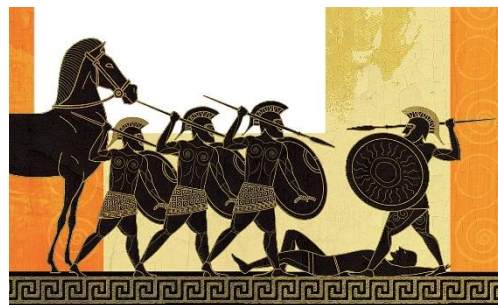
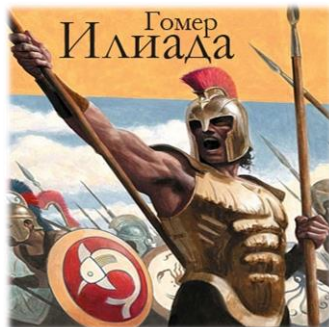


# **Острые нарушения гемостаза в акушерстве.**

## **Экстренная диагностика и коррекция**

**Куликов Александр Вениаминович**

**Уральский государственный медицинский университет  
Кафедра анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ПП**



## Троянские войны – 12 век до н.э.

Механизм повреждения	Количество	Летальность, %
Удар мечом	17	100
Удар копьем	106	80
Метание пращей	12	66
Стрелы	12	50
<b>Всего</b>	<b>147</b>	<b>79</b>

Dan L. Longo, M.D., *Editor*

## Hemorrhagic Shock

Jeremy W. Cannon, M.D.

**Table 1.** Estimated Hemorrhage-Related Deaths per Year and Years of Life Lost in the United States and Worldwide, According to the Cause of Hemorrhage.

Cause of Hemorrhage	Deaths from Hemorrhage*	U.S. Cases of Hemorrhage		Global Cases of Hemorrhage	
	<i>percent</i>	No. of Deaths per Yr	Yr of Life Lost	No. of Deaths per Yr	Yr of Life Lost
Abdominal aortic aneurysm	100	9,988†	65,273‡	191,700§	2,881,760¶
Maternal disorder	23§	138	7,572**	69,690	4,298,240**
Peptic ulcer disease	60††	1,860	38,597**	141,000	3,903,600**
Trauma	30‡‡	49,440	1,931,786**	1,481,700	74,568,000**
Total		61,426	2,043,228	1,884,090	85,651,600

**В акушерстве продолжают течь  
кровавые реки -  
1 место в структуре МС**

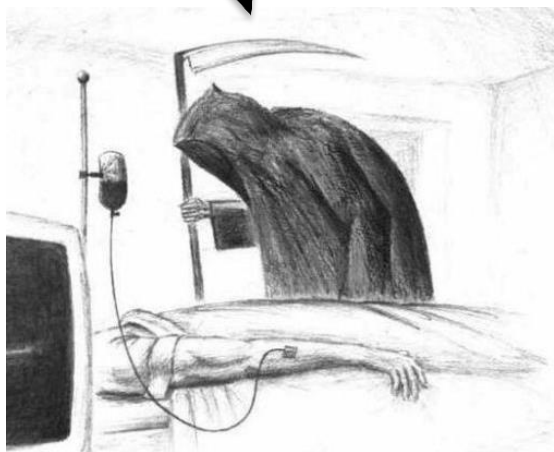
**«Триада смерти»:**

**Коагулопатия**

**Ацидоз**

**Гипотермия**

**Независимый  
фактор риска  
смерти**

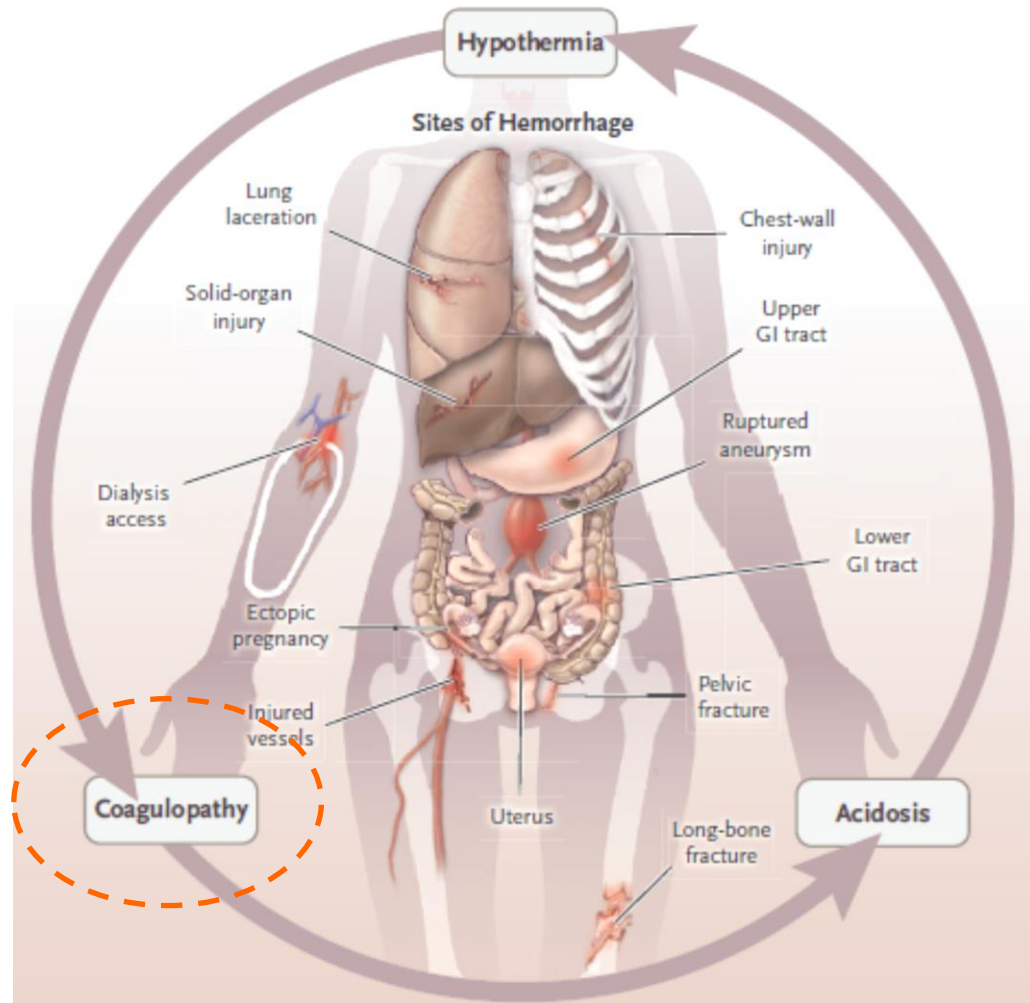


**Устранить  
максимально  
быстро!**

Dan L. Longo, M.D., *Editor*

## Hemorrhagic Shock

Jeremy W. Cannon, M.D.



