

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

На правах рукописи

УДК: 616-084:618.6.14-005/:083.74

**ПУЧЕНКИНА ВАЛЕНТИНА ВАЛЕРЬЕВНА
«СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ
ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ И ЭФФЕКТИВНЫЕ
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ»**

5А510101 – «Акушерство и гинекология»

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание академической степени магистра

Научный руководитель: д.м.н. проф. Негмаджанов Б.Б.

Самарканд-2015 г .

Содержание	
Введение.....	4
Глава I - Эффективный перинатальный уход (ЭПУ) и его значение в охране здоровья матери и ребенка.....	8
1.1. Стратегия ВОЗ по эффективному перинатальному уходу в Узбекистане.....	11
1.2. Ведение третьего периода родов, согласно рекомендациям эффективного перинатального ухода.....	14
1.3. Медицинские критерии ВОЗ о приемлемости внутриматочной контрацепции после родов.....	18
Глава II - Материал и методы исследования	
2.1. Клиническая характеристика обследованных женщин.....	27
2.2. Методы обследования.....	35
Глава III - Анализ эффективности разных методов профилактики послеродовых кровотечений	
3.1. Выжидательная тактика ведения третьего периода родов – результаты ретроспективного анализа.....	38
3.2. Результаты внедрения рекомендаций эффективного перинатального ухода - активного ведения третьего периода родов.....	48
3.3. Профилактика кровотечения с помощью препарата сайтотек.....	52
3.4. Послеродовое введение внутриматочного контрацептива и его влияние на величину кровопотери.....	58
Заключение.....	69
Выводы.....	74
Практические рекомендации.....	75
Приложение.....	76
Список литературы.....	78

*« Охрана материнства и детства, укрепление репродуктивного
здоровья населения и утверждение здорового образа жизни служат*

важным фактором повышения статуса женщин в семье и формирования гармонично развитого поколения»

И.А.Каримов

Введение

Актуальность исследования. Вопросы охраны здоровья женщин и сохранения здоровья семьи постоянно находятся в центре внимания Правительства Республики Узбекистан. Правительство нашей страны берет на себя ответственность за дальнейшее улучшение репродуктивного, материнского, детского и подросткового здоровья, о чем свидетельствует принятая в августе 2014 года «Государственная Программа по дальнейшему укреплению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матерей, детей и подростков в Узбекистане на 2014-2018 годы».

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан широко внедряет международные стандарты и рекомендации в практику при оказании помощи женщинам, новорожденным и детям. Одной из Стратегий ВОЗ «Здоровье в XXI веке» является обеспечение здорового начала жизни. Инициатива ВОЗ «Безопасное материнство», принятая в Республике Узбекистан, была разработана с целью добиться этой стратегии, позже она переросла в программу «Сделаем материнство безопаснее». Основные принципы и ценности эффективных перинатальных технологий были разработаны группой экспертов ВОЗ из европейского региона во время встреч в Венеции в 1998 году, в Вероне в 2003 году и на совещании экспертов по ОББ в Катанье, Италия (2007 г.). Эти принцип впоследствии получили широкую поддержку, распространение и реализацию во всех странах европейского региона ВОЗ. В этой области в различных странах, в том числе в Республике Узбекистан в 1998 г целевой группой ЕРБ ВОЗ были разработаны основополагающие принципы программы «Эффективный перинатальный уход» (ЭПУ), принимающие во внимание информационные, социальные и эмоциональные потребности всех беременных женщин и их семей во время беременности, родов и послеродового периода.

Фундаментальный принцип эффективного перинатального ухода – женщине отводится главная роль во всех решениях, связанных с безопасной беременностью и безопасными родами. Наилучшая модель охраны здоровья базируется на трех столпах: безопасность, доказательная медицина, потребности пациента.

Существуют эффективные технологии и инструменты для предотвращения и длительной нетрудоспособности, связанной с родами. Каждый год женщины и дети умирают от хорошо известных осложнений беременности и родов.

Большинство этих смертей предотвратимы путем осуществления простых экономически выгодных вмешательств.

Несмотря на 100% согласие врачей с предлагаемыми ВОЗ принципами эффективного перинатального ухода в практической деятельности врачей все еще не обеспечивается 100% выполнение этих принципов, в частности, в отношении пожеланий самих рожаящих женщин, партнерских родов, нет единодушия врачей в вопросе активности женщины в самом процессе родов – до 31% опрошенных считают, что рожаящая женщина во всем просто должна слушать врача. Анализ показал, что послеродовой период в условиях новых технологий у родильниц протекает более благополучно (1, 2, 3, 13, 15). Перспектива снижения акушерских осложнений и материнской смертности состоит в использовании новейших достижений медицинской науки и практики (9). Беременность и роды – генетически детерминированный и эволюционно отточенный физиологический процесс, а не диагнозы. В период беременности в организме женщины происходят физиологические компенсаторно-приспособительные процессы, а физиологические изменения, возникающие в родах, компенсируются. Однако часто перинатальное акушерство заведомо предопределяет течение родов как патологическое, а практика ведения родов нередко характеризуется не всегда обоснованной агрессивностью и

включает компоненты, изначально предназначенные для экстремальных состояний в акушерстве, но не целесообразны при физиологическом течении родов (1, 3, 4, 2, 5, 6, 7,8).

Цель работы: изучить влияние практической реализации рекомендаций ВОЗ по эффективному перинатальному уходу на течение послеродового периода.

Задачи:

1. Изучить особенности клинического течения послеродового периода после внедрения в практику активного ведения третьего периода родов
2. Определить особенности клинического течения послеродового периода при выжидательной тактике ведения третьего периода родов
3. Сделать сравнительный анализ течения послеродового периода при различной тактике ведения третьего периода родов и определить наиболее эффективную и приемлемую тактику
4. Изучить возможности использования Медицинских критериев ВОЗ по послеродовому введению внутриматочных контрацептивов

Научная новизна. Впервые проведена сравнительная оценка эффективного перинатального ухода и традиционных методов ведения родов и послеродового периода. Доказана необходимость внедрения основных элементов рекомендованных ВОЗ эффективного перинатального ухода и Медицинских критериев по применению послеродового введения ВМС.

Практическая значимость. Для практического здравоохранения показана необходимость внедрения эффективных перинатальных технологий в практику родовспомогательных учреждений, как инструментов сохранения жизни и здоровья женщины и ее ребенка. В связи с тем, что основная

причина материнской смертности – кровотечение, рекомендовано активное ведение третьего периода родов в качестве рутинной процедуры эффективной профилактики послеродовых кровотечений.

Показана эффективность и безопасность внедрения Медицинских критериев ВОЗ по постплацентарному введению ВМС при условии хорошего консультирования в условиях первичного звена (см. *ПРИЛОЖЕНИЕ*) и наличия хорошо обученного медицинского работника в родильном зале по постплацентарному введению ВМС.

ГЛАВА I

Эффективный перинатальный уход (ЭПУ) и его значение в охране здоровья матери и ребенка.

1.1. Стратегия ВОЗ по эффективному перинатальному уходу в Узбекистане.

В нашей стране в годы независимости под руководством Президента Ислама Каримова осуществляются огромные преобразования в системе здравоохранения (19,20,21,22). В результате такой весомой работы Узбекистан был избран членом Исполнительного комитета Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Также еще одним международным учреждением – Детским фондом ООН (UNICEF) - высоко оценена национальная модель нашей страны по охране материнства и детства и как образец рекомендована развитым странам Европы. Следует особо отметить, что Узбекистан – одна из ведущих стран региона в области охраны материнства и детства (19,22). Достоинны внимания сформированный в вашей стране под руководством Президента Ислама Каримова эффективный механизм по воспитанию гармонично развитого поколения, охране материнства и детства, а также ускоренные и последовательные реформы, проводимые на пути дальнейшего улучшения репродуктивного здоровья населения (20,21). В частности, в системе Министерства здравоохранения Республики Узбекистан последовательно проводятся широкомасштабные реформы, отвечающие международным стандартам, которые служат обеспечению безопасности матери и ребенка (19,20,21,22).

Сохранение и повышение уровня здоровья матерей и детей – одна из важнейших государственных задач, решение которых позволит обеспечить воспроизводство здорового поколения. Состояние здоровья женщин и детей, уровень материнской и младенческой заболеваемости имеет большое социально-политическое значение и характеризуют не только

медицинскую помощь женщинам и детям, но и состояние системы здравоохранения и общества в целом.

Публикация ВОЗ «Доклад о состоянии здоровья в мире» (2004 г.) обратила особое внимание на разрыв между тем, что мы знаем, и что мы делаем на практике. Для того чтобы достичь Целей развития тысячелетия (ЦРТ), связанных с вопросами здравоохранения до 2015 г., нам необходимо уменьшить этот разрыв. Один из путей решения этой задачи – это использовать информацию, которую мы получаем из научных исследований, в мероприятиях, направленных на улучшение состояния здоровья людей и системы здравоохранения.

Здоровье матери и ребенка является приоритетной задачей, которая возникла задолго до 1990-х гг. Реализация задачи опирается на более чем столетний опыт. Как итог, матери и дети стали целевой группой для вмешательств и стало уделяться больше внимания улучшению их здоровья. «Отцовство и материнство приносят с собой сильное желание видеть своих детей счастливыми и здоровыми. Это является одной из немногих констант в жизни во всех частях мира» (*From the Message of the WHO Director General Dr LEE Jong-wook to World Health Day. Geneva, April 2005*). Ежегодный доклад ВОЗ за 2005 г. «Не оставим без внимания каждую мать, каждого ребенка» (110,122,123) указывает на необходимость направить международные усилия на улучшение уровня жизни женщин и детей. Этот доклад включает анализ эксперта о преградах, которые мешают улучшению уровня оказания медицинской помощи матерям и детям. Кроме того, он дает ряд рекомендаций, как преодолеть эти преграды. Во многих странах уже существуют мероприятия, которые изменят жизни миллионов матерей и детей и предотвратят большое число смертей. Одно из таких мероприятий – «Безопасное материнство».

Международная инициатива «Безопасное материнство» была выдвинута в 1987 году. Безопасное материнство подразумевает не только снижение заболеваемости и смертности, но также обеспечение качества оказания

медицинского ухода матери и ребенку. Понятие ухода включает физическое, умственное и социальное благосостояние женщины до, во время и после рождения ребенка, и должно обеспечивать рождение здорового ребенка и здоровое детство. Этот подход согласуется с Конституцией ВОЗ (1948 г.), которая определяет «здоровье как полное состояние физического, умственного и социального благосостояния, а не только отсутствие болезни».

За истекшие годы данной инициативе оказывалась политическая и финансовая поддержка со стороны правительств и организаций, включая ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Всемирный Банк.

Безопасное материнство означает не только профилактику заболеваемости и смертности, оно предполагает заботу о здоровье матери и ребенка в целом. Это международная программа, которая направлена на медработников, оказывающих медицинскую помощь женщинам во время беременности, родов и после родов. Эта инициатива была предпринята с целью стимулирования усилий медицинского сообщества для снижения материнской смертности в два раза до 2000 г. Затем было решено продолжить эту инициативу, но под другим названием – «Обеспечение безопасного материнства», потому что не были достигнуты показатели, которые планировались ранее. В свете существующих потребностей здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ и успеха его пилотных проектов в области перинатального ухода за последние пять лет (Инициатива «Безопасное материнство», акушерский и неонатальный уход, поддержка и пропаганда грудного вскармливания и инициатива «Больниц доброжелательного отношения к ребенку») ЕРБ ВОЗ начало новую инициативу под общим названием «Эффективный перинатальный уход» (1, 9, 10, 13, 15, 16, 53, 54, 77, 78, 96).

1.1. Стратегия программы «Эффективный перинатальной уход»

уделяет особое внимание целому ряду стратегий, направленных на охрану здоровья матери и ребенка до, во время и после беременности. Они включают: обеспечение соответствующего уровня охраны материнства; наличие обученного медперсонала для оказания помощи во время родов; обеспечение чистой среды для приема родов; доступность специализированной помощи; наблюдение за возможным появлением осложнений у всех женщин; обеспечение доступности неотложной акушерской помощи; обучение и информирование женщин о беременности и родах, о симптомах возможных осложнений с тем, чтобы они могли участвовать в принятии решений; доступность служб по охране репродуктивного здоровья; наличие клинических руководств, стандартов, протоколов, которые необходимо соблюдать для ведения беременности и родов, с целью предупреждения неотложных акушерских состояний (кровотечение, эклампсия и др.) (3, 5, 10, 11, 23, 24, 29).

ВОЗ считает, что качественное наблюдение за матерями должно включать следующее: создание эффективно действующих государственных служб для удовлетворения потребностей женщины и ее партнера и/или семьи; наличие квалифицированной акушерки для оказания первичной помощи в родах, которая должна иметь соответствующий опыт для оценки состояния женщины и направления ее в стационар более высокого уровня при появлении симптомов возможных осложнений в период беременности, родов или после родов; наличие инфраструктуры во всех частях страны, обеспечивающей, при необходимости, срочную госпитализацию; соответствующая система поддержки, направленная на удовлетворение социально-экономических и психологических потребностей женщин и их семей; обеспечение базовой программы обучения акушерок, направленной на повышение уровня знаний с основным упором на клинический опыт;

проведение непрерывной образовательной программы для всех профессиональных медработников, сочетающей теоретические знания и клинические навыки; истинную заинтересованность в стратегии безопасного материнства всех работников системы здравоохранения. Это предполагает качественные медицинские услуги, разработку новых клинических направлений и критический анализ традиционных подходов (1, 9, 10, 15, 16, 23, 89, 110, 122, 123).

Основные цели инициативы «Эффективный перинатальный уход»: снижение уровня материнской и перинатальной смертности и заболеваемости, одновременно стремясь к улучшению качества ухода и более рациональному использованию ресурсов; пропаганда соблюдения основных прав человека, включая право иметь семью, право на жизнь и на охрану здоровья; осуществление активных действий в организации качественных медицинских услуг и участия семьи и общества в данном процессе; совершенствование действующего законодательства и дальнейшее реформирование системы здравоохранения (19, 20, 21).
Основополагающие принципы программы «Эффективный перинатальный уход» были разработаны Целевой группой ЕРБ ВОЗ по перинатальной помощи на встрече в Венеции в 1998 году. В последующем эти принципы получили широкую поддержку и распространение по всему региону. Современный подход к перинатологии подразумевает такой уход, который принимает во внимание информационные, социальные и эмоциональные потребности всех беременных женщин и их семей во время беременности, родов и послеродового периода, а также их потребности в комфорте и поддержке. Эта модель ухода основывается на убеждении, что деторождение – это нормальное и приятное событие в жизни. Иногда эту модель также называют «роды, ориентированные на участие семьи» (13, 21, 22, 54, 64, 77).

Вклад в материнский и перинатальный уход представляется жизненно важным и экономическим инвестированием, способствующим здоровью женщин и детей, их благополучию и вкладу в общество. Для решения этих задач необходимы соответствующие технологии (1, 9, 13, 15, 16, 20, 21, 22).

Адекватная или соответствующая технология определяется, как методы, процедуры и оборудование, использование которых научно обоснованно, которые приспособлены к местным условиям, и подходят как людям, которые применяют их, так и людям, которые являются целевой группой. Технологии также считаются адекватными, когда население может использовать и поддерживать их, исходя из существующих ресурсов (19, 20, 21, 22, 53, 54, 82). Есть ли неудовлетворительные моменты существующих практик охраны материнства и детства? Как можно сравнить нашу работу с работой специалистов других областей медицины? Сложная задача нашей области заключается в том, что мы работаем с беременностью, которая не является болезнью, в то время как другие медицинские специалисты имеют дело с болезнями. Большинство беременностей не нуждаются в чрезмерных медицинских вмешательствах. Поэтому уход, в котором нуждается больной раком, очень отличается от ухода, необходимого беременной женщине. Именно поэтому непонятно, почему на протяжении последнего столетия к беременности так долго относились как к исключительно медицинскому понятию. Сейчас очевидно, что этот подход привел к тому, что система, в большинстве случаев, ориентирована на чисто медицинский уход. Эта система может и часто работает, полностью не учитывая интересы матерей и новорожденных.

Большинство родовспомогательных учреждений Узбекистана работают по программе ВОЗ „Эффективный перинатальный уход”, которая предполагает простые методы, не требующие особых затрат, дорогих лекарств и дорогого оборудования. Основные принципы программы

таковы: женщины должны рожать в условиях, максимально приближенных к домашним, физиологически естественно и желательно без всякого вмешательства. Специалисты по родовспоможению считают, что 85% родов требуют только наблюдения. Но 15% все же протекают с осложнениями, когда необходима помощь (2, 4, 14, 23, 24, 25 26, 27, 28, 31, 32). Программа ВОЗ определяет четкие критерии, когда врачи должны вмешиваться в процесс родов, а когда нет. „Эффективный перинатальный уход” важное значение придает психо-эмоциональной подготовке женщины к родам. Поэтому широко распространены партнерские роды, ведь намного легче, если рядом с будущей мамой во время родов находится кто-то близкий, с кем комфортно и спокойно — как дома. Все технологии (начиная от мытья рук, присутствия партнера на родах, вертикальной позиции в родах до техники проведения операций), которые включены в курс «Эффективная перинатальная помощь и уход», базируются на доказательствах. Кроме того, они были специально адаптированы для Узбекистана (7, 78, 82, 89, 96, 122, 123).

