представление

ЗОЛОТОЙ ЧАС



■ **Не следует применять центральный
венозный катетер ...**

для выбора инфузионной терапии и оптимизации преднагрузки при тяжелом кровотечении: вместо них следует рассмотреть динамическую оценку ответа на введение жидкости и неинвазивное измерение сердечного выброса.

1B

Причины отсрочки

- Плохое взаимодействие
- Опоздание в покидании родильного зала
- Опоздание персонала
- Опоздание в достижении анестезии



Индекс акушерского шока

Частное от деления ЧСС на систолическое АД

ЧСС / САД

Нормальный показатель: примерно 0,5

Геморрагический шок

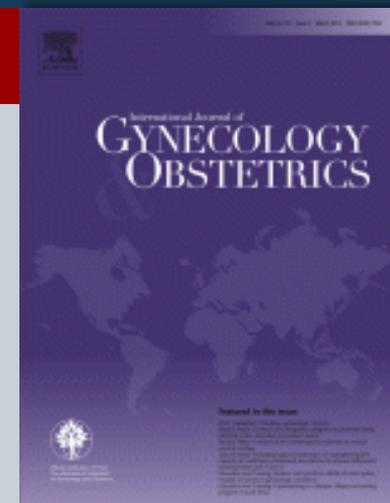
(повышение частоты пульса с понижением давления):

индекс может достигать 1,0

Кровотечение: при индексе 1,5

кровопотеря около 2,5 л

Индекс акушерского шока (АШИ)



Значение АШИ **в отсутствии акушерского кровотечения**

На 10 мин.: **0,74** (диапазон 0,4–1,1)

На 30 мин.: **0,76** (диапазон (0,5–1,1), соответственно

Значение АШИ **при массивном послеродовом кровотечении**

На 10 мин.: **0,91** (диапазон 0,4–1,5) потребность в препаратах крови
64%

На 30 мин.: **0,90** (диапазон 0,5–1,4) потребность в препаратах крови в
75%

89% женщин АШИ > **1,1** на 10 мин. нуждаются в трансфузии
75% с АШИ > **1,1** на 30 мин. нуждаются в трансфузии

Нормальный индекс шока в акушерстве: **0,7–0,9**

АШИ >1 при массивном послеродовом кровотечении – дайте ЭМ и СЗП

Le Bas A, Chandharan E, Addei A, Arulkumaran S. Use of the "obstetric shock index" as an adjunct in identifying significant blood loss in patients with massive postpartum hemorrhage. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014 Mar;124(3):253-5



Шоковый индекс и дельта-шоковый индекс являются наиболее важными показателями при определении преждевременных тревожных симптомов у беременной, позволяющими определить объем послеродового кровотечения и принять решение о необходимых вмешательствах

- Выделяют дельта-шоковый индекс, определяющийся как разница между критическим и базовым значением шокового индекса, которое получено на последнем дородовом осмотре пациентки.
- Авторы оценивают эти параметры как предиктор патологического послеродового кровотечения, необходимость гемотрансфузии и хирургического вмешательства.



Kohn JR, Dildy GA and Eppes CS. Shock index and delta shock index are superior to existing maternal early warning criteria to identify postpartum hemorrhage and need for intervention. J Matern Fetal Neonatal Med 2018 Feb 4. Available at: <http://dx.doi.org/10.1080/14767058.2017.1402882>.

Шоковый индекс и дельта-шоковый индекс являются наиболее важными показателями при определении преждевременных тревожных симптомов у беременной, позволяющими определить объем послеродового кровотечения и принять решение о необходимых вмешательствах

- Авторы статьи пришли к выводу, что значение шокового индекса до **1.1** является нормальным в перинатальном периоде (в другие периоды нормальное значение шокового индекса находится в пределах **0.5–0.7**).
- Они заметили, что значение шокового индекса выше **1.143** и значение выше **1.412** – явные и критические пороги для предупреждения упомянутых ранее последствий и дельта-шоковый индекс является наиболее точным показателем.





Хирургическая?

Дилуция?

Тяжелая ишемия?

Потребление?

