

И

В

Б

Р

Оказание помощи при осложненном течении  
беременности и родов:

руководство для акушерок и врачей



WHO



UNFPA



UNICEF



World Bank



Репродуктивное здоровье и научные исследования  
Всемирная организация здравоохранения, Женева

И

В

Б

Р

Интегрированное ведение беременности и родов (ИВБР) - это стратегия, призванная улучшить доступность и качество материнской и неонатальной помощи. Она включает в себя:

- Научно-обоснованную методику и стандарты оказания медицинской помощи,
- Механизмы укрепления системы здравоохранения,
- Стимулирование участия отдельных граждан, семьи и общественности в решении вопросов здравоохранения, и
- Стратегию внедрения.

ИВБР следует адаптировать к местной ситуации и внедрять совместными усилиями правительства, организаций ООН, двусторонних агентств, неправительственных организаций и других партнеров на национальном уровне.

И

Оказание помощи при осложненном течении  
беременности и родов:

руководство для акушерок и врачей

В

Б

Р



WHO



UNFPA



UNICEF



World Bank



**©Всемирная Организация Здравоохранения, 2000**

**Настоящий документ не является официальной публикацией ВОЗ и все права сохранены за Организацией. Однако, настоящий документ может свободно рецензироваться, переводиться и резюмироваться, частично или полностью, но не в целях продажи или использования с коммерческими целями.**

**За взгляды, выраженные в настоящем документе поименованными авторами, несут ответственность исключительно эти авторы.**

## ВЫРАЖАЕМ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТЬ

Ведущим авторам: Мэтьюс Матай  
Харшад Сангви  
Ричард Дж. Гидоти

Авторам: Фредрик Брукхаузен  
Беверли Чалмерс  
Роберт Джонсон  
Анн Фостер-Розалес  
Джефри М. Смит  
Елка Зупан

Редакторам: Мелисса МакКормик

Помощникам редактора: Анн Блауз  
Давид Бремли  
Катлин Хайнс  
Георгина Мургатройд  
Елизабет Оливерас

Художнику: Мери Джейн Орли

Дизайнеру обложки: Мер Ни Мгерен

Верстка: Дебора Бригейд

Особая благодарность за большой вклад Джорджу Поуви, оригинальный труд которого послужил идеей для создания настоящего Пособия.

### Рецензенты:

Сабаратнам Арулкумаран  
Анна Давенпорт  
Майкл Добсон  
Джин Эммануель  
Сушила Энгельбрехт  
Мигель Эспиноза  
Петра-тен-Хуп-Бендер

Мунир Ислам  
Барбара Кинзи  
Андре Лалонд  
Джеркер Лилестранд  
Энирикито Лу  
Флоренсе Мирембе  
Глен Мола

Захида Куреши  
Аллан Розенфельд  
Абдул Бари Сайфуддин  
Виллиброрд Шаша  
Бетти Суит  
Пол Ван Лок  
Патрис Уайт

Настоящее Пособие представляет собой общее понимание ключевых элементов подхода к сокращению материнской и перинатальной смертности и заболеваемости такими агентствами, как WHO, UNFPA, UNICEF и Всемирный Банк. Данные агентства тесно сотрудничают в вопросах сокращения материнской и перинатальной смертности и заболеваемости. Принципы и подходы каждого агентства зависят от соответствующих решений, принятых руководящими органами каждого агентства и каждое агентство осуществляет вмешательства, описанные в настоящем документе в соответствии с этими принципами и подходами и в рамках своего мандата.

Настоящее пособие было рецензировано и одобрено Международной Конфедерацией Акушеров и Международной Федерацией Гинекологии и Акушерства.



Международная Федерация  
Гинекологии и Акушерства

Финансовая поддержка при подготовке и выпуске настоящего документа получена от правительств Австралии, Нидерландов, Швеции, Соединенного Королевства, и Соединенных Штатов Америки, что мы приносим им нашу признательность.

ВОЗ выражает признательность за техническую и редакторскую помощь, предоставленную персоналом учебных программ JHPIEGO по вопросам репродуктивного, материнского и неонатального здоровья. Финансовую поддержку предоставили Управление по вопросам населения, Центра по вопросам населения, Здравоохранения и Питания /Глобальных программ, Бюро поддержки на местах и исследовательских работ /Отдел CMT (USAID), согласно условиям гранта No. HRN-A-00-98-00041-00, и Управлением по вопросам населения, Центром по вопросам населения, Здравоохранения и Питания /Глобальных программ, Бюро поддержки на местах и исследовательских работ /Отдел CMT (USAID), согласно условиям гранта No. HRN-A-00-98-00043-00.



**Единые подходы к оказанию помощи  
при беременности и в родах**

**ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ  
ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ  
БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ**

Руководство для врачей и акушерок

Редактор русского издания Могилевкина И.А.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|   |            |
|---|------------|
| Оглавление.....   | ii         |
| Предисловие.....  | iv         |
| Вступление.....   | v          |
| Как пользоваться настоящим руководством.....  | vi         |
| Условные сокращения.....  | viii       |
| Список диагнозов.....   | ix         |
| <b>А. Раздел 1. Клинические основы.....</b>   | <b>A-1</b> |
| Быстрая первичная оценка.....   | A-2        |
| Основные принципы оказания помощи.....  | A-17       |
| Клиническое использование крови, компонентов крови и кровезаменителей.....                        | A-24       |
| Антибиотикотерапия.....   | A-35       |
| Анестезия и аналгезия.....  | A-37       |
| Правила проведения оперативных вмешательств.....  | A-47       |
| Нормальные роды и родоразрешение.....   | A-56       |
| <b>В. Раздел 2. Симптомы.....</b>   | <b>B-1</b> |
| Шок.....  | B-2        |
| Вагинальное кровотечение в ранние сроки беременности.....   | B-8        |
| Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности и в родах.....                              | B-18       |
| Вагинальное кровотечение после родоразрешения.....  | B-26       |
| Головная боль, нарушение зрения, судороги или потеря сознания, высокое артериальное давление..... | B-36       |
| Ведение женщин с индуцированной беременностью гипертензией.....                                   | B-42       |
| Неудовлетворительный прогресс родов.....  | B-59       |
| Неправильное положение и предлежание плода.....   | B-70       |
| Дистоция плечиков плода (затруднение при рождении плечевого пояса).....                           | B-83       |
| Роды при перерастянутой матке.....  | B-86       |
| Роды при наличии рубца на матке.....  | B-91       |
| Дистресс плода в родах.....   | B-93       |
| Выпадение пуповины.....   | B-95       |
| Высокая температура (лихорадка) во время беременности и родов.....                                | B-97       |
| Высокая температура после родоразрешения.....   | B-105      |
| Боль в животе в ранние сроки беременности.....  | B-113      |
| Боль в животе в поздние сроки беременности и после родоразрешения.....                            | B-117      |
| Затрудненное дыхание.....   | B-123      |
| Отсутствие движений плода.....  | B-128      |
| Преждевременный разрыв плодного пузыря.....   | B-131      |
| Неотложные состояния и проблемы новорожденного.....   | B-136      |
| <b>С. Раздел 3. Процедуры.....</b>  | <b>C-1</b> |
| Парацервикальная анестезия.....   | C-2        |
| Пудендальная анестезия.....   | C-4        |
| Местная анестезия при кесаревом сечении.....  | C-8        |
| Спинальная (субарахноидальная) анестезия.....   | C-11       |
| Вакуум-экстракция.....  | C-26       |
| Акушерские щипцы.....   | C-31       |
| Роды при тазовом предлежании.....   | C-34       |
| Ручная вакуумная аспирация (РВА).....   | C-61       |

|   |       |
|---|-------|
| Ручное удаление плаценты .....                          | C-72  |
| Восстановление разрывов шейки матки .....               | C-76  |
| Восстановление разрывов влагалища и промежности .....   | C-77  |
| Коррекция выворота матки .....                          | C-85  |
| Восстановление целостности матки после ее разрыва ..... | C-89  |
| Перевязка маточной и маточно-яичниковой артерии .....   | C-93  |
| Послеродовая гистерэктомия .....                        | C-96  |
| Сальпингэктомия при внематочной беременности .....      | C-101 |
| D. Раздел 4. Приложения .....                           | D-1   |
| Приложение 1 .....                                      | D-2   |
| Приложение 2 .....                                      | D-5   |
| Приложение 3 .....                                      | D-36  |

## ПРЕДИСЛОВИЕ

В поддержку Инициативы «Безопасное Материнство» Стратегия ВОЗ по Обеспечению Безопасной Беременности фокусирует свое внимание на вкладе сектора здравоохранения в сокращение уровня материнской и детской смертности.

Руководство «Единые подходы к оказанию помощи при беременности и в родах» является техническим компонентом упомянутой выше стратегии и разработано, главным образом, для

- повышения квалификации работников здравоохранения путем адаптирования к местным условиям правил и стандартов по ведению беременности и родов на различных уровнях системы здравоохранения;
- проведения мероприятий по повышению качества помощи, оказываемой беременным женщинам и их новорожденным и повышения уровня обслуживания в лечебных учреждениях районного уровня, включая обеспечение квалифицированным персоналом, материально-техническое обеспечение, обеспечение расходными материалами и оборудованием;
- просвещения в области здравоохранения и поддержки мероприятий, повышающих ответственность и внимание семьи и общества к процессу беременности и родов.

Настоящее руководство вместе с руководством по оказанию помощи недоношенным и больным новорожденным, написано для акушерок и врачей, работающих в районных больницах (лечебных учреждениях второго уровня). Это руководство является дополнением и продолжением практического руководства по уходу во время беременности и родов, которое, в основном, было подготовлено для учреждений первичного уровня здравоохранения. Эти пособия представляют собой практические руководства для работников здравоохранения, которые несут ответственность за оказание помощи беременным женщинам и новорожденным на всех уровнях системы здравоохранения.

Способы лечения, описанные в пособиях, основаны на последних достижениях науки. Учитывая тот факт, что научно обоснованная медицина является основой для клинической практики, планируется обновлять данные, изложенные в руководстве, по мере поступления новой информации.

Мы надеемся, что данное руководство будет использовано в интересах пациентов и сможет помочь акушеркам и врачам при столкновении с неотложными акушерскими проблемами.

## ВСТУПЛЕНИЕ

Несмотря на то, что большинство беременностей и родов протекают без каких-либо осложнений, все случаи беременности сопряжены с определенным риском. Примерно у 15% беременных женщин развивается патология, угрожающая жизни, которая требует квалифицированной медицинской помощи, а в некоторых случаях и неотложного вмешательства.

Это руководство написано для акушерок и врачей районных больниц, которые несут ответственность за оказание помощи женщинам с осложнениями при беременности, в родах или в послеродовом периоде, включая проблемы периода новорожденности.

Акушерки и врачи, помимо той помощи, которой они обеспечивают женщин в медицинских учреждениях, играют особую роль в установлении отношений с

- работниками здравоохранения на уровне района, включая вспомогательных и многоцелевых работников здравоохранения;
- членами семьи пациентов;
- руководителями района;
- населением, требующим особого внимания (подростки, женщины с ВИЧ/СПИД).

Акушерки и врачи

- поддерживают мероприятия по усовершенствованию всех районных служб здравоохранения;
- борются за повышение эффективности и надежности работы систем своевременной перетранспортировки пациентов в лечебные учреждения более высокого уровня ;
- следят за качеством услуг здравоохранения;
- выступают за совместное участие общественности в разрешении вопросов здравоохранения.

Районная больница - это то медицинское учреждение, которое может оказывать квалифицированную помощь, включая оперативные роды и переливание крови. Хотя для проведения многих из перечисленных в руководстве процедур необходимо специальное оборудование и специально подготовленный персонал, следует отметить, что многие из описанных здесь мероприятий по спасению жизни, могут быть проведены в лечебных учреждениях первичного уровня .

## КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ НАСТОЯЩИМ РУКОВОДСТВОМ

Женщине с угрожающими ее жизни акушерскими осложнениями необходимо срочно поставить диагноз и оказать помощь. Поэтому основной текст настоящего пособия организован по симптомам (например: «Вагинальное кровотечение в ранние сроки беременности»). Так как такое, основанное на симптомах, представление материала отличается от принятого в большинстве медицинских учебников, организованных по нозологическим единицам (заболеваниям), мы предоставляем список диагнозов с указанием страниц.

Акцент делается на быструю оценку и незамедлительное принятие решения. Лечебные мероприятия основаны на клинической оценке, базирующейся на ограниченном наборе лабораторных и других тестов, что в большинстве случаев осуществимо в лечебных учреждениях любого уровня (например, в районных больницах или учреждениях первичного уровня здравоохранения).

В Разделе 1 представлены клинические принципы оказания помощи женщинам с осложнениями во время беременности и в родах. Раздел начинается с таблицы, которая поможет медицинскому работнику быстро оценить состояние женщины и начать необходимое лечение. Этот раздел включает основные принципы оказания помощи при неотложных состояниях, общий и операционный уход, включая предупреждение инфекций, использование крови и кровезаменителей, применение антибиотиков, анестезии и анальгезии. Описание течения нормальных родов, включая использование партограммы и активное ведение третьего периода родов, представлено в разделе для того, чтобы дать медицинскому работнику информацию, необходимую для проведения дифференциальной диагностики между нормальным и патологическим течением родов. Кроме того, представлена информация по первичному уходу за новорожденными без какой-либо патологии. Раздел включает информацию по оказанию эмоциональной поддержки женщине, ее семье и подчеркивает связь между медицинскими работниками и общественностью.

В Разделе 2 описаны симптомы, встречающиеся у женщин с осложнениями беременности и родов. Симптомы отражают основные причины смертности и заболеваемости. Для каждого симптома предлагается основная и первичная тактика оказания помощи. Диагностические таблицы помогают установить диагноз на основе имеющихся симптомов. Далее следуют простейшие протоколы оказания помощи для каждого диагноза. Там, где существует несколько подходов к лечению, выбран наиболее эффективный и наименее дорогостоящий. В разделе также представлена информация по оказанию помощи при неотложных состояниях (в течение первых 24 часов) и в случае проблем с новорожденным.

Раздел 3 описывает процедуры, которые могут быть необходимы при оказании помощи при различных состояниях. Описание этих процедур имело своей целью не столько подробно изложить все действия, сколько коротко представить основные шаги, связанные с каждой процедурой. Так как основные правила проведения операций были кратко изложены в Разделе 1, в этом разделе мы не повторяем эти данные для каждой процедуры, за исключением тех случаев, которые требуют особого внимания (например, послеоперационный уход при анестезии кетаминном). Представлено также четкое руководство по применению лекарственных препаратов и их дозировке, широкий спектр препаратов для анестезии (например, кесарево сечение

под местной анестезией), а также безопасные, эффективные и недорогие технологии (например, ушивание матки однорядным швом).

Раздел 4 содержит список лекарственных препаратов и предметный указатель. Предметный указатель организован таким образом, что его можно использовать в экстренных ситуациях для быстрого нахождения необходимого материала. Наиболее важная информация, содержащая диагнозы, принципы оказания помощи и проведения процедур, представлена жирным шрифтом. Другие данные представлены в алфавитном порядке. Включены только те страницы, которые содержат важную и необходимую информацию, а не те страницы, в которых просто упоминается данное слово или фраза.

## УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

|      |  |
|------|--|
| СПИД | синдром приобретенного иммунодефицита человека |
| ДРК  | дородовое кровотечение                         |
| АД   | артериальное давление                          |
| ВИЧ  | вирус иммунодефицита человека                  |
| В/м  | внутримышечно                                  |
| ПИ   | предупреждение инфекций                        |
| ВМС  | внутриматочное средство                        |
| В/в  | внутривенно                                    |
| ВЗТ  | воспалительные заболевания таза                |
| ПРК  | послеродовое кровотечение                      |
| ЗППП | заболевания, передающиеся половым путем        |
| дл   | децилитр                                       |
| г    | грамм  |
| кг   | Килограмм                                      |
| л    | литр   |
| мкг  | микрограмм                                     |
| мг   | миллиграмм                                     |
| мл   | миллилитр                                      |

## СПИСОК ДИАГНОЗОВ

|   |       |
|---|-------|
| Нормальные роды и родоразрешение                          | A 56  |
| Шок   | B 2   |
| Патологический сердечный ритм плода                       | B 93  |
| Аборт   | B 9   |
| Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты | B 19  |
| Острый пиелонефрит  | B 97  |
| Амнионит  | B 131 |
| Анемия, тяжелая   | B 123 |
| Аппендицит  | B 113 |
| Атония матки  | B 28  |
| Инфекции молочной железы                                  | B 106 |
| Нагрубание молочной железы                                | B 106 |
| Тазовое предлежание                                       | B 76  |
| Бронхиальная астма  | B 123 |
| Лобное предлежание  | B 74  |
| Диспропорция таза матери и головки плода                  | B 59  |
| Хроническая гипертензия                                   | B 39  |
| Коагулопатия  | B 20  |
| Предлежание ручки   | B 75  |
| Цистит  | B 98  |
| Эклампсия   | B 39  |
| Внематочная беременность                                  | B 9   |
| Энцефалит   | B 40  |
| Эпилепсия   | B 40  |

|  |       |
|--|-------|
| Многоводие                                       | В 86  |
| Лицевое предлежание                              | В 74  |
| Ложные роды                                      | В 59  |
| Смерть плода                                     | В 129 |
| Дородовое кровотечение                           | В 18  |
| Послеродовое кровотечение                        | В 28  |
| Сердечная недостаточность                        | В 124 |
| Неадекватная активность матки                    | В 59  |
| Раневая инфекция                                 | В 106 |
| Выворот матки                                    | В 28  |
| Крупный плод                                     | В 86  |
| Малярия, тяжелая/осложненная                     | В 40  |
| Малярия неосложненная                            | В 98  |
| Меконий  | В 93  |
| Менингит   | В 40  |
| Метрит   | В 106 |
| Мигрень  | В 40  |
| Пузырный занос                                   | В 9   |
| Многоплодная беременность                        | В 86  |
| Абсолютно клинически узкий таз                   | В 59  |
| Задний вид затылочного предлежания               | В 72  |
| Поперечный (средний) вид затылочного предлежания | В 73  |
| Киста яичника                                    | В 114 |
| Тазовый абсцесс                                  | В 106 |
| Перитонит  | В 106 |
| Предлежание плаценты                             | В 19  |

|  |       |
|--|-------|
| Пневмония  | В 124 |
| Преэклампсия, легкая или тяжелая                               | В 39  |
| Индукцированная беременностью гипертензия                      | В 39  |
| Преждевременный разрыв плодного пузыря                         | В 131 |
| Преждевременные роды   | В 118 |
| Выпадение пуповины   | В 95  |
| Затянувшаяся латентная фаза родов                              | В 59  |
| Затянувшийся потужной период                                   | В 59  |
| Задержка отделения плаценты или ее долек                       | В 28  |
| Разрыв матки   | В 19  |
| Рубец на матке   | В 91  |
| Запущенное поперечное положение плода<br>(предлежание плечика) | В 75  |
| Дистоция плечиков плода  | В 83  |
| Разрывы шейки матки и влагалища                                | В 28  |
| Столбняк   | В 39  |
| Поперечное положение плода.                                    | В 76  |



---

**А. Раздел 1.**

**Клинические основы**

---

## БЫСТРАЯ ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА

Когда у женщины детородного возраста возникают проблемы, быстро оцените ее состояние для определения тяжести заболевания.

Таблица С- 1. Быстрая первичная оценка<sup>1</sup>

| Оцените  | Опасные признаки  | Дифференциальная диагностика   |
|--|---|--|
| Проходимость дыхательных путей и дыхание   | <b>Имеется ли:</b><br>цианоз (синюшность)<br>одышка<br><br><b>Обследуйте:</b><br>кожу: бледность<br>легкие: свистящее дыхание<br>или хрипы                                      | Тяжелая анемия<br>Сердечная недостаточность<br>Пневмония<br>Астма<br>См.: Затруднение при дыхании, стр. В 135.             |
| Кровообращение (признаки шока)   | <b>Обследуйте:</b><br><br>кожу: холодная и влажная<br><br>пульс: частый (110 в минуту или более) и слабый<br>артериальное давление:<br>низкое (систолическое ниже 90 мм рт.ст.) | См.: Шок, стр. В 2.  |
| Вагинальное кровотечение (в ранние или поздние сроки беременности или после родов) | <b>Спросите:</b><br>имеет ли место беременность и если да, то какой срок беременности<br>были ли недавно роды<br>родилась ли плацента   | Аборт<br>Внематочная беременность<br>Пузырный занос<br>См.: Вагинальное кровотечение в раннем сроке беременности, стр. В-8 |

---

<sup>1</sup> Эта таблица не охватывает все возможные проблемы, с которыми может столкнуться женщина во время беременности и в послеродовом периоде. Она предназначена для идентификации ситуаций, при которых риск материнской заболеваемости и смертности очень высок.

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | <p><b>Обследуйте:</b><br/> вуву: величину кровотоечения, задержку плаценты, видимые разрывы;<br/> матку: атония;<br/> мочевой пузырь: целостность.</p>  | <p>Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты<br/> Разрыв матки<br/> Предлежание плаценты<br/> См.: Вагинальное кровотечение в позднем сроке беременности и в родах, стр. В-18</p>  |
|   | <p><b>Не проводите влагалищное исследование в этом случае</b></p>   | <p>Атония матки<br/> Разрывы шейки матки и влагалища<br/> Задержка плаценты<br/> Выворот матки<br/> См.: Вагинальное кровотечение после родов , стр. В-26</p>  |
| <p>Уровень сознания или наличие судорог</p> | <p><b>Спросите:</b><br/> имеет ли место беременность и если да, то какой срок беременности</p> <p><b>Обследуйте:</b><br/> артериальное давление: высокое (диастолическое 90 мм рт. ст. или выше)<br/> температура: 38°C или выше</p>  | <p><b>Эклампсия</b><br/> Малярия<br/> Эпилепсия<br/> Столбняк</p> <p>См.: Судороги или потеря сознания, стр. В-36</p>  |
| <p>Опасное повышение температуры</p>        | <p><b>Спросите:</b><br/> есть ли слабость, сонливость<br/> имеется ли частое, болезненное мочеиспускание</p> <p><b>Обследуйте:</b><br/> температура: 38°C или выше<br/> бессознательное состояние<br/> шея: ригидность<br/> легкие: поверхностное дыхание, уплотнение легочной ткани<br/> живот: резкая болезненность<br/> влагалище: гнойные выделения<br/> молочная железа: болезненность</p> | <p>Инфекции мочевыводящих путей</p> <p>Малярия</p> <p>См.: Высокая температура во время беременности и родов, стр. В-97<br/> Метрит<br/> Абсцесс таза<br/> Перитонит<br/> Инфекция молочной железы<br/> См.: Высокая температура после родов, стр. В-105<br/> Осложнения после аборта<br/> См.: Вагинальное кровотечение в раннем сроке беременности, стр. В 123.<br/> Пневмония</p> |

|               |  |  |
|---------------|--|--|
|               |  | См.: Затруднение дыхания, стр. В-123   |
| Боль в животе | <p><b>Спросите:</b><br/>имеет ли место беременность и если да, то какой срок беременности</p> <p><b>Обследуйте:</b><br/>артериальное давление: низкое (систолическое ниже 90 мм рт.ст.)<br/>пульс: частый (110 в минуту или более)</p> <p>температура: 38°C или выше<br/>матка: беременная матка</p> | <p>Киста яичника<br/>Аппендицит<br/>Внематочная беременность<br/>См.: Боль в животе в ранние сроки беременности, стр. В-113<br/>Возможны срочные или преждевременные роды<br/>Амнионит<br/>Преждевременная отслойка плаценты<br/>Разрыв матки<br/>См.: Боль в животе в поздние сроки беременности и после родов , стр. В-117</p> |

Кроме того, женщина заслуживает немедленного внимания, если у нее есть любой из нижеперечисленных признаков:

- видимые слизистые выделения с примесью крови в случае пальпируемого повышения тонуса матки;
- разрыв плодных оболочек;
- бледность;
- слабость;
- обморок;
- сильная головная боль;
- нарушение зрения;
- рвота;
- высокая температура;
- одышка.

Такая женщина должна быть принята вне очереди, и лечение должно быть начато немедленно.

---

## Обеспечение быстрой первичной оценки

Быстрое начало лечения требует немедленной ориентации в специфических проблемах и быстрых действий. Это может быть достигнуто

- подготовкой всего персонала, включая служащих, охрану, швейцаров или телефонистов, действовать по согласованному плану («ургентный звонок» , призыв о помощи), когда в больницу привозят женщину с акушерскими осложнениями или патологией беременности, или когда больница заранее предупреждена о том, что везут такую женщину;
- обучением персонала всех уровней лечебным и неотложным мероприятиям для обеспечения их готовности к оказанию помощи; обеспечением свободы доступа к оборудованию (ключи в доступном месте), нахождением оборудования в рабочем состоянии (ежедневные проверки) и умением персонала пользоваться им;
- разработкой методик и протоколов (и обучением, как ими пользоваться) для выявления действительно экстренных случаев и умения действовать незамедлительно;
- четким определением того, какие женщины в приемном отделении – даже из тех, кто пришел на обычный осмотр – требуют незамедлительного внимания со стороны медицинских работников и потому должны обслуживаться вне очереди (принятием решения о том, что женщина в родах или у беременной женщины имеются проблемы, которые упоминались на стр.2 Таблица С- 1, и она должна быть немедленно осмотрена медицинскими работниками);
- согласованием схем, по которым женщины в критическом состоянии могут обслуживаться бесплатно, по крайней мере, временно (схемы местного страхования, фонды управления здравоохранения для оказания неотложной помощи).

## Беседы с женщинами и их семьями

Обычно беременность – это время радости и ожидания. И в то же время она, конечно, может быть временем беспокойства и тревоги. Эффективное проведение бесед с женщиной и ее семьей может помочь укрепить уверенность и доверие женщины к тем людям, которые следят за ее состоянием.

У женщин с осложненным течением беременности могут возникнуть трудности при общении с работниками здравоохранения в объяснении своих проблем. Задачей всей команды медицинских работников является уважительное общение с женщиной с тем, чтобы успокоить ее. Сфокусированная на женщине помощь означает, что работники здравоохранения и весь персонал медицинских учреждений

- уважают достоинство женщины и ее право на конфиденциальность;
- внимательно и ответственно подходят к нуждам женщины;

- 
- уважительно и без осуждения относятся к тем решениям, которые принимает женщина и ее семья в отношении ее лечения;

Понятно, что нельзя соглашаться с небезопасным поведением женщины или ее решениями, которые могут привести к запоздалому обращению за помощью. Однако, **недопустимо** показывать свое неуважение к женщине или безразличие к тем медицинским проблемам, которые явились результатом ее неправильного поведения. Объясните женщине ее проблемы и дайте консультативные советы уже после того, как с осложнениями удалось справиться, а не до или во время разрешения проблемы.

## **Права женщин**

Работники здравоохранения должны знать те права, которыми наделены женщины при получении медицинских услуг:

- Каждая женщина, получающая лечение, имеет право на информацию о своем здоровье.
- Каждая женщина имеет право обсуждать все, что ее волнует в том окружении, в котором она чувствует себя наиболее уверенно.
- Женщина должна знать заранее о той процедуре, которую ей должны провести.
- Процедуры должны проводиться в такой обстановке (например, родовая палата), в которой учитывается право женщины на конфиденциальность.
- При пользовании услугами учреждения, женщина должна чувствовать себя комфортно, насколько это возможно.
- Женщина имеет право выразить свое мнение относительно тех услуг, которые ей предоставляются.

Когда работник здравоохранения разговаривает с женщиной о ее беременности или об осложнениях, он/она должен использовать общедоступную лексику и базовую технику ведения разговора. Это поможет работнику установить искренние, внимательные и доверительные отношения с женщиной. Если женщина доверяет работнику и чувствует, что он/она искренне переживает за нее, она, скорее всего, вернется рожать в это учреждение или, при возникновении каких-либо осложнений, обратится сюда немедленно.

## **Техника ведения разговора**

Разговаривайте в спокойной, тихой манере и уверьте женщину, что разговор конфиденциален. Внимательно относитесь к культурным или религиозным моментам и уважайте ее взгляды. Кроме того, работники здравоохранения должны

- убедить женщину и ее семью говорить откровенно и подробно обо всех событиях, предшествовавших осложнению;

- 
- выслушивать то, что говорит женщина и члены ее семьи, особенно то, что их волнует, стараться не перебивать;
  - уважительно относиться к чувству стыдливости, закрывая дверь или шторы вокруг стола, где проводится осмотр;
  - дать женщине понять, что ее слушают и понимают;
  - использовать подтверждающие жесты или мимику, такие как, например, кивок или улыбку;
  - отвечать на вопросы женщины прямо, в спокойной и обнадеживающей манере;
  - объяснить, какие шаги следует предпринять для того, чтобы справиться с ситуацией или осложнениями;
  - попросить женщину повторить вам ключевые моменты вашего разговора, для того чтобы убедиться в ее понимании.

Если женщина должна подвергнуться хирургической процедуре, объясните ей суть этой процедуры и риски, связанные с ней, и помогите уменьшить чувство тревоги. Женщины, которые сильно нервничают, тяжелее переносят саму операцию и период восстановления после нее.

За более подробной информацией относительно оказания эмоциональной поддержки в экстренных случаях обратитесь к странице А-7.

## **Эмоциональная и психологическая поддержка**

Кризисные ситуации часто очень волнуют всех, кто в них вовлечен, и вызывают эмоции, которые могут иметь серьезные последствия.

### Эмоциональные и психологические реакции

То, как каждый член семьи реагирует на кризисную ситуацию, зависит от

- семейного статуса женщины и ее взаимоотношений со своим партнером;
- социальной ситуации женщины/пары, их культурных и религиозных традиций, верований и ожиданий;
- личностных качеств вовлеченных людей, особенностей и качества социальной, практической и эмоциональной поддержки;
- сути, тяжести проблемы и прогноза, а также качества и доступности услуг здравоохранения.

Общие реакции на акушерские кризисные состояния или смерть включают в себя

- 
- отказ верить (чувство «этого не может быть»);
  - чувство вины за свою возможную ответственность;
  - гнев (часто направленный на персонал медучреждений, который зачастую является замаскированным гневом родителей на самих себя за «неудачу»);
  - чувство неуверенности (особенно, если пациент в течение какого-то времени находился между жизнью и смертью);
  - депрессию и потерю самооценки, что может иметь длительные последствия;
  - самоизоляцию (чувство уникальности собственной проблемы или ощущение оторванности от остальных людей), которое может быть усугублено работниками здравоохранения, избегающими людей, переживших жизненные потери;
  - дезориентацию.

#### Основные принципы общения и поддержки

Хотя каждая критическая ситуация уникальна, существуют основные принципы, представленные ниже. Общение и искреннее сопереживание являются наиболее важными составляющими для эффективного лечения в таких ситуациях.

#### В момент события

- Выслушайте пострадавших. У женщины/семьи может возникнуть необходимость поговорить о своем горе.
- Не меняйте тему разговора и постепенно переходите на более легкие и менее болезненные темы разговора. Показывайте свое сочувствие.
- Расскажите женщине/членам семьи как можно больше о том, что происходит. Понимание ситуации и возможность управлять ею помогут снизить чувство тревоги и подготовить их к тому, что будет дальше.
- Будьте откровенны. Не бойтесь признаться в том, чего вы не знаете. Старайтесь скорее поддерживать доверительные отношения, нежели демонстрировать свои знания.
- Если существует языковой барьер, мешающий общению, найдите переводчика.
- Не перекладывайте решение проблемы на медицинских сестер или молодых докторов.
- Убедитесь, что у женщины есть близкий человек, которого она выбрала сама, и, если это возможно, позаботьтесь чтобы один и тот же человек

---

оказывал помощь женщине на протяжении родов. Поддержка близкого человека поможет женщине справиться со страхом и болью, а также снизит чувство одиночества и дискомфорта.

- Обеспечьте активное участие партнера в уходе за женщиной там, где это возможно. Поставьте партнера у изголовья кровати, чтобы он мог сконцентрироваться на обеспечении эмоциональных потребностей женщины.
- Во время и после события обеспечьте конфиденциальность для женщины и членов ее семьи.

#### После события

- Оказывайте практическую помощь, информационную и эмоциональную поддержку.
- Уважительно относитесь к обычаям и традициям и старайтесь как можно дальше отодвинуть разрешение всех семейных проблем.
- Предоставляйте консультации женщине/членам ее семьи по всем интересующим вопросам.
- Объясняйте суть проблемы, для того чтобы снять чувство тревоги и вины. Многие женщины/семьи обвиняют себя во всем случившемся.
- Внимательно выслушивайте женщину и показывайте понимание ее ощущений и свою сопричастность к ним. Мимика, жесты иногда информативнее слов: пожатие руки или внимательный взгляд могут очень многое сказать.
- Повторите информацию несколько раз и представьте ее в письменной форме, если это возможно. Люди, оказавшиеся в критической ситуации, как правило, не помнят того, что им говорили.
- Работники здравоохранения сами могут испытывать чувство гнева, вины, сожаления, боли и неудовлетворенности перед лицом акушерских патологий, что может привести к тому, что они будут стремиться избегать женщину/семью. Помните, показывая свои чувства, вы не выглядите слабым.
- Не забывайте, что остальные работники тоже могут испытывать чувство вины, сожаления, замешательства и другие эмоции.

---

## Материнская смертность и заболеваемость

### Материнская смертность

Смерть женщины в родах или от осложнений, связанных с течением беременности, опустошающе воздействует на семью и отражается на выживших детях. Помимо принципов, изложенных выше, запомните следующее:

#### *В момент события*

- Оказывайте психологическую поддержку, пока женщина в сознании или имеет смутное представление о том, что может произойти.
- Если смерть неизбежна, обеспечьте скорее эмоциональный и духовный комфорт, нежели концентрируйтесь на оказании срочной (уже бесполезной) медицинской помощи.
- Обеспечьте уважительное отношение и достойное лечение, даже если женщина без сознания или уже умерла.

#### *После события*

- Оставьте партнера или семью наедине с ней.
- Помогите семье в организации похорон, если это возможно, и обеспечьте их всеми необходимыми документами.
- Объясните, что произошло, и ответьте на вопросы. Дайте возможность семье задать дополнительные вопросы.

### Серьезные заболевания матери

Рождение ребенка иногда сопровождается серьезными физическими или психологическими травмами .

#### *В момент события*

- Вовлекайте женщину и ее семью в процесс родов, если это возможно, особенно если это не противоречит культурным обычаям.
- Позаботьтесь об эмоциональной и информационной поддержке женщины и ее партнера со стороны персонала, если это возможно.

#### *После события*

- Четко объясните ситуацию и способы лечения, так чтобы женщина и ее партнер все понимали.
- Организуйте лечение или переправьте женщину в лечебное учреждение более высокого уровня .

- 
- Составьте график посещения женщиной лечебного учреждения после выписки из стационара для того, чтобы следить за развитием ситуации и обсуждать возможные варианты ее решения.

## **Неонатальная смертность или заболеваемость**

- Наряду с использованием общих принципов оказания эмоциональной поддержки женщинам, перенесшим акушерскую патологию, в случае, когда ребенок погибает или рождается с патологией, необходимо учитывать некоторые специфические факторы.

### *Внутриутробная смерть или мертворождение*

Многие факторы определяют реакцию женщины на смерть ребенка. Помимо перечисленного выше, они включают также

- предыдущий акушерский и соматический анамнез ;
- степень «желанности» ребенка;
- события, сопутствующие рождению ребенка, и причину смерти;
- наличие предыдущего опыта мертворождения.

