



## ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С АТОНИЧЕСКИМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Насирова З.А., Облакулова Р.Ш.

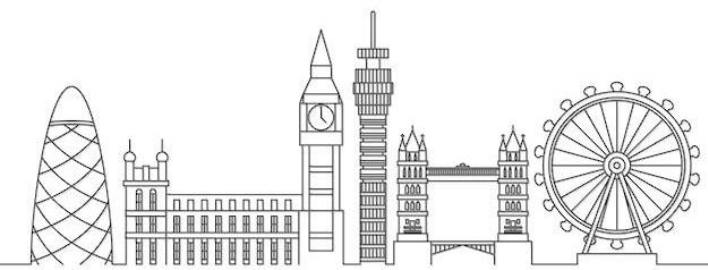
Самаркандский государственный медицинский университет

**Аннотация.** Атоническое послеродовое кровотечение (ПРК) остается ведущей причиной ранней массивной кровопотери после родов. У первородящих женщин риск атонии чаще реализуется через интранатальные факторы: индукцию и стимуляцию родовой деятельности, затяжное течение родов, лихорадку/воспалительные осложнения, а также через сочетание антенатальной анемии и метаболических нарушений. Современные руководства подчеркивают, что значимая доля ПРК возникает у женщин без очевидных факторов риска, поэтому профилактика должна сочетать универсальные меры (активное ведение третьего периода родов, профилактический утеротоник, объективный учет кровопотери) и риск-ориентированную готовность к ранней эскалации терапии. В обзоре систематизированы доказанные и вероятные факторы риска атонического ПРК, обсуждены особенности первородящих и предложена практическая стратификация риска для клинического применения.

**Ключевые слова:** первородящие, послеродовое кровотечение, атония матки, факторы риска, профилактика, утеротоники, окситоцин

**Введение.** Послеродовое кровотечение относится к наиболее опасным осложнениям родов и остается значимой причиной материнской заболеваемости. Несмотря на совершенствование акушерской помощи, доля атонии матки как ведущего механизма раннего ПРК остается высокой. Проблема особенно актуальна для первородящих женщин: у них чаще наблюдаются длительные роды, более высокая частота акушерских вмешательств (индукция/стимуляция, оперативные методы), а также выраженная тревожность, что опосредованно влияет на динамику родов и готовность к осложнениям. Систематизация факторов риска именно для когорты первородящих важна для профилактики, планирования ресурсов и раннего применения стандартных пакетов помощи.

Определения послеродового кровотечения (ПРК) в исследованиях и протоколах вариабельны, что затрудняет сопоставление данных. В ряде международных документов материнскую геморрагию определяют как кумулятивную кровопотерю  $\geq 1000$  мл либо кровопотерю, сопровождающуюся признаками гиповолемии, независимо от способа родоразрешения (ACOG, 2017). Существенным элементом профилактики поздней диагностики является переход от визуальной оценки к количественному/объективному измерению кровопотери (QBL) с использованием





## MODERN PROBLEMS IN EDUCATION AND THEIR SCIENTIFIC SOLUTIONS

калиброванных сборников и взвешивания материалов (ACOG, 2019; World Health Organization, 2023).

Физиологически гемостаз после отделения плаценты обеспечивается сокращением миометрия и механическим пережатием спиральных артерий. Атония матки означает недостаточное или неэффективное сокращение миометрия, вследствие чего сохраняется кровоток из плацентарной площадки. Снижение сократительной способности может быть связано с перерастяжением матки, истощением миометрия при затяжных родах, воспалением, фармакологическим воздействием (токолитики, магний), а также с сопутствующими состояниями, ухудшающими адаптацию к кровопотере (анемия, метаболические и гипертензивные нарушения) (Escobar et al., 2022; Ende et al., 2021).

К антенатальным факторам, повышающим вероятность ПРК и ухудшающим переносимость кровопотери, относится анемия. Систематические обзоры и мета-анализы в целом поддерживают связь пренатальной анемии, особенно тяжелой, с ростом частоты ПРК и неблагоприятных исходов, поэтому коррекция железодефицита до родов рассматривается как модифицируемая мера профилактики (Omotaño et al., 2021; Glonnegger et al., 2023; Yunas et al., 2025). Вместе с тем результаты не полностью согласованы: в отдельных крупных когортах не выявлено независимой ассоциации анемии с ПРК, что может отражать различия в определениях исхода и акушерской тактике (Okunade et al., 2024). Среди сопутствующих состояний умеренной ассоциации с ПРК также выделяют ожирение (ИМТ  $\geq 30$ ), гестационный диабет и гипертензивные расстройства (Yunas et al., 2025).