# Контроль за гемостазом

**Хирургия**

**Контроль за  
местным  
гемостазом**

**Утеротоники**  
Окситоцин  
Эргометрин

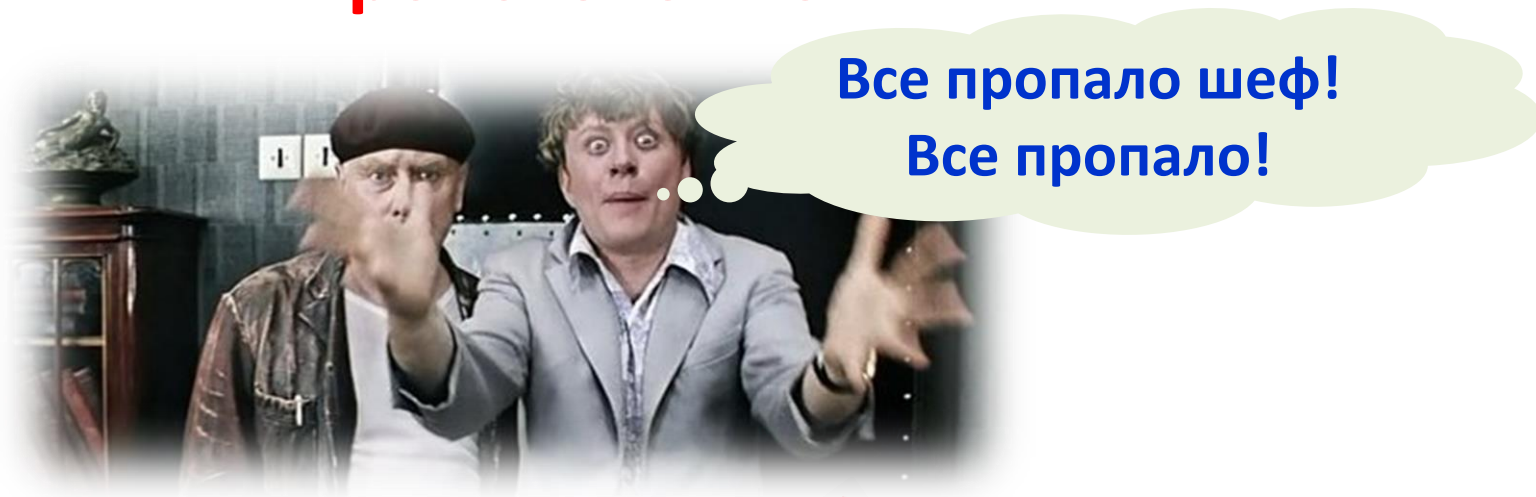
**Местные  
гемостатики**  
(Тахокомб)

**ИСПОЛЬЗУЕМ  
САМИ**

**Контроль за  
системным  
гемостазом**

**Компоненты крови**  
**Факторы свертывания (VII)**  
**Антифибринолитики**

**Если кровь не сворачивается, то и  
качественная хирургия не может остановить  
кровотечение!!!**





Кроме  
протромбинового  
времени все  
нормально



# Предрасполагающие факторы для **гипокоагуляции**

- **Анемия тяжелой степени**
- **Тромбоцитопения**
- **Массивная кровопотеря**
- **Аномалии расположения плаценты**
- **Преэклампсия, HELLP-синдром**
- **Применение дезагрегантов и антикоагулянтов**
- **Инфузия плазмозаменителей**
- Врожденные дефекты системы гемостаза
- Заболевания крови
- Декомпенсированные болезни печени
- Опухоли матки
- Воспалительный (инфекционный) процесс в матке, хориоамнионит
- Гипотермия
- Ацидоз

**Вывод для  
акушеров!**

**Не рассуждайте о «хроническом»  
ДВС-синдроме!  
Этого понятия нет!**

**Как причина кровотечений в акушерстве исходные  
нарушения гемостаза не более 1,5%**

**Выявляйте и устраняйте реальные факторы риска!**



**Вывод для  
всех!**



**Оперировать в любых условиях и  
максимально быстро!**



**Остановить кровотечение любой  
ценой!**

**Вывод для  
акушеров!**



**Сомнение в эффективном  
хирургическом гемостазе – показание  
к операции!**

# Коды МКБ X

**O45.0 Преждевременная отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови**

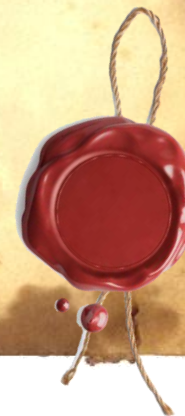
**O46.0 Дородовое кровотечение с нарушением свертываемости**

**O67.0 Кровотечение во время родов с нарушением свертываемости крови**

**O72.3 Послеродовая(ой) коагуляционный дефект, афибриногенемия, фибринолиз**

**D65 Диссеминированное внутрисосудистое свертывание [синдром дефибринации]**

**D68.9 Нарушение свертываемости неуточненное**



# Максимально часто:

Массивная кровопотеря.

Шок

Инфузия  
плазмозаменителей

Кровотечение

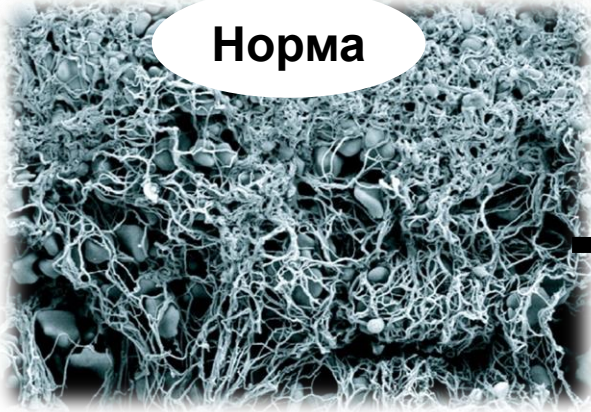
Стабилизация  
гемодинамики, но...

Дилуционная  
коагулопатия

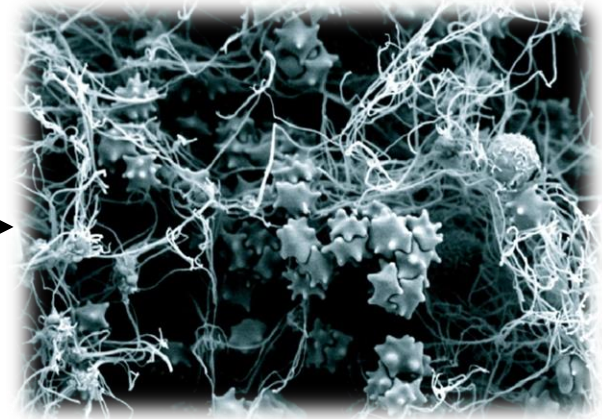


# Влияние кровопотери и 60% гемодилюции на процесс образования сгустка крови

Норма



Кровопотеря и 60%  
гемодилюция:  
кристаллоиды и коллоиды



+

## Антикоагулянтные эффекты коллоидов

- ✓ Приобретенный синдром Виллебранда и снижение фактора VIII
- ✓ Снижение генерации тромбина
- ✓ Ослабляют взаимодействие тромбина и фибриногена
- ✓ Ослабление эффекта XIII-фактора
- ✓ Активация фибринолиза
- ✓ Снижение активности тромбоцитов, адгезии и агрегации
- ✓ Уменьшенная доступность гликопротеин IIb-IIIa

(dextran > hetastarch > pentastarch > **tetastarch**,  
gelatine > albumin)

130/04



Sibylle A. Kozek-Langenecker<sup>a,b</sup>**Purpose of review**

Infusion therapy is essential in intravascular hypovolaemia and extravascular fluid deficits. Crystalloidal fluids and colloidal volume replacement affect blood coagulation when infused intravenously. The question remains if this side-effect of infusion therapy is clinically relevant in patients with and without bleeding manifestations, and if fluid-induced coagulopathy is a risk factor for anaemia, blood transfusion, and mortality, and a driver for resource use and costs.

**Recent findings**

Pathomechanisms of dilutional coagulopathy and evidence for its clinical relevance in perioperative and critically ill patients are reviewed. Furthermore, the article discusses medicolegal aspects.