### *В момент события*

- Избегайте использования седативных препаратов для того, чтобы помочь женщине справиться с ситуацией. Седативные препараты могут отсрочить восприятие факта смерти, а позже снова оживить в памяти случившееся как часть процесса эмоционального восстановления, что усугубит ситуацию.
- Дайте возможность родителям наблюдать за теми усилиями, которые были предприняты врачами и всем персоналом для спасения их ребенка.
- Поддержите желание женщины/пары увидеть и подержать ребенка, что поможет справиться с их горем.
- Подготовьте родителей к возможно неожиданному виду ребенка (красный, сморщенный, шелушащаяся кожа). При необходимости заверните ребенка так, чтобы он, на первый взгляд, выглядел как можно более нормально.
- Не забирайте ребенка у женщины слишком быстро (пока она не скажет, что готова), так как это может усугубить ее страдания и отсрочить осознание случившегося.

### *После события*

- Позвольте женщине/семье остаться с ребенком. Родители мертворожденного должны узнать своего ребенка.

- 
- Люди проявляют свое горе различными способами, но для многих важное значение имеют воспоминания. Предложите женщине/семье забрать, на память о ребенке, мелкие предметы, такие как, например, локон, бирка с именем.
  - Там, где принято давать имена детям при их рождении, предложите женщине/семье называть ребенка тем именем, которое они для него выбрали.
  - Позвольте женщине/семье подготовить своего ребенка к похоронам, если они этого хотят.
  - Поддерживайте местные правила захоронения и убедитесь, что медицинские процедуры (такие, как вскрытие) не противоречат им.
  - Обсудите случившееся и возможные меры по предотвращению похожего события в будущем, как с женщиной, так и с ее партнером.

#### Плодоразрушающие операции

Краниотомия или другие плодоразрушающие операции в случае мертвого плода могут вызвать стресс и потребовать дополнительной психологической помощи.

#### *В момент события*

- Наиболее важно объяснить матери и ее семье, что ребенок умер и главная задача - спасти мать.
- Настройте партнера на оказание поддержки матери, пока она находится под наркозом или действием седативных препаратов.
- Если во время процедуры мать полностью или частично находится в сознании, избавьте ее от созерцания всей процедуры и ребенка.
- После окончания всех процедур, дайте матери/семье возможность увидеть и/или подержать ребенка, если они этого захотят, особенно, если семья берет на себя захоронение ребенка.

#### *После события*

- Разрешите партнеру женщины посещать ее без каких-либо ограничений.
- Поговорите с женщиной и ее партнером и убедите их в том, что альтернативы не было.
- Организуйте посещение семьи врачом через несколько недель после случившегося с тем, чтобы ответить на вопросы и подготовить женщину к последующей беременности (или к невозможности/нежелательности другой беременности).

- 
- Обеспечьте информацией по планированию семьи , если это необходимо (Таблица S- 3, стр. B-14).

#### Рождение ребенка с патологией

Рождение ребенка с пороками развития является потрясением для родителей и семьи. Реакция может быть различной.

- Позвольте женщине увидеть и поддержать ребенка. Некоторые женщины принимают своего ребенка сразу, другие - некоторое время спустя.
- Разочарование, отрицание и удрученность – нормальные реакции, особенно если пороки развития не были предсказаны. Чувство несправедливости, отчаяния, депрессии, возбуждения, гнева и непонимания – обычны.

#### *В момент события*

- Дайте ребенка родителям сразу после родов. Возможность для родителей увидеть проблему сразу может сгладить трагичность ситуации.
- В случаях серьезных дефектов заверните ребенка перед тем, как передавать его матери таким образом, чтобы она сначала увидела нормальность ребенка. Не заставляйте мать смотреть на дефекты.
- По желанию женщины, обеспечьте постоянное пребывание партнера рядом с ней.

#### *После события*

- Если это возможно, поговорите о ребенке и его проблемах с матерью и семьей одновременно.
- Обеспечьте свободный доступ женщины и ее партнера к ребенку. Оставляйте ребенка с матерью. Чем больше женщина и ее партнер смогут сами сделать для ребенка, тем быстрее они признают его своим.
- Обеспечьте доступ для групп поддержки и профессионалов .

## **Психологические проблемы**

Послеродовой эмоциональный дистресс – очень частое явление после беременности. Различают случаи от легкой послеродовой подавленности - меланхолии (около 80% женщин) - до послеродовой депрессии или психоза. Послеродовой психоз может вызвать угрозу для жизни матери или ребенка.

#### Послеродовая депрессия

До 34% женщин страдают послеродовой депрессией в первые недели или месяцы после родов, которая может продолжаться в течение года или более. Депрессия не

---

всегда является ведущим патологическим симптомом, хотя обычно бывает явно выражена. Другие симптомы включают истощение, раздражительность, плаксивость, пониженную энергию и мотивацию, чувство беспомощности и безнадежности, потерю либидо и аппетита, нарушения сна. Могут отмечаться головная боль, астма, боль в спине, вагинальные выделения, боли в животе. Симптомы могут включать навязчивые мысли, страх навредить ребенку или себе, суицидальные мысли и деперсонализацию.

При ранней постановке диагноза и лечении прогноз в случае послеродовой депрессии является положительным. Более двух третей женщин излечиваются в течение одного года. Присутствие партнера при родах может предотвратить возникновение послеродовой депрессии.

После диагностирования послеродовая депрессия требует психологических консультаций и практической помощи. Главное - это

- оказание психологической поддержки и практической помощи (в уходе за ребенком и заботах по дому);
- умение выслушать женщину и оказать ей необходимую помощь и поддержку;
- убеждение женщины в том, что такое случается со многими женщинами;
- помощь матери в пересмотре образа материнства и помощь паре в переосмыслении их новых ролей в качестве родителей. Им может понадобиться внести некоторые изменения в их планы и деятельность;
- если имеет место тяжелая депрессия, рассмотрите возможность принятия антидепрессантов. Помните, что лекарственные препараты могут передаваться через молоко ребенку при грудном вскармливании. Переоцените целесообразность грудного вскармливания в данном случае.

Лечение может проводиться дома или в дневных стационарах. Наиболее ценна поддержка групп женщин, столкнувшихся со сходными проблемами.

### Послеродовой психоз

Послеродовой психоз обычно начинается в период родов, и им страдают менее 1% женщин. Причина неизвестна, хотя около половины женщин, страдающих психозом, имели психические расстройства в анамнезе. Признаками послеродового психоза являются внезапные приступы галлюцинаций и видений, бессонница, чрезмерное внимание к ребенку, глубокая депрессия, тревога, раздражительность, суицидальные приступы и приступы детоубийства.

Иногда женщина может продолжать обеспечивать уход за ребенком. Прогноз излечения хороший, однако около 50% женщин после следующих родов будут страдать теми же симптомами. Главное это

- оказание психологической поддержки и практической помощи (в уходе за ребенком и заботах по дому);

- 
- умение выслушать женщину и оказать ей необходимую помощь и поддержку. Это очень важно для предотвращения трагических исходов;
  - снижение напряжения;
  - при нестабильном состоянии матери избегайте действий, способных вызвать утрированное проявление эмоций.
  - При применении антипсихотических препаратов помните, что лекарства передаются через молоко матери при грудном вскармливании и необходимо пересмотреть целесообразность грудного вскармливания.

## **Неотложные состояния**

Неотложные состояния могут возникнуть неожиданно, как, например, при судорогах, или развиться в результате осложнений при несвоевременном диагностировании и неверном лечении.

### Предупреждение неотложных состояний

Большую часть неотложных состояний можно избежать путем

- точного планирования;
- оказания помощи в строгом соответствии с клиническими протоколами;
- тщательного наблюдения за женщиной.

### Действия при неотложных состояниях

Эффективные и оперативные меры при неотложных состояниях предполагают, что каждый член команды специалистов клиники знает свою роль и действия всей команды в целом, что позволяет добиваться наиболее эффективных результатов. Члены команды должны также знать

- клинические ситуации, их диагностику и способы лечения;
- лекарства и их назначение, способы применения и побочные эффекты;
- оборудование, применяемое при неотложных состояниях, и уметь им пользоваться.

**Способность учреждения оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях достигается постоянной тренировкой навыков неотложной помощи.**

---

## Оказание первичной помощи

### При лечении неотложных состояний

- сохраняйте спокойствие. Думайте логически и акцентируйте свое внимание на нуждах женщины;
- не оставляйте женщину без внимания;
- возьмите женщину под наблюдение. Во избежание недоразумений стремитесь не оставлять только одного человека присматривать за женщиной;
- **ПОЗОВИТЕ НА ПОМОЩЬ.** Одного человека пошлите за помощью, а другого отправьте подготавливать неотложное оборудование и необходимые материалы (например, кислородный баллон, неотложный набор);
- если женщина без сознания, оцените проходимость дыхательных путей, дыхание и кровообращение;
- если предполагается шоковое состояние, немедленно начинайте лечение (стр.В-2). Даже если нет признаков шока, имейте его в виду при дальнейшей оценке состояния женщины, так как состояние может ухудшиться внезапно. Если развивается шоковое состояние, очень важно начать лечение немедленно;
- положите женщину на левый бок, подняв ноги. Ослабьте тесную одежду;
- разговаривайте с женщиной и помогайте ей сохранять спокойствие. Спросите, что случилось и что ее беспокоит;
- проведите быструю оценку состояния женщины, в т.ч., жизненно важные функции (артериальное давление, пульс, дыхание, температура) и цвета кожи. Определите размер кровопотери, оцените симптомы и признаки.

---

## ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

### Предупреждение инфекций

- Предупреждение инфекций (ПИ) имеет две основные задачи:
  - предотвратить инфицирование пациентов при оказании услуг;
  - минимизировать риск передачи таких серьезных заболеваний, как Гепатит В и ВИЧ/СПИД женщине и работникам учреждения, включая технический персонал и уборщиков.
- Рекомендуемые методики ПИ основаны на следующих принципах:
  - каждого человека (пациента или персонал) необходимо считать потенциально инфицированным;
  - мытье рук – основная процедура по предотвращению перекрестного заражения;
  - надевайте перчатки перед тем, как дотрагиваться до чего-либо влажного – поврежденной кожи, слизистой, крови или других жидкостей (секретов или экскретов);
  - используйте барьеры (защитные очки, маски или фартуки) при наличии опасности разбрызгивания капель каких-либо жидкостей организма (секретов или экскретов);
  - используйте безопасные методы работы, например, закрывайте колпачком иглы, правильно обрабатывайте инструменты и правильно утилизируйте использованные материалы.

### Мытье рук

- Тщательно трите все поверхности рук, используя обычное или бактерицидное мыло. Мойте их 15-30 секунд и обмывайте под проточной водой.
- Мойте руки
  - до и после осмотра женщины (или при непосредственном контакте);
  - после контакта с кровью или другими жидкостями организма (секретами или экскретами), даже если вы были в перчатках;
  - после снятия перчаток, так как перчатки могли быть повреждены.
- Руководители учреждений должны делать все возможное, чтобы обеспечить наличие мыла и проточной или запасной воды, а также одноразовых полотенец. Не используйте одно и то же полотенце вместе с кем-либо для вытирания рук.
- Мойте руки перед проведением хирургических процедур, см. стр. А-48.



| Процедура   | Рекомендуемые перчатки <sup>a</sup>        | Альтернативные перчатки <sup>b</sup>                    | Халат   |
|---|--|---|---|
| Анализ крови, начало в/в инфузии  | Для обследований <sup>c</sup>              | Глубоко продезинфицированные хирургические <sup>d</sup> | Нет   |
| Влагалищное исследование  | Для обследований                           | Глубоко продезинфицированные хирургические              | Нет   |
| Ручная вакуумная аспирация, дилатация шейки и выскабливание полости матки, кольпотомия, ушивание разрывов шейки матки и промежности   | Глубоко продезинфицированные хирургические | Стерильные хирургические                                | Нет   |
| Лапаротомия, кесарево сечение, гистерэктомия, ушивание разрывов матки, сальпингэктомия, перевязка маточной артерии, роды, двуручное сдавление матки, ручное отделение плаценты, коррекция выворота матки, инструментальные роды | Стерильные хирургические <sup>d</sup>      | Глубоко продезинфицированные хирургические              | Чистый, глубоко продезинфицированный или стерильный |
| Обработка и очистка инструментов  | Обычные <sup>e</sup>                       | Для обследований или хирургические                      | Нет   |
| Контакт с загрязненными   | Обычные                                    | Для обследований или хирургические                      | Нет   |

<sup>a</sup> Перчатки и халат не должны использоваться в случае измерения артериального давления, измерения температуры или в случае проведения инъекций.

<sup>b</sup> Альтернативные перчатки обычно более дорогие и требуют более длительной подготовки, чем рекомендуемые перчатки.

<sup>c</sup> Перчатки для обследования – одноразовые латексные перчатки. Если они многократного использования, их необходимо подвергнуть деконтаминации, очистке, стерилизации или глубокой дезинфекции перед употреблением.

<sup>d</sup> Высоко стерильные хирургические перчатки – это латексные перчатки плотно сидящие на руке.

<sup>e</sup> Обычные перчатки – толстые хозяйственные перчатки.

---

материалами,  
подлежащими  
утилизации

хирургические

---

Отмывание следов  
крови или жидкостей  
организма

Обычные

Для обследований или  
хирургические

Нет

---

## Обращение с острыми инструментами и иглами

Операционная и родильный зал

- Не оставляйте острые инструменты или иглы («острые предметы») вне «безопасных зон» (стр.А-51).
- Сопровождайте передачу острых предметов устными комментариями.

Подкожные иглы и шприцы

- Используйте иглу и шприц только один раз.
- Не разбирайте шприцы и иглы после их использования.
- Не снимайте колпачки, не сгибайте и не ломайте иглы перед выбрасыванием.
- Выбрасывайте иглы и шприцы в «не прокалываемые» контейнеры.
- Утилизируйте подкожные иглы, сжигая их.

**Примечание:** Там, где использование одноразовых игл и шприцев недоступно, надевайте колпачки одной рукой:

- поставьте колпачок на твердую, плоскую поверхность;
- держите шприц одной рукой и зацепите иглой колпачок;
- когда колпачок полностью сядет на иглу, держите иглу за основание, а другой рукой закрепите колпачок.

## Утилизация отходов

- Целью утилизации отходов является
  - предотвращение передачи инфекции персоналу больницы, который контактирует с ними;

- 
- предотвращение передачи инфекции населению;
  - защита тех, кто собирает отходы, от случайного заражения.
  - Неинфицированный мусор (например, бумага из офисов, коробки) не несет в себе риска распространения инфекции и может быть уничтожен в соответствии с общими правилами.
  - Правильное обращение с зараженными отходами (предметы, загрязненные кровью или другими органическими жидкостями) необходимо для снижения риска распространения инфекции среди персонала больницы и населения. Правильное обращение подразумевает
    - ношение хозяйственных перчаток;
    - транспортировку сильно загрязненных отходов в места переработки в специальных крытых контейнерах;
    - отправку всех острых предметов в «непрокальываемых» контейнерах;
    - осторожное выливание жидких отходов в канализацию или сливной туалет;
    - сжигание или захоронение сильно загрязненных твердых отходов;
    - мытье рук, перчаток и контейнеров после контакта с загрязненными отходами.

### **Начало внутривенной инфузии**

- Начинайте в/в инфузию (в две вены, если женщина в состоянии шока), используя канюлю (№16 или большего размера) или иглу большого диаметра.
- Вводите жидкости в/в (физиологический раствор или лактат Рингера) со скоростью, соответствующей состоянию женщины.

**Примечание:** Если женщина находится в состоянии шока, не используйте заменители плазмы (например, декстран). Не доказано, что заменители плазмы эффективнее физиологического раствора при выведении женщины из шока, кроме того, декстраны, назначаемые в больших дозах, могут быть вредными.

- Если периферическая вена не доступна, осуществите венесекцию (

---

Рисунок S- 1, стр.В-5).

## **Основные правила проведения процедур**

До начала проведения любой простой (нехирургической) манипуляции, необходимо

- собрать и подготовить все необходимое. Недостающие предметы могут стать причиной прерывания процедуры;
- объяснить женщине суть и необходимость проведения процедуры и получить ее согласие;
- обеспечить адекватное обезболивание в зависимости от характера планируемой процедуры. Определить продолжительность процедуры и подготовить соответствующие медикаменты (стр.А-37);
- уложить пациентку в удобное для проведения процедуры положение. Наиболее распространенное положение для проведения акушерских процедур – это положение на спине с поднятыми под прямым углом и разведенными бедрами (литотомическое) (Рисунок С- 1, стр.А-22).

### **Рисунок С- 1 Литотомическое положение**

- Вымойте руки мылом и водой (стр.А-17) и наденьте перчатки, соответствующие данной процедуре (Таблица С- 2, стр.А-18).
- Если для проведения процедуры влагалище и шейку матки необходимо обработать антисептиком (например, при ручной вакуумной аспирации),
  - помойте нижнюю часть живота и область промежности мылом и водой, если это необходимо;
  - осторожно введите глубоко дезинфицированное или стерильное зеркало во влагалище;
  - трижды обработайте влагалище и шейку, используя дезинфицированный, или стерильный, круглый зажим и тампоны, смоченные раствором антисептика (например, йодоформом, хлоргексидином).
- Если для подготовки проведения процедуры кожу необходимо обработать антисептиком (например, при симфизиотомии),
  - помойте операционное поле водой и мылом, если это необходимо;
  - нанесите раствор антисептика (например, йодоформ, хлоргексидин) три раза на обрабатываемую область, используя дезинфицированный или стерильный круглый зажим и тампоны. Если Вы держите тампон рукой в перчатке, будьте осторожны и не запачкайте перчатку, прикасаясь к необработанной коже;
  - начинайте с центра и обрабатывайте круговыми движениями к краям;

- 
- на границе стерильной области, избавьтесь от тампона.
  - Никогда не возвращайтесь к центру обработанного места одним и тем же тампоном. Держите руки и локти высоко, а хирургический халат подальше от операционного поля.

---

## **КЛИНИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КРОВИ, КОМПОНЕНТОВ КРОВИ И КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ**

При оказании акушерской помощи может потребоваться переливание крови. Важно правильно использовать кровь, компоненты крови и кровезаменители и знать основные правила, которые разработаны для того, чтобы помочь медицинским работникам решить, когда нужно (а когда нет) проводить трансфузию.

Использование компонентов крови считается оправданным тогда, когда переливание безопасных препаратов крови используется при лечении состояний, которые могут привести к серьезным заболеваниям или смерти и которые нельзя предотвратить или вылечить какими-либо другими способами.

Состояния, при которых может потребоваться переливание крови:

- послеродовое кровотечение, приведшее к шоку;
- потеря большого объема крови в случае оперативных родов;
- серьезная анемия, особенно на поздних сроках беременности или если она сопровождается сердечной недостаточностью.

**Примечание:** При анемии в ранние сроки беременности проведите патогенетическое лечение анемии (лечите причину) и назначьте препараты железа .

Районные больницы должны быть готовы к срочному переливанию крови. Акушерские отделения обязательно должны иметь в наличии запас препаратов крови, особенно резус-отрицательную кровь O(I) группы и свежезамороженную плазму, так как от этого может зависеть жизнь пациентов.

### **Ситуации, при которых применение препаратов крови не является необходимым**

При правильном применении переливание крови может спасти жизнь и сохранить здоровье. Как и при любом лечебном вмешательстве, переливание может, тем не менее, привести к острым или отсроченным осложнениям, а также несет в себе риск передачи инфекционных агентов. Эта процедура также довольно дорогостоящая, и на нее уходят дефицитные ресурсы.

- Не всегда есть необходимость проводить переливание крови ввиду того, что:
  - состояний, которые могут потребовать переливания, можно зачастую избежать путем профилактических мер или раннего начала лечения;
  - переливание цельной крови, эритроцитов или плазмы проводится часто для быстрой подготовки женщины к плановой операции или для того, чтобы побыстрее выписать ее из больницы. Другие способы лечения, например, в/в введение жидкостей, часто безопаснее, дешевле, а их эффективность не уступает переливанию крови (стр.А-31).

- 
- Неоправданное переливание может
    - подвергнуть женщину излишнему риску;
    - создать дефицит препаратов крови для тех женщин, которым они действительно необходимы. Кровь – это дорогой и дефицитный ресурс.

## **Опасности при переливании крови и ее компонентов**

Перед назначением переливания крови или ее компонентов женщине важно сравнить опасности переливания крови с опасностью для жизни женщины при отказе от переливания.

### Переливание цельной крови или эритроцитов

- Переливание эритроцитов несет в себе риск трансфузии несовместимой крови и развития тяжелой посттрансфузионной гемолитической реакции.
- Компоненты крови могут передавать инфекционные агенты от донора к реципиенту – включая ВИЧ, гепатит В, гепатит С, сифилис, малярию и болезнь Чагас (трипаносомоз).
- Любой препарат крови может оказаться зараженным бактериями и стать опасным, если его неправильно приготовили или хранили.

### Переливание плазмы

- Через плазму может быть передано большинство инфекций, присутствующих в цельной крови.
- Плазма может также вызвать трансфузионные реакции.
- Существует всего несколько прямых показаний для переливания плазмы (например, коагулопатия); обычно опасности переливания намного перевешивают возможную пользу для женщины.

### Безопасность переливания крови

- Риск, связанный с переливанием крови, можно снизить путем
  - эффективного заблаговременного подбора проверенных доноров;
  - проверки доноров на носительство инфекций, передающихся при переливании крови (например, ВИЧ/СПИД и гепатиты);
  - «программ, обеспечивающих повышение качества»;
  - переливания одногруппной крови высокого качества, проверки на совместимость, разделения компонентов крови, правильного хранения и транспортировки препаратов крови;

- 
- правильного клинического использования крови и ее препаратов.

#### Тестирование на наличие инфекционных агентов

- Каждую единицу донорской крови необходимо проверить на передающиеся при переливании инфекции, используя наиболее подходящие и эффективные тесты, в соответствии с национальной политикой и исходя из преобладания инфекционных агентов в крови потенциальных доноров.
- Всю донорскую кровь необходимо проверить на наличие
  - ВИЧ-1 и ВИЧ-2;
  - антигенов Гепатита В (HbsAg);
  - антител к бледной трепонеме (сифилис).
- Там, где это возможно, проверяйте всю донорскую кровь на наличие
  - гепатита С;
  - болезни Чагаса, в странах, где встречается значительное количество серопозитивных реакций;
  - малярии. В тех странах, где она встречается редко, только в тех случаях, когда доноры побывали в местностях, неблагополучных по малярии. В местностях, неблагополучных по малярии, переливание крови должно сопровождаться мерами по профилактике малярии.
- Ни цельная кровь, ни ее компоненты, не могут быть использованы для переливания до проведения всех требуемых государством тестов и получения на них отрицательных результатов.
- Проводите тесты на совместимость при переливании любых компонентов крови даже в угрожающих жизни экстренных ситуациях. Тесты проводятся после приготовления препаратов крови.

**Кровь, забранная не от специально отобранных доноров и не проверенная на наличие инфекционных агентов, передаваемых при переливании (например, ВИЧ, гепатиты), в соответствии с государственными нормами, нельзя использовать для переливания, за исключением ситуаций, угрожающих жизни.**

#### Клинические основы переливания крови

Основным принципом правильного использования крови и ее компонентов является то, что переливание - лишь один из элементов лечения женщины. **При внезапной быстрой потере крови в результате кровотечения, операции или осложнений в родах, в первую очередь необходимо, как можно скорее, возместить потерянное количество жидкости.**

---

Переливание эритроцитов может стать жизненно важным для восстановления кислородной емкости крови.

Минимизируйте потерю крови женщиной (для снижения потребности в переливании крови) путем

- использования жидкостей для восполнения объема кровопотери;
- минимизации объемов крови, забираемых для лабораторных исследований;
- использования оптимальной анестезии и хирургической техники для минимизации кровопотери во время операции;
- сбора и реинфузии потерянной во время операции крови (аутореинфузия), когда это возможно (стр.В-16).

**Правила, которые необходимо помнить:**

- Переливание крови – это только один из элементов в лечении женщины.
- Решения относительно назначения переливания крови должны соответствовать государственным стандартам клинического использования крови и учитывать состояние женщины.
- Необходимо минимизировать кровопотерю для уменьшения потребности в переливании крови женщине.
- Женщина с острой кровопотерей должна получить эффективную интенсивную терапию (в/в вливание жидкости, кислород и т.д.) до момента принятия решения о необходимости переливания крови.
- Уровень гемоглобина у женщины, хотя и является важным показателем ее состояния, не должен быть единственным решающим фактором при принятии решения о начале переливания крови. Решение о переливании крови должно основываться на необходимости снижения проявлений клинических симптомов и признаков и предотвращения развития тяжелых заболеваний и смерти.
- Клиницисты должны знать о возможных рисках передачи инфекций при переливании препаратов крови.
- Переливание крови оправдано только в тех случаях, когда польза от этой процедуры больше возможного вреда.
- Специально обученный человек должен наблюдать за состоянием женщины после переливания и принимать немедленные меры при возникновении нежелательных последствий (стр.А-28).
- Клиницисты должны фиксировать на бумаге показания к переливанию крови и разбираться в любых отрицательных эффектах переливания крови (стр.А-29).

---

## Показания к переливанию крови

Решение относительно назначения переливания крови должно основываться на государственных стандартах клинического использования крови и учитывать состояние женщины.

- Перед тем, как назначать женщине кровь или ее компоненты имейте в виду
  - ожидаемое улучшение клинического состояния женщины;
  - методы минимизации кровопотери для снижения потребности в переливании крови;
  - альтернативные способы лечения, включая в/в переливание жидкостей или подачу кислорода, которые могут быть проведены до принятия решения о трансфузии;
  - специфические клинические или лабораторные показания к переливанию крови;
  - риск передачи ВИЧ, гепатитов, сифилиса или других инфекций с препаратами крови;
  - пользу от переливания крови в сравнении с риском от него для конкретной женщины;
  - другие способы лечения, если в данный момент крови нет;
  - необходимость присутствия специалиста для контроля за состоянием женщины и принятия немедленных мер при возникновении реакции на переливание крови.
- И, наконец, если вы сомневаетесь, задайте себе следующий вопрос:
  - Если бы эта кровь предназначалась для меня или моего ребенка, начал бы я трансфузию в данных обстоятельствах?

## Наблюдение за женщиной после переливания крови

При переливании каждой единицы крови осуществляйте наблюдение за женщиной на следующих этапах:

- до начала переливания;
- в момент начала переливания;
- через 15 минут после начала переливания;
- минимум каждый час во время переливания;
- после завершения переливания каждые 4 часа.

---

**Внимательно наблюдайте за женщиной в течение первых 15 минут с момента начала переливания и регулярно после процедуры с целью раннего обнаружения симптомов и признаков неблагоприятных эффектов.**

На каждой из этих стадий записывайте следующую информацию в карте женщины:

- общее состояние;
- температуру;
- пульс;
- артериальное давление;
- дыхание;
- водный баланс (пероральный прием и в/в введение жидкости, мочеотделение);

Помимо этого записывайте

- время начала переливания;
- время завершения переливания;
- объем и тип всех перелитых препаратов крови;
- номера всех донорских перелитых препаратов;
- побочные эффекты.

#### Действия в случае реакций на гемотрансфузию

Реакции на переливание крови могут варьировать от легкой сыпи на коже до анафилактического шока. В случае реакции прекратите переливание крови и сохраните в/в линию открытой, переливая жидкости (физиологический раствор или лактат Рингера), пока вы проводите первичную оценку острой трансфузионной реакции на переливание крови и ищите совета. Если реакция легкая, назначьте прометазин (антиаллергический препарат) 10 мг орально и наблюдайте.

#### *Вывод из анафилактического шока возникшего вследствие переливания несовместимой крови*

- выводите как из обычного шока (стр.В-2) и введите:
  - адреналин 1: 1000 раствор (0,1 мл в 10 мл в/в физиологического раствора или лактата Рингера) в/в медленно;
  - прометазин 10 мг в/в;

- 
- гидрокортизон 1г в/в каждые 2 часа по мере необходимости.
  - При возникновении бронхоспазма, введите аминофиллин 250 мг в физиологическом растворе или лактате Рингера 10 мл в/в медленно.
  - Проводите интенсивную терапию, описанную выше, до стабилизации состояния.
  - Контролируйте функции почек, легких и сердечно-сосудистой системы.
  - При стабилизации состояния переведите в специализированный центр.

#### *Документирование реакций на переливание крови*

- Сразу после начала реакции возьмите следующие образцы и, вместе с бланком запроса, отправьте в банк крови для лабораторных исследований:
  - пробы крови сразу после переливания:
    - 1 пробу без антикоагулянта;
    - 1 пробу с антикоагулянтом (EDTA/секвестрен) из вены с противоположной от места вливания стороны;
  - флакон (пакет) крови, содержащий эритроциты и плазму, оставшиеся от перелитой донорской крови;
  - первую пробу мочи женщины после реакции.
- Если есть подозрение на септический шок вследствие переливания инфицированной крови, возьмите пробу крови на бактериологическое исследование в специальную пробирку.
- Заполните форму-отчет о реакции на переливание крови.
- После первого исследования реакции на переливание крови пошлите следующие образцы в банк крови для проведения лабораторных исследований:
  - пробы крови через 12 и 24 часа после начала реакции:
    - 1 пробу без антикоагулянта;
    - 1 пробу с антикоагулянтом (EDTA/секвестрен) из вены с противоположной от места вливания стороны;
  - всю мочу, собранную за 24 часа после начала реакции.
- Немедленно докладывайте обо всех серьезных реакциях на переливания крови, за исключением легкой кожной сыпи, ответственным медицинским работникам и в банк крови, откуда была взята кровь для переливания
- Записывайте следующую информацию в карту женщины:
  - тип реакции на переливание крови;

- 
- время, прошедшее от начала переливания до начала реакции;
  - объем и тип перелитых препаратов крови;
  - персональные номера доноров всех перелитых препаратов крови.

## **Кровезаменители: простые альтернативы переливанию крови**

Только физиологический раствор (0,9% раствор хлорида натрия) или сбалансированный солевой раствор с концентрацией ионов натрия такой же, как в плазме крови, признается наиболее эффективным кровезаменителем. Такие растворы должны быть в наличии во всех больницах, где используют в/в кровезаменители.

Кровезаменители используют при интенсивной терапии с целью замещения патологической потери крови, плазмы или других внеклеточных жидкостей путем увеличения объема циркулирующей крови. В основном их используют при

- оказании помощи женщинам с установленной гиповолемией (например, геморрагический шок);
- необходимости поддержания ОЦК у женщин с продолжающейся кровопотерей (например, кровопотеря при хирургическом вмешательстве).

### **Внутривенная заместительная терапия**

Внутривенные кровезаменители являются препаратами первой очереди при лечении гиповолемии. Быстрое начало лечения такими жидкостями может спасти жизнь и дать возможность выиграть какое-то время для остановки кровотечения и для получения крови для переливания из банка крови, если это необходимо.

### *Кристаллоиды*

- Кристаллоиды
  - имеют концентрацию ионов натрия близкую к их концентрации в плазме;
  - не могут проникнуть в клетки, так как оболочка клетки непроницаема для ионов натрия;
  - проходят из сосудистого русла во внеклеточное пространство (обычно только четверть объема перелитых кристаллоидов остается в сосудистом русле).
- Для восстановления объема циркулирующей крови (внутрисосудистого объема) перелейте кристаллоиды в объеме, минимум в три раза превышающем потерянный.

**Растворы декстрозы (глюкозы) - плохие кровезаменители. Не используйте их для лечения гиповолемии за исключением случаев, когда нет другой альтернативы.**

---

### *Коллоидные жидкости*

- Коллоидные растворы состоят из взвешенных частиц, больших, чем частицы кристаллоидов. Коллоиды имеют тенденцию задерживаться в кровеносном русле, где они имитируют протеины плазмы в поддержании или повышении коллоидно-осмотического давления.
- Коллоиды обычно переливают в объеме, равном объему кровопотери. Во многих случаях, когда проницаемость капилляров возрастает (например, при травме, сепсисе), происходит выход жидкости из кровеносного русла, и для поддержания объема циркулирующей крови необходимо провести дополнительную инфузию.

#### **Моменты, которые необходимо помнить:**

- Нет данных о том, что коллоидные растворы (альбумин, декстраны, желатин, раствор гидроксиэтилового крахмала) имеют преимущества перед физиологическим раствором или сбалансированными солевыми растворами для проведения реанимационных мероприятий и восстановления ОЦК.
- Есть доказательства неблагоприятного воздействия коллоидных растворов на организм и на выживаемость пациентов.
- Коллоидные растворы намного дороже физиологического раствора и сбалансированных солевых растворов.
- Плазму крови нельзя использовать для возмещения потерянной жидкости в организме. Переливание любых лекарственных форм плазмы по передаче инфекций, таких как ВИЧ и гепатиты, сопряжено с теми же опасностями, что и переливание цельной крови.
- Чистую воду никогда нельзя вливать в/в. Это может привести к гемолизу и, возможно, к смертельному исходу.

**Роль коллоидов в интенсивной терапии весьма ограничена.**

### *Безопасность переливания*

Перед проведением любой в/в инфузии

- проверьте целостность печати на горлышке бутылки, подготовленной к инфузии или убедитесь в отсутствии повреждений пакета;
- проверьте срок годности;
- проверьте прозрачность раствора и убедитесь в отсутствии в нем видимых частиц.

---

## Терапия, направленная на поддержание водного баланса

Жидкости, поддерживающие водный баланс, – это кристаллоидные растворы, например, водный раствор декстрозы или декстроза, растворенная в физиологическом растворе, используются для возмещения обычных физиологических потерь через кожу, легкие, фекалии и мочу. Если предполагается, что женщина будет получать жидкости в/в в течение 48 или более часов, переливайте сбалансированный раствор электролитов (например, калия хлорид 1,5 г на 1 л в/в жидкости) с декстрозой. Необходимый женщине объем жидкости может сильно различаться, особенно если у женщины повышенная температура, высока температура окружающей среды или повышена влажность, т.е., в тех ситуациях, когда потери влаги возрастают.

### Другие способы введения жидкостей

Существуют другие способы поддержания водного баланса, помимо в/в инфузий.

### *Введение жидкостей перорально и посредством назогастрального зонда*

- Этот способ можно использовать для женщин с легкой степенью гиповолемии и для тех, кто может принимать жидкости перорально.
- Нельзя вводить жидкости перорально и через назогастральный зонд если
  - у женщины имеет место тяжелая гиповолемия;
  - женщина без сознания;
  - при желудочно-кишечных заболеваниях и при пониженной перистальтике кишечника (например, при кишечной непроходимости).
  - планируется операция под общей анестезией.

### *Ректальный способ введения жидкости*

- Ректальный способ введения жидкости не подходит для женщин с тяжелой степенью гиповолемии.
- Преимущества этого способа следующие:
  - жидкость способна всосаться при этом способе введения;
  - при завершении процесса гидратации всасывание прекращается и излишняя жидкость вытекает обратно;
  - введение жидкости осуществляется через пластиковую или резиновую трубку с наконечником, вставляемую в прямую кишку и соединенную с пакетом или бутылкой с жидкостью;
  - при необходимости скорость переливания можно регулировать путем использования системы для внутривенных инфузий;
  - жидкость не обязательно должна быть стерильной. Безопасным и эффективным раствором для ректального введения является 1 л чистой питьевой воды с добавлением одной чайной ложки пищевой соли.

---

*Подкожное введение жидкости*

- Подкожное введение жидкости может быть применено, если другие пути введения недоступны у женщин с тяжелой гиповолемией.
- Стерильные жидкости могут быть перелиты через канюлю (катетер) или иглу, введенную в подкожные ткани (брюшная стенка является предпочтительной областью).