Коагулопатия?

Гипотермия?

Функция тромбоцитов?

Фибринолиз?

Антитромботики?

Дисфибриногенемия?

Ацидоз?



Правило 30

Объем кровопотери **30%** ==> шок средней степени тяжести

- ЧСС – возрастает **> 30 уд./мин.**
- ЧДД **> 30/мин.**
- Систolicеское АД – снижается на **30 мм рт. ст.**
- Выделение мочи **< 30 мл/час**
- Снижение гематокрита **< 30%**

(должен поддерживаться на абсолютном значении > 30)

...Параметры, которые необходимо контролировать

...Необходимы немедленные действия

Правило «четырех» при массивной кровопотере

4 эритроцитарной массы +
ТРАНЕКСАМ
+ 4 плазмы
+ 10 доз криопреципитата
+ rVIIa



Транексамовая кислота

- аналог синтетического лизина
- транс-4 аминотетрагидро-2H-пиримидин-2-карбоновая кислота
- конкурентноспособный ингибитор активатора плазминогена
- 95% выделяется с мочой в неизмененном виде
- время полужизни – 3 часа



Utako Okamoto
1918 – 2016



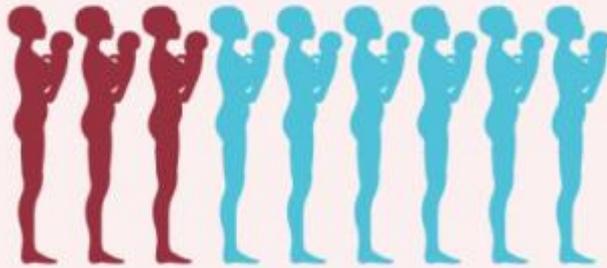
LONDON
SCHOOL of
HYGIENE
& TROPICAL
MEDICINE



TRANEXAMIC ACID

A drug that stops bleeding

Results from the WOMAN trial



The drug could save

1/3

women who would otherwise
bleed to death after childbirth

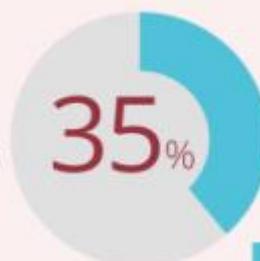
An estimated **100,000** women die
from severe bleeding after giving birth every year



20,000 WOMEN
21 COUNTRIES
193 HOSPITALS



The drug reduced
the number of
women bleeding to
death after childbirth
by more than 30%



The drug reduced
the need for urgent
surgery to control
bleeding by more
than 35%

£2 (\$2.5)

The cost of tranexamic
acid in most countries

Source: The WOMAN trial (2017)
Credit: Rebecca Robinson/LSHTM

▶ Find out more at womantrial.lshtm.ac.uk

Вазопрессоры рекомендованы при кровопотере

Rossaint et al. *Crit Care* (2016) 20:106
DOI 10.1186/s13054-016-1265-x

Critical Care

RESEARCH

Open Access

The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition

Rolf Rossaint¹, Bertil Bouillon², Vladimir Cerny^{3,4,5,6}, Timothy J. Coats⁷, Jacques Duranseau⁸, Enrique Fernández-Mondéjar⁹, Daniela Filipescu¹⁰, Bevilley J. Hunt¹¹, Radko Komadina¹², Giuseppe Nardi¹³, Edmund A. M. Neugebauer¹⁴, Yves Ochoa¹⁵, Louis Riddler¹⁶, Arthur Schultz¹⁷, Jean-Louis Vincent¹⁸ and Donat R. Spahn^{19*}

Restricted volume replacement

Recommendation 14 We recommend use of a restricted volume replacement strategy to achieve target blood pressure until bleeding can be controlled. (Grade 1B)

Vasopressors and inotropic agents

Recommendation 15 In the presence of life-threatening hypotension, we recommend administration of vasopressors in addition to fluids to maintain target arterial pressure. (Grade 1C)

We recommend infusion of an inotropic agent in the presence of myocardial dysfunction. (Grade 1C)

rected. Norepinephrine (NE) is often used to restore arterial pressure in septic and haemorrhagic shock and is now recommended as the agent of choice for this purpose during septic shock [231]. Although NE