**Summary**

The dose-dependent risk of dilutional coagulopathy differs between colloids (dextran > hetastarch > pentastarch > tetrastarch, gelatins > albumin). Risk awareness includes monitoring for early signs of side-effects. With rotational thromboelastometry/thrombelastography, the deterioration not only in clot strength but also in clot formation and in platelet interaction can be assessed. Fibrinogen concentrate administration may be considered in severe bleeding as well as relevant dilutional coagulopathy. Targeted doses of gelatins and tetrastarches seem to have no proven adverse effect on anaemia and allogeneic blood transfusions. Further studies are needed.

**Keywords**

blood loss, blood transfusion, dilutional coagulopathy, hydroxyethyl starch

## RESEARCH

## Open Access



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

Rolf Rossaint<sup>1</sup>, Bertil Bouillon<sup>2</sup>, Vladimir Cerny<sup>3,4,5,6</sup>, Timothy J. Coats<sup>7</sup>, Jacques Duranteau<sup>8</sup>, Enrique Fernández-Mondéjar<sup>9</sup>, Daniela Filipescu<sup>10</sup>, Beverley J. Hunt<sup>11</sup>, Radko Komadina<sup>12</sup>, Giuseppe Nardi<sup>13</sup>, Edmund A. M. Neugebauer<sup>14</sup>, Yves Ozier<sup>15</sup>, Louis Riddez<sup>16</sup>, Arthur Schultz<sup>17</sup>, Jean-Louis Vincent<sup>18</sup> and Donat R. Spahn<sup>19\*</sup>

**Type of fluid**

**Recommendation 16** We recommend that fluid therapy using isotonic crystalloid solutions be initiated in the hypotensive bleeding trauma patient. (Grade 1A)

We suggest that excessive use of 0.9 % NaCl solution be avoided. (Grade 2C)

We recommend that hypotonic solutions such as Ringer's lactate be avoided in patients with severe head trauma. (Grade 1C)

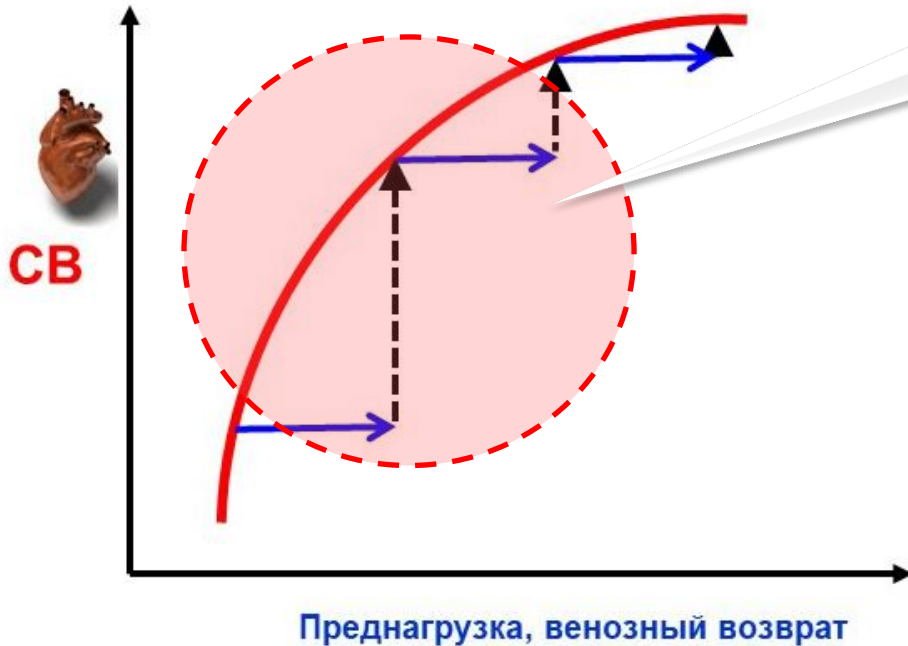
We suggest that the use of colloids be restricted due to the adverse effects on haemostasis. (Grade 2C)

ГЭК только при кровопотере при неэффективности кристаллоидов!

При тяжелой коагулопатии ГЭК и других коллоидов следует избегать!

Слабая  
рекомендация

# Не забывайте – ГЭК только при кровопотере!



Вот зона применения ГЭК и других синтетических коллоидов



Только 130/04 и не более 30 мл/кг

**И акушер-гинеколог, и анестезиолог-реаниматолог должны САМИ владеть основами гемостаза и *принимать решения***

**Диагностика → Лечение → Результат**

**«Гемостазиолог» – это сказочный персонаж!**



**Вывод для  
всех**

**Нужна подготовка  
врачей**



**Кровотечение продолжается**

**Гипокоагуляция**

**ДА**

**НЕТ**

**Компоненты крови  
Факторы свертывания (VII)  
Антифибринолитики**

**Хирургическое  
лечение**

**Гипокоагуляция**



**Клинически - кровотечение**



**Лабораторные тесты, ТЭГ – кровь не сворачивается**



**Потеря факторов при  
кровотечении,  
гемодилюция**

**Критическое потребление  
факторов при ДВС-  
синдроме**

**Как отличить**





**Вывод для  
всех!**

**Нужно быстро:**

**...оперировать**

**...восстанавливать уровень тромбоцитов и факторов свертывания крови, эритроцитов и гемоглобина**

**...защитить фибрин**

## Если у Вас ничего нет...

- По объему кровопотери: более 30% ОЦК или 1500 мл
- Пробирочный тест времени свертывания цельной крови по R. I. Lee и P.D. White (более 10 мин)



- Клиническая оценка диффузной кровоточивости (почти тест по W.W. Duke) мест вколов, шва, мест установки дренажей, катетеров
- Появление (нарастание) петехиальной сыпи на коже и слизистых.

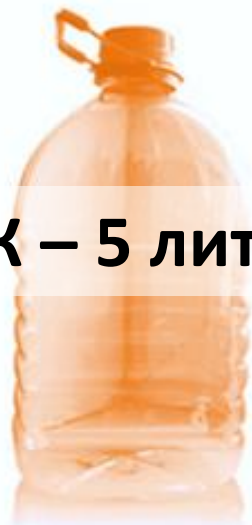


По объему кровопотери: Приказ от 2 апреля 2013 года N 183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов»

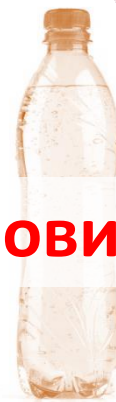
**30% ОЦК или 1500 мл**

**А у женщины весом 50 кг – 1000 мл!!!**

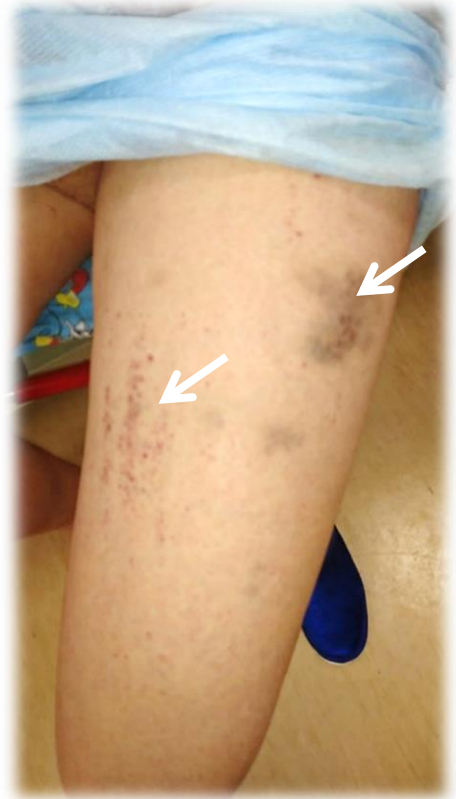
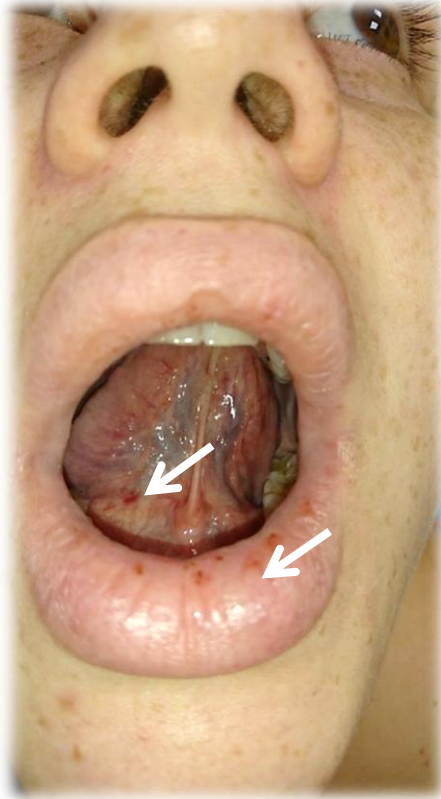
**ОЦК – 5 литров**



