

Министерство Здравоохранения
Кыргызской Республики



**Клинические
протоколы по
акушерству-гинекологии**

Сборник №1

Бишкек 2008г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Кандидат
Мед. наук
С.С.С.

Курсовые проекты
по акушерству-гинекологии для студентов
второго и третьего курсов
Сборник №4

И.С. Асанбаев
Министерство
Здравоохранения
Кыргызской Республики

Издан при содействии Национальной программы
по реформированию системы здравоохранения
«Манас Таалими» за счет средств SWAp

Бишкек – 2008

СОДЕРЖАНИЕ

I-БЛОК.

1. Физиологические роды.....	8
2. Многоплодная беременность.....	32
3. Роды срочные, полностью самопроизвольные.....	37
4. Роды срочные многоплодные, полностью самопроизвольные.....	63
5. Самопроизвольные роды в тазовом предлежании.....	69
6. Преждевременная родовая деятельность.....	75
7. Острый токолиз.....	82
8. Разрывы промежности II степени при родоразрешении.....	85
9. Разрывы промежности III степени при родоразрешении.....	87
10. Разрывы промежности IV степени при родоразрешении.....	89
11. Преждевременный разрыв плодных оболочек.....	91
12. Послеродовый сепсис.....	99
13. Послеродовое кровотечение для II-III уровней.....	115
14. Медицинский аборт.....	132
15. Индукция родов.....	143
16. Инфекции хирургической акушерской раны.....	149
17. Другие уточненные послеродовые инфекции.....	155
18. Затяжные роды и цефало-пельвио-диспропорция.....	159
19. Пиелонефрит при беременности.....	164
20. Бессимптомная бактериурия.....	170
21. Кесарево сечение.....	172

II-БЛОК

1. Гестационная гипертензия для I уровня.....	189
2. Легкая преэклампсия для I уровня.....	193
3. Тяжелая преэклампсия для I уровня.....	196
4. Эклампсия для I уровня.....	200
5. Гестационная гипертензия для II-III уровней.....	203
6. Легкая преэклампсия для II-III уровней.....	210
7. Тяжелая преэклампсия для II-III уровней.....	213
8. Эклампсия для II-III уровней.....	220

І-БЛОК «АКУШЕРСТВО-ГИНЕКОЛОГИЯ»

Клинические протоколы по акушерству-гинекологии приняты Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждены приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики №539 от 21 октября 2008 года.

Список экспертов Экспертного совета по оценке качества клинических руководств/протоколов:

1. **Сагынбаева Д.З.** – Начальник УОМП МЗ КР, председатель.
2. **Бартон Смит** – КГМИПиПК, консультант по вопросам семейной медицины (STLI), эксперт-клиницист.
3. **Рыбалкина Л.Д.** – НЦОМид, д.м.н., профессор, эксперт-клиницист.
4. **Амян М.И.** – КГМИПиПК, каф. акушерства и гинекологии, к.м.н., доцент, эксперт-клиницист.
5. **Ходорожа Стилиан** – эксперт ВОЗ.

Список членов рабочей группы по пересмотру клинических протоколов:

- **Керимова Н.Р.** – зам. директора НЦОМид, зав. кафедрой акушерства и гинекологии КГМИПиПК, д.м.н., профессор
- **Мусуралиев М.С.** - зав. кафедрой акушерства и гинекологии КГМА, д.м.н., профессор
- **Ешходжаева А.С.** – Зам. начальника УОМП МЗ КР, эксперт-клиницист
- **Аскеров А.А.** – доцент кафедры акушерства и гинекологии КРСУ, президент ОО «Альянс по репродуктивному здоровью»

Методологическая и информационная поддержка:

Зурдинова А.А. – ЦРЗ, координатор доказательной медицины, к.м.н.

II-БЛОК «ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ»

Клинические протоколы по гипертензивным нарушениям у беременных, согласно утвержденному клиническому руководству «Гипертензивные нарушения у беременных» приняты Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждены приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики №625 от 3 декабря 2008 года.

Список экспертов Экспертного совета по оценке качества клинических руководств/протоколов:

Сагынбаева Д.З. – Начальник УОМП МЗ КР, председатель.

Ешходжаева А.С. – Зам. начальника УОМП МЗ КР, эксперт-клиницист.

Бартон Смит – КГМИПпК, консультант по вопросам семейной медицины (STLI), эксперт-клиницист.

Рыбалкина Л.Д. – НЦОМид, д.м.н., профессор, эксперт-клиницист.

Панькова О.Н. – КГМА, ассистент каф. семейной медицины, эксперт-методолог.

Осмоналиева М.Э. – эксперт-методолог.

Нажимидинова Г.Т. – эксперт-методолог, НЦОМид, руководитель центра ИВБДВ.

Барыктабасова Б. – эксперт-методолог, КГМИПпК, ассистент каф. акушерства-гинекологии с курсом доказательной медицины.

Ходорожа Стилиан – эксперт ВОЗ.

Список членов рабочей группы по пересмотру клинических протоколов:

- **Керимова Н.Р.** – зам. директора НЦОМид, зав. кафедрой акушерства и гинекологии КГМИПиПК, д.м.н., профессор
- **Мусуралиев М.С.** - зав. кафедрой акушерства и гинекологии КГМА, д.м.н., профессор
- **Аскеров А.А.** – доцент кафедры акушерства и гинекологии КРСУ, президент ОО «Альянс по репродуктивному здоровью»
- **Амян М.И.** – КГМИПиПК, каф. акушерства и гинекологии, к.м.н., доцент

Методологическая и информационная поддержка:

Зурдинова А.А. – ЦРЗ, координатор доказательной медицины, к.м.н.

I-БЛОК «АКУШЕРСТВО-ГИНЕКОЛОГИЯ»

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

УТВЕРЖДЕН

Приказом МЗ

КР

от «21» октября 2008 г.

№ 539

Клинический протокол для I уровня

Физиологическая беременность

Шифр Z 34

Определение:

Физиологическая беременность – это беременность у практически здоровых женщин без развития осложнения.

I ПОСЕЩЕНИЕ – РЕКОМЕНДОВАНО В СРОКЕ ДО 12 НЕДЕЛЬ

Беседа:

- Предоставлять информацию с возможностью обсуждать проблемы и задавать вопросы; предложить устную информацию, подкрепленную занятиями по подготовке к родам и письменной информацией;
- рекомендовать школу подготовки к родам;
- «Изменения во время беременности»;
- «Резим и питание беременных женщин»;

Обследование:

- Сбор анамнеза, выявление групп риска (см. приложение А); выяснить наличие вакцинации от краснухи (см. Приложение Б);
- росто-весовые показатели (подсчитать индекс массы тела);
- измерение АД;
- внутреннее акушерское обследование;
- определение срока беременности (назначить УЗИ в первом триместре для определения срока беременности, при неточной дате ПМ).

Лабораторные исследования:

Обязательные:

- общий анализ крови и мочи;
- группа крови и резус-фактор (при отсутствии документального подтверждения, при Rh-отрицательной крови пациентки – предложить пройти подобное тестирование будущему отцу ребенка) необходимо определить наличие антител к Rh-фактору в крови при первом обращении
- скрининг бактериурии (посев мочи на культуру и подсчет колоний однократно). Если >100 колоний одного патогена, лечить в соответствии с клиническим протоколом по бессимптомной бактериурии) - по возможности;
- исследование мазка только при клинических симптомах вульвовагинита;
- ВИЧ (100% претестовое консультирование, при получении согласия - тестирование);
- RW;
- HbsAg (по возможности);
- консультация стоматолога.

Лечебно-профилактические мероприятия:

- фолиевая кислота 400 мкг ежедневно в течение первого триместра;

- калия йодид - 200 мг 1 таблетка в день в течение I триместра беременности
- препараты железа (если уровень гемоглобина < 110 г/л): сульфат железа по 200 мг элементарного железа 2-3 раза в день за 1 час до еды или через 1,5 часа после еды.

II ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ 18-20 НЕДЕЛЬ

Беседа:

- Предоставлять информацию с возможностью обсуждать проблемы и задавать вопросы; предложить устную информацию, подкрепленную занятиями по подготовке к родам и письменной информацией;
- «Тревожные признаки во время беременности».

Обследование:

- Обзор, обсуждение и запись результатов всех проведенных скрининговых тестов; пересмотр ухода во время беременности и идентификация женщин, нуждающихся в дополнительном уходе;
- выяснение симптомов осложнений данной беременности (кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода, симптомы ИППП);
- измерение веса при низком ИМТ;
- измерение АД.

Лабораторное обследование:

- анализ мочи на бслук;
- серологический скрининг на синдром Дауна (если женщина хочет и при наличии возможности).

Инструментальное исследование:

- скрининговое УЗИ матки и плода.

III ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ 24-25 НЕДЕЛЬ

Беседа:

- Предоставлять информацию с возможностью обсуждать проблемы и задавать вопросы; предложить устную информацию, подкрепленную занятиями по подготовке к родам и письменной информацией;
- «Тревожные признаки во время беременности».

Обследование:

- Выяснение симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода, симптомы ИППП);
- пересмотр запланированной модели ухода во время беременности и идентификация женщин, нуждающихся в дополнительном уходе;
- измерение веса при низком ИМТ;
- измерение АД;
- измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму) (см. Приложение Г);
- определение титра антител у резус отрицательных женщин в 27-28 нед. (для введения антирезусного гамма глобулина резус отрицательным женщинам, при отсутствии титра антител - по возможности), кроме случаев Rh-отрицательной принадлежности будущего отца;
- при выявлении антител в крови беременной необходимо контролировать их титр. Количество тестов и частота проведения зависит от конкретной клинической ситуации, женщины с высоким титром антител должны быть проконсультированы в учреждениях более высокого уровня, желательно 3-го.

Лабораторные обследования:

Анализ мочи на белок.

IV ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ 30-32 НЕДЕЛИ

Беседа

- Предоставлять информацию с возможностью обсуждать проблемы и задавать вопросы; предложить устную информацию, подкрепленную занятиями по подготовке к родам и письменной информацией;
- «План родов» см. приложение Ж.

Обследование:

- Выяснение симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода, симптомы ИППП);
- пересмотр плана ухода во время беременности и идентификация женщин, нуждающихся в дополнительном уходе;
- измерение веса при низком ИМТ;
- измерение АД;
- измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму);
- оформление дородового отпуска.

Лабораторные исследования:

- RW;
- анализ мочи на белок;
- уровень гемоглобина.

V ПОСЕЩЕНИЕ- В СРОКЕ 36 НЕДЕЛЬ

Беседа

- Предоставлять информацию с возможностью обсуждать проблемы и задавать вопросы; предложить устную информацию, подкрепленную занятиями по подготовке к родам и письменной информацией;
- «Грудное вскармливание. Послеродовая контрацепция».

Обследование:

- Выяснение симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода, симптомы ИППП);
- пересмотр плана ухода во время беременности и идентификация женщин, нуждающихся в дополнительном уходе;
- наружное акушерское обследование (положение плода);
- измерение веса при низком ИМТ;
- измерение АД;
- измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму).

Рекомендуется одно дополнительное посещение при сроке 39-40 недель для предупреждения переношенной беременности.

IV ПОСЕЩЕНИЕ В СРОКЕ 30 **ПРИЛОЖЕНИЕ А**

При наличии любого из нижеуказанных состояний (группа риска), необходимо направить пациентку к акушеру-гинекологу для дополнительной оценки риска и планирования графика пренатальных посещений.

- Наличие экстрагенитальной патологии (гипертензия, заболевания сердца или почек, психиатрические или гематологические нарушения, эпилепсия, диабет, аутоиммунные заболевания, рак, ВИЧ, заболевания печени, заболевание щитовидной железы)
- Возраст 40 лет и старше или 18 лет и младше.
- ИМТ больше и равен 35 или меньше 18.
- Кесарево сечение в анамнезе.
- Тяжелая преэклампсия, HELLP синдром или эклампсия.
- Три или более выкидышей в анамнезе.
- Преждевременные роды или прерывание беременности во втором триместре в анамнезе.
- Послеродовый психоз в анамнезе.
- Неонатальная смерть или мертворождение в анамнезе.
- Наличие ребенка с врожденной аномалией.
- Наличие ребенка, рожденного с малым или большим для своего гестационного возраста весом (гипотрофия или гипертрофия плода).
- Генетическое нарушение в семейном анамнезе.

По усмотрению акушера-гинеколога женщина может продолжать наблюдаться на уровне ГСВ.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

- Если женщина не вакцинирована против краснухи до беременности, рекомендовать введение вакцины после родов до выписки из родильного дома, по возможности.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

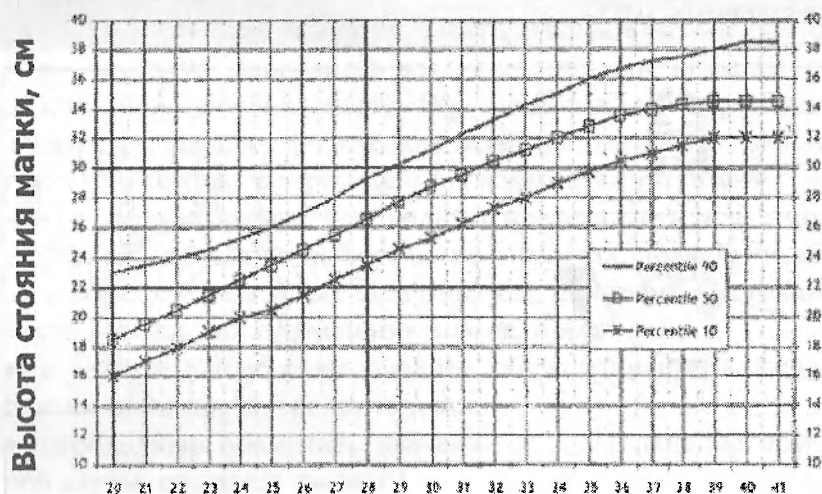
Избранные доказательные рекомендации по антенатальному скринингу:

- Пельвиметрия. Рутинная пельвиметрия не рекомендуется, так как она не может с точностью предсказать развитие клинически узкого таза (ЦПД).
- Скрининг на ЦМВ. Имеющиеся доказательства не поддерживают рутинный скрининг беременных, и его проведение не должно предлагаться.
- Токсоплазмоз. Рутинный серологический скрининг на токсоплазмоз не должен предлагаться, так как вред от его проведения может превышать потенциальную пользу.
- Преэклампсия. Беременные должны быть проинформированы о симптомах тяжелой преэклампсии, так как их наличие может быть связано с более неблагоприятными исходами для матери и ребенка (головная боль, затуманенное зрение или мелькание в глазах; умеренная или сильная боль под ребрами; рвота; быстрое отекаание лица, рук и ног).
- Ультразвуковое исследование. Рутинное ультразвуковое сканирование после 24 недель не должно рекомендоваться. Однако доказана целесообразность УЗИ в особых клинических ситуациях при:
 - определении точных признаков жизнедеятельности или гибели плода;
 - оценке развития плода с подозрением на ЗВУР;
 - определении локализации плаценты;
 - подтверждении предполагаемой многоплодной беременности;
 - оценке объема амниотической жидкости при подозрении на много- или маловодие;
 - уточнении положения плода;
 - таких процедурах, как наложение кругового шва на шейку матки или наружный поворот плода на головку.

- ПРИЛОЖЕНИЕ А
- **Допплеровское УЗИ пупочных и маточных артерий.** Рутинное Допплеровское ультразвуковое исследование пупочной артерии не должно предлагаться.
 - **Стрессовая и нестрессовая КТГ.** Отсутствуют доказательства целесообразности применения КТГ в дородовый период в качестве дополнительной проверки благополучия плода при беременностях, даже высокого риска. Применение этого метода показано только при внезапном уменьшении шевелений плода, при дородовом кровотечении или других состояниях, связанных с риском для плода (преэклампсия, декомпенсация диабета и др.).

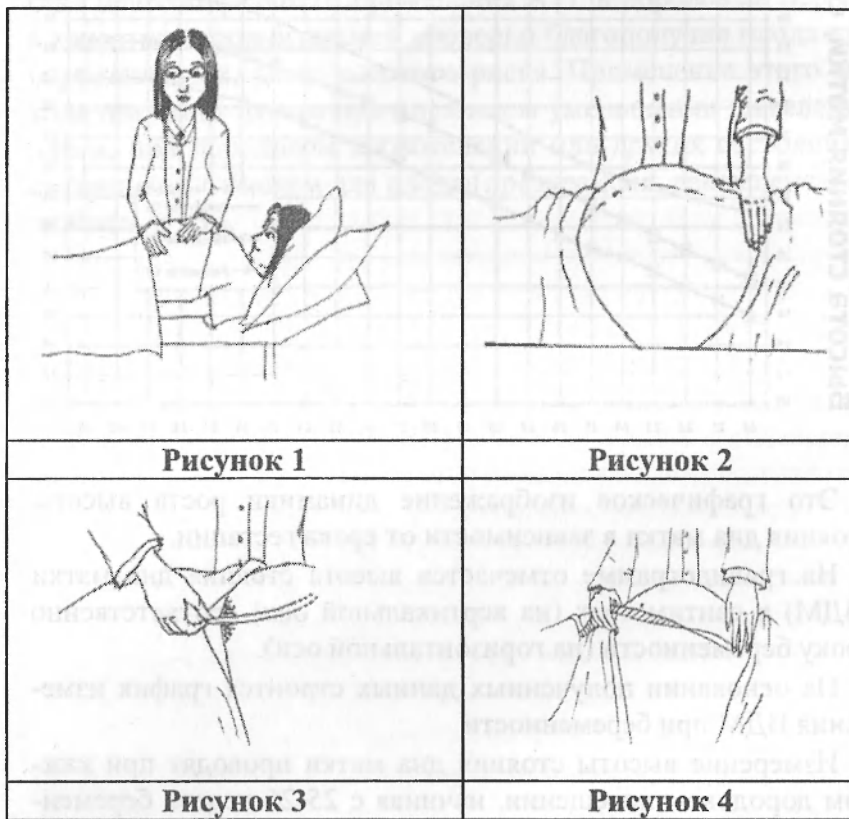
ПРИЛОЖЕНИЕ Г

ГРАВИДОГРАММА



- Это графическое изображение динамики роста высоты стояния дна матки в зависимости от срока гестации.
- На гравидограмме отмечается высота стояния дна матки (ВДМ) в сантиметрах (на вертикальной оси) соответственно сроку беременности (на горизонтальной оси).
- На основании полученных данных строится график изменения ВДМ при беременности
- Измерение высоты стояния дна матки проводят при каждом дородовом посещении, начиная с 25-26 недель беременности, но не чаще каждых двух недель.
- Измерение проводят сантиметровой лентой от дна матки, определенного при помощи пальпации, до верхнего края симфиза. Измерение не обязательно проводить по средней линии живота; если дно матки отклонено в сторону, начало сантиметровой ленты прикладывают к наиболее отдаленной части дна матки.

- Измерение ВДМ желательно проводить одним и тем же лицом. Динамическое определение ВДМ позволяет заподозрить замедление развития плода почти в 80% беременностей, отягощенных ЗВРП.



МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
 КОСОВО
 № 2

Приложение Д РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ БЕРЕМЕННОЙ

Образ жизни Работа во время беременности

- нет никаких оснований для рекомендации прекращения работы при неосложненной беременности, но необходимо исключить тяжелые физические нагрузки, например, перенос тяжестей, контакт с агрессивными жидкостями и газами;
- при первом визите необходимо предоставить всю имеющуюся юридическую информацию о льготах, правах, пособиях для всех беременных женщин, как имеющих постоянное место работы, так и домашних хозяек, и их семей;
- в течение наблюдения, заранее, обсудить вопросы выдачи больничного листа, сроки, условия.
- необходимо объяснить значение и составляющие обменной карты, сроки его выдачи;
- при подтверждении наличия беременности выдать справку для предоставления по месту работы или учебы для изменения расписания работы или ее характера – исключение ночных или продолжительных смен, перевод на легкий труд;

Занятия физической культурой и спортом

- нет никаких оснований для ограничений занятий физической культурой и спортом во время неосложненной беременности;
- необходимо предупредить беременную женщину о потенциальной опасности некоторых видов спорта, например: все виды единоборств, горнолыжный, парашютный, автомобильный спорт, дайвинг и т.д., так как они представляют большой риск абдоминальной травмы и могут вызвать повреждение плода.

Сексуальная жизнь

- нет никаких оснований для ограничений сексуальной жизни при физиологическом течении беременности.

Курение

- необходимо предоставить информацию о связи между курением во время беременности и риском рождения маловесного ребенка и преждевременных родов.
- организовать работу по прекращению, или, по крайней мере, снижению количества потребляемых сигарет, которая может включать в себя индивидуальное консультирование или групповые занятия, раздачу специальной литературы или фильмов.

Алкоголь

- доказано негативное влияние алкоголя на плод в дозе превышающей 1 стандартную дозу (15 мл чистого спирта в день или до 30 мл крепких спиртных напитков или небольшой бокал некрепленого вина или около 300 мл светлого пива);
- необходимо убедить пациентку о полном прекращении приема алкоголя в антенатальный период или приема не более 1 стандартной дозы алкоголя один или два раза в неделю.

Наркотики

- доказано негативное влияние любых наркотиков на плод;
- необходимо убедить пациентку о полном прекращении приема наркотиков;
- предложить специализированную медицинскую помощь.

Воздушные путешествия

- необходимо предоставить информацию, что длительные перелеты опасны развитием венозного тромбоза, для профилактики которого рекомендуется использование компрессионных чулков или бинтов во время полета;
- никаких других влияний на беременность не отмечено;

Поездки на автомобиле

- необходимо напомнить об обязательном использовании ремней безопасности, причем сам ремень должен располагаться ниже или выше живота (в идеале должны использоваться специальные устройства с 2-мя ремнями).

Туристические путешествия

- необходимо напомнить беременным женщинам о важности приобретения соответствующей страховки при выезде за рубеж или наличия полиса обязательного медицинского страхования при всех поездках;
- предложить консультацию перед планированием поездки у своего специалиста, акушерки или врача, наблюдающих за беременностью.

Питание беременной женщины

Беременность не требует изменений в рационе питания

Принципы здорового питания

- необходимо употреблять разнообразные пищевые продукты, большинство которых – продукты растительного, а не животного происхождения;
- хлеб, изделия из муки, крупы, картофель должны употребляться несколько раз в день;
- есть несколько раз в день овощи и фрукты, лучше свежие и выращенные в местности проживания;
- контролировать поступление жира с пищей (не более 30% от суточной калорийности);
- заменять животный жир на жир растительных масел;
- заменять жирное мясо и мясные продукты на бобовые, зерновые, рыбу, птицу и постное мясо;
- употреблять молоко и молочные продукты (кефир, простоквашу, йогурт, сыр) с низким содержанием жира;

- выбирать продукты с низким содержанием сахара и употреблять сахар умеренно, ограничивая количество сахара и сладких напитков;
- избегать чрезмерного употребления соли, но ограничивать соль не нужно. Желательно, особенно в йоддефицитных регионах, употреблять йодированную соль;
- приготовление пищи должно обеспечивать её безопасность. Приготовление блюд на пару, в микроволновой печи, выпечка или кипячение поможет уменьшить используемое в процессе приготовления количество жира, масла, соли и сахара.

Витамины и микроэлементы

- рутинное применение фолиевой кислоты в дозе 400 мкг ежедневно в период до зачатия и в первые 12 недель беременности, достоверно снижает риск развития у плода дефектов нервной трубки (анэнцефалия, spina bifida), необходимо рекомендовать всем женщинам прием фолиевой кислоты;
- нет никаких оснований для рутинного использования фолатов для профилактики анемии;

Травы, травяные настойки и настои так же являются лекарствами, поэтому не должны приниматься без назначения врача. Безопасность подобных препаратов, как для будущего ребенка, так и для здоровья самой беременной женщины неизвестны.

Лекарственные препараты

Желательно исключить применение любых препаратов во время беременности, кроме случаев опасных для жизни и здоровья пациентки.

- любой врач, назначая лечение женщине репродуктивного возраста, должен задуматься о возможной беременности;
- практически ни один из лекарственных препаратов не может быть классифицирован как тератогенный или нетератогенный без анализа дозирования, продолжительности применения, гестационного срока;
- очень немногие лекарственные препараты прошли тестирование безопасности их применения во время беременности, то есть могут быть признаны полностью безопасными;
- желательно назначение при беременности уже проверенных препаратов, стараться исключить применение новых, только что появившихся на фармацевтическом рынке;
- желательно использование минимально эффективных доз в минимально короткие сроки;
- при наличии хронических экстрагенитальных заболеваний у беременной лечение (выбор препарата, дозы, кратность приема, продолжительность курса) должно назначаться совместно с соответствующим узким специалистом.

Медицинские специалисты должны ясно представлять физические и психологические изменения в организме будущих родителей и этапы развития плода, что бы предоставить правильную информацию и консультативную помощь при необходимости

Дискомф

Беременность – не болезнь. Безусловно, соглашаясь с этим утверждением, тем не менее, надо признать, что существует достаточно много симптомов, которые в другой ситуации, у небеременной женщины, могли бы быть приняты за проявление болезни. Сами по себе эти состояния не опасны для нормального развития плода и не приводят к каким-либо осложнениям, но дискомфорт, который испытывает беременная,

сказывается, иногда значительно, на ее работоспособности, настроении, общем восприятии беременности.

Изжога

• не оказывает никакого влияния на исходы беременности, развитие плода, но может повлиять на качество жизни пациентки.

Советы женщинам:

- ешьте чаще и небольшими порциями;
- избегайте острой и жирной пищи;
- избегайте употребления кофе и газированных напитков, содержащих кофеин;
- не ложитесь и не наклоняйтесь после еды;
- во время сна Ваша голова должна находиться на высокой подушке;
- при изжоге выпейте молоко или кефир либо съешьте йогурт.

Лечение:

- антацидные препараты могут быть использованы в случаях, когда изжога продолжает беспокоить, несмотря на изменение образа жизни и диеты.

Запоры

• может быть связана с уменьшением потребления пищи богатой клетчаткой, а также с влиянием прогестерона на активность желудка и, как следствие, увеличением продолжительности эвакуации из него пищи;

Советы женщинам:

- выпивайте не менее 8 стаканов воды и других жидкостей в сутки;
- употребляйте продукты, богатые пищевыми волокнами, например, зеленые овощи и каши с отрубями (пшеница и отруби в 5 раз снижают частоту запоров).

Лечение:

- в случаях, когда использование физиологических способов не помогает, обосновано назначение слабительных, увеличивающих объем жидкости в кишечнике (морская капуста, льняное семя, агар-агар) и размягчающих стул. Доказана их безопасность при длительном применении во время беременности и кормления грудью;
- если эти группы слабительных препаратов не приводят к улучшению состояния в короткие промежутки времени показано назначение раздражающих слабительных (бисакодил, препараты сены);
- солевые слабительные и lubricants (минеральные масла) не должны использоваться во время беременности.

Боли в спине

- боли связаны с изменением осанки беременных, массой беременной матки и расслабления поддерживающих мышц, как результат действия релаксина;
- не является признаком болезненного состояния, например, симптомом угрозы прерывания беременности, но значительно влияет на активность беременной в дневное время и невозможность полноценного ночного отдыха.

Советы женщинам:

- носите обувь без каблуков;
- избегайте поднятия тяжестей, если Вам приходится поднимать тяжести, сгибайтесь колени, а не спину;
- могут быть полезны упражнения в воде, массаж, индивидуальные или групповые занятия в специальных группах.

Судороги

- не являются признаками какого-либо заболевания, но вызывают значительное беспокойство у женщин;
- нет никаких оснований для назначения препаратов Mg, Na, Ca, так как доказательства их эффективности отсутствуют;

- во время приступов целесообразны массаж и упражнения на растяжение мышц.

Влагалищные выделения

- количество и качество влагалищных выделений во время беременности меняется, чаще женщины обращают внимание на увеличение количества выделений, что в большинстве случаев не является признаком заболевания;
- жалобы на неприятный запах, зуд, болезненность могут быть симптомами бактериального вагиноза, трихомонадного вагинита или молочницы (кандидозного кольпита);
- иногда эти же признаки связаны с физиологическими или патологическими состояниями, такими как дерматоз вульвы и аллергические реакции;
- вагинальный кандидоз не оказывает влияния на беременность, нет связи с заболеваниями плода, поэтому скрининг и активное выявление женщин не имеет никакого смысла;
- безопасность и эффективность лечения препаратами per os для вагинального кандидоза не известна, поэтому эта группа лекарств назначаться не должна.

Советы женщинам:

- некоторое увеличение и изменение влагалищных выделений обычно характерно для нормальной беременности;
- в случаях появления неприятного запаха, зуда, болезненности необходимо обратиться к медицинскому специалисту для дополнительного обследования.

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

ПЛАН РОДОВ

(Заполняется совместно с медицинским работником)

Мое имя

Ожидаемый срок родов

Имя моего доктора

Доктором моего ребенка будет

Поддерживающий человек во время родов будет

Эти люди будут присутствовать при родах

Мы бы хотели, чтобы
наш первый ребенок
или дети посещали

Мы посещали
 дородовое обучение
в ЖК

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> роды | <input type="checkbox"/> занятия для пап |
| <input type="checkbox"/> после перевода в палату | <input type="checkbox"/> родильный дом |
| <input type="checkbox"/> никогда | <input type="checkbox"/> дородовые курсы помимо ЖК |

Хотите ли Вы сообщить что-либо дополнительно о себе (важные моменты, страх, озабоченность):

Моя цель:

- чтобы только близкие мне люди и медсестра поддерживали и успокаивали меня
- чтобы проводилось медикаментозное обезболивание помимо поддержки и утешения
- другое, объясните

Первый период родов (схватки)

Пожалуйста, отметьте, какие успокаивающие меры Вы бы хотели, чтобы Ваша акушерка предложила Вам во время родов:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> надеть свою собственную одежду | <input type="checkbox"/> слушать мою любимую музыку |
| <input type="checkbox"/> ванна/душ | <input type="checkbox"/> сосредоточиться на любимом предмете |
| <input type="checkbox"/> прогулка | <input type="checkbox"/> массаж |
| <input type="checkbox"/> горячий/холодный компресс | <input type="checkbox"/> смесь кислорода и закиси азота |
| <input type="checkbox"/> много подушек | <input type="checkbox"/> эпидуральная анестезия |
| <input type="checkbox"/> использование родового шара (мяча) | <input type="checkbox"/> другое |

Рождение ребенка

Ваша акушерка (медсестра) поможет Вам найти различные удобные позиции (положения) во втором (погужном) периоде родов. Какие из нижеследующих моментов Вы бы хотели попробовать:

- вертикальное (прямое) положение во время родов
- на боку
- не хочу использовать акушерское кресло (стол Рахманова)
- другие _____

После рождение моего ребёнка, мне хотелось бы:

- чтобы _____ перерезал пуповину
- положили ребёнка мне на живот сразу после рождения
- завернули в одеяло прежде, чем передать его мне
- чтобы ребёнку надели собственную шапочку и носочки
- что бы в первый раз запеленали моего ребенка
- чтобы сняли видео или сделали фотографии во время родов
- другое _____

Неожиданные случаи во время родов

Если Вам необходимо получить больше информации по следующим вопросам, спросите Вашего врача или акушер-

ку:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> использование щип-
цов/вакуум экстракции | <input type="checkbox"/> родовозбуждение |
| <input type="checkbox"/> амниотомия | <input type="checkbox"/> родостимуляция |
| <input type="checkbox"/> эпизотомия | <input type="checkbox"/> роды путем кесарева
сечения |
| <input type="checkbox"/> мониторинг плода | <input type="checkbox"/> другое |
-

От рождения ребенка до выписки

Наше акушерское отделение считает необходимым совместное пребывание матери и ребенка в течение 24 часов. Медицинские работники будут Вас поддерживать и помогать Вам в уходе за Вашим ребёнком, когда он будет находиться с Вами в одной палате.