Лечение послеродового кровотечения при КС

Послеродовое кровотечение:
клинические рекомендации
колледжа акушеров-гинекологов
Франции и общества анестезиологов
и реаниматологов Франции

Диагноз послеродового кровотечения

Измерение аспирированного содержимого
(без околоплодных вод)
+ вес салфеток
+/- измерение ЧСС, АД, пульсасимметрия

≥ 500 мл

Акушерская бригада

Быстрый хирургический гемостаз
(гистерография, шов на матку)

Взаимодействие

Анестезиолого-реаниматологическая бригада

- Окситоцин 5-10 МЕ в/в медленно (max 40МЕ)
- Форма мониторинга послеродового кровотечения
- Поддержка гемодинамики
(возмещение объема кристаллоидами)

Послеродовое кровотечение – персистирующее и/или
сопровождающееся нарушениями гемодинамики
(недостаточность стартового лечения)

Утеротоники (сульпростон)

- Установить второй периферический венозный доступ ≥ 16g
- Результаты стартовых лабораторных тестов: протромбин, активированное время свертывания, фибриноген
- +/- Немесие*
- Резерв эритроцитарной массы, полный подсчет клеток крови, тромбоциты

Недостаточно

Консервативная хирургия:
компрессионный или гемостатический множественный
шов и/или перевязка сосудов (BLUA или BLUA)

- Поддержание АД
(интенсивная терапия кристаллоидами
+/- коллоидами,
+/- вазопрессоры)

- Возможный переход на общую анестезию
в случае нестабильной гемодинамики
- Ограничить применение галогенсодержащих
анестетиков, особенно в случае атонии

Недостаточно

+/- rFVIIa

Тотальная или субтотальная гистерэктомия
(без сальпингэктомии, без Овариоэктомии)

- +/- Транексамовая кислота
- +/- Трансфузия эритроцитов
- +/- СЗП
- +/- Фибриноген
- +/- Тромбоциты



- **Ацидоз** ухудшает практически все основные составляющие процесса гемостаза, что в результате приводит, например, к изменениям структуры и формы тромбоцитов и снижению активности комплексов факторов коагуляции на поверхности клеток, которые ведут к нарушению образования тромбина
- Вместе **гипотермия** и ацидоз нарушают доступность фибриногена, так как гипотермия ингибирует синтез фибрина, а ацидоз ускоряет его распад, что приводит к гипофибриногемии

REVIEW

Haemostatic resuscitation in trauma: the next generation

Jakob Stensballe^{1,2}, Sławek R. Ostrowski³, and Pär I. Johansson^{4,5,6}

Purpose of review
To discuss the recent developments in and evolution of next generation haemostatic resuscitation in bleeding trauma.

Recent findings
Mortality from major trauma is a worldwide problem, and massive haemorrhage remains a major cause of potentially preventable deaths. Development of coagulopathy further increases trauma mortality emphasizing that coagulopathy is a key target in the phase of bleeding. The pathophysiology of coagulopathy in trauma reflects at least three distinct mechanisms that may be prevent isolated or resist: acute traumatic coagulopathy, coagulopathy associated with the lethal triad, and consumptive coagulopathy. The concepts of 'damage control surgery' and 'damage control resuscitation' have been developed to ensure early control of bleeding and coagulopathy to improve outcome in bleeding trauma. Haemostatic resuscitation aims at controlling coagulopathy and consists of a ratio driven strategy aiming at 1:1:1, using tranexamic acid according to CRASH-2, and applying haemostatic monitoring enabling a switch to a goal-directed approach when bleeding slows. Haemostatic resuscitation is the mainstay of trauma resuscitation and is associated with improved survival.

Summary
The next generation of haemostatic resuscitation aims at applying a ratio 1:1:1 driven strategy while using oral fibrinolytics, haemostatic monitoring and avoiding critical fibrinogen deficiency by substitution.