У первородящих ведущую роль часто играют факторы, формирующиеся в родах. Доказанную значимость имеют индукция и стимуляция родовой деятельности, особенно при длительном или высокодозном применении окситоцина: показана дозозависимая связь с риском тяжелого ПРК (Belghiti et al., 2011). Затяжные роды ассоциированы с истощением миометрия и повышением вероятности массивной кровопотери; при длительности активной фазы более 12 часов риск тяжелого ПРК возрастает (Nyfløt et al., 2017). Дополнительные факторы включают лихорадку и подозрение на хориоамнионит, оперативные влагалищные роды, перерастяжение матки (крупный плод, многоводие), а также кесарево сечение (Ende et al., 2021; Escobar et al., 2022).

Для первородящих характерна более высокая тревожность перед родами и ниже опыт распознавания опасных симптомов, что может приводить к более позднему обращению за помощью и повышенной частоте вмешательств. В отдельных исследованиях для когорты первородящих указывается связь выраженной антенатальной тревожности и умеренно-тяжелой анемии с ПРК (Feng et al., 2023). Даже при отсутствии выраженных факторов риска ключевым остается системный подход: обучение команды, наличие алгоритмов, готовность к раннему





**MODERN PROBLEMS IN EDUCATION AND THEIR SCIENTIFIC SOLUTIONS**

применению утеротоников и механических методов (RCOG, 2016; Escobar et al., 2022).

Современные рекомендации сходятся в том, что профилактика должна быть универсальной и не ограничиваться только «группой высокого риска», поскольку существенная доля атонического ПРК возникает у женщин без заранее выявляемых предикторов (Ende et al., 2021). К базовым мерам относят активное ведение третьего периода родов и введение профилактического утеротоника (World Health Organization, 2018; RCOG, 2016). Дополнительный эффект дает внедрение объективного учета кровопотери и раннее распознавание ухудшения состояния (World Health Organization, 2023; ACOG, 2019). Отдельно подчеркивается значение стандартизированных пакетов помощи (bundles), командных тренировок и чек-листов, которые повышают соблюдение рекомендаций и скорость эскалации лечения (ACOG, 2017; Althabe et al., 2020).

**Заключение**

Атоническое ПРК у первородящих имеет многофакторную природу и часто реализуется через интранатальные предикторы - индукцию/стимуляцию окситоцином, затяжные роды и воспалительные осложнения. Антенатальная анемия, ожирение и метаболические нарушения повышают общий риск и ухудшают переносимость кровопотери, поэтому их коррекция и учет при планировании родов являются важными профилактическими мерами. Поскольку значительная доля ПРК возникает без явных факторов риска, наилучшие результаты дает сочетание универсальной профилактики, объективной оценки кровопотери и готовности к раннему применению стандартизированных пакетов помощи.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Practice Bulletin No. 183: Postpartum hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology*, 130(4), e168–e186. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002351>
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Quantitative Blood Loss in Obstetric Hemorrhage: ACOG Committee Opinion, Number 794. *Obstetrics & Gynecology*, 134(6), e150–e156. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003564>
3. Althabe, F., Therrien, M. N. S., Pingray, V., et al. (2020). Postpartum hemorrhage care bundles to improve adherence to guidelines: A WHO technical consultation. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 148(3), 290–299. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13028>
4. Belghiti, J., Kayem, G., Dupont, C., Rudigoz, R.-C., Bouvier-Colle, M.-H., & Deneux-Tharaux, C. (2011). Oxytocin during labour and risk of severe postpartum





MODERN PROBLEMS IN EDUCATION AND THEIR SCIENTIFIC  
SOLUTIONS

haemorrhage: A population-based, cohort-nested case-control study. *BMJ Open*, 1(2), e000514. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000514>

5. Braund, S., et al. (2024). Induction of labor and risk of postpartum hemorrhage in women with vaginal delivery: A propensity score analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 164(2), 732–740. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15043>

6. Ende, H. B., Lozada, M. J., Chestnut, D. H., Osmundson, S. S., Walden, R. L., Shotwell, M. S., & Bauchat, J. R. (2021). Risk factors for atonic postpartum hemorrhage: A systematic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 137(2), 305–323. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000004228>

7. Escobar, M. F., Nassar, A. H., Theron, G., et al. (2022). FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 157(S1), 3–50. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14116>

8. Feng, N., et al. (2023). Investigation and analysis of high-risk factors of postpartum hemorrhage in primiparas. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 16(2), 483–490.

9. Glonnegger, H., Glenzer, M. M., Lancaster, L., Barnes, R. F. W., & von Drygalski, A. (2023). Prepartum anemia and risk of postpartum hemorrhage: A meta-analysis and brief review. *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*, 29, 10760296231214536. <https://doi.org/10.1177/10760296231214536>

10. National Institute for Health and Care Excellence. (2023). Intrapartum care (NG235): Management of postpartum haemorrhage. NICE. (Amended 2024).