Я собираюсь:

- кормить ребенка грудью
- давать дополнительное питье или докорм моему ребёнку

Во время нахождения в отделении, мне хотелось бы:

- все время находиться вместе с ребёнком
- присутствовать во время исследования моего ребёнка неонатологом
- присутствовать во время проведения процедур моему ребёнку
- чтобы медсестра показала, как купать моего ребёнка
- купать моего ребенка самой
- чтобы _____ искупала моего ребёнка в первый раз
- чтобы ребенку сделали прививки БЦЖ и Гепатит В
- другое

Следующие люди будут помогать мне дома

Ваши предложения и комментарии

Я хотела бы, чтобы меня навестили после выписки из род-
дома:

да. Кто?

нет

не решила

Подпись _____

Дата _____

Подпись _____ специалиста, собравшего информацию

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

УТВЕРЖДЕН
Приказом МЗ КР
от «21» октября 2008 г.
№ 539

Клинический протокол I уровня

Многоплодная беременность

Шифр: О30

Определение:

Это беременность в результате оплодотворения двух и более одновременно созревших яйцеклеток или при развитии двух и более эмбрионов из одной оплодотворенной яйцеклетки у практически здоровой женщины.

I ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ ДО 12 НЕДЕЛЬ:

Беседа:

- «Изменения во время беременности».

Обследование:

- Сбор анамнеза, выявление групп риска (см. приложение А); выяснение наличия вакцинации от краснухи (см. Приложение Б);
- росто-весовые показатели (подсчитать индекс массы тела);
- измерение АД;
- внутреннее акушерское обследование;
- определение срока беременности (назначить УЗИ в первом триместре для определения срока беременности, при неточной дате ПМ).

Инструментально-лабораторные обследования:

Обязательные:

- общий анализ крови и мочи;
- группа крови и резус-фактор (при отсутствии документального подтверждения, при Rh-отрицательной крови пациентки – предложить пройти подобное тестирование будущему отцу ребенка) необходимо определить наличие антител к Rh-фактору в крови при первом обращении
- скрининг бактериурии (посев мочи на культуру и подсчет колоний однократно. Если >100 колоний одного патогена, лечить в соответствии с клиническим протоколом по бессимптомной бактериурии) - по возможности;
- исследование мазка только при клинических симптомах вульвовагинита;
- ВИЧ (100% претестовое консультирование, при получении согласия - тестирование);
- RW;
- HbsAg (по возможности);
- календарь вакцинации (против столбняка в течение 10 лет, против краснухи) (см. Приложение В).
- консультация стоматолога.

Лечебно-профилактические мероприятия:

- фолиевая кислота – 400 мкг ежедневно в течение первого триместра
- калия йодид - 200 мг 1 таблетка в день в течение первого триместра
- препараты железа (если уровень гемоглобина < 110 г/л): сульфат железа по 200 мг элементарного железа 2-3 раза в день за 1 час до еды или через 1,5 часа после еды.

II ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ 16 НЕДЕЛЬ:

Всегда:

- «Особенности течения многоплодной беременности»;

- групповое и индивидуальное консультирование

Обследование:

- измерение веса (при ИМТ <19,8);
- измерение АД;
- гравидограмма в 20 нед. и более (см. Приложение Г - физиологическая беременность);
- консультация стоматолога.

Лабораторное обследование:

- анализ мочи на белок;
- скрининг бактериурии (посев мочи на культуру и подсчет колоний однократно). Если >100 колоний одного патогена, лечить в соответствии с клиническим протоколом по бессимптомной бактериурии) - по возможности;

III ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ 20-21 НЕДЕЛЯ:

Беседа:

- «Тревожные признаки во время беременности»;
- групповое и индивидуальное консультирование.

Обследование:

- измерение веса (при ИМТ <19);
- измерение АД;
- гравидограмма (см. приложение «Физиологическая беременность»)

Лабораторно-инструментальные обследования:

- определение гемоглобина по необходимости;
- анализ мочи на белок.

IV ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ 24-25 НЕДЕЛЬ:

Беседа:

- «Опасные признаки во время беременности».

Обследование:

- гравидограмма.

Лабораторные исследования:

- анализ крови RW;
- анализ мочи на белок;
- анализ крови на сахар (по показаниям);
- определение титра антител у резус отрицательных женщин в 27-28 нед.

V ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ 28-НЕДЕЛЬ:

Беседа:

- «План родов»;
- групповое и индивидуальное консультирование.

Обследование:

- измерение веса (при ИМТ <19,8);
- измерение АД;
- гравидограмма.

Лабораторные обследования:

- анализ мочи на белок;
- скрининг бактериурии;
- определение титра антител у резус отрицательных женщин в 27-28 нед. (для введения антирезусного гамма глобулина резус отрицательным женщинам, при отсутствии титра антител - по возможности), кроме случаев Rh-отрицательной принадлежности будущего отца;

- при выявлении антител в крови беременной необходимо контролировать их титр. Количество тестов и частота проведения зависит от конкретной клинической ситуации, женщины с высоким титром антител должны быть проконсультированы в учреждениях более высокого уровня, желательно 3-го.

VI ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ 30-32 НЕДЕЛИ:

- * Оформление дородового отпуска

Беседа:

- «План родов»;
- групповое и индивидуальное консультирование.

Обследование:

- измерение веса (при ИМТ <19,8);
- измерение АД;
- гравидограмма.

VII ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ 36 НЕДЕЛЬ:

Обследование:

- Наружное акушерское обследование (положение плодов);
- измерение веса;
- измерение АД;
- гравидограмма;

Госпитализация:

- По показаниям с угрозой прерывания многоплодной беременности;
- дородовая госпитализация в сроке 38-39 недель для подготовки к родоразрешению (по показаниям) на II или III уровень;
- родоразрешение на II или III уровне.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

УТВЕРЖДЕН

Приказом МЗ КР
от «21» октября 2008 г.

№ 539

Клинический протокол II-III уровней

Роды срочные, полностью самопроизвольные

Шифр: О30

Определение:

Нормальные роды – это роды одним плодом в сроке 37-42 недели гестации, которые начались спонтанно, низкого риска, прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился спонтанно в головном предлежании. После родов роженица и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Клинические критерии:

- Структурные изменения шейки матки.
- Сокращения матки с определённой регулярностью (каждые 5 минут).

I период родов – период раскрытия

- оживление шейки матки и раскрытие маточного зева.

II период родов – период изгнания.

- полное раскрытие шейки матки;
- потуги – сокращение матки и ритмичные сокращения брюшного пресса;
- продвижение предлежащей части;
- рождение ребенка.

III период – последовый

- начинается с момента рождения ребенка и заканчивается изгнанием последа.

Обследование:

При поступлении:

- измерение температуры тела, пульса, АД, веса;
- наружный акушерский осмотр (определить позицию, вид, предлежащую часть, сердцебиение плода и размеры таза роженицы);
- влагалищное исследование;
- регистрация данных в партограмму (см. приложение В);
- план родов (см. приложение Д).

Лабораторные исследования:

По показаниям:

- группа крови, резус-фактор (при отсутствии документального подтверждения);
- RW (при отсутствии анализа или дата взятия более 2 мес.);
- ВИЧ при отсутствии анализов, с обязательным ДКТ;
- Моча на белок;
- Кровь (Hb).

I период родов:

Ведение партограммы:

- контроль за состоянием роженицы ч/з каждые 2 часа (пульс, АД и сердцебиение плода каждые 30 мин. в течение 1 полной минуты) (см. приложение);
- контроль за характером сократительной деятельности матки:

Латентная фаза – раскрытие шейки матки от 0 до 3 см не более 6 -8 часов. При продолжительности латентной фазы более 8 часов, можно перевести женщину в отделение если:

- нет дистресса плода;

- нет усиления сократительной активности матки;
 - нет прогресса в раскрытии шейки матки;
 - плодный пузырь цел.
- и рекомендовать женщине обратиться к врачу при появлении следующих симптомов:
- усиление боли и дискомфорта;
 - появление кровянистых выделений из половых путей, отхождение околоплодных вод.

Активная фаза – раскрытие шейки матки от 3 до 10 см (раскрытие маточного зева должно составлять не менее 0,5-1 см в час).

Влагалищное исследование:

- Каждые 4 часа - в активной фазе, в латентной – каждые 6 часов;
- более частые - по показаниям (родостимуляция, медикаментозное обезболивание и др.);
- следует помнить, что частые влагалищные исследования сопряжены с риском развития послеродовой инфекции. Влагалищные исследования чаще 4 часового интервала должны быть строго обоснованы.

При наличии кровянистых выделений из половых путей – не следует проводить влагалищное исследование в условиях I уровня.

На II-III уровнях только после УЗИ в условиях развёрнутой операционной!

II период родов:

Продвижение предлежащей части по плоскостям малого таза:

- выслушивание сердцебиения плода после каждой потуги в течение I полной минуты;

- врачу, акушерке, ведущим роды, необходимо предвидеть вероятность необходимости оживления новорожденного и иметь план оказания помощи каждому ребенку!

III период родов:

- забор крови из пуповины на RW (по показаниям);
- пережатие пуповины после окончания пульсации, но не позже чем через 1 мин после рождения плода;
- тщательно обсушить и выложить на живот матери младенца;
- обеспечить контакт «кожа-к-коже»;
- укрыть ребёнка тёплой пелёнкой;
- надеть шапочку.

** Не допускать переохлаждения новорожденного! Поддерживать оптимальную температуру в родильной комнате не менее 25 С. У ребёнка не ниже 36,6⁰С.*

Активное ведение III периода родов:

- внутримышечное введение 10 ед. окситоцина в момент после рождения ребенка;
- пережатие пуповины к концу 1 мин после рождения плода;
- контролируемое потягивание за пуповину;
- массаж матки.

Рекомендуется предложить всем женщинам активное ведение третьего периода родов, так как эта методика значительно снижает частоту кровотечений.

- Следует пережать пуповину ближе к промежности зажимом, далее держать пережатую пуповину и концы зажима одной рукой.
- Затем следует слегка натянуть пуповину и дождаться сильного сокращения матки (2-3 минуты).

- Другую руку следует положить непосредственно над лонем женщины и удерживать матку, отводя ее от лона в противоположную сторону выше лобковой кости во время контролируемого потягивания за пуповину.
- Когда матка примет округлую форму или удлинится пуповина, необходимо очень осторожно потянуть на себя вниз пуповину для рождения плаценты. Следует провести отведение матки другой рукой в направлении противоположном потягиванию за пуповину.
- Если плацента не опускается в течение 30-40 секунд контролируемого потягивания за пуповину (нет признаков отделения плаценты), рекомендуется прекратить тракцию за пуповину и дождаться очередного хорошего сокращения матки. Во время следующего сокращения матки рекомендуется повторить контролируемое потягивание за пуповину с отведением матки в противоположную сторону.
- При рождении плаценты тонкие плодные оболочки могут оборваться, поэтому держать плаценту нужно обеими руками с осторожным поворачиванием ее для отслаивания плодных оболочек.
- Если плодные оболочки оторвались, нужно осмотреть верхнюю часть влагалища и шейку матки в стерильных перчатках с использованием губчатых зажимов для удаления всех оставшихся частей плодных оболочек.
- После рождения плаценты необходимо тщательно осмотреть ее, чтобы удостовериться в ее целостности.
- Необходимо провести дозированный массаж дна матки через переднюю брюшную стенку женщины до появления сокращений матки. Процедуру проводить каждые 15 минут в течение первых 2 часов после родов.
- ◆ осмотр родовых путей (при наличии показаний - кровотечении);

◆ в раннем послеродовом периоде совместное пребывание матери и ребенка.

Первичный уход за новорожденным:

- Первичная оценка состояния новорожденного в течение первых 30 сек после рождения – оценивается дыхание и ЧСС.
- Повторная стандартная оценка проводится по шкале Апгар, к концу 1-й минуты и на 5-й минуте после рождения.
- Здоровый новорожденный ребенок обсушивается теплыми пеленками и выкладывается на живот матери.
- Пуповина пересекается после окончания пульсации или к концу 1-й минуты.
- Здоровому новорожденному ребенку обеспечьте стандартный первичный уход, включающий тесный контакт с матерью «кожа к коже».
- Осмотр проводится на животе матери (не мешайте контакту матери с ребенком – вмешательства минимальные).
- Измерьте температуру тела у новорожденного на животе у матери в течение первых 30 мин после родов электронным градусником с возможностью определения низких температур.
- Начало грудного вскармливания в течение первых 30 мин. – первого часа после рождения.
- Для обработки глаз ребенка используйте (1% тетрациклиновая или 0,5% эритромициновая глазная мазь) - профилактика гонобленореи к концу первого часа после родов.
- Если позволяет состояние матери, держите младенца в контакте «кожа к коже» с матерью в течение первых 2-х часов после родов.
- Перевод в палату совместного пребывания матери и ребенка проводится вместе с матерью.
- Новорожденный ребенок с проблемами после рождения - уход соответственно протоколу.

- Если состояние матери не позволяет ей поддерживать контакт «кожа к коже» с младенцем после родов, заверните ребенка в мягкую сухую ткань, накройте одеялом и убедитесь, что головка ребенка покрыта во избежание потери тепла; проводите частые осмотры или при наличии партнера и его согласии возможен контакт «кожа к коже».
- С целью профилактики геморрагического синдрома у новорожденного группы риска (см. клинический протокол «Уход за здоровым новорожденным») - менадион (фитоменадион) – однократно 0,5-1 мг в/м в течение первого часа после рождения.

Лечение:

Немедикаментозное:

- физическая и эмоциональная поддержка в течение всего процесса родов (см. приложение А);
- партнёрские роды (присутствие супруга или близкого человека по желанию женщины, выбор удобной позы, отвлекающий массаж поясничной области) (см. приложение Б).

Медикаментозное:

- обезболивание по желанию роженицы или по медицинским показаниям (проводниковая анестезия, наркотические анальгетики) после письменного информирования женщины о рисках и недостатках.

Сроки пребывания в стационаре:

- роды и ранний послеродовой период (48-72 часа).

Критерии выписки:

- Удовлетворительное состояние роженицы и новорожденного.

Обследуйте мать на предмет выписки из больницы на основе двух групп критериев – физиологических и психо-эмоциональных:

Физиологические критерии:

- отсутствие клинических признаков анемии;
- основные показатели состояния организма в пределах нормы;
- матка плотная, удовлетворительный темп инволюции;
- навыки грудного вскармливания.

Психо-эмоциональные критерии включают следующие навыки матери:

- Демонстрирует знание того, к кому необходимо обратиться в случае некоторых трудностей (к друзьям, семье, общественным службам, медицинским работникам);
- Демонстрирует знание и умение в области элементарного ухода за ребенком;
- Проявляет привязанность к ребенку;
- Не проявляла (или не были замечены) чувства глубокого несчастья, связанные с рождением ребенка или с ролью матери;
- Может спать или отдыхать в перерывах между кормлениями ребенка.

Консультирование

- Грудное вскармливание. Мать должна чувствовать уверенность в своей способности самостоятельно кормить, включая частоту, положение ребенка, соответствующее понимание и уход за сосками.
- Контрацепция. Пациентка должна озвучить свое понимание риска наступления беременности и возможностей контрацепции. Выбор контрацептива (или отказ) должен быть четко записан в истории родов.

- **Опасные признаки.** Мать должна уметь озвучить признаки и симптомы, которые должны побудить ее обратиться за медицинской помощью (чрезмерное кровотечение и патологические выделения, лихорадка, масталгия, депрессия).
- **Уход за новорожденным.** Мать должна озвучить понимание соответствующих методов кормления, ухода за пупком и «опасных признаков», требующих медицинского внимания.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Поддерживающий уход во время родов и родоразрешения

Необходимо обеспечить хорошее взаимопонимание и поддержку со стороны медицинского персонала:

- необходимо создать дружелюбную атмосферу при родоразрешении и уважительного отношения к желаниям женщины;
- обеспечить приватность и конфиденциальность;
- следует объяснить женщине целевое предназначение всех процедур (следует получить информированное согласие на их выполнение);
- необходимо обсуждать с женщиной возникшие проблемы.

Необходимо поддерживать чистоту женщины и ее окружения:

- необходимо поощрять самостоятельное обмывание женщины, принятие ванны или душа в начале родов;
- целесообразно обмывать наружные половые органы и промежность перед каждым осмотром;
- необходимо мыть руки с мылом перед и после каждого обследования согласно стандарту;
- обеспечить чистоту в родильном зале;
- следует убирать любую разлившуюся жидкость немедленно;
- в родильной комнате необходимо обеспечить чистоту, обстановку, приближенную к домашней.

Не назначайте в плановом порядке клизму женщине в родах, не практикуйте бритье промежности без желания женщины:

- Необходимо поддерживать прием женщиной еды и питья по ее желанию. Если женщина заметно истощена или утоми-

лась, убедитесь, что она накормлена. Даже на поздней стадии родов питательное жидкое питье остается актуальным.

- Необходимо обучить женщину технике дыхания во время родов и родоразрешения. Поощряйте женщину дышать медленнее обычного и расслабляться с каждым выдохом.

Помогите женщине в родах, если она беспокойна, испугана и испытывает боль:

- похвалите, поддержите и утешьте ее;
- расскажите ей о ходе и развитии ее родов, о малыше, его чувствах и переживаниях;
- выслушайте женщину и будьте чутким к ее чувствам.

Если женщина страдает от боли:

- предложите сменить положение;
- покажите партнеру технику массажа поясничной области (желательно проводить контрдавление во время схваток и поглаживание, растирание между схватками);
- добивайтесь от женщины соблюдения специальной техники дыхания;
- при необходимости и с учетом желания женщины, после информирования используйте назначение обезболивающих средств: введение морфиноподобных средств, перидуральная анестезия.

Необходимо поощрять женщину в получении персональной поддержки от выбранного ею лица во время родов путем:

- поощрение оказания поддержки партнером при родоразрешении;
- подготовка места для партнера рядом с женщиной;
- поощрение действий партнера в оказании адекватной поддержки женщине во время родов и рождения ребенка (растирание спины женщине, протирание лба влажной тканью).

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Примеры различных положений в родах

Стоя или прохаживаясь



Результат: используется преимущество силы тяготения во время и между схватками. Схватки менее болезненны и более результативны. Плод правильно ориентирован по отношению к углу таза. Может укоротить роды, если женщина до этого лежала. Может быть использовано параллельно с КТГ. При ходьбе происходят изменения в суставах таза, что способствует повороту плода. Может усилить желание потужиться на втором этапе родов.

Медленный танец

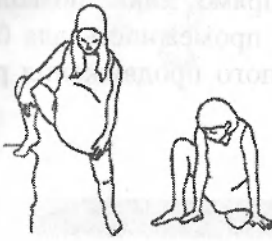


Роженица обхватывает партнера за шею, кладет голову ему/ей на грудь или плечо. Руки партнера обхватывают торс женщины, кисти схвачены у нее на ее спине. Она опускает руки, опираясь на партнера, они качаются в такт музыки и одновременно дышат под ее ритм. Партнер оказывает давление на спину и снимает боль в спине.

Результат: то же, что и при стоячем положении, плюс: движение вызывает смещение в суставах таза, способствуя повороту и рождению плода. Кроме этого объятия близко-

го человека увеличивают чувство благополучия. Ритм и музыка способствуют комфортности.

Выпад



Роженица становится лицом вперед, рядом с какой-либо подставкой, ставит одну ногу на нее, отводя колено и стопу в сторону. Поднятая нога согнута в колене и бедре, женщина делает выпады в разные стороны повторно во время схватки, по 5 секунд на выпад. Она должна почувствовать потягивание во внутренней части бедер. Выпад в сторону затылка плода, если известно где он, либо в более удобном направлении для матери. Партнер помогает удерживать равновесие.

Результат: расширяет одну из сторон таза (ту, в которую произведен выпад). Способствует повороту плода при заднем виде затылочного предлежания. Это же можно выполнять в коленопреклоненном положении.

Сидя прямо



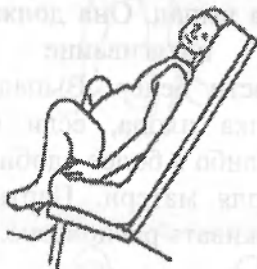
Результат: хорошее положение для отдыха. Некоторые преимущества в силе тяжести. Можно пользоваться КТГ.

Сидя на унитазе



Результат: тот же результат, что и при сидении прямо, плюс: позволяет расслабить промежность для более эффективного продвижения ребенка вниз.

Полусидя



Результат: тот же, что и сидя прямо плюс: легче провести вагинальный осмотр. Удобное положение для перевода на кровать.

Сидя и раскачиваясь на стуле Сидя, наклоняясь вперед с опорой



Результат: тот же, что и сидя прямо, плюс: качающие движения могут ускорить процесс родов.

Результат: то же, что и сидя прямо, плюс: снимает боль в спине. Удобное положение для растирания спины.

Стоя на руках и коленях



Результат: снимает боль в спине. Помогает ребенку повернуться при заднем виде затылочного предлежания. Позволяет производить покачивания тазом и другие движения тела. Возможен вагинальный осмотр. Снимает давление на геморроидальные узлы.

На коленях, опираясь



На сидение стула, на приподнятое изголовье кровати или родильный мяч.

Результат: то же, что при стоянии на руках и коленях, плюс: меньше напряжения в запястьях и кистях, чем при стоянии на руках и коленях.

Лежа на боку



Результат: очень удобное положение для отдыха. Удобное положение для многих процедур. Помогает снизить повышенное артериальное давление. Безопасное положение, если использовались медикаменты для обезболивания. Может способствовать ускорению родов, если чередовать с хождением. Нейтрально по отношению к силе тяжести. Полезно при очень скоротечном втором этапе родов. Снимает давление

на геморроидальные узлы. Легче отдыхать между потугами. Облегчает продвижение головки при осложненных родах в потужном периоде.

Сидя на корточках



Результат: может уменьшить боль. Используется сила тяготения. Расширяет тазовый проход. Требуется меньше изгоняющих усилий. Может ускорить поворот и выведение плода при осложненных родах. Помогает, если у роженицы ослабли потуги. Позволяет перенести свой вес с одной опоры на другую для удобства. Механическое преимущество: верхняя часть туловища давит на дно матки.

На корточках с опорой



Роженица опирается спиной о партнера, который ее поддерживает под мышки и принимает на себя ее вес. Она выпрямляется между схватками.

Результат: удлиняет торс женщины и позволяет плоду при неправильном вставлении принимать нужное положение. Увеличивает подвижность в тазовых суставах, которое может происходить от внешнего давления (кровати, стула) либо от пассивного потягивания (сидения на корточках, оттягивания ног на-

зад), этим достигается "формирование" и поворот изгоняемого плода. Требуется большой силы от партнера.

Повисая на партнере



Партнер сидит на высокой кровати или стойке, ноги упираются в стул или подставки, колени расставлены. Роженица находится между ног партнера спиной к нему, а руками опирается на его бедра. Партнер поддерживает женщину с боков коленями. Она провисает, позволяя партнеру поддерживать себя. В перерыве между схватками мать стоит.

Результат: то же, что и при сидении на корточках с опорой, только для партнера это намного легче.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Рис.1

ПАРТОГРАММА

	Фамилия	Беременность	Регистрационный номер			
	Дата поступления	Время поступления	Время отхождения вод			
Сердцебиение плода						
Окситоциновый эффект						
Конфигурация						
Расстояние между маткой						
Продолжение родов						
Час						
Время						
Маточные сокращения каждые 10 мин.						
Окситоцин м/л в/в введения						
Полученные лекарства						
Пульс						
АД						
Температура						
Моча				Протеин		
				Аммоний		
				Объем		
<p>Активное ведение III периода родов: внутримышечное введение 10 ед. окситоцина в момент после рождения ребенка;</p>						
<p>перевязание пуповины к концу 1 мин после рождения плода;</p>						
<p>контролируемое потягивание за пуповину</p>						
<p>массаж матки</p>						
<p>Оболочки все</p>						
<p>Дольки целы</p>						

Плацента размером
Длина пуповины
Кровопотеря
Ранний послеродовый период:
Состояние
Кожные покровы
Пульс
АД
Живот
Магка
Выделения
Общая кровопотеря в родах
<i>Подпись врача/ акушерки:</i>
<i>Подпись ответственного врача:</i>

Партограмма (инструкция по заполнению)

Информация о пациентке: полное имя, количество беременностей и родов, номер истории родов, дата и время поступления в родовой блок, время излития околоплодных вод.

Частота сердечных сокращений плода: фиксируется каждые полчаса (выслушивается каждые 15 минут) – отмечается в бланке

Околоплодные воды: цвет амниотической жидкости отмечать при каждом вагинальном обследовании.

I – при вскрытии пузыря цел

S – околоплодные воды светлые, чистые

M – во влагалище меконием

II – примесь крови в водах

A – в околоплодных водах, выделениях

Конфигурация головки:

0 – конфигурации нет

± – швы четко различаются

++ - швы находят друг на друга, но разъединяются при надавливании

+++ - швы находят друг на друга, не разъединяются

Раскрытие шейки матки: оценивается при каждом влагалищном исследовании и отмечается крестиком (x)

Линия бдительности: линия должна начинаться от точки раскрытия шейки на 3 см и продолжаться до точки полного раскрытия с шагом 1 см в час.

Линия действия: проходит параллельно линии бдительности, отступя на 4 часа вправо.

Опускание головки: оценку прохождения головки следует проводить путем сначала абдоминального обследования и лишь затем вагинального:

5/5 – головка на 5 пальцев выше лона – над входом в малый таз

4/5 - головка на 4 пальцев выше лона – прижата к входу в малый таз

3/5 - головка на 3 пальцев выше лона – прощупывается большая часть головки над лоном

2/5 - головка на 2 пальцев выше лона – над лоном прощупывается меньшая часть головки

1/5 - головка в полости малого таза

Время: отмечается слева от линии. Для удобства заполнения лучше записывать числом кратным 30 мин. например, 13.00 или 13.30

Сокращения матки: наряду с раскрытием шейки матки и продвижением головки плода сокращения матки (схватки) служат четким показателем родовой деятельности. Периодичность схваток откладывается по оси времени. Каждая клеточка означает одно сокращение. Различная интенсивность штриховки отражает интенсивность схваток.

Точки – продолжительность схватки 20 секунд

Штриховка - продолжительность схватки 20-40 секунд

Сплошная - продолжительность схватки более 40 секунд

Окситоцин: при назначении записывается его количество/концентрация и вводимая доза в минуту (в каплях или единицах) каждые 30 минут.

Назначения лекарств: фиксируются любые дополнительные назначения лекарств.

Пульс: каждые 30 минут отмечается точкой.

Артериальное давление: фиксируется каждые 4 часа и отмечается линией посередине соответствующей клеточки.

Температура тела: фиксируется каждые 4.

Протеин, ацетон и количество мочи: записывается при каждом мочеиспускании.

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

ПЛАН РОДОВ

(Заполняется совместно с медицинским работником)

Мое имя

Ожидаемый срок родов

Имя моего доктора

Доктором моего ребенка будет

Поддерживающий человек во время родов будет

Эти люди будут присутствовать при родах

Мы бы хотели, чтобы наш
первый ребенок или дети по-
сещали
 роды

Мы посещали
 дородовое обучение в ЖК
 занятия для пап
 родильный дом

- после перевода в палату* *дородовые курсы помимо ЖК*
 никогда

Хотите ли Вы сообщить что-либо дополнительно о себе (важные моменты, страх, озабоченность):

Моя цель:

- чтобы только близкие мне люди и медсестра поддерживали и успокаивали меня*
 чтобы проводилось медикаментозное обезболивание помимо поддержки и утешения
 другое, объясните

Первый период родов (схватки)

Пожалуйста, отметьте, какие успокаивающие меры Вы бы хотели, чтобы Ваша акушерка предложила Вам во время родов:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>плащеть свою собственную одежду</i> | <input type="checkbox"/> <i>слушать мою любимую музыку</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>ванна/душ</i> | <input type="checkbox"/> <i>сосредоточиться на любимом предмете</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>прогулка</i> | <input type="checkbox"/> <i>массаж</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>горячий/холодный компресс</i> | <input type="checkbox"/> <i>смесь кислорода и закиси азота</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>что-то подушек</i> | <input type="checkbox"/> <i>эпидуральная анестезия</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>использование родового шара (мяча)</i> | <input type="checkbox"/> <i>другое</i> |

Рождение ребенка

Ваша акушерка (медсестра) поможет Вам найти различные удобные позиции (положения) во втором (потужном) периоде родов. Какие из нижеследующих моментов Вы бы хотели попробовать:

- вертикальное (прямое) положение во время родов
- на боку
- не хочу использовать акушерское кресло (стол Рахманова)
- другие _____

После рождение моего ребёнка, мне хотелось бы:

- чтобы _____ перерезал пуповину
- положили ребёнка мне на живот сразу после рождения
- завернули в одеяло прежде, чем передать его мне
- чтобы ребёнку надели собственную шапочку и носочки
- что бы в первый раз запеленали моего ребенка
- чтобы сняли видео или сделали фотографии во время родов
- другое _____

Неожиданные случаи во время родов

Если Вам необходимо получить больше информации по

следующим вопросам, спросите Вашего врача или акушерку:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> использование щип-
цов/вакуум экстракции | <input type="checkbox"/> родовозбуждение |
| <input type="checkbox"/> амниотомия | <input type="checkbox"/> родостимуляция |
| <input type="checkbox"/> эпизотомия | <input type="checkbox"/> роды путем кесарева се-
чения |
| <input type="checkbox"/> мониторинг плода | <input type="checkbox"/> другое |
-
-

От рождения ребенка до выписки

Наше акушерское отделение считает необходимым со-
вместное пребывание матери и ребенка в течение 24 ча-
сов. Медицинские работники будут Вас поддерживать и
помогать Вам в уходе за Вашим ребёнком, когда он будет
находиться с Вами в одной палате.

Я собираюсь:

- кормить ребенка грудью
- давать дополнительное питье или докорм моему ребёнку

Во время нахождения в отделении, мне хотелось бы:

- все время находиться вместе с ребёнком
- присутствовать во время исследования моего ребёнка не-
онатологом
- присутствовать во время проведения процедур моему ре-
бенку
- чтобы медсестра показала, как купать моего ребёнка
- купать моего ребенка самой
- чтобы _____ искупала моего ре-
бёнка в первый раз
- чтобы ребенку сделали прививки БЦЖ и Гепатит В
- другое

Следующие люди будут помогать мне дома

Ваши предложения и комментарии

Я хотела бы, чтобы меня навестили после выписки из род-
дома:

да. Кто?

нет

не решила

Подпись

Дата

Подпись _____ специалиста, _____ собравшего _____ информацию

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

УТВЕРЖДЕН

Приказом МЗ КР
от «21» октября 2008 г.

№ 539

Клинический протокол II-III уровней

Клинический протокол для II-III уровня

Роды срочные многоплодные, полностью самопроизвольные

Шифр: О 84.0

Определение:

Роды через естественные родовые пути двумя или большим количеством плодов в сроке гестации 37-42 полных недель.

Клинические критерии:

- регулярная родовая деятельность;
- отчетливое определение в матке при акушерском исследовании трех и более крупных частей плода;
- наличие в различных местах матки двух пунктов отчетливого сердцебиения.

Обследование:

- наружный акушерский осмотр;
- влагалищное исследование;
- УЗИ по показаниям.

Лабораторное обследование:

По показаниям:

- группа крови, резус-фактор (при отсутствии данных);

- RW (при отсутствии анализа или дата взятия более 2 мес.).
- Экспресс или ИФА на ВИЧ при отсутствии антенатального наблюдения – по возможности, с 100% ДКТ, при положительном результате профилактическое назначение АРВ препаратов согласно протоколу роженице и новорожденному.

Ведение

I период родов

- Если определено головное затылочное предлежание, предоставьте роды самостоятельному течению, как при одноплодной беременности в случае головного затылочного предлежания и мониторируйте прогресс в родах, используя партограмму;
- При тазовом предлежании используйте те же приемы, как при одноплодной беременности с тазовым предлежанием и отмечайте прогресс в родах, используя партограмму;
- При поперечном положении первого плода, проведите родоразрешение посредством кесарева сечения.

Латентная фаза:

- раскрытие шейки матки от 0 до 3 см длится не более 8 часов (см. примечание);
- влагалищные исследования каждые 6 часов.