Особое внимание в этой программе уделяется активному ведению третьего периода родов.

1.2. Ведение третьего периода родов, согласно рекомендациям эффективного перинатального ухода.

На протяжении многих лет при ведении третьего периода родов практиковалась выжидательная тактика. Выжидательное ведение заключается в бдительном наблюдении за роженицей при отказе от применения утеротонических препаратов, без потягивания за пуповину и надавливания на дно матки. При выжидательном ведении третьего периода родов ожидают самопроизвольного рождения плаценты или используют дополнительный груз на низ живота или стимуляцию сосков. В некоторых условиях препараты, вызывающие сокращения матки, могут оказаться недоступными по причине перебоев с поставками или из-за условий

приема родов. В отсутствие современных доказательств, в рекомендациях Международной Федерации Акушеров и Гинекологов (FIGO) и Международной Конфедерации Акушеров (ICM) сказано, что когда обученному или необученному человеку, принимающему роды, недоступны препараты, вызывающие сокращения матки, ведение третьего периода родов заключается в следующем (89, 98):

- Ожидание признаков отделения плаценты (удлинение пуповины, незначительное кровотечение, сокращение матки и гранулярная структура пуповины, ощущаемая при ее пальпации)
- Поощрение матери тужиться во время схваток и, при необходимости, принимать вертикальные позиции
- Не рекомендуется проводить контролируемое потягивание за пуповину при отсутствии препаратов, вызывающих сокращения матки, или до появления признаков отделения плаценты, поскольку это может привести к частичному отделению плаценты, разрыву пуповины, обильному кровотечению и вывороту матки
- Адекватным методом является массаж матки, проводимый после рождения плаценты

В настоящее время имеются доказательства в поддержку использования активной тактики ведения третьего периода родов всеми людьми, обученными принимать роды, вне зависимости от того, где они практикуют. Активное ведение третьего периода родов снижает частоту возникновения послеродовых кровотечений, снижает объем кровопотери и необходимость в использовании препаратов крови. Поэтому эта тактика должна быть включена во все программы, нацеленные на снижение смертности от послеродовых кровотечений (56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 88). Компоненты активного ведения третьего периода родов:

- Введение окситоцина или другого утеротоника в течение первой минуты после рождения ребенка. Рекомендуется вводить 10 ЕД окситоцина внутримышечно. Считается, что окситоцин имеет ряд

преимуществ перед другими утеротониками: начинает действовать уже через 2-3 минуты после введения, имеет минимум побочных эффектов и не имеет противопоказаний. Однако, в отсутствие окситоцина можно использовать другие утеротоники (8, 72, 76, 87, 91, 114, 116), такие, как эргометрин 0.2 мг внутримышечно или мизопропростол 400-600 мкг перорально. Эргометрин имеет противопоказания – артериальная гипертензия. Доза мизопростола для орального приема должна быть подготовлена на случай, когда невозможно обеспечить надлежащее хранение и безопасный прием инъекционного окситоцина и алкалоидов спорыньи. Самый распространенный побочные эффекты при приеме мезопорстола – кратковременный озноб и гипертермия. Необходимо обучить женщин и медицинский персонал правильному использованию мизопростола.

- Рождение плаценты путём контролируемого потягивания (тракций) за пуповину. При этом отделение плаценты начинается одновременно с сокращением матки. Этому процессу способствуют контролируемые тракции за пуповину. Не нужно ждать признаков отделения плаценты до применения тракции за пуповину
- Массаж матки после рождения плаценты

По сравнению с выжидательной тактикой активное ведение третьего периода родов (в условиях стационара) сопровождалось снижением риска (3, 56, 57, 59, 61, 62, 65, 88, 101, 106, 107, 112, 113):

- Потери крови у матери (разница средних значений – 79,33 мл, 95% ДИ 94,29 – 64,37)
- Послеродовой кровопотери объемом свыше 500 мл (ОР 0,38, 95% ДИ 0,32 – 0,46)
- Затянувшегося третьего периода родов (разница средних значений – 9,77 мин., 95% ДИ 10,00 - 9,53).

Сравнение активной и выжидательной тактик ведения третьего периода родов по ряду показателей представлены в таблице 1.

Таблица 1.**Сравнение активной и выжидательной тактик ведения третьего периода родов по основным показателям.**

(Prendiville WJ et al. Active versus expectant management in the third stage of labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3, 2000.)

Показатели	Активное ведение	Выжидательное ведение
Средняя продолжительность третьего периода родов	5-8 мин.	15 мин.
Объем кровопотери >500 мл	163/3126	428/3156
Объем кровопотери >1000 мл	27/3126	83/3158
Уровень гемоглобина < 90 г/л в первые 24-48 часов после родов	52/2108	132/2148

Однако, активное ведение третьего периода родов повышает частоту тошноты у матери (ОР 1,83, 95% ДИ 1,51 – 2,23), рвоты (ОР 2,19, 95% ДИ 1,68 – 2,86), повышения артериального давления (ОР 3,46 95% ДИ 1,68 – 7,09) (возможно, при применении эргометрина). Преимуществ и недостатков для ребенка не выявлено (115, 117, 121).

В систематический обзор (1, 3, 9, 52, 53, 54, 67, 68) было включено 5 рандомизированных исследований. 4 из них были хорошего качества. По сравнению с выжидательной тактикой активное ведение третьего периода родов снижает следующие показатели: материнская кровопотеря (среднее значение разницы – 79.33 мл., 95% доверительный интервал – 94.29 до 64.37); послеродовое кровотечение более 500 мл (относительный риск 0.38, 95% доверительный интервал 0.32 до 0.46); длительность третьего периода родов (среднее значение разницы – 9.77 минут, 95% доверительного интервала – 10.00 до – 9.53).

Активное ведение третьего периода родов с мизопростолом (94, 95, 115, 117, 121):

- 600 мкг мизопростола перорально или сублингвально после рождения ребенка

- Контролируемая тракция за пуповину ТОЛЬКО В ПРИСУТСТВИИ КВАЛИФИЦИРОВАННОГО МЕДРАБОТНИКА
- Массаж матки после рождения плаценты

Заключение авторов: рутинная активная тактика лучше выжидательной для профилактики послеродового кровотечения и связанных с ним серьезных осложнений в третьем периоде родов. Активное ведение третьего периода родов уменьшает риск возникновения послеродового кровотечения на 60% (3, 56, 57, 59, 61, 62, 65). Тем не менее, активная тактика так же связана с риском возникновения побочных эффектов (например, тошнота и рвота) и повышением А/Д при использовании эргометра. Активная тактика должна предлагаться всем женщинам при вагинальных родах в стационаре.

При наличии права выбора женщины предпочитают активное ведение третьего периода родов (56, 57, 59, 61, 62, 65, 88, 89, 90, 96).

1.3. Медицинские критерии ВОЗ о приемлемости внутриматочной контрацепции после родов

Внедрение технологии эффективного перинатального ухода подразумевает и обеспечение женщин эффективной контрацепцией в послеродовом периоде.

Однако, по результатам исследований, проведенных UNFPA в 2000 году (6, 7, 11, 18, 52, 63, 74, 86, 119), менее половины женщин консультировались относительно контрацепции после первых родов. При опросе родильниц только 8,5% из их числа планировали рождение следующего ребенка; 68,7% опрошенных ответили, что в случае наступления последующей беременности они, скорее всего, прервут ее аборт, а 22,8% не имели определенного суждения по этому поводу. По результатам других многоцентровых исследований также удалось выяснить, что те женщины, которые планируют рождение следующего ребенка, желают отложить свою следующую беременность как минимум на два года (7, 10, 16). Данные опубликованного в начале 2002 года

анализа исхода беременностей в Финляндии за период с 1987 по 1998 гг. (66), подтвердили результаты исследований UNFPA и позволили сделать вывод о том, что беременность, зачатая в течение первых 8-ми месяцев после родов вероятнее всего приведет к аборту в отличие от беременности, зачатой в более поздние сроки. Более того, анализ данных позволил сделать следующее заключение - чем короче интервал между родами и последующей беременностью, тем выше вероятность того, что последующая беременность закончится абортом (7, 10, 16). К сожалению, несмотря на это лишь немногие беременные получают консультации по планированию семьи или контрацепции, в то время как практически все женщины нуждаются в такой информации после родов и им должен быть предложен ряд возможностей по планированию семьи. Это указывает на необходимость совершенствования консультативной помощи в медицинских учреждениях непосредственно до и после родов, которая приведет к снижению числа нежелательных или несвоевременных беременностей, приводящих в свою очередь к абортам (6, 7, 16, 66).

Для женщин после родов пригодны все методы контрацепции, но время начала каждого из них зависит от того, кормит ли она грудью (6, 7, 11, 18, 119).

В таб.2 и 3 представлены рекомендуемое ВОЗ время начала использования методов контрацепции для кормящих и не кормящих матерей (6, 7, 11, 18).

Таблица 2

Рекомендуемое время начала использования методов контрацепции для кормящих матерей

РОДЫ	6 НЕДЕЛЬ	> 6 МЕСЯЦЕВ
МЛА		
	ВМС (медные)^a	

	Добровольная стерилизация^б			
Презервативы/спермициды				
	Диафрагма			
	Прогестиновые контрацептивы			
	Естественные методы планирования семьи^в			
	Комбинированные контрацептивы			

Таблица 3.

Рекомендуемое время начала использования методов контрацепции для некормящих матерей

РОДЫ	3 НЕДЕЛИ	6 НЕДЕЛЬ	> 6 МЕСЯЦЕВ
	ВМС (медные)^а		
		Добровольная стерилизация^б	
Презервативы\спермициды			
Прогестиновые контрацептивы			
		Естественные методы планирования семьи	
			Комбинированные контрацептивы

Среди всех методов контрацепции самым распространенным в нашей стране является внутриматочная контрацепция, на долю которой приходится 46% всех пользователей контрацептивов (6, 7, 11, 18, 52, 63, 74, 86, 119).

Внутриматочные средства контрацепции используются во всем мире уже в течении четырех десятилетий. В настоящее время число женщин, использующих ВМС, оценивается, как более 100 миллионов, из которых почти 70% живут в Китае. В противоположность этому в других регионах мира применение ВМС менее распространено, варьируя от 7% в некоторых развитых странах до 0,5% в государствах Тропической Африки (6, 7, 18, 86). Из развитых стран ВМС наиболее широко распространена в Скандинавских странах и некоторых странах Восточной Европы. В Венгрии, Норвегии и Финляндии четверть замужних женщин детородного возраста пользуются ВМС (7, 86). ВМС является самым распространенным методом контрацепции на территории бывшего СССР. Например, в Казахстане 39,6% замужних женщин в возрасте 15 - 49 лет пользуются ВМС (7), в России, Украине и Кыргызстане 16 - 20% женщин детородного возраста пользуются ВМС (7, 8). В Узбекистане частота использования ВМС в среднем составляет 46% (6, 7, 8, 74, 119). В таких странах, как Канада, США, Австралия, Новая Зеландия, Япония около 5% или менее замужних женщин детородного возраста пользуются ВМС (6, 7, 50, 52, 63). За последние годы число пользователей ВМС сократилось в Великобритании и многих других развитых странах (7). Одной из причин послужило широкое распространение и популяризация добровольной стерилизации среди женщин старшего возраста и мужчин (6, 7).

Сегодня мы имеем три наиболее распространенных вида ВМС: нейтральные, изготовленные из пластика (Lurez Loop) или нержавеющей

стали (Chinee ring), медьсодержащие – TCu380A, Мультилоад – MLCu 250 и 375 и NOVA T, содержащие гормоны - прогестерон (Progestacept) и левоноргестрел (Levo-Nova, Mirena) (8, 63, 74, 86).

ВМС – очень эффективный метод контрацепции. Эффективное действие ВМС начинается с момента установления. Установить ВМС можно в любой день менструального цикла, когда удобно пациентке и если медработник с обоснованной уверенностью может утверждать, что женщина не беременна. ВМС предотвращает наступление беременности, если установлена до момента имплантации (6, 7, 119). ВМС используются женщинами в течении более длительного времени, чем большинство других обратимых методов контрацепции. По данным обширных многоцентровых исследований, проведенных в развивающихся странах, примерно от 70 до более 90 из каждых ста женщин все еще пользовались ВМС по истечении года с момента установления (11, 18, 50, 52). В материалах исследования, проведенного Советом по проблемам народонаселения (США), содержатся данные о том, что 25 из каждых 100 женщин продолжают использовать ВМС TCu-380Ag через 8 лет после установки этого средства (52). Даже вне клинических испытаний ВМС характеризуется высокими показателями продолжительности применения (52, 63, 74, 86).

В послеродовом периоде ВМС можно устанавливать постплацентарно или в ходе кесарева сечения, в первые 48 часов после родов и через 4-6 недель после родов. В этот период можно устанавливать ВМС типа CuT , что касается других моделей, то рекомендуется дождаться истечения шестинедельного периода после родов (86). В Медицинских критериях ВОЗ (119) по подбору методов контрацепции указываются следующие обоснования для этих сроков послеродового введения ВМС. Используя соответствующую методику, введение ВМС сразу после родов через естественные родовые пути или кесарева сечения может быть безопасным и эффективным. Установлено, что такое введение не повышает риска

развития инфекции, перфорации или кровотечения (3, 74, 86, 119). Коэффициент экспульсий при этом неоднозначен и зависит, как от модели ВМС, так и от навыков персонала, осуществляющего введение. Имеющаяся информация подтверждает, что коэффициент экспульсий может быть выше в случае, когда ВМС вводится в период от 10 минут до 48 часов после родов, чем когда она осуществляется в первые 10 минут (7, 86). С целью минимизации степени риска экспульсии введение ВМС в послеродовом периоде должно осуществляться только соответствующим образом подготовленным медработником (6, 7, 11, 18, 50 52). В случае, если введение медь-содержащего Т-образного ВМС осуществляется опытным медработником не позднее, чем через 48 часов после родов, коэффициент экспульсии в течении последующих шести месяцев варьирует от 6 до 15 случаев на 100 женщин (86). Вследствие того, что введение ВМС в период 1 – 4 недели после родов связано с увеличением риска развития перфорации и инфицирования матки, многие группы специалистов не рекомендуют вводить ВМС в течении этого срока (6, 7, 11, 18).

Крупное международное исследование, касающееся введения ВМС непосредственно после родов показало, что случаи экспульсии ВМС через 3 месяца после введения наблюдались в 2 раза чаще на протяжении первых трех месяцев проведения исследования, когда медицинские работники еще не имели достаточного опыта проведения этой процедуры, по сравнению со второй половиной исследований, когда такой опыт у них уже появился (50, 52, 74). Те же наблюдения были зарегистрированы в бельгийском исследовании, которое выявило, что частота выпадения ВМС, случаи возникновения нежелательной беременности и удаление ВМС вследствие болевых ощущений, кровотечения или по другим медицинским показаниям наблюдались реже, если ВМС вводилась после родов более опытным медработником (86, 119).

Исследования, проведенные в Китае, Бельгии и Мексике, посвященные введению ВМС во время операции кесарево сечение через разрез передней брюшной стенки и матки показали, что данная процедура является безопасной, а случаи экспульсии ВМС при этом наблюдаются довольно редко (6, 7, 11, 18). В случае затяжных родов или при преждевременном разрыве плодных оболочек введение ВМС во время кесарева сечения производить не следует из-за риска инфицирования (18, 50, 52).

Для кормящих матерей идеальным методом контрацепции являются медные и инертные ВМС (74, 86, 119), так как эти средства никак не влияют на количество и состав грудного молока (6, 7). При использовании гормоносодержащих ВМС в грудном молоке обнаруживается небольшое количество прогестина, однако, такая низкая концентрация гормона не оказывает влияния на здоровье ребенка (6, 7, 18, 50, 52, 119). На основании сообщений о ряде случаев, а так же данных небольшого контрольного исследования, возникло мнение об увеличении риска перфорации матки при введении ВМС в период лактации (6, 7). Однако, международные клинические исследования, проведенные Международной федерацией планирования семьи, дали обнадеживающие результаты. Они не выявили ни одного случая перфорации матки у исследуемых 1243 кормящих матерей, которым была введена ВМС типа TCu-380A; не было зарегистрировано таких случаев и у 1032 женщин, пользующихся данным ВМС и не являющихся при этом кормящими матерями. У кормящих матерей введение ВМС было менее болезненным. Среди этих женщин также наблюдалось на 40% меньше случаев удаления ВМС из-за болевых ощущений или кровотечений в первые 12 месяцев использования этого средства (6, 7, 18, 86, 119). Однако в клинических исследованиях ВМС типа CuT -380A, петли Липпеса и MLCu-375, проведенных в Индонезии, не было выявлено каких-либо статистически значимых различий в показателях развития беременности, случаев экспульсии или удаления средства из-за кровотечения или болевых ощущений через 12 и 24 месяца

после введения ВМС при сравнении группы кормящих матерей и женщин, не являющихся таковыми (50, 52, 63). ВМС типа CuT 380 А может быть введена, начиная, как минимум, с четвертой недели после родов. Учитывая, что почти отсутствует соответствующая информация по другим моделям ВМС в период 4 – 6 недель после родов, было бы благоразумнее устанавливать все другие модели по истечении срока в 6 недель (74, 86, 119).