Keywords
haemostatic, next generation, resuscitation, trauma

INTRODUCTION
Mortality from major trauma continues to be a worldwide problem [1], and massive haemorrhage remains a major cause of potentially preventable deaths. Development of coagulopathy further increases mortality considerably, and coagulopathy is a key target in the phase of bleeding [2]. The concepts of 'damage control surgery' (DCS) and 'damage control resuscitation' (DCR) have been developed during the past 10 years to ensure early control of bleeding and coagulopathy in order to reduce morbidity and mortality in trauma haemorrhage [3,4]. Indication for DCR lies in the mechanism of injury and the degree of physiological decompensation, and the main components are the following:

- **Haemostatic resuscitation** – early use of blood products to avoid further coagulopathy in respect to fluids and clotting.
- **Permissive hypotensive resuscitation to decrease bleeding and support bleeding control.**

• **Regaining haemostasis and avoid further coagulopathy related to hypothermia, acidosis and electrolyte disturbances (hypocalcaemia, hyperkalemia).**

¹Section for Transfusion Medicine, Capital Region Blood Bank, Copenhagen University Hospital, Rigshospitalet, Denmark. ²Department of Anaesthesia, Centre of Head and Orthopedics, Copenhagen University Hospital, Rigshospitalet, Denmark. ³Department of Surgery, Division of Acute Care Surgery, Centre for Translational Injury Research (CTIR), University of Texas Medical School at Houston, Texas, USA and ⁴Centre for Systems Biology, The School of Engineering and Natural Sciences, University of Iceland, Iceland. Correspondence to: Jakob Stensballe, MD, PhD, Consultant Anaesthetist, Section for Transfusion Medicine, Capital Region Blood Bank & Department of Anaesthesia, Centre of Head and Orthopedics, Copenhagen University Hospital, Rigshospitalet, Blegdammvej 9, DK-2100 Copenhagen, Denmark. Tel: +45 2743 9807; fax: +45 30265026; email: jakob.stensballe@regionh.dk. **Date Open** **Err** **Case** 2016, 22:280–300. DOI 10.1097/MCC.0000000000000289

1279-2285 Copyright © 2016 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved. www.doi.org/10.1097/MCC.0000000000000289
Copyright © 2016 Wolters Kluwer Health, Inc. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

Stensballe J., Ostrowski S., Johansson P.L. Haemostatic resuscitation in trauma: next generation. 2016 Walters Kluwer Health, Inc.

Гипотермия

Температура хранения эритроцитов 4 градуса по Цельсию.

Быстрая трансфузия эритроцитарной массы при такой температуре быстро снижает температуру тела реципиента и приводит к дальнейшим нарушениям гемостаза



Восстановить фибриноген – абсолютная необходимость

- Нет фибриногена = нет коагуляции
- Нет фибриногена = нет функции тромбоцитов



...восстанавливайте фибриноген как можно
раньше

Для лечения гипофибриногемии используют **СЗП** и **криопреципитат**

СЗП – относительно низкая концентрация фибриногена – **2 г/л**

Криопреципитат – более высокое содержание **388 мг/ед**





Проспективные исследования указывают на снижение частоты тромбоза, однако высокие дозы rFVIIa увеличивают риск артериальных, а не венозных тромбозов, особенно у лиц пожилого возраста.



Levi M, Levy JH, Andersen HF, Truloff D. Safety of recombinant activated factor VII in randomized clinical trials. N Engl J Med 2010; 363: 791–800