Активная фаза:

- раскрытие шейки матки от 3 до 10 см (раскрытие должно составлять не менее 0,5-1 см в час);
- контроль за состоянием роженицы ч/з каждые 2 часа (пульс, АД- каждые 4 часа) и сердцебиением плодов каждые 30 минут в течение 1 полной минуты;
- контроль за характером сократительной деятельности матки;

Влагалищное исследование:

- каждые 4 часа - в активной фазе,
- более частые - по показаниям (излитие околоплодных вод, родостимуляция, медикаментозное обезболивание и др.);
- следует помнить, что частые влагалищные исследования сопряжены с риском развития послеродовой инфекции. Влагалищные исследования чаще 4 часового интервала должны быть строго обоснованы.

При наличии кровянистых выделений из половых путей – только после УЗИ и в условиях развёрнутой операционной!

II период родов:

- пережатие пуповины после рождения первого плода (ребёнка обсушить, надеть шапочку, поместить под источник лучистого тепла);
- наложите зажим на материнский конец пуповины и не пытайтесь выделить плаценту, пока не родился последний ребёнок.

Немедленно после рождения первого ребенка:

- наружный акушерский осмотр для определения положения II плода;
- влагалищное исследование для определения:
 - имеет ли место выпадение пуповины;
 - цел или разорван плодный пузырь.

Головное предлежание:

- Если голова не опустилась, если это возможно направьте головку в таз с помощью ручных приемов (руки на животе).
- Если плодный пузырь цел, произведите амниотомию.
- Проверьте частоту сердцебиений плода между схватками.
- Если схватки неадекватны после рождения первого ребенка, поддержите родовую деятельность капельным медленным введением окситоцина (разовая доза 5-10 МЕ), для появления

хороших сокращений матки (3 схватки за 10 минут, каждая продолжительностью более 40 секунд).

▪ Если самопроизвольные роды не происходят в течение 2 часов на фоне хороших схватках или частота сердцебиений плода патологическая (меньше 100 или больше 180 ударов в минуту), проведите родоразрешение посредством кесарева сечения.

Тазовое предлежание:

▪ Если предполагается, что второй ребенок не больше чем первый, следует предоставить роды самостоятельному течению через естественные родовые пути.

▪ Если плодный пузырь цел и ягодицы опустились - произвести амниотомию.

▪ Если после рождения первого ребенка схватки неадекватны или отсутствуют, следует увеличить вводимую дозу окситоцина, добиваясь хороших сокращений матки (три сокращения за 10 минут, продолжительностью более 40 сек каждое).

▪ Проверяйте частоту сердцебиений плода между схватками в течение 1 полной минуты. Если частота сердцебиений плода патологическая (меньше 100 или больше 180 ударов в минуту), завершите роды путем извлечения плода за тазовый конец.

▪ Если влагалищные роды невозможны, проведите кесарево сечение.

Поперечное положение:

▪ Если плодный пузырь цел, попробуйте произвести наружный поворот плода

▪ Если наружный поворот не удастся, шейка полностью раскрыта и плодный пузырь остается целым, попробуйте произвести внутренний поворот плода на ножку (после предварительной анестезии):

Примечание: Не рекомендуется проведение внутреннего поворота плода на ножку при следующих условиях:

- недостаточный опыт врача;
- наличие рубца на матке.

* Если есть противопоказания к внутреннему повороту плода или выполнение его технически сложно следует провести родоразрешение посредством кесарева сечения

III период родов:

- ◆ См. протокол «Физиологические роды»
- С целью профилактики геморрагического синдрома у новорожденных группы риска (см. клинический протокол «Уход за здоровым новорожденным») - менадион (фитоменадион) – однократно 0,5-1 мг в/м в течение первого часа после рождения.

ЛЕЧЕНИЕ:

Немедикаментозное:

- физическая и эмоциональная поддержка в течение всего процесса родов (см. приложение роды срочные физиологические)
- партнёрские роды (см. приложение роды срочные физиологические).

Медикаментозное:

- обезболивание по желанию роженицы (наркотические анальгетики, проводниковая анестезия) при условии информирования.

Сроки пребывания в стационаре:

- Роды и ранний послеродовый период (48-72 часа).

Критерии выписки:

- Удовлетворительное состояние родильницы и новорожденных.
- Обследуйте мать на предмет выписки из больницы на основе двух групп критериев – физиологических и психоэмоциональных (см. протокол физиологических родов).

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

УТВЕРЖДЕН
Приказом МЗ КР
от «21» октября 2008 г.
№ 539

Клинический протокол для II-III уровня

Самопроизвольные роды в тазовом предлежании

(роды срочные)

Шифр: О 80-1

Определение:

Это физиологический процесс изгнания содержимого полости матки - плода в тазовом предлежании, околоплодные воды, плодные оболочки и плацента - через естественные родовые пути, в сроке гестации от 37 до 42 полных недель.

Вагинальные роды возможны:

- смешанное или чистое ягодичное предлежание;
- при адекватных данных клинической пельвиметрии;
- наличие не очень крупного плода (не более 3500 г);
- отсутствие предыдущего кесарева сечения;
- при согнутом положении головки.

Кесарево сечение при тазовом предлежании:

- полное ножное предлежание;
- узкий или неправильной формы таз;
- плод массой тела более 3500 и менее 2500;
- кесарево сечение в анамнезе;
- запрокинутая или чрезмерно разогнутая головка плода.

Клинические критерии:

I период родов – период раскрытия:

- схватки – регулярные сокращения мускулатуры матки;
- сглаживание шейки матки и раскрытие маточного зева.

II период родов – период изгнания:

- полное раскрытие шейки матки;
- потуги – ритмичные сокращения брюшного пресса, сокращение матки;
- продвижение предлежащей части;
- рождение ребенка.

III период – последовый:

- начинается с момента рождения ребенка и заканчивается изгнанием последа.

Обследование:

При поступлении:

- измерение температуры тела, пульса, АД, веса;
- наружный акушерский осмотр (определить позицию, вид, предлежащую часть и сердцебиение плода, и размеры таза роженицы);
- *влагалищное исследование:*
 - Каждые 4 часа - в активной фазе, в латентной – каждые 6 часов;
 - более частые - по показаниям (излитие околоплодных вод, родостимуляция, медикаментозное обезболивание и др.);
 - следует помнить, что частые влагалищные исследования сопряжены с риском развития послеродовой инфекции. Влагалищные исследования чаще 4 часового интервала должны быть строго обоснованы.
 - при наличии кровянистых выделений из половых путей – только после УЗИ в условиях развёрнутой операционной.

Лабораторное обследование:

По показаниям:

- группа крови, резус-фактор;
- RW (при отсутствии анализа или дата взятия более 2 мес.);
- Экспресс или ИФА на ВИЧ при отсутствии антенатального наблюдения, С 100% ДКТ.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ:

I период:

- Ведение партограммы;
- латентная фаза – раскрытие шейки матки от 0 до 3 см длится - не более 8 часов;
- активная фаза – раскрытие шейки матки от 3 до 10 см (раскрытие должно составлять не менее 0,5-1 см в час);
- обезболивание по желанию женщины при условии информирования;
- регистрация состояния роженицы ч/з каждые 2 часа (пульс каждые 30 мин, АД- каждые 4 часа) и сердцебиения плода не реже чем каждые 30 мин. в течение 1 полной минуты и по показаниям;
- контроль за характером сократительной деятельности матки.

Примечание: Не вскрывайте плодный пузырь!

- Если плодные оболочки вскрылись - следует осмотреть женщину для исключения выпадения пуповины.
- Если пуповина выпала и роды не могут произойти в ближайшее время, проведите родоразрешение посредством кесарева сечения.
- Если частота сердечных сокращений плода (меньше 100 или больше 180 ударов в минуту) или роды затянулись, проведите родоразрешение посредством кесарева сечения.

II период родов:

- наблюдение за характером потуг и состоянием плода (сердцебиение);

Ручное пособие (в зависимости от вида тазового предлежания):

- при чистом ягодичном предлежании пособие по Цовьянову или Брахту;
- при смешанном ягодичном предлежании классическое ручное пособие;
- при задержке спонтанного рождения головки плода выведение ее по методу Морисе-Левре;
- при задержке рождения ручек (запрокидывание ручек) плода пособие по Мюллеру, при отсутствии эффекта оказание классического пособия;
- перинеотомия или эпизиотомия по показаниям.

Примечание: Меконий часто выделяется при родах в тазовом предлежании и это не является признаком дистресса плода, если частота сердечных сокращений плода нормальная.

III период родов:

- забор крови из пуповины на RW (по показаниям);
- пережатие пуповины после окончания пульсации, но не позже чем через 1 мин после рождения плода;
- обсушить и выложить на живот матери младенца;
- обеспечить контакт «кожа-к-коже»;
- укрыть ребёнка тёплой пелёнкой;
- одеть шапочку.

Не допускать переохлаждения новорожденного! Поддерживать оптимальную температуру в родильной комнате не ниже 25°С. У ребёнка не ниже 36,6°С.

- Внутримышечное введение 10 ЕД окситоцина после рождения ребёнка;
- Контролируемое потягивание за пуповину;
- Массаж матки (см. протокол физиологические роды).
- С целью профилактики геморрагического синдрома у новорожденного группы риска (см. клинический протокол «Уход за здоровым новорожденным) - менадион (фитоменадион) – однократно 0,5-1 мг в/м в течение первого часа после рождения.

В раннем послеродовом периоде совместное пребывание матери и ребенка;

ЛЕЧЕНИЕ:

Немедикаментозное:

- физическая и эмоциональная поддержка в течение всего процесса родов (см. приложение роды срочные, полностью самопроизвольные);
- партнёрские роды (см. приложение роды срочные, полностью самопроизвольные).

Медикаментозное:

- обезболивание по желанию роженицы (перидуральная анестезия, наркотические анальгетики).

Сроки пребывания в стационаре:

Роды и ранний послеродовый период (48-72 часа).

Критерии выписки:

- Удовлетворительное состояние роженицы и новорожденного.
- Обследуйте мать на предмет выписки из больницы на основе двух групп критериев – физиологических и психоэмоциональных (см. физиологические роды).

*** Примечание:** *Существуют два качественных исследования: первое доказало что перинатальные исходы лучше при кесаревом сечении, второй мета-анализ доказал эффективность наружного поворота при доношенной беременности.*

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

УТВЕРЖДЕН
Приказом МЗ КР
от «21» октября 2008 г.
№ 539

Клинический протокол II-III уровней

Преждевременная родовая деятельность Шифр 060 P07.2

Определение:

Преждевременные роды - это преждевременный процесс изгнания содержимого полости матки (плода, околоплодных вод, плодных оболочек и плаценты) через естественные родовые пути в сроке гестации 22 – 36 недель.

Преждевременный процесс изгнания в сроке 22-27 недели беременности считается очень ранними родами, в сроке 28-33 недели – ранними родами, и в сроке 34-36 преждевременными родами.

Вероятность преждевременных родов возрастает при появлении нескольких из ниже перечисленных признаков (легче бывает выявить признаки 1-3, сочетание которых часто указывает на истинное начало преждевременных родов):

Регулярные сокращения матки с интервалом менее чем 10

мин

или более частые сокращения матки.

Прохождение шейки матки и ее открытие, по меньшей мере, на 1-2

см

Спонтанное или наливающееся плодного пузыря.

Истинные или ложные кровянистые выделения.

Клинические критерии:

I период родов – период раскрытия:

- схватки – регулярные сокращения мускулатуры матки;
- сглаживание шейки матки и раскрытие маточного зева.

II период родов – период изгнания:

- полное раскрытие шейки матки;
- потуги – сокращение матки и ритмичные сокращения брюшного пресса;
- продвижение предлежащей части;
- рождение ребенка.

III период – последовый:

- начинается с момента рождения ребенка и заканчивается изгнанием последа.

На всех этапах оказания помощи необходима полная информированность пациентки об ее состоянии, состоянии плода, прогнозе исхода преждевременных родов для новорожденного, выбранной акушерской тактике и возможных осложнениях.

- Врачебная тактика при ведении преждевременных родов в основном определяется: гестационным сроком и состоянием родовых путей.

Открытие маточного зева (см)	Срок беременности (неделя)	
менее 3	менее 34	- перевод на 3 уровень - профилактика РДС - токолиз
более 3	34-37	- перевод на 2 (3) уровень - токолиз на время транспортировки - вызов неонатолога - роды

реанимационной бригады
- роды

Обследование:

При поступлении:

- измерение температуры тела, пульса, АД, веса;
- наружный акушерский осмотр (определить позицию, вид, предлежащую часть, сердцебиение плода);
- влагалищное исследование при поступлении.

Следует помнить, что при отсутствии регулярной родовой деятельности необходимо осмотреть шейку матки в зеркалах, не прибегая к вагинальному исследованию

Лабораторные обследования:

- группа крови, резус-фактор (при отсутствии документального подтверждения);
- RW (при отсутствии анализа или дата взятия более 2 мес.)
- ВИЧ при отсутствии анализов, с обязательным ДКТ
- Общий анализ крови и мочи

Наблюдение:

- Профилактика дистресс плода глюкокортикостероидами (в/м введение дексаметазона по 6 мг через каждые 12 часов, 24 мг).

** Многократные курсы лечения глюкокортикостероидами, по сравнению с однократным курсом, не приводят к снижению заболеваемости новорожденных, могут вызвать целый ряд осложнений и не рекомендуются к применению.*

- Профилактика раннего неонатального сепсиса, вызванного ВГС, антибиотиками (ампициллин по 1 г через каждые 8 часов в/м, или цефазолин по 2 г каждые 12 часов в/в, или эритромицин по 500мг 4 раза в сутки), после родов антибиотики отменить, если нет клиники хориоамнионита.

- Провести острый токолиз при латентной и в начале активной фазы преждевременных родов, для возможности проведения профилактики дистресс плода (см. протокол «Острый токолиз»).
- Следует перенаправить женщину в учреждение II или III уровня,
- При невозможности перенаправления - принять роды на месте.
- При наличии регулярной родовой деятельности и подтекании околоплодных вод, роды вести через естественные родовые пути без защиты промежности и оказания акушерских пособий.

Ведение партограммы:

I период родов:

- контроль за состоянием роженицы ч/з каждые 2 часа (пульс - каждые 30 мин, АД – каждые 4 часа) и сердцебиение плода каждые 30 мин. в течение 1 полной минуты) (см. приложение В протокола роды срочные, полностью самопроизвольные).
- контроль за характером сократительной деятельности матки:

Латентная фаза – раскрытие шейки матки от 0 до 3 см может быть более 6-8 часов, если проводится токолиз,

Активная фаза – раскрытие шейки матки от 3 до 10 см (раскрытие должно составлять не менее 0,5-1 см в час).

Влагалищное исследование:

- Каждые 4 часа - в активной фазе, в латентной – каждые 6 часов
- более частые - по показаниям (излитие околоплодных вод, родостимуляция, медикаментозное обезболивание и др.);

- Следует помнить, что частые влагалищные исследования сопряжены с риском развития послеродовой инфекции. Влагалищные исследования чаще 4 часового интервала должны быть строго обоснованы.

При наличии кровянистых выделений из половых путей – не следует делать влагалищное исследование в условиях I уровня.

На II-III уровня только после УЗИ и в условиях развёрнутой операционной!

II период родов:

- Продвижение предлежащей части по плоскостям малого таза;
- После рождения ребёнка ввести 10 ЕД окситоцина в/м.

III период родов:

См. протокол физиологических родов (роды срочные, полностью самопроизвольные)

Ведение новорожденного

- Первичная оценка состояния новорожденного в течение первых 30 сек. после рождения – оценивается дыхание и ЧСС.
- Повторная стандартная оценка проводится по шкале Апгар, к концу 1 минуты и на 5-ой минуте после рождения.
- Здоровый новорожденный ребенок обсушивается теплыми пеленками и выкладывается на живот матери.
- Пуповина пересекается после окончания пульсации или к концу 1 ой минуты.
- Здоровому новорожденному ребенку обеспечьте стандартный первичный уход, включающий тесный контакт с матерью «кожа к коже».
- Осмотр проводится на животе матери (не мешайте контакту матери с ребенком – вмешательства минимальные).

- Измерьте температуру тела у новорожденного на животе у матери в течение первых 30 мин после родов электронным градусником с возможностью определения низких температур.
- Начало грудного вскармливания в течение первых 30 мин. – первого часа после рождения.
- Для обработки глаз ребенка используйте (1% тетрациклиновая или 0,5% эритромициновая глазная мазь) - профилактика гонобленореи к концу первого часа после родов.
- Если позволяет состояние матери, держите младенца в контакте «кожа к коже» с матерью в течение первых 2-х часов после родов.
- Перевод в палату совместного пребывания матери и ребенка проводится вместе с матерью.
- Новорожденный ребенок с проблемами после рождения - уход соответственно протоколу.
- Если состояние матери не позволяет ей поддерживать контакт «кожа к коже» с младенцем после родов, заверните ребенка в мягкую сухую ткань, накройте одеялом и убедитесь, что головка ребенка покрыта во избежание потери тепла; проводите частые осмотры или при наличии партнера и его согласии возможен контакт «кожа к коже»

ЛЕЧЕНИЕ:

Предпочтение немедикаментозным методам.

Немедикаментозное:

- физическая и эмоциональная поддержка в течение всего процесса родов (см. приложение А протокола роды срочные, полностью самопроизвольные).
- партнёрские роды (присутствие супруга или близкого человека по желанию женщины, выбор удобной позы, отвлекающий массаж поясничной области) (см. приложение Б протокола роды срочные, полностью самопроизвольные).

Медикаментозное:

- обезболивание по желанию роженицы или по медицинским показаниям (эпидуральная, закись азота, наркотические анальгетики) после информирования женщины о рисках и недостатках.

Сроки пребывания в стационаре:

- Роды и ранний послеродовый период (48-72 часа).
- Ребенок для дальнейшего лечения переводится на II или III уровень.

Критерии выписки:

- Удовлетворительное состояние родильницы и новорожденного.
- Обследуйте мать на предмет выписки из больницы на основе двух групп критериев – физиологических и психоэмоциональных (см. протокол роды срочные, полностью самопроизвольные).

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

УТВЕРЖДЕН

Приказом МЗ КР
от «21» октября 2008 г.

№ 539

Клинический протокол II-III уровней

ОСТРЫЙ ТОКОЛИЗ

Определение

Временное медикаментозное расслабление мускулатуры матки с целью уменьшения частоты и силы родовой деятельности.

ЦЕЛЬ токолиза при преждевременных родах - это отсрочить роды до наступления действия кортикостероидов и перевода на более высокий уровень оказания помощи.

Показания:

Следует использовать токолиз, если:

- срок беременности меньше 35 недель
- латентная или активная ранняя фаза ранних родов (раскрытие меньше, чем на 5 см);
- у женщины нет амнионита или активного кровотечения;
- отсутствует дистресс плода.

Условия проведения токолиза:

➤ При назначении токолитических средств (см. ниже) необходимо наблюдать за состоянием матери и плода (пульс, АД, признаки дыхательной недостаточности, сокращения матки, потерю амниотической жидкости или крови, ЧСС плода, баланс жидкости).

*** Не назначать токолитические препараты более чем на 48 часов.**

Если преждевременные роды продолжаются, несмотря на использование токолитических средств, необходимо обеспечить ребенку максимально возможный необходимый уход с использованием необходимого оборудования и служб.

Токолитические средства

Токолитические препараты назначают в режиме монотерапии. Комбинированное назначение токолитиков увеличивает риск побочных эффектов и практически не имеет преимуществ перед назначением одного препарата. При хориоамнионите токолитическая терапия противопоказана.

Рекомендуемый мониторинг при остром токоллизе нифедипином в стационаре:

- постоянный контроль ЧСС плода, пока имеются маточные сокращения;
- измерение пульса, АД каждые 30 минут в течение первого часа, затем ежечасно в течение первых 24 часов, затем каждые 4 часа.

	Начальная доза	Последующая доза	Побочные эффекты и предупреждения
Нифедипин	10 мг под язык каждые 20 минут в течение 1ого часа (максимальная доза 40 мг) до прекращения схваток	По 10 мг внутрь каждые 6-8 часов в течение не более 48 часов от начала терапии	гипотензия, однако, это крайне редко проявляется у пациенток с нормотонией; вероятность гипотензии повышается при совместном использовании нифедипина и магния сульфата; другие побочные эффекты: тахикардия, приливы крови, головные боли, головокружение, тошнота. При возникновении симптомов необходима в/в инфузия физ.раствора в количестве 800-1000мл.
Индометацин	100 мг нагрузочная доза перорально или ректально	25 мг каждые 6 часов в течение 48 часов.	Если срок беременности больше 32 недель, избегайте применения для предотвращения преждевременного закрытия артериального протока плода. Не используйте более 48 часов.
Гексопреналин (в случае отсутствия эффекта или наличии побочных эффектов от вышеперечисленных средств) Уровень доказательности Д	10 мкг в 500,0 мл раствора 0,9% раствора натрия хлорида в/в. Начните в/в инфузию с 10 капель в минуту.	Если сокращения матки продолжают, то увеличивайте скорость инфузии на 10 капель в мин. каждые 30 мин. до остановки сокращений или пока материнский пульс не превысит 120 ударов в минуту. Если сокращения прекратились, сохраняйте ту же скорость инфузии минимум 12 часов после последней схватки.	Если ЧСС матери повысилась (более 120 ударов в мин.), уменьшите скорость инфузии. Если используются стероиды и в ₂ -адреномиметики, возможно возникновение отека легких у матери. Ограничьте прием жидкости, поддерживайте баланс жидкости и прекратите применение лекарства. Возможны следующие побочные эффекты: тахикардия, желудочковая экстрасистолия, боль в области сердца, повышение уровня сахара в крови.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

УТВЕРЖДЕН
Приказом МЗ КР
от «21» октября 2008 г.
№ 539

Клинический протокол для II-III уровней

Разрывы промежности II ст. при родоразрешении

Шифр: О 70.1

Определение:

Нарушение целостности кожи промежности, слизистой влагалища и мышцы промежности (в том числе мышц поднимающего задний проход (леватор) и бульбокавернозного).

Обследование:

До операции:

- осмотр родовых путей.

Лечебные мероприятия:

Вызов врача или транспортировка в учреждение вторичного уровня

1. Операция:

- леваторопластика,
- периниоэпизиотомия. (см. приложение)

2. Медикаментозное обезболивание:

Лидокаин 1% или прокаин 0,5% - 10,0 мл инфильтрационная анестезия или пудендальная анестезия.

3. Немедикаментозное:

- туалет наружных половых органов антисептическим раствором 3 раза в сутки.

Сроки стационарного лечения: 5 дней

Критерии выписки:

Исключение швов первичным натяжением.

ПРИЛОЖЕНИЕ

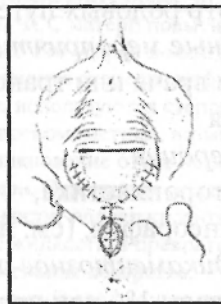
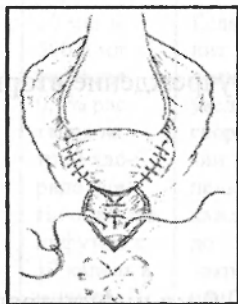
Техника леваторопластики и перинеораффии

Наложить:

- отдельный викриловый шов на верхний угол раны слизистой влагалища;
- отдельные викриловые швы для соединения разорванных мышц тазового дна (леватор и бульбокавернозный)
- отдельные узловые или непрерывный викриловый (или дексон) шов на разрыв влагалища;
- отдельные узловые викриловые швы на кожу промежности или косметический непрерывный субкутанный шов.

Ушивание мышц промежности

Ушивание кожи



ПРИЛОЖЕНИЕ 9

УТВЕРЖДЕН
Приказом МЗ КР
от «21» октября 2008 г.
№ 539

Клинический протокол II-III уровней

Разрывы промежности III ст. при родоразрешении

Шифр: О 70.1

Определение:

Нарушение целостности кожи промежности, стенки влагалища и мышцы промежности, с вовлечением анального сфинктера.

Обследование:

До операции:

осмотр родовых путей.

Лечебные мероприятия:

Накрыть рану стерильной салфеткой и перенаправить в стационар на II или III уровень оказания медицинской помощи.

1. Операция:

- леваторопластика,
- перинеорафия. (см. приложение)

2. Медикаментозное обезболивание:

- В/в/пная анестезия

3. Немедикаментозно:

- туалет наружных половых органов антисептическим раствором 3 р/сутки

4. Антибиотики по показаниям

Сроки стационарного лечения: 5 дней

Критерии выписки:

Заживление швов первичным натяжением.

Техника ушивания разрыва промежности III степени

Наложить:

- погружные отдельные викриловые швы на сфинктер прямой кишки;
- отдельный викриловый шов на верхний угол раны стенки влагалища;
- отдельные викриловые швы для соединения разорванных мышц тазового дна;
- отдельные узловые или непрерывный викриловый шов на разрыв влагалища;
- отдельные узловые викриловые швы на подкожную жировую клетчатку промежности;
- отдельные узловые викриловые швы на кожу промежности или косметический непрерывный субкутанный шов.



ПРИЛОЖЕНИЕ 10

УТВЕРЖДЕН
Приказом МЗ КР
от «21» октября 2008 г.
№ 539

**Клинический протокол II-III уровней
Разрывы промежности IV ст. при родоразрешении
Шифр: О 70.1**

Определение:

Нарушение целостности кожи промежности, стенки влагалища и мышцы промежности, с вовлечением анального сфинктера и стенки прямой кишки

Обследование:

До операции:
осмотр родовых путей.

Лечебные мероприятия:

1. Операция:
 - ушивание прямой кишки, анального сфинктера, леваторо-пластика, перинеорафия (см. приложение)
2. Медикаментозное обезболивание:
 - в/венная анестезия
3. Немедикаментозное:
 - туалет наружных половых органов антисептическим раствором 3 р/сутки
4. Антибиотики по показаниям

Сроки стационарного лечения: 7 дней

Критерии выписки:

Заживление швов первичным натяжением.

ПРИЛОЖЕНИЕ

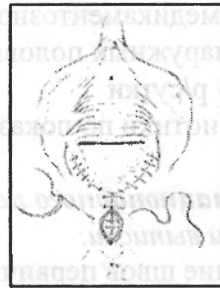
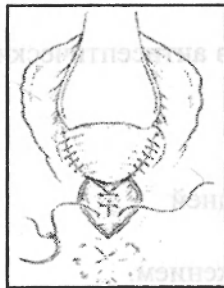
Техника ушивания разрыва промежности IV степени

Наложить:

- отдельные узловые швы (тонкий шелк, кетгут, викрил, дексон) на стенку прямой кишки;
- после смены инструментов и перевязочного материала, перчаток, накладывают погружные отдельные викриловые швы на сфинктер прямой кишки;
- отдельный викриловый шов на верхний угол раны стенки влагалища;
- отдельные викриловые швы для соединения разорванных мышц тазового дна;
- отдельные узловые или непрерывный викриловый шов на разрыв влагалища;
- отдельные узловые викриловые швы на подкожную жировую клетчатку промежности;
- отдельные узловые викриловые швы на кожу промежности или косметический непрерывный субкутанный шов.
- при отсутствии опыта ушивания, операция совместно с хирургом (желательно с проктологом).

Ушивание мышц промежности

Ушивание кожи



ПРИЛОЖЕНИЕ 10

УТВЕРЖДЕН

Приказом МЗ КР
от «21» октября 2008 г.

№ 539

Клинический протокол для II-III уровней

Преждевременный разрыв плодных оболочек

Шифр - 0.42

Определение:

Преждевременный разрыв плодного пузыря (ПРПП) – это разрыв оболочек, который происходит до начала регулярной родовой деятельности.

ПРПП может произойти как при недоношенной беременности, когда плод незрелый (роды до 37 недель), так и при доношенной беременности (срочные роды).

Обследование:

- анамнез;
- проведение тестов: «папоротника», нитразинового теста (уточнить действительно ли произошел разрыв плодных оболочек);
- определение срока беременности;
- первичный осмотр шейки матки в зеркалах;
- развёрнутый анализ крови;
- общий анализ мочи;
- термометрия;
- оценка характера вагинальных выделений – клинически и лабораторно;

- оценить состояние плода с помощью аускультации или КТГ;
 - УЗИ.
- * **Не проводите пальцевое влагалищное исследование, т.к. это не поможет подтвердить диагноз и может способствовать распространению инфекции. Осмотр проводить только в зеркалах!**

Акушерская тактика при недоношенной беременности

Общие рекомендации и показания для перенаправления

Пациентка должна быть полностью информирована об эффективности возможных методов ведения ее беременности, для того, чтобы иметь возможность выбрать тот, который она более желает.

- При ПРПП женщину перенаправить на II (32-36 недель)-III (менее 32 недель) уровень
- При ПРПП рассмотреть возможности пролонгирования беременности до 35 недель.
- Если имеется вагинальное кровотечение с периодической или постоянной болью в животе, необходимо предположить преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты и рассмотреть возможность кесарева сечения.

Терапия кортикостероидами

- Если срок беременности менее 34 недель следует назначить матери кортикостероиды для ускорения созревания легких плода и увеличение шансов на выживание новорожденного.
- Дексаметазон 6 мг в/м, 4 дозы с интервалом 12 часов (не следует использовать кортикостероиды при наличии явной инфекции).

ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ АМНИОНИТА И РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

- **Не делать влагалищного исследования!** Выжидательная тактика до недели;
- Начать АБ-профилактику – ввести первую дозу ампициллина 2 г в/в, затем 2 г каждые 6 часов в/в или эритромицин по 500 мг 4 раза в сутки перорально, в зависимости от сроков беременности. При отсутствии родовой деятельности предпочтителен Эритромицин, при развитии родовой деятельности – Ампициллин или пенициллин;
- антибиотики назначаются до момента родов, при наличии хориоамнионита, продолжить после родов.

Дальнейшее наблюдение

- наблюдение осуществляется в палате патологии беременных акушеркой, с обязательным ведением отдельного листа наблюдений, включающего АД, пульс, t тела, ЧСС плода, характера выделений из половых путей. Записи осуществляются каждые 4 часа.
- осмотр дежурного врача не реже, чем 2 раза в сутки;
- ОАК с обязательным определением лейкоцитарной формулы ежедневно;
- продолжить профилактику РДС дексаметазоном до общей дозы 24 мг и АБ по схеме
- мониторинг состояния плода – выслушивание сердцебиения и КТГ.

В СЛУЧАЕ НАЛИЧИЯ ПРИЗНАКОВ АМНИОНИТА

Цитоплазматические показатели:

- Повышение температуры тела $> 37,8$.
- Тахикардия матери 100 уд. в 1 мин и более или плода > 160 уд. в 1 мин.
- Мутные выделения из влагалища с запахом.

- Изменения в ОАК – лейкоцитоз более 15×10^9 + сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
- Повышение температуры у матери и ЛЮБЫЕ 2 из других признаков дают основание для постановки диагноза, при исключении очагов инфекции

Лечение:

Начать антибиотикотерапию:

Ампициллин 2 г в/в каждые 6 часов + Гентамицин 5 мг/кг в/в 1 раз в сутки

Родоразрешение

- При появлении родовой деятельности или признаков инфекции после осмотра дежурного врача – перевод в родильный зал для последующего родоразрешения (см. протокол преждевременные роды).
- При появлении признаков хориоамнионита и удовлетворительном состоянии внутриутробного плода – индукция родов окситоцином (см. протокол «Индукция родов»).
- При появлении признаков хориоамнионита и наличия дистресса плода – кесарево сечение.
- Наличие хориоамнионита не является препятствием для кесарева сечения и не является показанием для расширения объема операции!

Акушерская тактика при доношенной беременности

- Не проводить пальцевое исследование шейки матки.
- Выжидательная тактика в течение не менее 24 часов.

Если имеется вагинальное кровотечение с периодической или постоянной болью в животе, необходимо предположить преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, провести кесарево сечение.

ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ АМНИОНИТА И РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

Не проводить влагалищного исследования!

- Выжидательная тактика в течение не менее 24 часов.
- Если не наступает спонтанная родовая деятельность, то необходимо решение консилиума или тактика согласно местному протоколу. Если беременная поступит в ночное время, не проводить родовозбуждение до утра.
- Начать АБ – профилактику при безводном периоде 18 часов и более – ввести первую дозу ампициллина 2 г в/в, затем каждые 6 часов до родоразрешения, после родов антибиотика отменить.