В Узбекистане, следуя Медицинским критериям ВОЗ есть четко определенные рекомендации по введению ВМС в сроки от 10 мин до 48 часов после родов. Однако, как показывает практика, дежурные врачи родильных залов и акушерки не рискуют вводить ВМС постплацентарно не столько из за риска экспульсии, сколько из-за боязни увеличения послеродовой кровопотери.

Большинство авторов сходятся во мнении, что только качественное консультирование может стать залогом эффективного и длительного использования контрацептивов (6, 7, 18, 86, 119). Содержательное и внимательное консультирование помогает пациентке выбрать наиболее подходящий для нее метод контрацепции, который будет безопасен, эффективен и полностью удовлетворит ее нужды (6, 7, 13, 50). В тех условиях, когда есть возможность ввести ВМС после родов, следует обсудить его применение наряду с возможностью применения других методов планирования семьи в течении дородового периода. Однако некоторые программы рекомендуют консультирование женщин по послеродовому введению ВМС в течении первых 48 часов после родов (52, 63, 74).

Заключение по обзору литературы. Эффективные технологии действительно существуют, но их внедрение зависит от нас. Например, в 1601 году капитан Ланкастер подтверждает, что лимонный сок предотвращает цингу. 146 лет спустя в 1747 году Британский военно-морской флот повторяет результаты Ланкастера. Еще 48 лет спустя в 1795

году руководство Британского военно-морского флота принимает решение давать лимонный сок морякам. Но прошло еще 70 лет, когда в 1865 году Британский морской флот начал давать лимонный сок морякам. Таким образом, понадобилось 246 лет для того, чтобы эта эффективная технология была полностью реализована (*Mark R. Anderson. A Short History of Scurvy. 2000*). Теперь очевидно, что исторически многое из того, что использовалось в медицинской практике, не имело доказательств эффективности. Хотя на сегодняшний день внимательно анализируется много медицинских вмешательств. В результате становится ясно, что многое, что делалось, было пустой тратой ресурсов, с одной стороны, и фактически вредным, с другой стороны. И в то же время, как долго женщины и их семьи будут ждать, чтобы эффективные технологии стали обычной медицинской практикой?

Наша работа направлена на анализ существующих ранее и современных технологий и научных доказательств по некоторым вопросам обеспечения эффективной помощи во время и после родов, что будет способствовать более широкому внедрению программы эффективный перинатальный уход в практику родовспоможения. Мы приступаем к этой работе с пониманием того, что наилучшая модель охраны здоровья базируется на трех столпах: безопасность, доказательная медицина и потребности пациента.

Глава II

Материал и методы исследования

2.1. Клиническая характеристика обследованных женщин

Нами изучено течение последового и раннего послеродового периода у 50 соматически здоровых женщин с нормальным течением беременности и родов, находившихся на родоразрешении в родильном комплексе номер 3 города Самарканда в 2003 году – ретроспективный анализ историй родов (контрольная группа).

Основную группу составили 50 рожениц с нормальным течением беременности и родов, у которых так же изучено течение последового и раннего послеродового периода. Этим женщинам было проведено активное ведение третьего периода родов. Анализу были подвергнуты анамнез, течение беременности и родов. Всем женщинам помимо общепринятых общеклинических и обязательных акушерских методов исследования было произведено измерение величины кровопотери в последовом и раннем послеродовом периоде гравиметрическим методом, а так же продолжительность третьего периода родов с помощью секундомера.

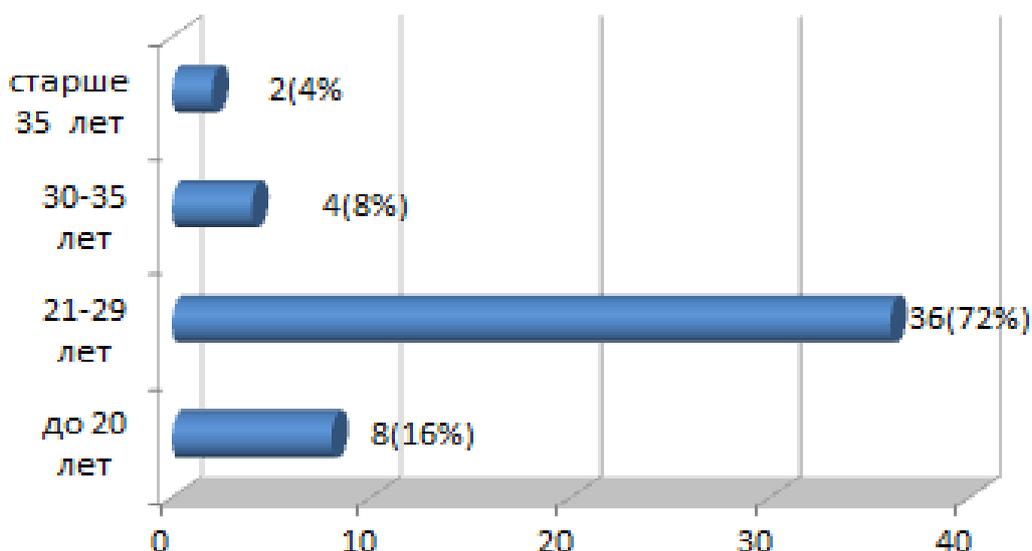
Все пациентки основной группы были разделены на 2 подгруппы: O_1 – 25 здоровых рожениц, которым проводилось активное ведение третьего периода родов, O_2 – 25 здоровых рожениц, которым сразу после рождения плода сублингвально вводилось 400 мг препарата сайтотек (мизопропростол).

Еще 30 роженицам с нормальным течением родов с целью изучения влияния внутриматочной контрацепции на величину послеродовой кровопотери в раннем послеродовом периоде, через 10 мин после рождения последа введено ВМС CuT 380А.

Средний возраст обследованных женщин составил $26,1 \pm 2,3$ года с колебаниями от 19 до 36 лет. Возрастная характеристика обследованных представлена в диаграмме 1.

Диаграмма 1.

Возрастная характеристика обследованных женщин



Как видно из диаграммы, большинство рожениц (72%) находились в наиболее оптимальном детородном возрасте, но вместе с этим следует отметить, что все еще имеют место роды у женщин в старшем и позднем репродуктивном возрасте, что по нашим данным составило 12%.

По месту жительства 58% составили жительницы города Самарканда.

Анализ социальной функции показал, что только 16% обследованных имели законченное высшее образование, еще 20% имели среднее специальное образование, а остальные 64% женщин закончили 9 классов школы, т.е. имели неполное среднее образование. Из всех обследованных только 22% работали, остальные 78% были домохозяйками. Эти данные указывают на недостаточную занятость молодых женщин в социальной сфере.

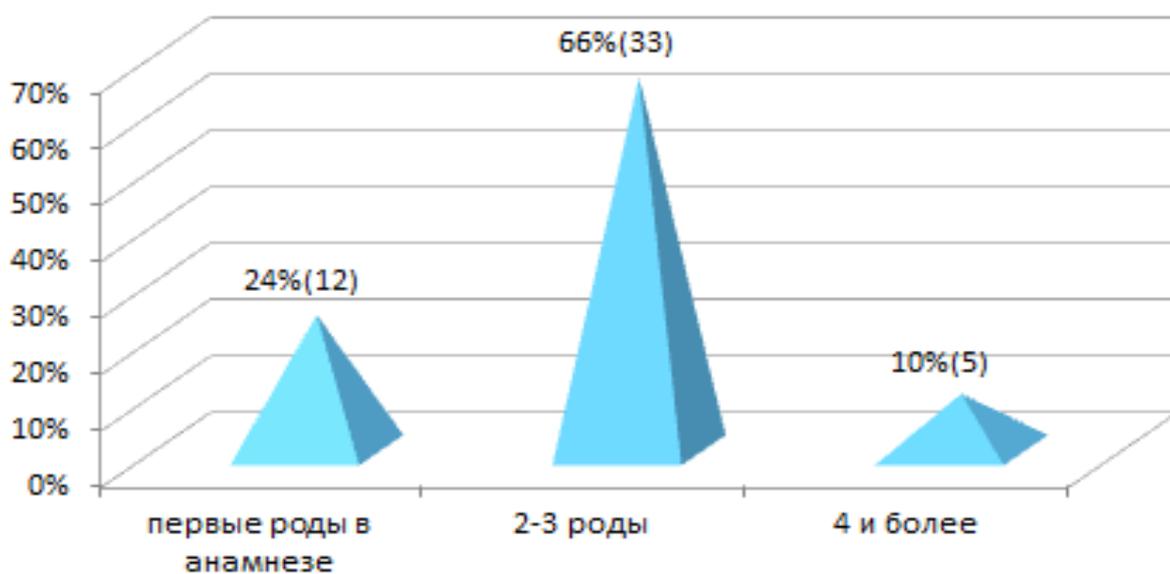
При изучении менструальной функции установлено, что средний возраст менархе составил $13,2 \pm 1,8$ лет, что соответствует среднему возрасту становления менархе в странах с теплым климатом. У 94% обследованных менструации установились сразу, у остальных 6% - в течении первого года. Нарушений менструальной функции в обследованной группе мы не наблюдали.

Средний возраст начала половой жизни составил $19,2 \pm 2,1$ лет, с колебаниями от 17 до 22, что свидетельствует о раннем начале половой жизни и может быть косвенным свидетельством большого количества беременностей и родов.

Анализ детородной функции показал, что большинство обследованных – повторнородящие женщины (диаграмма 2)

Диаграмма 2

Детородная функция обследованных женщин



Как видно из таблицы, все еще имеют место многорожавшие женщины, доля которых в нашем исследовании составила 10%.

Изучение акушерского анамнеза показало, что среди повторно – и многорожавших женщин каждая четвертая имела осложнения при предыдущих беременностях и родах, что представлено в таблице 4.

Таблица 4

Перенесенные осложнения беременности и родов (по данным анамнеза)

Осложнения	Абсолютное число	%
Пре-эклампсия легкая	2	4%
Пре-эклампсия тяжелая	1	2%
Эклампсия	-	-
Преждевременные роды	4	8%
ПОНРП	2	4%
Предлежание плаценты	1	2%
Самопроизвольные аборты	5	10%
Искусственные аборты	29	58%
Послеродовые кровотечения	7	14%
Послеродовые септические заболевания	3	6%
Разрывы шейки матки	-	-
Эпизиотомия/разрывы	5	10%

промежности		
-------------	--	--

Как видно из таблицы, все повторно и многорожавшие женщины имели осложнения при предыдущих беременностях и родах. Таким образом, их можно косвенно отнести к группе риска на кровотечение. 8 женщин (16 %) имели кровотечения при предыдущих родах, что делает их особенно уязвимыми на развитие кровотечения при следующих родах и, следовательно, требует особых профилактических мероприятий. Особенно обращает на себя внимание большое количество перенесенных искусственных и самопроизвольных абортов у повторнородящих женщин, что свидетельствует о недостаточной работе службы планирования семьи. Анализ предыдущих родов представлен в таблице 5.

Таблица 5

Исходы предыдущих родов (по данным анамнеза)

Исходы родов	Абсолютное число	%
Нормальные роды	8	16%
Кесарево сечение	2	10%
Слабость родовой деятельности	2	4%
Акушерские щипцы	1	2%
Ручное обследование полости матки	5	10%

82% обследованных имели экстрагенитальные заболевания. Среди них самым распространенным была анемия – у 14 пациенток (28%), далее по частоте – заболевания мочевыделительной системы (8%), заболевания щитовидной железы (2%), у одной – хронический гастрит и только 30 (60%) женщин были практически здоровы. При этом у 12% рожениц имело место сочетание 2-х экстрагенитальных заболеваний, например, хронический

пиелонефрит и анемия, хронический гастрит и анемия. Это указывает на недостаточную подготовку женщин к деторождению в условиях первичного звена здравоохранения, а так же на отсутствие знаний медработников и пациенток о том, что рациональное планирование беременности – механизм сохранения жизни и здоровья матери и ребенка.

Из перенесенных гинекологических заболеваний на первом месте хронические воспалительные заболевания половых органов – у 8 (16%) перво- и повторнородящих женщин. Интересным представляется факт, что у 3 из них, воспалительное заболевание явилось причиной первичного и вторичного бесплодия. У двух (4%) пациенток в анамнезе была операция по поводу внематочной беременности. Это тоже позволяет отнести их в группу риска на развитие кровотечения при следующей беременности. 4 женщины были прооперированы по поводу кист и кистом яичника. Таким образом, 28% обследованных имели в анамнезе заболевания гениталий.

В таблице 6 представлены сведения по интергравидарному интервалу у повторно и многорожавших обследованных.

Таблица 6

Интергравидарный интервал до настоящей беременности среди повторно- и многорожавших

Интервал между родами	Абсолютное число	%
Менее 2-х лет	14	36,8%
2-3 года	16	42,2%
3-5 лет	8	21%
Всего	38	100%

Как видно из таблицы, все еще остается высоким удельный вес женщин, у которых интергравидарный интервал составляет менее 2-х лет.

Течение настоящей беременности было проанализировано на основании анамнеза и данных обменной карты.

Интересные данные получены о сроках взятия на учет (таблица 7)

Таблица 7

Сроки взятия на учет обследованных женщин

Сроки беременности	Абсолютное число женщин	%
До 12 недель	10	20%
12 – 22 недель	17	34%
После 22 недель	18	36%
Не состояли на учете	5	10%
Итого	50	100

Из таблицы видно, что только каждая десятая женщина состояла на учете с ранних сроков беременности, а 10% вообще не находились под наблюдением врача при беременности.

Согласно данным обменной карты, у 90% (т.е. у всех состоящих на учете женщин) течение настоящей беременности было гладким.

Однако, при анализе историй родов, т.е. при более подробном сборе анамнеза, выяснилось, что 19 (38%) женщин получали амбулаторное лечение по поводу анемии, 4 (8%) женщин получали стационарное лечение по поводу воспалительных заболеваний мочевыделительной системы и 3 (6%) женщин получали стационарное лечение по поводу угрозы прерывания беременности. Таким образом, 44% обследованных в течение настоящей беременности получали лечение в связи с различными состояниями, не отраженными в обменной карте, что является свидетельством плохой преемственности между первичным звеном здравоохранения и родовспомогательным учреждением.

При поступлении в стационар состояние 48 женщин было оценено как удовлетворительное, а 2-х – как тяжелое в связи с наличием симптомов тяжелой преэклампсии.

Течение родов отражено в таблице 8.

Таблица 8.

Течение родов у обследуемых женщин

Течение родов	Абсолютное число	%
Нормальное	38	76%
Слабость родовой деятельности	1	2%
Слабость потуг	1	2%
Несвоевременное излитие вод	3	6%
Преждевременные роды	3	6%
Эпизиотомия	4	8%

Как видно из таблицы, 24% поступивших пациенток имели осложнения в течении данных родов, что требовало особенно тщательной профилактики послеродового кровотечения.

В изученной группе все женщин родоразрешились самостоятельно, через естественные родовые пути. Всего родилось 50 живых новорожденных.

94% новорожденных родились доношенными, со средней массой тела $3325,4 \pm 140,5$ г, с колебаниями в пределах от 3600,0 до 3150,0. 6. Средняя оценка по шкале Апгар составила $7,1 \pm 1,3$ балла с колебаниями от 7 до 9 баллов. Интересным представляется факт, что состояние ни одного ребенка не было оценено при рождении в 10 баллов. Это скорее является свидетельством переоценки состояния ребенка при рождении, чем тяжестью его состояния.

6% новорожденных родились недоношенными, со средней массой тела $2050,4 \pm 120,6$ г, с колебаниями от 1800,0 до 2200,0 г. Состояние всех недоношенных детей при рождении было оценено, как тяжелое. Средняя оценка по Апгар у них составила $5,2 \pm 1,6$ баллов.

Средняя продолжительность первого и второго периода родов у перво-, повторно- и многорожавших женщин составила $6,2 \pm 1,8$ часов.