**Растворы, содержащие декстрозу, могут вызвать омертвление тканей, и их подкожное применение должно быть исключено.**

---

## АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ

Инфекции во время беременности и в послеродовом периоде могут быть вызваны комбинацией микроорганизмов, включая аэробные и анаэробные кокки и палочки. Назначение антибиотиков должно основываться на данных клинического обследования женщины. В случае отсутствия клинического ответа на их применение посев культур из матки или вагинальных выделений, гноя или мочи может помочь в выборе других антибиотиков. В дополнение, посев крови должен быть сделан при подозрении на септицемию (наличие возбудителя в кровяном русле).

Инфекция матки может развиться после аборта или родов и является главной причиной материнской смертности. Часто для борьбы с этой инфекцией требуются антибиотики широкого спектра действия. В случае криминального аборта и родов вне медицинского учреждения должна быть проведена противостолбнячная профилактика. (Рамка S- 5, стр.В-52)

## Профилактическое использование антибиотиков

Выполнение целого ряда акушерских процедур (например, кесарева сечения и ручного удаления плаценты) повышает риск инфекционных заболеваний у женщин. Этот риск может быть уменьшен

- использованием практик, рекомендованных для предупреждения инфекции (стр.А-17);
- профилактическим использованием антибиотиков во время процедур.

Профилактически антибиотики используются для предупреждения развития инфекции. **Если у женщины предполагается или имеет место инфекция**, показано назначение антибиотикотерапии.

По возможности, назначайте профилактическую антибиотикотерапию за 30 минут до начала процедуры для создания адекватного уровня содержания антибиотиков в крови во время процедуры. Исключением является кесарево сечение, при котором профилактические антибиотики должны быть введены после пережати пуповины после рождения ребенка. Однократная доза профилактических антибиотиков является достаточной и не менее эффективной для предотвращения инфекции, чем трехкратное введение антибиотиков в течение 24 часов. Если процедура продолжается более 6 часов или кровопотеря составляет 1500 мл или более, введите вторую дозу профилактических антибиотиков для поддержания адекватного уровня содержания антибиотиков в крови во время процедуры.

## Лечебное использование антибиотиков

- В качестве первой защиты от серьезных инфекций используйте комбинацию антибиотиков:
  - ампициллин 2г в/в каждые 6 часов;

- 
- гентамицин 5мг/кг веса тела в/в каждые 24 часа;
  - метронидазол 500 мг в/в каждые 8 часов.

**Примечание:** Если **инфекция неагрессивная**, может быть использован амоксициллин по 500мг перорально каждые 8 часов вместо ампициллина. Метронидазол может быть применен перорально вместо в/в введения.

- Если после применения антибиотиков в течение 48 часов, при условии получения пациенткой адекватной дозы лекарств, **клинический эффект слабо выражен**, тщательно переоцените женщину на наличие других возможных источников инфекции или рассмотрите изменения в лечении в соответствии с данными о чувствительности микробов к антибиотикам (или добавьте дополнительные препараты против анаэробов, если они еще не использовались).
- Если **отсутствует возможность для выполнения бактериологических исследований**, заново переоцените состояние женщины на предмет выявления скопления гноя, особенно в полости таза, и в неэффективных случаях, подумайте о возможности тромбоза глубоких вен и вен таза. Подумайте о возможности устойчивости микроорганизмов, вызвавших инфекцию, к ранее использованной комбинации антибиотиков.
  - Если есть подозрение на стафилококковую инфекцию, добавьте:
    - флоксациллин 1г в/в каждые 4 часа;
    - или ванкомицин 1г в/в каждые 12 часов, вводимый в течение не менее часа
  - Если подозреваете клостридиальную инфекцию или гемолитический стрептококк Группы А, добавьте пенициллин 2 млн. Ед в/в каждые 4 часа;
    - Если **ни одна из вышеупомянутых инфекций не возможна**, добавьте 2г цефтриаксона в/в каждые 24 часа.

**Примечание:** Для предупреждения развития флебитов место инфузии необходимо менять каждые три дня или при появлении первых признаков воспаления.

- Если вы столкнулись с неясной инфекцией, попробуйте определить ее источник.

При лечении метритов применение комбинации антибиотиков обычно продолжают до тех пор, пока у женщины не будет отсутствовать повышенная температура в течение 48 часов. Прекращение антибиотикотерапии производят при отсутствии у женщин температуры в течение 48 часов. В таких случаях нет необходимости продолжать антибиотикотерапию перорально, так как это не может принести дополнительной пользы. Однако женщинам с генерализованной инфекцией в крови необходимо назначать антибиотики, по меньшей мере, на семь дней.

---

## АНЕСТЕЗИЯ И АНАЛЬГЕЗИЯ

Обезболивание часто необходимо в ходе родов, в течение и после оперативных вмешательств. Методики обезболивания, которые обсуждаются ниже, включают обезболивающие препараты и способы поддержки в ходе родов, местную анестезию, основные показания к использованию анестезии и аналгезии и послеоперационное обезболивание.

### Анальгетики, используемые в родах

- Восприятие боли сильно зависит от эмоционального состояния женщины. Поддерживающий уход в родах обеспечивает психологический комфорт и сниженное восприятие боли (стр. А-56)
- Если женщина страдает от боли, дайте ей возможность походить вокруг или принять любое удобное положение. Посоветуйте ее окружению помассировать ей спину или обтирать ей лицо между схватками. Содействуйте использованию дыхательной техники и дайте возможность женщине принять теплую ванну или душ по ее выбору. Для большинства женщин этого достаточно, чтобы справиться с болью при родах. При необходимости введите
  - петидин 1мг/кг веса (но не более 100мг) в/м или в/в медленно каждые 4 часа по мере необходимости или морфин 0,1мг/кг веса в/м;
  - прометазин 25мг в/м или в/в при рвоте.

|   |
|---|
| <b>Барбитураты и седативные препараты не должны использоваться для снятия чувства тревоги при родах</b> |
|---|

### Опасности

Если петидин или морфин назначаются матери, у ребенка может развиваться угнетение дыхания. Налоксон является антидотом.

**Примечание:** Не используйте налоксон у новорожденных, чьи матери подозреваются в недавнем злоупотреблении наркотиками.

- Если есть признаки угнетения дыхания у новорожденного, начните реанимацию немедленно:
  - после стабилизации жизненных функций введите налоксон 0,1 мг/кг веса в/в новорожденному;
  - если у младенца адекватная периферическая микроциркуляция после благополучного оживления, налоксон может быть применен в/м. Повторное введение может потребоваться для предупреждения повторного угнетения дыхания.

- 
- Если у новорожденного нет признаков угнетения дыхания, но петидин или морфин были применены в пределах 4 часов до родоразрешения, обследуйте ребенка, предполагая наличие признаков угнетения дыхания, и, при их появлении, ведите ребенка так, как это описано выше.

## **Местная анестезия**

Местная анестезия (лигнокаином с или без адреналина) используется для инфильтрации тканей и блокирования афферентной иннервации.

- Ввиду того, что женщина под местной анестезией остается в сознании и находится в напряжении в течение процедуры, особенно важно обеспечить
  - консультирование для повышения взаимодействия и минимизации ее страхов;
  - хороший контакт с женщиной во время процедуры и ее подбадривание лицом, выполняющим процедуру, когда это необходимо;
  - ресурс времени и терпения, так как местная анестезия не дает немедленного эффекта.
- Для безопасного применения местной анестезии необходимы следующие условия:
  - все члены операционной бригады должны иметь знания и опыт использования местной анестезии;
  - лекарства и оборудование для неотложных состояний (отсос, кислород, оборудование для реанимации) должны быть легко доступны и в рабочем состоянии, и все члены операционной бригады должны уметь ими пользоваться.

Премедикация прометазинном и диазепамом.

Премедикация необходима при процедурах длительностью 30 мин. Доза должна быть подобрана в зависимости от веса и состояния женщины, а также состояния плода (если он есть).

Наиболее частым является использование сочетания петидина и диазепама:

- введите петидин 1мг/кг веса (но не более 100мг) в/м или в/в медленно или используйте морфин 0,1 мг/кг веса в/м;
- вводите диазепам дробно по 1 мг в/в и ждите не меньше двух минут перед введением следующей дозы. Безопасный и достаточный уровень седации считается достигнутым, когда верхнее веко женщины закрыто и покрывает край зрачка. Проверяйте частоту дыхания каждую минуту. Если частота дыхания ниже 10 в минуту, прекратите применение всех седативных и обезболивающих препаратов.

**Не используйте диазепам с петидином в одном шприце, потому что их смесь выпадает в осадок. Используйте разные шприцы.**

### Лигнокаин

Препарат лигнокаин выпускается в виде 2% и 1% растворов и требует разведения перед использованием (Рамка С- 1). Для большинства акушерских вмешательств препарат разводят до 0,5% раствора, который дает максимальный эффект при минимальной токсичности.

#### Рамка С- 1 Приготовление 0,5% раствора лигнокаина

##### Используйте

- лигнокаин 2%, 1 часть;
- физиологический раствор или стерильную дистиллированную воду, 3 части (не используйте растворы глюкозы, как повышающие риск возникновения инфекций)

##### Или

- лигнокаин 1%, 1 часть;
- физиологический раствор или дистиллированную воду, 1 часть.

### Адреналин

Адреналин вызывает местную вазоконстрикцию. Его использование вместе с лигнокаином имеет следующие преимущества:

- уменьшается кровопотеря;
- удлиняется действие анестетика (обычно до 1-2 часов);
- уменьшается риск токсических эффектов за счет меньшего всасывания анестетика в общий кровоток.

Если при проведении процедуры необходима анестезия небольшой области или требуется менее 40 мл лигнокаина, в адреналине нет необходимости. Однако для обезболивания обширных областей, особенно когда требуется более 40 мл лигнокаина, адреналин должен быть использован для снижения всасывания и, т.о., снижения интоксикации.

Наилучшей концентрацией адреналина является разведение 1:200 000 (5мкг/мл). Это дает максимальный местный эффект с минимальным риском интоксикации со стороны самого адреналина. (Таблица С- 3, стр.А-40).

**Примечание: Для набора необходимого количества адреналина важно тщательно и аккуратно пользоваться шприцем, таким как при вакцинации БЦЖ или**

инсулиновым шприцем. Приготавливать смесь нужно, строго соблюдая правила предупреждения развития инфекций (стр.А-17).

**Таблица С- 3 Пропорции для приготовления 0,5% раствора лигнокаина , содержащего адреналин в разведении 1:200 000**

| <b>Необходимое количество местного анестетика</b> | <b>Физиологический раствор</b> | <b>Лигнокаин 2%</b> | <b>Адреналин</b> |
|---|--------------------------------|---------------------|------------------|
| 20 мл   | 15 мл                          | 5 мл                | 0,1 мл           |
| 40 мл   | 30 мл                          | 10 мл               | 0,2 мл           |
| 100 мл  | 75 мл                          | 25 мл               | 0,5 мл           |
| 200 мл  | 150 мл                         | 50 мл               | 1,0 мл           |

Осложнения

*Предупреждение осложнений*

Все местные анестетики потенциально токсичны. Серьезные осложнения при местной анестезии происходят крайне редко (Таблица С- , стр.А-41). Наилучший путь избежать осложнений – это их предупреждение:

- избегайте использовать лигнокаин в большей, чем 0,5% концентрации;
- если используется более 40 мл раствора анестетика, добавьте адреналин для замедления дисперсии. Процедуры, которые требуют использования более 40 мл 0,5% раствора лигнокаина – это кесарево сечение или восстановление обширных разрывов промежности;
- используйте наименьшую эффективную дозу;
- оцените максимальную безопасную дозу. Для взрослых, она составляет 4 мг/кг веса для лигнокаина без адреналина и 7 мг/кг веса лигнокаина вместе с адреналином. Эффект анестезии должен длиться не менее 2 часов. При необходимости доза может быть повторена через два часа. (Таблица С- 4);

**Таблица С- 4 Максимальная безопасная доза местных анестетиков**

| <b>Лекарство</b> | <b>Максимальная доза (мг/кг веса)</b> | <b>Максимальная доза для взрослого весом 60 кг (мг)</b> |
|------------------|---------------------------------------|---|
| лигнокаин        | 4                                     | 240   |

- вводите препараты медленно;
- избегайте случайного попадания в сосуды. Есть три способа достичь этого:
  - техника движения иглы (предпочтительно, инфильтрируя ткани): игла постоянно в движении во время инъекции; это делает невозможным попадание значительного количества раствора в просвет сосуда;
  - техника подтягивания поршня назад (предпочтительно для блокады нервов, когда значительное количество вводится в одно место): поршень шприца надо подтянуть назад до инъекции; если в шприце появилась кровь, иглу нужно извлечь и попытаться снова;
  - техника подтягивания шприца: в ткани вводится игла, и анестетик инъецируется, в то время как сам шприц подтягивается назад.

**Для предупреждения интоксикации лигнокаином :**

- используйте разведенный раствор;
- добавляйте адреналин при использовании более 40 мл раствора;
- используйте наименьшую эффективную дозу;
- оцените максимальную дозу;
- избегайте в/в введения.

Диагностика аллергической и токсической реакции на лигнокаин

Таблица С- 5 Симптомы и признаки аллергии и токсической реакции на введение лигнокаина

---

| <b>Аллергия</b>   | <b>Слабая интоксикация</b>  | <b>Сильная интоксикация</b>   | <b>Опасная для жизни интоксикация (крайне редко)</b>  |
|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Шок</li><li>• Покраснение кожи</li><li>• Высыпания на коже/крапивница</li><li>• Бронхоспазм</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Онемение губ и языка</li><li>• Металлический привкус во рту</li><li>• Головокружение/вспышки в глазах</li><li>• Звон в ушах</li><li>• Затруднение</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Сонливость</li><li>• Дезориентация</li><li>• Мышечные подергивания и дрожь</li><li>• Спутанная речь</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Тонико-клонические судороги</li><li>• Угнетение дыхания или остановка дыхания</li><li>• Угнетение</li></ul> |

---

|                           |               |  |
|---------------------------|---------------|--|
| • Рвота                   | фокусирования | сердечной                                  |
| • Сывороточная<br>болезнь | зрения        | деятельности<br>или<br>остановка<br>сердца |

#### Борьба с аллергией на лигнокаин

- Введите адреналин 1:1 000 - 0,5 мл в/м, при необходимости повторите через 10 минут.
- В острой ситуации вводите гидрокортизон 100 мг в/в каждый час.
- Для предотвращения рецидивной реакции введите дифенгидрамин 50 мг в/м или медленно в/в, затем применяйте его по 50 мг перорально каждые 6 часов.
- Для снятия бронхоспазма в/в медленно введите 250 мг аминофиллина в 10 мл физиологического раствора.
- Отек гортани может потребовать проведения немедленной трахеостомии.
- В случае шока начинайте стандартные противошоковые мероприятия (стр.В-2).
- Тяжелые или повторные проявления аллергии требуют применения кортикостероидов (например, гидрокортизона 2 мг/кг веса в/в каждые 4 часа до улучшения состояния). В случае хронического течения применяйте преднизон 5 мг или преднизолон 10 мг перорально каждые 6 часов до улучшения состояния.

#### Борьба с интоксикацией, вызванной лигнокаином

Симптомы и признаки интоксикации (Таблица С- , стр.А-41) должны побудить практикующего врача к немедленному прекращению инъекции и подготовке к борьбе с серьезными и угрожающими жизни побочными эффектами. Если обнаружены симптомы и признаки легкой интоксикации, подождите несколько минут для того, чтобы убедиться в стихании симптомов, проверьте жизненно важные функции, поговорите с женщиной и, если это возможно, продолжите процедуру.

#### *Судороги*

- Поверните женщину на левый бок, вставьте воздуховод и отсосите слизь из полости рта.
- Дайте кислород 6-8 л/мин через маску или носовой катетер.

- 
- Введите диазепам 1-5 мг в/в дробно по 1 мг. Повторите введение, если судороги разовьются снова.

**Примечание:** Использование диазепама в борьбе с судорогами может привести к угнетению дыхания и развитию дыхательной недостаточности.

#### *Остановка дыхания*

- Если женщина **не дышит**, проведите вспомогательную вентиляцию мешком Амбу через маску или эндотрахеальную трубку. Дайте кислород 4-6 л/мин.

#### *Остановка сердца*

- Используйте гипервентиляцию кислородом.
- Выполните закрытый массаж сердца.
- Если женщина еще не родила, немедленно произведите родоразрешение посредством кесарева сечения под общей анестезией (стр.С-40).
- Введите адреналин 1:10 000 - 0,5 мл в/в.

#### *Интоксикация адреналином*

- Системная адреналиновая интоксикация возникает вследствие использования чрезмерного его количества или неосторожного в/в применения и приводит к
  - беспокойству;
  - повышенному потоотделению;
  - гипертензии;
  - геморрагическому инсульту;
  - учащенному сердцебиению;
  - фибрилляции желудочков.
- Местная токсичность адреналина проявляется, когда его концентрация во вводимом анестетике чрезмерна, и сопровождается ишемией инфильтрированной области с плохим ее заживлением в дальнейшем.

#### *Основные правила при проведении общей анестезии и аналгезии*

- Залогом успешного проведения обезболивания и обеспечения комфорта для женщины являются
  - проявление поддерживающего внимания к женщине со стороны персонала до, во время и после процедуры (помощь снижает чувство тревоги и уменьшает ощущение боли);

- уверенность и спокойствие анестезиолога, обученного осторожной работе с инструментами, при проведении процедур у женщины, находящейся в сознании;
- выбор подходящего типа и глубины медикаментозного обезболивания.
- Советы проводящим процедуры у женщин, находящихся в сознании:
  - объясняйте каждый шаг процедуры перед его выполнением;
  - используйте адекватную премедикацию в случае вероятной продолжительности процедуры более 30 минут;
  - дайте женщине анальгетики или седативные препараты в соответствующее время до процедуры (за 30 минут до вмешательства в случае в/м и за 60 минут в случае перорального назначения препаратов), чтобы максимальное обезболивание проявилось во время процедуры;
  - используйте разведенные растворы в адекватном количестве;
  - проверяйте уровень анестезии в операционном поле, прищипывая поверхность хирургическим зажимом. Если женщина реагирует на щипок, подождите 2 минуты и повторите тест;
  - ждите несколько секунд после выполнения каждого шага или просите женщину готовиться к каждому следующему шагу;
  - перемещайтесь медленно, без резких или быстрых движений;
  - обращайтесь с тканями осторожно и избегайте чрезмерных натяжений, дерганий и сдавливаний;
  - уверенно пользуйтесь инструментами;
  - избегайте произносить фразы типа «это не больно», когда фактически это больно; или «я почти закончил», когда это не так;
  - разговаривайте с женщиной во время процедуры.
- Потребность в дополнительной анальгезии и седации (пероральной, в/м или в/в) зависит от
  - эмоционального статуса женщины;
  - проводимой процедуры (Таблица С- 5, стр.А-44);
  - предполагаемой продолжительности процедуры;
  - квалификации лица, оказывающего помощь, и помощи персонала.

**Таблица С- 5            Выбор способа анестезии и анальгезии**

| <b>Процедура</b>           | <b>Выбор анестезии/анальгезии</b>   |
|----------------------------|---|
| Роды в тазовом предлежании | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Общие методы поддержки родов (стр.А-56)</li> <li>● Пудендальная анестезия (стр.С-4)</li> </ul> |
| Кесарево сечение           | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Местная анестезия (стр.С-8)</li> </ul>   |

|   |  |
|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Спинальная анестезия (стр.С-11)</li> <li>• Кетамин (стр. С-13)</li> <li>• Общая анестезия</li> </ul>  |
| Разрывы шейки матки (обширные)                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Петидин и диазепам (стр.А-38)</li> <li>• Кетамин (стр. С-13)</li> </ul>   |
| Кольпотомия/кульдоцентез                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Местная анестезия (стр.А-38)</li> </ul>   |
| Краниотомия/краниоцентез                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Эмоциональная и психологическая поддержка (стр.А-7)</li> <li>• Диазепам (стр.А-38)</li> <li>• Пудендальная анестезия (стр. С-4)</li> </ul>  |
| Раскрытие шеечного канала и выскабливание полости матки | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Петидин (стр.А-38)</li> <li>• Парацервикальная анестезия (стр.С-2)</li> </ul>   |
| Эпизиотомия   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Местная анестезия (стр.А-38)</li> <li>• Пудендальная анестезия (стр. С-4)</li> </ul>  |
| Наложение щипцов  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Эмоциональная и психологическая поддержка (стр.А-7)</li> <li>• Пудендальная анестезия (стр. С-4)</li> </ul>                                 |
| Роды и родоразрешение                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Общие методы поддержки родов (стр.А-56)</li> <li>• Петидин и прометазин (стр.А-38)</li> </ul>   |
| Лапаротомия   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Общая анестезия</li> <li>• Спинальная анестезия (стр.С-11)</li> </ul>   |
| Ручное удаление плаценты                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Петидин и диазепам (стр.А-38)</li> <li>• Кетамин (стр. С-13)</li> </ul>   |
| Ручная вакуумная аспирация                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Парацервикальная анестезия (стр.С-2)</li> </ul>   |
| Разрывы промежности (первой и второй степени)           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Местная анестезия (стр.А-38)</li> <li>• Пудендальная анестезия (стр. С-4)</li> </ul>  |
| Разрывы промежности (третьей и четвертой степени)       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Пудендальная анестезия (стр. С-4)</li> <li>• Кетамин (стр. С-13)</li> <li>• Местная анестезия плюс петидин и диазепам (стр.А-38)</li> </ul> |
| Симфизиотомия   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Местная анестезия (стр.А-38)</li> </ul>   |
| Коррекция выворота матки                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Петидин и диазепам (стр.А-38)</li> <li>• Общая анестезия</li> </ul>   |
| Вакуум-экстракция плода                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Эмоциональная и психологическая поддержка (стр.А-7)</li> <li>• Пудендальная анестезия (стр. С-4)</li> </ul>                                 |

## Послеоперационная анальгезия

Важное значение имеет купирование боли в послеоперационном периоде. У женщины, испытывающей сильную боль, восстановительные процессы протекают хуже.

---

**Примечание: Остерегайтесь чрезмерной седации, т.к. сохранение подвижности важно для благоприятного течения послеоперационного периода.**

Хороший послеоперационный контроль боли достигается назначением

- легких ненаркотических анальгетиков, таких как парацетамол 500мг перорально при необходимости;
- наркотиков, таких как петидин 1 мг/кг веса (но не более 100 мг) в/м или в/в медленно или морфин 0,1 мг/кг веса в/м каждые 4 часа при необходимости;
- комбинации малых доз наркотиков с парацетамолом.

**Примечание: Если у женщины появляется рвота, наркотики могут сочетаться с противорвотными препаратами, такими как прометазин 25 мг в/м или в/в каждые 4 часа при необходимости.**

---

## **ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

Женщина находится в центре внимания врачей/акушеров и медсестер во время любой процедуры. Операционные медсестры и санитарки должны сконцентрировать свое внимание на процедуре и потребностях врачей/акушеров, производящих процедуру.

### **Принципы предоперационной подготовки**

Подготовка операционной

Убедитесь, что

- операционная чистая (ее необходимо убирать после каждой операции/процедуры);
- необходимое оборудование и приспособления, включая медикаменты и кислородные баллоны, имеются в наличии;
- реанимационное оборудование имеется в наличии и пребывает в рабочем состоянии;
- имеется достаточное количество операционной одежды для задействованных членов операционной бригады;
- имеется стерильное белье;
- имеются стерильные аксессуары (перчатки, марля, инструменты) и срок их годности не истек.

Подготовка женщины к хирургической процедуре

- Объясните женщине ход выполняемой процедуры и ее назначение. Если женщина без сознания, объясните процедуру ее семье.
- Получите информированное согласие на проведение процедуры.
- Помогите женщине и ее семье эмоционально и психологически подготовиться к процедуре (стр.А-7).
- Просмотрите историю болезни женщины и обратите внимание на любые возможные аллергические реакции.
- Отправьте образец крови на гемоглобин или гематокрит, на группу крови. Закажите кровь для возможной трансфузии. Не откладывайте трансфузию, если она необходима.

- 
- Промойте область вокруг предполагаемого разреза водой с мылом, если это необходимо.
  - Не сбривайте волосы на лобке женщины, так как это повышает риск возникновения раневой инфекции. Если это необходимо, выстригите их.
  - Отслеживайте и фиксируйте параметры жизненно важных функций (артериальное давление, пульс, частоту дыхания и температуру).
  - Используйте премедикацию, соответствующую применяемой анестезии. (стр.А-38)
  - Дайте антациды (цитрат натрия 0,3% 30 мл или трисиликат магния 300 мг) для снижения уровня кислотности желудочного содержимого на случай его аспирации.
  - При необходимости катетеризируйте мочевой пузырь и следите за мочеотделением.
  - Убедитесь, что вся существенная информация дошла до остальных членов операционной бригады (врача/акушерки, медсестер, анестезиолога, ассистентов и других).

## Принципы проведения операций

### *Положение женщины*

Положите женщину в позицию, наиболее соответствующую процедуре, для обеспечения

- оптимального доступа к области, подвергаемой операции;
- удобного доступа анестезиологу;
- удобного доступа медсестре для контроля за витальными функциями и в/в введения лекарств и инфузий;
- безопасности женщины с точки зрения предупреждения повреждений и нарушений кровообращения;
- сохранения достоинства женщины и благопристойности.

**Примечание: Если женщина еще не родила ребенка, слегка наклоните операционный стол влево или положите подушку или свернутую простыню под ее правый бок для уменьшения проявлений синдрома сдавления нижней полой вены в положении на спине.**

### *Хирургическая обработка рук*

- Снимите все украшения.

- 
- Держа кисти рук выше уровня локтя, тщательно намочите их и нанесите мыло.
  - Начните с кончиков пальцев, намыливайте и мойте руки круговыми движениями:
    - мойте промежутки между пальцами;
    - двигайтесь от кончиков пальцев до локтя на одной руке, а затем повторите то же самое для другой руки;
  - Обмывайте каждую руку отдельно, начиная с кончиков пальцев, держа кисти рук выше уровня локтей.
  - Мойте руки не менее 3-5 минут.
  - Используйте отдельные полотенца для просушивания каждой руки. Вытирайте от кончиков пальцев до локтей и затем выбросьте полотенце.
  - Убедитесь, что обработанные руки, не касались нестерильных или не продезинфицированных объектов (например, оборудования, защитной одежды). Если руки коснулись загрязненных поверхностей, повторите хирургическую обработку рук.

#### *Подготовка области разреза*

- Обработайте кожу антисептиком (например, йодоформом, хлоргекседином):
  - трижды нанесите раствор-антисептик на область разреза, используя стерильные круглые зажимы и ватные или марлевые тампоны. Если вы держите тампон рукой в перчатке, не касайтесь перчаткой необработанной кожи;
  - начинайте обрабатывать предполагаемую область разреза, перемещаясь круговыми движениями изнутри наружу;
  - дойдя до края стерильной области, выбросьте тампон.
- Никогда не касайтесь середины обработанной области тем же тампоном. Держите свои руки и локти выше, а хирургический халат вдали от операционного поля.
- Накройте женщину простыней немедленно после обработки операционного поля во избежание его загрязнения
  - если в простыне есть окно, разместите его непосредственно над местом разреза;
  - разворачивайте простыню снаружи от места разреза для предотвращения загрязнения.

#### *Наблюдение за женщиной*

Наблюдайте за состоянием женщины постоянно в течение процедуры.

- 
- Осуществляйте наблюдение за жизненно важными функциями (артериальное давление, пульс, частота дыхания), уровнем сознания и объемом кровопотери.
  - Фиксируйте все данные на листе наблюдений для быстрой последующей ориентации в случае ухудшения состояния женщины.
  - Поддерживайте адекватную гидратацию во время операции.

#### *Обезболивание*

Поддерживайте адекватный уровень обезболивания во время процедуры (стр.А-37). Если женщина во время проведения процедуры чувствует себя комфортно, меньше вероятность того, что она пошевелится и этим спровоцирует повреждения. Обезболивание включает в себя

- эмоциональную поддержку и подбадривание;
- местную анестезию;
- проводниковую анестезию (например, спинальную);
- общую анестезию.

#### *Антибиотики*

- Используйте профилактическое назначение антибиотиков до начала процедуры. Если женщине предполагается проведение кесарева сечения, профилактическая антибиотикотерапия назначается после рождения ребенка (стр.А-35).

#### *Проведение разреза*

- Делайте разрез такого размера, который необходим для процедуры.
- Производите разрез очень осторожно, проходя один слой за другим.

#### *Обращение с тканями*

- Работайте с тканями осторожно.
- При использовании зажима, закрывайте его на один щелчок, если это возможно. Это позволит минимизировать ощущение дискомфорта и снизит количество омертвевших тканей, которые могут остаться к концу операции, что, в свою очередь, снижает риск возникновения инфекции.

#### *Гемостаз*

- Обеспечьте гемостаз во время операции.
- У женщин с акушерской патологией часто наблюдается анемия. Поэтому сведите кровопотерю к минимуму.

---

### *Инструменты и скальпели*

- Начинайте и заканчивайте процедуру с подсчета инструментов, скальпелей и тампонов:
  - осуществляете подсчет каждый раз при закрытии полостей (например, матки);
  - отражайте в карте женщины правильность такого подсчета.
- Осторожно используйте инструменты, особенно скальпели, для снижения риска травматизма (стр.А-20). Используйте «безопасные зоны» при передаче инструментов и скальпелей:
  - используйте «почечные» лотки для переноса и передачи острых инструментов и передавайте шовные иглы в иглодержателе;
  - в качестве альтернативы передавайте инструменты рукояткой, а не острым концом, вперед по направлению к тому, кому вы их передаете.

### *Дренирование*

- Всегда оставляете дренажи в брюшной полости в случае
  - продолжающегося кровотечения после гистерэктомии;
  - подозрения на нарушение свертываемости крови;
  - наличия или подозрения на инфекцию.
- Можно использовать закрытую дренажную систему или провести резиновый дренаж через брюшную стенку или через Дугласов карман.
- Удалите дренаж, как только инфекция ликвидирована или когда нет гнойных или кровянистых выделений из дренажа в течение 48 часов.

### *Шовный материал*

- Подберите подходящий тип и размер шовного материала для тканей (Таблица С- ). Размеры обозначаются количеством нулей.
  - Чем тоньше шовная нить, тем больше количество нулей, обозначающих ее размер (например, нить 000 (3-0) тоньше, чем нить 00 (2-0)); Нить маркированная «1», толще в диаметре, чем нить, маркированная «0».
  - Очень тонкая нить может оказаться непрочной и легко порваться; чрезмерно толстая нить может повредить ткань.
- Обратитесь к соответствующему разделу книги для подбора необходимого размера и типа шовного материала для проведения процедуры.

**Таблица С- 7            Рекомендуемые типы шовного материала**

---

| <b>Тип шовного материала</b> | <b>Ткань</b> | <b>Рекомендуемое количество узлов</b> |
|------------------------------|--------------|---------------------------------------|
|------------------------------|--------------|---------------------------------------|

---

|                      |                     |                |
|----------------------|---------------------|----------------|
| Простой кетгут       | Фаллопиевы трубы    | 3 <sup>a</sup> |
| Хромированный кетгут | Мышцы, фасции       | 3 <sup>a</sup> |
| Полигликолевая нить  | Мышцы, фасции, кожа | 4              |
| Нейлон               | Кожа                | 6              |
| Шелк                 | Кожа, кишечник      | 3 <sup>a</sup> |

### *Повязка*

В завершение операции покройте операционную рану стерильным перевязочным материалом (Стр.А-52).

### Принципы послеоперационного ухода

#### *Начальный уход*

- Верните женщину в исходное положение:
  - положите женщину набок со слегка приподнятой головой для обеспечения проходимости воздушных путей;
  - положите верхнюю руку впереди тела для лучшего доступа при измерении артериального давления;
  - зафиксируйте ноги так, чтобы верхняя нога была чуть больше согнута, чем нижняя для сохранения равновесия.
- Оцените состояние женщины сразу после операции:
  - проверяйте жизненно важные функции (артериальное давление, пульс, частоту дыхания) и температуру каждые 15 минут в течение первого часа и каждые 30 минут в течение следующего часа;
  - проверяйте уровень сознания каждые 15 минут, пока состояние женщины не перестанет вызывать опасений.

**Примечание: Убедитесь, что женщина, не пришедшая в сознание, находится под постоянным наблюдением.**

- Обеспечьте проходимость воздушных путей и адекватную вентиляцию.
- При необходимости произведите трансфузию (стр.А-24).

<sup>a</sup> Так как эти нити изготовлены из натуральных материалов, не используйте более трех узлов потому, что это может привести к повреждению нити и ослаблению узлов.

<sup>a</sup> Так как эти нити изготовлены из натуральных материалов, не используйте более трех узлов потому, что это может привести к повреждению нити и ослаблению узлов.

<sup>a</sup> Так как эти нити изготовлены из натуральных материалов, не используйте более трех узлов потому, что это может привести к перетиранию нитей и ослаблению узлов.

- 
- Если жизненно важные функции становятся нестабильными, или гематокрит продолжает снижаться, несмотря на переливание крови, немедленно верните женщину в операционную, так как причиной этого может быть кровотечение.

#### *Восстановление желудочно-кишечной функции*

Как правило, желудочно-кишечные функции быстро восстанавливаются у акушерских пациентов. Кишечные функции самостоятельно приходят в норму в течение 12 часов после большинства неосложненных операций.

- Если хирургическая процедура прошла без осложнений, назначьте женщине жидкую диету.
- Если имелись признаки инфекции или кесарево сечение было произведено по поводу клинически узкого таза или разрыва матки, дождитесь появления перистальтических шумов до дачи жидкости внутрь.
- Как только у женщины начнут отходить газы, предложите ей твердую пищу.
- Если женщина получает внутривенное переливание жидкостей, инфузионная терапия должна быть продолжена до тех пор, пока она не сможет пить сама.
- Если вы предполагаете, что женщине будет производиться в/в переливание жидкостей на протяжении 48 часов или более, назначьте сбалансированный раствор электролитов (например, 1,5 г калия хлорида в/в в 1 литре раствора).
- Если женщина получает в/в переливание жидкостей более 48 часов, проверяйте электролиты каждые 48 часов. Продолжительное внутривенное переливание жидкостей может нарушить электролитный баланс.
- Перед тем, как выписать женщину из больницы, убедитесь, что она придерживается обычной диеты.

#### *Перевязки и уход за раной*

Перевязка создает защитный барьер инфекциям до наступления процесса заживления – «реэпителизации». Оставьте повязку на ране после операции на один день для обеспечения защиты от инфекций, пока не произойдет реэпителизация. После этого повязка не нужна.

- Если кровь или сукровица просачивается через первичную повязку, не меняйте повязку:
  - укрепите повязку;
  - осуществляйте контроль за количеством потерянной крови, сукровицы, очерчивая контуры пятна крови ручкой на повязке;

- 
- если кровотечение усиливается или пятно крови занимает половину или более повязки, снимите повязку и осмотрите рану. Наложите другую стерильную повязку.
  - Если повязка ослабла, лучше укрепить ее дополнительно, чем удалить. Это поможет сохранить стерильность повязки и снизит риск раневой инфекции.
  - Меняйте повязку в стерильных условиях.
  - Рана должна быть чистой и сухой, без признаков инфекций или серомы к моменту выписки женщины из больницы.

#### *Обезболивание*

Большое значение имеет купирование боли в послеоперационном периоде (стр.А-37). У женщины, испытывающей сильную боль, восстановительные процессы протекают хуже.