Дальнейшее наблюдение:

- Осуществляется в палате совместного пребывания матери и ребенка, акушеркой с обязательным ведением отдельного листа наблюдений, включающего АД, пульс, Т тела, ЧСС плода, характера выделений из половых путей. Записи осуществляются каждые 2 часа.
- Осмотр дежурного врача не реже, чем 2 раза в сутки.
- ОАК с обязательным определением лейкоцитарной формулы ежедневно.

При отсутствии признаков инфекции в послеродовом периоде необходимо прекратить применение антибиотиков.

В СЛУЧАЕ НАЛИЧИЯ ПРИЗНАКОВ АМНИОНИТА:

Диагностические показатели:

- Повышение температуры тела $> 37,8$.
- Тахикардия матери 100 уд. в 1 мин и более или плода > 160 уд. в 1 мин.
- Мутные выделения из влагалища с запахом.
- Изменения в ОАК – лейкоцитоз более 15×10^3 + сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

- Повышение температуры у матери и ЛЮБЫЕ 2 из других признаков дают основание для постановки диагноза, при исключении очагов инфекции.

Лечение:

➤ Начать антибиотикотерапию: Ампициллин 2 г в/в каждые 6 часов + Гентамицин 5 м/кг в/в 1 раз в сутки

Родоразрешение:

- Индукция родов через 24 часа или при развитии признаков хориоамнионита.
- Индукцию родов начинать утром.
- Индуцировать роды лучше окситоцином, не зависимо от степени зрелости шейки матки.
- При появлении признаков хориоамнионита и удовлетворительном состоянии внутриутробного плода – индукция родов окситоцином (см. протокол «Индукция родов»).
- При появлении признаков хориоамнионита и наличием дистресса плода – кесарево сечение. Наличие хориоамнионита не является препятствием для кесарева сечения!
- Хориоамнионит и более длительный безводный промежуток не является противопоказанием к кесареву сечению и показанием к расширению объема операции.

Общий алгоритм

Мероприятие	Срок беременности (нед.)		
	менее 34	34-37	более 37
Стационар	III-II уровень	II уровень	—
Тактика	выжидательная	выжидательно-активная	активно-выжидательная
Токолитики	48 часов	—	—
Антибиотики	до родов (не более 7 суток)	до родов (не более 7 суток)	при безводном промежутке более 18 ч или при инфекции
Профилактика РДС	+	при сомнениях в сроках	—
Родовозбуждение при наличии инфекции	+	+	+

ПРИЛОЖЕНИЕ

Методика проведения тестов:

- Для определения симптома папоротника, размажьте некоторое количество жидкости из влагалища на предметном стекле и дайте высохнуть. Исследуйте мазок под микроскопом. Амниотическая жидкость кристаллизуется и может приобрести вид папоротника.
- Поместите кусочек нитразивной бумаги в зажим и прикоснитесь им непосредственно к скоплению жидкости на поверхности зеркала. Изменение цвета с желтого на синий, свидетельствует о щелочной реакции (наличие амниотической жидкости). Кровь и некоторые вагинальные инфекции дают ложноположительную реакцию.
- *Информативность нитразивного теста связана с тем обстоятельством, что влагалищный секрет и моча имеют, кислую реакцию, в то время как амниотическая жидкость – щелочную.*
- Ультразвуковое исследование, подтверждающее наличие маловодия (индекс амниотической жидкости менее 5 процентов), является надежным критерием для постановки диагноза.

ПРИЛОЖЕНИЕ 12

УТВЕРЖДЕН

Приказом МЗ КР

от «21» октября 2008 г.

№ 539

Клинический протокол для II-III уровня

Послеродовой сепсис

Шифр – О 85

Определение:

Сепсис – это общее неспецифическое инфекционное заболевание, возникающее в условиях нарушенной реактивности организма, при постоянном или периодическом поступлении микроорганизмов и их токсинов в кровеносное русло, сопровождающееся развитием генерализованной воспалительной реакции в ответ на клинически или бактериологически доказанную инфекцию.

Классификация

МБС (микробиологическое событие)

МВР (местная воспалительная реакция)

Синдром системного воспалительного ответа (ССВО)

– системная реакция организма на воздействие различных сильных раздражителей (травма, операция и др.)

Сепсис – системный воспалительный ответ на инвазию микроорганизмов.

Тяжелый сепсис

Септический шок

Рефрактерный септический шок

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ СЕПСИСА:

1. МБС (микробиологическое событие)

Проникновение патогенных микроорганизмов различными путями в макроорганизм, не всегда приводит к развитию инфекционного процесса и клинической манифестации болезни.

Анамнез:

- Пиелонефрит – одна из наиболее частых причин септического шока у беременных.
- Эндометрит.
- После кесарева сечения. Это основная причина послеродового эндометрита и на его долю приходится до 85% случаев септического шока в акушерстве.
- После вагинальных родов. Это гораздо более редкая причина послеродового эндометрита (только 1-4% случаев септического шока в акушерстве).
- Хориоамнионит.
- Септический аборт (обычно развивается после криминального вмешательства или неправильно проведенного аборта) при задержке частей плодного яйца в полости матки.
- Септический тромбоз вен малого таза.

2. МВР - Клиническое или бактериологическое подтверждение инфекции.

➤ В идеале источник инфекции должен быть подтвержден, и микроорганизмы идентифицированы при помощи микробиологических анализов. Это требует посева крови на бак. культуру (следует взять два образца) вместе с посевом на культуру из области, подозреваемой, как источник инфекции (моча, мокрота, эндометрий или отделяемое из послеоперационной раны). Если сделать анализ на бак культуру невозможно, источник инфекции следует подтвердить клинически с помощью ультразвукового исследования:

➤ Наблюдается несоответствие между МВР и ССВО, матка при этом может быть интактна. На первый план выходят явления перитонита, пиелонефрита, параметрита, пневмонии и т.д.

- Пиелонефрит: лихорадка, боль в боку, болезненность в боку при пальпации, пиурия, лейкоцитоз
- Эндометрит: лихорадка $> 38^{\circ}\text{C}$, болезненность матки при пальпации, лохии с неприятным запахом и лейкоцитоз, развивающийся в течение 5 дней после родов (обычно после кесарева сечения).
- Хориоамнионит: лихорадка, болезненность матки при пальпации, лохии с неприятным запахом (если разорваны плодные оболочки), тахикардия у матери и плода, лейкоцитоз, болезненные сокращения матки
- Септический аборт или задержка фрагментов плодного яйца в полости матки: соответствующий анамнез, лихорадка, озноб, боль в животе, влагалищное кровотечение (обычно с гноем), тахикардия, напряженная, болезненная при пальпации матка с раскрытой шейкой. Для идентификации задержки фрагментов плодного яйца в полости матки следует провести ультразвуковое исследование.
- Абсцесс миометрия: Матка увеличена, болезненна при пальпации, напряжена. Для определения жидкости или газа в миометрии следует провести ультразвуковое исследование.
- Септический тромбоз вен малого таза. Перебегающие пики лихорадки, ознобы и тахикардия, часто с сильными болями внизу живота или боку. Это диагноз исключения. Тромбоз может быть идентифицирован с помощью компьютерного сканирования, но диагноз зачастую выставляют после исключения других причин и отсутствия улучшения состояния женщины после антибиотикотерапии 3-4 препаратами широкого спектра.

3. Синдром системного воспалительного ответа.

характеризуется 2 или более признаками:

- Температура тела $>38^{\circ}\text{C}$ или $<36^{\circ}\text{C}$
- ЧСС >90 /мин
- ЧД >20 /мин
- Лейкоциты крови $>12 \times 10^9$ /мл или $<4 \times 10^9$ /мл, или незрелых форм $>10\%$

4. Синдром полиорганной недостаточности (органная дисфункция)

1. Нарушение сознания: <14 баллов по шкале Глазго (см. приложение А);
2. Гипоксемия: $\text{PaO}_2 < 75$ мм рт.ст. при $\text{Fi O}_2 = 0,21$ или острое снижение PaO_2 на 15 мм рт.ст.;
3. Метаболический или лактатацидоз: $\text{pH} \leq 7,3$ или $\text{BE} \leq -10$;
4. Олигурия: диурез < 30 мл/час или $< 0,5$ мл/кг/час;
5. Тромбогеморрагический синдром: снижение числа тромбоцитов на 25% и более, увеличение протромбинового времени или АЧТВ на 20%,

5. Сепсис – системный воспалительный ответ на инвазию микроорганизмов

Наличие очага инфекции и 2-х или более признаков ССВО. Не всегда регистрируется присутствие бактерий в крови.

МБС+ССВО+ клиническое или бак. подтверждение инфекции

6. Тяжёлый сепсис.

Сепсис, сочетающийся с органной дисфункцией, гипотонией, нарушениями тканевой перфузии (молочнокислый ацидоз, олигурия, изменения на ЭКГ, мраморность кожи или острое изменение психического статуса)

МБС+ ССВО+ клиническое или бак. подтверждение инфекции + СПОН

7. Септический шок.

Тяжелый сепсис с признаками тканевой и органной гипоперфузии и артериальной гипотонией, не устраняющейся с помощью инфузионной терапии.

- Нарушение сознания: < 6 баллов по шкале Глазго (см. приложение А);
- Снижение АД < 90 мм рт.ст. или более чем на 40 мм рт.ст. от исходного в течение 40 минут;
- Респираторный дистресс-синдром взрослых: острое начало, двусторонние инфильтраты в легких. $P_{aO_2} < 70$ мм рт.ст. при $F_i O_2 > 0,4$ или $P_{aO_2} / F_i O_2 \leq 200$. Нет признаков перегрузки левого желудочка;
- Нешоковое поражение легких: частота дыхания < 5 или > 40/мин. ИВЛ более трех дней, необходимость в $F_i O_2 > 0,4$ или ПДКВ > 5 см H_2O ;
- Поражение почек: креатинин сыворотки > 280 мкмоль/л, необходимость проведения гемофильтрации;
- Поражение печени: желтуха или общий билирубин сыворотки > 51 мкмоль/л или двукратное повышение АЛТ, или признаки печеночной энцефалопатии;
- Тромбогеморрагический синдром.

8. Рефрактерный септический шок.

Тяжелый сепсис с признаками тканевой и органной гипоперфузии и с сохраняющейся артериальной гипотонией более одного часа, несмотря на адекватную инфузию и применение шотропной сосудистой поддержки.

КЛИНИКА СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА:

Фаза теплой нормотонии:

Характерны две фазы:

- Термическая реакция с ознобом, гиперемией и гипертермией кожных покровов, уменьшение постнагрузки, тахикардией и стабильным артериальным давлением, может даже отмечаться умеренная артериальная гипертензия, причина которой - гиперкатехоламинемия, возникающая для борьбы с начинающейся гиповолемией, тахипноэ и респираторный алкалоз (Р СО₂ больше 30 мм.рт.ст.)

НЕОБХОДИМЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ:

- Обеспечить адекватное введение жидкости.
- Провести краткий, сфокусированный клинический осмотр для определения наиболее вероятного источника инфекции.
- Собрать образцы для лабораторного исследования и начать эмпирическую терапию внутривенными антибиотиками широкого спектра (см. ниже). Если лабораторные исследования недоступны, **НЕ ОТКЛАДЫВАЙТЕ** начало антибиотикотерапии!

Фаза теплой нормотонии очень кратковременна!

Фаза холодной гипотонии:

Периферическая вазоконстрикция, синдром малого выброса:

- Снижение сердечного выброса.
- Сосудистый спазм.
- Безучастное АД к увеличению ОЦК.
- Быстрый рост ЦВД при рефрактерной артериальной гипотензии.
- Острая гиповолемия.
- Накопление лактата (признак тканевой гипоксии, усиление анаэробного метаболизма, уменьшение его гидролиза в печени, септицемия может увеличивать лактат плазмы).
- Метаболический ацидоз.

- Появление признаков органной дисфункции (мраморность кожи, тахикардия, тахипное, возбуждение, беспокойство, олигоурия)

ЛАБОРАТОРНО- ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лабораторные:

- Общий анализ крови, Ht, подсчет тромбоцитов;
- общий анализ мочи
- время свертывания крови по Ли-Уайту, гемостазиограмма (по возможности).
- мочевины, креатинин.
- электролиты.
- АЛТ, АСТ.
- Белок и белковые фракции
- бактериологический посев наиболее вероятно инфицированных биологических жидкостей (кровь, мокрота, моча, отделяемое из раны или области операции) до антибактериальной терапии.

Инструментальные:

- ЭКГ, ЭХО-КГ (по показаниям, по возможности);
- УЗИ органов малого таза и брюшной полости (по показаниям);
- Рентгенография органов грудной полости;

Мониторинг:

- Термометрия.
- Пульс, АД (до стабилизации).
- Определение ЦВД.
- Сатурация.
- Пульсоксиметрия (по возможности).
- Почасовой диурез (ПД).

ЛЕЧЕНИЕ

Экстренные мероприятия на I уровне:

(строгое соблюдение очередности мероприятий)

1. Респираторная поддержка – увлажнённый кислород.
2. Катетеризация двух локтевых вен большой иглой или катетерами (14-18 размера).
3. Инфузия **0,9% раствора хлорида натрия** – 1000 мл-2000 мл. (1000 мл за 20 мин). Инфузия должна продолжаться со скоростью 500 мл каждые 30 минут, пока АД остается ниже 90 мм рт ст. При необходимости быстрого восполнения ОЦК – препараты ГЭК 500-1000 мл.
4. Антибактериальная терапия: **ампициллин 2 г в/в + гентамицин 1.5 mg/kg в/в. + метронидазол 15 mg/kg в/в** капельно
5. Держите пациентку в тепле, вводимые растворы должны быть подогреты до 35-36 °С
6. Экстренный перевод на вторичный уровень в сопровождении мед. работника!

Мониторинг на I уровне:

- Термометрия.
- Определение ЧСС.
- Измерение АД (каждые 15 минут до стабилизации)

Базовая терапия (на II-III уровнях):

Лечение сепсиса основывается на коррекции гемодинамических нарушений, путём быстрого и адекватного введения жидкостей, и, по необходимости, вазопрессоров, назначении антибиотиков и ликвидации очага инфекции.

1. Коррекция гемодинамических нарушений (Восполнение объема и поддержание АД):

➤ Цели:

- поддержание ЦВД – 8-12 мм.вод.ст.
- СрАД \geq 65 мм.рт.ст.
- Диурез \geq 0,5 мл/кг в час
- Сатурация \geq 70%
- Мероприятия:
 - Респираторная поддержка (увлажнённый кислород через дыхательную маску, показания к переводу на ИВЛ – см. ниже).
 - Катетеризация двух локтевых вен большой иглой или катетерами (14-18 размера), катетеризация центральной вены.
 - Незамедлительное начало инфузионной терапии: раствор натрия хлорида 0,9% от 500 мл до 2000 – 3000 мл (в зависимости от уровня ЦВД и ПД); Инфузия должна продолжаться со скоростью 500 мл каждые 30 минут, пока АД остается ниже 90 мм рт ст., и для поддержания ЦВД от 8-12 мм.вод.ст. При необходимости быстрого восполнения ОЦК – введение препаратов ГЭК 500-1000 мл.
 - Вазопрессоры для поддержания ср. АД от 65- 90 мм.рт.ст. (см. приложение)
 - Объем вводимой жидкости необходимо контролировать посредством постоянного мониторинга (АД, ЦВД, ПД).
 - Переливание эритроцитарной массы для увеличения гематокрита до 30% в случае, если сатурации меньше 70%.
 - Назначение добутамина, если сатурация менее 70%, несмотря на все мероприятия.

2. Антибактериальная терапия.

Эмпирическая терапия проводится до бактериологического посева крови.

- Цефазолин 1 г 2 раза в/в + гентамицин 240 мг/сутки 1 раз
- метронидазол 100 мл (500 мг) в/в капельно через 8 часов.

Если данная антибактериальная терапия проводилась ранее в течение последних 30 дней, то необходимо начать эмпирическую антибактериальную терапию следующими средствами:

- Цефуроксим 1,5 г 3 раза в сутки с интервалом 8 часов + гентамицин 15 мг/кг в сутки+ метронидазол 100 мл (500 мг) в/в капельно через 8 часов;

ИЛИ

- Цефтриаксон 2 г 2 раза в/в с интервалом 12 ч + гентамицин 15 мг/кг в сутки+ метронидазол 100 мл (500 мг) в/в капельно через 8 часов;

ИЛИ

- Цефотаксим 2 г в/в с интервалом 8-12 ч + гентамицин 15 мг/кг в сутки+ метронидазол 100 мл (500 мг) в/в капельно через 8 часов;

ИЛИ

- Цефтазидим 2 г в/в через 8 ч + гентамицин 15 мг/кг в сутки+ метронидазол 100 мл (500 мг) в/в капельно через 8 часов;

ИЛИ

- Ципрофлоксацин 400 мг два раза в сутки+ метронидазол 100 мл (500 мг) в/в капельно через 8 часов;

ИЛИ

- Левофлоксацин 500 мг -1000 мг один раз в сутки+ метронидазол 100 мл (500 мг) в/в капельно через 8 часов;

* Во время лечения антибактериальными препаратами кормление грудью отменить!

При эмпирической антибактериальной терапии сепсис может развиваться в условиях стационара (нозокомиальный сепсис), поэтому необходимо учитывать эпидемиологические данные о структуре возбудителя.

Специфическая антибактериальная терапия после получения результата бактериологического посева (в зависимости от возбудителя).

В случае подтверждения нозокомиальной (госпитальной) инфекции с преобладанием грамотрицательной флоры рекомендуется назначение:

- Ванкомицин (в/в) 15 мг/кг два раза - 48-72 часа
- Имипинем + циластатин (в/в) * по 500 мг каждые 6 часов в/в капельно (за 30 мин) или 1 г каждые 8 часов на 100 мл 5% растворе глюкозы или изотонического раствора натрия хлорида

Критерии эффективности антибактериального лечения:

- Первые 48-72 часа лечения – улучшение общего состояния, уменьшение ознобов, потливости, лихорадки;
- Проводить ступенчатую терапию антибактериальными средствами: первые 48-72 часа используют парентеральный путь введения и после стабилизации клинико-лабораторных показателей переход на энтеральный путь введения ИЛИ с в/в на в/м ИЛИ с в/в на пероральный.

3. Ликвидация первичного очага инфекции на фоне коррекции жизненных функций организма (лапаротомия, экстирпация матки с трубами, дренирование брюшной полости).

4. При выявлении нарушений в системе гемостаза (при наличии гиперкоагуляции по данным гемостазиограммы для профилактики тромбозов):

- гепарин применяется в дозе от 400 до 1000 ЕД в час внутривенно капельно или внутривенно струйно или подкожно по 5000 ЕД каждые 4-6 часов под контролем времени свертывания по Ли-Уайту или АЧТВ. При адекватной дозе эти показатели должны быть увеличены по сравнению с нормой (не с исходным уровнем!) в 1,5-2 раза

ИЛИ

- низкомолекулярные гепарины в соответствующей дозировке

- При остром ДВС-синдроме свежемороженая плазма (СЗП) вводится внутривенно струйно. Количество вводимой плазмы составляет 600-800 мл с последующим введением 300-400 мл каждые 6-8 часов до купирования ДВС-синдрома.

5. Контроль гликемии. Необходимо контролировать уровень глюкозы в крови (оптимальный уровень глюкозы в крови 4,4-8,0 ммоль/л.) При уровне глюкозы более 8 ммоль/л показана инфузия инсулина 0,5-1 ЕД/час. Контроль концентрации глюкозы – каждые 1-4 часа.

6. Кортикостероиды - показаны при рефрактерном септическом шоке или при необходимости введения высоких доз катехоламинов для поддержания эффективной гемодинамики: Гидрокортизон 50 мг в/в болюсно. Каждые 6 часов. Суточная доза 300 мг.

** Применение глюкокортикоидов при отсутствии септического шока и/или признаков адреналовой недостаточности на фоне сепсиса необоснованно.*

Критерии перевода на ИВЛ:

1. развитие дыхательной недостаточности: респираторный индекс менее 200

2. $PO_2 < 50$ мм.рт.ст. при дыхании атмосферным воздухом;
3. $PCO_2 > 50$ мм.рт.ст. в сочетании с прогрессирующим снижением Pa .

Рекомендуемые режимы: концепция безопасной ИВЛ (низкообъёмная ИВЛ) – пиковое давление в дыхательных путях ниже 35 мм.вод.ст., инспираторная фракция кислорода – ниже 60%, дыхательный объём меньше 6 мл/кг, неинвертированное соотношение вдоха к выдоху, постоянное положительное давление в конце выдоха.

Подбор параметров дыхательного цикла осуществляется до достижения критериев адекватности ИВЛ: $Pa O_2 > 60$ мм.рт.ст., SpO_2 больше 93%, PvO_2 -35-45 мм.рт.ст., SvO_2 больше 55%.

При септическом шоке:

Дополнительно - в зависимости от показателей гемодинамики:

- при низком СИ и высоком ОПСС – допамин 5-10 мкг/кг в мин;
- при высоком СИ и низком ОПСС – норэпинефрин 2-4 мг в/в капельно под контролем АД;
- после подъема АД продолжать инфузию допамина в дозе 3-5 мкг/кг в мин. (см приложение 3).

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Оценка степени угнетения сознания по шкале Глазго

Признак	Баллы
Открывание глаз:	
произвольное	4
на обращенную речь	3
на болевой раздражитель	2
отсутствует	1
Словесный ответ:	
ориентированная полная	5
спутанная речь	4
непонятные слова	3
нечленораздельные звуки	2
речь отсутствует	1
Двигательная реакция:	
выполняет команды	6
целенаправленная на боль	5
нецеленаправленная на боль	4
тоническое сгибание на	3
боль	2
тоническое разгибание на	1
боль	
отсутствует	
Сумма баллов	Традиционные термины
15	Ясное сознание
13-14	Оглушение
9-12	Сопор
4-8	Кома
3	Глубокая кома или смерть мозга

Приложение Б

Добутамин

Приготовление:

Концентрация 1000 мкг в 1 мл. Растворить 250 мг вещества в 250 мл изотонического раствора натрия хлорида

Назначение: Обычная доза от 5 до 15 мкг/(кг мин)

Скорость инфузии (капли в минуту)

Доза, мкг/(кг мин)	Масса тела, кг						
	40	50	60	70	80	90	100
5	12	15	18	21	24	27	30
10	24	30	38	42	48	54	60
15	36	45	54	63	72	81	90
20	48	60	72	84	96	108	120
40	96	120	144	168	192	216	240

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Допамин

Приготовление

Содержимое 1 ампулы (200 мг вещества) разводят в 250 мл изотонического раствора натрия хлорида или 5 % раствора глюкозы (нельзя смешивать растворы дофамина с щелочными растворами). Концентрация 800 мкг/мл.

Скорость инфузии (капли в минуту)

Доза, мкг/(кг мин)	Масса тела, кг						
	40	50	60	70	80	90	100
5	12	15	18	21	24	27	30
10	24	30	38	42	48	54	60
15	36	45	54	63	72	81	90
20	48	60	72	84	96	108	120
40	96	120	144	168	192	216	240

Иногда при допамин-резистентном шоке полезным может оказаться норадреналин.

1. Норадреналин 0,05-0,3 мг-кг мин
2. Адреналин 0,15-0,3 мг-кг мин

ПРИЛОЖЕНИЕ 13

УТВЕРЖДЕН
Приказом МЗ КР
от «21» октября 2008 г.
№ 539

**Клинический протокол II-III уровень
Послеродовые кровотечения
Шифр 0.72**

Определение

Послеродовое кровотечение – это все случаи патологической кровопотери в послеродовом периоде, которые развиваются в промежуток сразу после родов и до шестой недели послеродового периода.

Патологическая кровопотеря – это потеря крови в послеродовом периоде превышающая 10 % ОЦК или более 500 мл при родах через естественные родовые пути и более 1000 мл при операции кесарева сечения и сопровождающаяся риском возникновения гемодинамических нарушений.

Распространенность

ПРК около 5% всех родов. Несмотря на усовершенствование методов лечения, послеродовые кровотечения остаются ведущим фактором материнской смертности (15-25%) и тяжелой заболеваемости.

Классификация:

- **Ранние послеродовые кровотечения** - это кровотечения из половых путей в течение первых 24 часов после рождения ребенка, сопровождающиеся риском возникновения гемодинамических нарушений.

- **Позднее послеродовое кровотечение** - это кровотечение из половых путей, которое развивается спустя 24 часа после родов и не позднее 6 недель послеродового периода

Факторы риска:

Фактор риска	Отношение шансов
Предлежание плаценты	13.1
Задержка плаценты и ее частей в полости матки	5.2
Преэклампсия	5.0
Срединная эпизиотомия	4.7
Послеродовое кровотечение в анамнезе	3.5
Многоплодие	3.3
Слабость родовой деятельности	2.9
Травма мягких родовых путей	2.0
Крупный плод	1.9
Затяжные роды	1.7
Оперативное вагинальное родоразрешение	1.7
Срединная эпизиотомия	1.6
Первородящая	1.5

From Stones RW, Paterson CM, Saunders NJ: Risk factors for major obstetric hemorrhage. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 48:15, 1993

Необходимо предлагать активное ведение 3 периода родов всем роженицам, так как это снижает риск ПРК (особенно тяжелых кровотечений объемом более 1000 мл) (уровень доказательности 1a).

Примечание: протокол активного ведения 3 периода смотри в протоколе нормальных родов.

Определения объема кровопотери:

Кровопотеря, связанная с вагинальными и оперативными родами, обычно недооценивается клиницистами. Точно и быстро оценить количество теряемой крови трудно, особенно во время оценки и стабилизации пациента с острым кровотечением. Поэтому лучше оценивать кровопотерю на основании клинических симптомов и признаков, как указано в следующей таблице:

Клинические маркеры тяжести геморрагического шока при исходных удовлетворительном состоянии женщины и нормальных показателях гемодинамики

Клинические маркеры	Нормальная кровопотеря (до 10 % от ОЦК - ≥ 500 мл)	Компенсированный геморрагический шок (20 % от ОЦК)	Декомпенсированный обратимый шок (30-35% от ОЦК)	Декомпенсированный необратимый шок (50% от ОЦК)
Цвет и температура кожных покровов	розовые теплые	холодные бледные	Мраморные холодные	Мраморные, акроцианоз
Оценка Пульса	N	↑не- большое учаще- ние	↑умеренное учащение, слабого на- полнения	↑значительное учащение или может быть нитевидный, или не опреде- ляется

Оцен-ка АД	N	N или кратковременно повышено	↓снижение	↓значительное снижение
Оцен-ка шокового индекса (отношение пульса к САД)	0,5	1	1,5	1,5 и более
Почасовой диурез (ПД) мл/час	> 50	50-30	30-15	Отсутствует
Измерение ЦВД	50-120 мм вод. ст.	до 50 мм вод. ст.	50-0 «отр»	0 или более 140 мм вод. Ст.
Оцен-ка сознания	Есть	Есть, может быть возбуждение	Спутанное или возбуждение	Нет, или спутанное.
Измерение Ht (%)	33-40 %	до 30 %	30-25 %	< 25 %

Способы определения объема кровопотери

- Визуальный метод (ошибка 30%).
- По ОЦК (более 10% ОЦК) **Нормальный уровень ОЦК определяется по формуле: $ОЦК (мл) = масса\ тела (кг) \times 70$.** Например: масса тела больного 80 кг. $ОЦК = 80 \times 70 = 5600$ мл.
- Гравиметрический метод – взвешивание операционного материала (ошибка 15%).
- Измерение мерной емкостью (кружка, лоток с нанесенной градуировкой).
- По шоковому индексу Альговера (отношение ЧСС к САД) (не информативен при гипертензии).

Шоковый индекс	Объем кровопотери (% от ОЦК)
0,8 и менее	10
0,9 – 1,2	20
1,3 – 1,4	30
1,5 и более	40 и более

Этиология:

Причинами ПРК могут быть расстройства одного из 4 базовых этиологических процессов, обозначенных как «4Т»:

- Тонус (Нарушение сократительной функции матки)
- Ткань (Задержка тканей в полости матки)
- Травма (Травмы родовых путей)
- Тромбин (Нарушения коагуляции)

Факторы риска могут помочь определить этиологию ПРК; этиология, в свою очередь, определяет тактику лечения кровотечения.

Причина кровотечения	Этиологический процесс	Лечение
<p>ТОНУС «Т» Атония матки - наиболее частая причина ПРК (80% случаев) <i>Матка не пальпируется или дряблая, мягкая</i></p>	<p>Перерастяжение матки, «Истощение» сократительной способности миометрия, инфекционный процесс, Функциональные/анатомические особенности матки</p>	<p>Массаж матки Утеротоники Бимануальная компрессия матки</p>
<p>Т» – ткань Задержка тканей в полости матки <i>Дефект плаценты; видны оболочки в цервикальном канале</i></p>	<p>Задержка частей последа, Задержка сгустков крови в полости матки.</p>	<p>• Ручное обследование полости матки (кюретаж в исключительных случаях при позднем послеродовом кровотечении)</p>
<p>Т» – травма Травмы родовых путей <i>Кровотечение из видимых травм генитального тракта, или имеются основания подозревать разрыв матки</i></p>	<p>Разрывы шейки матки, влагалища, промежности, Травматический разрыв матки во время кесарева сечения, разрыв матки, выворот матки.</p>	<p>Ушивание разрывов мягких тканей родовых путей Лапаротомия при разрыве матки Коррекция выворота матки</p>

<p>«Т» – тромбин. Нарушения коагуляции <i>Кровотечение без видимой причины; известное нарушение свертываемости или высокий риск его наличия</i></p>	<p>Врожденные заболевания (гемофилия А, болезнь Виллебранда), приобретенные при беременности тромбоцитопения с преэклампсией, ДВС (преэклампсия, антенатальная гибель плода, тяжелая инфекция, эмболия околоплодными водами), Идиопатическая тромбоцитопения</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Переливание факторов свертывания (СЗП, криопреципитата, тромбоцитарной массы) антифибринолитики НЕ должны применяться, так как не существует доказательств, поддерживающих их применение при ПРК или ДВС синдроме
--	--	---

В каждом стационаре необходимо разработать схему привлечения дополнительного персонала в случае возникновения тяжелого кровотечения.

Мониторинг при кровопотере:

1. Контроль за общим состоянием (сознание, цвет кожных покровов);
2. Объем кровопотери (ОК) постоянно;
3. Артериальное давление (АД) каждые 5 минут;
4. Термометрия почасовая (Т°);
5. Темп диуреза почасовой (ДС);
6. Частота дыхания (ЧД) каждые 15 минут;
7. Эритроциты, гемоглобин, Ht
8. Время свёртывания крови по Ли-Уайту, гемостазиограмма.

9. Пульсоксиметрия (ПС);
10. ЦВД (при кровопотере >800 мл).

Система борьбы с гипотоническим кровотечением

➤ Все необходимое оборудование и медикаменты для реанимации и лечения пациентов с послеродовым кровотечением должно быть в наличии и быстро доступно в родильном зале и акушерском отделении. Мед персонал должен начинать реанимационные мероприятия, НЕ дожидаясь прихода анестезиолога.

- Мобилизация свободного персонала (не оставляя пациентку одну, **позвать на помощь**: опытного акушера-гинеколога, владеющего оперативной техникой в полном объеме, анестезиолога-реаниматолога, лаборанта).
- Оценка объема кровопотери (продолжается до стабилизации состояния, см. таблицу «Определение объема кровопотери»)
- Оценка состояния и контроль жизненно важных функций организма (АД, пульс, температура, частота дыхания). Мониторинг жизненных показателей продолжать вплоть до стабилизации состояния.
- Выделить сотрудника для постоянного ведения карты интенсивной терапии.

Послед не выделен
▶ Обеспечьте введение 10 ЕД окситоцина в/м.
▶ В момент схватки извлеките плаценту путем контролируемых тракций за пуповину. (см. протокол Физиологические роды).
▶ Соберите кровь в контейнер, расположенный у промежуности. Измерьте или оцените кровопотерю, запишите.