**Потеря крови – 1,5 литра**



**ОПАСНО**



# Экспресс-диагностика - всего 5 тестов!

1

Тромбоциты

№ Пробы:	26	Отдел	
ID Пациента:	8853	СЕМЕНТЬ	
Имя:	А.А.		
Комментарий:	ВЕНА		
Positive Morph.	<i>носил очки</i>		
WBC	12.22	[10 <sup>9</sup> /L]	
RBC	3.78	[10 <sup>12</sup> /L]	
HGB	102	[g/L]	
HCT	30.8	[%]	
MCV	81.5	[fL]	
MCH	27.0	[pg]	
MCHC	331	[g/L]	
PLT	74 *	[10 <sup>9</sup> /L]	
RDW-SD	38.2	[fL]	
RDW-CV	14.4	[%]	
PDW	----	[fL]	
MPV	----	[fL]	
P-LCR	----	[%]	
PCT	----	[%]	
NEUT	10.87 +	[10 <sup>9</sup> /L]	89.1
LYMPH	1.20	[10 <sup>9</sup> /L]	9.1
MONO	0.14	[10 <sup>9</sup> /L]	1.1
EO	0.00	[10 <sup>9</sup> /L]	0.0
BASO	0.01	[10 <sup>9</sup> /L]	0.0
IG	0.06	[10 <sup>9</sup> /L]	0.0
RET		[%]	
IRF		[%]	
LFR		[%]	
MFR		[%]	
HFR		[%]	

№ Пробы:	4434	Отд	
ID Пациента:	15696	Сарафа	
Имя:	ОЛ		
Комментарий:	кв		
Positive Count			
WBC	19.65 +	[10 <sup>9</sup> /L]	
RBC	3.48	[10 <sup>12</sup> /L]	
HGB	101	[g/L]	
HCT	28.9	[%]	
MCV	83.0	[fL]	
MCH	29.0	[pg]	
MCHC	349	[g/L]	
PLT	338	[10 <sup>9</sup> /L]	
RDW-SD	37.5	[fL]	
RDW-CV	12.9	[%]	
PDW	11.0	[fL]	
MPV	9.7	[fL]	
P-LCR	23.1	[%]	
PCT	0.33	[%]	
NEUT		[10 <sup>9</sup> /L]	
LYMPH		[10 <sup>9</sup> /L]	
MONO		[10 <sup>9</sup> /L]	
EO		[10 <sup>9</sup> /L]	
BASO		[10 <sup>9</sup> /L]	
RET		[%]	
IRF		[%]	
LFR		[%]	
MFR		[%]	
HFR		[%]	

2

Фибриноген

3

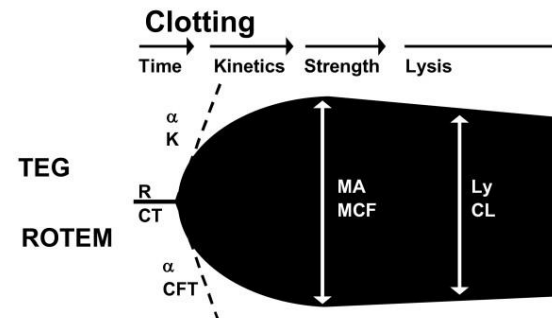
Протромбиновое время - МНО

4

Активированное парциальное (частичное) тромбопластиновое время - АПТВ (АЧТВ)

5

ТЭГ, ROTEM



# При кровотоке всего четыре цифры

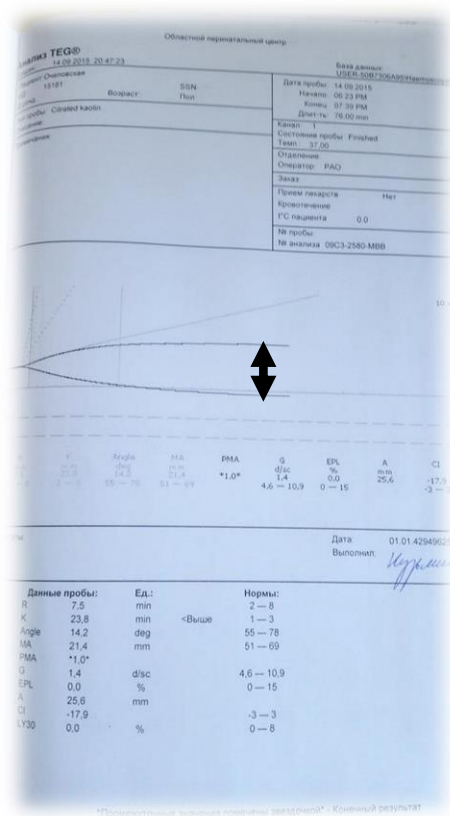
1,5

2,0

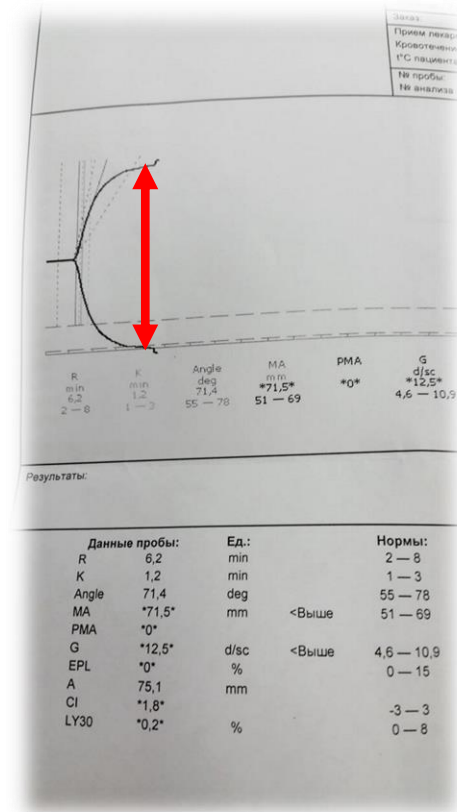
50

70

# Переливаем!



# Не переливаем!





Brandy Tumbler  
Do Nothing



Red Wine Glass  
Give FFP



Test Tube  
Give Platelets




Champagne Flute  
Give Cryo



Upside Down Martini Glass  
Give TXA

Thromboelastography  
in Trauma



**Вывод для  
организаторов!**

**Нужно:**

**...оптимизировать работу экспресс-  
лаборатории – только стандартизированные  
тесты и максимально быстро!**



**Потребление  
факторов и  
кровотечение**

**ДВС**

**Тромбоз  
микроциркуляции и  
полиорганная  
недостаточность**

**D** eath  
**I** s  
**C** oming





МКБ 10: D65 Диссеминированное внутрисосудистое  
свертывание [синдром дефибринации]

*Только острый!!!*

ДВС-синдром

*Только критическое состояние!!!*

Потребление компонентов свертывающей  
и *противосвертывающей* системы крови

## Стадии тромбогеморрагического синдрома (М. С. Мачабели)

**1. Стадия гиперкоагулемии** характеризуется быстрым или медленным поступлением в кровяное русло тканевого тромбопластина и в результате этого признаками гиперкоагуляции крови. При очень быстром поступлении в кровь тромбопластина она бывает очень вязкой, и лабораторными методами ее установить трудно.

