

## **Гипотоническое кровотечение: акушерский семинар**

*Ватаман Вероника Александровна, Шимченко Юлиана Витальевна*

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

*Научный(-е) руководитель(-и) – доктор медицинских наук, профессор Малевич Юрий*

*Константинович, Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

Кровотечения во время беременности, родов и послеродового периода по-прежнему остаются одной из лидирующих причин материнской смертности. В XXI веке ежегодно более 500 000 женщин умирают от осложнений, связанных с беременностью и родами, при этом прямой причиной у 130 тыс. женщин являются акушерские кровотечения. Частота возникновения акушерских кровотечений не имеет тенденции к снижению и составляет от 2,7 до 8% от общего числа родов.

Цель исследования: Анализ случая гипотонического кровотечения как одной из основных причин материнской смертности.

Из анамнеза: беременность первая, наследственный анамнез – кровотечение у матери в родах. Роды через естественные родовые пути. Родился живой доношенный мальчик: вес - 3240 г, рост - 53 см, Апгар 8/8 баллов. Проводилась профилактика кровотечения: метилэргобровин 1,0 внутривенно. Объем кровопотери – 300 мл. Спустя 1,5 часа после родов появление обильных кровянистых выделений из половых путей в количестве 600 мл. Общая кровопотеря на данном этапе составила 900 мл. Пациентке было показано ручное обследование полости матки; введение гемостатического баллона Баكري. Эти мероприятия были не эффективны, так как после них кровопотеря уже была 1300 мл. Консилиумом было принято решение о срочной лапаротомии. Органосохраняющие методы остановки кровотечения (транзиторная ишемия матки) были не эффективны. Кровотечение остановлено путем гистерэктомии. Общая кровопотеря – 3000 мл. Пациентка была стабилизирована и переведена в отделение интенсивной терапии и реанимации.

1. Тактика оказания помощи пациентке К. в целом соответствовала рекомендациям существующих утвержденных клинических протоколов наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии. 2. Трансфузионная терапия была проведена своевременно и в полном объеме, что было обусловлено четкой организацией и одновременной работой врачей акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, среднего медицинского персонала. 3. Однако: А. На этапе родильного отделения: согласно клиническим протоколам амниотомию у первородящей женщины необходимо делать при раскрытии маточного зева 8 см и более. В. Применение методов непрямого пережатия маточных сосудов целесообразно проводить только при гипотоническом кровотечении до 1000 мл, а при большей кровопотере переходить к прямым органосохраняющим методам остановки кровотечения.