Триггеры трансфузии

- Во время активного кровотечения целевое значения концентрации гемоглобина



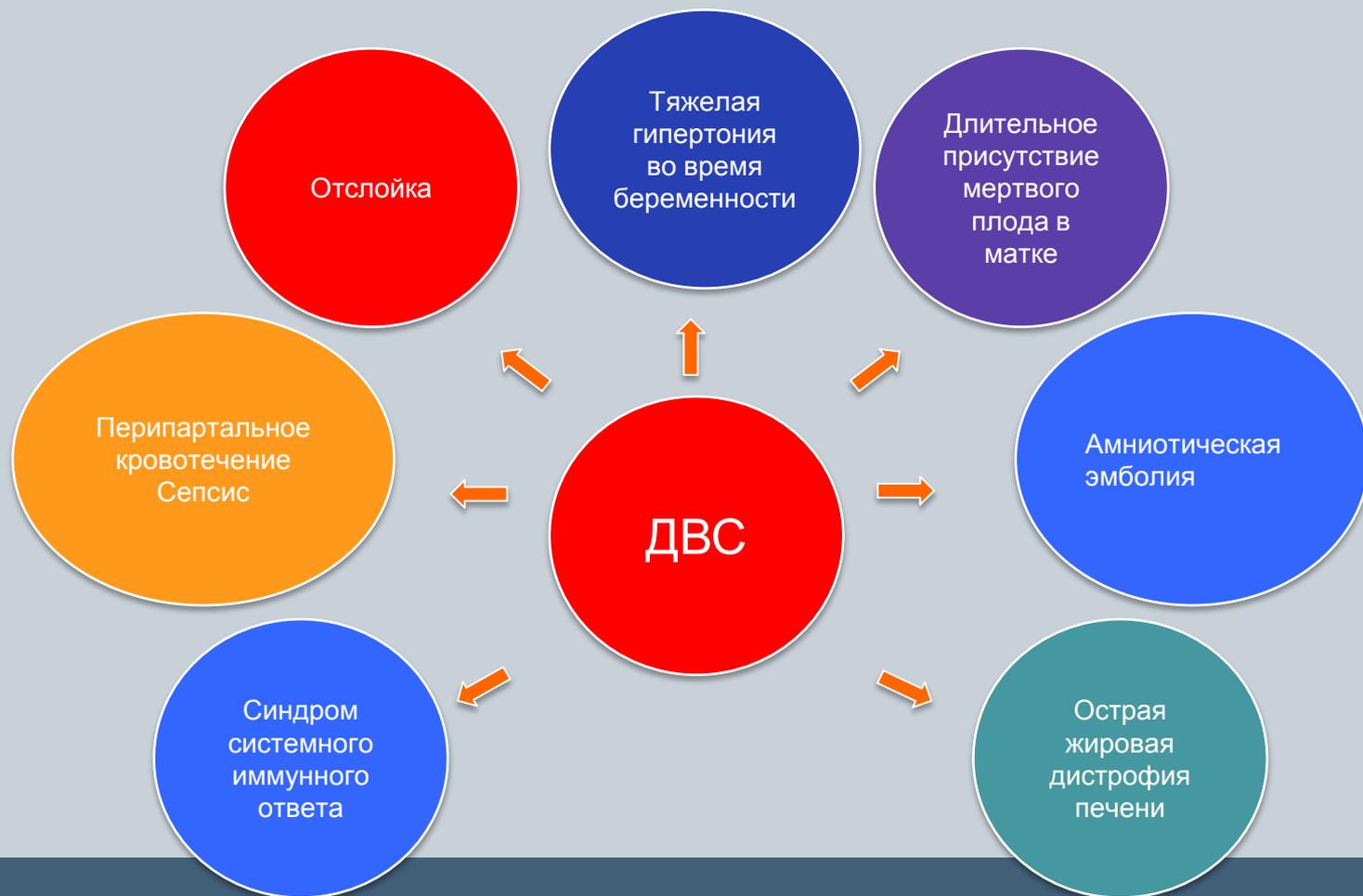
*Management of severe perioperative bleeding. Guidelines from European Society of Anaesthesiology.
Kozek-Langenecker S.A. et al. // Eur. J. Anaesthesiol. 2013; 30:270–382*



Все пациенты отличаются друг от друга



Факторы, связанные при беременности с диссеминированным внутрисосудистым свертыванием



АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ и РЕАНИМАТОЛОГИЯ

Russian Journal of Anaesthesiology and Reanimatology

5

2017

Том 62

• МОСКВА • МЕДИЦИНА •

www.medlit.ru

ISSN 0201-7563
9 772017 756305

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 618.3-06:616.151.5]-08-039.72