Если кровотечение продолжается:

1. Катетеризация 2 вен катетером большого диаметра (14-16 калибр). Инфузионно-трансфузионная терапия: инфузия в темпе кровотечения, (кристаллоидных солевых растворов - физиологический раствор натрия хлорида в соотношении объём кровопотери к объёму кристаллоидов 1:3) 2 литра за 30 минут, при необходимости быстрого восполнения ОЦК и при невозможности быстрой доставки компонентов и препаратов крови - препараты ГЭК (6%, 10%). **Растворы должны быть подогреты, женщина укрыта и согрета.**
2. Обеспечить капельное (до 35 — 40 кап/мин) внутривенное введение 20-30 ЕД окситоцина в 500 мл 0,9% изотонического раствора натрия хлорида (**тонус**);
3. Катетеризация мочевого пузыря – мочевой пузырь должен быть пустым.
4. Ручное исследование матки (**ткань**) для определения целостности ее стенок, удаления пристеночных сгустков крови, проведения двуручного массажа матки (тонус) (с обязательным обезболиванием!); тримеперидин 2 мл в/в., кетамин из расчета от 0,5-1,5 мг/кг массы тела женщины медленно. Оксибитурат натрия 20 % р-р в дозе 70 мг/кг массы тела. Если женщина в положении литотомии – обязательно выпрямление конечностей для снижения давления в желудке и риска регургитации. Если женщина в положении литотомии – обязательно выпрямление конечностей для снижения давления в желудке и риска регургитации.
5. Осмотр родовых путей, зашивание разрывов (**травма**)
6. Профилактика аспирации;
7. Через кислородную маску обеспечить подачу кислорода 6-8 л/мин.
8. Мезопростол 800-1000 мкг в прямую кишку ИЛИ простагландин F2a (энзопрост) в 0,25 мг в/м мышцу матки каждые 15 мин., 8 доз (2 мг) (**тонус**)

Если кровотечение не остановилось или возобновилось вновь, незамедлительно переходят к временным методам остановки кровотечения. При продолжающемся кровотечении, превышающем 800 мл, заказать 500 мл одноклеточной эритроцитарной массы и 500 мл свежезамороженной плазмы и предупредить учреждение службы крови, о возможной большой потребности в препаратах крови.

При акушерских кровотечениях одной из основных причин неблагоприятных исходов является слишком позднее проведение хирургического гемостаза

Механические методы остановки ПК

Бимануальная компрессия матки	
Если профузное послеродовое кровотечение продолжается, несмотря на проведенный массаж матки, введение окситоцина, выделение последа:	
<i>Наденьте стерильные или чистые перчатки.</i>	
<i>Введите правую руку во влагалище, сожмите ее в кулак, и расположите так, чтобы тыльная поверхность руки была обращена кзади, а фаланги пальцев находились в переднем своде.</i>	
<i>Левую руку расположите на животе за маткой, произведите сдавливание матки между двумя руками.</i>	
<i>Сдавливайте матку до полной остановки кровотечения (при ослаблении давления кровотечения нет)</i>	
<i>При продолжающемся кровотечении, произведите наружное прижатие брюшной аорты, транспортируйте женщину в стационар.</i>	

Прижатие брюшной аорты

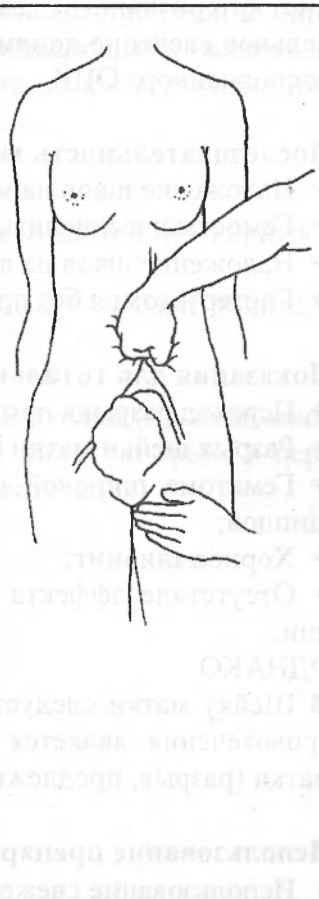
Если профузное кровотечение продолжается, несмотря на проведенный массаж матки, введение окситоцина/эргометрина, выделение последа:

Пальпируйте пульс на бедренной артерии

Проведите прижатие брюшной аорты выше пупка. Прилагайте достаточные усилия до исчезновения пульсации бедренных артерий.

После обнаружения точки прижатия, укажите ассистенту или сопровождающему как при необходимости правильно прижать брюшную аорту.

Продолжайте прижатие до остановки кровотечения. При продолжающемся кровотечении, проводите прижатие при транспортировке женщины в стационар.



При продолжающемся кровотечении и кровопотере более 20 % ОЦК (более 1000 мл) при исходных нормальных показателях гемодинамики показано оперативное лечение!

Однако, при адекватно восполненной кровопотере и остановившемся кровотечении (восполнение опережает или равно кровопотере) и отсутствия признаков геморрагического шока вопрос о хирургическом вмешательстве не ставится.

- В случае наличия резких гемодинамических сдвигов (падение артериального давления) назначить внутривенное капельное введение допамина из расчета 10 мкг/кг/мин на фоне восполненного ОЦК

Последовательность хирургического гемостаза:

- Наложение швов на маточные и яичниковые сосуды;
- Гемостатические швы по Линчу;
- Наложение швов на внутренние подвздошные сосуды;
- Гистерэктомия без придатков

Показания для тотальной гистерэктомии:

- Переход разрыва при КС на ребро матки;
- Разрыв шейки матки III степени;
- Гематома широкой связки после наложения акушерских щипцов;
- Хориоамнионит;
- Отсутствие эффекта от консервативно проводимой терапии.

ОДНАКО

- Шейку матки следует удалять в тех случаях, если местом кровотечения является нижний сегмент матки или шейка матки (разрыв, предлежание или приращение плаценты)

Использование препаратов крови

- Использование свежезамороженной плазмы показано лишь при дефиците факторов свёртывания крови.
- Универсально принятых критериев о том, когда проводить гемотрансфузию нет, но рекомендуется при отсутствии стабилизации гемодинамических параметров после в/в болюсного введения 2-3 литров физиологического раствора (за 20-30 минут при сильном кровотечении) дать 2 дозы эритроцитарной массы. Нужно иметь в виду исходный уровень гемоглобина, так как родильницы с тяжелой анемией выдержат го-

радио петшую кровопотерю, чем родильницы без анемии. Необходимо помнить, что хотя быстрое восстановление циркулирующего объема жидкости кристаллоидами жизненно важно при сильном кровотечении, они не заменят оксигенирующую функцию эритроцитов.

Соотношение препаратов крови

1 доза свежезамороженной плазмы на каждые 2 дозы эритроцитарной массы

1 доза тромбоцитарной массы на каждые 6 доз эритроцитарной массы

Целевые уровни лабораторных показателей (по возможности, анализы нужно брать каждые 30 минут во время и первые 1-2 часа после послеродового кровотечения)

Лабораторный показатель	Целевое значение	Частота измерений	Время измерения
Гемоглобин	≥ 100 г/л	Каждые 30 минут	Во время кровотечения и первые 2 часа после его окончания
Гематокрит	≥ 30%	Каждые 30 минут	Во время кровотечения и первые 2 часа после его окончания
Количество эритроцитов	≥ 3,0 × 10 ¹² /л	Каждые 30 минут	Во время кровотечения и первые 2 часа после его окончания
Количество тромбоцитов	≥ 100 × 10 ⁹ /л	Каждые 30 минут	Во время кровотечения и первые 2 часа после его окончания
АКТИВНОЕ ВРЕМЯ КРОВЯНОСВЕРЖИВАНИЯ (АВК)	≤ 12 минут	Каждые 30 минут	Во время кровотечения и первые 2 часа после его окончания
ВРЕМЯ КРОВЯНОСВЕРЖИВАНИЯ (ВК)	≤ 10 минут	Каждые 30 минут	Во время кровотечения и первые 2 часа после его окончания
ПРЯМОЕ ВРЕМЯ КРОВЯНОСВЕРЖИВАНИЯ (ПВК)	≤ 12 минут	Каждые 30 минут	Во время кровотечения и первые 2 часа после его окончания
ПРОТРОМБИНОВОЕ ВРЕМЯ (ПТВ)	≤ 14 секунд	Каждые 30 минут	Во время кровотечения и первые 2 часа после его окончания
ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ИНДЕКС КООРДИНАЦИИ (ИИ)	≤ 1,4	Каждые 30 минут	Во время кровотечения и первые 2 часа после его окончания
Фибриноген	≥ 2,0 г/л	Каждые 30 минут	Во время кровотечения и первые 2 часа после его окончания
Фибринолитическая активность	≤ 100 ЕД/мл	Каждые 30 минут	Во время кровотечения и первые 2 часа после его окончания
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)	≤ 40 мм/ч	Каждые 30 минут	Во время кровотечения и первые 2 часа после его окончания
Мочевина	≤ 10 мг/дл	Каждые 30 минут	Во время кровотечения и первые 2 часа после его окончания
Креатинин	≤ 1,0 мг/дл	Каждые 30 минут	Во время кровотечения и первые 2 часа после его окончания
Лактат	≤ 2,0 ммоль/л	Каждые 30 минут	Во время кровотечения и первые 2 часа после его окончания
Билирубин	≤ 2,0 мг/дл	Каждые 30 минут	Во время кровотечения и первые 2 часа после его окончания
Аммиак	≤ 100 мкг/дл	Каждые 30 минут	Во время кровотечения и первые 2 часа после его окончания
Анализ мочи	Отсутствие гематурии, лейкоцитоза, бактериурии	Каждые 30 минут	Во время кровотечения и первые 2 часа после его окончания

Приложение А

Для лечения атонии могут быть использованы следующие группы лекарств – утеротоников:

	1-ая очередь Окситоцин	2-ая очередь Эргометрин Метилэргометрин	3-я очередь Простагландин мизопро- стол	3-я очередь Простагландин
Начальная доза и способ введения	10 ЕД в/м	0,2 мг в/м	800-1000мкг	F2a (динопростон 0,25 мг в/м Можно в мышцу матки
Повторные дозы	20 ЕД в/в капельно в 1 л раствора с скоростью 40 капель в мин	0,2 мг в/м каждые 2-4 часа	Не требуется	0,25 мг каждые 15 мин
Максимальная Доза	Не более 3 л жидкости, содержащей Окситоцин	5 доз (1,0 мг)	1000мкг	8 доз (2 мг)
Опасные побочные	Расслабление	Периферическая	Тошнота, тониче-	Гипотония, та-

эффекты	мышечной стенки со- судов, снижение ОПСС (общего перифери- ческого сопротив- ления со- судов)	вазokon- стрикция (гипер- тензия, инсульт, бронхос- пазм), тониче- ские со- краще- ния мат- ки	ские со- краще- ния мат- ки, судо- роги	хикар- дия, увеличе- ние час- тоты ды- хания, тошнота, рвота, головная боль, па- радок- сальная реакция — гиперто- нический криз
Противо- показания, предупре- ждения	--	Преэ- лампися, гипер- тензия, болезни сердца	Нет	Нельзя вводить внутри- венно. Астма
Смена очереди утеротонических препаратов обусловлена клиническим эффектом				

Швы по Линчу

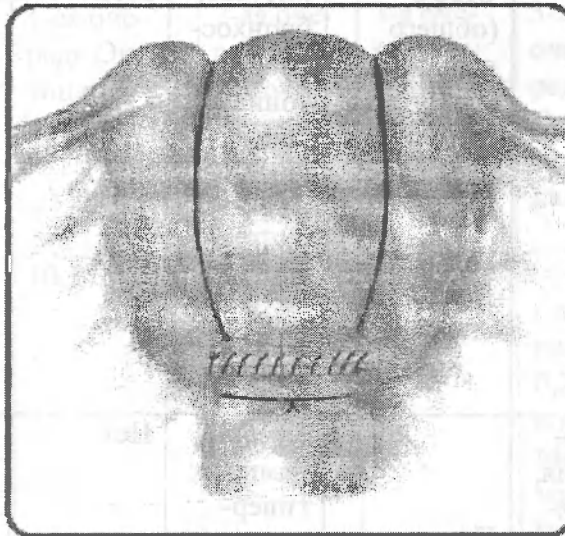


FIGURE 3. The suture is tied as the assistant tightly compresses the uterus. The B-Lynch suture is in place in this view of the compressed uterus after the hysterotomy incision has been closed.

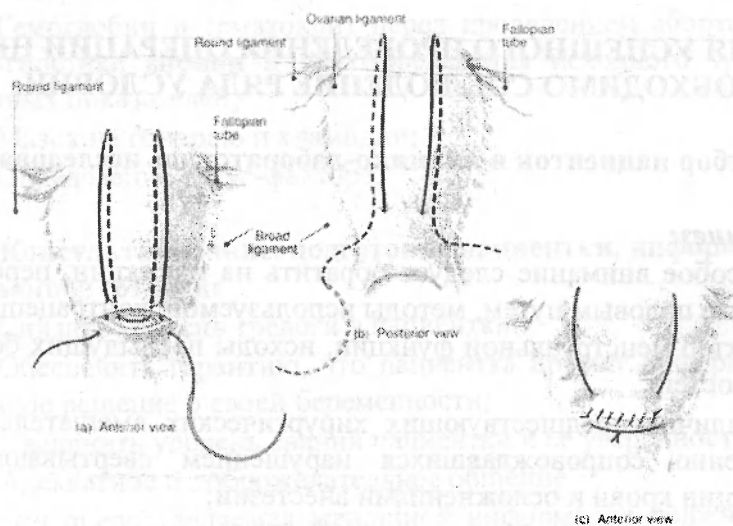
Lynch C, Coker A, Lawal AH, et al. The B-Lynch su

Шов Линча

- Оцените возможный успех - если сдавление двумя руками эффективно, шов так же будет эффективен
- Первым этапом является низкая поперечная гистеротомия. Сместив мочевой пузырь кпереди, сделать первый стежок на 3 см ниже нижнего края надреза при кесаревом сечении слева и провести нить через полость матки, отступив около 4 см от бокового края матки. Следующий стежок провести по передней поверхности матки к ее задней стороне и ввести через

заднюю стенку матки. Затянуть шов одновременно с плотным сдавлением матки, проводимым ассистентом. Последним этапом является ушивание разреза на матке.

- Предлагаемый шовный материал – хромированный кетгут или викрил
- Если не было произведено КС – производится поперечный разрез в нижнем сегменте матки как при КС.
- Ассистент должен сдавить матку, чтобы дать возможность натянуть и завязать шов.
- Если предлежание плаценты – возможно, понадобится дополнительное наложение еще 8 швов
- Проверьте, чтоб в швы не попали кишка, мочеточники, мочевой пузырь и основные сосуды.
- Если шов смещается со дна матки в сторону, придержите дно матки пинцетом, чтобы предотвратить сползание



ПРИЛОЖЕНИЕ 14

УТВЕРЖДЕН

Приказом МЗ КР

от «21» октября 2008 г.

№ 539

Клинический протокол

Медицинский аборт

Шифр О. 04

Прерывание беременности в первом триместре беременности методом ручной (мануальной) вакуум-аспирации

Определение:

Ручная вакуум-аспирация – метод эвакуации содержимого полости матки с помощью ручного шприца как источника вакуума.

ДЛЯ УСПЕШНОГО ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ НЕОБХОДИМО СОБЛЮДЕНИЕ РЯДА УСЛОВИЙ:

I. Отбор пациенток и клинико-лабораторное исследование:

Анамнез:

- Особое внимание следует обратить на инфекции, передаваемые половым путем, методы используемой контрацепции, характер менструальной функции, исходы предыдущих беременностей;
- Наличие предшествующих хирургических вмешательств, особенно сопровождавшихся нарушением свертывающей функции крови и осложнениями анестезии;
- Наличие пищевой или лекарственной аллергии;
- Информация о данной беременности (1-й день последней менструации и предполагаемый срок беременности);

- Наличие заболеваний или состояний, которые могут отрицательно повлиять на исход предстоящего аборта;
- Подтвердить в истории, что женщина приняла решение прервать беременность.

Объективное обследование:

- Проверить показатели жизненно важных функций (пульс, АД, температуру);
- Провести общее физикальное обследование;
- Подтвердить срок беременности и провести гинекологическое исследование;
- УЗ-исследование может использоваться для подтверждения результатов объективного исследования.

Лабораторные исследования

- Тест на беременность (при сомнительных данных УЗИ и вагинального осмотра);
- Гемоглобин и гематокрит перед проведением аборта для диагностики анемии и для определения исходного уровня данных показателей;
- Мазок на гонорею и хламидии;
- Определение резус-фактора.

II. Консультирование, подготовка пациентки, информированное согласие

- Снизить уровень тревоги у пациентки;
- Обеспечить гарантию, что пациентка примет информированное решение о своей беременности;
- Увеличить уровень знаний пациентки и ее уверенности.
- Адекватное и доброжелательное общение
- Вся предоставляемая женщиной информация должна носить конфиденциальный характер.

- Информированное согласие до проведения любой процедуры.

III. Обезболивание при проведении аборта в первом триместре методом МВА

1. **Общая анестезия:** повышенный риск кровотечения, перфорации, разрыва шейки матки, нарушений дыхания, обусловленных системным действием средств для общей анестезии

Анксиолитики могут вызвать подавление деятельности ЦНС, используются для снижения уровня тревожности и расслабления мускулатуры, но они не снижают болевые ощущения.

Анксиолитики для перорального и парентерального введения могут быть использованы для создания легкой или средней степени седации у некоторых пациенток.

- При внутривенном введении анксиолитиков, дать маленькую дозу в течение нескольких минут и внимательно наблюдать за реакцией пациентки.
- Если применяется внутривенная седация такими препаратами как мидазолам или диазепам, в наличии всегда должны быть антагонисты, например, флумазенил.
- Внутривенная седация должна использоваться с большими мерами предосторожности, когда она дается вместе с наркотическими анальгетиками по причине их потенцирующего действия и риска угнетения дыхательной функции. В этом случае дозировки наркотических анальгетиков и средств для внутривенной седации должны быть снижены

2. Местная анестезия

Преимущества:

- пациентка может точно объяснить, что она чувствует;
- менее выраженная тошнота в послеабортном периоде;
- большая возможность покинуть клинику без посторонней помощи и выслушать рекомендации после аборта;

- меньший риск аспирации, если пациентка ела или пила перед процедурой;
- низкая стоимость.

А. Местная анестезия (цервикальная блокада) только с психологической поддержкой.

В. Местная анестезия (цервикальная блокада) с легкой анальгезией и/или седацией.

- Парацетамол 500 – 1000 мг или ибупрофен 400-800 мг перорально за 30 – 60 мин до операции.
- Диазепам 5-10 г перорально за 30-60 мин до операции.
- Если требуется сильная анальгезия, может быть использован ацетаминофен с кодеином за 30-60 мин до операции.
- Для предупреждения вазовагальной реакции у восприимчивых пациенток можно назначить 0,4-0,5 мг атропина во время расширения цервикального канала.

С. «Седация с сохранением сознания» – дозировки анестетиков и анксиолитиков рассчитываются таким образом, чтобы обеспечить возможность физического и вербального контакта с пациенткой и сохранение защитных дыхательных рефлексов.

- Мидазолам 1 мг в/в и 1 мг через 1-2 мин., затем:
- Фентанил 0,025 мг, затем по 0,025 мг с интервалом 1-2 мин до достижения максимальной дозы 0,1 мг или

Цервикальная блокада:

- Парацервикальная (маточно-сакральная связка) блокада: инъекции проводятся поверхностно в шейчно-влагалищный эпителий спинальной иглой № 22 в 2-4 точки.
- Интрацервикальная блокада: инъекции проводятся стандартной иглой №25 в глубокие слои шейки матки (на всю длину иглы) в точки, соответствующие 3 и 9 часам.
- Ввести 1-2 см³ анестетика в подслизистый слой в точке, соответствующей 12 часам до появления «лимонной корочки». Продвинуть иглу до места соединения шейки и нижнего

сегмента матки и ввести еще 2-4 см³. Наложить пулевые шипцы в обезболенной области. Повторить инъекции в точки, соответствующие 4 и 8 часам, начиная с поверхностного введения и затем продвигая иглу в глубь до места соединения шейки и нижнего сегмента матки. Или использовать меньшее количество препарата и провести инъекции в 5 точек (12, 3, 4, 8 и 9 часов). (лидокаин 1% 8-10 мл в зависимости от срока беременности)

IV. Техника проведения аборта методом МВА:

Инструменты и расходные материалы:

- Зеркало, предпочтительно двусторчатое;
- Шеечный фиксатор: пулевые щипцы, зубчатые зажимы;
- Шприц, игла и анестетик для цервикальной блокады;
- Полный набор стерильных расширителей, канюль и адаптеров;
- Окончатые (кольцевые зажимы)
- Раствор местного антисептика (например, поливидон йод) с аппликаторами;
- Шприц для МВА;
- Прозрачная стеклянная емкость для осмотра удаленных тканей.

Процедура аборта:

Мероприятия по обеспечению стерильности:

- «бесконтактная» техника: только те инструменты или части инструментов, которые будут вводиться в полость матки, должны оставаться стерильными, что позволяет использовать нестерильные перчатки и требует минимального использования стерильных материалов.
- Техника обеспечения полной стерильности: все используемые инструменты должны оставаться стерильными на протяжении всей процедуры, необходимо использовать стерильные перчатки, одежду и другие материалы.

Подготовка к процедуре:

- Положение женщины: дорсальная литотомия;
- Накрыть пациентку стерильной простыней;
- Очистить влагалище и шейку матки местным антисептиком;
- Ввести 1 см³ раствора для местной анестезии в шейку матки в точку, соответствующую 12 часам, до наложения пулевых щипцов. Наложить пулевые щипцы и затем провести цервикальную блокаду.

Расширение шейки матки:

Адекватное расширение необходимо для обеспечения безопасности пациентки и ее комфорта во время процедуры. Однако, если при проведении аборта в первом триместре используется гибкая канюля малого диаметра, в большинстве случаев не требуется проведение расширения цервикального канала.

Расширение шейки матки может быть проведено различными способами:

- Жесткие расширители (Гегара);
- Осмотические расширители (ламинарии)
- Лекарственные (мизопропрост).

Проведение аспирации:

- Подготовить шприц для МВА:
- закрыть клапаны шприца;
- создать вакуум: удерживая корпус шприца в одной руке, оттянуть поршень шприца назад до тех пор, пока рукоятки поршня не закроются снаружи на конце корпуса шприца. Обе рукоятки поршня должны находиться в таком положении, чтобы поршень не мог сдвинуться в шприц.
- Выбрать канюлю необходимого размера так, чтобы диаметр канюли в мм соответствовал сроку беременности в неделях.
- Присоединить необходимый адаптер к шприцу.

- Мягко ввести канюлю до дна матки, при этом цервикальный канал должен быть выпрямлен. Мягко оттянуть канюлю от дна матки.
- Присоединить подготовленный шприц к канюле.
- Провести аспирацию:
 - открыть клапаны шприца;
 - осторожно и медленно вращать канюлю вперед и назад в полости матки, одновременно с этим вращая шприц.
 - Вынуть канюлю и прекратить аспирацию только когда шприц будет полным или в конце процедуры. Если произошла потеря вакуума или заполнился шприц, опорожнить его, перезарядить и подсоединить к канюле. Открыть клапаны и снова начать аспирацию.
 - не брать за рукоятки поршня, когда шприц подсоединен к канюле, находящейся в матке (это может привести к попаданию воздуха или удаленных тканей обратно в матку)
 - повторить цикл аспирации до тех пор, пока в канюле не появится красная или розовая пена и не перестанут просматриваться какие-либо ткани, матка сократится вокруг канюли и раздастся специфический звук, свидетельствующий о том, что процедура завершена.
 - Важно, чтобы отверстия канюли не сместились от входа в цервикальный канал, так как это может привести к потере вакуума.
- Завершение процедуры:
 - Удалить канюлю;
 - Отсоединить фиксатор шейки матки, обследовать на предмет необычного кровотечения из канала шейки матки или места наложения пулевых щипцов.
 - Удалить зеркало, осторожно вытереть кровь или другие жидкости с вульвы. Положить все инструменты в обеззараживающий раствор.
 - Помочь пациентке поменять положение из дорсальной литотомии в положение, лежа на спине.

Исследование удаленных тканей

- Общая оценка удаленных тканей должна быть произведена, пока пациентка находится в операционной, если потребуется УЗИ или повторная аспирация.
- Опорожнить шприц в фильтр/сито;
- Промыть фильтр холодной водой и переместить его содержимое в прозрачную стеклянную емкость и добавить немного воды, чтобы аспират плавал.
- При возможности, осветить прозрачную стеклянную емкость снизу.
- Аборт считается завершенным, если:
 - плацента и оболочки уверенно идентифицируются;
 - объем удаленных тканей соответствует сроку беременности;
 - при сроке беременности менее 9 недель определяются ткани плода;
 - при сроке беременности более 9 недель обнаруживаются все части плода.
- Если процедура не завершена, провести повторную аспирацию матки до ухода пациентки.
- Утилизация – обеззараживание.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОЦЕДУРУ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Вы совершенно самостоятельно приняли решение прервать данную беременность.
2. При любом варианте Вашего решения мы будем с Вами, и будем обсуждать с Вами все возможные пути решения Вашей проблемы.
3. Вся информация, которую Вы нам предоставите, и мы возьмем от Вас - будет строго конфиденциальна.
4. Для проведения процедуры РВА Вам следует быть информированной обо всех существующих рисках данной процедуры, после чего Вам необходимо самостоятельно принять решение, основываясь на полной и личной информации о том, проводить ли процедуру или нет.
5. При поступлении в клинику
 - Вам дадут точную информацию о состоянии Вашего здоровья и данной беременности.
 - Существуют различные способы прерывания беременности:
 1. метод кюретажа
 2. метод МВА (мануальной вакуум аспирации)
 - Метод кюретажа осуществляется с помощью металлической кюретки и расширителей шейки матки.
 - Метод МВА предусматривает наиболее мягкое атравматичное расширение цервикального канала мягкой канюлей (размер которой будет соответствовать вашему сроку беременности). После чего, путем создания вакуума в полости матки, плодное яйцо будет удалено отрицательным давлением, созданным в шприце. Процедура наименее атравматична из всех известных методов удаления плодного яйца. Процедура достаточно безболезненная. В конце процедуры Вы по-

чувствуете тянущую боль внизу живота, что говорит о конце процедуры.

6. Существуют различные методы обезболивания:

- Внутривенный наркоз (общий наркоз)
- Местная инфильтративная анестезия (1% sol. Lidocaini), которая предусматривает хорошее обезболивание, и Вы будете чувствовать себя комфортно. Неприятные ощущения, которые Вы будете чувствовать в течение процедуры длятся не более 2-3 минут.
- Во время процедуры Вам будет сообщаться обо всех манипуляциях и обо всех возможных осложнениях.
- Через два часа после процедуры Вы сможете идти домой, если будете чувствовать себя хорошо.
- В течение нормального восстановительного периода у Вас возможны тянущие незначительные боли внизу живота, незначительные кровянистые выделения до 21 дня.

7. Овуляция может наступить через 11 дней после произведения аборта, поэтому Вам необходимо предохраняться от нежелательной беременности, если Вы этого желаете.

Возможные осложнения

При проведении данной процедуры очень редки операционные и послеоперационные осложнения, но они возможны.

- Существует очень низкий риск перфорации полости матки;
- Риск развития урогенитальной инфекции (он повышается при наличии у Вас мазка с любыми признаками кольпита, который может сопровождаться болями внизу живота, повышением температуры тела и обильными гнойными выделениями).
- Существует риск скопления крови (возникновение гематометры) в полости послеабортной матки, после чего данная процедура должна быть повторена.
- Вас должно настораживать:
 - повышение температуры тела более 37,2°C;
 - сильные боли внизу живота;

- наличие обильных выделений кровянистого или другого характера с неприятным запахом;
 - при наличии любых выделений из половых путей, которые Вы считаете темнее, чем обычно, Вам следует поставить в известность Вашего врача немедленно.
- При наличии любых вышеперечисленных симптомов Вам следует поставить в известность Вашего врача немедленно. При ознакомлении с методикой данной процедуры и существующим риском осложнений Вам необходимо внимательно прочитать еще раз и подписать данный документ. Вам были предоставлены устная и письменная информация обо всех видах существующей контрацепции.

ПРИЛОЖЕНИЕ 14

УТВЕРЖДЕН

Приказом МЗ КР

от «21» октября 2008 г.

№ 539

Клинический протокол II-III уровень

Индукция родов

Определение:

Индукция родов - это искусственное инициирование схваток раньше их спонтанного установления с целью рождения фетоплацентарного комплекса.

Индукцированные роды могут быть преждевременными, своевременными, при переношенной беременности.

Показания для индукции родов включают:

- аномалии развития плода;
- антенатальная гибель плода;
- преэклампсия тяжелой степени или эклампсия;
- экстрагенитальная патология (заболевания почек, злокачественные опухоли, сахарный диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы);
- гематоиммунологический конфликт и изосенсибилизация по Rh-фактору и ABO-системе;
- перенашивание беременности
- преждевременный разрыв оболочек,
- антифосфолипидный синдром,
- хориоамнионит.

Противопоказания к индукции и к применению простагландинов отдельно:

- Ранее выявленная гиперчувствительность к простагландинам.
- Кесарево сечение, гистеротомия или разрыв матки в анамнезе.
- Наличие рубцовых изменений в шейки матки.
- Патология, при которой противопоказаны роды через естественные родовые пути:
 - ✓ полное предлежание плаценты;
 - ✓ злокачественная опухоль шейки матки;
 - ✓ обструкция родов;
 - ✓ патологическое предлежание плода;
 - ✓ маточное кровотечение неясной этиологии;
 - ✓ бронхиальная астма, с обструкцией;
 - ✓ тяжелые нарушения функции печени или почек;
 - ✓ глаукома;
 - ✓ тиреотоксикоз;
 - ✓ язвенный колит, язвенная болезнь желудка;
 - ✓ приращение плаценты;
 - ✓ активный генитальный герпес;

Условия проведения индукции

Обязательно - информированное согласие женщины.

Перед началом индукции родов должны быть оценены:

- показания для индукции, противопоказания
- срок беременности
- зрелость шейки матки (оценка по шкале Бишопа).
- размеры таза и размеры плода, предлежание
- целостность оболочек (интактные или вскрывшиеся)
- состояние плода, мониторинг частоты сердцебиений плода перед индукцией

В прогнозе успешности индукции родов состояние шейки матки является одним из главных показателей, поэтому перед началом родовозбуждения рекомендуется произвести стандартную «балльную оценку» степени зрелости шейки матки по шкале Bishop.

В случае неблагоприятного состояния шейки матки (оценка по шкале Бишопа ≤ 5), требуется воздействие на шейку матки до индукции родов (простагландины).

Шкала Bishop

Признак	Степень «зрелости» в баллах			
	0	1	2	3
Раскрытие шейки матки	<1	1-2	3-4	>4
Длина шейки матки, см	>4	2-4	1-2	<1
Место нахождения предлежащей части*	-3	-2	-1,0	-
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена	Мягкая	-
Положение шейки матки (по отношению к оси таза)	Кзади	Срединное	Кпереди	-

Методы индукции:

- Пальцевая отслойка нижнего полюса плодного пузыря
- Амниотомия (вскрытие плодного пузыря);
- Простагландин - Интрацервикальный гель с PGE2 при целом плодном пузыре;
- Внутривенное дозированное введение окситоцина.

- Интравагинальный простагландин (PGE₁) - мизопростол (таблетки) при целом плодном пузыре (только при определенных состояниях).

Применение окситоцина

- Начальная дозировка - 1-2 мЕД/мин
- Удвоение дозы каждые 30 минут
- Использование минимально эффективных доз
- Цель добиться максимум 3-4 схваток за 10 минут длительностью более 40 секунд
- В большинстве случаев вызвать необходимые схватки можно при дозировке 12 мЕД/мин
- Максимальная дозировка 20 мЕД/мин

Использование дозатора

Вводимый окситоцин дозируется в миллиединицах в минуту с помощью специального прибора – дозатора. 1 мл окситоцина (5 единиц) максимальная доза не более 32 миллиединицы /час, (1мл = 20-25 капель) разводят в 500 мл обычного физиологического раствора. Введение начинают с 1,2 мл/час – 2 миллиединицы окситоцина, увеличивая количество через каждые 15 минут. Схема применима как для первородящих, так и повторнородящих.