Таким образом, исходя из изложенного, можно сделать вывод, что почти каждая роженица по тем или иным причинам может быть условно отнесена в группу риска на развитие послеродового кровотечения: у 68% в связи с наличием аборт в анамнезе, у 28% в связи с анемией разной степени выраженности, у 36,8% в связи с небольшим интергравидарным периодом, у 10% в связи с многочисленными родами в анамнезе, у 4% в связи с перенесенным кесаревым сечением и т.д. Поиск оптимальных, безопасных и доступных методов профилактики послеродовых кровотечений у этих женщин является актуальной задачей.

2.2. Методы обследования

2.2.1. Всем женщинам проведено обязательное общеклиническое и акушерское/гинекологическое обследование, включая сбор анамнеза и оценку жалоб, наружное внутреннее акушерское исследование с определением состояния шейки матки, наличия деформаций и рубцовых изменений шейки, наличие плодного пузыря, состояние предлежащей части, ее отношение к плоскостям малого таза, особенность костного таза, достижимость мыса, выраженность крестцовой впадины, характер выделений из половых путей.

1.2.2. Всем женщинам проводили **клиническое исследование крови и мочи**, определение групповой принадлежности и резус-фактора крови, исследование крови на ВИЧ и реакцию Вассермана. Биохимический анализ крови и гемостазиограмма проводились по показаниям.

1.2.3. Ультразвуковое исследование.

30 родильницам, которым было введено ВМС постплацентарно, на 5-6 сутки после родов проводили ультразвуковое исследование, при котором измеряли матку (длину, ширину, передне-задний размер), определяли размеры полости и характер находящихся в ней включений (децидуальная ткань, сгустки крови, остатки плаценты и т.д.). расположение ВМК. Для лучшей визуализации исследования проводили при хорошо наполненном мочевом пузыре. Исследование проводили на аппарате Mobile Trolley UMT – 100, с линейным датчиком Digital Ultrasonic Diagnostik Imaging System Model/DP 3300.

1.2.4. Для определения **величины кровопотери** во время родов и в раннем послеродовом периоде использовали следующие методы:

- **визуальный** – оценивали объем жидкой крови и сгустков и кровь, вытекающую из половых путей, а также интенсивность пропитывания белья кровью.
- **Гравиметрический** - проводилось взвешивание салфеток, белья и сгустков крови и вычисление объема кровопотери по формуле Либова.

Объём кровопотери = $V/2 \times 15\%$ (при кровопотери менее 1000 мл) или $\times 30\%$ (при кровопотери более 1000 мл), где V – вес салфеток и белья, 15% и 30% - величина ошибки на околоплодные воды и дезинфицирующие растворы.

Кровопотерю жидкой крови оценивали с помощью гравидометрической колбы.

1.2.5. Методы контрацепции.

При выполнении настоящего исследования в качестве контрацептивов использовали внутриматочный контрацептив - Cu T380A.

ВМК Cu T380A- представляет собой медьсодержащее внутриматочное средство Т-образной формы, с общей площадью меди – 380 кв.мм. ВМК Cu T380A является одним из наиболее распространенных

и эффективных методов предупреждения нежелательной беременности. В настоящем исследовании проведен анализ влияния ВМС CuT 380-А, введенного постплацентарно, на величину послеродовой кровопотери.

1.2.6. Статистические методы.

Все анамнестические, клинические, лабораторные и инструментальные данные подвергнуты тщательному анализу. Полученные цифровые результаты обработаны методом вариационной статистики - среднюю арифметическую величину (М), ошибку (т) высчитывали на компьютере с применением статистической программы “Microsoft Excel”, версия 5.

Вероятность возможной ошибки каждого показателя вычислена по статистическому критерию Стьюдента. Различия между сравниваемыми величинами считали статистически достоверными при уровне значимости $p \leq 0,05$ и $t \geq 2$.

Глава III

Анализ эффективности разных методов профилактики послеродовых кровотечений

3.1. Выжидательная тактика ведения третьего периода родов – результаты ретроспективного анализа.

С целью сравнения результатов внедрения эффективных перинатальных технологий при ведении третьего периода родов и их влияния на величину послеродовой кровопотери с выжидательной тактикой ведения третьего периода родов, принятой в родовспомогательных учреждениях в течение длительного периода времени, а так же в связи с задачами исследования, нами изучено течение третьего периода родов и раннего послеродового периода в 50 историях родов женщин, родоразрешенных в родильном комплексе №3 в 2003 году (до внедрения активной тактики ведения третьего периода родов). Всего за этот год в этом родильном комплексе произошло 2035 родов, из них нормальных - 1557, что составило 76,5%. Рандомизация данного раздела исследования была проведена методом случайной выборки по диагнозу « Срочные нормальные роды». Научному анализу подвергнуты: возраст, менструальная, сексуальная и репродуктивная функции, перенесенные и сопутствующие гинекологические и экстрагенитальные заболевания, течение и исход беременности и родов, возможности грудного вскармливания и послеродовой контрацепции и др.

Средний возраст женщин этой группы составил 26,5 + 3,8 года с колебаниями от 19 до 43 лет (таблица 11).

Таблица 11.

Возраст женщин по данным ретроспективного анализа.

Возраст	Количество женщин	%
До 20 лет	1	2%
21 – 29 лет	24	48%

30 – 34 года	16	32%
35 – 39 лет	6	12%
40 лет и старше	3	6%
Всего	50	100,0

Из общего числа обследованных жительниц города было 38 (76%) и жительниц сельской местности было 12 (24%). В социальной структуре преобладали домохозяйки – 41 человек (82%), остальные 9 (18%) – служащие и студентки.

По данным истории родов из 50 женщин только 36 (72%) состояли на учете в женской консультации, при этом в сроке до 12 недель беременности на учет были взяты только 3 (6%) пациентки, остальные 33 женщины впервые посетили врача в сроках от 20 до 28 недель.

Из 50 обследованных женщин 38 имели в анамнезе роды, остальные 12 были первородящими. Анализ детородной функции показал, что большинство обследованных имели более 1 родов в анамнезе (таблица 12)

Таблица 12

Детородная функция обследованных

Количество родов	Абсолютное число	%
1	10	20%
2 - 3	20	40%
4 и более	8	16%
Предстоящие роды первые	12	24%
Всего	50	100%

Как видно из таблицы в 2003 году, работу по исключению из процесса родов многорожавщих женщин проводилась недостаточно, их доля в нашем исследовании составила 8%.

В таблице 13 представлены сведения об особенностях течения предыдущих беременностей и родов.

Таблица 13.

Особенности течения предыдущих беременностей и родов.

Анамнез	Количество женщин	%
Аборты (искусственные и самопроизвольные)	24	48%
Преждевременные роды	2	4
Мертворождение	4	8
Ранняя неонатальная смертность	2	4
Акушерские щипцы	1	2
Вакуум – экстракция	1	2
Краниотомия	3	6

Из таблицы видно, что у 37 женщин был отягощенный анамнез, при этом обращает на себя внимание факт большого количества абортов – 48%, особенно абортов перед первыми родами, которые имели место у 14 (28%) женщин. По три и более аборта имели 9 женщин. Большое количество перенесенных искусственных и самопроизвольных абортов у повторнородящих женщин свидетельствует о недостаточной работе служб планирования семьи в 2003 году.

Половина женщин (50 %) еще до наступления данной беременности имели патологию гениталий: воспалительные заболевания гениталий – у 18, опухоли матки и придатков матки – у 5. Первичным бесплодием длительностью от 3 до 5 лет страдали 2 (8%) женщины. Нарушение менструальной функции зарегистрировано у 6 пациенток, в том числе аменорея – у 1, синдром Штейна-Левенталя – у 2 и у 1 пациентки имела

место альгодисменорея. Все они в прошлом получали амбулаторное или стационарное лечение.

Анализ менструальной функции показал, что средний возраст наступления менархе в изучаемой группе составил $15,6 + 3,5$ года с колебаниями от 11 до 19 лет. Средний возраст начала половой жизни составил $19,2 \pm 2,1$ лет, с колебаниями от 17 до 22.

Течение настоящей беременности у 41 (82%) женщины было неосложненным, а у 9 (18%) имело место сочетание двух и более осложнений. Установлено, что с увеличением паритета увеличивается количество осложнений. Так, у первобеременных наблюдалось по одному осложнению, у повторнобеременных - 2-3, у многорожавших – 2-4.

Среди женщин с осложненным течением беременности было 2 первородящих, 4 – повторнородящих и 3 – многорожавших.

Анемия имела место у 19, хронический пиелонефрит – у 2-х, отягощенный акушерский анамнез – у 5. Одна женщина была с рубцом на матке после перенесенного кесарева сечения.

По данным ретроспективного анализа 58% женщин использовали различные методы контрацепции. Данные об этом представлены в таблице 14.

Таблица 14

Использование контрацептивов (по данным ретроспективного анализа)

№	Вид контрацептива	Количество женщин	%
1	ВМС	10	20
2	КОК	4	8
3	Депо - Провера	4	8
4	Презервативы	5	10
5	Прерванный половой акт	6	12
Всего		29	58

Как видно из таблицы, основным методом контрацепции являлась ВМС – 34,5% от пользующихся контрацепцией и 20% среди обследованных. 17,2% из пользующихся контрацепцией и 10% из числа обследованных использовали презерватив, как барьерный метод контрацепции.

В таблице 15 представлены сведения по интергравидарному интервалу у повторно и многорожавших женщин.

Таблица 15.

Интергравидарный интервал до настоящей беременности среди повторно- и многорожавших

Интервал между родами	Абсолютное число	%
Менее 2-х лет	16	32%
2-3 года	8	16%
3-5 лет	4	8%
Всего	28	56%

Как видно из таблицы, удельный вес женщин, у которых интергравидарный интервал составляет менее 2-х лет был в те годы достаточно высоким – 32%

Все женщины были родоразрешены через естественные родовые пути. Все роды были срочные. У двух пациенток имело место несвоевременное излитие околоплодных вод. Безводный промежуток составил 10 и 8 часов.

Родилось 50 доношенных живых новорожденных с оценкой по Апгар – $7,1 \pm 0,4$ баллов.

Сразу после рождения плода этим роженицам был наложен зажим на пуповину, близко к вульварному концу, далее наблюдали за появлением признаков отделения последа – Альфельда, Шредера, Кюстнера-Чукалова, после появления признаков отделения последа предлагали роженице потужиться и выделяли послед. Во всех случаях имело место самостоятельное отделение и выделение последа.

У 10 женщин первые признаки отделения последа появились через 14,0 минут после рождения ребенка, у – 9 – через 14,5 минут, у 4 – через 15,2 минуты, у 2 – через 17,0 минут. Таким образом, среднее время появления первых признаков отделения последа в этой составило $14,4 \pm 0,7$ минут. Общая продолжительность последового периода в этой группе представлена в таблице 16.

Таблица 16.

Общая продолжительность последового периода по данным ретроспективного анализа.

Время (минут)	Количество
15,0	4
15,2	2
15,5	2
15,8	2
16,1	2
16,4	2
16,6	2
17,3	4
17,5	4
18,0	4
18,2	2
18,5	2
19,0	2
19,4	2
19,9	2
20,0	2
20,3	2
20,6	2
21,0	2

21,2	2
21,6	2
Итого	50

Как видно из таблицы средняя продолжительность последового периода в этой группе составила $18,1 \pm 3,1$ минут, что свидетельствует о значительной продолжительности последового периода при выжидательной тактике ведения.

В раннем послеродовом периоде у трех рожениц было произведено ручное обследование полости матки: по поводу рубца на матке после предыдущего кесарева сечения, по поводу кровотечения в последовом периоде, связанном с дефектом последа.

Данные о кровопотере в последовом периоде представлены в таблице 17.

Как видно из этой таблицы, средняя кровопотеря при выжидательной тактике ведения третьего периода родов составила $161,2 \pm 39,2$ мл.

Таблица 17.

Кровопотеря в последовом периоде по данным ретроспективного анализа

Кровопотеря (в мл)	Количество пациенток
100,0	2
120,0	4
130,0	2
140,0	2
150,0	10
160,0	6
170,0	6
180,0	12
190,0	2
200,0	2

210,0	2
Всего	50

Наблюдение за роженицами продолжали в раннем послеродовом периоде в течение двух часов, после чего вновь измеряли кровопотерю.

Согласно правилам, принятым в родильном комплексе № 3, в раннем послеродовом периоде у рожениц моча выпускалась с помощью катетера, проводился наружный массаж матки (как часто – указаний ни в одной истории родов не было).

У трех рожениц в этой группе в раннем послеродовом периоде была произведена операция ручного контроля полости матки по поводу рубца на матке после предыдущего кесарева сечения, и в двух случаях по поводу кровотечения в раннем послеродовом периоде, связанного с дефектом последа. Кровопотеря у этих рожениц после ручного обследования полости матки составила соответственно – 420,0; 450,0 и 580,0 мл. Средняя кровопотеря после операции ручного контроля полости матки составила $483,0 \pm 20,4$ мл

Кровопотеря в раннем послеродовом периоде у остальных 47 рожениц представлена в таблице 18.

Таблица 18.

Кровопотеря в раннем послеродовом периоде по данным ретроспективного анализа

Кровопотеря (в мл)	Количество пациенток
150,0	4
160,0	18
170,0	16
180,0	5
190,0	2
200,0	2

Всего	47
-------	----

Средняя кровопотеря в раннем послеродовом периоде составила
166,8±28,4мл

Общая кровопотеря высчитывалась путем сложения двух вышеописанных объемов и представлена в таблице 19.

Таблица 19.

Общая кровопотеря в родах

Кровопотеря/масса тела	Количество пациенток	% к массе тела
150,0 мл/60	4	0,25%
160,0мл/65	6	0,24%
170,0мл/72	14	0,23%
180,0мл/75	16	0,24%
190,0мл/70	6	0,27%
200,0мл/80	4	0,25%

В качестве иллюстрации этого раздела работы приводим типичный клинический пример.

Роженица М., 28 лет, и.р.№1026 жительница города Самарканда, поступила в родильный комплекс №3 24.10.03 в 10 часов 45 минут в удовлетворительном состоянии с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и поясницы. Из анамнеза – данная беременность третья, первые две завершились нормальными родами в 1999 и 2002 году. Контрацепцию не использовала. Состояла на учете в поликлинике по месту жительства с 14 недель беременности. Беременность протекала на фоне анемии средней степени выраженности, получала амбулаторно препараты железа, со слов – нерегулярно.

При поступлении: кожа и видимые слизистые обычной окраски. Рост 164 см, вес – 68 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

А/Д 100/70. Пульс – 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Отеков нет. В моче белка нет.

Группа крови 0(I), Rh +. Гемоглобин 80 г/л.

Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное, 140 ударов в минуту, слева, ниже пупка. Родовая деятельность – схватки, через 5-4 минуты, по 30-35 секунд.

При вагинальном осмотре обнаружено раскрытие шейки матки 5-6 см, плодный пузырь цел. Предлежащая головка в первой плоскости малого таза. Стреловидный шов в поперечном размере. Емкость таза удовлетворительная.

Диагноз при поступлении: Беременность 3, недель 39-40, роды 3. Первый период родов. Хроническая гипохромная анемия средней степени выраженности.

24.10.03 в 13.00 излились светлые околоплодные воды и начался второй период родов.

24.10.03 в 13.20 родился живой, доношенный мальчик с оценкой по Апгар 7-8 баллов, массой тела 3100,0 г, длиной 51 см.

Через 18 минут самостоятельно отделился и выделился послед. Кровопотеря в последовом периоде 150,0.

Роженице положен холод и груз на низ живота и произведена катетеризация мочевого пузыря – выделено 100 мл прозрачной мочи.

В течении двух часов велось наблюдение в родильном зале. По окончании раннего послеродового периода измерена кровопотеря, она составила 200,0 мл. Общая кровопотеря в родах – 350,0, что составило 0,53% к массе тела.

Послеродовый период протекал без осложнений.

На пятые сутки родильница с ребенком выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Этот типичный пример, якобы нормальных родов, иллюстрирует, что женщина с хронической гипохромной анемией имела кровопотерю в родах, несколько превышающую нижнюю границу допустимого.

Кроме того, обращает на себя внимание позднее взятие на учет в условиях города, отсутствие указаний в обменной карте о консультировании по поводу опасных признаков при беременности и контрацепции. В истории родов указано, что женщине рекомендован метод лактационной аменореи. Что касается ведения раннего послеродового периода – была применена вредная тактика – катетеризация мочевого пузыря, а так же не нужная тактика – холод и груз на низ живота.

Таким образом, ретроспективный анализ историй родов показал, что выжидательная тактика ведения третьего периода родов удлиняет течение родов, приводит к необоснованному увеличению кровопотери и не может быть допустимой в условиях региона, где анемия у беременных занимает первое место в структуре экстрагенитальной патологии, где по-прежнему имеют место много- и часто рожаящие женщины.

3.2. Результаты внедрения рекомендаций эффективного перинатального ухода - активного ведения третьего периода родов.

С целью определения величины кровопотери и продолжительности третьего периода родов было изучено течение третьего и раннего послеродового периода у 25 рожениц, которым проводилось активное ведение третьего периода родов (группа O_1).

