

*Керимова Н.Р., Абазбекова Н.А., Эшходжаева А.С., Орозалиева А.*

## АКТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ – РЕЗЕРВЫ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

*N.R. Kerimova, N.A. Abazbekova, A.S. Eshhodzhaeva, A. Orozalieva*

## ACTIVE MANAGEMENT OF THE THIRD STAGE OF LABOR – RESERVES FOR DECREASE OF MATERNAL MORTALITY

Многокомпонентная последовательная система внедрения эффективных перинатальных технологий (ЭПТ), мониторинг процесса с последующей оценкой и проведением обучения на местах позволила достичь реальных результатов по снижению кровотечений в структуре материнской смертности с 51,5 до 29,5 %.

**Ключевые слова:** безопасное материнство, материнская смертность, активное ведение 3-го периода родов, кровотечение.

*Multi-component following implementation strategy of Effective Perinatal technologies with follow-up monitoring and mentoring has resulted in decreasing of postpartum hemorrhages in maternal mortality structure from 51, 5% to 29, 5 %.*

**Key words:** safe motherhood, maternal mortality, active management of 3 stage of labor, hemorrhage.

### Актуальность

Послеродовое кровотечение (ПК) является основной причиной материнской смертности и составляет 1/4 всей материнской смертности в мире (*WHO. The World Report 2005*). Почти 60% случаев материнской смертности, связанной с беременностью, происходит в послеродовом периоде и 45% из них случаются в первые 24 часа после родов (*Li XF, Fortney JA, at all, 1995*). Большинство выживших женщин имеют отдалённые последствия: анемия, посттрансфузионные осложнения, ВИЧ и др. (*Bukowski Radek, Gary D.V., Hankins, 2001*). В нашей республике послеродовые кровотечения на протяжении многих лет печально лидируют в структуре материнской смертности.

Последствия послеродового кровотечения можно уменьшить только благодаря тщательному наблюдению, своевременной диагностике и немедленному проведению лечебных мероприятий (*Radek Bukowski, Gary D.V. Hankins, 2001; McCormick ML, Sanghvi HCG at al. 2002*). Одним из реальных механизмов сокращения тяжёлых послеродовых кровотечений является активный менеджмент третьего периода родов. Эффективный перинатальный уход (ЭПУ) предусматривает внедрение методик с доказанной клинической эффективностью, которые позволяют значительно снизить частоту послеродовых кровотечений. В систематическом обзоре Кохрейновской библиотеки рассмотрено пять рандомизированных исследований. По сравнению с выжидательной тактикой, активное ведение третьего периода родов, снижает следующие показатели: послеродовую кровопотерю на  $79,33 \pm 14,77$  мл; послеродовое кровотечение более 500 мл (ОР- 0,38; 95%, ДИ (0,32 до 0,46)); длительность третьего

периода родов (на  $9,77$  минут  $\pm 0,23$ ; ДИ – (10.00 до 9.53) (*Prendiville WJ, Elbourne D, at al., 2007*).

В наших исследованиях мы изучили влияние внедрения активного ведения третьего периода родов на количество послеродовых кровотечений, использование крови и препаратов крови, хирургического гемостаза путём тотальной экстирпации матки, частоты материнской смертности от послеродовых кровотечений. Очень важным аспектом наших исследований явилось изучение техники проведения активного ведения третьего периода родов в пилотных лечебных организациях, где, несмотря на внедрение ЭПУ, частота послеродовых кровотечений оставалась высокой. Пилотными лечебными организациями в Нарынской области выбраны все родильные отделения области, т.е. родильные отделения Акталинской, Атбашинской, Жумгалской, Кочкорской территориальных больниц (ТБ) и Нарынской областной объединённой больницы (ООБ), в Жалалабатской области – родильные отделения Жалалабатской ООБ, Базаркоргонской и Аксынской ТБ, в Иссыккульской области – родильные отделения Иссыккульской ООБ и ТБ, ТБ г.Балыкчи, по г. Бишкек – ГПЦ, КРД№1 и НЦОМид.

**Цель:** Изучить влияние активного ведения третьего периода родов на частоту послеродовых кровотечений и структуру материнской смертности от них.

### Материалы и методы

Исследовательская работа состояла из трёх последовательных этапов, проводимых во всех пилотных лечебных организациях Кыргызской Республики. I этап включал определение базового уровня оказания медицинских услуг в лечебных организациях, второй этап – интервенция эффективных технологий в медицинскую практику, третий этап – мониторинг, с последующим обучением на рабочем месте. С указанной целью обследовано 2837 женщин.

В данной работе мы провели анализ лишь нескольких индикаторов, отражающих эффективность внедрения ЭПУ:

- % женщин, у которых в родах использовалось активное ведение родов;
- % женщин, которым переливались компоненты и препараты крови;
- % женщин, которым проведен хирургический гемостаз путём тотальной или субтотальной экстирпации матки.