2,4 мл/час = 4 миллиединицы окситоцина

4,8 мл/час = 8 миллиединиц окситоцина

9,6 мл/час = 16 миллиединиц окситоцина

19,2 мл/час = 32 миллиединицы окситоцина

При достижении дозы 20 мМЕ/мин следует сделать переоценку ситуации.

Дозирование в каплях в минуту при стандартном разведении окситоцина в физиологическом растворе глюкозы или хлорида натрия.

- Для внутривенного капельного введения 5 ЕД (1 мл) окситоцина разводят в 500 мл физ. раствора.
- Внутривенную инфузию начинают с 1 мл в минуту (10 капель в минуту).
- Через каждые 15 минут дозу увеличивают на 10 капель.
- Максимальная доза составляет 40 капель в минуту. Нередко для достижения оптимальной родовой деятельности достаточно скорости введения окситоцина 25 капель в минуту. На фоне максимальной дозировки родовая деятельность должна достигнуть своего оптимума: 3-5 схваток за 10 мин. Не рекомендуется превышать максимальную дозу вводимого окситоцина, т.к. возрастает риск развития гипоксии плода или дискоординации родовой деятельности.

Правила для внутривенного введения окситоцина:

- добиться физиологического (но не более того) темпа родов.
- при появлении избыточной маточной активности и нормальном КТГ, можно сначала снизить скорость инфузии окситоцина, а затем снова оценить маточные сокращения, с тем, чтобы определиться в необходимости других действий.
- Если имеет место избыточная маточная активность (более 5 сокращений матки за 10 минут или сокращения длятся более 120 секунд) при настораживающем виде КТГ, инфузия окситоцина должна быть прекращена.

Применение мизопростола (PGE₁) для индукции родов.

Показания для проведения индукции родов мизопростолом:

- Антенатальная гибель плода
- преэклампсия тяжелой степени или эклампсия;
- аномалии развития плода;

Рекомендуется использование мизопростола при соблюдении следующих условий:

✓ применение одной четверти таблетки (т.е. примерно 50 мкг препарата) в качестве начальной дозы в задний свод влагалища; лучше 25 мкг

✓ дозы не должны вводиться чаще интервала в 4-6 часов;

✓ окситоцин не должен вводиться ранее 4-6 часов после применения последней дозы мизопростола;

Условия проведения индукции родов:

✓ При выполнении индукции родов должна быть доступна возможность для длительного мониторинга маточных сокращений и частоты сердечных сокращений плода (КТГ);

✓ Состояние плода должно быть оценено непосредственно перед индукцией родов;

✓ При индукции родов при помощи вагинальных препаратов простагландинов, состояние плода должно быть оценено сразу после появления сокращений матки;

✓ При патологическом типе КТГ и избыточных маточных сокращениях (не связанных с введением окситоцина), нужно рассмотреть возможность введения токолитиков;

✓ В случае подтвержденного острого страдания плода, родоразрешение следует провести как можно скорее, с учетом тяжести нарушения частоты сердечных сокращений и имеющих значений материнских факторов. Родоразрешение должно быть проведено в течение 30 минут;

✓ Окситоцин не следует начинать в течение 4-6 часов после введения простагландинов влагалищно.

Ввиду возможных осложнений гиперстимуляции, индукцию мизопростолом проводить только после консилиума врачей, под строгим контролем характера родовой деятельности.

НЕ следует применять простагландин F_{2a} (энзапрост, динопрост) в/в для созревания шейки матки, так как его воздействие на сокращение миометрия превалирует над воздействием на шейку матки.

ПРИЛОЖЕНИЕ 16

УТВЕРЖДЕН
Приказом МЗ КР
от «21» октября 2008 г.
№ 539

Клинический протокол для II-III уровня Инфекция хирургической акушерской раны (перитонит) Шифр О 86.0

Определение:

Инфекция хирургической акушерской раны – осложнение после операции кесарева сечения, характеризующееся воспалением швов на матке, инфицированием брюшины и передней брюшной стенки.

Нозологические формы:

- Послеоперационный эндомиометрит (см. Протокол другие уточнённые послеродовые инфекции)
- Послеоперационный акушерский перитонит

Классификация:

- Поражение брюшины инфицированным содержимым полости матки при операции кесарева сечения на фоне хориоамнионита (ранний перитонит);
- Проникновение микрофлоры кишечника в брюшную полость вследствие порозности кишечной стенки на фоне послеоперационного пареза (перитонит на фоне длительного пареза кишечника);
- Несостоятельность швов на матке (поздний перитонит).

Факторы риска возникновения акушерского перитонита:

- Воспалительные заболевания женских половых органов;
- Пролонгированные роды;
- Длительный безводный период;
- Хронические экстрагенитальные очаги инфекции;
- Патологическая кровопотеря в родах;
- Иммунодефицит;
- Гипертензивные нарушения беременности.

Критерии диагностики:

Клинические:

- Микробиологическое событие (анамнез).
- Местная воспалительная реакция со стороны матки (боль, субинволюция матки, отсутствие послеродовых сокращений матки, местная гипертермия, появление патологических гнойных выделений из половых путей) - не имеет яркой клинической манифестации, превалирует боли в животе, напряжение мышц передней брюшной стенки и симптом раздражения брюшины – инфекция вышла за пределы матки.
- Признаки дисфункции желудочно-кишечного тракта: тошнота, рвота, вздутие живота, нарушение отхождения газов, возможны поносы.
- Синдром системного воспалительного ответа: характеризуется 2 или более признаками:
 - Температура тела $>38^{\circ}\text{C}$ или $<36^{\circ}\text{C}$
 - ЧСС >90 /мин
 - ЧД >20 /мин
 - Лейкоциты крови $>12 \times 10^9$ /мл или $<4 \times 10^9$ /мл, или незрелых форм $>10\%$

Лабораторно-инструментальные методы исследования:

- Общий анализ крови (Ht + тромбоциты) - лейкоциты крови $>12 \times 10^9$ /мл или $<4 \times 10^9$ /мл, или незрелых форм $>10\%$; рез-

ко повышенные цифры СОЭ; гемоконцентрация (повышение Ht) при относительно невысоких цифрах гемоглобина;

- Время свертывания крови по Ли–Уайту;
- Гемостазиограмма (по возможности);
- Креатинин сыворотки крови;
- Электролиты;
- Билирубин, АЛТ, АСТ;
- Белок и белковые фракции;
- Общий анализ мочи;
- Бактериологический посев наиболее вероятно инфицированных биологических жидкостей (кровь, мокрота, моча, отделяемое из раны или области операции) на высоте лихорадки.
- Уровень лактата, газы крови (по возможности на III уровне).

Схема диагностики и лечебной тактики перитонитов после кесарева сечения

<i>Признаки</i>	<i>Кровь: L-оз, сдвиг формулы</i>	<i>Симптомы раздражения брюшины</i>	<i>Парез кишечника</i>	<i>Симптомы интоксикации</i>	<i>Лечение</i>
<i>Ранний перитонит начало- 1-2 сутки после операции</i>	<i>Выражен</i>	<i>Не выражены</i>	<i>выражен</i>	<i>Выражены</i>	<i>Консервативная комплексная интенсивная терапия в течение 18-24 часов (см. приложение №1). При</i>

					безуспешном лечении в течение 18-24 часов показано оперативное вмешательство
перитонит на фоне длительного параеза кишечника (3-4 сутки после операции)	<i>Выражен и токсическая зернистость нейтрофилов</i>	<i>Не выражен</i>	<i>Выражен</i>	<i>Выражены</i>	антибактериальная терапия (см. приложение №1). Оперативное лечение –
поздний перитонит (4-9 сутки после операции)	Умеренный лейкоцитоз	Неярко выражены	постепенно нарастает Экссудат	не выражен в реактивной фазе и нарастает в фазе интоксикации.	антибактериальная терапия (см. приложение №1). Оперативное лечение

Последовательность лечебных мероприятий (обязательное соблюдение)

<p>1. Инфузионная терапия:</p>	<p>Раствор натрия хлорида 0,9% от 500 мл до 2000-3000 мл под контролем АД, ЦВД, почасового диуреза (ПД).</p>		
<p>2. Антибактериальная терапия. ► При отсутствии клинического эффекта в течение 48-72 часов антибактериальный препарат необходимо заменить. ► Отменить антибактериальный препарат следует через 5-7 дней после нормализации температуры тела и уточнения очага инфекции как источника бактериемии.</p>	<p><i>Эмпирическая</i> – проводится до бактериологического посева крови с учетом предшествующей антибиотикотерапии</p>		
	<p>Предшествующая антибиотикотерапия</p>	<p>Рекомендации</p>	
	<p>Не было</p>	<p>Ампициллин 1 г в/в с интервалом 6 часов +гентамицин 240 мг/сут в/в 1 раз+ метронидазол 100 мл (500 мг) в/в капельно через 8 часов</p>	<p>Группа риска: Амоксициллин+клавулановая кислота 1,2 г 3 раза + гентамицин 240 мг/сутки 1 раз+ метронидазол 100 мл (500 мг) в/в капельно через 8 часов; ИЛИ цефазолин 1 г 2 раза в/в + гентамицин 240 мг/сутки 1 раз+ метронидазол 100 мл (500 мг) в/в капельно через 8 часов;</p>

	Ампициллин+гентамицин, макролиды, тетрациклин	Амоксициллин+клавулановая кислота 1,2 г 3 раза + гентамицин 240 мг/сутки в/в 1 раз+ метронидазол 100 мл (500 мг) в/в капельно через 8 часов; ИЛИ Цефуросим 1 г в/в с интервалом 8 часов + гентамицин 240 мг/сут в/в 1 раз + метронидазол 100 мл (500 мг) в/в капельно через 8 часов ИЛИ Цефотаксим 1 г 2 раза в/в + гентамицин 240 мг/сутки 1 раз+ метронидазол 100 мл (500 мг) в/в капельно через 8 часов
	Амоксициллин+клавулановая кислота	Цефтазидим 1 г в/в через 8 ч + ципрофлоксацин 400 мг 2 раза в день +спирамицин 3 млн. 3 раза в день ИЛИ Цефоперазон 2 г через 12 ч в/в + ципрофлоксацин 400 мг 2 раза в день+спирамицин 3 млн. 3 раза в день
3. Специфическая	Антибактериальная терапия после получения результата бактериологического посева (в зависимости от возбудителя)	
Для профилактики тромбозмболических осложнений в послеоперационном периоде.	Гепарин в дозе от 400 до 1000 ЕД в час внутривенно капельно или внутривенно струйно или подкожно по 5000 ЕД каждые 4-6 часов под контролем времени свертывания по Ли-Уайту или АЧТВ. При адекватной дозе эти показатели должны быть увеличены по сравнению с нормой (не с исходным уровнем!) в 1,5-2 раза ИЛИ Низкомолекулярные гепарины в соответствующей дозировке.	

ПРИЛОЖЕНИЕ 17

УТВЕРЖДЕН

Приказом МЗ КР
от «21» октября 2008 г.

№ 539

**Клинический протокол для II-III уровня
Другие уточненные послеродовые инфекции**

Шифр О 86.8

Эндомиометрит

Определение:

Послеродовой/послеоперационный эндомиометрит – воспаление эндомиометрия, возникшее в течение 42 дней после родов/операции кесарева сечения.

Классификация:

- Послеродовой эндомиометрит
- Эндомиометрит после кесарева сечения

Критерии диагностики:

Клинические:

- Анамнез (анамнез);
- Местная воспалительная реакция (боль, субинволюция матки, отсутствие послеродовых сокращений матки, местная гипертермия, появление патологических гнойных выделений из половых путей, болезненность при пальпации вдоль ребер матки). Вздутие кишечника.
- Синдром системного воспалительного ответа, **характеризуется 2 или более признаками:**
 - Температура тела $>38^{\circ}\text{C}$ или $<36^{\circ}\text{C}$
 - ЧСС >90 /мин

- ЧД > 20/мин
- Лейкоциты крови $> 12 \times 10^9/\text{л}$ или $< 4 \times 10^9/\text{л}$, или незрелых форм $> 10\%$

Лабораторные критерии:

- Лейкоцитоз $> 15 \cdot 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево с увеличением числа палочкоядерных нейтрофилов;
- Повышение СОЭ выше 20 мм/ч.

Лабораторно-инструментальные методы исследования:

- Мазок на влажную флору;
- Общий анализ крови с определением лейкоцитарной формулы 1 раз в сутки;
- Общий анализ мочи;
- Билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, креатинин - при поступлении, затем при отрицательной динамике;
- Бак. посев до начала антибиотикотерапии.

Мониторинг:

- Гемостазиограмма
- Почасовая термометрия;
- Контроль пульса, АД.
- Суточный диурез

Лечение:

Инфузионная терапия:

- растворы кристаллоидов – 0,9% раствор хлорида натрия 500-1000 мл, в/в капельно.

Антибактериальная терапия:

2. Эмпирическая антибактериальная терапия:

- ампициллин 2 г в/в на 200 мл 0,9% р-ра хлорида натрия через 6 часов
- + гентамицин 5-7 мг в/в 1 раз в сутки

+ метронидазол 100 мл (500 мг) в/в капельно через 8 часов (не более 3 суток).

Оценка эффективности антибактериальной терапии проводится через 48-72 ч (нормализации температуры и (+) динамика).

При отсутствии положительного эффекта рекомендована смена антибиотиков:

Амоксициллин+клавулановая кислота 1,2 г 3 раза + гентамицин 240 мг/сутки в/в 1 раз+ метронидазол 100 мл (500 мг) в/в капельно через 8 часов;

ИЛИ

Цефуросим 1 г в/в с интервалом 8 часов + гентамицин 240 мг/сут в/в 1 раз + метронидазол 100 мл (500 мг) в/в капельно через 8 часов

ИЛИ

Цефотаксим 1 г 2 раза в/в + гентамицин 240 мг/сутки 1 раз+ метронидазол 100 мл (500 мг) в/в капельно через 8 часов

ИЛИ

Цефотаксим 1 г 2 раза в день в/в + ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в день перорально

Дальнейшая коррекция антибактериальной терапии после получения результата бактериологического посева (в зависимости от возбудителя).

Санация первичного очага –

только при подтвержденном диагнозе – наличия остатков плацентарной ткани - вакуум-аспирация.

Утеротонические препараты

- окситоцин 1 мл (5 ЕД) в/в капельно 2 раза в сутки или метилэргометрин 0,2 % 0,5-1 мл в/м

Симптоматическая терапия

• при гипертермии выше 38,5°C:

Ибупрофен 800 мг

ИЛИ

Парацетамол 500 мг перорально

Критерии эффективности лечения: через 48-72 часа

- Уменьшение признаков интоксикации;
- Уменьшение размеров матки.

Показания к оперативному лечению

(тотальная экстирпация матки с трубами с широким дренированием брюшной полости)

- отсутствие положительного эффекта от проводимой антибактериальной терапии в течение 6-7-х суток и нарастание симптоматики.

Критерии излеченности:

- Отсутствие признаков интоксикации, нормализация температуры тела;
- инволюция матки;
- нормальный характер лохий, соответствующий дню послеродового периода;
- нормализация показателей крови;

Лечение:

Инфузионная терапия:

+ раствор кристаллоидов – 0,9% хлорид натрия
+ раствор коллоидов – 10% декстран-40
+ раствор глюкозы – 5% и 10%
+ раствор калия хлорида – 0,2% и 0,4%

Антибактериальная терапия:

1. Эмпирическая антибактериальная терапия
– эмпирическая антибактериальная терапия
– комбинация 2-х препаратов
– цефалоспорины 2-го поколения
– гентамицин 5-7 мг в/в 1 раз в сутки

ПРИЛОЖЕНИЕ 18

УТВЕРЖДЕН

Приказом МЗ КР
от «21» октября 2008 г.
№ 539

Клинический протокол для II - III уровней

Затяжные роды и цефало-пельвио-диспропорция (ЦПД)

Шифр – О 65.4

Определение:

Цефало-пельвио-диспропорция (ЦПД) (клинически узкий таз) – это несоответствие между головкой плода и тазом роженицы, независимо от размеров последнего.

Причины возникновения:

1. Анатомическое сужение таза.
2. Крупный плод, реже гидроцефалия.
3. Неправильное вставление головки плода (высокое прямое стояние стреловидного шва, разгибательные предлежания, асинклитическое вставление головки).

Предрасполагающие факторы:

1. Переношенная беременность;
 2. Задний вид затылочного предлежания или особенности механизма вставления головки;
 3. Маленький рост матери (<150 см);
 4. Ожирение матери (ИМТ > 30 на основе веса до беременности).
- Существует хорошее доказательство того, что мы не можем клинически предсказать ЦПД, и попытки предсказания

приводят к удвоению частоты кесаревых сечений БЕЗ улучшения исходов

Классификация клинически узкого таза

I. степень несоответствия (относительное несоответствие)

(Затяжные роды)

II. степень несоответствия (Цефало-пельвио-диспропорция)

III. степень несоответствия (абсолютное несоответствие)

Обструкция родов:

Критерии диагностики:

Наиболее важный диагностический критерий - это отсутствие опускания предлежащей части плода ИЛИ раскрытия шейки матки, несмотря на адекватные маточные сокращения

Затяжные роды характеризуются затянувшейся активной фазой

- особенности вставления головки и механизма родов, свойственные имеющейся форме сужения таза;
- Менее трех схваток за 10 мин., каждая схватка длится менее 40 секунд
- График раскрытия шейки матки на партограмме находится справа от линии бдительности
- конфигурация головки первой- второй степени
- (график раскрытия шейки матки уходит вправо от линии бдительности на партограмме) - при отсутствии изменений шейки в течение 2 часов активной фазы родов (раскрытие шейки матки > 3см) или **остановкой опускания головки (II период родов):** отсутствие опускания в течение 2 часов

- **Цефало-пельвическая-диспропорция**
- вторичная остановка раскрытия шейки матки или опускания предлежащей части, несмотря на адекватный характер маточных сокращений (адекватный характер сокращений = 3 или более схватки в течение 10 минут длительностью каждой не менее 40 секунд)
- особенности вставления головки и механизма родов, свойственные имеющейся форме сужения таза;
- длительное стояние головки в одной плоскости таза;
- конфигурация головки третьей степени (швы находят друг на друга, не разъединяются)
- формирование родовой опухоли
- наличие признака Вастена «вровень»;
- симптомы прижатия мочевого пузыря (затрудненное мочеиспускание).

Обструкция родов

критерии ЦПД плюс один или более из следующих критериев:

- конфигурация головки третьей степени (швы находят друг на друга, не разъединяются)
- выраженная родовая опухоль
- нет пояса соприкосновения (предлежащая часть плохо давит на шейку)
- отечность шейки матки
- формирование контракционного кольца
- положительный признак Вастена;
- выраженные симптомы прижатия мочевого пузыря (примесь крови в моче);
- преждевременное появление произвольных безрезультатных потуг;
- отсутствие поступательных движений головки при полном открытии шейки матки и энергичной родовой деятельности,
- появление признаков гипоксии плода;

- симптомы угрожающего разрыва матки.
- Перерастяжение нижнего сегмента матки
- Образование контракционного кольца
- Дистресс матери или плода

Конфигурация должна интерпретироваться в контексте кривой динамики родов по партограмме.

Акушерская тактика

Затяжные роды:

Стимуляция родовой деятельности

1. Немедикаментозные методы
2. Амниотомия
3. Введение окситоцина

1. Амниотомия

- При проведении амниотомии должны использоваться стерильные перчатки и инструментарий
- Аускультация сердцебиения плода следует проводить до и после амниотомии
- Отметьте цвет околоплодных вод (прозрачные, зеленоватые, окрашенные кровью или меконием)
- Наблюдайте за родовой деятельностью
- Если спустя два часа после проведения амниотомии не развивается активная родовая деятельность, начните стимуляцию окситоцином (см. соответствующий протокол) под строгим контролем за состоянием плода, с оценкой раскрытия шейки матки каждые 1-2 часа;
 - Если характер маточных сокращений адекватен в течение не менее 2 часов при отсутствии раскрытия шейки, рассмотреть вопрос об оперативном родоразрешении (если нет признаков дистресса матери и плода, в некоторых случаях можно провести дополнительные 2 часа родостимуляции)

4. Цефало-пельвическая диспропорция:

- В случаях неправильных предлежаний, (задний вид затылочного предлежания) роды можно провести консервативно, при наличии готовности выполнить кесарево сечение;
- Если неправильное предлежание исключено, провести родостимуляцию окситоцином под строгим контролем за сердцебиением плода;
- Если имеется положительная динамика (даже медленная) и нет признаков дистресса плода, длительность второго периода сама по себе не дает права вмешательства путем оперативных родов.
- Если головка плода выше, чем 1/5 над симфизом, роды закончить путем кесарева сечения.

3.Обструкция родов - показано оперативное родоразрешение
Любой признак дистресса плода должен побуждать к действиям для быстрого родоразрешения.

Показания к проведению операции кесарево сечение:

- при лобном вставлении;
- при заднем виде высокого прямого стояния стреловидного шва;
- при заднетеменном вставлении;
- при переднем виде лицевого предлежания (по спинке).

Показания к плодоразрушающим операциям:

- внутриутробная гибель плода

ПРИЛОЖЕНИЕ 19

УТВЕРЖДЕН

Приказом МЗ КР
от «21» октября 2008 г.

№ 539

Клинический протокол для вторичного, третичного уровней

Пиелонефрит при беременности

Шифр О 23.0

Определение

Пиелонефрит - неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание почек.

Классификация

- **Острый неосложненный** в результате восхождения инфекции из нижних мочевыводящих путей.
- **Острый осложненный** – прогрессирование пиелонефрита в эмфизематозный пиелонефрит, почечный кортикомедулярный абсцесс, перинефральный абсцесс или папиллярный некроз.
- **Хронический** — нетипичная причина хронической тубулоинтерстициальной болезни вследствие рецидивирующей инфекции, такой как инфекция, ассоциированная с хроническим обструктивным почечным камнем или пузырно-мочеточниковым рефлюксом.

Факторы риска

- Беременность.

- Бессимптомная бактериурия.
- Обструктивные уропатии (аномалии развития почек, мочекаменная болезнь, нефроптоз, цистит, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, опухоли мочевых путей).
- Инструментальные методы исследования (необоснованная катетеризация мочевого пузыря).

Критерии диагностики (острый пиелонефрит)

- Повышение температуры тела* (до 39-40⁰ С);
- лейкоцитурия* (пиурия), возможно микро- и макрогематурия, умеренная протеинурия в общем анализе мочи;
- боли и напряжение мышц в боку (часто односторонние) с иррадиацией в нижние отделы живота, по ходу мочеточника наружные половые органы;
- положительный симптом поколачивания по XII ребру на стороне поражения;
- лейкоцитоз, повышение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево в общем анализе крови;
- бактериурия больше 100 тыс. микробных тел в 1 мл в посеве мочи;

*признаки, обязательные для постановки диагноза острого пиелонефрита.

Клинические симптомы

- внезапное начало заболевания;
- потрясающие ознобы, сменяющиеся профузным потом;
- симптомы интоксикации - слабость, тошнота, рвота, головная боль, боль во всём теле, отсутствие аппетита;
- дизурические явления и увеличение частоты и позывов к мочеиспусканию иногда отсутствуют.
- анемия.

Госпитализация

При каждом обострении женщина должна быть госпитализирована.

Лабораторно-инструментальные методы исследования

Лабораторные:

Обязательные:

- развернутый анализ крови;
- общий анализ мочи;
- посев мочи на микрофлору, с определением степени бактериурии и чувствительности к антибиотикам.

По показаниям:

- мочевины, креатинин сыворотки крови;
- глюкоза сыворотки крови.

Инструментальные:

Обязательные:

- УЗИ почек и мочевыводящих путей показано женщинам с рецидивным острым пиелонефритом или при отсутствии адекватного ответа на антибиотикотерапию.

Примечание: Катетеризация мочевого пузыря нежелательна! Забор мочи производить после тщательного туалета наружных половых органов!

На III уровне (как отмечено выше женщинам с рецидивным острым пиелонефритом или при отсутствии адекватного ответа на антибиотикотерапию):

- компьютерная томография (КТ) – по показаниям, по возможности;
- магнитно-резонансная томография (МРТ) - по показаниям, по возможности;

- радиоизотопные исследования почек и мочевых путей - по показаниям, по возможности;

Примечание: Катетеризация мочевого пузыря нежелательна! Забор мочи производить после тщательного туалета наружных половых органов!

Лечение

Лечение следует проводить с учетом

- триместра беременности;
- безопасности для плода;
- данных о суммарной функциональной способности почек;
- переносимости препарата;
- наличия в анамнезе аллергических реакций;
- давности воспалительного заболевания почек и степени тяжести его.

Не медикаментозное

- диета: обильное питье более 1,5 л в сутки

Медикаментозное:

1. Эмпирическая терапия назначается с учетом предшествующей антибиотикотерапии до получения результатов бак. посева и определения чувствительности.

Предшествующая антибиотикотерапия	Рекомендации
Не было	Амоксициллин по 500 мг 3 раза в день 14 дней ИЛИ Цефазолин 1 г каждые 8 часов в/в или в/м 3 дня, затем цефаклор по 500 мг 3 раза в день (ступенчатая

	терапия) ИЛИ Цефадроксил по 1 г 1 раз в день в/в 3 дня, затем цефадроксил ацетил по 500 мг 2 раза в день (ступенчатая терапия).
Ампициллин, амоксициллин	Амоксициллин+клавулановая кислота по 500-1000 мг в/м 3 раза в день 3 дня, затем перейти на пероральную форму по 625 мг 3 раза в день (ступенчатая терапия) ИЛИ Цефтриаксон по 1 г в/в или в/м 1 раз в день ИЛИ Цефотаксим по 1 г с интервалом 12 часов в/в или в/м

Оценка эффективности лечения:

- через 48-72 часа (отсутствие температурной реакции, + динамика состояния)
- Если после применения антибиотиков в течение 48 час при условии получения пациенткой адекватной дозы антибиотиков клинический эффект слабо выражен – необходимо пересмотреть тактику лечения в соответствии с данными о чувствительности микробов к антибиотикам

Принципы ступенчатой антибактериальной терапии: 2-3 дня в/в или в/м, затем переход на пероральные формы ИЛИ с в/в переход на в/м при отсутствии пероральных форм.

Общая продолжительность антибактериальной терапии должна составлять не менее 14 дней.

Лечение пиелонефрита при нарушении уродинамики:

При нарушении уродинамики срочно требуется консультация уролога

Вопрос о пролонгировании беременности решается на консилиуме, совместно с акушером - гинекологом.

Оперативное лечение

Показания:

- неэффективность консервативного лечения
- наличие абсцесса почки.

Критерии эффективности лечения

- улучшение состояния пациентки;
- нормализация температуры тела;
- отсутствие патологических изменений в анализах мочи и крови

ПРИЛОЖЕНИЕ 20

УТВЕРЖДЕН

Приказом МЗ КР
от «21» октября 2008 г.
№ 539

Клинический протокол для вторичного, третичного уровней

Бессимптомная бактериурия

Шифр О 23.0

Определение

Бессимптомная бактериурия (БСБ) - обнаружение более 10 в 5 степени колониеобразующих единиц бактерий в мл образца средней порции мочи, без каких либо клинических симптомов инфекции мочевых путей.

Эпидемиология

БСБ встречается у 2-7% женщин (беременных и небеременных), но вероятность прогрессирования в пиелонефрит гораздо более высока во время беременности (до 40%). Бактериурия связана с повышенным риском преждевременных родов, рождения маловесных детей и перинатальной смертности. Лечение снижает риск пиелонефрита на 76% и риск преждевременных родов на 40 %.

Критерии диагностики

Диагноз может быть выставлен только при проведении скринингового посева мочи, который рекомендуется всем беременным во время 1-го дородового посещения.

- обнаружение более 10^5 колониеобразующих единиц бактерий в мл образца средней порции мочи;
- отсутствие клинической симптоматики.

Лечение

- Амоксициллин по 500 мг внутрь 3 раза в день (7 дней)
ИЛИ
- Амоксициллин+клавулановая кислота по 625 мг (амоксициллин – 500 мг, клавулановая кислота – 125 мг) 3 раза в день (7 дней)
ИЛИ
- Нитрофурантоин 50 мг внутрь 4 раза в день (7 дней)
ИЛИ
- Цефалексин по 250-500 мг 3 раза в день (7 дней)

Оценка эффективности лечения:

- контроль посева мочи на флору через неделю после окончания курса лечения.
- затем повторять ежемесячно до родов.

Дальнейшее наблюдение в послеродовом периоде

- Семейным врачом в течение 6 месяцев.
- Обследования: общий анализ мочи, посев мочи на флору 1 раз в 3 месяца.

ПРИЛОЖЕНИЕ 21

УТВЕРЖДЕН

Приказом МЗ КР

от «___» _____ 2008 г.

№ _____

**Клинический протокол для вторичного и третичного
уровней**

Кесарево сечение

Шифр 633 74.00, 633 74.10, 633 74.20

Определение:

Кесарево сечение – родоразрешение оперативным путем чаще трансабдоминальным доступом с проведением гистеротомии и последующим ушиванием раны.

Показаниями к операции кесарева сечения во время беременности являются:

- полное предлежание плаценты;
- неполное предлежание плаценты с выраженным кровотечением;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты с выраженным кровотечением или наличием внутриутробного страдания плода;
- несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения или других операций на матке;
- два рубца на матке и более после кесаревых сечений;
- анатомически узкий таз III степени сужения (истинная конъюгата меньше 9 см), опухоли или деформации костей таза;
- состояние после операций на тазобедренных суставах и таза;

- опухоли шейки матки, яичников и других органов полости малого таза, блокирующие родовые пути;
- множественная миома матки больших размеров с нарушением питания узлов, низкое (шеечное) расположение узла с блокированием родовых путей;
- тяжелые формы ГНБ при отсутствии эффекта от терапии при неподготовленных родовых путях;
- тяжелые экстрагенитальные заболевания в стадии относительной компенсации и декомпенсации (заболевания сердечно-сосудистой системы с явлениями декомпенсации, заболевания нервной системы, миопия высокой степени с дегенеративными изменениями сетчатки, и др.);
- пороки развития влагалища или рубцовые сужения шейки матки и влагалища после пластических операций на шейке матки и влагалище, после ушивания мочеполовых и кишечнополовых свищей;
- рубец на промежности после зашивания разрыва III степени при предшествующих родах;
- выраженное варикозное расширение вен в области влагалища и вульвы;
- поперечное положение плода;
- сросшаяся двойня;
- тазовое предлежание плода в сочетании с разогнутой головкой, при массе плода более 3500 г и менее 1500 г или с анатомическими изменениями таза;
- три и более плода при многоплодии;
- экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона, искусственная инсеминация при осложненном акушерско-гинекологическом анамнезе;
- возраст первородящей старше 30 лет в сочетании с акушерской и экстрагенитальной патологией;
- длительное бесплодие в анамнезе в сочетании с другими сопутствующими факторами;

- гемолитическая болезнь плода при неподготовленности родовых путей;
- переносная беременность в сочетании с отягощенным гинекологическим или акушерским анамнезом, неподготовленности родовых путей и отсутствии эффекта от родовозбуждения;
- рак шейки матки и в некоторых ситуациях – экстрагени- тальный рак;
- обострение герпесвирусной инфекции половых путей.

Показания к операции кесарева сечения в родах:

- затяжные роды, ЦПД при отсутствии эффекта от родости- муляции;
- угрожающий (обструкция родов) или начинающийся раз- рыв матки;
- преждевременное излитие околоплодных вод с безводным периодом более 72 часов или/и отсутствие эффекта от родо- возбуждения при доношенной беременности;
- аномалии родовой деятельности, неподдающиеся меди- каментозной терапии;
- острая гипоксия плода;
- отслойка нормально или низко расположенной плаценты;
- предлежание и выпадение петель пуповины при непод- готовленных родовых путях;
- неправильное вставление и предлежание головки плода (лобное, передний вид лицевого, задний вид высокого прямо- го стояния стреловидного шва);
- состояние агонии или внезапная смерть роженицы при жи- вом плоде.