На учете в женской консультации Безводный промежуток составил 11 часов. Все роды были срочные и протекали по типу нормальных.

Сразу после рождения плода и клеммирования плацентарного конца пуповины, этим роженицам было введено 10 ЕД окситоцина в мышцу бедра и с началом последовых схваток предпринята контролируемая тракция за пуповину. После выделения последа производили наружный массаж матки каждые 15 минут в течении 2-х часов.

У 16 женщин послед удалось выделить через 4,0 минуты после рождения ребенка, у 4 – через 4,5 минут, у 3 – через 5,0 минут. Таким образом, среднее время отделения и выделения последа, т.е. общая продолжительность последового периода в этой группе, составила $4,2 \pm 0,2$ минут.

Кровопотеря в последовом периоде оценивалась гравиметрическим методом. Данные представлены в таблице 20.

Как видно из этой таблицы, средняя кровопотеря при активном ведении третьего периода родов составила $54,6 \pm 26,4$ мл, что значительно ниже, чем в группе ретроспективного анализа.

состояли 23. Анемия имела место у 21, отягощенный акушерский анамнез (многорожавшие) – у 4. Две женщины были с рубцом на матке после перенесенного кесарева сечения. Все 25 женщин были родоразрешены через естественные родовые пути. У одной пациентки имело место несвоевременное излитие околоплодных вод.

Таблица 20.

Кровопотеря в последовом периоде в группе O₁

Кровопотеря (в мл)	Количество пациенток
50,0	16
60,0	5
65,0	3
70,0	1

Наблюдение за родильницами продолжали в течении двух часов, производили наружный массаж матки каждые 15 мин., после чего вновь измеряли кровопотерю.

Кровопотеря в раннем послеродовом периоде у родильниц второй группы представлена в таблице 21.

Как видно из этой таблицы, средняя кровопотеря в этой группе составила $60 \pm 25,6$ мл, что значительно меньше, по сравнению с контрольной группой.

Таблица 21.

Кровопотеря в раннем послеродовом периоде в группе O₁

Кровопотеря (в мл)	Количество пациенток
50,0	9
60,0	9
70,0	5
80,0	2

Общая кровопотеря высчитывалась путем сложения двух вышеописанных объемов и представлена в таблице 22.

Таблица 22.

Общая кровопотеря в родах в группе O₁

Кровопотеря	Количество пациенток	% к массе тела
80,0мл/59	8	0,13%
90,0мл/65	7	0,13%
100,0мл/71	3	0,14%
110,0мл/80	2	0,13%
120,0мл/72	3	0,16%
130,0мл/68	2	0,19%

В качестве иллюстрации этого раздела работы приводим типичный клинический пример.

Роженица С., 30 лет, и.р.№765/340 жительница города Самарканда, поступила в родильный дом №3 12.12.13 в 14 часов 00 минут в удовлетворительном состоянии с жалобами на схваткообразные боли

внизу живота и поясницы. Из анамнеза – данная беременность пятая, первые три завершились нормальными родами в 2004, 2006 и 2009. Последняя беременность в феврале 2012 года закончилась медицинским абортom без осложнений в сроке 8 недель. По совету врача должна была явиться для введения ВМС через месяц, но наступила данная беременность.

Состояла на учете в поликлинике по месту жительства с 24 недель беременности. Беременность протекала на фоне анемии средней степени выраженности, врач назначил ей антианемическое лечение, но пациентка его не получала.

При поступлении: кожа и видимые слизистые обычной окраски. Рост 160 см, вес – 70 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. А/Д 120/80. Пульс – 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Отеков нет. В моче белка нет.

Группа крови 0(I), Rh +. Гемоглобин 78 г/л.

Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное, 140 ударов в минуту, справа, ниже пупка. Родовая деятельность – схватки, через 4-3 минуты, по 45-50 секунд.

При вагинальном осмотре обнаружено раскрытие шейки матки почти полное, плодный пузырь цел. Предлежащая головка в первой плоскости малого таза. Стреловидный шов в поперечном размере. Емкость таза удовлетворительная.

Диагноз при поступлении: Беременность 5, недель 39-40, роды 4. Конец первого периода родов. Хроническая гипохромная анемия средней степени выраженности. Отягощенный акушерский анамнез (многорожавшая).

12.12.13 в 14.20 излились светлые околоплодные воды и начался второй период родов.

12.12.07 в 14.40 родилась живая, доношенная девочка с оценкой по Апгар 8 баллов, массой тела 3000,0 г, длиной 50 см.

Ребенок отделен от матери, обсушен и положен на живот матери.

Сразу после отделения ребенка матери введено 10 ЕД окситоцина в бедренную мышцу. Правой рукой акушерки захвачен зажим, находящийся на пуповинном остатке, левой рукой, лежащей на дне матки, определено начало схватки и предпринята попытка контролируемой тракции за пуповину, которая не была успешна. Через 1 минуту 12 секунд началась следующая схватка, и со второй попытки контролируемой тракции за пуповину послед удалось отделить и выделить. Общая продолжительность последового периода составила 4 минуты. Кровопотеря – 55 мл.

В течении двух часов велось наблюдение за родильницей в родильном зале. Ребенок приложен к груди через 30 минут после рождения. Каждые 15 минут проводился наружный массаж матки. По окончании раннего послеродового периода измерена кровопотеря, она составила 62,0 мл. Общая кровопотеря в родах – 117,0 мл, что составило 0,15% к массе тела.

Послеродовый период протекал без осложнений. Гв при выписке 75 г/л. На третьи сутки родильница с ребенком выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Этот пример нормальных родов у многорожавшей женщины с анемией иллюстрирует, что при активной тактике ведения третьего периода родов можно свести кровопотерю в родах до минимума, даже у пациенток, имеющих риск кровотечения. Однако, присутствие хорошо обученной и квалифицированной акушерки при этом обязательно.

Таким образом, активная тактика ведения третьего периода родов значительно укорачивает третий период родов и уменьшает кровопотерю не только у здоровых женщин, но и в группе риска на кровотечение.

3.3. Профилактика кровотечения с помощью препарата сайтотек

С целью определения величины кровопотери и продолжительности третьего периода родов было изучено течение третьего и раннего

послеродового периода у 25 рожениц - подгруппа O₂, которым проводилась профилактика кровотечения в послеродовом периоде с помощью препарата сайтотек. Сайтотек – простагалидин E-2 альфа – в дозе 400 мг вводили однократно сублингвально сразу после рождения плода и отделения его от матери.

В этой группе было 5 первородящих, 17 – повторнородящих и 3 – многорожавших.

На учете в женской консультации состояли 25. Анемия имела место у 23. Одна женщина была с рубцом на матке после перенесенного кесарева сечения. Все женщины были родоразрешены через естественные родовые пути. Все роды были срочные. У двух пациенток имело место несвоевременное излитие околоплодных вод. Безводный промежуток составил 8 и 6 часов.

Сразу после рождения плода этим роженицам был наложен зажим на пуповину, близко к вульварному концу, роженице давали препарат сайтотек в дозе 400 мг сублингвально. Захватив за зажим, наложенный на пуповину, дожидались схватки и предпринимали контролируемую тракцию за пуповину. У 8 женщин послед был выделен через 4,2 минуты после рождения ребенка, у 10 – через 4,5 минут, у 2 – через 4,8 минут, у 2 – через 5,0 минут, у 1 – через 5,2 минут и 2 – через 5,5 минут. Таким образом, среднее время продолжительности третьего периода родов в этой подгруппе составило $5,0 \pm 1,3$ минут, что соответствует продолжительности последового периода в подгруппе O₁ ($p > 0,5$).

Осложнения последового периода в этой подгруппе пациенток мы наблюдали в двух случаях (8%) – отрыв пуповины, что привело к необходимости ручного выделения последа, и ущемление последа, что так же потребовало ручного выделения последа.

Данные о кровопотере в последовом периоде в этой группе представлены в таблице 23.

Как видно из этой таблицы, средняя кровопотеря составила $81,6 \pm 5,2$, что значительно превышает средние данные в группе ретроспективного анализа ($p < 0,1$), но достоверно не отличается в сравнении с подгруппой O_1 ($p > 0,5$)

Таблица 23.

Кровопотеря в последовом периоде в подгруппе O_2

Кровопотеря (в мл)	Количество пациенток
100,0	1
90,0	1
85,0	1
80,0	1
75,0	3
70,0	2
65,0	3
60,0	5
55,0	4
50,0	4
Всего	25

После введения сайтотека наблюдение за роженицами продолжали в раннем послеродовом периоде в течение двух часов, каждые 15 мин проводили наружный массаж матки, после чего вновь измеряли кровопотерю.

Следует отметить, что у 10 (40%) пациенток после приема препарата сайтотек отмечались различные дискомфортные состояния: сильные схваткообразные боли внизу живота, тошнота, озноб, повышение температуры тела до 38°C . Данные состояния купировали назначением парацетамола и антигистаминных препаратов.

Кровопотеря в раннем послеродовом периоде представлена в таблице 24.

Таблица 24.**Кровопотеря в раннем послеродовом периоде в подгруппе O₂**

Кровопотеря (в мл)	Количество пациенток
50,0	4
60,0	2
70,0	2
80,0	4
90,0	3
100,0	5
110,0	2
120,0	3
Всего	25

Средняя кровопотеря в раннем послеродовом периоде составила
96,8±28,7мл

Общая кровопотеря высчитывалась путем сложения двух вышеописанных объемов, она представлена в таблице 25.

Таблица 25.**Общая кровопотеря в родах в подгруппе O₂**

Кровопотеря/масса тела	Количество пациенток	% к массе тела
120,0мл/60	9	0,2%
130,0мл/71	7	0,18%
140,0мл/65	4	0,21%

150,0мл/80	2	0,18%
160,0мл/75	3	0,21%

В качестве иллюстрации этого раздела работы приводим следующий клинический пример.

Роженица А., 22 лет, и.р.№740/256 жительница Самаркандского района, поступила в родильный дом №3 07.01.13 в 12 часов 10 минут в удовлетворительном состоянии с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и поясницы. Из анамнеза – данная беременность вторая, первая в 2009 году завершилась нормальными родами. Контрацепцию не использовала. Состояла на учете в поликлинике по месту жительства с 20 недель беременности. Беременность протекала на фоне анемии средней степени выраженности, получала амбулаторно препараты железа и общеукрепляющую терапию.

При поступлении: кожа и видимые слизистые обычной окраски. Рост 162 см, вес – 71 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. А/Д 110/70. Пульс – 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Отеков нет. В моче белка нет.

Группа крови В(II), Rh +. Гемоглобин 81 г/л.

Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное, 140 ударов в минуту, слева, ниже пупка. Родовая деятельность – схватки, через 7-6 минут, по 30-35 секунд.

При вагинальном осмотре обнаружено: раскрытие шейки матки 4-5 см, плодный пузырь цел. Предлежащая головка в первой плоскости малого таза. Стреловидный шов в поперечном размере. Емкость таза удовлетворительная.

Диагноз при поступлении: Беременность 2, недель 39-40, роды 2. Первый период родов. Хроническая гипохромная анемия средней степени выраженности.

07.01.13 в 15.05 излились светлые околоплодные воды и начался второй период родов.

07.01.13 в 15.35 родился живой, доношенный мальчик с оценкой по Ангар 8 баллов, массой тела 3400,0 г, длиной 53 см.

После отделения ребенка от матери, ей введено 400 мг сайтотека сублингвально и произведены контролируемые тракции за пуповину во время схваток. Через 6 минут самостоятельно отделился и выделился послед. Кровопотеря в последовом периоде 65,0 мл.

В течении двух часов велось наблюдение в родильном зале. Каждые 15 минут проводился наружный массаж матки. По окончании раннего послеродового периода измерена кровопотеря, она составила 60,0 мл.

Общая кровопотеря в родах – 125,0, что составило 0,17% к массе тела.

Послеродовый период протекал без осложнений. Однако, следует отметить, что родильница был озноб в течение первых 2-х часов послеродового периода и она испытывала сильные схвакообразные боли в области матки в течении 3-х суток послеродового периода, что потребовало назначения обезболивающего – ей по показаниям давали 0,5 парацетамола в течении первых трех суток послеродового периода.

На четвертые сутки родильница с ребенком выписана домой в удовлетворительном состоянии. Ребенок на исключительно грудном вскармливании.

Этот пример нормальных родов иллюстрирует, что назначение препарата сайтотек значительно уменьшает кровопотерю в раннем послеродовом периоде, и как результат этого – общую кровопотерю в родах. Но при этом имеют место боли и дискомфорт в послеродовом периоде.

Сайтотек не оказал никакого влияния на количество грудного молока.

Таким образом, применение препарата сайтотек в качестве утеротонического средства при активном ведении третьего периода родов приводит к значительному уменьшению кровопотери в последовом и

раннем послеродовом периоде, что снижает общую кровопотерю в родах. Однако, применение сайтотека сопряжено с дискомфортом для родильниц, что потребовало назначения дополнительных медикаментов – обезболивающих, жаропонижающих и антигистаминов.

3.4. Послеродовое введение внутриматочного контрацептива и его влияние на величину кровопотери.

В соответствии с задачами исследования 30 женщинам в раннем послеродовом периоде, в течение 10 минут после рождения последа было введено ВМС CuT 380А. Предварительно женщинам проводили активное ведение III периода родов. Подготовку пациенток и введение ВМС осуществляли в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Консультирование перед введением осуществляли в первичном звене здравоохранения, во время антенатальных визитов. Оптимальным временем для проведения консультирования по послеродовому планированию семьи является антенатальный период, до стресса, связанного с родами. Это подходящее время для включения мужа/партнера или нужного члена семьи, в соответствии с культурными нормами

До введения ВМС после родов: Мы убеждались, что пациентка сделала информированный и добровольный выбор путем опроса по следующему вопроснику:

- Что Вы знаете о послеродовом применении ВМС?
- Что заставило Вас выбрать этот метод?
- Что Вам известно о побочных действиях применения ВМС?
- Какие у Вас имеются вопросы?

До- и во время послеродового введения ВМС: Успокаивали пациентку, общаясь с ней по имени; говорили с пациенткой, старались отвлечь ее внимание беседой. Объясняли пациентке, что она может испытывать некоторый дискомфорт, схваткообразные боли или боли другого типа, но что процедура не продлится долго. Предлагали расслабиться и

сделать глубокий вдох. Просили акушерку подержать женщину за руку. Во время процедуры продолжали беседовать с пациенткой.

После введения ВМС: Период после введения ВМС является важным для обсуждения вопросов, связанных с послеродовым применением ВМС:

- Объясняли, что СУ-Т 380А не влияет на грудное молоко или грудное вскармливание.
- Объясняли возможные побочные действия и куда обратиться при их возникновении

ВМС после родов вводили только при наличии следующих условий:

- Общее удовлетворительное состояние пациентки после родов
- Нормальная температура тела
- Хорошее сокращение матки
- Кровянистые выделения из послеродовой матки в пределах нормы
- Нет признаков инфекций

Введение ВМС после рождения плаценты – техника.

Перед введением тщательно осматривали область наружных половых органов и шейку матки для исключения травм. Введение ВМС после рождения плаценты производил обученный медработник (акушерка или врач) вручную. Старались ввести ВМС строго *только* в течение первых 10 минут после рождения плаценты.

Техника:

- Тщательное хирургическое мытье рук и применение стерильных перчаток с длинными рукавами.
- Захватывали ВМС за вертикальную ветвь между указательным и средним пальцами доминантной руки (рис.1).
- Медленно, в горизонтальном положении к плоскости спины женщины, вводили руку с ВМС во влагалище, через шейку матки в полость матки (рис. 2), по направлению к руке, которая лежит на дне матки и придерживает матку. Это помогает убедиться, что мы уже достигли дна

матки. При достижении дна, поворачивали руку с ВМС на 45 градусов вправо, чтобы поместить ВМС горизонтально на дне матки.

- Медленно и осторожно вынимали руку, двигая ее ближе к латеральной стене матки.