**2. Стадия нарастающей коагулопатии потребления и фибринолитической активности** характеризуется ускоренным тромбозом и снижением, признаками коагулопатии потребления и снижением количества тромбоцитов, содержанием факторов свертывания крови (особенно фибриногена) и усиленным фибринолизом.

**3. Стадия дефибринации и фибринолиза (дефибринационная фибринолитическая стадия)** отличается резким снижением активности и содержания почти всех факторов свертывания крови, отсутствием фибриногена и резким повышением фибринолиза. Это часто терминальная стадия с резко выраженным геморрагическим синдромом и летальным исходом.

**4. Восстановительная стадия, или стадия остаточных тромбозов и блокад**, характеризуется восстановлением фибриногена и других факторов свертывания крови; клинически проявляется остаточными явлениями тромбозов, подчас необратимыми изменениями функций различных органов.

Форма и стадия синдрома	Клинические проявления	Основные тесты
Компенсированная гиперкоагуляция (ДВС-I)	Нет кровотечения или свечение с венозными сгустками	Время свертывания крови в пределах нормы или укорочено Сгусток плотный, хорошо ретрагируется, тест-тромбин 5-11 с
Субкомпенсированная коагулопатия потребления без активации фибринолиза (ДВС II)	Кровотечение с рыхлыми нелизирующимися сгустками	ВСК - на нижней границе нормы или укорочено до 13-15 мин, тромбоцитов - $100 \cdot 10^9/\text{л}$ , тест-тромбин до 60 с, сгусток более рыхлый, лизис более 1 ч,
Коагулопатия потребления с генерализацией фибринолиза (ДВС-III)	Сгустки с быстрым лизисом. Повышенное содержание фибриногена, наличие фибринолитических факторов, на коже петехии	ВСК - более 15 мин, тромбоцитов $< 100 \cdot 10^9/\text{л}$ . Тест-тромбин - до 3 мин. ПДФ-тест - положительный (повышение уровня D-димеров) сгусток небольшой, лизис быстрый (1-20 мин).
Декомпенсированная коагулопатия с фибринолизом или полное несвертывание крови (ДВС-IV)	Генерализованная кровоточивость, обильные петехии и гематомы на коже, гематурия и пр.	ВСК - 30 мин и более, если образуется сгусток, то быстро лизируется. Количество тромбоцитов резко снижено. Тест-тромбин более 3 мин. ПДФ-тест резко положительный (резкое повышение уровня D-димеров)

Таблица 2. Лабораторные критерии стадий ДВС (8)

Стадия ДВС	Основные лабораторные показатели						
	Время свертывания крови по Ли-Уайту, мин.	Спонтанный лизис сгустка	Число тромбоцитов, $10^9/\text{л}$	Протромбиновое время, с	Тромбиновое время, с	Фибриноген, г/л	
I	< 5 мин	нет	< 30	< 15	< 24 с	> 5 г/л	
II	5-12 мин	нет	< 30	12-15 с	> 60 с	1,5-3,0 г/л	
III	> 12 мин	быстрый	60-80 с	15-18 с	> 100 с	0,5-1,5 г/л	
IV	> 60 мин	сгусток не образуется	< 50	> 18 с	> 180 с	Не определяется или следы	
Норма	6-9 мин	нет	50-40 с	150-300	11-12 с	16-20 с	2,0-4,5 г/л

# ДВС –вторичная коагулопатия

## **DIC: disease-induced coagulopathy**

1. **TIC: trauma-induced coagulopathy**
2. **SIC: sepsis-induced coagulopathy**
3. **CIC: cancer-induced coagulopathy**
4. **LIC: leukemia-induced coagulopathy**
5. **AIC: aneurysm-induced coagulopathy**

# Логика диагноза ДВС-синдром:

## Клиника

Критическое состояние

## Симптомы

Кровотечение  
ПОН

## Лаборатория

Тромбоциты, Фибриноген  
МНО, АПТВ, ПДФ, АТ III и т.д.

**ДВС-синдром**



# Весь мир с 2001 г.



## ДВС-синдром: Явный (overt) Неявный (non overt)

**Table 1** Scoring system for overt Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)

- Risk assessment: does the patient have an underlying disorder known to be associated with overt DIC?  
*If yes: Proceed.*  
*If no: Do not use this algorithm.*
- Order global coagulation tests (platelet count, prothrombin time, fibrinogen, fibrin-related marker).
- Score global coagulation test results.
  - Platelet count  
( $>100 = 0$ ;  $<100 = 1$ ;  $<50 = 2$ )
  - Elevated fibrin related marker (e.g. D-dimers; fibrin degradation products)  
(no increase = 0; moderate increase = 2; strong increase = 3)
  - Prolonged prothrombin time  
( $< 3 s = 0$ ;  $> 3$  but  $< 6 s = 1$ ;  $> 6 s = 2$ )
  - Fibrinogen level  
( $> 1.0g L^{-1} = 0$ ;  $< 1.0g L^{-1} = 1$ )
- Calculate score
  - If  $\geq 5$ : compatible with overt DIC: repeat score daily
  - If  $< 5$ : suggestive (not affirmative) for non-overt DIC: repeat next 1–2 days.

## Towards Definition, Clinical and Laboratory Criteria, and a Scoring System for Disseminated Intravascular Coagulation\*

On behalf of the Scientific Subcommittee on Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) of the International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH)

Fletcher B. Taylor Jr.<sup>1</sup>, Cheng-Hock Toh<sup>2</sup>, W. Keith Hoots<sup>3</sup>, Hideo Wada<sup>4</sup>, Marcel Levi<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Cardiovascular Biology Research Program, Oklahoma Medical Research Foundation, Oklahoma City, OK, USA;

<sup>2</sup>Department of Haematology, Royal Liverpool University Hospital, Liverpool, UK;

<sup>3</sup>University of Texas Medical School, Gulf States Hemophilia Center, Houston, TX, USA;

<sup>4</sup>2nd Department of Internal Medicine, Mie University School of Medicine, Tsu-city Mie-ken, Japan;

<sup>5</sup>Dept. of Internal Medicine, Academic Medical Center, University of Amsterdam, The Netherlands

**Table 2** Scoring system for non-overt Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)

- Risk assessment: does the patient have an underlying disorder known to be associated with DIC?  
*yes = 2, no = 0*
- Major criteria
 

Platelet Count	$>100 \times 10^9 L^{-1} = 0$	$<100 \times 10^9 L^{-1} = 1$	Rising = -1	Stable = 0	Falling = 1
PT	$< 3 s = 0$	$> 3 s = 1$	Falling = -1	Stable = 0	Rising = 1
Prolongation Fibrin related-markers	Normal = 0	Raised = 1	Falling = -1	Stable = 0	Rising = 1
- Specific criteria
 

Antithrombin	Normal = -1	Low = 1
Protein C	Normal = -1	Low = 1
-----	Normal = -1	Abnormal = 1
- Calculate score:

# Шкала диагностики явного (overt) ДВС-синдрома

International Society on Thrombosis and Haemostasis, 2001

## 1. Есть ли у пациента заболевание, соответствующее ДВС-синдрому?

Если **да**, то переходим к шкале:

Количество тромбоцитов	> 100*10 <sup>9</sup>	0
	50-100*10 <sup>9</sup>	1
	< 50*10 <sup>9</sup>	2
Растворимые мономеры фибрина/продукты деградации фибрина	Нет увеличения	0
	Умеренное увеличение	2
	Значительное увеличение	3
Увеличение протромбинового времени	Менее, чем на 3 с	0
	От 3 до 6 с	1
	Более, чем на 6 с	2
Фибриноген	Более 1 г/л	0
	Менее 1 г/л	1
<b>Баллы более 5 – явный ДВС-синдром</b>		

# Шкалы ДВС-синдрома

- **ISTH** - International society for thrombosis and haemostasis
- **JMHLW** - Japan Ministry of Health, Labour, and Welfare
- **JAAM** - Japanese Association for Acute Medicine
- **CDSS** - Chinese DIC Scoring System
- **JSOG** - Japanese Society of Obstetrics and Gynecology
- Erez O. et al. 2014
- Clark S.L., 2016

**Цель – максимально ускорить принятие решения!**

# Модифицированная шкала ДВС-синдрома в акушерстве

Параметр	ISTH, 2001		Clark S.L., 2016	
Количество тромбоцитов	> 100*10 <sup>9</sup> 50-100*10 <sup>9</sup> < 50*10 <sup>9</sup>	0 1 2	Более 100 *10 <sup>9</sup> 50-100*10 <sup>9</sup> Менее 50*10 <sup>9</sup>	0 1 2
Растворимые мономеры фибрина/продукты деградации фибрина	Нет увеличения Умеренное увеличение Значительное увеличение	0 2 3		
Увеличение протромбинового времени	Менее, чем на 3 с От 3 до 6 с Более, чем на 6 с	0 1 2	Увеличение на 25% Увеличение 25-50% Увеличение более 50%	0 1 2
Фибриноген	Более 1 г/л Менее 1 г/л	0 1	Менее 2,0 Более 2,0	1 0
<b>Баллы более 5 – явный ДВС-синдром</b>			<b>Более 3 – явный ДВС-синдром в акушерстве</b>	

Clark SL, Romero R, Dildy GA, Callaghan WM, et al. Proposed diagnostic criteria for the case definition of amniotic fluid embolism in research studies. Am J Obstet Gynecol. 2016 Oct;215(4):408-12..

Erez O. Disseminated intravascular coagulation in pregnancy – Clinical phenotypes and diagnostic scores. Thromb Res. 2017 Mar;151 Suppl 1:S56-S60.



# АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ и РЕАНИМАТОЛОГИЯ

Russian Journal of Anaesthesiology and Reanimatology

5

2017

Том 62

• МОСКВА • МЕДИЦИНА •

www.medlit.ru

ISSN 0201-7563  
9 7972017 756305

## КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 618.3-06:616.151.5]-08-039.72

Куликов А.В.<sup>1,5,6</sup>, Шифман Е.М.<sup>2,5,6</sup>, Буланов А.Ю.<sup>3,5,6</sup>, Заболотских И.Б.<sup>4,5,6</sup>, Спьяков С.В.<sup>4,5,6</sup>

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

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ,  
620028, Россия, обл. Свердловская, г. Екатеринбург;<sup>2</sup> ГБОУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический  
институт им. М.Ф. Владимирского», 129110, Россия г. Москва;<sup>3</sup> ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва, Россия, 117198,<sup>4</sup> ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ,  
350063, Российская Федерация, Краснодарский Край, г. Краснодар<sup>5</sup> Общероссийская общественная организация «Федерация анестезиологов и реаниматологов»<sup>6</sup> Российская общественная организация «Ассоциация акушерских анестезиологов  
и реаниматологов»

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

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

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

# Протокол массивной трансфузии



Массивная кровопотеря

Шок

Инфузия  
плазмозаменителей

Кровотечение

Стабилизация  
гемодинамики, но...

Дилуционная  
коагулопатия



# Триггеры для трансфузии компонентов крови

**Нет** кровотечения - **НЕТ экстренной**  
трансфузии компонентов крови



**Анализы не лечим**



**ПРИКАЗ 25 ноября 2002 г. N 363** «Об утверждении инструкции по применению компонентов крови»

**ПРИКАЗ от 2 апреля 2013 года N 183н** «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов»



# Протокол массивной трансфузии

Эритроциты

3-4 дозы

1

:

1

СЗП

15-20 мл/кг

# Оценка эффективности применения протокола массивной трансфузии и принципа контроля за реанимацией на летальность

GUIDELINES

© 2017 Wolters Kluwer Health, Inc.

Damage control resuscitation in patients with severe traumatic hemorrhage: A practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma

Jeremy W. Cannon, MD, SM, Mansoor A. Khan, MBBS (Lond), PhD, Ali S. Raja, MD, Mitchell J. Cohen, MD, John J. Como, MD, MPH, Bryan A. Cotton, MD, Joseph J. Dubose, MD, Erin E. Fox, PhD, Kenji Inaba, MD, Carlos J. Rodriguez, DO, John B. Holcomb, MD, and Juan C. Duchesne, MD, Philadelphia, Pennsylvania

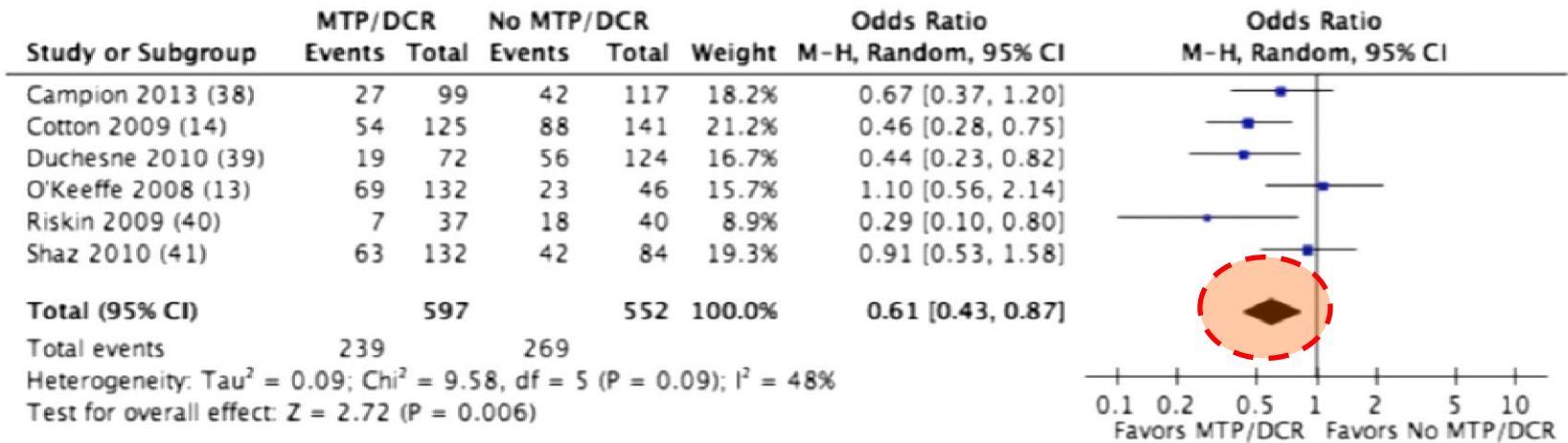


Figure 2. Forest plot for MT/DCR protocol vs no MT/DCR protocol; outcome = mortality.