Противопоказания

- Внутриутробная гибель плода.

Однако эти противопоказания имеют значение только в том случае, когда операция производится в интересах плода; при наличии жизненных показаний со стороны матери они не

принимаются во внимание (например, при кровотечении, связанном с отслойкой плаценты и др.).

Условия для проведения кесарева сечения

- Живой и жизнеспособный плод. Это условие не всегда выполнимо, например, в случае опасности, угрожающей жизни женщины (кровотечение при полном предлежании плаценты, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, разрыве матки и др.), кесарево сечение производится при мертвом и нежизнеспособном плоде;
- Опорожненный мочевой пузырь (при повторном чревосечении целесообразно применять постоянный катетер);
- Квалифицированный персонал, оборудованная операционная и хорошая оснащенность неонатологической службы, особенно если кесарево сечение производится в интересах плода;
- Женщина согласна на операцию (если нет жизненных показаний).

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Общие принципы.

- Анестезия должна быть безопасной для женщины и не оказывать отрицательного влияния на плод.
- На всех этапах проведения анестезиологического пособия следует максимально избегать эпизодов гипоксии и гипотонии у матери. Всегда рекомендуется левостороннее латеральное смещение матки при выборе позиции пациентки для оперативного вмешательства, чтобы улучшить маточно-плацентарное кровообращение.
- Мониторинг должен включать в себя контроль артериального давления, частоты сердечных сокращений, пульсоксиметрию.

- При условии возникновения угрозы жизни матери, выбор анестезиологического пособия осуществляется в первую очередь, в ее интересах.
- Во время всей беременности у рожениц сохраняется повышенный риск аспирационных осложнений.

Выбор анестезиологического пособия.

Общая анестезия показана:

- при тяжелом, или крайне тяжелом, состоянии матери (какой бы причиной это состояние не было вызвано);
- когда требуется срочное родоразрешение (например: эклампсия, гипоксия плода, тяжелое маточное кровотечение);
- при наличии противопоказаний к регионарной анестезии:
 - наличие инфекции, повреждения, или опухоли в месте предполагаемой пункции.
 - объемные внутричерепные процессы, заболевания центральной нервной системы.
 - наличие кровотечения и гипотензии.
 - тромбоцитопения менее 50000 и тромбоцитопатии.
 - врожденные и приобретенные нарушения свертываемости крови
 - при отказе больной от регионарной анестезии.
 - при отсутствии необходимых материалов и препаратов для производства регионарной анестезии;

Подготовка к проведению общей анестезии при кесаревом сечении.

Подготовка.

◀Профилактика синдрома Мендельсона и синдрома компрессии нижней полой вены и аорты проводится при любом виде общей и регионарной анестезии.

◀Венозный доступ - наиболее удобно использовать периферические венозные катетеры достаточного диаметра – не менее 14-16.

«При отсутствии венозных катетеров - пункция периферических вен иглой того же диаметра.

« При невозможности пункции периферических вен при развитии критического состояния (например - гиповолемический шок)- катетеризация центральных вен (подключичной, внутренней яремной)

«Проведение предоперационной инфузионной терапии рекомендуется в большинстве случаев, так как:

- больная в течение нескольких часов воздерживалась от приема пищи и воды, поэтому имеется определенный дефицит ОЦК.
- большинство препаратов для общей анестезии обладают вазодилатирующим действием, для нивелирования этого эффекта желателен небольшой "венозный подпор" (изотонический раствор натрия хлорида в зависимости от исходного состояния беременной)
- ожидаемая кровопотеря, даже в неосложненных случаях, составляет 500 - 600 мл, и лучше заранее восполнить дефицит жидкости.

Регионарная анестезия.

Эпидуральная анестезия.

Преимущества:

- Большая длительность анестезии.
 - Возможность проведения послеоперационной аналгезии.
 - По эпидуральному катетеру можно вводить для послеоперационной аналгезии опиоиды и местные анестетики.
- Это преимущество более отчетливо проявляется, если была выполнена катетеризация эпидурального пространства.

Недостатки:

- Риск внутрисосудистого введения.
- Риск субарахноидального введения.
- Удлинение времени между индукцией и началом операции.

- Требуется, по крайней мере, 15-25 минут от начала манипуляции до развития анестезии. Эпидуральная анестезия не должна применяться в тех случаях, когда временной промежуток ограничен (например - угрожающая гипоксия плода);

- Технические трудности.

Спинальная анестезия.

Достоинства.

- При спинальной анестезии проявления системной токсичности препарата встречаются чрезвычайно редко. Угнетающее действие анестетика на плод отсутствует.

- Более простое выполнение. Появление спинномозговой жидкости - идеальный ориентир для идентификации положения иглы.

- Хорошее качество анестезии. Спинальная анестезия, по сравнению с эпидуральной, дает более глубокую моторную и сенсорную блокаду, что облегчает работу хирурга, и снижает вероятность травмы плода.

- Быстрое начало. После введения анестетика, вмешательство может быть начато через 3-4 минуты.

- При использовании стандартных дозировок анестетика, спинальная анестезия, по сравнению с эпидуральной, имеет меньшую индивидуальную вариабельность распространенности зоны анестезии.

- Спинальная анестезия значительно дешевле эпидуральной и общей анестезии.

Недостатки.

- Гипотензия, поэтому рекомендуется рутинно проводить предварительную нагрузку жидкостями внутривенно

- Ограниченная длительность (не более 2 часов)

- Постпункционная головная боль (для профилактики необходимы специальные тонкие иглы, которые не вызывают ликворею).

Техника операции

Операция кесарево сечение состоит из следующих оперативных этапов:

- Лапаротомия
- Гистеротомия и извлечение плода
- Ушивание разреза на матке
- Восстановление передней брюшной стенки (уход из брюшной полости)

Корпоральное (классическое) кесарево сечение

Разрез по Сангеру (классический, или корпоральный) - продольный разрез на передней поверхности матки. Показания: рак шейки матки и патологические образования в нижнем сегменте матки (миома), несостоятельности продольного рубца на матке после предыдущего корпорального кесарева сечения, при необходимости последующего удаления матки и при операции на агонирующей женщине.

Основные моменты операции кесарево сечение в нижнем сегменте матки:

- Вскрытие брюшной полости срединным продольным или надлобковым поперечным разрезом (лапаротомия по Пфанненштилю или по Джозель – Кохену);
- поперечное рассечение брюшины пузырно-маточного углубления;
- поперечный разрез нижнего сегмента матки;
- разрыв плодных оболочек;
- извлечение ребенка;
- удаление плаценты;
- ушивание матки;

Кесарево сечение в нижнематочном сегменте

Преимуществами разреза матки в нижнем сегменте поперечным разрезом являются - меньшая кровопотеря, более легкое зашивание раны на матке, лучшее заживление раны, в

связи, с чем рубец оказывается более состоятельным. Кроме того, обычно кишечник и сальник не фиксируется к линии шва, меньше воспалительных осложнений после операции.

Ход операции:

Тщательно осмотрев брюшину пузырно-маточного углубления, ее захватывают пинцетом ниже линии перехода с тела матки на переднюю околоматочную и околопузырную клетчатку, приподнимают и рассекают поперек ножницами. Нижний край брюшины отсепааровывают до мочевого пузыря, после чего, если в этом есть необходимость, осторожно отсепааровывают с помощью тупфера или рукой мочевой пузырь от передней стенки нижнего сегмента матки книзу. Под отделенный мочевой пузырь подводят подъемник ранорасширителя, и передняя стенка нижнего сегмента матки становится доступной для вскрытия. Вскрыть матку лучше поперечным разрезом ниже контракционной борозды, но можно и продольным, если хирург его предпочитает. Если решено сделать поперечный разрез, то очень осторожно, чтобы не ранить подлежащую часть плода, рассекают переднюю стенку нижнего сегмента матки. В сделанное отверстие вводят кончики обоих указательных пальцев и рану растягивают в стороны (по Гусакову тупым путем разъединяя циркулярные мышечные волокна нижнего сегмента). При этом не следует разрывать ткани, так как можно повредить и маточные сосуды. При повторных операциях, так как при них очень высок риск продления разрыва на сосудистый пучок, предпочтительнее является гистеротомия по Дерфлеру, когда разрез на матке осуществляется тупыми ножницами одновременно на необходимое расстояние. После вскрытия матки разрывают плодные оболочки и приступают к извлечению плода.

Извлечение плода

Извлечение плода зависит от предлежания и положения плода в матке.

Так, при головном предлежании в полость матки обычно вводят правую кисть (II-V пальцы) таким образом, чтобы ладонная поверхность прилежала к головке плода, захватывают головку и осторожно поворачивают ее затылком кпереди, затем ассистент слегка надавливает на дно матки, а хирург смещает головку кпереди введенной в матку рукой, при этом происходит разгибание головки и она выводится из матки. Затем указательные пальцы вводят в подмышечные впадины и извлекают плод. При затрудненном извлечении головки плода можно использовать ложку акушерских шипов, но не наложением акушерских щипцов ввиду большой травматичности этой операции для плода.

При наличии тазового предлежания плод извлекают за паховой сгиб (чисто ягодичное предлежание) или за ножку, обращенную кпереди (при ножном предлежании). Последующую головку плода через разрез в матке выводят приемом, идентичным приему Морисо—Левре, применяемому при влагалищном родоразрешении. Послед выделяется потягиванием за пуповину и наружным массажем матки через переднюю брюшную стенку, без введения руки в полость матки. Туалет полости матки. Ушиванием раны на матке 2 рядным кетгутовым или викриловым швом. Перитонизация за счет маточно-пузырной складки.

Восстановление передней брюшной стенки.

Для ушивания и восстановления передней брюшной стенки необходимо использовать шовный материал – викрил.

Начиная с верхнего края, брюшину зашивают непрерывным *викриловым* швом. По окончании зашивания брюшины конец лигатуры снизу подводят под прямую мышцу живота и продолжают шов кверху таким образом, чтобы этой же нитью соединить между собой обе разделенные прямые мышцы живота. Этот прием обеспечивает плотное прилегание брюшины к мышцам и хорошее последующее заживле-

ние раны. Сближение мышц и их ушивание можно также выполнять отдельными *викриловыми* узловыми швами. Если разрез брюшной стенки был продолжен выше пупка, то в связи с тесным прилеганием в этом месте брюшины к апоневрозу следует указанный участок зашивать отдельными *викриловыми* швами, сразу захватывая в шов брюшину и истонченный апоневроз.

После сближения мышц приступают к соединению краев апоневроза, которое начинают сверху средней толщины, используя так называемый шов Ревердена обеспечивающий плотное соединение краев. В обычных условиях после зашивания апоневроза на подкожную клетчатку накладывают тонкие *викриловые* сближающие швы, с тем, чтобы не образовалось свободных пространств и обеспечивалось хорошее соприкосновение краев раны. На кожу накладывают шелковые швы или субкутанный непрерывный шов.

Подкожная жировая клетчатка сопоставляется отдельными кетгутовыми нитями и только в случае значительной ее выраженности.

На кожу отдельные швы по Донати или внутрикожный косметический шов.

Для профилактики септических осложнений рекомендуется ПАП

Антибиотикопрофилактика проводится после пережатия пуповины.

Количество доз антибиотика. Антибиотики для ПАП следует вводить однократно. *Дополнительные дозы* могут быть оправданы при массивной (более 1500 мл во время операции) кровопотере.

Продолжительность ПАП. Назначение ПАП после завершения операции следует считать неэффективным и нецелесообразным. Не следует продолжать введение антибиотиков с

целью ПАП позднее, чем через 24 часа после начала операции.

Препараты для ПАП

Показание	Препараты выбора	Препараты резерва
Кесарево сечение (экстренное или плановое)	Цефазолин 2 г. внутривенно микроструйно после пережатия пуповины	Гентамицин 1,5 мг/кг в комбинации с метронидазолом 1 г

- Только в случаях истинной аллергии к β -лактамам антибиотикам
- Период полувыведения для гентамицина при отсутствии тяжелых нарушений функции почек: 2–3 ч, рекомендуемая продолжительность введения: 30–60 мин.
- Рекомендуемый интервал повторного введения в случае необходимости: 3–6 ч
- Период полувыведения для метронидазола при отсутствии тяжелых нарушений функции почек: 6–14 ч; рекомендуемая продолжительность введения: 30–60 мин. Рекомендуемый интервал повторного введения в случае необходимости: 6–8 ч. Допускается назначение метронидазола per os в тех же дозах.

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ

Операция: Поперечное надлобковое (продольное нижесрединное) чревосечение. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом (корпоральное, истмико-корпоральное).

Показания:

Обезболивание: Эндотрахеальный наркоз закисью азота в сочетании с нейролептическими и анальгетическими средствами, перидуральная (эпидуральная) анестезия.

Ход операции: В асептических условиях поперечным надлобковым (продольным) разрезом послойно вскрыта брюшная полость, произведен гемостаз. В рану предлежит матка, увеличенная соответственно доношенной беременности. Салфетками отграничена брюшная полость. Вскрыта пузырно-маточная складка и тупо отсепарована книзу. Матка рассечена поперечным разрезом в нижнем сегменте (2,5-3 см) и рана тупым путем расширена в стороны (11-12 см). В рану предлежит головка (тазовый конец). Выведена головка плода и за подмышечные впадины, без затруднения извлечен живой мальчик (девочка) массой..... г, длиной..... см (с обвитием пуповиной вокруг шеи, туловища) в удовлетворительном состоянии. Оценка по шкале Апгар..... баллов. На углы разреза наложены зажимы Микулича. Послед удален рукой, произведено контрольное обследование полости матки. Плацента цела, оболочки все. (Произведено пальцевое расширение цервикального канала со стороны полости матки). Рана на матке ушита двухрядным обвивным непрерывным викриловым (дексоновым) швом. Перитонизация непрерывным викриловым швом за счет пузырно-маточной складки. Придатки матки без особенностей. Туалет брюшной полости.

Рапорт операционной сестры: материал и инструменты в наличии. Брюшная стенка восстановлена послойно: на брюшину наложен непрерывный викриловый (дексоновый)

шов с переходом на мышцы; непрерывный шов (максон, ПДС) на апоневроз; отдельные швы на подкожную клетчатку (дексон, викрил); края кожной раны соединены непрерывным подкожным швом (дермалон, этилон). Асептическая повязка. Моча выведена по катетеру в количестве мл, светлая. Общая кровопотеря мл. Интраоперационно внутривенно введен антибиотик (название, количество). Длительность операции мин. (длительность до извлечения ребенка..... мин)

Хирург:

Ассистент:

Опер. сестра:

Анестезиолог:

Назначения:

Форма протокола операции кесарево сечение

Протокол операции № _____

Ф.И.О. _____

_____ Возраст _____

_____ Дата поступления в стационар

«__» _____ 20__ г.

№ истории болезни _____

Диагноз до операции:

Диагноз после операции:

Показания: _____

Условия (состояние матери и плода) _____

Риск ГСО, ТЭО _____

Дата и время операции:

«__» _____ 20__ г.

Начало операции: _____

Извлечение: _____

Конец операции: _____

Длительность операции: _____

Обезболивание: комбинированный эндотрахеальный наркоз, перидуральная анестезия

Ход операции: _____

После соответствующей обработки операционного поля произведена лапаротомия: *нижнесрединная, по Джоэль-Кохену, по Пфанненистилю* _____

При вскрытии брюшной полости в рану предлежит _____

Plica vesico-uterina вскрыта остро, тупо низведена. Гистеротомия по Гусакову, по Дерфлеру.

Излились _____ околоплодные воды в количестве _____ мл.

На _____ минуте извлечен

(а) _____

_____ с оценкой по шкале Ап-

гар _____ / _____ баллов, массой _____ гр.,

рост _____ см, окружность головки _____ см, окружность грудной клетки _____ см.

Пуповина пересечена. Ребенок передан неонатологу. Плацента отделена потягиванием за пуповину, отделена рукой _____.

Послед удален _____.

Туалет, кюретаж полости матки.

Рана на матке ушита двухрядным, по Ревердену

Непрерывным дексоновым, викриловым,

_____ швом. Наложены дополнительные

швы _____.

Перитонизация *plica vesico-uterina*.

Придатки _____ осмотрены:

Дополнительные хирургические операции:

Туалет брюшной полости. Дренирование брюшной полости _____

Брюшная стенка ушита послойно наглухо, оставлен микроирригатор _____

На кожу наложены швы: по Донати, хирургические, косметический. Асептическая повязка.

Моча по катетеру _____ - _____ мл. Общая кровопотеря _____ мл.

Макропрепарат: _____

Хирург: _____

Ассистенты: _____

Анестезиолог: _____

Опер. медсестра _____

БЛОК «ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ»

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Утвержден
Приказом МЗ КР
№625
от 3 декабря 2008 г.

Клинический протокол для I уровня

Гестационная гипертензия

Шифр – О 10

Определение:

Гестационная гипертензия – гипертензия, возникшая после 20-й недели беременности и сохраняющаяся не более 6 недель после родов.

Критерии диагностики:

1. Повышение уровня ДАД > 110 мм. рт.ст. при однократном измерении.
2. Повышение уровня ДАД > 90 мм. рт.ст. при 2-х кратном измерении с интервалом 4 часа.
3. Отсутствие жалоб.
4. Отсутствие белка в моче.
5. В анамнезе отсутствие повышения уровня АД до беременности, может быть повышение уровня АД после 20 недель при предыдущих беременностях.

Следует помнить, что критерием АГ у беременных является тот же уровень АД, что у всех остальных лиц.

Правила, которые необходимо соблюдать при измерении артериального давления (см. Приложение)

Лабораторно-инструментальные исследования:

Лабораторные:

- Анализ мочи на белок.

Инструментальные: (по доступности)

- УЗИ плода.
- гравидограмма

Наблюдение: АД, состояние плода

Показания к госпитализации:

- Неэффективность амбулаторного лечения в течение 7-10 дней.
- нестабильное АД
- Появление белка в моче
- Ухудшение состояния плода

Тактика

Немедикаментозные методы:

- лечебно – охранительный режим (ограничение активности может оказывать некоторый благоприятный эффект на предупреждение тяжелой преэклампсии);
- обычное питание (не следует ограничивать соль и жидкость).

Медикаментозные методы:

* следует начать гипотензивную терапию с уровня АД 150/100 мм.рт.ст. и более

Гипотензивная терапия:

метилдопа 250 мг 2-3 раза в день, максимальная суточная доза 3,0 г

ИЛИ

Атенолол 25-50 мг 2 раза в день

ИЛИ

нифедипин ретард 10- 20 мг 1-2 раза в день

ИЛИ

лабетолол 25-50 мг 2 раза в день.

- следует достичь стабилизации АД в пределах 140-150/90-100 мм.рт.ст.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ:

- 1 раз в неделю - измерение уровня АД и анализ мочи на белок;
- при повышении АД более 150/100 мм.рт.ст. или при наличии протеинурии—госпитализировать в стационар.
- 1 раз в течение двух недель: измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму): При задержке роста плода, следует провести оценку состояния плода с помощью УЗИ, КТГ, и/или Допплеровское УЗИ пупочных и маточных артерий – по возможности;

- периодическое (каждые 2-4 недели) обследование крови (ОАК, тромбоциты, мочевины, АСТ/АЛТ) и анализ мочи на суточный белок.

Следует информировать пациентку о следующих тревожных признаках:

- появление головных болей
- болей в эпигастральной области
- болей в животе
- появление мелькания мушек перед глазами
- изменение двигательной активности плода
- резкое нарастание отёков
- резкое уменьшение количества мочи

При появлении тревожных признаков рекомендовано срочно обратиться к врачу.

Приложение 3

Утвержден
Приказом МЗ КР
№625
от 3 декабря 2008 г.

Клинический протокол для I уровней

**Вызванная беременностью гипертензия и незначительная
протеинурии (легкая преэклампсия)**

Шифр – О 13

Определение:

Гипертензия с незначительной протеинурией, возникшая после 20 недель беременности и исчезающая в течение 6 недель после родов.

Критерии диагностики:

1. Повышение уровня ДАД > 90 мм.рт.ст. при 2-х кратном измерении с интервалом 4 часа (повышение АД не более 160/110 мм.рт.ст.).
2. Протеинурия 0,3 – 1 г/л в разовой порции мочи.

Лабораторно-инструментальные исследования:

Оценка состояния плода:

- гравидограмма;
- УЗИ плода;
- Допплеровское УЗИ пупочных и маточных артерий - по возможности;
- КТГ плода (после 32 недель) – по возможности.

Лабораторные:

1. Анализ мочи на белок
2. ОАК и подсчет тромбоцитов
3. Уровень мочевины в крови
4. АСТ и АЛТ крови.

Показания к госпитализации:

1. При преэклампсии легкого течения рекомендована госпитализация (цель госпитализации - мониторинг состояния матери и плода)
2. Следует начать гипотензивную терапию при АД > 150/100 мм и по месту пребывания женщины в случае отсутствия возможности стационарного лечения

Лечение после выписки из стационара

Медикаментозные методы лечения:

Гипотензивная терапия при АД > 150/100 (один из ниже перечисленных):

- метилдопа 250 мг 3 раза в день, не более 2 г в сутки
- атенолол 25-50 мг два раза в день
- нифедипин ретард 20 мг 1-2 раза в день
- лабетолол 25-50 мг 2 раза в день.

Стабилизация АД в пределах 140-150/90-100 мм.рт.ст.

****Следует помнить, что контроль за давлением НЕ является лечением от преэклампсии****

Дальнейшее наблюдение:

Амбулаторное ведение должно выполняться вместе со специалистом (акушером-гинекологом).

- Повторный осмотр – 1 раз в неделю.
- При каждом посещении измерение уровня АД и анализ мочи на белок.
- При повышении АД более 150/100 мм.рт.ст. и наличии протеинурии – повторно госпитализировать в стационар для решения вопроса о сроке и методе родоразрешения с учетом местных протоколов.
- При каждом втором посещении измерить высоту дна матки и нанести на гравидограмму. При задержке роста плода, направить к акушеру-гинекологу для решения вопроса о сроке и методе родоразрешения;
- Амбулаторные лабораторные исследования (ОАК с подсчетом тромбоцитов, мочевины, АСТ/АЛТ) и УЗИ для оценки состояния плода должны периодически повторяться в соответствии с рекомендациями консультирующего врача.

Беседа:

Следует информировать пациентку об обращении к врачу при следующих тревожных признаках:

- появление головных болей
- болей в эпигастриальной области
- болей в животе
- появление мелькания мушек перед глазами
- изменение двигательной активности плода
- резкое нарастание отеков
- резкое уменьшение количества мочи

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Утвержден

Приказом МЗ КР

№625

от 3 декабря 2008 г.

Клинический протокол для I уровня

Тяжелая преэклампсия

Шифр – О 14

Определение:

Гипертензия со значительной протеинурией, и одним из ниже перечисленных признаков возникшая после 20 недель беременности и исчезающая в течение 6 недель после родов.

Критерии диагностики:

1. Повышение уровня ДАД > 110 мм.рт.ст. при 2-х кратном измерении с интервалом 4 часа и протеинурия (более 1 г/л в разовой порции мочи)

2. ИЛИ любая гипертензия/протеинурия в сочетании с одним из симптомов:

- головная боль;
- головокружение;
- мелькание «мушек» перед глазами;
- тошнота;
- рвота;
- усиление сухожильных рефлексов;
- боли в эпигастральной области;
- боли в области сердца;
- гипотрофия плода или ЗВУР;
- отек легких;
- повышение трансаминаз;
- тромбоцитопения.

Лабораторно-инструментальные исследования:

Оценка состояния плода:

- трифазограмма;
- УЗД/Доплер - по возможности;
- КТГ плода (после 32 недель) – по возможности.

Лабораторные:

1. Анализ мочи на белок
2. Общий анализ мочи.
3. ОАК.
4. АЛТ/АСТ (по возможности)

Гипотензивная терапия:

Следует начинать гипотензивную терапию при АД более 150/100 мм.рт.ст.

Гипотензивная терапия:

- метилдопа 250-500 мг ИЛИ
- атенолол 25-50 мг ИЛИ
- лабетолол 25-50 мг ИЛИ
- нифедипин ретард 20 мг

** возможно комбинирование вышеперечисленных препаратов.*

• При гипертензивных кризах и высоком давлении, когда прием таблеток не дает должного эффекта, назначают – клопидин 0,5-1,5 мл 0,01% раствора в 50 мл физиологического раствора внутривенно капельно очень медленно 5-6 капель в минуту под контролем АД.

• Мониторинг АД с целью поддержания уровня умеренной гипертензии (140-150/100 мм.рт.ст.).

Не вводить диуретики, аминофиллин, папаверин!

Мероприятия неотложной помощи:

Внутривенный режим введения:

- магния сульфат 25 % - 20,0 развести в 20 мл изотонического раствора (нагрузочная доза) в двух шприцах: по 10 мл магния сульфата и 10 мл изотонического раствора в/в струйно очень медленно.

Поддерживающая доза:

Приготовление раствора: 20 мл 25% магния сульфата (5 г сухого вещества) развести в 200 мл 0,9% изотонического раствора натрия хлорида. Вводить со скоростью 1-2 г/ч (40-80 мл/ч или 15-20 кап/мин при использовании иглы диаметром 0,8 и стандартной системы для внутривенных инфузий без фильтра).

**Следует помнить, что чрезмерная гидратация является причиной отёка лёгких, необходимо соблюдать правильный режим инфузии под контролем ПД.*

При проведении магниальной терапии обязателен контроль за частотой дыхания, сухожильными рефлексами, диурезом:

- частота дыхания не менее 16 в минуту,
- наличие коленных рефлексов,
- мочеотделение не менее 30 мл в час на протяжении последних 4 часов.
- Отменить или отложить использование магния сульфата, если частота дыхания ниже 16 в минуту, отсутствуют коленные рефлексы, мочеотделение меньше 30 мл в час за последние 4 часа.
- Антидот – кальция глюконат 10%-10 мл в/в

В случае токсического действия магния сульфата, в случае беспокойного поведения и неадекватного поведения женщины ввести диазепам 0,5% 2 мл в/в.

Показания к госпитализации:

1. Немедленная госпитализация всех женщин.
2. Транспортировка на вторичный уровень в сопровождении медицинского персонала, (см. приложение).
3. На третичный уровень при сроке менее 32 недели

Дальнейшее наблюдение: В условиях стационара.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Утвержден

Приказом МЗ КР

№625

от 3 декабря 2008 г.

Клинический протокол для I уровня

Эклампсия

Шифр - О 15.0

Определение:

Эклампсия - появление одной или более судорог, не имеющих отношения к другим проявлениям мозговых нарушений у беременных с преэклампсией во время беременности, родов или 7 суток послеродового периода.

Критерии диагностики:

- Судороги (локальные или генерализованные) на фоне признаков тяжелой преэклампсии.

Обследование: не показано.

Показания к госпитализации:

- Немедленная госпитализация при появлении одной или более судорог у беременных после купирования приступа эклампсии.
- Транспортировка на вторичный уровень (проводится обязательно в сопровождении медицинского персонала и возможностью ИВЛ мешком Амбу).

Мероприятия неотложной помощи:

Немедикаментозные методы лечения:

- При возникновении эклампсического приступа беременную, утратившую сознание, необходимо уложить на бок (желательно правый), создать возвышенное положение головного конца. После окончания приступа эклампсии очистить ротовую полость от слизи и рвотных масс, если таковые имеются. Подготовить необходимое оборудование: воздуховод, отсос, маску и мешок, кислород. Дать женщине кислород со скоростью 4-6 литров в минуту.

Медикаментозные методы лечения:

Противосудорожная терапия

Необходимо ввести в/в очень медленно 20 мл 25% раствора магния сульфата (5 г. сухого вещества) в двух шприцах: по 10 мл магнeзии и 10 мл изотонического раствора в каждом во избежание раздражения сосудистой стенки (нагрузочная доза), после окончания приступа все манипуляции осуществлять только в условиях седации: диазепам 0,5% - 2,0 внутривенно.

- Поддерживающая доза магния сульфата 1-2 г/час в зависимости от уровня АД.

В случае наличия противопоказаний к использованию магния сульфата введите диазепам

- Введите 10 мг диазепамa в/в медленно, в течение 2 минут.
- При возобновлении судорог, повторно введите 10 мг.

Следует начинать гипотензивную терапию при АД более 150/100 мм.рт.ст.

Гипотензивная терапия – клонидин 0,5-1,5 мл 0,01% раствора в 50 мл физиологического раствора внутривенно капельно очень медленно 5-6 капель в минуту под контролем АД.

Не вводить диуретики, аминофиллин, папаверин!

*** При невозможности транспортировки на вторичный уровень (конец активной фазы родов – открытие маточного зева более 7 см. или женщина находится во 2-м периоде родов) - родоразрешение на месте.
В послеродовом периоде продолжить введение магния сульфата 1-2 г/час (48-72 ч).**

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Утвержден
Приказом МЗ КР
№625
от 3 декабря 2008 г.

Клинический протокол для II-III уровней

Гестационная гипертензия

Шифр – 010

Определение:

Гестационная гипертензия - впервые выявленная гипертензия, возникшая после 20-й недели беременности и сохраняющаяся не более 6 недель после родов.

Критерии диагностики:

1. Повышение уровня ДАД > 110 мм.рт.ст. при однократном измерении;
2. Повышение уровня ДАД > 90 мм.рт.ст. при 2-х кратном измерении с интервалом 4 часа;
3. В анамнезе отсутствие повышения уровня АД до беременности, может быть, повышение уровня АД после 20 недель при предыдущих беременностях.

** Следует помнить, что критерием АГ у беременных является тот же уровень АД, что у всех остальных лиц.*

Правила измерения АД см. приложение.

Лабораторно-инструментальные исследования:

Оценка состояния плода:

- кариограмма;
- УЗИ плода;

- Доплер-УЗИ пупочных и маточных артерий (по возможности);
- КТГ плода (после 32 недель) – по возможности.

Лабораторные:

- Измерение суточного диуреза.
- Общий анализ мочи.
- Анализ мочи на суточный белок.
- Развернутый анализ крови (Ht, тромбоциты).
- АСТ, АЛТ, мочевины.

Тактика

Немедикаментозные методы:

- Лечебно-охранительный режим (ограничение активности может оказывать некоторый благоприятный эффект на предупреждение тяжелой преэклампсии).
- Обычное питание (не следует ограничивать соль и жидкость).

Медикаментозные методы:

Гипотензивная терапия—следует начать гипотензивную терапию с уровня АД 150/100 мм.рт.ст. и более (одно из ниже перечисленных лекарств):

- метилдопа 250 мг 2-3 раза в день, максимальная суточная доза 3,0 г
- атенолол 25-50 мг два раза в день
- нифедипин ретард 20 мг 1-2 раза в день
- лабетолол 25-50 мг 2 раза в день

** Следует достичь стабилизации АД в пределах 140-150/90-100 мм.рт.ст.*

Дальнейшее наблюдение:

Повторный осмотр

- 1 раз в неделю - измерение уровня АД и анализ мочи на белок при повышении АД более 150/100 мм.рт.ст.или ИЛИ при наличии протеинурии—госпитализировать в стационар.
- 1 раз в течение двух недель: измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму): При задержке роста плода, следует провести оценку состояния плода с помощью УЗИ, КТГ, и/или доплеровское УЗИ пупочных и маточных артерий – но возможности;
- Периодическое (каждые 2-4 недели) обследование крови (ОАК, тромбоциты, мочевины, АСТ/АЛТ) и анализ мочи на суточный белок

Следует информировать пациентку об обращении к врачу при следующих тревожных признаках:

- появление головных болей
- болей в эпигастральной области
- болей в животе
- появление мелькания мушек перед глазами
- изменение двигательной активности плода
- резкое нарастание отёков
- резкое уменьшение количества мочи

ПРИЛОЖЕНИЕ

Методика измерения артериального давления

Обстановка. Измерение АД проводится в тихой, спокойной и удобной обстановке при комфортной температуре в комнате. Пациент должен сидеть на стуле с прямой спинкой рядом со столом. Для измерения АД в положении стоя используется стойка с регулируемой высотой и поддерживающей поверхностью для руки и тонометра. Высота стола и стойки должны быть такими, чтобы при измерении АД середина манжетки, наложенной на плечо пациента, находилась на уровне сердца пациента, т.е. приблизительно на уровне четвертого межреберья в положении сидя или на уровне средней подмышечной линии в положении лежа.