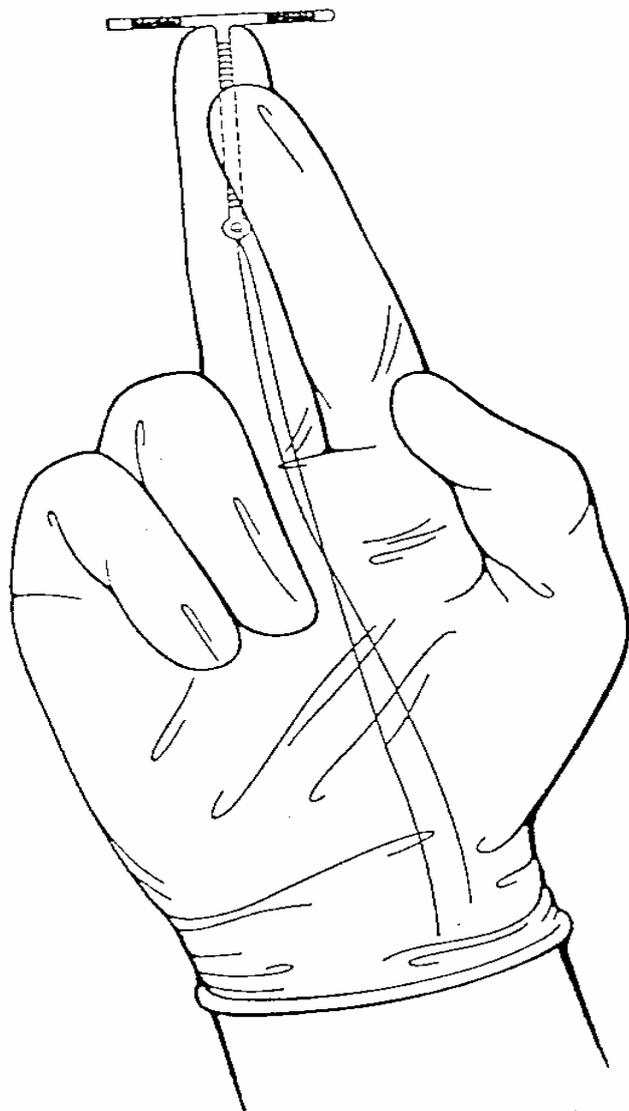


Рис.1

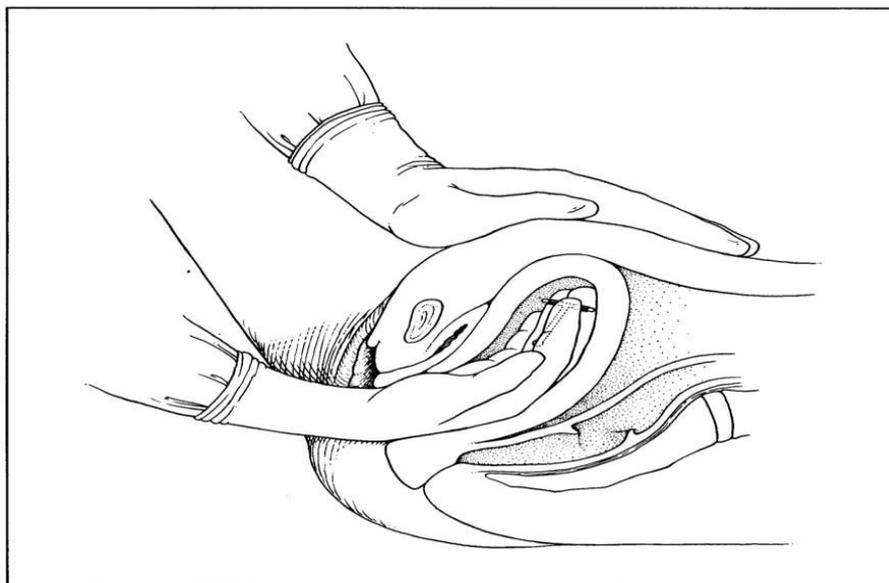


Рис.2

Клиническая характеристика женщин, которым произведено постплацентарное введение ВМС.

Все женщины были жительницами города Самарканда. По социальному статусу 73,3% (22 человека) составили домохозяйки, 26,7% - служащие. Средний возраст обследованных женщин составил $28,5 \pm 3,8$ года с колебаниями от 21 до 38 лет (таблица 26).

Таблица 26.

Возраст обследованных женщин

Возраст	Количество женщин	%
21 – 29 лет	14	46,7%
30 – 34 года	10	33,3%
35 лет и старше	6	20%
Всего	30	100,0

Экстрагенитальная патология отмечена у 14 (46,7%) женщин. Наиболее частыми среди них были: анемия – у 8 (26,7%), ожирение, заболевания почек и сердечно сосудистые заболевания имели место у остальных 7 пациенток.

Необходимо отметить, что половина женщин перенесли в прошлом воспалительные заболевания гениталий.

При сборе акушерского анамнеза установлена высокая частота искусственного и самопроизвольного прерывания беременности (53,3%). В таблице 27 представлены сведения об особенностях течения беременностей и родов.

Таблица 27.

Особенности течения беременностей и родов.

Анамнез	Количество женщин	%
Аборты (искусственные и самопроизвольные)	16	53,3%
Преждевременные роды	2	6,7%
Мертворождение	1	3,3%
Ранняя неонатальная смертность	1	3,3%
Кесарево сечение	1	3,3%
Внематочная беременность	1	3,3%
Краниотомия	2	6,6%

Из таблицы видно, что у 80% женщин был отягощенный анамнез, при этом обращает на себя внимание факт большого количества аборт, особенно аборт перед первыми родами, которые имели место у 7 (20%) женщин. По три и более аборт имели 5 женщин. Особого внимания заслуживает факт, что 2 (5,7%) обследованных в прошлом имели кесарево сечение и внематочную беременность, т.е. они согласились на ВМС на фоне оперированной матки и после внематочной беременности.

Почти половина обследованных женщин в анамнезе (40 %) имели патологию гениталий: воспалительные заболевания гениталий – у 6 , опухоли матки и придатков матки – у 3. Бесплодием длительностью от 2 до 4 лет страдало 3 (10%) женщин. Нарушение менструальной функции в анамнезе зарегистрировано у 3 пациенток, в том числе аменорея – у 1, синдром Штейна-Левенталя – у 1 и у 1 пациентки имела место альгодисменорея. Все они в прошлом получали амбулаторное или стационарное лечение. Обращает на себя внимание тот факт, что у 20% женщин имело место сочетание 2-х и более гинекологических заболеваний в анамнезе. Особенности гинекологического анамнеза представлены в таблице 28.

Таблица 28.

Гинекологические заболевания у обследованных женщин

	Абс.	%
Вагинит	12	40
Миома	1	3,3
Хронический аднексит	4	13,3
Кисты яичников	5	16,7
Бесплодие	3	10

Анализ менструальной функции показал, что средний возраст наступления менархе в изучаемой группе составил $15,6 \pm 3,5$ года с колебаниями от 11 до 17 лет. Средний возраст начала половой жизни – $20,1 \pm 2,2$ года. В таблице 29 представлены сведения по интергравидарному интервалу у повторно и многорожавших обследованных.

Таблица 29

Интергравидарный интервал перед последними родами до введения ВМС среди повторно- и многорожавших

Интервал между родами	Абсолютное число	%

Менее 2-х лет	9	30
2-3 года	17	56,7
Более 3-х лет	4	13,3
Всего	30	100%

Как видно из таблицы, все еще остается высоким удельный вес женщин, у которых интергенерационный интервал составляет менее 2-х лет.

Таблица 30.

Паритет родов у обследованных женщин

Количество родов	Абс.	%
1	7	23,4
2	13	43,3
3 и больше	10	33,3
Всего	30	100

Анализ паритета родов у женщин, решивших использовать ВМС, показывает, что наименьшее количество пользователей ВМС приходится на первородящих, а в группе повторно- и многорожавших количество пользователей ВМС практически не отличается.

Одной из важных составляющих сексуального поведения женщины является контрацепция. Характеристика использования различных методов контрацепции у женщин, включенных в исследование, представлена в таблице 31. Как видно из наших исследований, практически каждая шестая женщина (31%) вообще не использовали контрацепцию перед введением ВМС. Отмечалось отличие между средней длительностью приема гормональных, барьерных контрацептивов и ВМС ($2,8 \pm 0,3$ лет; $1,6 \pm 0,4$ лет; $3,3 \pm 0,2$ лет соответственно). До введения ВМС контрацепцию использовали 20 из 30 женщин. Почти каждая вторая пациентка имела смену контрацептивных средств. Обращало внимание, что пациентки

редко (20%) использовали гормональные контрацептивные средства и еще реже (6,7%) - барьерные.

В интервалах между беременностями и родами ВМС использовали 9 женщины.

Таблица 31.

Методы контрацепции до введения ВМС (по данным анамнеза)

	Количество/%	Продолжительность
Не использовали	10 (33,3%)	-
ВМС	9 (30%)	3,3±0,2 лет
Гормональная	6 (20%)	2,8±0,3 лет
Барьерная	2 (6,7%)	1,6±0,4 лет
Физиологическая	3 (10%)	1,1±0,2 лет

Постоянного полового партнёра имели 27 - 90% женщин, 3 - 10% - не имели постоянного полового партнёра.

Представляет интерес мотивация выбора ВМС как метода контрацепции: 40% женщин избрали её из-за отсутствия необходимости контроля сексуального поведения; 40% - из-за финансовой недоступности др. методов контрацепции; 20% - из-за сложности в использовании прочих контрацептивов (финансовые затруднения, необходимость помнить о времени приёма и т. д.).

Кровопотеря при активном ведении третьего периода родов в данной группе не отличалась от кровопотери в группе О₁ и составила в среднем 55,2 ± 21,3 (p>0,5). Кровопотеря, связанная с ручным вхождением в полость матки, составила 25,7±16,2 мл

Таблица 32.

Кровопотеря в раннем послеродовом периоде

Кровопотеря (в мл)	Количество пациенток
50,0	5

60,0	6
70,0	5
80,0	10
90,0	4

Общая кровопотеря высчитывалась путем сложения трех вышеописанных объемов и представлена в таблице 33.

Таблица 33.

Общая кровопотеря в родах в группе O₁

Кровопотеря	Количество пациенток	% к массе тела
80,0мл/65	12	0,12%
90,0мл/70	6	0,12%
100,0мл/75	5	0,13%
110,0мл/80	4	0,36%
120,0мл/77	3	0,15%

Таким образом, кровопотеря в послеродовом и раннем послеродовом периоде у женщин с введенным ВМС практически не отличалась от подгруппы O₁ ($p>0,5$) и была значительно ниже, чем в группе ретроспективного исследования ($p<0,1$).

Течение послеродового периода в этой группе ничем не отличалось от течения нормального послеродового периода. Пациентки не предъявляли жалоб. Перед выпиской – на 3-4 сутки после родов всем женщинам с введенным ВМС произведено УЗИ половых органов. Из 30 пациенток у 1 (3,3%) на 3-и сутки после родов обнаружена неполная экспульсия ВМС по данным УЗИ. Этой женщине ВМС было удалено и рекомендовано повторное введение через 4 недели после родов.

Вышеизложенное иллюстрируется следующим клиническим примером. Пациентка М. 29 лет поступила в родильный комплекс №3

25.05.2014 в 11 час.30 мин. с Диагнозом: Беременность III 39-40 нед. Роды III. I период родов.

Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструации регулярные по 4-5 дней безболезненные, через 28 дней. Замужем с 18 лет, брак 1, зарегистрированный. Имеет 2 детей.

Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 164 см. Со стороны внутренних органов – патологии нет. Результаты акушерского исследования: 1 плод, в головном предлежании, активная фаза I периода родов.

25.05.2014 в 14 час.25 мин. Излились светлые околоплодные воды в умеренном количестве и в 14 час.45 мин. произошли срочные роды, живым доношенным плодом мужского пола, весом 3750 г. длиной 53 см. с ОША 8 б. Сразу после рождения плода начато активное ведение III периода родов: в/м введено 10 Ед. окситоцина, произведена контролируемая тракция за пуповину, затем после рождения последа - массаж матки.

Осмотрена шейка матки в зеркалах – цела, область промежности цела. В полость матки введена ВМС CuT 380А ручным методом (рис. 3)

рис. 3



Кровопотеря во время родов составила 58 мл., кровопотеря в раннем послеродовом периоде -60 мл. Общая кровопотеря – 118 мл (0,16% к массе тела). В течении наблюдения в родильном комплексе состояние родильницы и новорожденного удовлетворительное. На 3-и сутки

произведено УЗИ (рис.4) – ВМС расположено в типичном месте у дна матки, признаков воспаления нет.

рис.4



Таким образом, данные этого раздела работы подтверждают рекомендации ВОЗ о безопасности введения ВМС постплацентарно и могут быть рекомендованы для широкого внедрения в практику при условии наличия хорошо обученного этой методике персонала.

Заключение

Здоровье матери и ребенка является приоритетной задачей здравоохранения Узбекистана. Большинство родовспомогательных учреждений Узбекистана работают по программе ВОЗ «Эффективный перинатальный уход». В связи с этим широко внедряются эффективные перинатальные технологии.

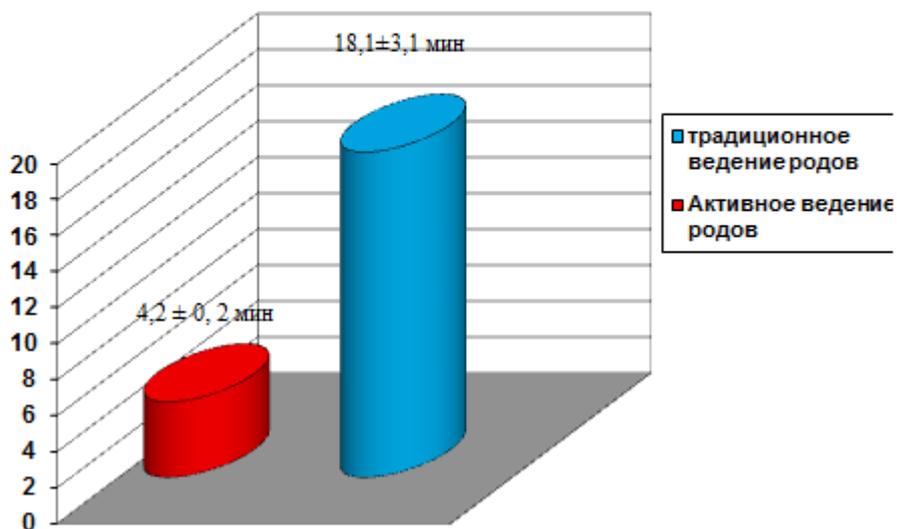
Целью настоящего исследования явилось: изучить влияние практической реализации рекомендаций ВОЗ по эффективному перинатальному уходу на течение послеродового периода.

Одной из наиболее актуальных проблем акушерства продолжает оставаться проблема акушерской кровопотери. Среди причин материнской смертности кровотечения занимают ведущее место, составляя в Узбекистане по данным Министерства Здравоохранения Республики 26 %. В связи с этим поиск методов профилактики акушерских кровотечений продолжает оставаться актуальной проблемой акушерской науки и практики.

Исследования (3, 56, 57, 59, 61, 62, 65, 88, 106, 108, 112) показали, что активное ведение III периода родов является лучшей практикой, при помощи которой уменьшается:

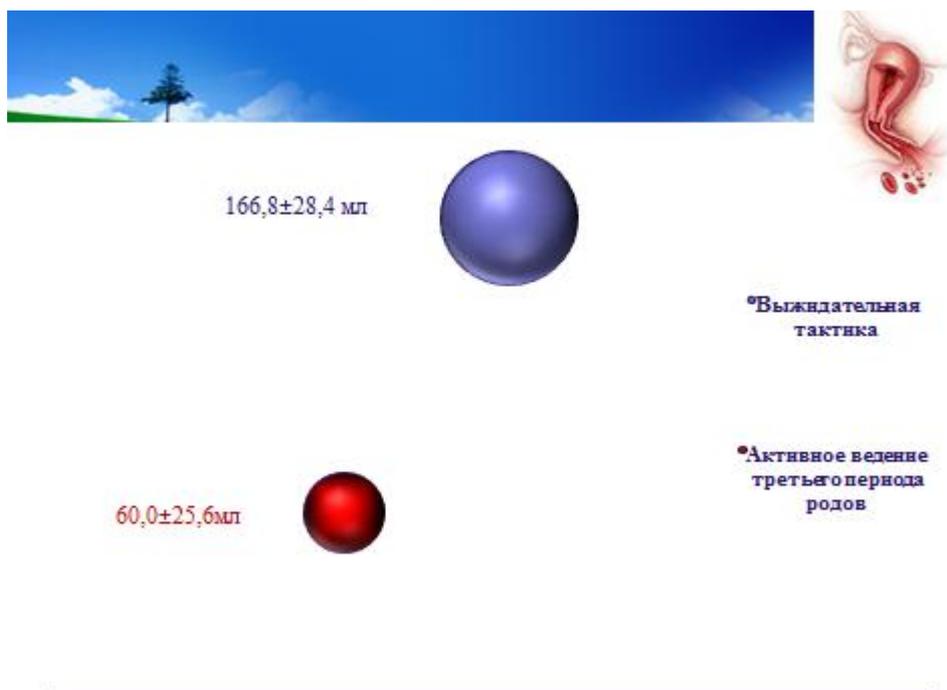
- Частота послеродовой геморрагии, вызванной атонией матки на 60%
- Необходимость переливания крови (что связано с определенным медицинским риском и с лишними затратами)
- В конечном счете, смертность или ухудшение здоровья

Нами проведено ретроспективное изучение продолжительности послеродового периода при традиционном ведении родов и сравнение этих показателей с результатами проведенных нами исследований о продолжительности III периода родов при активном его ведении - подгруппа O₁ (рис. 1)



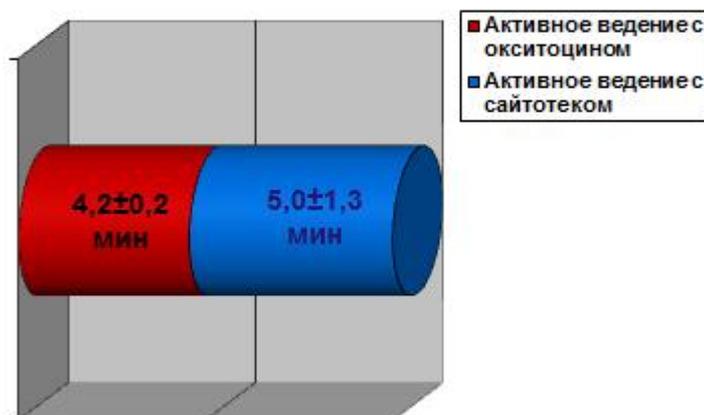
Данная диаграмма свидетельствует о том, что при активном ведении третьего периода родов средняя продолжительность его в 4,5 раза короче, чем при выжидательной тактике.