**Примечание: Остерегайтесь чрезмерной седации, т.к. сохранение подвижности важно для благоприятного течения послеоперационного периода.**

#### *Уход за мочевым пузырем*

Для ряда процедур может понадобиться катетеризация мочевого пузыря. Раннее удаление катетера снижает вероятность возникновения инфекции и позволяет женщине ходить.

- Если моча чистая, удалите катетер через 8 часов после операции или после первой послеоперационной ночи.
- Если моча не чистая, оставьте катетер до начала выделения чистой мочи.
- Подождите 48 часов после операции до удаления катетера, если имели место
  - разрыв матки;
  - затяжные роды или клинически узкий таз;
  - обширный отек промежности;
  - послеродовой сепсис с тазовым перитонитом.

**Примечание: Перед удалением катетера убедитесь, что моча чистая.**

- Если мочевой пузырь был поврежден (при разрыве матки, или в ходе проведения кесарева сечения, или при лапаротомии):
  - оставьте катетер минимум на 7 дней и до тех пор, пока моча станет чистой;
  - если женщина не получает антибиотики, назначьте нитрофурантоин 100 мг перорально однократно накануне удаления катетера для профилактики цистита.

---

### *Антибиотики*

- Если имелись признаки инфекции или в данный момент у женщины отмечается высокая температура, продолжайте антибиотикотерапию, пока у женщины не будет отсутствовать повышенная температура в течение 48 часов (стр.А-35).

### *Снятие швов*

Главная нагрузка при ушивании абдоминального разреза приходится на фасциальный слой (апоневроз). Удалите кожные швы через 5 дней после операции.

### *Лихорадка*

- Высокая температура (температура 38° С и выше), отмеченная в послеоперационном периоде, не должна быть оставлена без внимания (стр.В-105).
- Убедитесь, что у женщины нормализовалась температура как минимум за 24 часа до выписки ее из больницы.

### *Подъем с постели*

Вставание с постели улучшает циркуляцию крови, способствует глубокому дыханию и стимулирует возврат нормальной желудочно-кишечной деятельности. Поощряйте упражнения ступней и ног, как можно быстрее поднимайте пациентку с постели, обычно в течение 24 часов после операции.

---

## НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ

### Нормальные роды

- Произведите быструю оценку главных параметров состояния женщины, включая жизненно важные функции (пульс, артериальное давление, дыхание, температура).
- Оцените состояние плода:
  - выслушивайте сердцебиение плода после каждой схватки:
    - подсчитывайте сердечные сокращения плода за полную минуту, по меньшей мере, каждые 30 минут в течение активной фазы и каждые 5 минут в течение второго периода родов;
    - если частота сердечных сокращений плода патологическая (меньше 100 или больше 180 ударов в минуту), предположите развитие дистресса плода. (стр.В-93)
  - если произошел разрыв плодного пузыря, обратите внимание на цвет вытекающих околоплодных вод:
    - наличие густого мекония свидетельствует о необходимости тщательного наблюдения и возможного вмешательства для оказания помощи в случае дистресса плода (стр.В-93);
    - отсутствие истечения жидкости после разрыва плодного пузыря указывает на уменьшение объема амниотической жидкости, которое может быть связано с дистрессом плода.

### Поддерживающий уход во время родов и родоразрешения

- Поощряйте женщину в получении персональной поддержки от выбранного ею лица во время родов и родоразрешения:
  - поощряйте оказание поддержки при родоразрешении партнером;
  - подготовьте место для партнера рядом с женщиной;
  - поощряйте партнера в оказании адекватной поддержки женщине во время родов и рождения ребенка (растирание спины женщине, протирание лба влажной тканью, помощь при ходьбе).
- Обеспечьте хорошее взаимопонимание и поддержку со стороны персонала:
  - объясните все процедуры, получите разрешение на их проведение и обсудите находки с женщиной;
  - добейтесь поддерживающей, ободряющей атмосферы при родоразрешении, уважительного отношения к желаниям женщины;

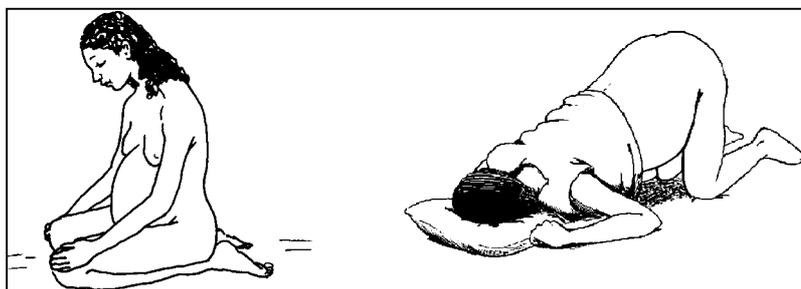
- 
- обеспечьте приватность и конфиденциальность.
  - Поддерживайте чистоту женщины и ее окружения:
    - поощряйте самостоятельное обмывание женщины, принятие ванны или душа в начале родов;
    - обмывайте наружные половые органы и промежность перед каждым осмотром;
    - мойте руки с мылом перед и после каждого обследования;
    - обеспечьте чистоту в родильном зале;
    - уберите любую разлившуюся жидкость немедленно.
  - Обеспечьте подвижность:
    - поощряйте женщину к свободному хождению;
    - помогите женщине выбрать положение для родов (Рисунок С- 2, стр.А-58).
  - Убедите женщину регулярно опорожнять мочевой пузырь.

Примечание: **Не назначайте в плановом порядке клизму женщине в родах.**

- Поддерживайте прием женщиной еды и питья по ее желанию. Если женщина заметно истощена или утомилась, убедитесь, что она накормлена. Даже на поздней стадии родов питательное жидкое питье остается актуальным.
- Обучите женщину технике дыхания во время родов и родоразрешения. Поощряйте женщину дышать медленнее обычного и расслабляться с каждым выдохом.
- Помогите женщине в родах, если она бесокойна, испугана и испытывает боль:
  - похвалите, поддержите и утешьте ее;
  - расскажите ей о ходе и развитии ее родов;
  - выслушайте женщину и будьте чутким к ее чувствам.
- Если женщина страдает от боли
  - предложите сменить положение (Рисунок С- 2, стр.А-58);
  - поощряйте подвижность женщины;
  - побуждайте ее партнера массировать ей спину, держать ее руку и протирать лицо губкой между схватками;
  - добивайтесь от женщины соблюдения специальной техники дыхания;
  - поощряйте прием теплой ванны или душа;
  - при необходимости используйте петидин 1 мг/кг веса (но не более 100 мг) в/м или в/в медленно или введите морфин 0,1 мг/кг веса в/м.

---

**Рисунок С- 2            Положения, которые может принять женщина в родах**



## **Диагностика**

Диагностика родов включает

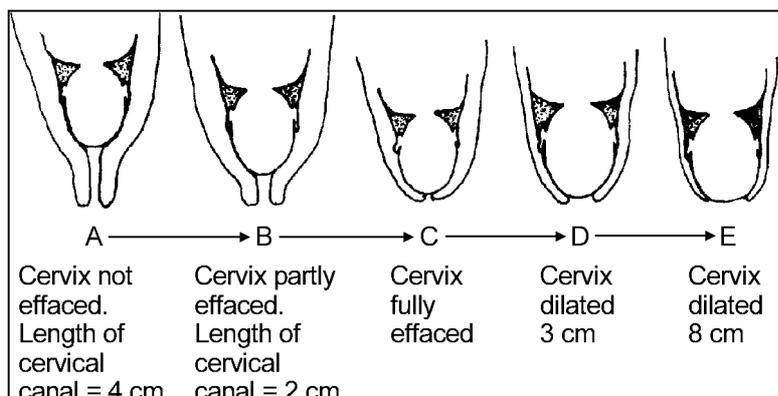
- диагностику и подтверждение начала родов;
- диагностику периода и фазы родов;
- оценку вставления головки и опускания плода;
- определение предлежания и положения плода.

**Ошибочная диагностика родов может привести к ложным опасениям и излишним вмешательствам.**

Диагностика и подтверждение родов

- Предположите или ожидайте наступления родов у женщины при
  - наличии перемежающей боли в животе после 22 недели беременности;
  - боли, сопровождающейся видимыми кровянистыми слизистыми выделениями из влагалища;
  - водянистых влагалищных выделениях или неожиданном отхождении вод.
- Подтвердите начало родов, если есть
  - изменение формы шейки матки – прогрессивное укорочение и истончение шейки (сглаживание);
  - раскрытие шейки матки – увеличение диаметра просвета шейки матки, измеряемое в сантиметрах (Рисунок С- 3, А-Е).

**Рисунок С- 3                   Изменение формы и раскрытие шейки матки**



А – Шейка сформирована. Длина цервикального канала 4 см

В – Шейка частично сглажена. Длина цервикального канала – 2 см

С – Шейка полностью сглажена.

Д – Раскрытие цервикального канала – 3 см

Е – Раскрытие цервикального канала – 8 см

Диагностика периодов и фаз родов

**Таблица С- 8                   Диагностика периодов и фаз родов<sup>а</sup>**

| Симптомы и признаки   | Период                                      | Фаза                   |
|---|---|------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Шейка не раскрыта</li> </ul>   | Ложные роды/отсутствие родовой деятельности |                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Шейка раскрыта меньше, чем на 4 см</li> </ul>  | Первый                                      | Латентная              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Шейка раскрыта на 4-9 см.</li> <li>Скорость раскрытия шейки 1 см в час или больше</li> <li>Начало опускания плода</li> </ul>     | Первый                                      | Активная               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Полное раскрытие шейки (10 см)</li> <li>Продолжается опускание плода</li> <li>Нет позывов к потугам</li> </ul>                   | Второй                                      | Ранняя (не изгоняющая) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Полное раскрытие шейки (10 см)</li> <li>Предлежащая часть плода достигает дна таза</li> <li>Женщина начинает тужиться</li> </ul> | Второй                                      | Поздняя (изгнание)     |

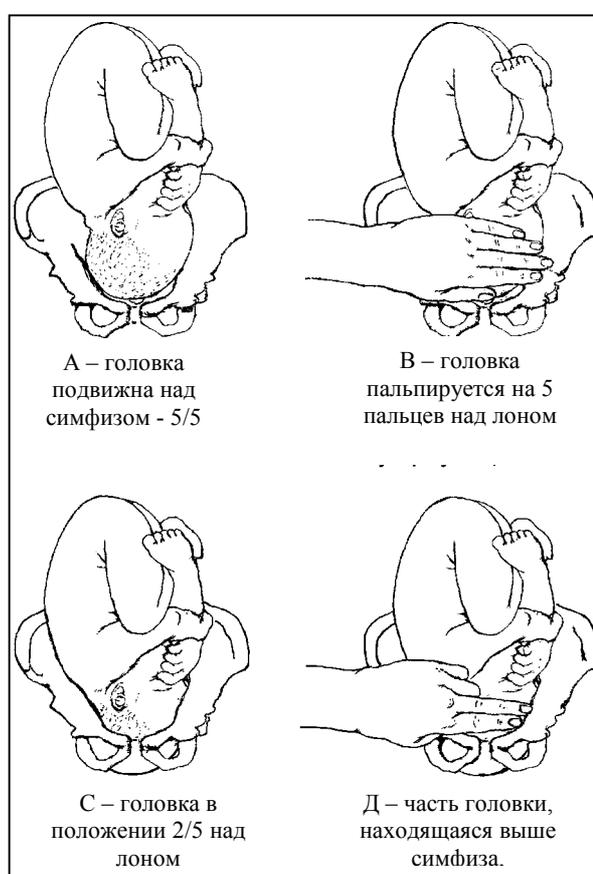
<sup>а</sup> Третий период родов начинается с момента рождения ребенка и заканчивается изгнанием плаценты.

## Опускание головки

### Пальпация живота

- Пальпируя живот, определите опускание предлежащей головки, измеряя числом пальцев высоту стояния головки над симфизом (Рисунок С- А-D):
  - Головка, которая полностью находится выше симфиза, пальпируется на пять пальцев (5/5) (Рисунок С- А-B);
  - Головка, которая полностью находится ниже симфиза, пальпируется на ноль пальцев (0/5).

Рисунок С- 4 Пальпация живота при опускании головки плода



### Влагалищное исследование

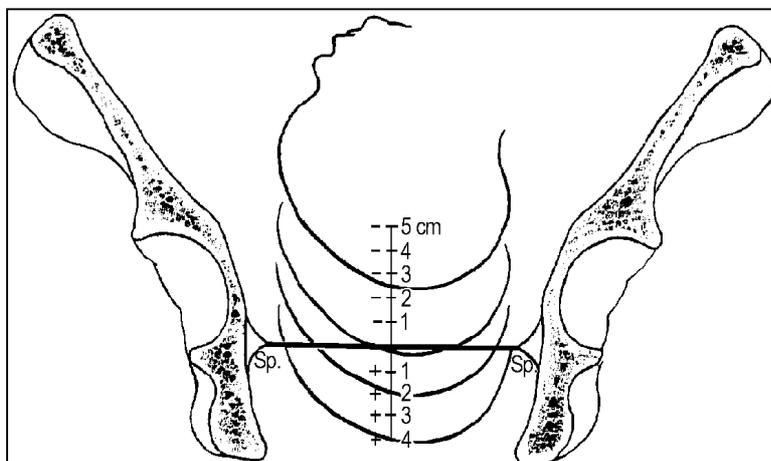
- При необходимости вагинальное исследование может быть использовано для оценки опускания путем определения уровня стояния предлежащей части по отношению к седалищным остям таза матери (Рисунок С- , стр.А-61).

**Примечание: При значительной степени конфигурации головки, оценка ее положения пальпацией живота с изучением того, на сколько пальцев головка**

---

находится над лоном, более информативна, чем оценка посредством влагалищного исследования.

**Рисунок С- 5 Оценка опускания головки плода путем влагалищного исследования; 0 положение соответствует уровню седалищных остей**

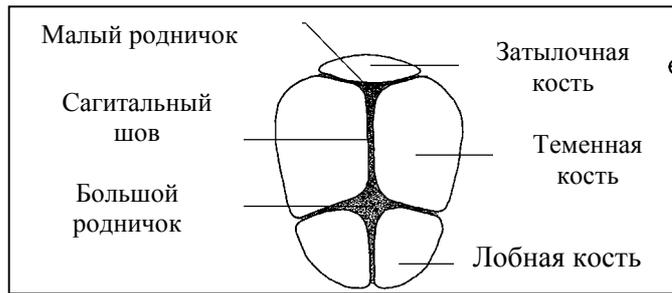


Предлежание и положение

*Определение предлежащей части*

- Наиболее часто встречающаяся предлежащая часть – макушка головки плода. Если макушка (затылок) не является предлежащей частью, то имеет место неправильное предлежание плода (Таблица S - 12, стр. В-2)
- Если макушка является предлежащей частью, используйте ориентиры на черепе плода для определения положения (позиции и вида) головки плода по отношению к материнскому тазу (Рисунок С- 6).

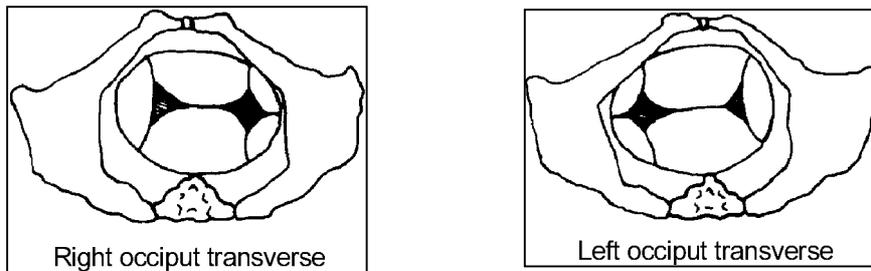
### Рисунок С- 6 - Ориентиры на черепе плода



#### Определение положения головки плода

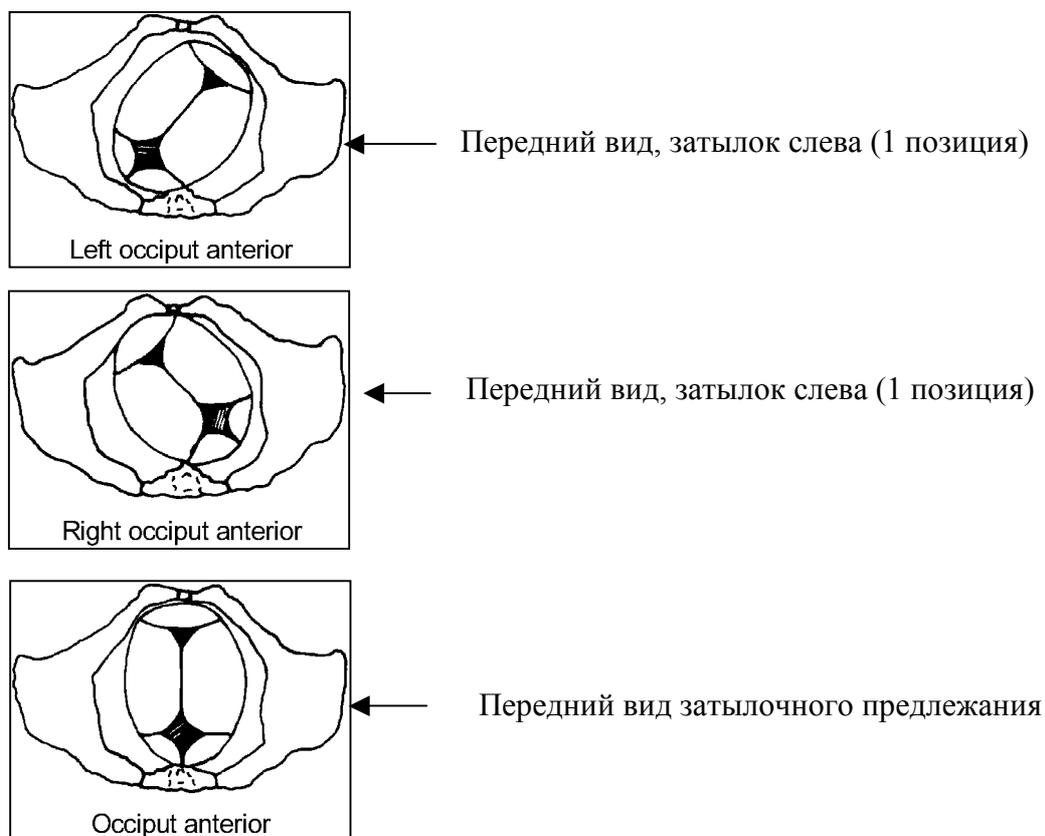
- Головка плода в норме опускается в таз матери в поперечном (среднем) виде затылочного предлежания с расположением затылка плода поперек материнского таза (Рисунок С- 7).

### Рисунок С- 7 Поперечный (средний) вид затылочного предлежания



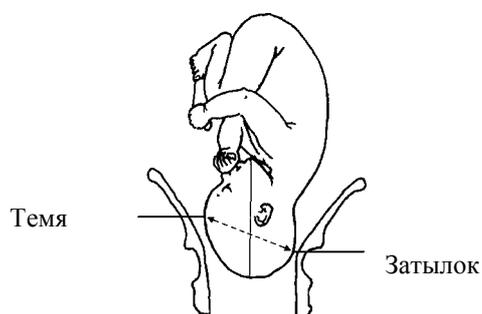
- поворачивается так, что затылок плода оказывается повернутым к передним костям таза матери (передний вид затылочного предлежания ()). В том случае, если головка плода по вою ходу опускания головка плода ачивается затылком кзади, ситуации определяется как задний вид затылочного предлежания (стр.В-76).

Рисунок С- 8 Передний вид затылочного предлежания



- Дополнительным показателем нормального предлежания является «хорошо согнутая головка» (Рисунок С- 9) с положением затылка во влагалище ниже темени.

Рисунок С- 9 «Хорошо согнутая головка»



Оценка прогресса родов

После диагностирования родов, их прогресс оценивают

- отмечая изменения в сглаживании шейки и ее раскрытии в течение латентной фазы (А-Е, стр.А-59);

- 
- измеряя степень раскрытия шейки и опускание плода (Рисунок С- стр. А-60 и Рисунок С- , стр.А-61) в течение активной фазы;
  - оценивая продолжающееся опускание плода в течение второго периода родов.

Прогресс в первом периоде родов должен быть отображен на партограмме, как только женщина входит в активную фазу родов. Пример партограммы показан на Рисунок С- 3, стр. А-67. При отсутствии партограммы, нарисуйте простой график раскрытия шейки матки, отразив раскрытие в сантиметрах на вертикальной оси и время в часах на горизонтальной оси.

#### *Влагалищное исследование*

Влагалищное исследование необходимо производить не реже одного раза каждые 4 часа в течение первого периода родов и после разрыва плодного пузыря. Внесите соответствующие отметки на партограмму.

- Для каждого влагалищного исследования отметьте следующее:
  - цвет амниотической жидкости;
  - степень раскрытия шейки матки;
  - степень опускания головки (может быть оценена при пальпации живота).
- Если при первом исследовании раскрытие шейки матки отсутствует, может оказаться невозможным диагностика родов.
  - Если имеются схватки, повторно обследуйте женщину через 4 часа для выявления изменений в шейке матки. Если на этой стадии есть сглаживание и раскрытие, то женщина находится в родах; если нет – диагностируются ложные роды.
- Во втором периоде родов проводите вагинальное исследование каждый час.

## **Использование партограммы**

**Примечание: Европейское региональное бюро ВОЗ рекомендует следовать методу использования партограммы, предложенном в учебном пособии ЕРБ ВОЗ «Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь», модуль 11.**

Партограмма, предложенная ВОЗ была модифицирована для упрощения и облегчения ее использования. Латентная фаза была удалена, а данные надо начинать вносить в активной фазе, когда шейка раскрыта на 4 см. Пример партограммы прилагается (Рисунок С- 3). Обратите внимание, что партограмму необходимо увеличить в масштабе до размера полного листа перед ее использованием.

Внесите следующие данные в партограмму:

Информация о пациенте: **Полное имя, число беременностей, число родов, номер больницы, дата и время поступления в стационар, время разрыва плодного пузыря.**

**Частота сердечных сокращений плода:** Фиксируйте каждые полчаса.

**Амниотическая жидкость:** Отмечайте цвет амниотической жидкости при каждом вагинальном обследовании:

- Ц: пузырь цел;
- Ч: разрыв пузыря, жидкость чистая;
- М: присутствие мекония в жидкости;
- К: примесь крови в жидкости.

*Конфигурация головки:*

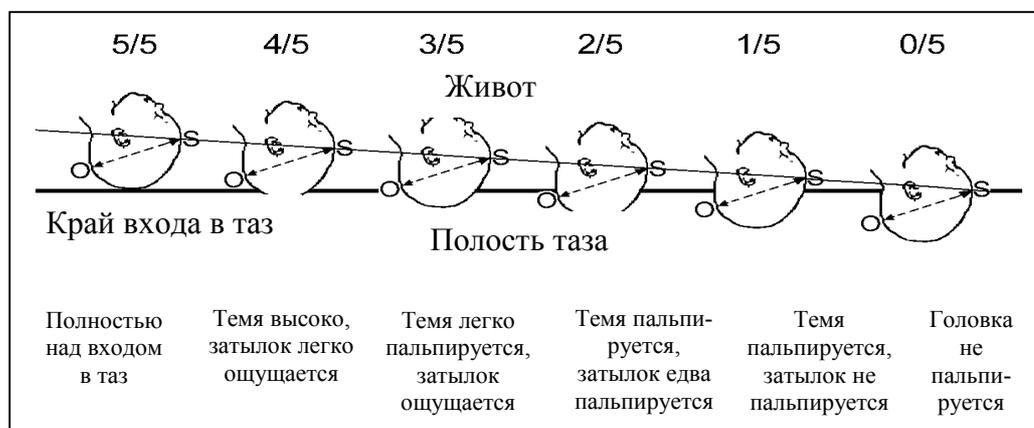
- 1 степень: швы легко делимы;
- 2 степень: швы находят друг на друга, но делимы;
- 3 степень: швы находят друг на друга и не делимы.

**Раскрытие шейки матки:** Оценивайте при каждом влагалищном исследовании и отмечайте крестиком (x). Начните делать отметки на партограмме с 4 см.

**Линия тревоги:** Линия должна начинаться от точки раскрытия шейки на 4 см. и продолжаться до точки полного раскрытия с шагом 1 см в час.

**Линия действия:** Параллельно и отступя на 4 часа вправо от линии тревоги.

**Оценка опускания головки пальпацией живота:** Имеет отношение к части головки (разделенной на 5 частей), пальпируемой над симфизом; отмечайте кружком (O) при каждом вагинальном исследовании. В положении 0/5 верхнепередняя часть головы (темя) находится на уровне симфиза.



---

**Часы:** Относится к количеству времени, прошедшему с момента начала активной фазы родов (наблюдаемой или предполагаемой).

**Время:** Фиксируйте реальное время.

**Схватки:** Вводите данные каждые полчаса; пальпируйте число схваток за 10 минут и их продолжительность в секундах.

- Менее 20 секунд:
- Между 20 и 40 секундами:
- Более 40 секунд

**Окситоцин:** При назначении окситоцина записывайте его количество, вводимое женщине в жидкости для переливаний в/в капельно каждые 30 минут.

**Назначения лекарств:** Фиксируйте любые дополнительные назначения лекарств.

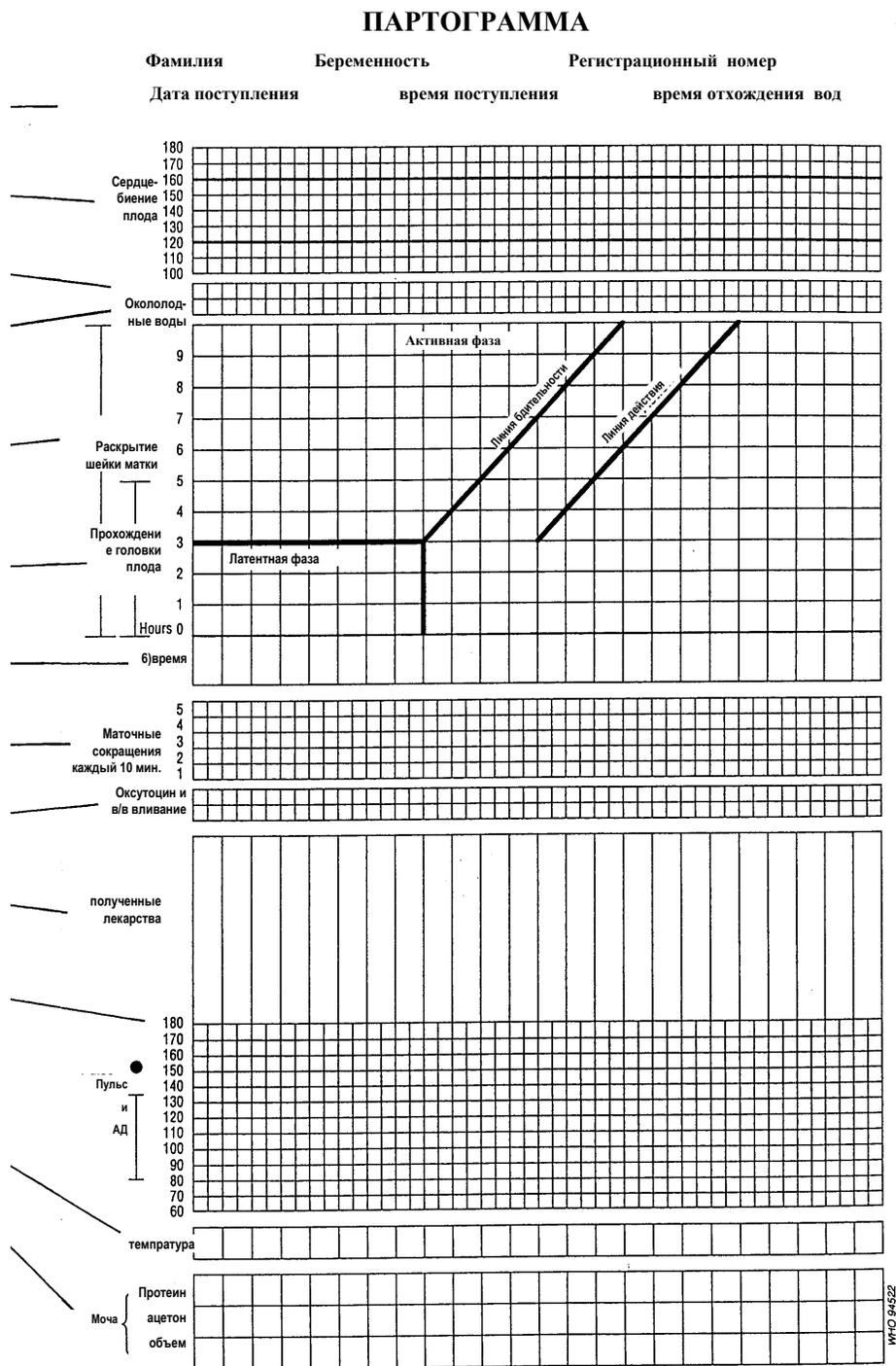
**Пuls:** Каждые 30 минут отмечайте точкой (●).

**Артериальное давление:** Записывайте каждые 4 часа и отмечайте стрелкой.

**Температура:** Записывайте каждые 2 часа.

**Протеин, ацетон и количество мочи:** Записывайте при каждом мочеиспускании.

Рисунок С-3 Модифицированная ВОЗ партограмма



Дата поступления    Время поступления    Время излития околоплодных вод

Частота сердцебиений плода

Амниотическая жидкость

Конфигурация головки

Раскрытие шейки матки

---

Опускание головки

Линия тревоги

Линия действий

Часы

Время

Сокращения матки за 10 мин

Окситоцин, Ед/л

Капель/мин

Назначенные препараты и в/в жидкости

Пульс

АД

Температура

Моча

белок

ацетон

количество

Рисунок С- - образец заполнения партограммы при нормальных родах:

- Первородящая поступила в латентной фазе родов в 5.00 утра:
  - головка плода пальпируется на 4/5;
  - шейка раскрыта на 2 см.;
  - 3 схватки в течение 10 минут, каждая продолжительностью 20 секунд;
  - нормальное состояние матери и плода.

**Примечание:** Эта информация не отражена в партограмме.

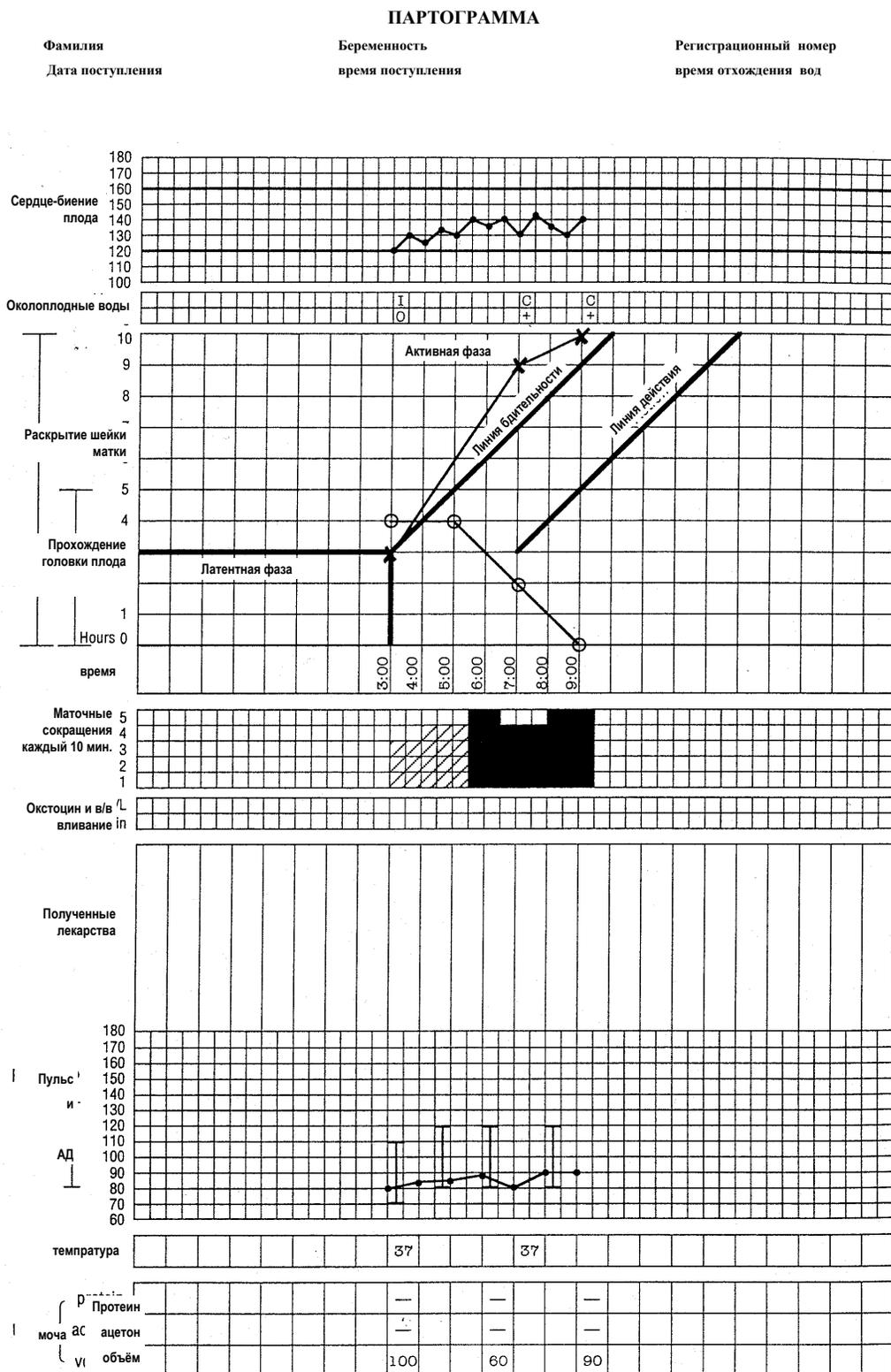
- В 9.00 утра:
  - головка плода пальпируется на 3/5;
  - шейка раскрыта на 5 см;

---

**Примечание: Женщина находилась в активной фазе родов, и эта информация зафиксирована на партограмме. Раскрытие шейки нанесено на линию тревоги.**

- 4 схватки в течение 10 минут продолжительностью 40 секунд каждая;
- раскрытие шейки прогрессирует со скоростью 1 см в час.
- В 14.00:
  - головка пальпируется на 0/5;
  - шейка полностью раскрыта;
  - пять схваток в течение 10 минут продолжительностью 40 секунд каждая;
  - спонтанные вагинальные роды произошли в 14.20.

Рисунок С-11 Образец заполнения партограммы при нормальных родах



Амниотическая жидкость— Ч  
 Спонтанные влагаличные роды в 14:20  
 Живой плод - 2850 гр

WHO 94512

---

### *Течение первого периода родов*

- Признаки, указывающие на удовлетворительное течение первого периода родов:
  - регулярные схватки с прогрессирующим увеличением их частоты и продолжительности;
  - скорость раскрытия шейки не менее 1 см. в час в течение активной фазы родов (раскрытие шейки на или левее линии тревоги);
  - шейка хорошо прилежит к предлежащей части.
- Признаки, указывающие на неудовлетворительное течение первого периода родов:
  - Нерегулярные и редкие схватки после завершения латентной фазы;
  - ИЛИ скорость раскрытия шейки меньше 1 см в час в течение активной фазы родов (раскрытие шейки справа от линии тревоги);
  - ИЛИ шейка плохо прилежит к предлежащей части.

Неудовлетворительное развитие родовой деятельности может привести к затяжным родам (Таблица S- 10, стр.В-59).