Подготовка к измерению АД и продолжительность отдыха пациента: АД следует измерять не ранее чем через 30-60 минут после приема пищи, курения, питья или приема кофеина. На пациенте не должно быть тугих, давящих одежды. Руку, на которой предполагается измерить АД, необходимо обнажить. Пациент должен сидеть, опираясь на спинку стула, с расслабленными, нескрещенными ногами. Измерение АД должно производиться после не менее 5-минутного отдыха.

Размер манжетки: Ширина резиновой части манжеты должна составлять как минимум 40% окружности плеча; длина резиновой части манжеты должна покрывать как минимум 80% окружности плеча. АД измеряют на правой руке или на руке с более высоким уровнем АД (при заболеваниях, при которых наблюдается существенная разница между правой и левой рукой пациента, как правило, более низкое АД регистрируется на левой руке). Использование узкой или короткой манжетки приводит к существенному ложному завышению АД.

Положение манжетки: Пальпаторно определяют место пульсации плечевой артерии на уровне середины плеча. Се-

редина резиновой части манжетки располагают над пальпируемой артерией. Нижний край манжетки должен быть на 2,5 см выше локтевой ямки. Плотность наложения манжетки: между манжеткой и поверхностью плеча пациента должен проходить палец.

Положение стетофонендоскопа: В локтевой ямке пальпаторно определяют место максимальной пульсации плечевой артерии, которая обычно располагается сразу над локтевой ямкой на внутренней поверхности плеча. Мембрана стетоскопа должна плотно прилегать к поверхности плеча, где определяется пульсация артерии. Следует избегать слишком сильного давления стетоскопом, так как оно может вызвать дополнительную компрессию плечевой артерии. Рекомендуется использовать низкочастотную мембрану. Головка стетоскопа не должна касаться манжетки или трубок аппарата для измерения АД, так как звук от соприкосновения с ними может нарушить восприятие тонов Короткова.

Накачивание и сдувание манжетки: Накачивать давление в манжете на 20-30 мм.рт. ст. выше точки исчезновения пульса на плечевой артерии. Нагнетание воздуха в манжетку производится быстро. Медленное нагнетание воздуха в манжетку приводит к существенному нарушению венозного оттока крови, усилению болевых ощущений и "смазыванию" звука. Воздух из манжетки выпускают со скоростью 2 мм.рт.ст. в секунду до появления тонов Короткова, причем скорость декомпрессии манжетки 2 мм.рт.ст. от удара к удару. При плохой слышимости следует быстро выпустить воздух из манжетки, проверить положение стетоскопа и повторить процедуру.

Систолическое и диастолическое АД: Значение систолического АД определяют по моменту появления I фазы тонов Короткова по ближайшему делению шкалы манометра (2 мм.рт.ст.). Уровень, при котором слышен последний отчетливый тон над исследуемой артерией, соответствует диасто-

лическому АД.

Если диастолическое АД оказывается выше 90 мм.рт.ст., аускультацию следует продолжать на протяжении, по крайней мере, 40 мм рт.ст. ниже этой величины, в других случаях — на протяжении 10—20 мм.рт.ст. после исчезновения последнего тона. Соблюдение этого правила позволит избежать определения ложно повышенного диастолического АД, поскольку иногда бывают так называемые аускультативные провалы, после чего возобновляются тоны над исследуемым кровеносным сосудом.

Повторные измерения АД: Повторные измерения АД производятся через 1—2 мин после первого измерения и полного выпуска воздуха из манжетки.

Уровень АД может колебаться от минуты к минуте. Среднее значение двух и более измерений, выполненных на одной руке, точнее отражает уровень АД, чем однократное измерение.

Измерение АД в других положениях: Во время первого визита рекомендуется измерять АД на обеих руках. Следует отметить, на какой руке уровень АД выше.

Особые ситуации при измерении АД

Аускультативный провал. Период временного отсутствия звука между фазами I и II тонов Короткова может продолжаться до 40 мм.рт.ст., что иногда бывает и при высоком систолическом АД.

Отсутствие V фазы тонов Короткова (феномен "бесконечного тона"). Такая особенность может выявляться при высоком сердечном выбросе: у детей, при тиреотоксикозе, лихорадке, аортальной недостаточности, у беременных. Тоны Короткова выслушиваются до нулевого деления шкалы сфигмоманометра. В этих случаях за диастолическое АД принимается начало IV фазы тонов Короткова, т.е. начало ослабления тонов над исследуемой артерией.

Очень большая окружность плеча (ожирение, очень развитая мускулатура), коническая рука. У пациентов с ок-

ружностью плеча более 41 см или с конической формой плеча, когда не удается добиться нормального положения манжетки, точное измерение АД может оказаться затруднительным. В таких случаях, используя манжетку соответствующего размера, следует попытаться измерить АД пальпаторно и аускультативно на плече и предплечье. При различии более 15 мм.рт.ст. АД, определенное пальпаторно на предплечье, точнее отражает истинное АД.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Утвержден
Приказом МЗ КР
№625
от 3 декабря 2008 г.

Клинический протокол для II-III уровней

Вызванная беременностью гипертензия с незначительной протеинурией (легкая преэклампсия) Шифр – 013

Определение:

Гипертензия с незначительной протеинурией, возникшая после 20 недель беременности исчезающая в течение 6 недель после родов (преэклампсия легкого течения).

Критерии диагностики:

1. Повышение уровня ДАД > 90 мм.рт.ст. при 2-х кратном измерении с интервалом 4 часа (повышение АД не более 160/110 мм. рт. ст).
2. Протеинурия 0,3 – 1 г/л в разовой порции мочи.
3. В анамнезе может быть повышение АД после 20 недель при предыдущих беременностях.

Лабораторно-инструментальные исследования:

Оценка состояния плода:

- гравидограмма;
- КТГ и УЗИ Доплер - по возможности.

Лабораторные:

- Измерение диуреза.
- Общий анализ мочи.
- Анализ мочи на суточный белок.
- Развернутый анализ крови (Ht, тромбоциты).
- Биохимический анализ крови (общий белок, мочеви́на, креатинин, АЛТ, АСТ).

Тактика: госпитализация

Немедикаментозные методы лечения:

- Лечебно – охранительный режим (ограничение активности может оказывать некоторый благоприятный эффект на предупреждение тяжелой преэклампсии).
- Обычное питание (не следует ограничивать соль и жидкость, рекомендована диета с увеличением количества белков и витаминов и ограничением жиров и углеводов).

Медикаментозные методы лечения при легкой преэклампсии не рекомендуются.

Гипотензивную терапию следует начать с уровня АД 150/100 мм.рт.ст. и более (одно из ниже перечисленных лекарств):

- мстилдопа 250 мг 2-3 раза в день, максимальная суточная доза 3,0 г
- атенолол 25-50 мг два раза в день
- нифедипин ретард 20 мг 1-2 раза в день
- лабстолол 25-50 мг 2 раза в день

* При ограничении в доступности к медицинской помощи рассмотреть возможность стационарного лечения до родоразрешения.

* При сроке гестации 36 нед. и более – не рекомендуется выписка из стационара, готовить к родоразрешению (СМ. ПРОТОКОЛ ИНДУКЦИЯ РОДОВ).

Критерии выписки из стационара

1. Стабилизация АД в пределах 140-150/90-100мм.рт.ст.
2. Отсутствие нарастания протеинурии (нарастание протеинурии является признаком перехода легкой преэклампсии в более тяжелую форму!)
3. Возможность быстрой доставки в стационар в случае появления тревожных признаков.
(Сроки стационарного лечения – до 10 дней.)

Наблюдение после выписки:

Мониторинг:

- Измерение АД - каждые 2 дня;
- уровень белка в моче - каждые 6-7 дней;
- Гематокрит - каждые 5-6 дней
- УЗИ – 1 раз в нед. (по возможности).

Перед выпиской из стационара информировать пациентку об обращении к врачу при следующих тревожных признаках:

- появление головных болей
- Болей в эпигастральной области
- Болей в животе
- Появление мелькания мушек перед глазами
- Изменение двигательной активности плода
- Резкое нарастание отеков
- Резкое уменьшение количества мочи

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Утвержден
Приказом МЗ КР
№625
от 3 декабря 2008 г.

Клинический протокол для II-III уровней

Преэклампсия тяжелого течения

Шифр – 014

Определение:

Гипертензия со значительной протеинурией и признаками, возникшая после 20 недель беременности и исчезающая в течение 6 недель после родов.

Критерии диагностики:

1. Повышение уровня ДАД > 110 мм.рт.ст. при 2-х кратном измерении с интервалом 4 часа ИЛИ повышение ДАД любой степени с протеинурией.
2. Протеинурия (более 1 г/л в разовой порции мочи) или любая гипертензия/протеинурия в сочетании с одним из симптомов:
 - Упорная, сильная головная боль;
 - мелькание «мушек» перед глазами или двоение в глазах
 - Упорная тошнота или рвота;
 - усиление сухожильных рефлексов;
 - боли в эпигастральной области;
 - генерализованные или быстронарастающие отеки;
 - плацентарная недостаточность, гипотрофия плода или ЗЗУР;
 - олигурия (менее 400 мл мочи за 24 часа)
 - креатинин сыворотки > 110 ммоль/л

- подсчет тромбоцитов $< 100 \times 10^9/\text{л}$
- повышение АСТ или АЛТ

** В анамнезе может быть повышение уровня АД, эклампсия во время предыдущих беременностей*

Лабораторно-инструментальные исследования:

Оценка состояния плода:

- гравидограмма;
- КТГ и УЗИ Доплер – по возможности.

Лабораторные:

- Общий анализ мочи.
- Суточный диурез.
- Анализ суточной мочи на белок.
- Определение время свертывания крови по Ли–Уайту.
- Развернутый анализ крови с подсчетом тромбоцитов и определением Ht и мазок крови (для обнаружения доказательств гемолиза)
- Биохимический анализ крови (АСТ/АЛТ, мочевины, креатинин, мочевая кислота)

Тактика

Симптомы тяжелой преэклампсии являются показанием для прерывания беременности

Немедикаментозные методы:

- Лечебно – охранительный режим (постельный режим)
- Обычное питание (не следует ограничивать соль и жидкость, рекомендована диета с увеличением количества белков и витаминов и ограничением жиров и углеводов).

Медикаментозные методы:

1. Профилактика судорог:

Внутривенный режим введения магния сульфата 25 % - 20,0 мл развести в 20 мл изотонического раствора (нагрузочная доза) в двух шприцах: по 10 мл магнезии и 10 мл изотонического раствора в/в струйно очень медленно.

Поддерживающая доза:

Приготовление раствора: 20 мл 25% магния сульфата (5г сухого вещества) развести в 200 мл 0,9% изотонического раствора натрия хлорида. Вводить со скоростью 1-2 г/ч (40-80 мл/ч или 15-20 кап/мин при использовании иглы диаметром 0,8 и стандартной системы для внутривенных инфузий без фильтра).

Продолжительность антенатальной профилактики судорог магнием сульфатом не должна быть больше 5 дней (**риск антенатальной гибели плода**). Поэтому важно решить вопросы срока и метода родоразрешения после оценки состояния плода согласно местному протоколу.

Следует помнить, что чрезмерная гидратация является причиной отёка лёгких, необходимо соблюдать правильный режим инфузии под контролем ПД.

При проведении магниальной терапии обязателен контроль за частотой дыхания, сухожильными рефлексами, диурезом:

- Частота дыхания не менее 12 в минуту, присутствуют коленные рефлексы, мочеотделение не менее 30 мл в час на протяжении последних 4 часов.
- Отменить или отложить использование магнезии, если частота дыхания ниже 12 в минуту, отсутствуют коленные

рефлексы, мочеотделение меньше 30 мл в час за последние 4 часа.

2. Гипотензивная терапия:

- метилдопа 0,25-0,50 г 2 –3 раза в день, максимальная суточная доза 3,0 гр. с постепенной отменой препарата ИЛИ
- атенолол 25-50 мг два раза в день
- лабетолол 25-50 мг 2 раза в сутки ИЛИ
- нифедипин ретард 20 мг 1-2 раза в сутки, возможно комбинирование вышеперечисленных препаратов.
- При гипертензивных кризах и высоком давлении, когда прием таблеток не дает должного эффекта, назначают клонидин в/м, п/к 0,5-1,5 мл 0,01% раствора или в/в 0,5-1,5 мл 0,01% раствора клонидина разводят в 10-20 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят медленно в течение 3-5 мин.
- При наличии гидралазина можно вводить внутривенно гидралазин, как средство неотложной помощи 40 мг в 100,0 раствора натрия хлорида в/в (40-200 мг/сут.).
- Снижение АД проводят до показателей умеренной гипертензии 150/90-100 мм.рт.ст.
- поддерживать уровень умеренной гипертензии (150/100 мм.рт.ст.).

Профилактика неонатального респираторного дистресс-синдрома

При решении вопроса о преждевременном родоразрешении беременных с преэклампсией тяжелого течения проводится подготовка сурфактантной системы внутриутробного плода – дексаметазон 6 мг через 12 часов 4 раза (всего 24 мг).

Для ликвидации возможных колебаний АД на прием дексаметазона усилить гипотензивную терапию.

Мониторинг ОЦК

По показаниям катетеризация подключичной вены (в случае снижения диуреза) под местной анестезией, для измерения ЦВД. Катетеризация мочевого пузыря.

Родоразрешение

■ тяжелая преэклампсия является показанием для родоразрешения независимо от срока беременности

■ Роды должны произойти в пределах 24 часов после появления симптомов. Откладывание родоразрешения для повышения степени зрелости плода создает риск для жизни, как матери, так и плода!

■ Обязательно оценить состояние внутриутробного плода: если частота сердечных сокращений плода менее 100 или более 160 ударов в минуту – произвести родоразрешение путем операции кесарево сечение, желательно под проводниковой анестезией из-за отека ВДП (трудности интубации и риск мозгового инсульта).

■ При эффективной родовой деятельности - планировать родоразрешение через естественные родовые пути.

■ При неэффективной родовой деятельности рекомендуется провести амниотомию и родостимуляцию раствором окситоцина 5 ЕД на 400,0 мл изотонического раствора натрия хлорида с 5-7 кап/мин. Обеспечение перидуральной анестезии с введением гипотензивных и обезболивающих препаратов (клонидин 0,01% - 0,5 –1,0 мл и фентанил 0,01 – 0,06 мг/кг) позволит достичь стабилизации артериального давления и профилактики судорожного синдрома.

■ Акушерские щипцы для исключения потужного периода не накладывать!

■ После рождения ребенка родильнице необходимо ввести 10 ЕД окситоцина в/м

■ Не назначать метилэргометрин женщинам с преэклампсией, так как он повышает риск возникновения судорог и нарушения мозгового кровообращения.

■ При отсутствии возможности родоразрешения через естественные родовые пути проводится операция кесарево сечение. Родоразрешение должно быть произведено независимо от срока гестации.

■ Инфузия компонентов и препаратов крови должна быть строго обоснована, так как существует большой риск инфицирования и различных осложнений.

■ Вопрос о необходимости предоперационной подготовки решить после измерения ЦВД.

■ Дифференциальный подход к предоперационной подготовке пациентки с тяжелой преэклампсией в зависимости от уровня ЦВД: При "0" и "1" уровне ЦВД: Инфузионная подготовка препаратами ГЭК (гидроксиэтилированного крахмала) – рефортан, и др. 400,0-500,0 При ЦВД более 20 мм.вод.ст. - не требуется инфузионной подготовки - оперативное родоразрешение (см. протокол анестезиологического обеспечения)

■ Инфузия компонентов и препаратов крови должна быть строго обоснована, так как существует большой риск инфицирования и возникновения различных осложнений.

Интраоперационно:

• Необходимо продолжить внутривенную капельную инфузию магния сульфата 25% - 20,0 на 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида, после извлечения ребёнка обязательно начать введение окситоцина в/в! (10 ЕД окситоцина на 400 мл изотонического раствора хлорида натрия в/в капельно) и вести в/м 10 ЕД окситоцина.

• При отделении новорожденного от пуповины - обеспечить внутривенное введение антибиотика (цефазолин 1 г или цефотаксим 1 г).

- При высоком уровне гипертензии необходимо продолжить внутривенную капельную инфузию: гидралазин 40 мг в 100,0 0,9% раствора натрия хлорида в/в (40-200 мг/сут), ИЛИ раствор клонидина 0,01%-0,5-1,0 в/м или п/к. Для в/в введения разводят 0,5-1,5 мл 0,01% раствора клонидина в 10-20 мл изотонического раствора натрия хлорида. Гипотензивный эффект при введении в вену проявляется через 3-5 мин и достигает максимума через 15-20 мин, сохраняется в течение 4-8 часов.

После родоразрешения:

- Продолжить магниальную терапию минимум 24 часа часов послеродового периода.
- Перед отменой клонидина необходимо постепенно снижать дозу (обязательно продолжить курс в послеоперационном периоде во избежание “рикошетной” гипертензии).
- Продолжить введение антибиотиков в течение суток.

Транспортировка

Транспортировка на третичный уровень не рекомендуется, по необходимости вызов помощи на себя.

Сроки стационарного лечения: до родоразрешения и в течение не менее 7 суток после родоразрешения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Утвержден

Приказом МЗ КР

№625

от 3 декабря 2008 г.

Клинический протокол для II-III уровней

Эклампсия

Шифр - 015.0

Определение:

Эклампсия - появление одной или более судорог, не имеющих отношения к другим проявлениям мозговых нарушений у беременных с преэклампсией во время беременности, родов или 7 суток послеродового периода.

Критерии диагностики:

- Судороги (локальные или генерализованные) на фоне признаков тяжелой преэклампсии.

Лабораторно-инструментальные исследования:

Оценка состояния плода:

- гравидограмма;
- КТГ и Доплер УЗИ – по возможности

Лабораторные:

- Развернутый анализ крови (подсчет тромбоцитов, определение Ht)
- Биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок, креатинин, билирубин - прямой и непрямой, фибриноген, АЛТ, АСТ)

- Гемостазиограмма
- Суточный диурез
- Анализ суточной мочи на белок
- Общий анализ мочи
- Время свертывания крови по Ли-Уайту
- Суточное мониторирование: АД, Пульс

Консультации узких специалистов: по показаниям

- Невропатолог - исследование рефлексов;
- Окулист - исследование глазного дна (консультация после родов).

Тактика:

При возникновении эclamпсического приступа беременную, утратившую сознание, необходимо уложить на бок для уменьшения риска аспирации, создать возвышенное положение головного конца. После окончания приступа судорог очистить ротовую полость от слизи и рвотных масс, если таковые имеются. Подготовить необходимое оборудование: воздуховод, отсос, маску и мешок, кислород. Дать женщине кислород со скоростью 4-6 литров в минуту.

Медикаментозные методы:

1. **Противосудорожная терапия** является первоочередной в ведении беременных женщин с эclamпсией

- Судороги у госпитализированных женщин достаточно часто происходят вследствие недостаточного лечения. **Сульфат магния является лекарством выбора для предупреждения и лечения судорог!**
- Необходимо ввести струйно, очень медленно 20 мл 25% раствора магния сульфата (5 г сухого вещества) в двух шприцах: по 10 мл магнeзии и 10 мл изотонического раствора натрия хлорида в каждом во избежание раздражения сосудистой стенки (нагрузочная доза).

- **Никогда не оставлять женщину одну!** Судороги, сопровождающиеся аспирацией рвотных масс, могут привести к смерти женщины и плода!

- Если судороги повторились через 15 минут, необходимо введение 2 г магния сульфата в/в в течение 5 минут. Повторно внутривенная премедикация: метацин 0,1% - 0,3-0,5, тиопентал натрия 2 – 2,5% - 1 – 2 мл медленно, начало инфузионной терапии (магния сульфат 25% - 20,0 в 200 мл изотонического раствора натрия хлорида, скорость введения 1-2 г сухого вещества в час).

Поддерживающая доза:

- Приготовление раствора: 20 мл 25% сульфата магния (5 г сухого вещества) развести в 200 мл 0,9% Изотонического раствора натрия хлорида. Вводить со скоростью 1-2 г/ч (40-80 мл/ч или 15-20 кап/мин при использовании иглы диаметром 0,8 и стандартной системы для внутривенных инфузий без фильтра).

При проведении магниальной терапии обязателен контроль за частотой дыхания, сухожильными рефлексами, диурезом:

- Частота дыхания не менее 12 в минуту, присутствие коленных рефлексов, почасовой диурез не менее 30 мл в час на протяжении последних 4 часов.

- Следует отменить или отложить использование магнезии, если частота дыхания ниже 12 в минуту, отсутствуют коленные рефлексы, мочеотделение меньше 30 мл в час за последние 4 часа (при условии нормоволемии).

Следует помнить, что чрезмерная гидратация является причиной отёка лёгких, необходимо соблюдать правильный режим инфузии под контролем ПД.

- ИВЛ (маской аппарата ИВЛ) - при повторных приступах в режиме умеренной гипервентиляции, пипекурония бромид 70-80 мкг/кг, атракурия безилат 300-600 мкг/кг в/в в течение

15-35 минут. Интубацию трахеи можно выполнять через 90 сек после в/в введения.

- Диуретики назначаются когда измерение ЦВД подтверждает перегрузку ОЦК (фуросемид 20-40 мг в/в, при ЦВД более 100 мм. вод. ст.) - каждый час необходимо прослушивать нижние доли лёгких (для исключения отека легких)!
- Катетеризация подключичной вены под местной анестезией, измерение ЦВД определение параметров гемодинамики.
- Катетеризация мочевого пузыря.

II. Гипотензивная терапия.

- Если ДАД выше 110 мм.рт.ст. необходимо ввести клонидин* 0,01%-0,5-1,5 мл в 50 мл физ. раствора в/в капельно. При гипертензивных кризах назначают клонидин в/м, п/к 0,5-1,5 мл 0,01% раствора или в/в 0,5-1,5 мл 0,01% раствора клонидина разводят в 10-20 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят медленно в течение 3-5 мин. Снижение АД проводят до показателей умеренной гипертензии.
- При наличии гидралазина можно вводить внутривенно гидралазин, как средство неотложной помощи 40 мг в 100,0 раствора натрия хлорида в/в (40-200 мг/сут.).

III. Родоразрешение в срок не более 12 часов после приступа в зависимости от акушерской ситуации (выяснение акушерской ситуации только в состоянии нарколепсии: диазепам 0,5% - 2,0 мл, промедол 0,1% - 1,0 мл в/в или фентанил 1,0 мл).

- Обязательно оценить состояние внутриутробного плода: если частота сердечных сокращений плода менее 100 или более 160 ударов в минуту – произвести родоразрешение путем операции кесарево сечение.
- При эффективной родовой деятельности - планировать родоразрешение через естественные родовые пути.

- При неэффективной родовой деятельности и при наличии антенатальной гибели плода, или его глубокой недоношенности, что исключает его жизнеспособность рекомендуется провести амниотомию и родостимуляцию раствором окситоцина 5 ЕД на 400,0 мл изотонического раствора натрия хлорида с 5-7 кап/мин. Обеспечение перидуральной анестезии с введением гипотензивных и обезболивающих препаратов (клонидин 0,01% - 0,5 - 1,0 мл и фентанил 0,01 - 0,06 мг/кг) позволит достичь стабилизации артериального давления и профилактики судорожного синдрома.

Не использовать кетамин у женщин с преэклампсией или эклампсией

Акушерские щипцы для исключения потужного периода не накладывать!

- Только в случаях развития приступа эклампсии в конце второго периода родов, возможно, их использование. В потужном периоде при ДАД >110 мм. рт. ст. рекомендована в/в инфузия клонидина или перидуральное его введение.

- После рождения ребенка роженице необходимо ввести 10 ЕД окситоцина в/м

и приступить к внутривенной капельной инфузии окситоцина 5-10 ЕД на 400 мл

изотонического раствора хлорида натрия.

- Не назначать метилэргометрин женщинам с эклампсией, так как он повышает риск возникновения судорог и нарушения мозгового кровообращения.

- При отсутствии возможности родоразрешения через естественные родовые пути проводится подготовка к оперативному родоразрешению путем операции кесарево сечение. Родоразрешение должно быть произведено независимо от срока гестации.

- Дифференциальный подход к предоперационной подготовке пациентки с тяжелой преэклампсией и эклампсией в зависимости от уровня ЦВД: При "0" и "1" уровне ЦВД:

Инфузионная подготовка препаратами ГЭК (гидроксиэтилированного крахмала) – рефортан, и др. 400,0-500,0 При ЦВД более 20 мм.вод.ст. - не требуется инфузионной подготовки - оперативное родоразрешение (см. протокол анестезиологического обеспечения)

- Инфузия компонентов и препаратов крови должна быть строго обоснована, так как существует большой риск инфицирования и различных осложнений.

IV. Интраоперационно:

- Необходимо продолжить внутривенную капельную инфузию магния сульфата 25% - 20,0 на 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида, после извлечения ребёнка обязательно начать введение окситоцина в/в! (10 ЕД окситоцина на 400 мл изотонического раствора хлорида натрия в/в капельно).
- При отделении новорожденного от пуповины - обеспечить внутривенное введение антибиотика (цефазолин 1 г или цефотаксим 1 г).
- При высоком уровне гипертензии необходимо продолжить внутривенную капельную инфузию: гидралазин 40 мг в 100,0 0,9% раствора натрия хлорида в/в (40-200 мг/сут), ИЛИ раствор клонидина 0,01%-0,5-1,0 в/м или п/к. Для в/в введения разводят 0,5-1,5 мл 0,01% раствора клонидина в 10-20 мл изотонического раствора натрия хлорида. Гипотензивный эффект при введении в вену проявляется через 3-5 мин и достигает максимума через 15-20 мин, сохраняется в течение 4-8 часов.

V. После родоразрешения:

- Продолжить магниальную терапию в течение 48-72 часов послеродового периода.
- Перед отменой клонидина необходимо постепенно снижать дозу (обязательно продолжить курс в послеоперационном периоде во избежание “рикошетной” гипертензии).
- Продолжить введение антибиотиков в течение суток.

Показания к переводу на третичный уровень:

- эclamптический статус;
- коматозное состояние

Транспортировка на третичный уровень проводится обязательно в сопровождении медицинского персонала в состоянии нейролептоанальгезии и возможностью ИВЛ.

В других случаях транспортировка противопоказана, по необходимости вызов помощи на себя.

**Протокол анестезиологического обеспечения операции
кесарево сечение у беременных с эклампсией**

- Премедикация на фоне внутривенной капельной инфузии магнезии 1-2 г/час на изотоническом растворе натрия хлорида, или болюсное введение магнезии –2 г (8 мл 25%):
 - Sol. Metacini 0,1 %-0, 5-1,0 в/в
 - Sol. Promedoli 0,1 %-1,0 в/в
 - Sol. Diazepamі 0,5 %-2,0 в/м
- Катетеризация центральной вены, измерение ЦВД.
- Преоксигенация (30" 4 вдоха)
- Вводный наркоз: фентанил 0,01-0,06 мг/кг, тиопентал натрия 1% 3-5 мг/кг, ~ 60 мл, не более 400 мг при весе до 100 кг.

Не использовать кетамин!

➤ **При выключении сознания:**

- Прием Селика.
- Недеполяризующие релаксанты: дитилин 100-200 мг. в/в.¹
- Интубация.
- Недеполяризующие релаксанты (после извлечения):
 - пипекурония бромид 70-80 мкг/кг,
 - атракурия безилат 0,04-0,06 мг/кг;релаксация длится 30-50 мин.
- После интубации трахеи продолжается коррекция гемодинамики раствором ГЭК, изотонического раствора натрия хлорида (объем инфузии определяется показателями гемодинамики и биохимическими данными);
- ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции (МОД=МТ/10 x 1,4+1 по Дарбиняну, ДО ~8-12 мл/кг).

¹ При внутричерепной гипертензии и злокачественной артериальной гипертензии использовать тест-дозу ардуана 0,5 мл (1,0 мг).

- Для поддержания наркоза: фентанил 1/2-1/3 нагрузочной дозы через каждые 15-30 минут + тиопентал натрия 1-2 мг/кг.
- Транспортировка в отделение РИТ в состоянии наркоза и релаксации на ИВЛ; Во время операции и послеоперационном периоде - мониторинг; наркоз пролонгируется до момента стабилизации гемодинамики.²

КРИТЕРИИ ОТКЛЮЧЕНИЯ ОТ ИВЛ:

- Для поддержания наркоза: фентанил 1/2-1/3 нагрузочной дозы через каждые 15-30 минут + тиопентал натрия 1-2 мг/кг.
- Транспортировка в отделение РИТ в состоянии наркоза и релаксации на ИВЛ; Во время операции и послеоперационном периоде - мониторинг; наркоз пролонгируется до момента стабилизации гемодинамики.

КРИТЕРИИ ОТКЛЮЧЕНИЯ ОТ ИВЛ:

1. стабилизация гемодинамики;
2. появление признаков сознания;
3. восстановление адекватного мышечного тонуса (поднятие и удержание конечностей);
4. частота дыхания < 30 в минуту;
5. ЧСС < 120 уд/мин;
6. дыхательный объем > 5 мл/кг;
7. перевод на самостоятельное дыхание 40-60 % увлажненной кислородовоздушной смесью через маску или носовой катетер;
8. отсутствие судорожной готовности.

Протокол перидуральной анестезии у беременных с эклампсией

² После пересечения пуповины в/в ввести цефазолин 1 г, затем окситоцин 5 ЕД струйно на 10 мл изотонического раствора натрия хлорида, затем 5-10 ЕД окситоцина в/в капельно на 400 мл физ. раствора.

* Проведение перидуральной анестезии беременным в бессознательном состоянии противопоказано.

Перидуральная анестезия проводится в условиях отделения РИГ.

Перидуральная анестезия, как компонент комбинированной анестезии с ИВЛ, может быть реальной альтернативой общей анестезии в том случае, если есть условия и время для выполнения дефицита жидкости. Однако это сопровождается симпатической блокадой, распространяющейся на 2 – 4 сегмента выше сенсорного блока, а это может быть губительным для беременных с гиповолемией из-за депонирования крови в нижних конечностях. Для этого применяется тугое бинтование нижних конечностей эластичными бинтами и преинфузия 6% раствором полигидроксиэтилкрахмала. В случае его отсутствия преинфузию проводят кристаллоидными растворами (физиологический раствор, раствор Рингера) в объеме 400 – 500 мл за 30 – 40 мин.;

- в положении больной, сидя или лежа на левом боку, производится соответствующая обработка кожи в области поясницы;
- пункция иглой с мандреном производится на уровне T₁₁₋₁₂, L₁₋₄;
- после идентификации эпидурального пространства вводится катетер в зависимости от акушерской ситуации и от места прокола по направлению к грудной клетке или в каудальном направлении на глубину 4-5 см (в каудальном направлении: при ведении родов через естественные родовые пути для обезболивания II периода родов и манипуляций на промежности при возможных разрывах; по направлению к

* выбор анестезии у женщин с ГНБ должен осуществляться с учетом квалификации анестезиолога (использование анестезии каким лучше владеет анестезиолог).

грудной клетке: для обезболивания I периода родов и возможном оперативном родоразрешении);

- фиксация катетера, введение тест-дозы (1% раствор лидокаина 3,0-5,0);

- через 30 мин. после введения тест-дозы вводится полная расчетная доза 1-2% лидокаина возможно в сочетании с наркотическими анальгетиками (морфин 1%-1 мл п/к) и клонидином (0,5-1,5 мл 0,01% раствора);
поддержание анестезии 1-2% раствором лидокаина в расчетной дозе через 30 мин. по показателям гемодинамики и субъективным ощущениям больной.

* выбор анестезии у женщин с ГНБ должен осуществляться с учетом квалификации анестезиолога (использование анестезии каким лучше владеет анестезиолог).

Формат 80x64¹/₁₆ Офсетная печать. Объем 14,5 п. л.

Тираж 1000 экз.

Отпечатано ОсОО «Кут-Бер» г.Бишкек, ул. Медерова, 68