Сравнительный анализ общей кровопотери в послеродовом периоде (рис. 2) позволил установить, что средняя кровопотеря при выжидательной тактике ведения третьего периода родов составила $166,8 \pm 28,4$ мл, а при активном ведении третьего периода родов составила $60,0 \pm 25,6$ мл.



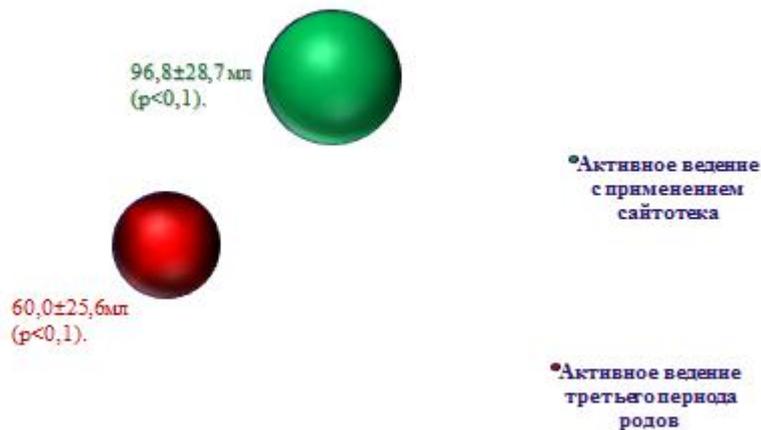
Как видно из рисунка активное ведение третьего периода родов снижает частоту кровопотери почти в 3 раза.

Активное ведение третьего периода родов с помощью препарата сайтотек в дозе 400 мг – подгруппа O₂, существенно не влияет на продолжительность третьего периода родов в сравнении с активным ведением третьего периода родов с помощью окситоцина (рис.3)



Однако, использование сайтотека у 8% пациенток осложнилось отрывом пуповины и ущемлением последа, и сопряжено с негативными эффектами на организм женщины – тошнота, схваткообразные боли, озноб, гипертермия, которые мы наблюдали у 40% пациенток.

Средняя кровопотеря в раннем послеродовом периоде при применении сайтотека составила 96,8±28,7мл (рис. 4)

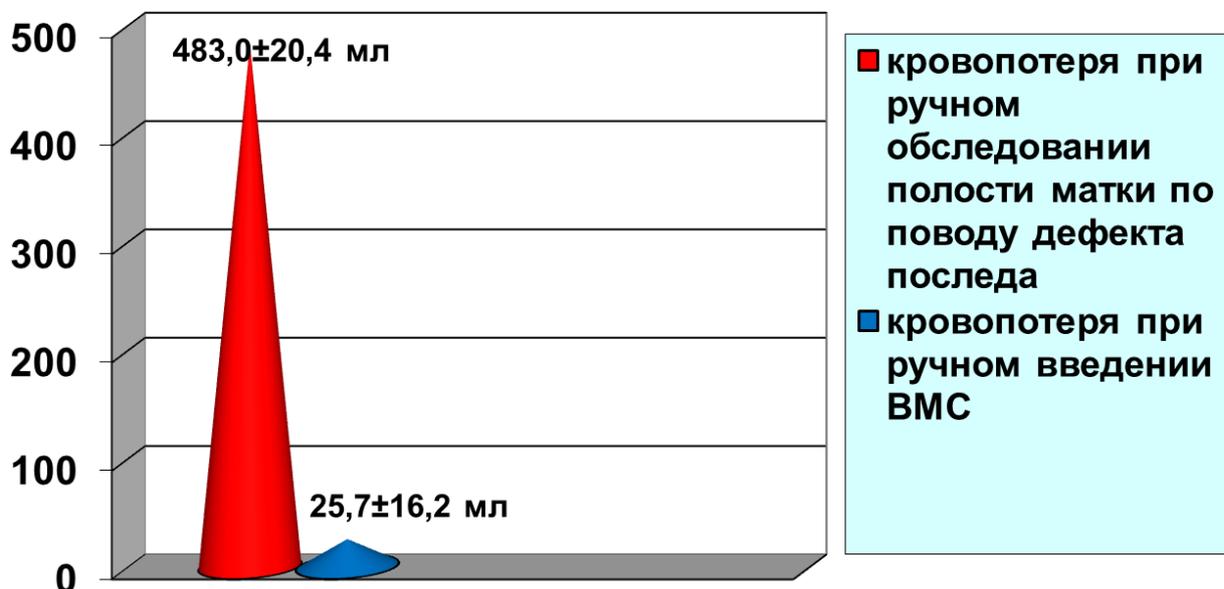


Некоторое увеличение кровопотери при применении сайтотека связано с повышением частоты ручного отделения и выделения последа за счет отрыва пуповины и задержки последа.

По данным многих авторов рутинное назначение окситоцина в последовом периоде стало «золотым стандартом» профилактики послеродовых кровотечений. Этапом активного ведения третьего периода родов является контролируемая тракция за пуповину, при которой уменьшается величина кровопотери и продолжительность третьего периода родов.

Одной из задач нашего исследования явилось определение величины послеродовой кровопотери при постплацентарном ручном введении ВМС после активного ведения III периода родов.

Кровопотеря в последовом и раннем послеродовом периоде у женщин с введенным ВМС практически не отличалась от подгруппы O₁ (p>0,5) и была значительно ниже, чем в группе ретроспективного исследования (p<0,1). Кровопотеря, связанная с ручным вхождением в полость матки в связи с введением ВМС, составила 25,7±16,2 мл (кровопотеря при ручном обследовании полости матки – 483,0 ± 20,4) – рис.5.



На рис.5 видно, что при ручном введении ВМС кровопотеря почти в 20 раз меньше, чем при ручном обследовании полости матки.

Из 30 пациенток с постплацентарным введением ВМС у 1 (3,3%) на 3-и сутки после родов обнаружена неполная экспульсия ВМС по данным УЗИ.

Таким образом, активное ведение третьего периода родов снижает риск послеродовых кровотечений, продолжительность третьего периода родов и должно быть предложено и рекомендовано для всех женщин при условии наличия хорошо обученного медицинского работника, ведущего роды. А постплацентарное ручное введение ВМС не приводит к увеличению послеродовой кровопотери и осложнениям послеродового периода.

Выводы

1. Внедрение эффективных перинатальных технологий - активного ведения третьего периода родов – эффективный метод профилактики послеродового кровотечения, который заключается в уменьшении продолжительности последового периода в среднем в 4,5 раз ($4,2 \pm 0,2$ мин против $18,1 \pm 3,1$ мин) и уменьшении послеродовой кровопотери почти в 3 раза ($60,0 \pm 25,6$ мл против $166,8 \pm 28,4$ мл)
2. Активное ведение третьего периода родов с помощью препарата сайтотек в дозе 400 мг, уменьшает величину послеродовой кровопотери, но увеличивает количество осложнений третьего периода родов (отрыв пуповины, ущемление последа) и сопряжено с негативными эффектами на организм женщины – тошнота, схваткообразные боли, озноб, гипертермия, которые требуют медикаментозного купирования.
3. Введение ВМС CuT380А постплацентарно ручным методом достоверно не увеличивает величины послеродовой кровопотери и не дают негативных эффектов на организм женщины.
4. Для постплацентарного введения ВМС пациентка должна быть подготовлена и хорошо консультирована в условиях антенатального ухода. Наблюдение за пациенткой с послеродовым ВМС должно проводиться в условиях первичного звена.

Практические рекомендации

1. Эффективный перинатальный уход требует распространения во всех родовспомогательных учреждениях, т.к. является эффективным методом предупреждения материнской заболеваемости и смертности. Активное ведение третьего периода родов в условиях, где в структуре пациенток родовспомогательных учреждений продолжают оставаться женщины много – повторно – и часторожающие, рекомендуется в качестве рутинного метода. Обучение всего персонала, имеющего отношение к ведению и приему родов в родовспомогательных учреждениях обязательно для внедрения ЭПУ.
2. Главное преимущество активной тактики ведения третьего периода родов заключается в уменьшении продолжительности третьего периода родов и уменьшении риска послеродового кровотечения. К недостаткам этой тактики следует отнести: потребность в окситоцине и оборудовании, необходимом для инъекции, а так же потребность в обученных медработниках, имеющих навыки в наблюдении, производстве инъекции и контролируемой тракции за пуповину.
3. При отсутствии подготовленного медработника или окситоцина, выжидательная тактика ведения третьего периода родов может быть рекомендована, как имеющая меньше осложнений для матери.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Консультированию по внутриматочной контрацепции

РУКОВОДСТВО ПО ПРОВЕДЕНИЮ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО ВМС				
ШАГИ/ ЭТАПЫ	ОЦЕНКА ПРАКТИКИ			
1. Поприветствуйте пациентку/а уважительно и доброжелательно, попросите расположиться поудобнее				
2. Представьтесь				
3. Спросите пациентку/а о ее/его репродуктивных целях: <ul style="list-style-type: none"> • сколько еще детей он/а хочет • хочет ли она сделать перерыв между родами или вообще больше не рожать 				
4. Соберите общий и репродуктивный анамнез пациентки, включая: <ul style="list-style-type: none"> • возраст и семейное положение • количество беременностей • количество родов • количество живых детей, их возраст и пол • какие методы планирования семьи использовала в прошлом: как долго, почему прекратила, проблемы с использованием 				
РУКОВОДСТВО ПО ПРОВЕДЕНИЮ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО ВМС				
ШАГИ/ ЭТАПЫ	ОЦЕНКА ПРАКТИКИ			
8. Проинструктируйте пациентку по следующим вопросам: <ul style="list-style-type: none"> • как использовать ВМС: <ul style="list-style-type: none"> - вводится в 10 минут после родов - в течение первого после введения месяца следует несколько раз проверять наличие усиков спирали, в дальнейшем это надо делать после каждой менструации, если у женщины были схваткообразные боли в нижней части живота, мажущие выделения между менструациями или после полового акта или боль во время полового акта (или же партнер испытывал дискомфорт) - ВМС необходимо удалить не позднее установленного срока, но можно это сделать и раньше 				

<ul style="list-style-type: none"> • побочные эффекты и их лечение: - изменение характера менструаций – более обильные и продолжительные кровотечения, боли, мажущие выделения между менструациями. Все, что обычно требуется, - это проконсультировать пациентку с целью успокоения и дать несильный анальгетик, поскольку эти побочные эффекты имеют место только в первые несколько месяцев после введения ВМС; если пациентка страдает анемией, можно дать железосодержащий препарат 				
<ul style="list-style-type: none"> • проблемы или осложнения, означающие, что пациентке надо немедленно показаться врачу: - сильная боль в нижней части живота или боли при половом сношении - симптомы ЗППП или аномальные вагинальные выделения - высокая температура или озноб - усики спирали отсутствуют или прощупывается корпус спирали - задержка менструации с признаками беременности - у женщины или ее партнера появился другой половой партнер 				
<p>9. Попросите пациентку повторить инструкции, чтобы убедиться в правильности усвоенной информации</p>				
<p>10. Спросите пациентку, есть ли у нее какие-либо вопросы или сомнения, ответьте на них</p>				
<p>11. Назначьте день введения ВМС</p>				

Список использованной литературы

«Государственная Программа по дальнейшему укреплению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матерей, детей и подростков в Узбекистане на 2014-2018 годы».

1. Акушерство. Руководство для участника. Совершенствование услуг охраны материнства и детства в Узбекистане, ВОЗ, UNICEF, Ташкент, 2013
2. Айламазян, Э. К. Еще один взгляд на проблему акушерских кровотечений / Э. К. Айламазян, М. А. Репина, Т. У. Кузьминых // Журн. акушерства и жен. болезней. – 2008. – Т. 57, № 3. – С. 3-11.
3. Баев, О. Р. Профилактика кровотечений в последовом и раннем послеродовом периоде. Активная или выжидательная тактика? / О. Р. Баев // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 6. – С. 27-30.
4. Баркаган З.С., Морозова Л.И., Мамаев А.Н. и соавт. Органосберегающая технология в терапии массивных маточных кровотечений. // Акушерство и гинекология, 2008, N 3, стр. 11- 13.
5. Баркаган З.С., Мамаев А.Н, Морозова Л.И и др. // Новые медицинские технологии в акушерстве, гинекологии и неонатологии: Клинические лекции. – М., 2005.
6. Вихляева Е.М. Возможность выбора и приемлемость различных методов контрацепции после родов / Е.М. Вихляева, Е.И. Николаева // Акуш. и гин. 2003. - № 6. - С.20-24.
7. Демографические отчеты, Серия Б, № 5 – Внутриматочные средства, декабрь 2005. Материалы Ун. им.ДжонсаХопкинса в рамках программы демографической информации
8. Казахский фармацевтический вестник, ноябрь, 2007 – Синтоцинон, Окситоцин, Sandoz
9. Клиническое руководство по ведению больных с кровотечениями в родах и послеродовом периоде, клиническое руководство, МЗ Руз, Ташкент, 2007, 75 с.
10. Краткое руководство по охране здоровья матери и ребенка, МЗ РУз, Ташкент, 2009
11. Критерии ВОЗ приемлемости различных методов контрацепции. Европейское отделение ВОЗ, Женева, 2006.
12. Кровотечения в послеродовом периоде : методическое письмо / МЗ и СР РФ. – М., 2008. – 14 с.

13. Курбанбаева Г.А., Купцова Л.Ю., Бекбаулиева Г.Н. Организационные основы разработки и внедрения программы «Эффективный перинатальный уход» // Medicalsciences №4 2014, С. 89-92
14. Маршалов Д.В. Алгоритм интенсивной терапии массивной кровопотери в акушерстве: Автореф. Дис. ... канд.мед.наук. – Саратов, 2005
15. Материалы конференции “Современные вопросы акушерства и гинекологии”, Москва, 2007
16. Планирование семьи. Универсальное руководство для поставщиков услуг. ВОЗ и др., 2008, США
17. Подтетенев А.Д. Общие принципы ведения родов / А.Д. Подтетенев, Т.В. Братчикова // Российский медицинский журнал. 2006. №3. - С.42-46.
18. Прилепская В.Н. Внутриматочная контрацепция / В.Н. Прилепская, Ф.С. Ревазова // Рос.вест, акушера-гинеколога. 2001. - №2. - С.60-64.
19. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан №46 от 15 февраля 2000г «Здоровое поколение»
20. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан №68 от 5 февраля 2001г «Мать и ребенок»
21. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан №32 от 25 февраля 2002г «О дополнительных мерах по укреплению здоровья женщин и подрастающего поколения»
22. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан №242 от 5 июля 2002г «О мерах по реализации приоритетных направлений повышения медицинской культуры в семье, укрепления здоровья женщин, рождению и воспитанию здорового поколения»
23. Профилактика и лечение акушерских кровотечений как фактор снижения материнской смертности / Е. А. Чернуха, Л. М. Комиссарова, Т. А. Федорова, Т. К. Пучко // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 3. – С. 23-25.
24. Пути снижения материнской смертности, обусловленной акушерскими кровотечениями / В. И. Кулаков, В. Н. Серов, А. М. Абубакирова и др. // Акушерство и гинекология. – 2001. – № 1. – С. 3-4.
25. Радзинский В.Е., Костин И.Н. Безопасное акушерство // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 5. – С.12-76.
26. Радзинский В.Е., Костин И.Н. и соавт., Современные подходы к лечению послеродовых акушерских кровотечений // Акушерство и гинекология, 2008, N 3, стр. 25- 30.