### *Течение второго периода родов*

- Признаки, указывающие на удовлетворительное течение второго периода родов:
  - постоянное опускание плода по родовому каналу;
  - начало фазы изгнания (потужного периода).
- Признаки, указывающие на неудовлетворительное течение второго периода родов:
  - отсутствие продвижения плода по родовому каналу;
  - нарушение изгнания в течение поздней (потужной) фазы.

### *Оценка состояния плода*

- Если частота сердечных сокращений плода патологическая (меньше 100 или больше 180 ударов в минуту), предположите дистресс плода (стр.В-93).
- Положение или предлежание плода, отличное от переднего вида затылочного предлежания с нормально ориентированным теменем, рассматривается как неправильное положение плода или неправильное предлежание (стр.В-70).
- Если наблюдается неудовлетворительное течение родов или затяжные роды, постарайтесь устранить причину медленного прогресса в родах (стр.В-59)

### Оценка состояния матери

Оцените состояние женщины на наличие признаков дистресса:

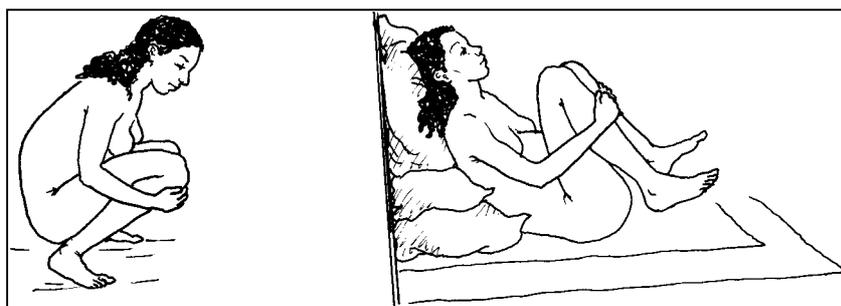
- если пульс женщины учащается, можно предположить обезвоживание или наличие сильных болей. Убедитесь, что женщина получает достаточное количество жидкости перорально или внутривенно и обеспечьте адекватную анальгезию (стр.А-37);
- если у женщины снизилось артериальное давление, предположите кровотечение (стр.В-18);
- если в моче женщины присутствует ацетон, предположите недостаточное питание и перелейте декстрозу в/в.

### Нормальное родоразрешение

**Основные методы поддерживающего ухода во время родов наиболее полезны с точки зрения оказания помощи женщине в перенесении родовой боли.**

- Когда шейка полностью раскрыта и женщина находится в фазе изгнания второго периода родов, помогите ей принять удобное положение (Рисунок С- 4) и поощряйте потужную деятельность.

**Рисунок С- 4      Положения, которые может принять женщина во время родоразрешения**



**Примечание: Эпизиотомия уже не является рекомендуемой стандартной процедурой. Нет данных о том, что рутинное проведение эпизиотомии снижает риск повреждения промежности, будущего выпадения влагалища или недержания мочи. В действительности, рутинное проведение эпизиотомии ассоциируется с увеличением разрывов промежности третьей и четвертой степени с последующей дисфункцией мышц анального сфинктера.**

Эпизиотомия (стр.С-66) должна быть применена только в следующих случаях:

- 
- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• При осложненных вагинальных родах (тазовое предлежание, дистоция плечиков плода, наложение щипцов, вакуум-экстракция плода);</li><li>• При рубцовых изменениях гениталий в результате женского обрезания или плохо заживших разрывах третьей и четвертой степени;</li><li>• При дистрессе плода.</li></ul> |
|--|

### *Рождение головки*

- Попросите женщину чаще дышать или слегка тужиться во время схваток, пока прорезывается головка.
- Для управляемого рождения головки расположите пальцы одной руки сверху головки плода с целью сохранения ее сгибательного положения.
- Осторожно придерживайте промежность, пока прорезывается головка ребенка.
- Как только головка родится, попросите женщину не тужиться.
- Очистите отсосом рот и нос ребенка.
- Прощупайте наличие пуповины вокруг шеи ребенка:
  - если пуповина обвита вокруг шеи, но свободна, снимите ее через голову ребенка;
  - если пуповина плотно обвивает шею, наложите два зажима и перережьте пуповину перед разматыванием.

### *Завершение родов*

- Дайте возможность головке ребенка повернуться самостоятельно.
- После поворота головки положите руки по сторонам головки ребенка. Попросите женщину осторожно потужиться при следующей схватке.
- Уменьшить повреждения промежности можно последовательным рождением плечиков. Отклоните головку ребенка кзади (вниз) для рождения переднего плеча.

**Примечание: Если есть трудности при рождении плечиков, предположите дистоцию плечиков (затруднение при рождении плечиков) (стр.В-83).**

- Поднимите головку ребенка вперед (вверх) для рождения заднего плеча.
- Поддерживайте тело ребенка одной рукой при его рождении.
- Положите ребенка на живот матери. Тщательно просушите ребенка, вытрите глаза и оцените его дыхание:

---

**Примечание: Большинство новорожденных начинают кричать или дышать самостоятельно в течение первых 30 секунд после рождения.**

- Если ребенок кричит или дышит (грудная клетка поднимается не реже 30 раз в минуту), оставьте ребенка с матерью;
- Если новорожденный не начал дышать в течение 30 секунд, **ПОЗОВИТЕ НА ПОМОЩЬ** и приступайте к шагам по оживлению новорожденного (стр.В-137).

**Предвидьте необходимость оживления новорожденного и имейте план оказания помощи каждому ребенку, но особенно тем, у матерей которых имеет место эклампсия, кровотечение, затяжные роды, клинически узкий таз, недоношенная беременность или инфекция.**

- Пережмите и перережьте пуповину.
- Убедитесь, что новорожденный находится в тепле и обеспечен контакт «кожа-к-коже» на груди матери. Запеленайте младенца в легкую, сухую ткань, укройте одеялом и убедитесь, что головка накрыта для предотвращения потери тепла.
- Если мать чувствует себя плохо, попросите ассистента присмотреть за ребенком.
- Пропальпируйте живот для проверки наличия еще одного младенца и приступайте к активному ведению третьего периода родов.

#### *Активное ведение третьего периода родов*

Активное ведение третьего периода родов (активное отделение плаценты) помогает предотвратить послеродовое кровотечение. Активное ведение третьего периода родов включает в себя

- немедленное введение окситоцина;
- контролируемое потягивание за пуповину;
- массаж матки.

#### *Окситоцин*

- В течение 1 минуты после рождения ребенка пропальпируйте живот на предмет наличия еще одного младенца и, при его отсутствии, введите 10 ЕД окситоцина в/м.
- Использование окситоцина предпочтительнее, т.к. он начинает действовать через 2-3 минуты после инъекции, имеет минимальные побочные эффекты и может быть использован у всех женщин. При отсутствии окситоцина, используйте эргометрин 0,2 мг в/м или простагландины. Убедитесь в отсутствии многоплодной беременности перед применением этих лекарств.

---

**Не используйте эргометрин у женщин с преэклампсией, эклампсией или с высоким артериальным давлением ввиду повышения риска возникновения судорог и нарушения мозгового кровообращения.**

*Контролируемое потягивание за пуповину*

- Пережмите пуповину ближе к промежности губчатым зажимом. Держите пережатую пуповину и концы зажима одной рукой.
- Положите другую руку непосредственно над лобковой костью женщины и удерживайте матку отводя ее от лона во время контролируемого потягивания за пуповину. Это поможет избежать выворота матки.
- Слегка натяните пуповину и дождитесь сильного сокращения матки (2-3 минуты).
- Когда матка становится круглой или пуповина удлиняется, очень осторожно потяните на себя вниз пуповину для рождения плаценты. Не ждите появления сильного потока крови до того, как вы начали потягивание за пуповину. Продолжайте отводить матку другой рукой в направлении противоположном потягиванию за пуповину.
- Если плацента не опускается в течение 30-40 секунд **контролируемого потягивания за пуповину** (то есть, нет признаков отделения плаценты), прекратите тянуть за пуповину:
  - осторожно держите пуповину и дождитесь очередного хорошего сокращения матки. При необходимости используйте губчатый зажим для пережатия пуповины ближе к промежности при ее удлинении;
  - во время следующего сокращения матки повторите контролируемое потягивание за пуповину с отведением матки в противоположную сторону.

**Никогда не тяните пуповину на себя без отведения матки в противоположную сторону другой рукой выше лобковой кости.**

- При рождении плаценты тонкие плодные оболочки могут оборваться. Держите плаценту обеими руками и осторожно поворачивайте ее, пока плодные оболочки скручиваются.
- Медленно потяните плаценту для завершения родов.
- Если плодные оболочки оторвались, осторожно исследуйте верхнюю часть влагалища и шейку матки в стерильных перчатках и используйте губчатые зажимы для удаления всех оставшихся частей плодных оболочек, которые будут обнаружены.
- Внимательно осмотрите плаценту, чтобы удостовериться в ее целостности. Если часть материнской поверхности плаценты отсутствует или имеет

---

место обрыв оболочек с сосудами, есть основание подозревать наличие в полости матки оставшихся фрагментов плаценты (стр.В-33).

- Если имеется выворот матки, верните матку обратно (стр.С-85).
- Если пуповина оторвалась, может понадобиться провести ручное удаление плаценты (стр.С-72).

#### *Массаж матки*

- Немедленно проведите массаж дна матки через переднюю брюшную стенку женщины до появления сокращений матки.
- Повторяйте массаж матки каждые 15 минут в течение первых 2 часов.
- Убедитесь, что матка не расслабляется (становится мягкой) после остановки массажа матки.

#### *Оценка разрывов*

- Внимательно осмотрите женщину и восстановите целостность шейки матки (стр.С-76) и влагалища после разрывов или эпизиотомии (стр.С-70).

#### *Первичный уход за новорожденным*

- Проверяйте дыхание младенца и цвет кожных покровов каждые 5 минут.
- Если кожа младенца становится цианотичной (синеет) или у него появляются затруднения при дыхании (менее 30 или более 60 дыханий в минуту), дайте кислород через носовой катетер или канюлю (стр.В-141).
- Проверяйте температуру, ощупывая ступню ребенка каждые 15 минут:
  - если ступня ребенка холодная, измерьте температуру в подмышечной впадине;
  - если температура ребенка ниже 36.5° С, согрейте его (стр.В-143).
- Осматривайте пуповину на предмет возможного кровотечения каждые 15 минут. Если обнаружено кровотечение из пуповины, перевяжите пуповину сильнее.
- Используйте антимикробные капли (1% раствор нитрата серебра или 2,5% раствор повидон-йодида) или мазь (1% тетрациклиновая мазь) для обработки глаз ребенка.

**Примечание.** Не путайте повидон-йодид с настойкой йода, использование которой может вызвать слепоту.

- Очистите кожу от мекония и крови.

- 
- Поощряйте грудное вскармливание, как только ребенок будет готов (начнет «искать сосок»). Не заставляйте ребенка брать грудь насильно.

**По мере возможности избегайте раздельного содержания матери и ребенка. В любом случае, не оставляйте мать и ребенка без внимания.**

## Основы ухода за новорожденным

При рождении ребенка у матери, получающей лечение по поводу осложнений беременности и родов, уход за новорожденным будет зависеть от того

- требует ли состояние ребенка немедленного лечения,
- позволяет ли состояние матери ухаживать за ребенком полностью, частично или совсем не позволяет.

### Новорожденные с проблемами

- Если новорожденный имеет острые проблемы, которые требуют лечения в течение первого часа после родов, его должны провести присутствующие в родовой палате врачи или другой медперсонал (стр.В-136). Проблемы и неотложные состояния новорожденного, требующие незамедлительного вмешательства:
  - отсутствие дыхания;
  - затруднение дыхания;
  - генерализованный цианоз (посинение кожи);
  - малый вес при рождении (менее 2500 г);
  - летаргия;
  - гипотермия/холодовой стресс (температура в подмышечной впадине ниже 36,5° С);
  - судороги.
- Следующие состояния требуют раннего начала лечения:
  - возможная бактериальная инфекция у внешне здорового ребенка, чья мать имела дородовой или длительный преждевременный разрыв плодных оболочек;
  - возможный сифилис (у матери имеется положительный серологический ответ или выраженная симптоматика).
- Если у новорожденного имеются пороки развития или другие проблемы, которые не требуют срочной помощи (в родильном зале),
  - обеспечьте новорожденному обычный первичный уход (стр.А-76);

- 
- переведите младенца как можно скорее в соответствующее отделение, занимающееся лечением больных новорожденных (стр.А-78).

#### Новорожденные без проблем

- Если у новорожденного нет явных проблем, обеспечьте ему стандартный первичный уход, включающий тесный «кожа к коже» контакт с матерью и раннее начало грудного вскармливания (стр.А-76).
- Если позволяет состояние матери, держите младенца в контакте «кожа к коже» с матерью все время.
- Если состояние матери не позволяет ей поддерживать контакт «кожа к коже» с младенцем после родов (например, после кесарева сечения),
  - заверните ребенка в мягкую сухую ткань, покройте одеялом и убедитесь, что головка ребенка покрыта во избежание потери тепла;
  - проводите частые осмотры.
- Если состояние матери требует длительной разлуки с ребенком, передайте младенца в соответствующее отделение по уходу за новорожденным (см. ниже).

#### Перевод новорожденных в специализированные отделения

- Объясните проблемы ребенка его матери (стр.А-5).
- Держите ребенка в тепле.
- Заверните ребенка в мягкую сухую ткань, покройте одеялом и убедитесь, что головка покрыта во избежание потери тепла.
- Передавайте ребенка из рук в руки работникам отделения, если это возможно. Если ребенок нуждается в специальном лечении, например, в кислородной поддержке, переводите его в инкубаторе или детской кроватке.
- Начните грудное вскармливание, как только ребенок будет готов к сосанию или как только позволит состояние матери.
- Если начало грудного вскармливания отложено в связи с проблемами матери или новорожденного, обучите мать технике сцеживания молока как можно быстрее и убедитесь, что это молоко используется для вскармливания новорожденного.
- Убедитесь, что отделение, оказывающее помощь новорожденному, получило информацию о течении родов и лечении, полученном новорожденным (история развития новорожденного).

---

## Связи с обществом и учреждениями здравоохранения

### Создание улучшенной обстановки оказания помощи

Районные больницы должны прилагать все усилия для создания гостеприимной обстановки для женщин, их семей и специалистов периферийных центров здравоохранения. Это должно способствовать поддержанию соответствующих усилий других работников здравоохранения и совместной работе по устранению недостатков.

При сотрудничестве с другими подразделениями врачи и акушеры в районных больницах должны

- поощрять и благодарить сотрудников, которые направили пациентку в районную больницу, особенно в присутствии женщины и ее семьи;
- предлагать клинические методики и делать корректирующие замечания в приватной обстановке, чтобы не навредить репутации сотрудника в обществе;
- привлекать сотрудника (в разумных пределах) к продолжению ухода за женщиной.

При сотрудничестве с обществом врачи и акушеры в районных больницах должны

- приглашать членов общества принимать участие в работе региональной больницы или комитете здравоохранения;
- выделить ключевых представителей общества и приглашать их в учреждения здравоохранения с тем, чтобы ознакомить их с функциями и ролью больницы, а также нуждами и ограничениями;
- создать возможность для общества видеть в районной больнице учреждение, приносящее людям добро (посредством компаний вакцинации и скрининга населения).

### Навстречу нуждам женщин

Для того, чтобы повысить свою привлекательность для женщин и общества, районным больницам следует внимательно изучить свои собственные акушерские службы. Учреждение должно создать чуткую к культуре и комфортную среду, которая

- уважает чувство стыдливости женщины и ее право на конфиденциальность;
- доброжелательно принимает членов семьи;
- обеспечивает удобное место для женщины и/или ее младенца (например, низкая койка для родов, теплая и чистая комната).

Благодаря тщательному планированию, учреждение может создать такую среду без ущерба для служб, борющихся с осложнениями и неотложными состояниями.

---

## Совершенствование перетранспортировки пациентов в лечебные учреждения более высокого уровня

Каждой женщине, направленной в районную больницу, должен быть выдан стандартный бланк направления, в котором должна быть отражена следующая информация:

- общая информация о пациенте (имя, возраст, адрес);
- акушерский анамнез (количество детей, срок беременности, осложнения в антенатальном периоде);
- акушерские осложнения, имевшие место в прошлом (предыдущее кесарево сечение, послеродовое кровотечение);
- специфическая проблема, ставшая причиной направления;
- предписанное лечение и результаты этого лечения.

Бланк направления должен также включать результаты обращения в учреждение более высокого уровня. Бланк направления должен быть отправлен обратно в направившее медучреждение вместе с женщиной или человеком, который ее привел. Районная больница и периферийное медицинское учреждение должны хранить заполненные бланки всех обращений для проведения оценки качества оказания помощи:

- направляющие медицинские учреждения могут оценить успешность и правильность переправки пациентов в учреждение более высокого уровня;
- районная больница может проанализировать заполненные карты пациентов, отмечая потребность направившего женщину медицинского учреждения в дополнительной технической поддержке или подготовке персонала.

### Обучение, поддержка и контроль

Районные больницы должны предлагать клиническую подготовку периферийным специалистам, что приведет в итоге к высокому качеству оказываемых услуг и их преемственности. Обучение на рабочем месте акцентирует внимание на мастерстве и отличается большей эффективностью, чем обучение в классах, так как

- совершенствует взаимодействие между работниками периферийных и региональных медучреждений всех уровней;
- повышает осведомленность персонала периферийных медицинских учреждений в клинических способах лечения в районной больнице;
- способствует созданию команды и обеспечивает контроль работников здравоохранения после их возвращения в свой коллектив для передачи полученных ими знаний и навыков.

---

**В. Раздел 2.**

**Симптомы**

---

## ШОК

Шок характеризуется нарушениями системы кровообращения, поддерживающей адекватную перфузию жизненно важных органов. Шок является угрожающим жизни состоянием, которое требует немедленного и интенсивного лечения.

**Предположите шок или ожидайте его развития, если хотя бы одно из следующего имеется в наличии:**

- кровотечение в раннем сроке беременности (например, аборт, внематочная беременность или пузырный занос);
- кровотечение в позднем сроке беременности или в родах (например, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, разрыв матки);
- кровотечение после родов (например, разрыв матки, атония матки, разрывы мягких тканей родовых путей, задержка плаценты или ее фрагментов в матке);
- инфекция (например, криминальный или септический аборт, амнионит, метрит, пиелонефрит);
- травма (например, повреждение матки или кишечника во время аборта, разрыв матки, разрывы мягких тканей родовых путей).

## Симптомы и признаки

Диагностируйте шок при наличии следующих признаков:

- частый, слабый пульс (110 ударов в минуту или более);
- низкое артериальное давление (систолическое давление меньше 90 мм рт. ст.).

Другими признаками и симптомами шока могут быть

- бледность (особенно внутренней поверхности века, ладоней или вокруг рта);
- потливость или холодная липкая кожа;
- частое дыхание (30 дыханий в минуту и более);
- беспокойство, спутанное сознание или бессознательное состояние;
- недостаточное мочеотделение (меньше 30 мл в час).

---

## Лечение

### Неотложная помощь

- **ПОЗОВИТЕ НА ПОМОЩЬ.** Срочно мобилизуйте весь свободный персонал.
- Оцените жизненно важные функции (пульс, артериальное давление, дыхание, температуру).
- Поверните женщину на бок для снижения риска аспирации при рвоте и для обеспечения проходимости воздушных путей.
- Согрейте женщину, но не перегревайте ее, так как это увеличит периферическую микроциркуляцию и уменьшит кровоснабжение жизненно важных центров.
- Поднимите ноги для увеличения возврата крови к сердцу (если это возможно, приподнимите ножной конец кровати).

### Специфическое лечение

- Начните в/в инфузию (если это возможно), используя катетер или иглу большого (№16 или большего размера) диаметра. Возьмите кровь для анализа на гемоглобин, безотлагательного проведения перекрестной пробы на совместимость и прикроватного теста на свертываемость (смотрите ниже) до начала инфузионной терапии.
  - Быстро перелейте жидкости в/в (физиологический раствор или лактат Рингера); начните инфузию со скорости 1 литр за 15-20 минут;

Примечание: Избегайте использования плазмозамещающих растворов (например, декстранов). Нет данных, что плазмозаменители эффективнее физиологического раствора в выведении женщины из шока, а декстран в больших дозах может быть опасным для здоровья.

- Перелейте не менее 2 литров растворов в течение первого часа. Этого количества обычно достаточно для восполнения имеющихся место потерь жидкости.

Примечание: Более высокая скорость инфузии необходима при выведении из шока, вызванного кровопотерей. Объем инфузии должен в 2-3 раза превышать предполагаемую потерю жидкости.

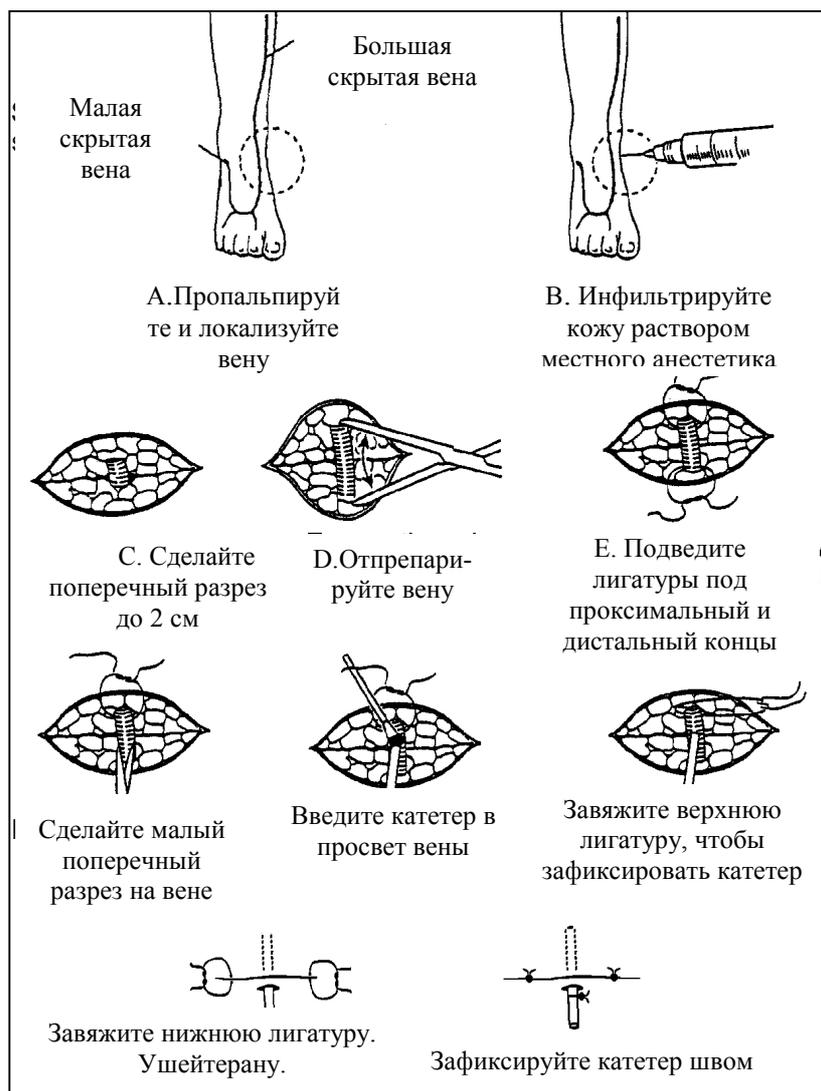
**Если женщина находится в состоянии шока не давайте ей жидкость перорально**

- 
- Если не удастся катетеризировать периферическую вену, выполните венесекцию (Рисунок S 1).
  - Продолжайте контролировать жизненно важные функции (каждые 15 минут) и объем кровопотери.
  - Катетеризируйте мочевой пузырь и контролируйте выделение мочи наряду с введением жидкости.
  - Дайте кислород 6-8 л/мин чез маску или носовую канюлю.

*Прикроватный тест на свертываемость*

- Оцените свертываемость крови, используя **прикроватный тест на свертываемость:**
  - наберите 2 мл венозной крови в маленькую, сухую, чистую, прозрачную стеклянную лабораторную пробирку (размером приблизительно 10мм x 75мм);
  - возьмите предварительно закрытую пробирку в руку, чтобы обеспечить ее согревание до температуры 37°C;
  - через 4 минуты медленно наклоните пробирку и посмотрите, образовался ли сгусток. Затем наклоняйте пробирку каждую минуту, пока кровь не свернется и пробирку можно будет перевернуть вверх дном;
  - замедленное образования сгустка (более 7 минут) или образование мягкого сгустка, который легко разрушается, дает основание заподозрить коагулопатию (стр.В-20),

**Рисунок S- 1                      Венесекция**



## **Выявление причин и тактика борьбы с шоком**

Выясните причины возникновения шока после того, как состояние женщины стабилизируется.

- Если предполагается, что причиной развития шока является тяжелое кровотечение,
  - предпринимайте одновременно разные шаги для остановки кровотечения (например, введите окситоцин, проведите массаж матки, двуручное сдавление матки, пережатие аорты, приготовьтесь к хирургическому вмешательству);
  - начинайте трансфузию как можно раньше для возмещения кровопотери (стр.А-24);
  - установите причину кровотечения и постарайтесь ее устранить:

- 
- если кровотечение случилось в первые 22 недели беременности, предположите аборт, внематочную или пузырный занос (стр.В-8);
  - если кровотечение случилось после 22 недели беременности или во время родов, но до родоразрешения, предположите предлежание плаценты, преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты или разрыв матки (стр.В-18);
  - если кровотечение произошло после рождения ребенка, предположите разрыв матки, атонию матки, разрывы мягких тканей родового тракта, задержку плаценты или ее фрагментов в полости матки (стр.В-26);
  - переоцените состояние женщины для обнаружения улучшений в состоянии (стр.В-6).
- Если в качестве причины шока предполагается инфекция,
    - соберите соответствующие пробы (кровь, мочу, гной) для выявления микробной культуры до начала антибиотикотерапии (при наличии соответствующего оборудования);
    - назначьте женщине комбинацию антибиотиков, активных в отношении аэробных и анаэробных инфекционных агентов, и продолжайте их применение, пока у женщины не будет зафиксирована нормальная температура в течение 48 часов (стр.А-35):
      - пенициллин G 2 млн. ЕД или ампициллин 2г в/в каждые 6 часов;
      - ПЛЮС гентамицин 5мг/кг веса в/в каждые 24 часа;
      - ПЛЮС метронидазол 500мг в/в каждые 8 часов.

**Не назначайте женщине антибиотики перорально, если она находится в состоянии шока.**

- переоцените состояние женщины для обнаружения улучшений в состоянии (стр. В-6).
- Если в качестве причины шока предполагается травма, приготовьтесь к хирургическому вмешательству.

### **Повторная оценка состояния**

- Оцените ответную реакцию женщины через 30 минут после переливания жидкости для определения улучшения ее состояния. Признаками улучшения являются:

- 
- стабилизация пульса (частота 90 ударов в минуту или менее);
  - повышение артериального давления (систолическое 100 мм рт. ст. или выше);
  - улучшение психического состояния (уменьшение спутанности сознания или тревоги);
  - увеличение объема выделения мочи (30 мл в час или более).
- Если состояние женщины улучшилось,
    - сократите скорость в/в инфузии жидкостей до 1 л в 6 часов;
    - продолжите мероприятия по определению причины шока (стр.В-5).
  - Если состояние женщины не улучшается и не стабилизируется, она нуждается в дополнительном лечении (см. ниже).

### **Дополнительное лечение**

- Продолжите в/в переливание растворов, обеспечивая переливание 1 литр за 6 часов, и поддерживайте подачу кислорода 6-8 литров в минуту.
- Четко оценивайте состояние женщины.
- Проведите лабораторные исследования, включая определение гематокрита, группы крови и резус фактора и перекрестную пробу на совместимость крови. При наличии возможности определите электролиты в плазме крови, креатинин плазмы и рН крови.

---

## **ВАГИНАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ**

### **Проблема**

- Вагинальное кровотечение, происходящее в течение первых 22 недель беременности.

### **Основное лечение**

- Произведите быструю оценку общего состояния женщины, включая жизненно важные функции (пульс, артериальное давление, дыхание, температура).
- Если заподозрен шок, немедленно начинайте лечение (стр.В-2). Даже при отсутствии признаков шока, имейте его в виду при дальнейшей оценке состояния женщины, так как оно может быстро ухудшиться. Если шок развивается, важно начать лечение незамедлительно.
- Если женщина в шоке, предположите прервавшуюся внематочную беременность (Таблица S- 4, стр.В-15).
- Начните в/в инфузию и переливайте жидкости в/в (стр.А-22).

### **Диагностика**

- Предположите наличие внематочной беременности у всех женщин с анемией, воспалительными заболеваниями таза, угрожающим абортom или с жалобами на нетипичные боли в животе.

Примечание: Если предполагается внематочная беременность, проводите бимануальное исследование осторожно, в виду того, что ранняя внематочная беременность легко может прерваться.

- Предположите аборт, как вероятный диагноз, у всех женщин репродуктивного возраста, у которых отмечен эпизод отсутствия месячных (задержка менструального кровотечения более чем на месяц со дня последней менструации) и у которых имеется в наличии один или несколько из следующих симптомов: кровотечение, спастические сокращения матки, частичная экспульсия фрагментов плодного яйца, раскрытая шейка матки - или у которых размер матки меньше ожидаемого.
- Если аборт признан возможным диагнозом, определите и лечите любые осложнения немедленно (Таблица S- 2, стр.В-10).

**Таблица S- 1 Диагностика вагинального кровотечения в ранние сроки беременности**

| <b>Присутствующие симптомы, другие симптомы и признаки, типично присутствующие</b>  | <b>Иногда присутствующие симптомы и признаки</b>  | <b>Вероятный диагноз</b>                          |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Легкое<sup>a</sup> кровотечение</li> <li>• Закрытая шейка матки</li> <li>• Размер матки соответствует сроку беременности</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Спазмы/боли внизу живота</li> <li>• Матка мягче нормы</li> </ul>   | Угрожающий аборт, стр.В-11                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Легкое кровотечение</li> <li>• Боль в животе</li> <li>• Закрытая шейка матки</li> <li>• Матка немного больше, чем в норме</li> <li>• Матка мягче, чем в норме</li> </ul>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обморочное состояние</li> <li>• Болезненное образование в области придатков матки</li> <li>• Аменорея</li> <li>• Болезненность при движении шейки матки</li> </ul> | Внематочная беременность (Таблица S- 4, стр.В-15) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Легкое кровотечение</li> <li>• Закрытая шейка матки</li> <li>• Матка меньше нормы, соответствующей предполагаемому сроку <ul style="list-style-type: none"> <li>• Матка мягче нормы</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Легкие спазмы/боли внизу живота</li> <li>• В анамнезе выделение фрагментов зародыша</li> </ul>   | Полный аборт, стр.В-13                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сильное кровотечение<sup>b</sup></li> <li>• Шейка матки раскрыта</li> <li>• Матка соответствует сроку беременности</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Судороги/боль внизу живота</li> <li>• Болезненность матки</li> <li>• Нет выделений фрагментов зародыша</li> </ul>  | Аборт в ходу, стр.В-12                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сильное кровотечение</li> <li>• Шейка матки раскрыта</li> <li>• Матка соответствует сроку беременности</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Судороги/боль внизу живота</li> <li>• Частичное выделение фрагментов зародыша</li> </ul>   | Неполный аборт, стр.В-12                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сильное кровотечение</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Тошнота/рвота</li> </ul>   | Пузырный занос, стр.В-16                          |

<sup>a</sup> Легкое кровотечение: более 5 мин уходит на то, чтобы пропиталась чистая подкладная или белье

<sup>b</sup> Сильное кровотечение: менее 5 мин уходит на то, чтобы пропиталась чистая подкладная или белье.

- Шейка матки раскрыта
- Матка больше нормы, соответствующей предполагаемому сроку беременности
- Матка мягче нормы
- Частичное выделение фрагментов зародыша напоминающих виноградную гроздь
- Спонтанный аборт
- Судороги/боль внизу живота
- Киста яичника (легко рвущаяся)
- Раннее начало преэклампсии
- Отсутствие плода

**Таблица S- 2 Диагностика и лечение осложнений аборта**

| Симптомы и признаки  | Осложнения   | Лечение   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Боль внизу живота</li> <li>• Иррадиация боли</li> <li>• Болезненная матка</li> <li>• Затяжное кровотечение</li> <li>• Недомогание</li> <li>• Высокая температура</li> <li>• Влагалищные выделения с гнилостным запахом</li> <li>• Гнойные шеечные выделения</li> <li>• Болезненность шейки матки при движениях</li> </ul> | Инфекция/сепсис  | Начните применять антибиотики <sup>a</sup> как можно быстрее, до начала ручной вакуумной аспирации (стр.С-61).  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Спазмы/боли в животе</li> <li>• Иррадиация боли</li> <li>• Вздутие живота</li> <li>• Ригидность мышц живота (напряженный и твердый живот)</li> <li>• Боли в плечах</li> <li>• Тошнота/рвота</li> <li>• Высокая температура</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Повреждения матки, влагалища или кишечника</li> </ul> | Произведите лапаротомию для устранения повреждений и одновременно произведите ручную вакуумную аспирацию (стр. С-61) При необходимости, просите о помощи. |

**Рамка S- 1                    Типы абортов**

<sup>a</sup> Назначьте ампициллин 2 г в/в через 6 часов, ПЛЮС гентамицин 5 мг/кг массы тела в/в один раз в сутки, ПЛЮС метронидазол 500 мг в/в через 8 часов до тех пор, пока в течение 48 часов будет отсутствовать повышение температуры (стр.А-35).

---

**Самопроизвольный аборт** определяют как раннее прерывание беременности до момента наступления жизнеспособности плода (22 неделя беременности). Стадии самопроизвольного аборта могут включать в себя

- угрожающий аборт (беременность может продолжаться);
- аборт в ходу (беременность не может продолжаться и переходит в стадию неполного/полного аборта);
- неполный аборт (фрагменты зародыша выделились частично);
- полный аборт (фрагменты зародыша полностью выделились).

**Искусственный аборт** можно определить как процесс, с помощью которого беременность прерывается до момента наступления жизнеспособности плода.

**Криминальный аборт** определяют как процедуру, произведенную лицами, не имеющими необходимой квалификации, или в обстановке, не соответствующей минимальным медицинским стандартам, или по обоим причинам вместе.

**Септический аборт** определяют как аборт, осложненный инфекцией. Сепсис может явиться результатом распространения инфекции из нижних отделов генитального тракта как после спонтанного, так и вследствие криминального аборта. Сепсис вероятнее всего разовьется при задержке фрагментов зародыша в полости матки и при запаздывании с их удалением. Сепсис – частое осложнение криминального аборта при выполнении его нестерильными инструментами.

## Лечение

**Если предполагается, что у женщины имел место криминальный аборт, обследуйте ее на наличие инфекции, а также на наличие повреждений матки, влагалища или кишечника (Таблица S- 2, стр.В-10); тщательно промойте влагалище для удаления любых трав, примененных местно лекарств или каустических растворов.**

### Угрожающий аборт

- В медикаментозном лечении обычно нет необходимости.
- Посоветуйте женщине воздержаться от требующей усилий активности и половых сношений, но в постельном режиме нет необходимости.
- Если кровотечение остановилось, продолжайте наблюдение в женской консультации. Если кровотечение повторилось, переоцените состояние женщины.
- Если кровотечение продолжается, оцените жизнеспособность плода (тест на беременность/ультразвуковое исследование) или возможность внематочной

---

беременности (ультразвуковое исследование). Продолжающееся кровотечение, особенно если матка увеличена больше, чем ожидается, может свидетельствовать о двойне или пузырном заносе.