Куликов А.В.^{1,5,6}, Шифман Е.М.^{2,5,6}, Буланов А.Ю.^{3,5,6}, Заболотских И.Б.^{4,5,6}, Спичков С.В.^{4,5,6}

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА В АКУШЕРСТВЕ (ДВС-СИНДРОМ). КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ)

¹ ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
620028, Россия, обл. Свердловская, г. Екатеринбург;² ГБОУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», 129110, Россия г. Москва;³ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва, Россия, 117198,⁴ ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
350063, Российская Федерация, Краснодарский Край, г. Краснодар⁵ Общероссийская общественная организация «Федерация анестезиологов и реаниматологов»⁶ Российская общественная организация «Ассоциация акушерских анестезиологов
и реаниматологов»

Статья содержит основные положения клинических рекомендаций (протоколов лечения) по диагностике и лечению острых нарушений гемостаза в акушерстве (ДВС-синдром). Дано современное определение ДВС-синдрома и коагулопатии. Приведены основные тесты коагулограммы, шкалы диагностики ДВС-синдрома в акушерстве, позволяющие максимально быстро начать этиопатогенетическую терапию. Описаны показания, дозы препаратов для лечения нарушений в системе гемостаза: компонентов крови, рекомбинантных факторов (фактор VII) и антифибринолитиков (транексамовая кислота). Отмечены критерии качества оказания медицинской помощи при острых нарушениях гемостаза в акушерстве (ДВС-синдроме). Клинические рекомендации (протоколы лечения) утверждены Федерацией анестезиологов-реаниматологов.

Ключевые слова: акушерство; кровопотеря; ДВС-синдром; трансфузия компонентов крови; рекомбинантный VII фактор; транексамовая кислота.

Для цитирования: Куликов А.В., Шифман Е.М., Буланов А.Ю., Заболотских И.Б., Спичков С.В. Интенсивная терапия острых нарушений гемостаза в акушерстве (ДВС-синдром). Клинические рекомендации (протоколы лечения). Анестезиология и реаниматология. 2017; 62(5): 399-406. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0201-7563-2017-62-5-399-406>

Контрольная карта начальной терапии послеродового кровотечения



- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Массаж матки | <input type="checkbox"/> | |
| Окситоцин – увеличение в пределах допустимых доз скорости введения | | <input type="checkbox"/> |
| Растворы – агрессивная интенсивная терапия | <input type="checkbox"/> | |
| Оценка жизненно важных показателей – АД, ЧСС, O ₂ Sat, ЧДД | <input type="checkbox"/> | |
| Причины послеродового кровотечения – атония/послеродовое ведение/травма/выворот/коагулопатия | | <input type="checkbox"/> |
| Мочевой пузырь – катетер Фолея | <input type="checkbox"/> | |
| Утеротоники | <input type="checkbox"/> | |
| Позвать – второго акушера + анестезиолога + оповещение по внутренней связи | <input type="checkbox"/> | |
| Протокол массивной кровопотери – вызвать старшего бригады по телефону + трансфузиолога | | <input type="checkbox"/> |
| В/в – поставить вторую линию катетером большого диаметра | | <input type="checkbox"/> |
| Лаборатория – полный анализ крови, коагулограмма | <input type="checkbox"/> | |
| План лечения – консилиум (обсуждение бригадой) | | <input type="checkbox"/> |
| Обдумайте операцию – В-Lynch и т.д. | | <input type="checkbox"/> |
| Вазопрессоры – для контроля АД | <input type="checkbox"/> | |

Изменения в лечении послеродового кровотечения

- Оценка риска
- Измерение объема кровопотери
- Вся бригада должна прибыть к постели пациентки как только выставлен диагноз послеродового кровотечения
- Пошаговый подход к диагностике и лечению продолжающегося кровотечения
- Ранний заказ препаратов крови



Я старался вас убедить

спасибо

Thanks

谢谢

děkuji

תודה

tak

Баярлалаа

grazie

kiitos

hvala

どうも

choukrane

shokran

danke

kam

tack

고맙습니다 ◦ 감사합니다.

köszönöm

ευχαριστώ

dhanyavad

blagodaram

eshifman@mail.ru