При базовом исследовании выявлено, что у 74,6% родильниц Нарынской области, у 97% Жалалабадской, у 17% Иссыккульской областей, в г. Бишкек - у 84,7% было использовано активное ведение 3 периода, но процент послеродовых кровотечений в республике в 2007 году оставался стабильно высоким (4,6%), а в структуре материнской смертности они занимали 51,5%. Внедрение ЭПУ в пилотные лечебные организации предусматривало промежуточный мониторинг, который показал, что, несмотря на меры по осуществлению программы, на одном уровне сохранился уровень послеродовых кровотечений и в некоторых учреждениях увеличилось количество женщин, получивших компоненты и препараты крови для восполнения ОЦК и лечения гемостазиологических нарушений (Рис.1, 2).

Таблица 1

Частота активного ведения 3 периода родов по данным базовой и промежуточной оценки

ОБЛАСТЬ	ДАТА НАЧАЛА ВНЕДРЕНИЯ ЭПУ	БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ (%)	ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ОЦЕНКА (%)
Жалалабадская область	2006 (начало внедрения ЭПУ в 2004 году, но данные не собирались, мониторинг не проводился)	97,2	93,7
Иссык-Кульская область	2006 (март)	17,0	91,0
Нарынская область	2007 (июнь)	74,6	90,7
г. Бишкек	2007 (январь), до 2007 внедрялись некоторые элементы ЭПУ	84,7	95,1

Полученные статистические данные позволили обосновать необходимость мониторинга этого компонента, для определения причин неэффективности. Указанный мониторинг позволил выявить следующие ошибки:

- несвоевременное введение окситоцина в/м;
- подмена внутримышечного введения окситоцина внутривенным;
- запоздалая тракция за пуповину;
- несоблюдение техники тракции (провисание пуповины);
- тракции вне схватки;
- неправильное осуществление контрдавления (рука на дне матки, а не над лобковой областью);

Как видно из представленной таблицы (Таблица 2), даже после проведения специального обучения, при промежуточном мониторинге все три компонента использовались в стране только в 72,6 % случаев (при базовом исследовании такой индикатор

не исследовался), тогда как, разрозненное выполнение компонентов имело большую частоту использования. Именно в этом и кроется основная причина недостаточного влияния внедрения активного ведения третьего периода родов на показатель материнской смертности от послеродовых кровотечений.

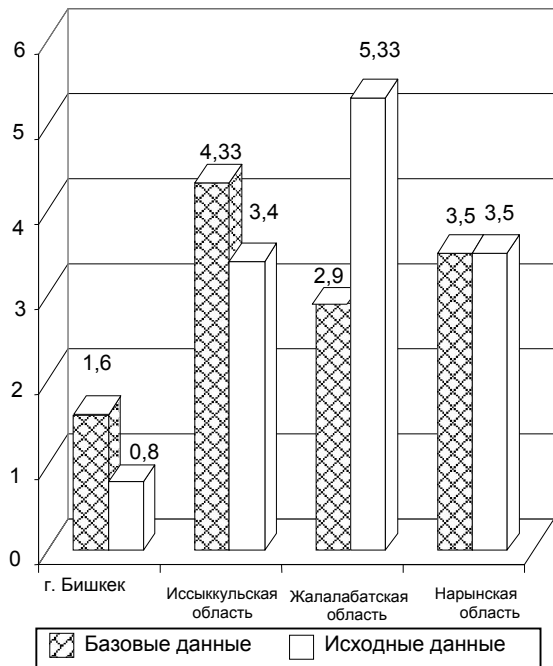


Рис. 1. Показатель частоты ПК по данным базового и промежуточного мониторинга

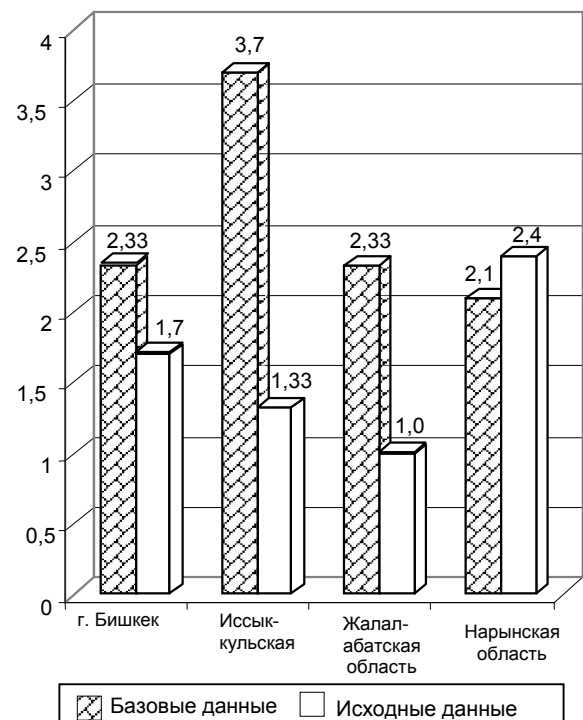


Таблица 2

Качественное улучшение путём активного ведения 3-го периода родов

Анализируемые показатели	Базовые данные, % женщин, N=1321	2008, % женщин, N=1561
10 ЕД окситоцина внутримышечно после родов	66.7	95.0*
Контролируемая тракция за пуповину	нет данных	87.5
Массаж матки после родов	нет данных	83.1
Все три компонента активного ведения 3-го периода родов	нет данных	72.6