**Не назначайте гормональные препараты (например, эстрогены или прогестины) или токолитические средства (например, сальбутамол или индометацин), так как они не предотвращают выкидыш.**

#### Аборт в ходу

- Если срок беременности меньше 16 недель, планируйте удаление содержимого полости матки (стр.С-61). Если такое удаление невозможно произвести немедленно
  - Назначьте эргометрин 0,2 мг в/м (при необходимости повторите через 15 минут) ИЛИ мизопропростол (сайтотек) 400 мкг перорально (при необходимости повторите еще один раз через 4 часа);
  - Подготовьтесь к эвакуации содержимого полости матки как можно быстрее.
- Если срок беременности больше 16 недель:
  - Дождитесь спонтанной экспульсии плодного яйца и затем произведите аспирацию содержимого полости матки для удаления оставшихся фрагментов (стр. С-61);
  - При необходимости перелейте окситоцин 40 ЕД в 1 л раствора в/в (в физиологическом растворе или лактате Рингера) со скоростью 40 капель в минуту, чтобы помочь экспульсии плодного яйца.
- Обеспечьте последующее наблюдение за женщиной после проведенной терапии (стр.В-13).

#### Неполный аборт

- Если кровотечение от легкого до умеренного и срок беременности меньше 16 недель, используйте пальцы или окончательный зажим для удаления фрагментов плодного яйца, опустившихся из полости матки через шейку матки.
- Если кровотечение сильное и срок беременности меньше 16 недель, эвакуируйте содержимое полости матки:
  - ручная вакуумная аспирация является предпочтительным методом такой эвакуации (стр. С-61). Эвакуация острой кюреткой должна быть использована только в том случае, если ручная вакуумная аспирация невозможна (стр.С-56);

- 
- если немедленная эвакуация содержимого полости матки невозможна, назначьте эргометрин 0,2 мг в/м (при необходимости повторите через 15 минут) ИЛИ мизопропростол (сайтотек) 400 мкг перорально (при необходимости повторите еще один раз через 4 часа).
  - Если срок беременности больше 16 недель
    - переливайте окситоцин 40 ЕД в 1 л раствора в/в (в физиологическом растворе или лактате Рингера) со скоростью 40 капель в минуту до момента экспульсии плодного яйца;
    - при необходимости назначьте мизопропростол (сайтотек) 200 мкг вагинально через 4 часа до экспульсии плодного яйца, но в общей дозе не более 800 мкг;
    - удалите все оставшиеся фрагменты из полости матки (стр. С-61).
  - Обеспечьте последующее наблюдение за женщиной (см. ниже).

#### Полный аборт

- В эвакуации содержимого полости матки обычно нет необходимости.
- Наблюдайте за женщиной, чтобы не пропустить сильного кровотечения.
- Обеспечьте последующее наблюдение за женщиной (см. ниже).

#### Последующее наблюдение за женщинами, перенесшими аборт

До выписки из стационара расскажите женщине, перенесшей спонтанный аборт, что самопроизвольные аборты достаточно распространены и ими завершаются приблизительно 15% (каждая седьмая) клинически распознанных беременностей. Также убедите женщину, что шансы на успешную последующую беременность остаются высокими, если у нее не было сепсиса или не была установлена причина произошедшего аборта, которая может отрицательно сказаться на течении последующих беременностей (что случается редко).

Некоторые женщины могут захотеть забеременеть вскоре после неполного аборта. Женщину следует убедить отложить следующую беременность до момента полного выздоровления.

Важно проконсультировать женщин, перенесших криминальный аборт. Если беременность нежелательна, некоторые методы планирования семьи (Таблица S- 3, стр.В-14) могут быть начаты немедленно (в течение 7 дней) при условии

- отсутствия серьезных осложнений, требующих дальнейшего лечения;
- получения женщиной соответствующих консультаций и помощи при выборе наиболее подходящего метода планирования семьи.

**Таблица S- 3            Методы планирования семьи**

| <b>Виды контрацепции</b>                       | <b>Следует начинать</b>   |
|--|---|
| Гормональная (таблетки, инъекции, имплантанты) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Немедленно</li></ul>  |
| Презервативы                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Немедленно</li></ul>  |
| ВМС  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Немедленно</li><li>• При обнаружении или подозрении на инфекцию отложите использование этого метода до полного излечения</li><li>• Если Hb меньше 7 г/дл, отложите использование этого метода до излечения анемии</li><li>• Посоветуйте временные методы (например, презервативы)</li></ul> |
| Добровольная перевязка труб (стерилизация)     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Немедленно</li><li>• При обнаружении или подозрении на инфекцию отложите использование этого метода до полного излечения</li><li>• Если Hb меньше 7 г/дл, отложите использование этого метода до излечения анемии</li><li>• Посоветуйте временные методы (например, презервативы)</li></ul> |

Кроме того, определите другие виды услуг службы репродуктивного здоровья, которые могут понадобиться женщине. Например, некоторым женщинам может понадобиться

- профилактика столбняка или иммунизация от столбняка;
- лечение заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП);
- скрининговое обследование для диагностики рака шейки матки.

#### Внематочная беременность

Внематочная беременность наступает тогда, когда имплантация плодного яйца происходит вне полости матки. Фаллопиевы трубы – наиболее частое место внематочной имплантации (более 90%).

Симптомы и признаки сильно отличаются в зависимости от того, был ли разрыв плодного вместилища (Таблица S- 4, стр.В-15). Кульдоцентез (пункция прямокишечно-маточного пространства стр.С-64) является важным методом

диагностики прервавшейся внематочной беременности, но используется реже, чем комбинация сыровоточного теста на беременность с УЗИ. При обнаружении несворачивающейся крови немедленно приступайте к лечению.

**Таблица S- 4 Симптомы и признаки прервавшейся и прогрессирующей внематочной беременности.**

| <b>Прогрессирующая внематочная беременность</b>  | <b>Прервавшаяся внематочная беременность</b>  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Симптомы раннего срока беременности (нерегулярные кровянистые выделения или кровотечение, тошнота, набухание молочных желез, цианотичность влагалища и шейки матки, размягчение шейки матки, небольшое увеличение матки, учащение частоты мочеиспускания)</li><li>• Боль в животе и в тазу</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Коллапс и слабость</li><li>• Частый слабый пульс (110 в минуту и более)</li><li>• Пониженное АД</li><li>• Гиповолемия</li><li>• Острая боль в животе и в тазу</li><li>• Вздутие живота<sup>a</sup></li><li>• Симптомы раздражения брюшины</li><li>• Бледность</li></ul> |

#### *Дифференциальная диагностика*

Чаще всего дифференциальную диагностику внематочной беременности необходимо проводить с угрожающим абортom. В других случаях - с острыми или хроническими воспалительными заболеваниями таза, кистой яичника (перекрут или разрыв) и острым аппендицитом.

Отличить угрожающий аборт или перекрученную кисту яичника от внематочной беременности поможет УЗИ.

#### *Немедленные мероприятия*

- Перекрестный тест на совместимость крови и подготовка к немедленной лапаротомии. Не откладывайте начало операции до получения результатов анализа крови.
- В ходе операции осмотрите оба яичника и фаллопиевы трубы:
  - если обнаружено сильное повреждение труб, проведите сальпингэктомию (кровотокающая труба и фрагменты плодного яйца удаляются вместе). Это является операцией выбора в большинстве случаев (стр.С-101);
  - в редких случаях, при небольшом повреждении трубы, произведите сальпингостомию (фрагменты плодного яйца должны быть удалены, а

<sup>a</sup> Вздутие живота в сочетании с перемещающимся притуплением перкуторного звука может свидетельствовать о наличии свободной крови в брюшной полости.

---

труба сохранена). Это следует делать только в том случае, когда сохранение детородной функции очень важно для женщины, так как риск развития повторной внематочной беременности высок (стр.С-102).

#### *Аутогемотранфузия*

При значительной кровопотере аутогемотранфузия может быть использована только в том случае, если излившаяся кровь без сомнения является свежей и неинфицированной (в поздние сроки беременности кровь содержит амниотическую жидкость и т.д., и не может быть использована для аутогемотранфузии). Кровь может быть собрана до операции или после вскрытия брюшной полости:

- Когда женщина находится на операционном столе, до начала операции, и ее живот переполнен кровью, иногда возможно пройти иглой через переднюю брюшную стенку и собрать кровь в систему для забора крови.
- В другом случае вскройте брюшную полость:
  - соберите кровь в сосуд и пропустите через марлю для удаления сгустков;
  - очистите верхнюю часть системы для сбора крови антисептическим раствором и откройте ее стерильным ножом;
  - поместите кровь женщины в систему и перелейте ее обычным образом, используя фильтр;
  - если отсутствует стандартный флакон/мешок с антикоагулянтом для сбора крови, добавьте 10 мл цитрата натрия на каждые 90 мл крови.

#### *Дальнейшее ведение женщины*

- До выписки из больницы проконсультируйте женщину и дайте советы относительно прогноза сохранения детородной функции. Принимая во внимание повышенный риск повторной внематочной беременности, консультирование по вопросам планирования семьи и выбора метода планирования семьи представляется особенно важным (Таблица S- 3, стр.В-14).
- Проведите коррекцию анемии сульфатом или фумератом железа 60 мг перорально ежедневно в течение 6 месяцев.
- Запланируйте последующий визит через 4 недели.

#### *Пузырный занос*

Пузырный занос характеризуется ненормальной пролиферацией хориальных ворсинок.

#### *Немедленные мероприятия*

- Если диагноз пузырного заноса не вызывает сомнения, эвакуируйте содержимое полости матки:

- 
- если необходимо расширение шейки матки, примените парацервикальную анестезию (стр.С-2);
  - используйте вакуумную аспирацию (стр.С-61). Ручная вакуумная аспирация безопаснее и сопровождается меньшей кровопотерей. При выскабливании с использованием металлической кюретки высок риск перфорации стенки матки;
  - держите три шприца наготове для использования во время манипуляции. Содержимое полости матки обильное и важно удалить его быстро.
  - Переливайте 20 ЕД окситоцина в 1 л раствора в/в (в физиологическом растворе или лактате Рингера) со скоростью 60 капель в минуту для предупреждения кровотечения во время манипуляции.

#### *Дальнейшее ведение женщины*

- Рекомендуйте гормональный метод планирования семьи минимум в течение 1 года для предотвращения беременности (Таблица S- 3, стр.В-14). Добровольную перевязку маточных труб можно предложить женщине, у которой уже есть дети, и она не собирается рожать.
- Проводите каждые 8 недель тест мочи на беременность как минимум в течение 1 года, так как существует риск персистирующей трофобластической болезни или хориокарциномы. Если тест мочи на беременность не является отрицательным спустя 8 недель или становится положительным снова в течение первого года, направьте женщину в медицинский центр самого высокого уровня для дальнейшего наблюдения и лечения.

---

## ВАГИНАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОЗДНИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ

### Проблемы

- Вагинальное кровотечение после 22 недель беременности.
- Вагинальные кровотечения в родах до родоразрешения.

Таблица S- 5            Типы кровотечений

| Тип кровотечения                                  | Вероятный диагноз      | Действия  |
|---|------------------------|---|
| Кровянисто-слизистые выделения (слизистая пробка) | Начало родов           | Продолжайте ведение нормальных родов и родоразрешения, стр.А-56 |
| Любые другие кровотечения                         | Дородовое кровотечение | Выясните причину (Таблица S- 6, стр.В-19)                       |

### Основное лечение

- **ПОЗОВИТЕ НА ПОМОЩЬ.** Немедленно мобилизуйте весь свободный персонал.
- Произведите быструю оценку основных показателей состояния женщины, включая жизненно важные функции (пульс, артериальное давление, дыхание, температуру).

**Не проводите вагинальное исследование в этот момент.**

- Если предполагается шок, немедленно приступайте к лечению (стр.В-2). Даже если признаков шока не наблюдается, имейте шок в виду при оценке состояния женщины в дальнейшем, потому что ее состояние может быстро ухудшиться. Если шок начинает развиваться, важно начинать лечение немедленно.
- Начните в/в инфузию и перелейте растворы в/в (стр.А-22).

## Диагностика

Таблица S- 6

### Диагностика дородовых кровотечений

| Присутствующие симптомы, другие симптомы и признаки, типично присутствующие   | Иногда присутствующие симптомы и признаки   | Вероятный диагноз   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Кровотечение после 22 недели беременности (кровь может накапливаться в матке)</li><li>• Перемежающаяся или постоянная боль в животе</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Шок</li><li>• Напряженная/болезненная матка</li><li>• Снижение/отсутствие движений плода</li><li>• Дистресс плода или отсутствие сердечных тонов плода</li></ul>  | Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, стр.В-20 |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Кровотечение (внутрибрюшное и/или влагалищное)</li><li>• Сильная боль в животе (может уменьшиться после разрыва матки)</li></ul>              | <ul style="list-style-type: none"><li>• Шок</li><li>• Вздутие живота/свободная жидкость в брюшной полости</li><li>• Ненормальные контуры матки</li><li>• Болезненность живота</li><li>• Легкая пальпация частей плода</li><li>• Отсутствие движений плода и сердечных тонов.</li><li>• Учащенный пульс матери</li></ul> | Разрыв матки, стр.В-21  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Кровотечения после 22 недели беременности</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Шок</li><li>• Кровотечение может появляться после полового сношения</li><li>• Расслабленная матка</li><li>• Плод не находится в тазу/нижний полюс матки при ощупывании пустой</li><li>• Нормальное состояние плода</li></ul>  | Предлежание плаценты, стр.В-22                                      |

---

## Лечение

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты это отделение нормально расположенной плаценты от матки до рождения плода.

- Оцените свертываемость крови, используя прикроватный тест на свертываемость (стр.В-4). Если тест на свертываемость показывает задержку образования сгустка более 7 минут или образовывается мягкий, легко распадающийся сгусток, предположите коагулопатию (стр. В-20).
- При необходимости перелейте кровь, предпочтительно свежую (стр.А-24).
- Если кровотечение сильное (явное или скрытое), ускорьте родоразрешение насколько возможно:
  - если шейка матки полностью раскрыта, проведите родоразрешение посредством вакуум экстракции (стр.С-26);
  - если вагинальное родоразрешение не возможно, произведите кесарево сечение (стр.С-40).

Примечание: При каждом случае отслойки нормально расположенной плаценты будьте готовы к послеродовому кровотечению (стр.В-26)

- Если кровотечение от легкого до умеренного (мать не находится в непосредственной опасности), дальнейшие действия будут зависеть от данных аускультации сердечных тонов плода:
  - если частота сердечных сокращений плода нормальная или они отсутствуют, разорвите плодный пузырь амниотическим крючком или зажимом Кохера (стр.С-17):
    - если схватки недостаточные, усильте родовую деятельность окситоцином (стр.С-19);
    - если шейка матки незрелая (твердая, толстая, закрытая), выполните кесарево сечение (стр. С-40).
  - если частота сердечных сокращений плода патологическая (меньше 100 или больше 180 ударов в минуту),
    - выполните срочное вагинальное родоразрешение;
    - если вагинальное родоразрешение невозможно, срочно произведите кесарево сечение (стр. С-40).

Коагулопатия (нарушение свертываемости крови)

Коагулопатия является одновременно причиной и следствием массивных акушерских кровотечений. Она может быть инициирована преждевременной

---

отслойкой нормально расположенной плаценты, внутриутробной смертью плода, эклампсией, эмболией околоплодными водами и многими другими причинами. Клиническая картина варьирует от большой кровопотери с (или без) тромботическими осложнениями до клинически стабильного состояния, когда коагулопатия может быть выявлена только лабораторными исследованиями.

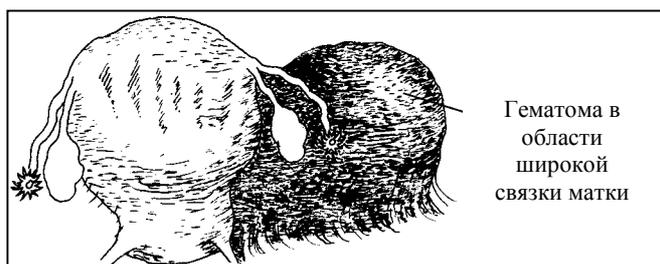
**Примечание:** В большинстве случаев острой кровопотери развитие коагулопатии может быть предотвращено, если быстро восстановить ОЦК в/в переливанием растворов (физиологического раствора или лактата Рингера).

- Рассмотрите и лечите возможные причины нарушения свертываемости:
  - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (стр.В-20);
  - эклампсия (стр.В-44);
- Используйте препараты крови для борьбы с кровотечением (стр.А-24):
  - по возможности, переливайте свежую цельную кровь, восполняя факторы свертываемости и потерю эритроцитов;
  - если свежая цельная кровь недоступна, выберите один из следующих имеющихся в наличии вариантов:
    - свежзамороженную плазму - для восполнения факторов свертывания (15мл/кг массы тела);
    - консервированные (или осажденные) эритроциты - для восполнения потери эритроцитов;
    - криопреципитат - для восполнения фибриногена;
    - тромбоцитарную взвесь - если кровотечение продолжается и число тромбоцитов меньше 20 000.

### Разрыв матки

Кровотечение из разорванной матки может проявиться влагалищным кровотечением, если головка плода не опустилась в таз. Кровь может изливаться и в брюшную полость. Разрыв нижнего сегмента матки внутри широкой связки, однако, не приведет к излитию крови в брюшную полость (Рисунок S- 2).

### **Рисунок S- 2 Разрыв нижнего сегмента матки внутри широкой связки не приводит к излитию крови в брюшную полость**



- Восстановите ОЦК в/в переливанием растворов (физиологическим раствором или лактатом)

Рингера) до начала операции.

- После стабилизации состояния немедленно произведите кесарево сечение, извлеките ребенка и удалите плаценту (стр. С-40).
- Если матка может быть восстановлена с меньшим оперативным риском, чем при проведении гистерэктомии, и на краях разрывов нет следов некроза, восстановите целостность матки (стр.С-89). Это потребует меньше времени и приведет к меньшей кровопотере, чем проведение гистерэктомии.

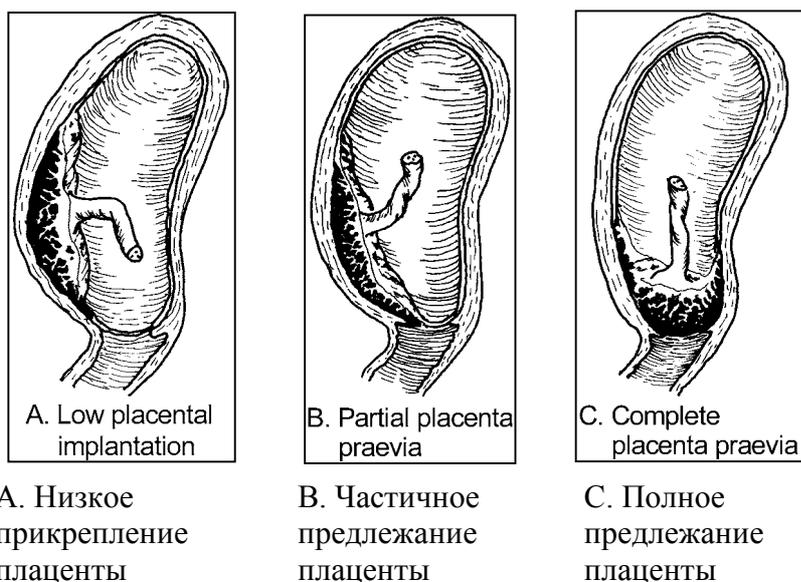
**Ввиду того, что повышается риск разрыва матки при последующих беременностях, после того, как минует опасность, необходимо обсудить с женщиной выбор метода постоянной контрацепции.**

- Если матка не может быть восстановлена, произведите надвлагалищную ампутацию матки (стр.С-97). Если разрывы простираются на шейку матки и влагалище, должна быть произведена тотальная гистерэктомия.

Предлежание плаценты

Предлежание плаценты - это прикрепление плаценты в области или около шейки матки .

**Рисунок S- 3                      Прикрепление плаценты в области или около шейки матки**



Внимание: Не проводите влагалищное исследование, пока все не будет готово к немедленному проведению кесарева сечения. Тщательное исследование «в

---

зеркала» может быть проведено для исключения других причин кровотечения, таких как цервицит, травма, полипы шейки матки или ее злокачественные новообразования. Однако, даже при наличии этих заболеваний, нельзя исключать предлежания плаценты.

- Восстановите ОЦК в/в переливанием растворов (физиологическим раствором или лактатом Рингера).
- Оцените величину кровопотери:
  - если кровотечение сильное и продолжается, подготовьтесь к родоразрешению посредством кесарева сечения, независимо от степени зрелости плода (стр. С-40);
  - если кровотечение легкое или остановилось и плод живой, но недоношенный, примените выжидательную тактику до родоразрешения либо до проявлений сильного кровотечения:
    - госпитализируйте женщину до родоразрешения;
    - проводите коррекцию анемии сульфатом или фумератом железа 60 мг перорально ежедневно в течение 6 месяцев;
    - убедитесь, что в наличии имеется кровь для трансфузии;
    - если кровотечение повторилось, выберите тактику после взвешивания преимуществ и рисков для женщины и плода при дальнейшей выжидательной тактике, по сравнению с активными действиями.

#### Подтверждение диагноза

- Если может быть проведено надежное ультразвуковое исследование, определите местонахождение плаценты. Если предлежание плаценты подтвердится и плод доношенный, планируйте родоразрешение (стр.В-24).
- Если проведение ультразвукового исследования невозможно, или его результат не надежен, и срок беременности меньше 37 недель, ведите женщину, как с предлежанием плаценты до срока 37 недель.
- Если проведение ультразвукового исследования невозможно, или его результат не надежен, и срок беременности 37 недель или более, проведите влагалищное исследование в операционной, подготовленной к началу операции, для исключения предлежания плаценты. Исследование в операционной, подготовленной к началу операции, то ли вагинальной, то ли абдоминальной - кесареву сечению, предполагает следующее:
  - должна быть налажена система для в/в переливаний и подготовлена кровь для начала гемотрансфузии (проведен тест крови на перекрестную совместимость);

- 
- женщина должна находиться в операционной, операционная бригада должна быть готова к началу операции;
  - для осмотра шейки матки должны быть использованы стерильные влагалищные зеркала.
  - Если шейка частично раскрыта и видна ткань плаценты, подтвердите предлежание плаценты и планируйте родоразрешение (стр. В-24).
  - Если шейка матки закрыта, бережно пропальпируйте своды влагалища:
    - если нащупывается губчатая ткань, подтвердите предлежание плаценты и планируйте родоразрешение (стр. В-24);
    - если нащупывается твердая головка плода, исключите, в первую очередь, предлежание плаценты и приступайте к родоразрешению, начав индукцию родов (стр.С-18).
  - Если диагноз предлежания плаценты по-прежнему вызывает сомнения, проведите осторожное пальцевое исследование:
    - если мягкие ткани прощупываются внутри шейки матки, подтвердите предлежание плаценты и планируйте родоразрешение (далее);
    - если плодный пузырь и части плода прощупываются по центру и по краям, исключите предлежание плаценты и приступайте к родоразрешению, начав индукцию родов (стр.С-16).

#### Родоразрешение

- Планируйте родоразрешение, если
  - плод доношенный;
  - плод умер или имеет аномалии, несовместимые с жизнью (например, анэнцефалию);
  - жизнь матери в опасности из-за чрезмерной кровопотери.
- Если имеется низкое прикрепление плаценты (рисунок S 3 A) и кровотечение легкое, возможно вагинальное родоразрешение. В противном случае произведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр. С-40).

**Примечание:** У женщин с предлежанием плаценты высок риск развития послеродовых кровотечений и приращение/врастание плаценты - распространенная находка в области рубца от предыдущего кесарева сечения.

- Если произведено кесарево сечение и имеется кровотечение из места прикрепления плаценты,
  - наложите на кровоточащее место швы;
  - перелейте 20 ЕД окситоцина в 1 л раствора (в физиологическом растворе или лактате Рингера) в/в со скоростью 60 капель в минуту.

- 
- Если кровотечение происходит в послеродовом периоде, начните соответствующие мероприятия (стр.В-26). Они могут включать перевязку артерий (стр.С-93) или гистерэктомию (стр.С-94).

---

## ВАГИНАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Вагинальное кровотечение более 500 мл после родоразрешения определяется как послеродовое кровотечение (ПРК). Однако с таким определением существуют некоторые проблемы:

- оценка кровопотери, как это ни печально, обычно занижена и часто составляет половину реальной кровопотери. Кровь смешивается с амниотической жидкостью и иногда с мочой. Она попадает на тампоны, полотенца и простыни, в лотки и на пол;
- значимость конкретного объема кровопотери зависит от исходного уровня гемоглобина женщины. Женщина с нормальным уровнем гемоглобина будет более устойчива к кровопотере, которая может привести к фатальным последствиям у анемичной женщины;

**Даже у здоровых женщин без анемии может произойти катастрофическая кровопотеря.**

- кровотечение может медленно продолжаться несколько часов, и это состояние может оставаться незамеченным, пока женщина внезапно не окажется в состоянии шока.

Оценка риска в антенатальном периоде не всегда эффективно выявляет женщин, у которых может развиться ПРК. Необходимо осуществлять активное ведение третьего периода родов у всех женщин, так как это снижает риск развития ПРК вследствие атонии матки (стр.А-74). Все роженицы должны находиться под тщательным наблюдением для определения наличия у них ПРК.

### Проблемы

- Повышенное вагинальное кровотечение в течение первых 24 часов после родоразрешения (раннее ПРК).
- Повышенное вагинальное кровотечение спустя 24 часа после родоразрешения (позднее ПРК).

**Продолжающееся медленное кровотечение или внезапное кровотечение требует неотложных мероприятий; вмешательство необходимо проводить немедленно и очень активно.**

### Основное лечение

- ПОЗОВИТЕ НА ПОМОЩЬ. Срочно мобилизуйте весь свободный персонал.

- 
- Произведите быструю оценку основных показателей состояния женщины, включая жизненно важные функции (пульс, артериальное давление, дыхание, температуру).
  - Если предполагается шок, немедленно приступайте к лечению (стр.В-2). Даже если признаков шока не наблюдается, имейте шок в виду при оценке состояния женщины в дальнейшем, потому что оно может быстро ухудшиться. Если шок начинает развиваться, важно начинать лечение немедленно.
  - Проведите наружный массаж матки для удаления крови и сгустков крови. Сгустки крови, оставшиеся в матке, могут тормозить эффективные сокращения матки.
  - Введите 10 ЕД окситоцина в/м.
  - Начните в/в переливания растворов (стр.А-22).
  - Катетеризируйте мочевого пузыря.
  - Убедитесь, что плацента выделилась, и обследуйте ее, чтобы быть уверенным в ее целостности (Таблица S- 7, стр.В-28).
  - Обследуйте шейку матки, влагалище и промежность на наличие разрывов.
  - После того, как кровотечение удалось остановить (через 24 часа после остановки кровотечения), определите уровень гемоглобина или гематокрит для диагностики анемии:
    - Если уровень гемоглобина ниже 7 г/дл или гематокрит ниже 20% (тяжелая анемия),
      - назначьте сульфат или фумерат железа 120 мг перорально ПЛЮС фолиевую кислоту 400 мкг перорально один раз в день в течение 3 месяцев;
      - по истечении 3 месяцев продолжите поддерживающее лечение сульфатом или фумератом железа 60 мг перорально ПЛЮС фолиевую кислоту 400 мкг перорально один раз в день в течение 6 месяцев.
    - Если уровень гемоглобина определяется между 7-11 г/дл, назначьте сульфат или фумерат железа 60 мг перорально ПЛЮС фолиевую кислоту 400 мкг перорально один раз в день в течение 6 месяцев;
    - В очагах, эндемичных по глистной инвазии (распространенность - 20% или более), назначьте одну из следующих антигельминтных схем терапии:
      - альбендазол 400 мг перорально однократно;
      - ИЛИ мебендазол 500 мг перорально однократно или 100 мг 2 раза в день в течение 3 дней;

- ИЛИ левамизол 2,5 мг на 1 кг веса перорально 1 раз в день в течение 3 дней;
  - ИЛИ пирантел 10 мг на 1 кг веса однократно один раз в день в течение 3 дней.
- Если глистная инвазия высоко эндемична (распространенность - 50% или более), повторите антигельмитную терапию через 12 недель после первого курса.

## Диагностика

**Таблица S- 7      Диагностика вагинальных кровотечений после родоразрешения**

| <b>Присутствующие симптомы, другие симптомы и признаки, типично присутствующие</b>  | <b>Иногда присутствующие симптомы и признаки</b>  | <b>Вероятный диагноз</b>   |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Раннее ПРК<sup>а</sup></li> <li>• Матка мягкая и не сокращающаяся</li> </ul>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Шок</li> </ul>   | Атония матки, стр.В-29   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Раннее ПРК<sup>а</sup></li> <li>•</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Плацента целая</li> <li>• Матка сократившаяся</li> </ul>                         | Разрывы шейки матки, влагалища или промежности, стр.В-32                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Плацента не выделяется в течение 30 минут после родов</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Раннее ПРК<sup>а</sup></li> <li>• Матка сократившаяся</li> </ul>                 | Задержка отделения плаценты, стр.В-32                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Части материнской поверхности плаценты отсутствуют или в месте обрыва оболочек видны зияющие сосуды</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Раннее ПРК<sup>а</sup></li> <li>• Матка сократившаяся</li> </ul>                 | Задержка отделения фрагментов плаценты (дефект дольки плаценты) стр.В-33 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дно матки не определяется при пальпации живота.</li> <li>• Легкая или интенсивная боль</li> </ul>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Выворот матки, видимой во влагалище</li> <li>• Раннее ПРК<sup>б</sup></li> </ul> | Выворот матки, стр.В-34  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Кровотечение, происходящее спустя</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Кровотечение различной интенсивности (легкое</li> </ul>                          | Позднее ПРК, стр.В-34  |

<sup>а</sup> Кровотечение может казаться слабым, если сгусток блокирует шейку матки или если женщина лежит на спине.

<sup>а</sup> Кровотечение может казаться слабым, если сгусток блокирует шейку или если женщина лежит на спине.

<sup>а</sup> Кровотечение может казаться слабым, если сгусток блокирует шейку или если женщина лежит на спине.

<sup>а</sup> Кровотечение может казаться слабым, если сгусток блокирует шейку или если женщина лежит на спине.

<sup>б</sup> Кровотечение может отсутствовать при полном вывороте матки

|  |  |                        |
|--|--|------------------------|
| более чем 24 часа после родов<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Матка мягче и больше, чем должна быть в данный момент послеродового периода</li> </ul>                                   | или сильное, продолжающееся или нерегулярное) с неприятным запахом<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Анемия</li> </ul> |                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Раннее ПРК<sup>a</sup> (внутрибрюшное и/или влагалищное кровотечение)</li> <li>• Сильная боль в животе (может уменьшиться после разрыва матки)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Шок</li> <li>• Напряженный живот</li> <li>• Учащенный пульс у матери</li> </ul>         | Разрыв матки, стр.В-21 |

## Лечение

Атония матки

Атоничная матка не может сократиться после родов

- Продолжите массаж матки
- Используйте утеротонические препараты, вместе или последовательно (Таблица S- 8)

**Таблица S- 8      Использование утеротонических препаратов**

|                          | <b>Окситоцин</b>  | <b>Эргометрин/метилэргометрин</b>   | <b>15-метил Простагландин F<sub>2α</sub></b> |
|--------------------------|---|---|--|
| Доза и способ применения | В/в: перелейте 20 ЕД в 1 л раствора со скоростью 60 капель в минуту<br><br>В/м: 10 ЕД | В/м или в/в (медленно): 0,2 мг  | В/м: 0,25 мг                                 |
| Поддерживающая доза      | В/в: перелейте 20 ЕД в 1 л раствора со скоростью 40 капель в минуту                   | Повторите 0,2 мг в/м через 15 минут<br><br>При необходимости, вводите 0,2 мг в/м или в/в (медленно) каждые 4 часа | 0,25 мг каждые 15 минут                      |

<sup>a</sup> Кровотечение может быть слабым, если сгусток блокирует шейку или если женщина лежит на спине.

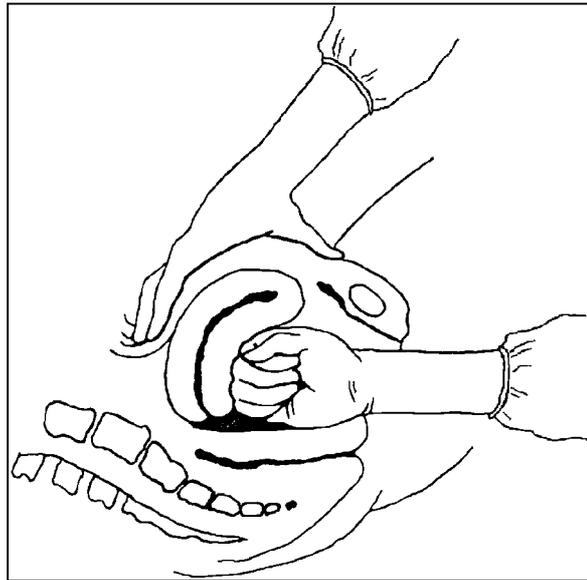
|                                 |   |   |                         |
|---------------------------------|---|---|-------------------------|
| Максимальная доза               | Не более 3 литров в/в жидкостей, содержащих окситоцин | 5 доз (общая доза 1,0 мг)                 | 8 доз (общая доза 2 мг) |
| Предупреждения/противопоказания | Не вводите препарат в/в шприцем                       | Преэклампсия, гипертензия, болезни сердца | Астма                   |

**Простагландины не должны вводиться внутривенно. Это может быть опасно для жизни.**

- Предвидьте потребность в гемотрансфузии заранее и перелейте кровь при необходимости (стр.А-24)
- Если кровотечение продолжается,
  - снова проверьте плаценту на целостность;
  - если есть признаки задержки в матке фрагментов плаценты (отсутствие части материнской поверхности или оборванные оболочки с зияющими сосудами), удалите оставшиеся ткани плаценты из полости матки (стр.В-33);
  - оцените свертываемость крови, используя прикроватный тест на свертываемость (стр.В-4). Если спустя 7 минут сгусток не образовался или образовался мягкий, легко разрушающийся сгусток, нужно думать о коагулопатии (стр.В-20).
- Если кровотечение продолжается, несмотря на проводимые мероприятия,
  - выполните двуручное сдавление матки (Рисунок S 4):
    - надев стерильные перчатки, войдите рукой во влагалище и сожмите руку в кулак;
    - положите кулак в переднем своде и надавите им на переднюю стенку матки;
    - надавите другой рукой глубоко в области живота позади матки, прикладывая усилие к задней стенке матки;
    - продолжайте сдавливание, пока кровотечение не станет управляемым и матка не начнет сокращаться;

Рисунок S- 4

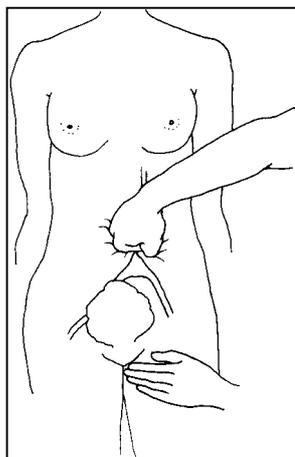
Двуручное сдавление матки



- можно также пережать аорту (Рисунок S 5):
  - примените нисходящее сдавление сложенным кулаком брюшной аорты прямо через брюшную стенку:
    - точка надавливания находится прямо над пупком и немного левее;
    - пульсация аорты может быть легко определена через переднюю брюшную стенку в раннем послеродовом периоде;
  - другой рукой пальпируйте пульс на бедренной артерии для оценки полноты сдавления:
    - если пульс прощупывается при сдавливании, давление, оказываемое кулаком, недостаточно;
    - если пульс не прощупывается, давление, оказываемое кулаком, достаточно;
  - Продолжайте сдавление, пока кровотечение не станет управляемым.