# Всего три эффективных компонента консервативного гемостаза

**1** Компоненты крови

**2** Факторы свертывания крови

**3** Антифибринолитики

# Все остальное:





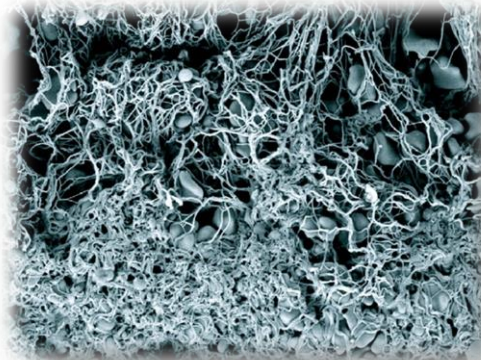
# Логика гемостатической терапии

**Даем субстрат:**

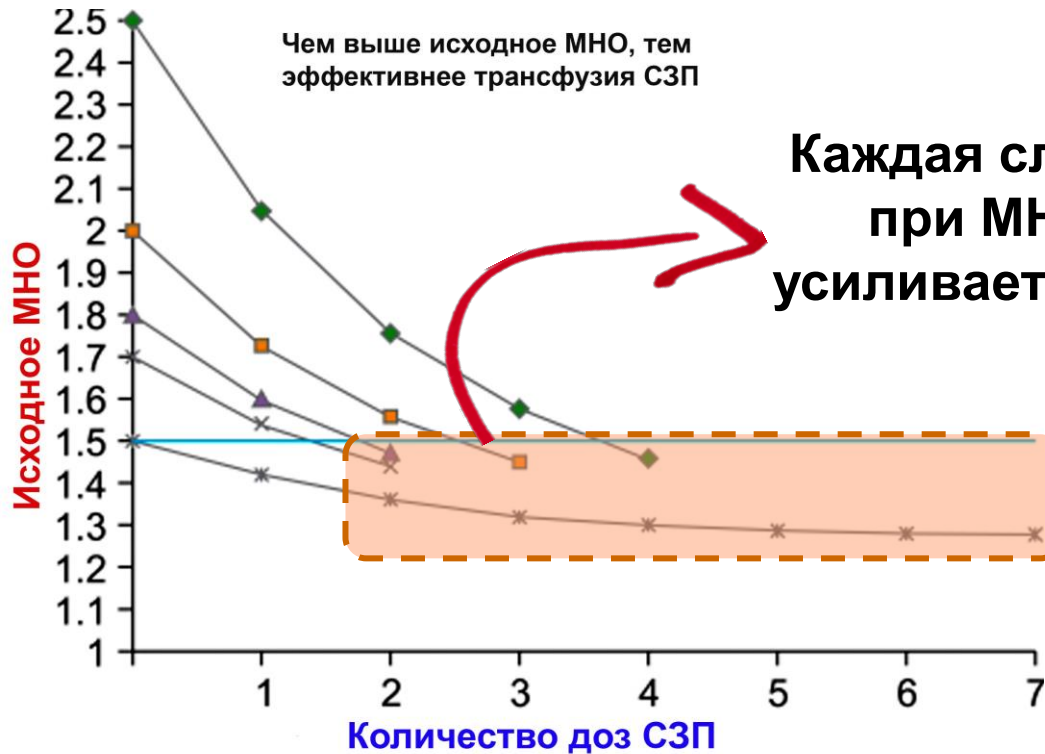
факторы свертывания крови  
и тромбоциты  
(СЗП, КПК, криопреципитат,  
тромбомасса)

**Предупреждаем лизис:**  
антифибринолитики

**Усиливаем эффект:**  
VII фактор – Коагил



# Эффективность СЗП и фактора VII



Каждая следующая доза СЗП при МНО менее 1,5 – не усиливает функцию гемостаза !

Усилить функцию гемостаза может только фVII

# Эффект усиления!



**VIIa**



Внешний путь

**TF**

Внутренний путь

**fXII**

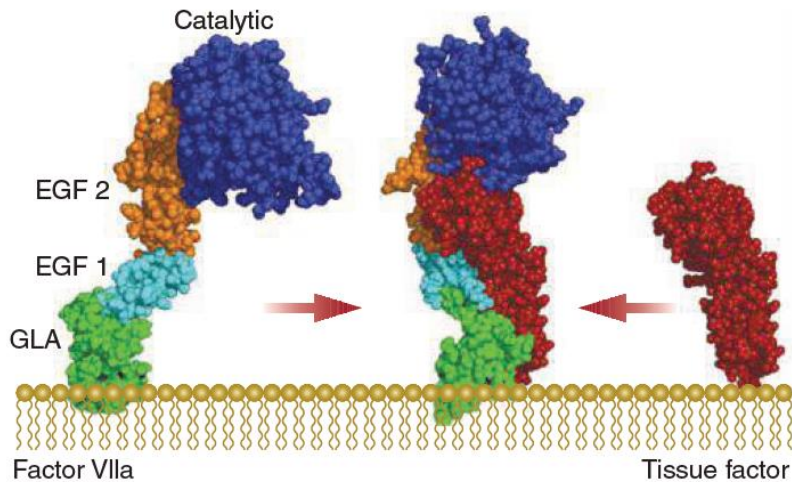
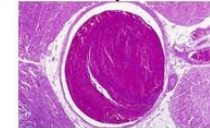
**Xa**

**Тромбин**

**Фибриноген**



**Фибрин**



GUIDELINES

Management of severe perioperative bleeding: guidelines from the European Society of Anaesthesiology

First update 2016

Blood Transfusion in Obstetrics

Green-top Guideline No. 47  
May 2015

Bouvier et al. *Crit Care* (2016) 20:100  
DOI 10.1186/s13054-016-1316-7

Critical Care

RESEARCH

Open Access

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

Raf Rossaint<sup>1</sup>, Bertil Bouillon<sup>2</sup>, Vladimir Coenen<sup>3,4,5</sup>, Timothy J. Coak<sup>6</sup>, Jacques Dautreux<sup>6</sup>, Enrique Fernandez-Monje<sup>6</sup>, Daniela Filipescu<sup>7</sup>, Bivette J. Hunt<sup>8</sup>, Radko Komadina<sup>9</sup>, Giuseppe Nardi<sup>1</sup>, Edmund A. M. Neugebauer<sup>10</sup>, Yves Otlet<sup>11</sup>, Louis Rotten<sup>12</sup>, Arthur Schultz<sup>13</sup>, Jean-Louis Vincent<sup>14</sup> and Donat R. Spahn<sup>15</sup>

RECOMMENDATIONS AND GUIDELINES

Management of coagulopathy associated with postpartum hemorrhage: guidance from the SSC of the ISTH

P. COLLINS,<sup>1</sup> R. ABDUL-KADIRI<sup>2</sup> and J. THACHIL,<sup>1</sup> FOR THE SUBCOMMITTEES ON WOMEN'S HEALTH ISSUES IN THROMBOSIS AND HAEMOSTASIS AND ON DISSEMINATED INTRAVASCULAR COAGULATION  
<sup>1</sup>Institute of Infection and Immunity, School of Medicine, Cardiff University, Cardiff; <sup>2</sup>The Royal Free Foundation Hospital, University College London, London; and <sup>3</sup>Haemostasis and Thrombosis Unit, Manchester Royal Infirmary, Manchester, UK

To cite this article: Collins P, Abdul-Kadiri R, Thachil J, for the Subcommittees on Women's Health Issues in Thrombosis and Haemostasis and on Disseminated Intravascular Coagulation. Management of coagulopathy associated with postpartum hemorrhage: guidance from the SSC of the ISTH. *J Thromb Haemost* 2016; 14: 205–10.

Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology

Section Editor: Jill M. Mhyre  
SPECIAL ARTICLE

National and International Guidelines for Patient Blood Management in Obstetrics: A Qualitative Review

Ruth Shaylor, BMBS, BMedSci,\* Carolyn F. Weiniger, MB, ChB,\* Nicola Austin, MD,† Alexander Tzabazis, MD,† Aryeh Shander, MD, FCCM, FCCP†§ Lawrence T. Goodnough, MD,|| and Alexander J. Butwick, MBBS, FRCA, MS†

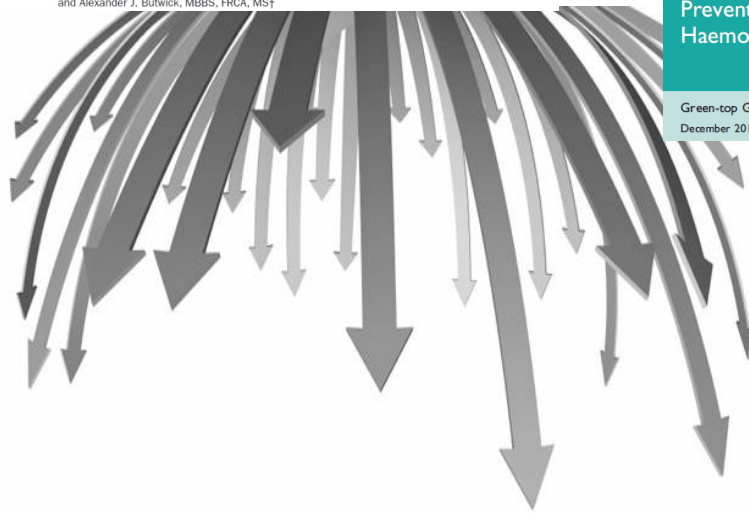
PRACTICE PARAMETERS

Practice Guidelines for Perioperative Blood Management  
An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Management\*



Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage

Green-top Guideline No. 52  
December 2016



Транексам – ДА!  
фVIIa – ДА!

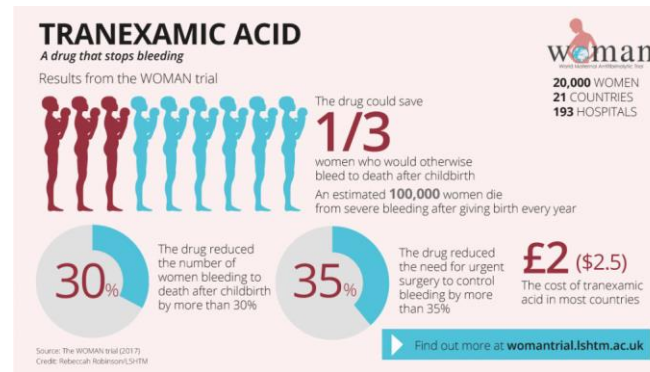
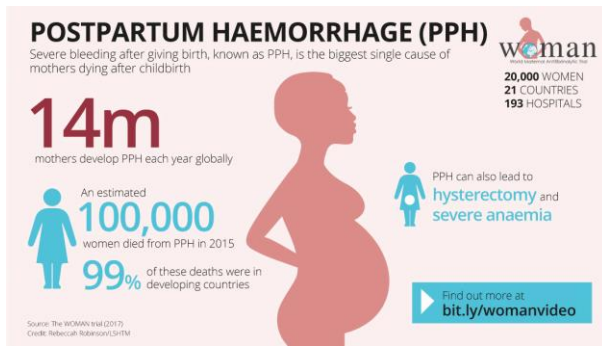
## National and International Guidelines for Patient Blood Management in Obstetrics: A Qualitative Review

Ruth Shaylor, BMBS, BMedSci,\* Carolyn F. Weiniger, MB, ChB,\* Naola Austin, MD,† Alexander Tzabazis, MD,† Aryeh Shander, MD, FCCM, FCCP,‡§ Lawrence T. Goodnough, MD,|| and Alexander J. Butwick, MBBS, FRCA, MS†

## Ведущие мировые акушерские и анестезиологические ассоциации:

- ✓ Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (AAGBI)
- ✓ American Society of Anesthesiologists (ASA)
- ✓ European Society of Anaesthesiology (ESA)
- ✓ National Blood Authority (of Australia)( NBA)
- ✓ International Expert Panel
- ✓ Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)
- ✓ French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF)
- ✓ Germany, interdisciplinary group of experts from Austria, and Switzerland (D-A-CH)
- ✓ Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG)
- ✓ Royal College of Obstetricians and Gynaecologist (RCOG)

## «За» применение фактора VII при кровопотере



**Вывод: Транексамовая кислота уменьшает объем кровопотери в акушерстве**



WHO recommendation on tranexamic acid for the treatment of

© World Health Organization 2017

World Health Organization



## RECOMMENDATIONS AND GUIDELINES

## Use of factor concentrates for the management of perioperative bleeding: guidance from the SSC of the ISTH

A. GODIER,\* A. GREINACHER,† D. FARAONI,‡ J. H. LEVY§ and C. M. SAMAMA¶

### Guidance for use of PCC for perioperative bleeding management

*We suggest against the use of PCC as a monotherapy for perioperative bleeding management.*

*We suggest against the use of PCC in bleeding patients with DIC.*

### Guidance for use of rFVIIa for management of perioperative bleeding

*bleeding over transfusion of platelets, as platelet transfusions may induce further alloantibodies.*

*We recommend against the off-label use of rFVIIa as first-line therapy.*

*We suggest the use of rFVIIa only if all other options to control hemostasis have failed, with special caution in patients with risk factors for arterial thrombosis (e.g. arteriosclerosis, trauma/surgery-induced vessel lesions).*

*If rFVIIa is used, we suggest that measures should first be taken to increase the fibrinogen  $> 1.5 \text{ g L}^{-1}$ , platelet count  $\geq 50 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$ , pH  $\geq 7.2$  and body temperature  $> 34 \text{ }^\circ\text{C}$ .*

**Против использования КПП при периоперационных кровотечениях и при ДВС-синдроме**

**Против использования фVIIa как препарата первой линии. Предлагаем использовать фVIIa при неэффективности других методов гемостаза**

**Адекватные дозы!**



**И быстро!!!**

Правильное решение,  
принятое с опозданием,  
является ошибкой.

Ли Якокка  
(Ford, Chrysler)



**Нельзя откладывать введение VII фактора на «потом»!**

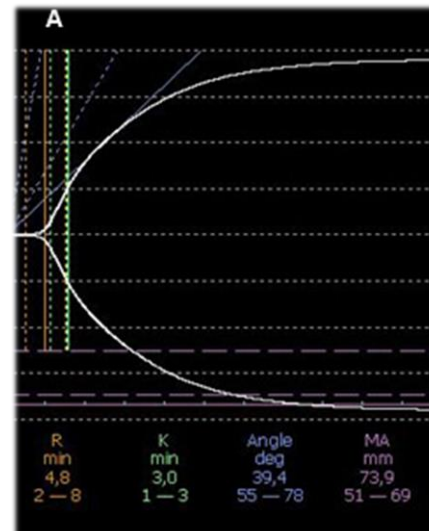


# Цель гемостатической терапии



**Остановлено кровотечение**

**Тромбоциты более 50 000  
Фибриноген более 2,0 г/л  
МНО, АПТВ менее 1,5**





**Вывод для  
всех!**

**Нужно:**

**...иметь арсенал эффективных  
гемостатических средств**



**Темп устранения:**

Продолжающееся кровотечение  
Гиповолемия, шок  
Коагулопатия, ДВС-синдром  
Тканевая гипоперфузия, гипоксия

**Определяет исход**



**Благодарю за внимание!**



[kulikov1905@yandex.ru](mailto:kulikov1905@yandex.ru)

**8 9122471023**