\*Примечание: достоверность различий P<0,001

Рис. 2. Показатель базового и промежуточного мониторинга частоты использования крови и препаратов крови

Коррекция указанных дефектов позволила существенно изменить ситуацию, о чем свидетельствуют официальные статистические данные Минздрава КР. По данным официальной статистики за 2008 год отмечается снижение послеродовых кровотечений с 51,5% до 29,5% в структуре материнской смертности (Рисунок 3).

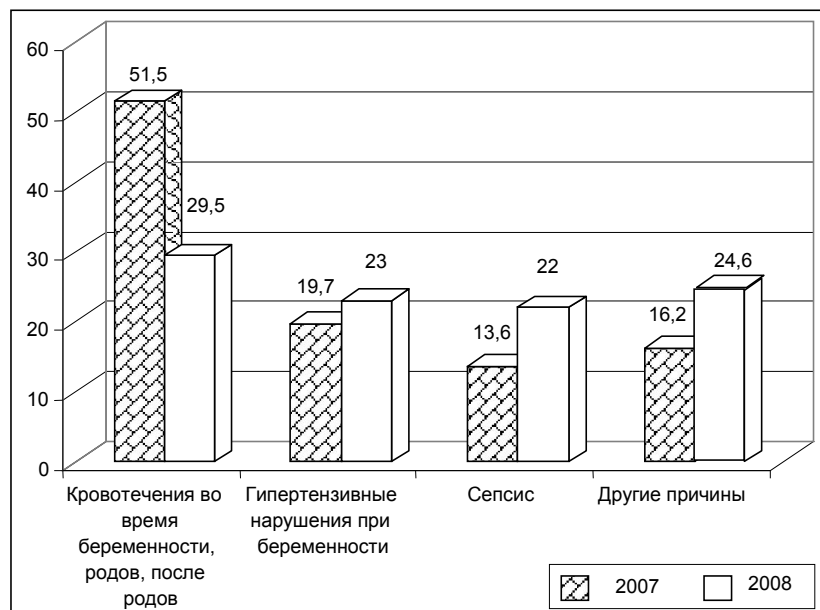


Рис. 3. Структура причин материнской смертности: 2007–2008 гг.

Даже сопоставительный анализ эффективности внедрения перинатальных технологий в отдельных лечебных организациях (см. рис. 4) позволил продемонстрировать значительный эффект от использования активного ведения третьего периода родов. Конечно, в процессе внедрения, как и в целом по республике, были выявлены дефекты в данной методологии, но последующие шаги позволили достичь значимых результатов и добиться не только снижения частоты послеродовых кровотечений, но и хирургического гемостаза путём тотальной экстирпации матки.

Таким образом, определён значимый резерв для реального снижения частоты тяжёлых послеродовых кровотечений и, соответственно, материнской смертности – комплексное последовательное и правильное использование



Рис. 4. Эффективность внедрения ЭПУ в КРД НЦОМид

трёх компонентов активного ведения третьего периода родов (FIGO, 2006).

**Литература:**

1. Management of the Third Stage of Labor to Prevent Postpartum Hemorrhage Joint Statement: International Confederation of Midwives (ICM). International Federation of Gynecologists and Obstetricians (FIGO), 2003.
2. Li XF, Fortney JA, Kotelchuck M, Glover LH. The postpartum period: the key to maternal mortality. Int J Gynaecol Obstet 1995; 52: 1-10
3. MPS Technical Update - Prevention of Postpartum Hemorrhages by Active Management of Third Stage of Labour # 2 OCTOBER 2006. [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/publications/PPH\\_TechUpdate2.pdf](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/PPH_TechUpdate2.pdf).
4. McCormick ML, Sanghvi HCG, Kinzie B, McIntosh N. Averting maternal death and disability: Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2002;77:267-275.
5. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007, Issue 1.
6. Prevention and Treatment of Post-partum Haemorrhage: New Advances for Low Resource Settings. Joint Statement. International Confederation of Midwives (ICM) International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO), 2006.
7. Radek Bukowski, Gary D.V. Hankins, Managing postpartum hemorrhage. Contemporary OB/GYN, Sep 1, 2001.
8. WHO. The World Report 2005. Attending to 136 million birth, every year. 2005. Make every mother and child count, Geneva: World Health organization, 2005: 62-3

**Рецензент: д.мед.н., профессор Мусуралиев М.С.**

---