---

**Рисунок S- 5      Сдавление брюшной аорты и определение пульса на бедренной артерии**



**Тампонада матки является неэффективной и отнимает драгоценное время.**

- Если кровотечение продолжается, несмотря на сдавление,
  - осуществите перевязку маточной и маточно-яичниковой артерии (стр.С 93);
  - если опасное для жизни кровотечение продолжается после перевязки артерий, произведите субтотальную гистерэктомию (стр. 96).

#### Разрывы шейки матки, влагалища и промежности

Разрывы родового канала являются второй по частоте причиной ПРК. Разрывы могут сочетаться с атонией матки. Послеродовое кровотечение при наличии сократившейся матки обычно происходит вследствие разрывов шейки матки или влагалища.

- Тщательно обследуйте женщину и восстановите целостность шейки матки (стр.С 76.) или влагалища и промежности (стр. С 77).
- Если кровотечение продолжается, оцените свертываемость крови, используя прикроватный тест на свертываемость (стр.В-4). Если спустя 7 минут сгусток не образовался или образовался мягкий, легко разрушающийся сгусток, нужно думать о коагулопатии (стр. В-20).

#### Задержка отделения плаценты

**При задержке отделения плаценты кровотечение может отсутствовать.**

- 
- Если вы видите плаценту, попросите женщину потужиться и вытолкнуть ее. Если вы чувствуете плаценту во влагалище, удалите ее.
  - Убедитесь, что мочевого пузыря пуст. При необходимости, катетеризируйте мочевой пузырь.
  - Если плацента не выделилась, введите окситоцин 10 ЕД в/м, если он еще не был применен при активном ведении третьего периода родов.

**Не применяйте эргометрин, т.к. он приводит к тоническим сокращениям матки, которые задерживают выделение плаценты.**

- Если плацента не выделилась после 30 минут стимуляции окситоцином и матка сократившаяся, попробуйте использовать контролируемую тракцию за пуповину (стр.А-75).

Примечание: Избегайте сильного потягивания за пуповину и давления в области дна матки, т.к. это может привести к вывороту матки.

- Если контролируемое потягивание за пуповину оказалось безрезультатным, проведите ручное удаление плаценты (стр.С-72).

Примечание: В случае очень плотного сращения тканей может иметь место приращение плаценты. Попытки удаления трудноотделяемой плаценты могут привести к тяжелому кровотечению или перфорации матки, что обычно требует проведения гистерэктомии.

- Если кровотечение продолжается, оцените свертываемость крови, используя прикроватный тест на свертываемость (стр.В-4) Если спустя 7 минут сгусток не образовался или образовался мягкий, легко разрушающийся сгусток, нужно думать о коагулопатии (стр. В-20).
- Если имеются признаки инфекции (высокая температура, выделения из влагалища с резким запахом), назначьте антибиотики, как при метрите (стр.В-108).

Задержка отделения фрагментов плаценты

**При задержке отделения фрагментов плаценты кровотечение может отсутствовать.**

Когда части плаценты – одна или более долей – задерживаются в матке, это препятствует ее эффективным сокращениям.

- Тщательно исследуйте полость матки на наличие фрагментов плаценты. Ручное обследование полости матки сходно с техникой, применимой при удалении задержанной плаценты (стр.С-72).

- 
- Удалите фрагменты плаценты рукой, корнцангом или большой кюретой.

**Примечание:** В случае очень плотного сращения тканей может иметь место приращение плаценты. Попытки удаления трудноотделяемой плаценты могут привести к тяжелому кровотечению или перфорации матки, что обычно требует проведения гистерэктомии.

- Если кровотечение продолжается, оцените свертываемость крови, используя прикроватный тест на свертываемость (стр.В-4) Если спустя 7 минут сгусток не образовался или образовался мягкий, легко разрушающийся сгусток, нужно думать о коагулопатии (стр. В-20).

### Выворот матки

Матка считается вывернутой, если она вывернулась изнутри наружу при рождении плаценты. Репозиция матки должна быть проведена немедленно (стр.С-85). С течением времени сокращенное кольцо вокруг вывернутой матки становится более ригидным, а матка переполняется кровью.

- Если женщина испытывает сильную боль, примените петидин 1мг на кг веса (но не более 100 мг) в/м или в/в медленно, или примените морфин 0,1 мг на кг веса в/м.

**Примечание:** Не используйте утеротонические препараты до коррекции выворота матки.

- Если кровотечение продолжается, оцените свертываемость крови, используя прикроватный тест на свертываемость (стр.В-4) Если спустя 7 минут сгусток не образовался или образовался мягкий, легко разрушающийся сгусток, нужно думать о коагулопатии (стр. В-20).
- Назначьте разовую дозу профилактических антибиотиков после коррекции выворота матки (стр.А-35):
  - Ампициллин 2 г в/в ПЛЮС метронидазол 500 мг в/в;
  - ИЛИ цефазолин 1 г в/в ПЛЮС метронидазол 500 мг в/в.
- Если имеются признаки инфекции (высокая температура, выделения из влагалища с резким запахом), назначьте антибиотики, как при метрите (стр.В-108).
- При подозрении на некроз, произведите влагалищную гистерэктомию. Это может потребовать перевода женщины в специализированный центр.

### Позднее («вторичное») послеродовое кровотечение

- Если обнаружена сильная анемия (гемоглобин меньше 7 г/дл или гематокрит меньше 20%), проведите переливание крови (стр.А-24) и примените препараты железа и фолиевую кислоту перорально (стр.В-26).

- 
- Если имеются признаки инфекции (высокая температура, выделения из влагалища с резким запахом), назначьте антибиотики, как при метрите (стр.В-108).

**Затяжное или позднее ПРК может быть признаком метрита.**

- Назначьте утеротонические препараты (Таблица S- 8, стр.В-29).
- Если шейка раскрыта, проведите ручное обследование полости матки для удаления больших сгустков и фрагментов плаценты. Ручное обследование полости матки сходно с техникой, применимой при удалении задержанной плаценты (стр.С-72).
- Если шейка сформирована, эвакуируйте содержимое полости матки для удаления фрагментов плаценты (стр.С-61).
- В ряде случаев, при продолжающемся кровотечении, рассмотрите возможность перевязки маточной и маточно-яичниковой артерии (стр.С-93) или проведения гистерэктомии (стр.С-94).
- Если это возможно, проведите гистологическое исследование материала, полученного в ходе эвакуации содержимого полости матки или гистерэктомии, для исключения трофобластической болезни.

---

## **ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ, СУДОРОГИ ИЛИ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ, ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ**

### **Проблемы**

- Беременная женщина или родильница жалуется на сильные головные боли или нарушение зрения.
- У беременной или родильницы отсутствует сознание или имеют место судороги.
- Наличие высокого артериального давления у беременной женщины.

### **Основное лечение**

- Если женщина без сознания или у нее развились судороги, **ПОЗОВИТЕ НА ПОМОЩЬ**. Срочно мобилизуйте весь свободный персонал.
- Проведите быструю оценку общего состояния женщины, включая жизненно важные функции (пульс, артериальное давление, дыхание), одновременно выясняя у нее или ее родственников анамнез настоящих и прошлых заболеваний.
- Если она не дышит или дыхание поверхностное:
  - проверьте проходимость дыхательных путей и, при необходимости, интубируйте;
  - если она не дышит, проведите вентиляцию мешком Амбу через маску или дайте кислород 4-6 литров в минуту через эндотрахеальную трубку;
  - если она дышит, дайте кислород 6-4 литров в минуту через маску или носовую канюлю.
- Если она без сознания,
  - проверьте проходимость дыхательных путей и измерьте температуру;
  - поверните ее на левый бок;
  - оцените ригидность шейных мышц.
- Если у нее развились судороги,
  - положите ее на левый бок для уменьшения риска аспирации желудочного секрета, рвотных масс и крови;
  - защитите ее от травм (падений), но не пытайтесь насильно сдерживать ее;
  - постоянно наблюдайте ее;

- 
- если диагностируется эклампсия (Таблица S- 9, стр.В-38), используйте сульфат магния (Рамка S- 3, стр.В-46);
  - если причина судорог не определена, ведите женщину как в случае эклампсии и продолжайте поиск действительной причины.

## Диагностика гипертензивных нарушений

Гипертензивные нарушения во время беременности подразделяются на связанную с беременностью гипертензию и хроническую гипертензию (подъем артериального давления до 20 недель беременности). Головная боль, нарушения зрения, судороги и потеря сознания часто сочетаются с гипертензией во время беременности, однако не являются специфичными ее признаками. Другие состояния, которые могут привести к судорогам или коме, - это эпилепсия, осложненная малярия, травмы головы, менингит, энцефалит и т.п. Смотрите Таблица S- 9, стр.В-38 для получения большей информации о возможных диагнозах.

- Диастолическое давления является хорошим индикатором в прогнозировании выбора тактики в случае артериальной гипертензии во время беременности:
  - за диастолическое давление принимают точку, при которой исчезают артериальные шумы:
    - ошибочное определение высокого давления может произойти, если манжета не покрывает плечо по ширине по крайней мере на три четверти окружности руки;
    - если диаметр верхней части плеча больше 30 см, должна быть применена широкая манжета;
  - диастолическое давление показывает периферическое сопротивление и не меняется в зависимости от эмоционального состояния женщины по сравнению с систолическим давлением.
- Если диастолическое давление определяется на уровне 90 мм рт.ст. или выше при двух последовательных измерениях с интервалом 4 часа и более, диагностируйте гипертензию (Если должны быть проведены неотложные роды или если диастолическое давление 110 мм рт.ст. или выше, допустимо сокращение интервала времени между последовательными измерениями АД менее 4 часов):
  - Если гипертензия развивается после 20 недели беременности, во время родов и/или в течение 48 часов после родов, то она классифицируется как индуцированная беременностью гипертензия;
  - Гипертензию, развившуюся до 20 недели беременности, классифицируют как хроническую.

---

## Протеинурия

Наличие протеинурии меняет диагноз индуцированной беременностью гипертензии на преэклампсию. Другие состояния также могут вызвать протеинурию и дать ложно положительный результат. Инфекция мочевыводящих путей, тяжелая анемия, сердечная недостаточность и трудные роды могут привести к протеинурии. Кровь в моче, появляющаяся при травмировании катетером мочеиспускательного канала, шистосомозе, загрязнении мочи кровью из влагалища также может дать ложно положительный результат.

Произвольный отбор проб мочи и проверка их тест-полоской на протеин - весьма полезный инструмент скрининга. Изменение теста с отрицательного на положительный в течение беременности является предостерегающим симптомом. Если такой тест недоступен, проба мочи должна быть доведена до кипения в чистой стеклянной пробирке. В нее надо добавить каплю 2% уксусной кислоты для проверки появления устойчивого осадка, который может быть количественно определен как процентное содержание белка ко всему объему пробы мочи. Влагалищные выделения или амниотическая жидкость могут загрязнить пробы мочи. Только свежесобранная средняя порция мочи должна быть использована в качестве тестируемого образца. Катетеризация мочевого пузыря для этого не оправдана в виду риска инфицирования мочевыводящих путей.

**Диастолическое артериальное давление является точным показателем гипертензии во время беременности. Подъем артериального давления в сочетании с протеинурией свидетельствует о развитии преэклампсии.**

## Индуцированная беременностью гипертензия

Нарушения у женщин с индуцированной беременностью гипертензией могут варьировать от легких форм заболевания до более серьезных состояний. Индуцированная беременностью гипертензия подразделяется на

- Гипертензию без протеинурии или отеков;
- Легкую преэклампсию;
- Тяжелую преэклампсию;
- Эклампсию.

**Таблица S- 9 Диагностика головной боли, нарушений зрения, судорог или потери сознания, повышенного артериального давления**

| <b>Присутствующие симптомы, другие симптомы и признаки, типично присутствующие</b> | <b>Иногда присутствующие симптомы и признаки</b> | <b>Вероятный диагноз</b> |
|--|--|--------------------------|
|--|--|--------------------------|

|  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диастолическое давление 90 мм рт. ст. или более в течение первых 20 недель беременности</li> </ul>  |   | Хроническая гипертензия, стр.В-50   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диастолическое давление 90-110 мм рт. ст. в течение первых 20 недель беременности</li> <li>• Протеинурия до 2+ (1 г/л)</li> </ul>   |   | Хроническая гипертензия с присоединившейся легкой преэклампсией, стр.В-43 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дважды отмеченный подъем диастолического давления до 90-110 мм рт. ст. с интервалом 4 часа после 20-ой недели беременности</li> <li>• Протеинурия отсутствует</li> </ul>  |   | Индucedированная беременностью гипертензия, стр.В-42                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дважды отмеченный подъем диастолического давления до 90-110 мм рт. ст. с интервалом 4 часа после 20-ой недели беременности</li> <li>• Протеинурия до 2+ (1г/л)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>   | Легкая преэклампсия, стр. В-43  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диастолическое давление 110 мм рт. ст. или более после 20 недели беременности</li> <li>• Протеинурия 3+ (3 г/л) или более</li> </ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Гиперрефлексия</li> <li>• Головная боль (часто усиливающаяся, не облегчаемая обычными анальгетиками)</li> <li>• Помутнение зрения</li> <li>• Олигурия (выделение менее 400 мл мочи за 24 часа)</li> <li>• Боль в верхней части живота (боль в эпигастрии или боль в правом верхнем квадранте живота)</li> <li>• Отек легких</li> </ul> | Тяжелая преэклампсия <sup>а</sup> , стр. В-44                             |

<sup>а</sup> Если у женщины есть хотя бы один из перечисленных симптомов, диагностируйте тяжелую преэклампсию.

|  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Судороги</li> <li>• Диастолическое давление 90 мм рт. ст. или более после 20 недели беременности</li> <li>• Протеинурия 2+ (1 г/л) или более</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Кома (отсутствие сознания)</li> <li>• Другие симптомы и признаки тяжелой преэклампсии</li> </ul>  | Эклампсия, стр.В-44                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Тризм (затруднение открывания рта и жевания)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Спазмы лица, шеи, туловища</li> <li>• Выгнутая спина</li> <li>• Доскообразный живот</li> <li>• Непроизвольные сильные спазмы</li> </ul> | Столбняк, стр.В-51                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Судороги</li> <li>• Судороги в анамнезе</li> <li>• Нормальное артериальное давление</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>  | Эпилепсия <sup>b</sup> , стр. В-52                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Высокая температура</li> <li>• Озноб</li> <li>• Головная боль</li> <li>• Боли в мышцах</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличенная селезенка</li> </ul>  | Неосложненная малярия, стр.В-101                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Симптомы и признаки неосложненной малярии</li> <li>• Кома</li> <li>• Анемия</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Судороги</li> <li>• Желтуха</li> </ul>  | Тяжелая/осложненная малярия, стр. В-54                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Головная боль</li> <li>• Ригидность шейных мышц</li> <li>• Светобоязнь</li> <li>• Лихорадка</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Судороги</li> <li>• Спутанность сознания</li> <li>• Сонливость</li> <li>• Кома</li> </ul>   | Менингит <sup>b, c</sup> или Энцефалит <sup>b, c</sup> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Головная боль</li> <li>• Нарушение зрения</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Рвота</li> </ul>  | Мигрень <sup>d</sup>                                   |

<sup>b</sup> Если нельзя исключить диагноза эклампсии, продолжайте лечение эклампсии.

<sup>b</sup> Если нельзя исключить диагноза эклампсии, продолжайте лечение эклампсии.

<sup>c</sup> Исследуйте спинномозговую жидкость и проведите соответствующее лечение менингита или энцефалита.

<sup>b</sup> Если нельзя исключить диагноза эклампсии, продолжайте лечение эклампсии.

<sup>c</sup> Исследуйте спинномозговую жидкость и проведите соответствующее лечение менингита или энцефалита.

<sup>d</sup> Назначьте анальгетики (например, парацетамол 500 мг перорально при необходимости).

---

**Небольшая часть женщин с эклампсией имеют нормальное артериальное давление. Лечите всех женщин с судорогами, как если бы у них была эклампсия, до подтверждения другого диагноза.**

Помните:

- Легкая преэклампсия часто проходит без симптомов.
- Усилившаяся протеинурия является признаком перехода легкой преэклампсии в более тяжелую форму.
- Отек ступней и нижних конечностей нельзя расценивать как достоверный признак преэклампсии.

**Единственным признаком индуцированной беременностью гипертензии может быть сама гипертензия.**

- Легкая форма преэклампсии может быстро прогрессировать и перейти в тяжелую форму. Риск возникновения осложнений, включая эклампсию, сильно возрастает при тяжелой преэклампсии.
- Судороги у пациентки с признаками преэклампсии свидетельствуют об эклампсии. Эти судороги
  - могут случаться независимо от степени тяжести гипертензии;
  - их трудно предвидеть, и они обычно происходят при отсутствии гиперрефлексии, головной боли или изменений зрения;
  - случаются после рождения ребенка в 25% случаях;
  - являются тонико-клоническими и напоминают большие припадки при эпилепсии;
  - могут повторяться одна за другой, как при эпилептическом статусе, и могут привести к смерти;
  - могут быть пропущены, если женщина находится в помещении одна;
  - могут сопровождаться коматозным состоянием, продолжающимся минуты или часы, в зависимости от частоты приступов.

**Не назначайте эргометрин женщинам с преэклампсией, эклампсией или высоким артериальным давлением, так как он повышает риск возникновения судорог и возникновения нарушения мозгового кровообращения.**

---

## **ВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН С ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

### **Рамка S- 2 Профилактика индуцированной беременностью гипертензии**

- Ограничение каллоража принимаемой пищи, жидкости или соли не предупреждает развитие индуцированной беременностью гипертензии и даже может быть вредным для плода.
- Не доказано позитивное воздействие аспирина, кальция и ряда других препаратов, на предупреждение индуцированной беременностью гипертензии .
- Раннее выявление и оказание помощи женщинам с факторами риска является решающим для терапии индуцированной беременностью гипертензии и предупреждения судорог. Таких женщин необходимо регулярно наблюдать и давать им четкие инструкции относительно того, когда им следует снова обращаться к своим лечащим врачам. Обучение членов семьи также имеет важное значение не только для того, чтобы они понимали важность выявления признаков прогрессирования индуцированной беременностью гипертензии, но также для повышения социальной поддержки женщины при необходимости ее госпитализации и изменения режима работы.

### **Индуцированная беременностью гипертензия**

Мероприятия на базе женской консультации:

- проверяйте артериальное давление, мочу (на протеинурию) и состояние плода еженедельно;
- если артериальное давление повысилось, ведите женщину как в случае легкой преэклампсии (стр.В-43);
- при наличии признаков тяжелой задержки внутриутробного развития плода или ухудшения состояния плода, направьте женщину в стационар для оказания соответствующей помощи и возможного досрочного родоразрешения;
- проконсультируйте женщину и ее семью относительно опасных признаков, указывающих на преэклампсию и эклампсию;
- если все результаты наблюдения остаются стабильными, позвольте проведение нормальных родов и родоразрешения (стр.А-56).

---

## Легкая преэклампсия

Беременность меньше 37 недель

Если признаки остаются неизменными или состояние нормализуется, наблюдайте женщину дважды в неделю, как амбулаторную больную:

- проверяйте артериальное давление, мочу (на протеинурию), рефлексы и состояние плода;
- проконсультируйте женщину и ее семью относительно опасных признаков тяжелой преэклампсии и эклампсии;
- поощряйте дополнительный отдых беременной женщины;
- поощряйте нормальное питание (ограничение в приеме соли не должно одобряться);
- не назначайте противосудорожные, антигипертензивные, седативные препараты и транквилизаторы;
- если амбулаторное наблюдение за женщиной невозможно, направьте ее в стационар:
  - обеспечьте женщине нормальное питание (ограничение в приеме соли не должно одобряться);
  - контролируйте артериальное давление (дважды в день) и проверяйте мочу на протеинурию (один раз в день);
  - не назначайте противосудорожные, антигипертензивные, седативные препараты и транквилизаторы до тех пор, пока артериальное давление или уровень белка в моче не увеличатся;
  - не назначайте диуретики. Назначение диуретиков опасно. Они показаны к применению только при преэклампсии с отеком легких или в случае застойной сердечной недостаточности (сердечные отеки);
  - если диастолическое давление понизилось до нормального или состояние женщины остается стабильным, отпустите ее домой:
    - рекомендуйте соблюдать покой и обращать внимание на значительные отеки или признаки тяжелой преэклампсии;
    - осматривайте ее дважды в неделю для измерения артериального давления, определения белка в моче, оценки состояния плода и на предмет наличия симптомов и признаков тяжелой преэклампсии;
    - если диастолическое давление повысилось снова, направьте женщину в стационар;
  - если признаки остаются неизменными, не выписывайте женщину из стационара. Продолжите ведение женщины, как описано выше, и

---

контролируйте рост плода измерением высоты дна матки (расстояния от лона до дна матки);

- если есть признаки задержки роста плода, решите вопрос досрочного родоразрешения. Если нет, наблюдайте женщину в стационаре до срока родов.
- если уровень белка в моче повысился, ведите женщину, как в случае тяжелой преэклампсии (см. ниже).

Примечание: Симптомы и признаки преэклампсии не исчезают полностью до тех пор, пока беременность не завершена.

Беременность после 37 полных недель

Если есть данные об ухудшении состояния плода, оцените шейку матки и ускорьте родоразрешение (стр.С-18):

- Если шейка матки зрелая (мягкая, тонкая, частично раскрыта), вскройте плодный пузырь амниотическим крючком или зажимом Кохера и индуцируйте роды окситоцином или простагландинами (стр.С-17).
- Если шейка матки незрелая (твердая, толстая, закрытая), подготовьте ее, используя простагландины или катетер Фолея (стр.С-24), или проведите кесарево сечение (стр. С-40).

## **Тяжелая преэклампсия и эклампсия**

Тяжелая преэклампсия и эклампсия ведутся одинаково, за исключением того, что роды должны произойти в пределах 12 часов от начала судорог в случае эклампсии. Все случаи тяжелой преэклампсии нуждаются в активном ведении. Симптомы и признаки «угрожающей эклампсии» (нарушения зрения, гиперрефлексия) являются недостоверными, и выжидательная тактика не рекомендуется.

Помощь во время судорог

- Назначьте противосудорожные препараты (стр.В-45)
- Подготовьте оборудование (воздуховоды, отсос, маску и мешок, кислород) и дайте кислород со скоростью 4-6 л в минуту.
- Защитите женщину от повреждений, но не удерживайте ее активно.
- Уложите женщину на левый бок для уменьшения риска аспирации желудочного содержимого, рвотных масс и крови.
- После судорог очистите отсосом ротовую полость и гортань при необходимости.

---

## Основное лечение

- Если диастолическое артериальное давление остается выше 110 мм рт.ст., назначьте антигипертензивные препараты (стр.В-47). Понижьте диастолическое артериальное давление ниже 100 мм рт.ст., но не ниже 90 мм рт.ст.
- Начните в/в инфузию и перелейте жидкости в/в (стр.А-22).
- Строго контролируйте баланс жидкости, нанося данные на карту наблюдения. Контролируйте количество введенной жидкости и выделенной мочи, чтобы убедиться в отсутствии перегрузки жидкостью.
- Катетеризируйте мочевой пузырь для контроля количества отделяемой мочи и протеинурии.
- Если мочи выделяется меньше 30 мл в час,
  - прекратите введение сульфата магния и перелейте растворы в/в (физиологический раствор или раствор Рингера) до 1 л за 8 часов;
  - следите за возможным развитием отека легких.
- Никогда не оставляйте женщину одну. Судороги, сопровождающиеся аспирацией рвотных масс, могут привести к смерти женщины и плода.
- Каждый час оценивайте жизненно важные функции, рефлексы и сердцебиение плода.
- Каждый час прослушивайте нижние доли легких для обнаружения хрипов, свидетельствующих о развитии отека легких. Если хрипы выслушиваются, прекратите введение жидкостей и введите фуросемид 40 мг в/в однократно.
- Оцените свертываемость крови, используя прикроватный тест на свертываемость (стр.В-4). Если спустя 7 минут сгусток не образовался или образовался мягкий, легко разрушающийся сгусток, нужно думать о коагулопатии (стр. В-20).

## Противосудорожные препараты

Ключевым моментом противосудорожной терапии является адекватное использование противосудорожных лекарств. Судороги у госпитализированных женщин достаточно часто происходят вследствие недостаточного лечения. Сульфат магния является лекарством выбора для предупреждения и лечения судорог при тяжелой преэклампсии и эклампсии. Инструкции по использованию представлены в Рамка S- 3, стр.В-46.

При отсутствии сульфата магния может быть использован диазепам, хотя существует большой риск развития неонатального угнетения дыхания, т.к. диазепам свободно проходит через плаценту. Однократное введение диазепама для снятия судорог редко вызывает угнетение дыхания у новорожденного. Длительное и

---

продолжительное внутривенное применение диазепама повышает риск развития угнетения дыхания у новорожденных, которые уже подверглись патологическому воздействию маточно-плацентарной ишемии и преждевременных родов. Остаточные явления последствий применения диазепама могут сохраняться несколько дней. Способы применения диазепама представлены в Рамка S- 4, стр.В-47.

### **Рамка S- 3    Схема применения сульфата магния при тяжелой преэклампсии и эклампсии**

#### **Нагрузочная доза**

- 20% раствор сульфата магния, 4 г в/в в течение 5 минут.
- Затем сразу 10 г 50% раствора сульфата магния, по 5 г в каждую ягодичу внутримышечно с 1 мл 2% лигнокаина в одном шприце. Убедитесь, что внутримышечная инъекция сульфата магния производится с использованием асептической техники. Предупредите женщину, что она будет ощущать чувство тепла во время введения сульфата магния.
- Если судороги повторились через 15 минут, введите 2 г сульфата магния (50% раствора) в/в в течение 5 минут.

#### **Поддерживающая доза**

- 5 г сульфата магния (50% раствор) + 1 мл 2% лигнокаина в/м каждые 4 часа в разные ягодичи.
- Продолжите лечение сульфатом магния в течение 24 часов после родов или последней судороги, в зависимости от того, что произойдет последним.

#### **Перед повторным введением убедитесь что:**

- Частота дыханий не меньше 16 в минуту.
- Присутствуют коленные рефлексы.
- Мочеотделение не меньше 30 мл в час на протяжении последних 4-х часов.

#### **ОТМЕНИТЕ ИЛИ ОТЛОЖИТЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕКАРСТВА, ЕСЛИ**

- Частота дыханий падает ниже 16 в минуту.
- Коленные рефлексы отсутствуют.
- Мочеотделение ниже 30 мл в час на протяжении последних 4 часов.

#### **Имейте наготове антидот**

- В случае остановки (замедления) дыхания
  - проведите ИВЛ (маской и мешком, наркозным аппаратом, произведите

---

интубацию);

- введите глюконат кальция 1 г (10 мл 10% раствора) в/в медленно до восстановления дыхания для снятия побочных эффектов сульфата магния.

#### **Рамка S- 4 Схема использования диазепама при тяжелой преэклампсии и эклампсии**

Примечание: Используйте диазепам только в случае отсутствия сульфата магния.

##### **Внутривенное применение**

###### *Нагрузочная доза*

- 10 мг диазепама в/в медленно в течение 2 минут.
- Если судороги возобновились, повторите нагрузочную дозу.

###### *Поддерживающая доза*

- 40 мг диазепама в 500 мл раствора (физиологический раствор или лактат Рингера) в/в капельно для поддержания женщины в состоянии седации, но оставляя ее в сознании.
- Угнетение дыхания матери может произойти, если доза превысит 30 мг за один час:
  - Проведите ИВЛ (маской и мешком, наркозным аппаратом, проведите интубацию).
  - Не используйте более 100 мг диазепама в течение 24 часов.

###### *Ректальное введение*

- Примените диазепам ректально, когда в/в введение невозможно. Начальной дозой является 20 мг в 10 мл шприце. Отсоедините иглу, смажьте кончик цилиндра и введите шприц в прямую кишку на половину его длины. Впрысните содержимое и оставьте шприц, сожмите ягодицы вместе и держите их в таком положении в течение 10 минут, чтобы лекарство не вылилось наружу. В другом варианте лекарство может быть введено в прямую кишку через катетер.
- Если судороги не удалось остановить в течение 10 минут, используйте дополнительно 10 мг в час или более, в зависимости от массы женщины и ее ответной реакции на вводимый препарат.

##### **Антигипертензивные препараты**

Если диастолическое давление 110 мм рт. ст. или более, назначьте антигипертензивные препараты. Целью является удержание диастолического давления

---

между 90 и 100 мм рт. ст. для предупреждения мозгового кровоизлияния. Гидралазин является препаратом выбора.

- Вводите гидралазин по 5 мг в/в медленно каждые 5 минут, пока артериальное давление не снизится. Повторяйте каждый час при необходимости или вводите 12,5 мг гидралазина в/м каждые 2 часа при необходимости.
- Если гидралазин отсутствует, используйте
  - лабетолол 10 мг в/в:
    - если реакция неадекватная (диастолическое давление осталось выше 110 мм рт.ст.) спустя 10 минут, введите 20 мг лабетолола в/в;
    - Увеличьте дозу до 40 мг и затем до 80 мг, если удовлетворительная реакция не проявляется в течение 10 минут после введения каждой дозы;
  - ИЛИ 5 мг нифедипина под язык:
    - Если реакция неадекватная (диастолическое давление осталось выше 110 мм рт.ст.) спустя 10 минут, дайте дополнительно 5 мг нифедипина под язык.

Примечание: Существует опасность вероятного взаимодействия с сульфатом магния, что может привести к гипотензии.

## Роды

Роды должны произойти сразу после того, как состояние женщины стабилизируется. Откладывание родоразрешения для повышения степени зрелости плода создает риск для жизни, как для матери, так и для плода. Родоразрешение должно быть проведено независимо от срока гестации.

**При тяжелой преэклампсии роды должны произойти в пределах 24 часов после появления симптомов. При эклампсии роды должны произойти в пределах 12 часов после появления судорог.**

- Оцените шейку матки (стр.С-18).
- Если шейка матки зрелая (мягкая, тонкая, частично раскрытая), вскройте плодный пузырь амниотическим крючком или зажимом Кохера и индуцируйте роды, используя окситоцин или простагландины (стр.С-17).
- Если вагинальные роды не ожидаются в течение 12 часов (при эклампсии) или 24 часов (при тяжелой преэклампсии), произведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).

- 
- Если частота сердечных сокращений плода патологическая (меньше 100 или более 180 ударов в минуту), произведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).
  - Если шейка матки незрелая (твердая, толстая, закрытая) и плод жив, произведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).
  - Если безопасная анестезия не доступна для проведения кесарева сечения, если плод мертв или глубоко недоношен, что исключает его жизнеспособность,
    - приготовьтесь к вагинальным родам;
    - если шейка матки незрелая (твердая, толстая, закрытая), подготовьте шейку матки, используя мизопростол, простагландины или катетер Фолея (стр.С-24).

Примечание: Если производится кесарево сечение, убедитесь, что

- коагулопатия была исключена;
- возможно проведение безопасной общей анестезии. Спинальная анестезия ассоциируется с риском гипотензии. Этот риск может быть уменьшен, если до начала проведения анестезии будет введено адекватное количество жидкости (500-1000 мл) в/в (стр.С-11).

**Не используйте местную анестезию или кетамин у женщин с преэклампсией или эклампсией.**

Помощь после родоразрешения

- Противосудорожное лечение должно продолжаться в течение 24 часов после родов или последней судороги в зависимости от того, что произошло последним.
- Продолжайте антигипертензивную терапию, пока диастолическое давление сохраняется на уровне 110 мм рт. ст. или выше.
- Продолжайте следить за мочеотделением.

Перетранспортировка в госпиталь третьего уровня

Переправьте в госпиталь третьего уровня женщин, у которых наблюдается:

- Олигурия, которая продолжается 48 часов после родов;
- Нарушение свертываемости (например, коагулопатия (стр.В-20) или гемолиз + увеличенная активность ферментов печени + низкое содержание тромбоцитов – HELLP-синдром);

- 
- Стойкая кома, продолжающаяся более 24 часов после судорог.

## **Осложнения индуцированной беременностью гипертензии**

Осложнения могут привести к неблагоприятным последствиям для матери и плода. Так как осложнения часто плохо поддаются лечению, усилия должны быть направлены на их предупреждение посредством ранней диагностики и надлежащего лечения. Работники здравоохранения должны быть осведомлены, что само лечение может привести к осложнениям. Тактика оказания помощи в случае осложнений состоит в следующем:

- если есть признаки тяжелой задержки внутриутробного развития плода, ускорьте родоразрешение;
- если налицо повышенная сонливость или кома, предположите геморрагический инсульт:
  - снижайте артериальное давление медленно, чтобы уменьшить риск кровоизлияния в мозг;
  - проведите симптоматическую терапию.
- если обнаружены нарушения в работе сердца, почек или печени, проведите симптоматическую терапию и обследование;
- если тест на свертываемость показывает задержку образования сгустка более 7 минут или образуется мягкий, легко разрушающийся сгусток, предположите коагулопатию (стр. В-20);
- если женщине введен катетер и системы для в/в переливания, то она подвержена инфекциям. Используйте соответствующую технику предупреждения инфекций (стр.А-17) и внимательно следите за появлением признаков инфекций;
- женщина, которой переливается жидкость в/в, подвергается риску циркуляторной перегрузки. Соблюдайте строгий баланс жидкости и следите за количеством введенной жидкости и мочеотделением.

## **Хроническая гипертензия**

- Поощряйте дополнительный отдых.
- При хронической гипертензии высокий уровень артериального давления поддерживает почечную и плацентарную перфузию; снижение артериального давления приведет к сокращению перфузии. Артериальное давление не должно быть уменьшено ниже уровня, имевшегося у женщины до беременности. Нет доказательств того, что активное лечение, направленное на снижение артериального давления до нормального уровня, улучшает прогноз для матери или плода:

- 
- если женщина получала антигипертензивные препараты до беременности и болезнь находится под контролем, продолжите применение тех же медикаментов во время беременности, при отсутствии противопоказаний;
  - если диастолическое давление 110 мм рт. ст. или выше или систолическое давление 160 мм рт.ст. или выше, назначьте антигипертензивные препараты (стр.В-47);
  - если обнаруживается протеинурия или другие симптомы и признаки, предположите диагноз присоединившейся преэклампсии и ведите женщину, как в случае легкой преэклампсии (стр.В-43).
  - Наблюдайте за ростом и состоянием плода.
  - Если осложнения отсутствуют, проводите родоразрешение в срок.
    - Если развилась преэклампсия, ведите женщину как в случае легкой преэклампсии (стр. В-43) или тяжелой преэклампсии (стр.В-44).
    - Если частота сердечных сокращений плода патологическая (меньше 100 или более 180 ударов в минуту), предположите дистресс плода (стр.В-93).
    - Если есть тяжелая задержка внутриутробного развития плода и срок беременности определен точно, оцените состояние шейки матки (стр.С-18) и рассмотрите возможность родоразрешения:

Примечание: Определение гестационного возраста в позднем сроке беременности с помощью УЗИ не является точным.