27. Радзинский В.Е., Жуковский Я.Г., Оленева М.А. и соавт., Лечение гипотонических кровотечений. Новая технология старого метода. // *Акушерство и гинекология*, 2008, N 3, стр. 48- 50.
28. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия как причина снижения качества родовспоможения / В.Е. Радзинский // *Мать и дитя : материалы 6-го научного Всерос.науч.форума.* — М., 2004.-С.183-184
29. Радзинский В.Е. Безопасное акушерство / В.Е. Радзинский, И.Н. Костин // *Акушерство и гинекология*. 2007. - №5. — С.12-16.
30. Радзинский В.Е. Актуальные вопросы современного акушерства // В.Е. Радзинский, А.Н. Гордеев // *Акушерство и гинекология*. 2007. - №6. - С.83-85
31. Репина, М. А. Материнская смертность при акушерских кровотечениях и проблемы маточного гемостаза / М. А. Репина // *Журн. акушерства и жен.болезней.* – 2011. – № 3. – С. 18-23.
32. Рогачевский О.В., Федорова Т.А. Современные технологии кровесбережения ч акушерстве // *Акушерство и гинекология*, 2008, N 3, стр. 34-38.
33. Рымашевский А.Н., Радзинский В.Е. и соавт., Хирургический компонент лечения акушерских гипотонических кровотечений // *Акушерство и гинекология*, 2008, N 3, стр. 30-33.
34. Савельева Г.М., Курцер М.А., Клименко П.А. и др. Интранатальная охрана плода. Достижения и перспективы // *Акушерство и гинекология.* – 2005. – № 3. – С.3-7.
35. Савельева Г.М. Современные принципы ведения родов и перинатальные исходы / Г.М. Савельева и др. // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2007. - Т.6.,№4. -С.100-103.
36. Садчиков, Д. В. Прогноз и интенсивная терапия массивной акушерской кровопотери / Д. В. Садчиков, Д. В. Маршалов // *Анестезиология и реаниматология.* – 2005. – № 4. – С. 30-34.
37. Салов, И. А. Прогноз и лечение массивной акушерской кровопотери / И. А. Салов, Д. В. Маршалов // *Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии.* – 2008. – № 2. – С. 29-33.
38. Салов И.А., Маршалов Д.В., рогожина И.Е., Ширяева М.И. Превентивная терапия акушерских кровотечений. // *Акушерство и гинекология*, 2007, N 6, стр. 13 - 17.

39. Серов В.Н. Пути снижения акушерской патологии // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 5. – С. 8-12.
40. Сидорова, И. С. Кровотечения во время беременности и в родах : учебное пособие / И. С. Сидорова, И. О. Макаров. – М.: МИА, 2006. – 128 с.
41. Тактика ведения пациенток с акушерскими кровотечениями в раннем послеродовом периоде / А. А. Ищенко, А. Д. Липман, А. И. Ищенко, Н. С. Трифонова // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2006. – № 6. – С. 36-40.
42. Трифонова Н.С. Ищенко А.А. Современные методы терапии акушерских кровотечений. // Акушерство и гинекология, 2008, N 3, стр. 7 - 9.
43. Фаткуллин И.Ф. Организационные аспекты внедрения органосохраняющих технологий при акушерских кровотечениях // Акушерство и гинекология, 2008, N 3, стр. 38 – 40.
44. Федорова Т.А., Сокологорский С.В., Рогачевский О.А. Состояние системы гемостаза при применении аутоплазмы в родах для профилактики кровотечений: научное издание // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии: Научно-практический журнал Российской Ассоциации специалистов перинатальной медицины, 2006, № 6, стр. 29 – 35
45. Чернуха Е.А. Родовой блок: Руководство для врачей. – М., 2005
46. Чернуха Е.А. Нормальный и патологический послеродовый период. – М., 2006
47. Чернуха Е.А., Кочиева С.К., Бабичева Т.В. Нарушения в системе гемостаза в послеродовом периоде и их коррекция. // Акушерство и гинекология, 2007, N 1, стр. 16 – 20.
48. Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М., Федорова Т.А., Пучко Т.К. Профилактика и лечение акушерских кровотечений как фактор снижения материнской смертности // Акушерство и гинекология, 2008, N 3, стр. 23-25
49. Шулутко Е.М., Щербакова О.В., Синауридзе Е.М., Васильев С.А. // Новые медицинские технологии в акушерстве, гинекологии и неонатологии: Клинические лекции. – М., 2005.
50. Хабаров С.В. Внутриматочная контрацепция: эффективность, побочные явления и осложнения / С.В. Хабаров // Вестн. новых мед. технологий. 2001. - № 1. - С.52-53.
51. Чернуха, Е. А. Кровотечения в послеродовом периоде / Е. А. Чернуха // Справ.фельдшера и акушерки. – 2008. – № 7. – С. 13-20.

52. Чивильгина В.В. Обоснование дифференцированных контрацептивных технологий у женщин в послеродовом периоде: Автореф. дис. . канд. мед. наук:14.00.01. М., 2003. - 22с.
53. Энкин М. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка / М. Энкин, М. Кейрс, Д. Нейлсон и др. — СПб.: Петрополис, 2003. 521с
54. Эффективный перинатальный уход. Акушерство (интегрированное ведение беременности и родов). Ташкент, 2014
55. Эффективность борьбы с кровотечениями в послеродовом периоде как индикатор качества акушерско-гинекологической помощи // Вопр. экспертизы и качества мед.помощи. – 2008. – № 12. – С. 43-48.
56. Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage / D. Leduc, V. Senikas, A. B. Lalonde et al. // J. Obstet. Gynecol. Can. – 2009. – Vol. 31, № 10. – P. 980-993.
57. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial / A. M. Gulmezoglu, P. Lumbiganon, S. Landoulsi et al. // Lancet. –2012. – Vol. 379. – P. 1721-1727.
58. A fifteen year retrospective review of obstetric patients requiring critical care / H. L. Barrett, R. Devin, S. Clarke et al. // Obstet. Medicine. – 2012. –Vol. 5. – P. 166-170.
59. A pilot randomized controlled trial of controlled cord traction to reduce postpartum blood loss / F. Althabe, A. Aleman, G. Tomasso et al. // Int. J. Gynecol. Obstet. – 2009. – Vol. 107. – P.4-7.
60. A Textbook of Postpartum Hemorrhage. Sapiens Publishing, Duncow, 2006
61. Active versus expectant management in the third stage of labor (Cochrane review). In : The Reproductive Health Library, Issue 8 , 2005
62. Albers L.L. The evidence for physiologic management of the active phase of the first stage of labor / L.L. Albers // J. Midwifery Womens Health 2007. - Vol.52,#3. - P.207-215
63. Andolsek L. et al. Time to contraception after IUD removal. International Journal of obstetrics and gynecology, 2006, 24(3); 217 – 223
64. Baskett T.F. Equipment tray for postpartum hemorrhage // A Textbook of postpartum hemorrhage. Comprehensive guide to evaluation, management and surgical intervention / Eds Ch. B. Lynch et al. – Sapiens Publishing, 2006. – P. 179–181.

65. Begley C.M., Gyte G.M.L., Murphy D.J. et al. Active versus expectant management for women in the third stage of labour // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2010. – Issue 7. – Art. N: CD007412.
66. Bjørnerem A., Acharya G., Øian P., Maltau J.M. Postpartum hemorrhage – prophylaxis and treatment in Norway // *T. Norske Laegeforen.* – 2002. – Vol. 122, № 26. – P. 2536–2537.
67. Callaghan W.M., Kuklina E.V., Berg C.J. Trends in postpartum hemorrhage: United States, 1994–2006 // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2010. – Vol. 202, № 4. – P. 353.
68. Cameron C.A., Roberts C.L., Olive E.C. et al. Trends in postpartum haemorrhage // *Aust. N. Z. J. Publ. Hlth.* – 2006. – Vol. 30, № 2. – P. 151–156.
69. Carpenter J.P.: *Misoprostol for Prevention of postpartum Hemorrhage: A Evidence-Based review by U.S Pharmacopeia, Maryland, USA , 2007*
70. Chelmos D. Postpartum haemorrhage: prevention. *Clin Evid (Online)*. 2008 Dec 15;2008. pii: 1410.
71. Chong Yap-Seng, Su Lin-Lin, Arulkumara Sabaratnam. Current strategies for the prevention of postpartum haemorrhage in the third stage of labour. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* – 2004. – Vol. 16. – P. 143–150.
72. Cotter A.M., Ness A., Tolosa J.E. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2001. – Issue 4. DOI: 10.1002/14651858.CD001808.
73. El-Hamamy E, B-Linch C. A worldwide review of the uses of the uterine compression suture techniques as alternative of hysterectomy in the management of severe post partum hemorrhage. *J. Obstet Gynaecol.* 2005, 25(2), 143-149
74. Farrar D., Tuffnell D., Airey R., Duley L. Care during the third stage of labour: A postal survey of UK midwives and obstetricians // *BMC Pregnancy and Childbirth.* – 2010. – Vol. 10. – P. 23.
75. Festin M.R., Lumbiganon Pisake, Tolosa J.E. et al. International survey on variations in practice of the management of the third stage of labour // *Bull. Wld Hlth Org.* – 2003. – Vol. 81, № 4. – P. 286–291.
76. Fujimoto M., Takeuchi K., Sugimoto M., Maruo T. Prevention of postpartum hemorrhage by uterotonic agents: comparison of oxytocin and methylergometrine in the management of the third stage of labor // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* – 2006. – Vol. 85, – № 11. – P. 1310–1314.
77. Fawcus S. *Treatments for primary postpartum hemorrhage : RHL commentary (last revised 13 August 2004). The WHO reproductive Health Library, No 9, update Software Ltd, Oxford, 2006*

- 78.FIGO / ICM Global Initiative to Prevent Post-Partum Hemorrhage. International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO) and the International Confederation of Midwives (ICM), 2004.
- 79.Geller S.E., Adams M.G., Kelly P.J. Postpartum hemorrhage on resource-poor settings , Un. Of Illinois at Chicago, USA International Journal of Obs/Gyn, 92, 202 – 211, 2006
- 80.GowryRamanathana, S. Arulkumaranb Postpartum hemorrhage, Obs/Gyn., St. George's Hospital , London, International Journal Obs/Gyn., 16, 6 – 13, 2006
- 81.Goffinet F, Mercier F, Teyssier V, Pierre F, Dreyfus M, Mignon A, Carbonne B, Levy G; Postpartum haemorrhage: recommendations for clinical practice by the CNGOF (December 2004)]Groupe de Travail des RPC sur l'HPP.Gynecol Obstet Fertil. 2005 Apr;33(4):268-74. Epub 2005 Apr 7.
- 82.Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane Database of Systematic review, 2007, Issue 1.*
- 83.Health For All, database, WHO EURO, 2005
- 84.Hellgren M. Hemostasis during normal pregnancy and puerperium. *Semin Thromb Hemost.* 2003 Apr;29(2):125-30.
- 85.Higgins S. Obstetric haemorrhage. //Emerg Med (Fremantle).2003Jun; 5(3): 227-231.
- 86.Hernandez Valencia M. Use of modified intrauterine device (IUD) TCu 380 with chromium filaments in the immediate postpartum / M. Hernandez Valencia, Flores L.C. Becerril // Ginecol. Obstet. Mex. 2000. - № 68. - P.70-76.
- 87.Huh W.K., Chelmow D., Malone F.D. A double-blinded, randomized controlled trial of oxytocin at the beginning versus the end of the third stage of labor for prevention of postpartum hemorrhage // *Gynecol. Obstet. Invest.* – 2004. – Vol. 58, № 2. – P. 72–76.
- 88.International Confederation of Midwives, International Federation of Gynaecology and Obstetrics. Joint statement management of the third stage of labour to prevent post-partum Haemorrhage. TheHague: ICM, London, FIGO, 2003
- 89.International Federation of Obstetrics and Gynaecology; International Confederation of Midwives. International joint policy statement. FIGO/ICM global initiative to prevent post-partum hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Can.* 2004 Dec;26(12):1100-2, 1108-11

90. International survey on variations in practice of the management of the third stage of labour Bulletin of the World Health Organization Bull World Health Organ vol.81 no.4 Geneva 2003.
91. Jackson K.W., Allbert J.R., Schemmer G.K. et al. A randomized controlled trial comparing oxytocin administration before and after placental delivery in the prevention of postpartum hemorrhage // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2001. – Vol. 185. – P. 873–877.
92. Karen L. Maughan, Steven W. Heim and Sim S. Galazka : Preventing postpartum hemorrhage: Managing of third stage of labor, Un. Of Virginia School of medicine, Volume 73, Number 6, March 15, 2006
93. Knight M. Callaghan W. M, Berg C., Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group BMC Pregnancy Childbirth. 2009; 9: 55.
94. Langenbach C. Misoprostol in preventing postpartum hemorrhage: a meta-analysis. Int J Gynaecol Obstet 2006; 92: 10 - 18
95. Langenbach C.: Misoprostol in preventing postpartum hemorrhage: Epidemiology and Statistics, School of public Health , University of California , CA, USA International Journal of Ob/Gyn., 92, 10 – 18, 2006
96. Leah L. Albers, Kay D. Sedler; Edward J. Bedric, Dusty Teaf, Patricia Peralta. Midwifery Care Measures in the Second Stage of Labor and Reduction of Genital Tract Trauma at Birth: A Randomized Trial. Journal of Midwifery & Women's Health, 2005, 51(5), 365-372
97. Leduc D, Senikas V, Lalonde AB, et al. Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. J Obstet Gynaecol Can. 2009 Oct;31(10):980-93.
98. Management of the Third Stage of Labor to Prevent post-partum Haemorrhage. Joint Statement: International Confederation of Midwives (ICM) International Federation of Gynaecologists and Obstetricians (FIGO), 2003
99. Mercier FJ, Van de Velde M. Major obstetric hemorrhage. Anesthesiol Clin. 2008 Mar;26(1):53-66, vi.
100. Mousa HA, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage (Cochrane review). Cochrane database of systematic Review 2007, Issue 1.
101. MPS Technical Update – Prevention of Postpartum Haemorrhage by Active Management of Third Stage of Labor # 2 October, 2006.

http://www.who.int/making_pregnancy_safe/publications/PPH_tech-Update2.pdf

102. Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000.
103. Papp Z. Massive obstetric hemorrhage // J. Perinat. Med. – 2003 - 31(5) -P.408-14.
104. Oyelese Y., Scorza W.E., Mastrolia R., Smulian J.C. Postpartum hemorrhage // Obstet. Gynecol. Clin. N. Am. – 2007. – Vol. 34, № 3. – P. 421–441.
105. Postpartum haemorrhage (PPH) – Framework for prevention, early recognition & management. Policy directive. Primary health and community partnerships. – Sydney, 2005.
106. Prendiville W., O’Connell M. Active management of the third stage of labor // A Textbook of Postpartum Hemorrhage. Comprehensive guide to evaluation, management and surgical intervention / Eds Ch.B. Lynch et al. – Sapiens Publishing, 2006. – P. 98–113.
107. Prendiville W., Elbourne D., McDonald S.J. Active versus expectant management in the third stage of labour //Cochrane Database Syst. Rev. – 2009. – Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD000007.
108. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald SJ. WITHDRAWN: Active versus expectant management in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul 8;(3):CD000007.
109. Preventing Postpartum Hemorrhage: Managing the Third Stage of Labor American Academy of Family Physicians, 2006, 2007
110. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. WHO, Geneva, 2006
111. Prevention and Treatment of post-partum Haemorrhage: New Advances for Low Resource settings. Joint Statement: International Confederation of Midwives (ICM) International Federation of Gynaecologists and Obstetricians (FIGO), 2006.
112. Prendiville W.J., Elbourne D., McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labor. Cochrane database of Systematic Reviews. 2007, Issue 1.
113. Programme of Action of the International Congress on Population and Development // <http://www.unfpa.org/icpd/icpd-pod.html> (ac. 2004, December, 21)
114. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labor (Cochrane review). In : The Reproductive Health Library, Issue 8 , 2005

115. Prostaglandins for prevention of postpartum hemorrhage (Cochrane review). In : The Reproductive Health Library, Issue 8 , 2005
116. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labor (Cochrane review). In : The Reproductive Health Library, Issue 8 , 2005
117. Richard J derman et al; Oral misoprostol in preventing postpartum hemorrhage in resource-poor communities: a randomized controlled trial. Lancet 2006; 368:1248 – 53
118. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Operative vaginal delivery. London (UK): RCOG Press, 2005, Guideline no. 26.
119. Salem, R. "New Attention to the IUS: Expanding Women's Contraceptive Options To Meet Their Needs." Population Reports, Series B, No. 7. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg SoPH, The INFO Project, February 2006.
120. Saving women's lives: evidence-based recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage Bulletin of the World Health Organization Bull World Health Organ vol.85 no.4 Genebra Apr. 2007.
121. Soltani H., Hutchon D.R., Poulouse T.A. Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth // Cochrane Database Syst. Rev. – 2010. – Issue 8. – CD006173.
122. The World Health Report. Make every mother and child count. WHO, 2005
123. WHO Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Mathai M., Gulmezoglu M., Hill S. WHO Document production service. – Geneva, 2007.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_MPS_07.06_eng.pdf