- если шейка матки зрелая (мягкая, тонкая, частично раскрытая), вскройте плодный пузырь амниотическим крючком или зажимом Кохера и индуцируйте роды, используя окситоцин или простагландины (стр.С-17);
- если шейка матки незрелая (твердая, толстая, закрытая), подготовьте ее простагландинами или катетером Фолея (стр.С-24).
- Обследуйте женщину на осложнения, включая преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты (стр.В-20) и присоединившуюся преэклампсию (см. Легкая преэклампсия, стр.В-43).

## **Столбняк**

*Clostridium tetani* (возбудитель столбняка) может быть занесены в полость матки посредством загрязненных инструментов или рук, особенно в ходе непрофессиональных абортов или родов вне специализированных учреждений. Новорожденные обычно заражаются через грязные инструменты, используемые во время отсечения пуповины или через загрязненный перевязочный материал.

Лечение должно быть начато настолько быстро, насколько это возможно.

- Снимите спазмы в/в медленным введением 10 мг диазепама в течение 2 минут. Если спазмы сильные, женщине нужно ввести миорелаксанты и перевести ее на искусственную вентиляцию легких. Это может быть произведено только в медицинских центрах третьего уровня.
- Обеспечьте общий уход
  - ухаживайте за женщиной в спокойной обстановке и тщательно наблюдайте за ней;
  - избегайте ненужных раздражителей;
  - обеспечьте адекватную гидратацию и полноценное питание;
  - лечите вторичные инфекции.
  - Введите столбнячный антитоксин 3 000 ЕД в/м для нейтрализации абсорбированного токсина.
- Предотвратите дальнейшую выработку токсина:
  - устраните причину сепсиса (например, удалите инфицированные ткани из полости матки при септическом аборте);
  - назначьте 2 млн. ЕД бензил пенициллина в/в каждые 4 часа в течение 48 часов, затем 500 мг ампициллина перорально три раза в день в течение 10 дней.

#### **Рамка S- 5 Иммунизация против столбняка**

Если мать активно иммунизирована, антитела проходят через плаценту, защищая новорожденного. Женщина считается защищенной, если она получила две дозы вакцины с интервалом, по меньшей мере, 4 недели и срок между последней вакцинацией и окончанием беременности был, по крайней мере, не меньше 4 недель. Женщины, которые получили серию вакцинаций (пять инъекций) более, чем за 10 лет до настоящей беременности, должны получить дополнительную вакцинацию. Для большинства женщин дополнительная вакцинация должна быть рекомендована во всех случаях беременности.

Если у иммунизированной женщины был произведен криминальный аборт или роды были проведены в негигиенических условиях, назначьте ей дополнительную инъекцию столбнячного анатоксина 0,5 мл в/м. Если она не была иммунизирована ранее, назначьте ей противостолбнячную сыворотку 1 500 ЕД в/м в сочетании с дополнительной инъекцией столбнячного анатоксина 0,5 мл в/м через 4 недели.

#### **Эпилепсия**

Эпилепсия у беременной женщины может проявиться судорогами. Как и множество хронических болезней, эпилепсия обостряется у некоторых женщин во время беременности, хотя может и затихать в некоторых случаях. Однако в большинстве случаев беременность не влияет на течение эпилепсии.

- Внимательно обследуйте женщину. Как правило, у беременных женщин с эпилепсией повышен риск развития

- 
- индуцированной беременностью гипертензии;
  - преждевременных родов;
  - рождения новорожденных с низким весом;
  - рождения ребенка с врожденными пороками развития;
  - перинатальной смертности.
- Стремитесь лечить эпилепсию малыми дозами одного препарата. Остерегайтесь использовать в ранние сроки беременности лекарства, способные вызвать развитие врожденных пороков (например, вальпроевая кислота).
  - Если у женщины развились судороги, введите ей 10 мг диазепама в/в медленно, в течение двух минут. Повторите введение, если судороги повторились через 10 минут.
  - Если судороги продолжаются (эпилептический статус), введите фенитоин 1 г (приблизительно 18 мг на килограмм веса) в 50-100 мл физиологического раствора в течение не менее 30 минут (максимальная концентрация не должна превышать 10 мг в мл):

Примечание: Для переливания фенитоина может быть использован только физиологический раствор. Все другие в/в растворы могут вызвать кристаллизацию фенитоина.

- промойте систему для переливания физиологическим раствором до и после переливания фенитоина;
  - не переливайте фенитоин со скоростью большей, чем 50 мг в минуту, ввиду возможного риска нарушения сердечного ритма, гипотензии и угнетения дыхания;
  - вся процедура должна быть завершена в пределах 1 часа от момента приготовления раствора.
- Если известно, что у женщины эпилепсия, назначьте ей те же лекарства, которые она уже принимала. Наблюдайте женщину регулярно и изменяйте дозу препаратов в зависимости от реакции женщины на них.
  - Если женщина знает, что у нее эпилепсия, но не помнит подробности своего лечения, дайте ей 100 мг фенитоина перорально 3 раза в день. Наблюдайте женщину регулярно и изменяйте дозу лекарств в зависимости от клинической ситуации.
  - Дефицит фолиевой кислоты может быть вызван применением противосудорожных лекарств. Назначьте 600 мкг фолиевой кислоты перорально 1 раз в день, вместе с противоэпилептическим лечением, во время беременности.
  - Фенитоин может вызвать неонатальный дефицит витамин-К-зависимых факторов свертывания крови. Этот эффект может быть минимизирован назначением 1 мг витамина К в/м новорожденному.

- 
- Выявление первопричин судорог показано, если судороги начались недавно. Это можно осуществить только в госпиталях третьего уровня.

## **Тяжелая/осложненная малярия**

Тяжелая малярия во время беременности может быть ошибочно диагностирована как эклампсия. Если у беременной женщины, проживающей в неблагоприятной с точки зрения малярии местности, наблюдается высокая температура, головная боль или судороги и малярия не может быть исключена, необходимо проводить лечение как малярии, так и эклампсии.

**Беременные женщины с тяжелой малярией особенно склонны к гипогликемии, отеку легких, анемии и коме.**

### Противомалярийные лекарства

Хинин остается основным лекарственным препаратом во многих странах и его можно использовать без опасений во время беременности. Там, где это возможно, артезунат в/в или артемезер в/м являются лекарствами выбора во втором и третьем триместре беременности. При их использовании в первом триместре необходимо учитывать с одной стороны их преимуществами перед хинином (лучшая переносимость и меньшая частота развития гипогликемии), а с другой стороны - ограниченность данных об их влиянии на беременность.

### Хинина дигидрохлорид

#### *Нагрузочная доза*

- Перелейте хинина дигидрохлорид из расчета 20 мг на 1 кг веса в/в (в 5% декстрозе, физиологическом растворе или лактате Рингера) в течение 4 часов:
  - никогда не вводите хинин в/в шприцем;
  - если точно известно, что женщина получила адекватную дозу хинина (1,2 г) в течение последних 12 часов, не вводите ей нагрузочную дозу, продолжите лечение поддерживающей дозой (см. ниже);
  - если информация о лечении отсутствует или неточная, введите нагрузочную дозу хинина;
  - используйте для инфузии от 100 до 500 мл жидкости в зависимости от баланса жидкости в организме.
- Подождите 4 часа до начала введения поддерживающей дозы.

---

### Поддерживающая доза

- Перелейте хинина дигидрохлорид из расчета 10 мг на кг веса в течение 4 часов. Повторяйте введение каждые 8 часов (т.е. перелейте хинин в течение 4 часов, сделайте паузу на 4 часа, снова перелейте хинин в течение 4 часов и т.д.).

**Примечание:** Контролируйте уровень глюкозы в крови во избежание гипогликемии каждый час, пока женщина получает хинин в/в (стр.В-57).

- Продолжайте введение поддерживающей дозы до тех пор, пока к женщине не вернется сознание и она сможет глотать, и затем назначьте
  - хинина дигидрохлорид или хинина сульфат 10 мг на кг веса перорально каждые 8 часов до завершения 7-и дневного курса лечения;
  - ИЛИ в тех местностях, где сульфадоксин/пириметамин является эффективным, назначьте 3 таблетки сульфадоксин/пириметамина однократно.

### Внутривенное введение артесуната

#### *Нагрузочная доза*

- Назначьте артесунат 2,4 мг на кг веса в/в однократно в шприце в первый день лечения.

#### *Поддерживающая доза*

- Назначьте артесунат 1,2 мг на кг веса в/в однократно в шприце 1 раз в день, начиная со 2-го дня лечения.
- Продолжите введение поддерживающей дозы до тех пор, пока к женщине не вернется сознание и она сможет глотать, и затем назначьте артесунат 2 мг на кг веса перорально один раз в день до завершения 7-дневного курса лечения.

### Внутримышечное введение артемезера

#### *Нагрузочная доза*

- Назначьте артемезер 3,2 мг на кг веса в/м однократно в первый день лечения.

#### *Поддерживающая доза*

- Назначьте артемезер 1,6 мг на кг веса в/м однократно 1 раз в день, начиная со 2 дня лечения.
- Продолжите введение поддерживающей дозы до тех пор, пока к женщине не вернется сознание и она сможет глотать, и затем назначьте артемезер 2

---

мг на кг веса перорально один раз в день до завершения 7-дневного курса лечения.

### *Судороги*

- Если у женщины развились судороги, введите диазепам 10 мг в/в медленно в течение 2 минут.
- Если диагностирована эклампсия, предупредите последующие судороги сульфатом магния (Рамка S- 3, стр.В-46).
- Если эклампсия исключена, предупредите последующие судороги фенитоином (см. ниже).

### Фенитоин

#### *Нагрузочная доза*

- Перелейте фенитоин 1 г (приблизительно 18мг на килограмм веса) в 50-100 мл физиологического раствора в течение не менее 30 минут (максимальная концентрация не должна превышать 10мг на мл):

Примечание: Для инфузии фенитоина может быть использован только физиологический раствор. Все другие в/в растворы могут вызвать кристаллизацию фенитоина.

- Промойте систему для переливания физиологическим раствором до и после переливания фенитоина.
- Не переливайте фенитоин со скоростью большей, чем 50 мг в минуту, ввиду возможного риска нарушения сердечного ритма, гипотензии и угнетения дыхания;
- Завершите введение препарата в пределах 1 часа от момента приготовления раствора.

#### Поддерживающая доза

- Назначьте фенитоин 100 мг в/в медленно в течение 2 минут или перорально каждые 8 часов спустя не менее 12 часов после введения нагрузочной дозы.

#### *Баланс жидкости*

- Поддерживайте строгий баланс жидкости, регистрируя данные на карте наблюдений, контролируйте количество введенной жидкости и выделенной мочи, чтобы убедиться в отсутствии перегрузки жидкостью. Регулярно оценивайте клиническое состояние женщины.

Примечание: Женщины с тяжелыми формами малярии склонны к накоплению избыточной жидкости в организме.

- 
- Если развивается отек легких,
    - придайте женщине полусидящее положение;
    - дайте кислород 4 л в минуту через маску или носовой катетер;
    - введите фуросемид 40 мг в/в однократно.
  - Если выделение мочи низкое (меньше 30 мл в час),
    - измерьте сывороточный креатинин;
    - регидрируйте женщину в/в жидкостями (физиологическим раствором, лактатом Рингера).
  - Если выделение мочи не увеличивается, введите фуросемид 40 мг в/в однократно и следите за выделением мочи.
  - Если выделение мочи остается низким (меньше 30 мл в час на протяжении более 4 часов) и креатинин плазмы выше 2,9 мг на дл, направьте женщину в госпиталь третьего уровня для лечения почечной недостаточности.

#### *Гипогликемия*

Гипогликемия случается часто и может наступить в любой момент болезни, особенно после начала лечения хинином. Она может протекать бессимптомно.

- Определяйте уровень глюкозы в крови, используя экспресс-тест каждые 4 часа.

Примечание: Если женщина получает хинин в/в, проверяйте уровень глюкозы в крови каждый час.

- Если выявлена гипогликемия, введите 50 мл 50% декстрозы в/в, затем через 8 часов перелейте 500 мл 5% или 10% декстрозы.

Примечание: Контролируйте уровень глюкозы в крови, меняйте объем и скорость инфузии соответственно.

- Тщательно контролируйте баланс жидкости в организме (стр.В-56).

#### *Анемия*

Осложненная малярия часто сопровождается анемией.

- Ежедневно проверяйте уровень гемоглобина.
- Перелейте кровь при необходимости (стр.А-24).
- Контролируйте баланс жидкости в организме (стр. В-56).
- Введите фуросемид 20 мг в/в или назначьте его перорально при переливании каждого флакона крови.

- 
- При выписке назначьте сульфат или фумерат железа 60 мг перорально вместе с 400 мкг фолиевой кислоты один раз в день.

---

## НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫЙ ПРОГРЕСС РОДОВ

### Проблемы

- Латентная фаза длительнее 8 часов
- Кривая раскрытия шейки матки на партограмме располагается справа от линии тревоги.
- Женщина находится в родах 12 часов и более (затяжные роды)

### Общая тактика

- Произведите быструю оценку состояния женщины и плода и обеспечьте поддерживающий уход (стр.А-56).
- Проверьте мочу на наличие кетоновых тел и при их наличии перелейте растворы в/в.
- Проанализируйте партограмму (стр.А-64).

### Диагностика

**Таблица S- 10      Диагностика неудовлетворительного прогресса родов**

| <b>Объективные данные</b>  | <b>Диагноз</b>  |
|--|---|
| Шейка закрыта.<br>Отсутствуют пальпируемые сокращения матки/редкие сокращения.   | <b>Ложные роды</b> , стр.В-65   |
| После 8 часов регулярных схваток шейка остается раскрытой менее чем на 4 см.   | <b>Затянувшаяся латентная фаза</b> , стр.В-66   |
| Кривая раскрытия шейки матки на партограмме располагается справа от линии тревоги (Рисунок S- 5, стр.В-61).<br>Вторичная остановка раскрытия шейки матки и опускания предлежащей части плода при наличии хороших сокращений матки.<br>Вторичная остановка раскрытия шейки матки и опускания предлежащей части плода при наличии крупной головки, третьей степени конфигурации головки, | <b>Затянувшаяся активная фаза родов</b> , стр.В-67<br><br><b>Диспропорция головки плода и таза матери</b> , стр. В-67 |

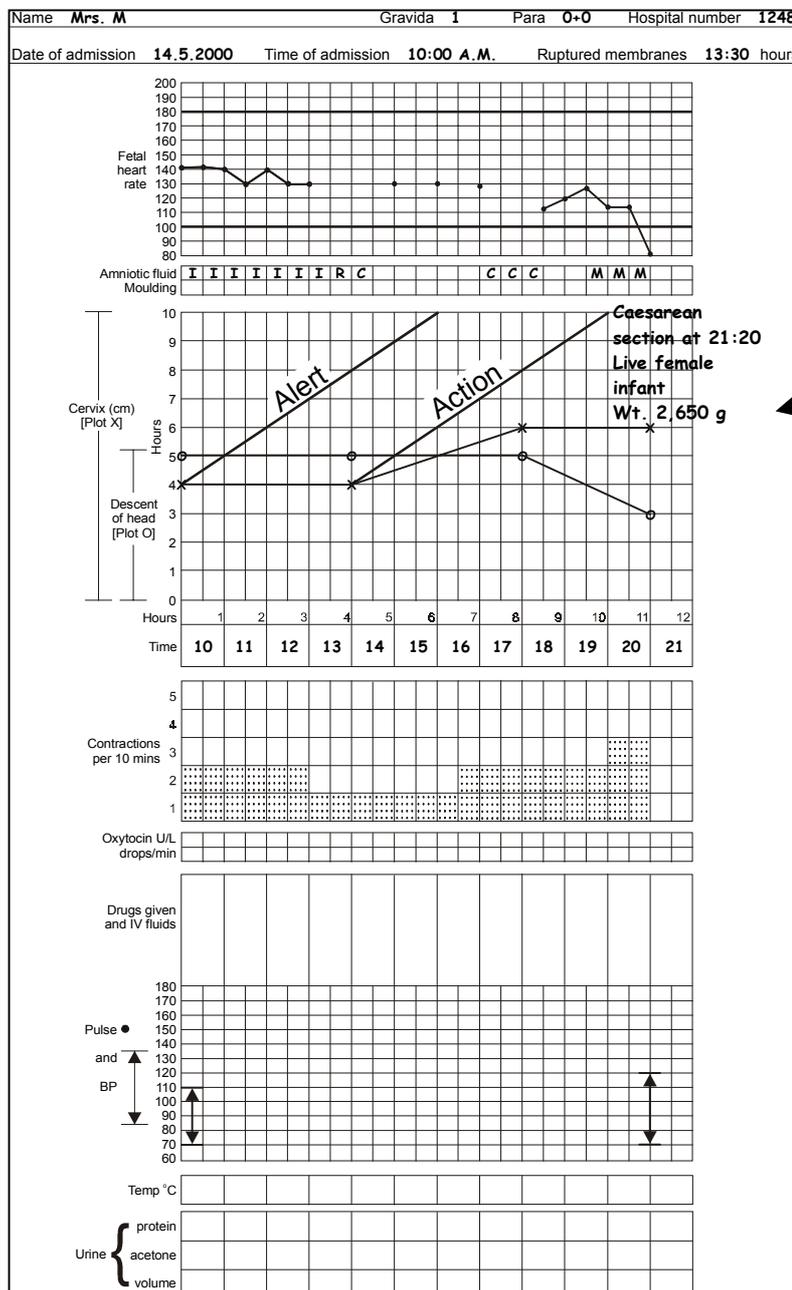
|  |  |
|--|--|
| <p>плохого прилегания шейки к предлежащей части, отечности шейки, перерастяжении нижнего сегмента матки, формировании ретракционного кольца, дистрессе матери и плода (Рисунок S- 6, стр.В-63).</p> <p>Меньше, чем три схватки за 10 минут, продолжительность каждой менее 40 секунд (Рисунок S- 7, стр.В-64).</p> <p>Передний вид в случае иного, чем затылочное предлежание.</p> | <p><b>Абсолютно клинически узкий таз</b>, стр. В-67</p> <p><b>Неадекватная активность матки (Слабость родовой деятельности)</b>, стр. В-68</p> <p><b>Неправильное предлежание или положение плода</b>, стр. В-70</p> |
| <p>Шейка матки полностью раскрыта, и женщина имеет желание тужиться, но опускания предлежащей части не происходит.</p>   | <p><b>Затянувшийся период изгнания</b>, стр. В-68</p>  |

Рисунок S- 5, стр.В-61 представляет пример партограммы в случае затянувшейся активной фазы родов:

- Женщина поступила в активной фазе родов в 10.00:
  - головка плода в положении 5/5;
  - шейка раскрыта на 4 см;
  - неадекватные схватки (две за 10 минут, каждая продолжительностью менее 20 секунд).
- В 14.00:
  - головка по-прежнему остается в положении 5/5;
  - шейка раскрыта на 4 см, и кривая раскрытия шейки матки находится справа от линии тревоги;
  - плодный пузырь разорвался самостоятельно, и амниотическая жидкость чистая;
  - неадекватные сокращения матки (одна схватка за 10 минут, каждая короче 20 секунд).
- В 18.00:
  - головка по-прежнему пальпируется в положении 5/5;
  - шейка раскрыта на 6 см;
  - схватки остаются неадекватными (две за 10 минут, каждая короче 20 секунд).
- В 21.00:

- частота сердечных сокращений плода 80 ударов в минуту;
- амниотическая жидкость окрашена меконием;
- нет дальнейшего прогресса в родах.
- Кесарево сечение произведено в 21.20 ввиду развития дистресса плода.
- Обратите внимание, что партограмма велась неадекватно. Диагноз затянувшихся родов был очевиден в 14.00, и в это время была показана стимуляция родов окситоцином.

Рисунок S- 5 Партограмма в случае затянувшейся активной фазы родов



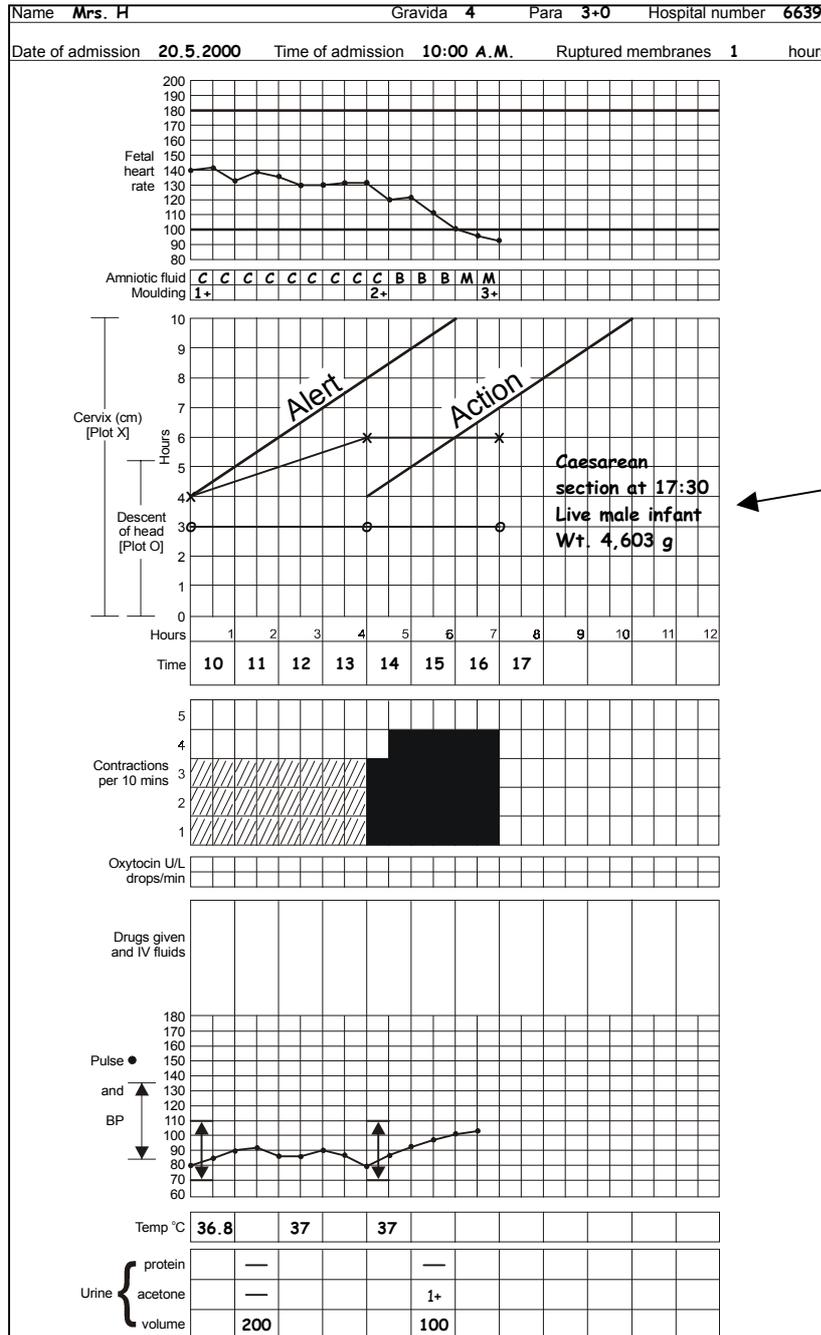
Амниотическа жидкост: Ц, Ч, М  
 Кесарево сечение в 21:20. Живой плод женского пола. Масса 2650 г.

---

Рисунок S- 6, стр.В-63 представляет пример партограммы при остановке раскрытия шейки матки и опускания предлежащей части плода в активной фазе родов. Дистресс плода и третья степень конфигурации головки вместе с остановкой раскрытия шейки и опускания головки в активной фазе родов при наличии хороших сокращений матки указывают на наличие абсолютно клинически узкого таза.

- Женщина поступила в активной фазе родов в 10:00
  - головка находится в положении 3/5;
  - шейка раскрыта на 4 см;
  - три схватки за 10 минут, каждая продолжительностью 20-40 секунд;
  - подтекает чистая амниотическая жидкость;
  - первая степень конфигурации головки.
- В 14:00
  - головка остается в положении 3/5;
  - шейка раскрыта на 6 см и кривая раскрытия шейки матки находится справа от линии тревоги;
  - незначительное улучшение схваток (три схватки за 10 минут, каждая продолжительностью по 40 секунд);
  - вторая степень конфигурации головки.
- В 17:00
  - головка плода остается в положении 3/5;
  - шейка раскрыта на 6 см;
  - третья степень конфигурации головки;
  - частота сердечных сокращений плода 92 удара в минуту.
- Кесарево сечение произведено в 17:30.

**Рисунок S- 6**      **Партограмма, показывающая роды в случае абсолютно клинически узкого таза**



Амниотическая жидкость: Ч, К, М  
 Кесарево сечение в 17:30. Живой плод мужского пола. Масса – 4603 г

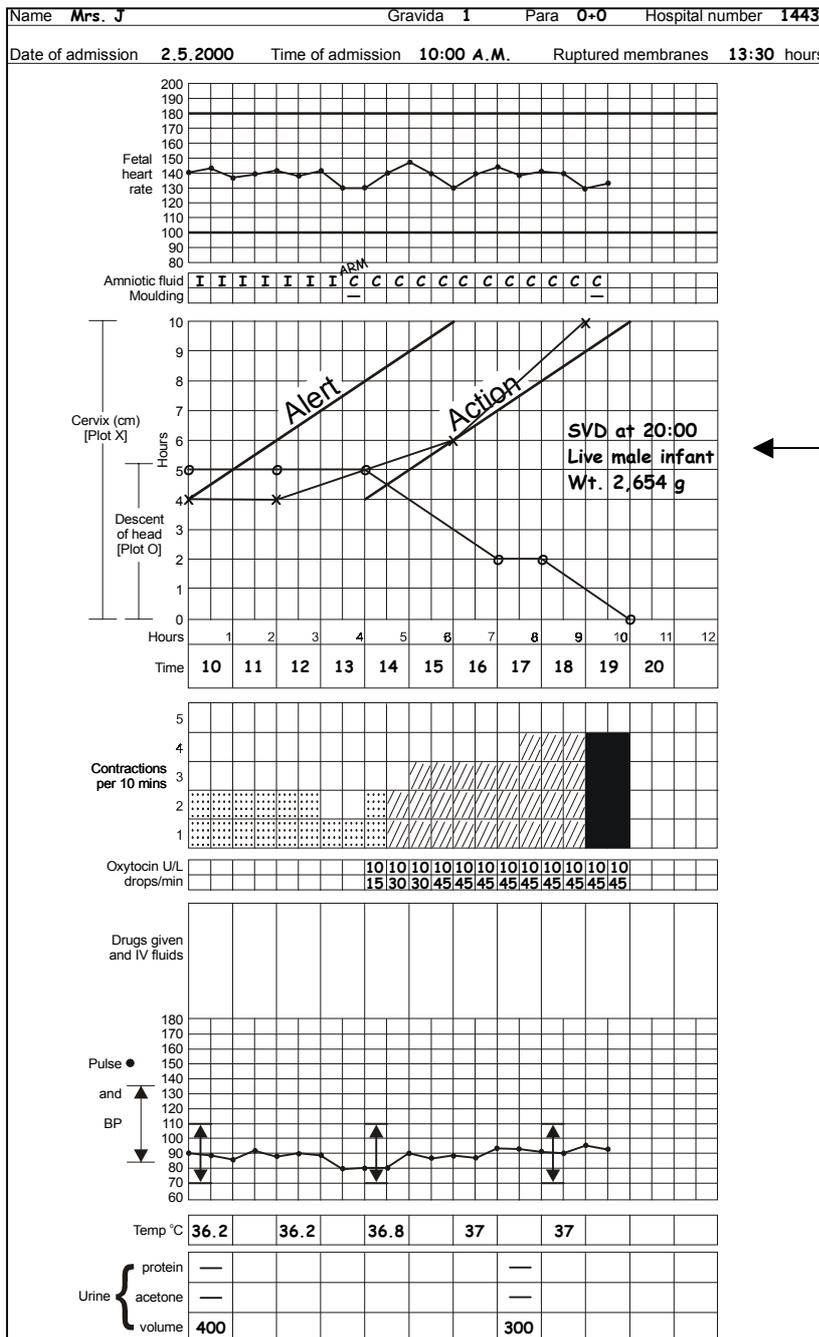
---

Рисунок S- 7, стр.В-64 представляет пример партограммы в случае недостаточного прогресса родов ввиду неадекватных сокращений матки (слабости родовой деятельности), откорректированных в дальнейшем окситоцином.

- Женщина поступила в активной фазе родов в 10:00
  - головка в положении 5/5;
  - шейка раскрыта на 4 см;
  - две схватки за 10 минут, продолжительностью менее 20 секунд каждая.
- В 12:00
  - головка по-прежнему в положении 5/5;
  - шейка остается раскрытой на 4 см, и кривая раскрытия шейки матки находится справа от линии тревоги;
  - нет усиления схваток.
- В 14:00
  - Диагностирован недостаточный прогресс родов ввиду неэффективных сокращений матки;
  - начата стимуляция родов окситоцином 10 ЕД в 1 л жидкости в/в со скоростью 15 капель в минуту;
  - скорость введения окситоцина увеличена до появления хороших схваток;
  - схватки усилились и сопровождалась опусканием предлежащей части плода и прогрессирующим раскрытием шейки матки.
- Самостоятельные вагинальные роды произошли в 20:00.

Рисунок S- 7

Партограмма, показывающая неадекватные сокращения матки, откорректированные окситоцином



Амниотическая жидкость: Ц, Ч  
 Спонтанные вагинальные роды в 20:00. Живой плод мужского пола.

Тактика оказания помощи

Ложные роды

Обследуйте на наличие инфекции мочевого тракта или другие инфекции (Таблица S- 13, стр.В-97), разрыв плодного пузыря (стр.В-131) и проведите соответствующее

---

лечение. Если ничего из перечисленного у женщины не обнаружено, выпишите ее домой и порекомендуйте вернуться, если проявятся признаки родов.

### Затянувшаяся латентная фаза

Диагноз затянувшейся латентной фазы родов устанавливается ретроспективно. Когда схватки прекращаются, говорят, что у женщины были ложные роды. Когда схватки становятся регулярными и раскрытие шейки прогрессирует более 4 см, говорят, что женщина была в латентной фазе родов.

**Ошибочное диагностирование ложных родов вместо затяжной латентной фазы или наоборот приводит к ненужной индукции или стимуляции родов, что может оказаться неудачным. Это может привести к неоправданному проведению кесарева сечения и развитию амнионита.**

Если женщина находится в латентной фазе более 8 часов и обнаруживаются лишь незначительные признаки прогресса родов, переоцените ситуацию с позиции оценки шейки матки:

- если нет изменений в сглаживании шейки или ее раскрытии и нет признаков дистресса плода, пересмотрите диагноз. Возможно, женщина находится не в родах;
- если есть изменения в сглаживании шейки и в ее раскрытии, вскройте плодный пузырь амниотическим крючком или зажимом Кохера и стимулируйте роды окситоцином или простагландинами (стр.С-17):
  - оценивайте состояние каждые 4 часа;
  - если женщина не переходит в активную фазу после 8 часов применения окситоцина, проведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).
- если есть признаки инфекции (высокая температура, дурно пахнущие влагалищные выделения),
  - немедленно поддержите роды инфузией окситоцина (стр.С-25);
  - назначьте комбинацию антибиотиков до родоразрешения (стр.А-35):
    - Ампициллин 2г в/в каждые 6 часов;
    - ПЛЮС гентамицин 5 мг на кг веса в/в каждые 24 часа;
    - если женщина рождает вагинально, прекратите ведение антибиотиков в послеродовом периоде;
    - если женщине произведено кесарево сечение, продолжите применение антибиотиков в сочетании с метронидазолом 500 мг

---

в/в каждые 8 часов, пока у женщины не будет отсутствовать высокая температура в течение 48 часов.

#### Затянувшаяся активная фаза

- Если нет признаков диспропорции головки плода и таза матери или абсолютно клинически узкого таза и плодный пузырь цел, вскройте плодный пузырь амниотическим крючком или зажимом Кохера (стр. С-17).
- Оцените сокращения матки:
  - если схватки неэффективные (менее чем три за 10 минут, каждая продолжительностью менее 40 секунд), предположите неадекватную активность матки (стр.В-68);
  - если схватки эффективные (три за 10 минут, каждая продолжительностью более 40 секунд), предположите диспропорцию головки плода и таза матери, абсолютно клинически узкий таз, неправильное положение или предлежание плода (см. ниже).
- Общие методы поддержки родов могут способствовать усилению схваток и ускорению прогресса родов (стр.А-56).

#### Диспропорция головки плода и таза матери

Диспропорция головки плода и таза матери возникает тогда, когда плод очень большой или материнский таз очень маленький. Если роды продолжаются при наличии диспропорции головки плода и таза матери, это может привести к остановке родов или появлению признаков абсолютно клинически узкого таза. Наилучшим способом определения соответствия размеров таза и плода является сам процесс родов. Клиническая пельвиметрия имеет ограниченную ценность.

- Если установлена диспропорция головки плода и таза матери (Таблица S-10, стр.В-59), произведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).
- Если плод погиб,
  - проведите родоразрешение посредством краниотомии (стр.С-53);
  - если врач не владеет краниотомией, проведите родоразрешение кесаревым сечением (стр.С-40).

#### Абсолютно клинически узкий таз

**Примечание:** Абсолютно клинически узкий таз обычно приводит к разрыву матки (даже при отсутствии рубцов от предшествующих операций).

- Если плод жив, шейка матки полностью раскрыта и головка находится на уровне седалищных остей или ниже (позиция - 0 или ниже), проведите родоразрешение вакуум-экстрактором (стр.С-26);

- 
- Если есть показания для проведения вакуум-экстракции и симфизиотомии при относительно клинически узком тазе и головка плода находится выше седалищных остей на 2 см,
    - проведите родоразрешение посредством вакуум-экстракции (стр.С-26) и симфизиотомии (стр.С-49);
    - если врач не владеет симфизиотомией, проведите кесарево сечение (стр.С-40).
  - Если плод жив, но шейка не раскрыта полностью, или если головка плода находится достаточно высоко для проведения вакуум экстракции, проведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).
  - Если плод погиб,
    - проведите родоразрешение посредством краниотомии (стр.С-53).
    - Если врач не владеет краниотомией, проведите родоразрешение кесаревым сечением (стр.С-40).

#### Неадекватная активность матки

Если схватки являются неэффективными и диспропорция головки плода и таза матери и абсолютно клинически узкий таз исключены, наиболее вероятной причиной затянувшихся родов является неадекватная активность матки.

**Неэффективные схватки реже встречаются у многорожавшей, чем у первородящей женщины. Поэтому все усилия должны быть направлены на исключение диспропорции у многорожавшей женщины, прежде чем будет начата стимуляция окситоцином.**

- Вскройте плодный пузырь амниотическим крючком или зажимом Кохера и начните стимуляцию родов окситоцином (стр.С-17).
- Переоцените прогресс в родах, проведя влагалищное исследование через 2 часа после появления хороших схваток с установившимися сильными сокращениями:
  - Если нет прогресса между обследованиями, произведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40);
  - Если прогресс в родах продолжается, продолжите инфузию окситоцина и заново обследуйте женщину через 2 часа. Продолжайте тщательно оценивать прогресс в родах.

#### Затянувшийся период изгнания

Потуги матери повышают риск для плода ввиду уменьшения поступления кислорода через плаценту. Разрешите самостоятельные потуги матери, не поощряйте длительные усилия и задержку дыхания.

- 
- Если неправильное предлежание и явный абсолютно клинически узкий таз были исключены, поддержите родовую деятельность назначением окситоцина (стр.С-25)
  - Если нет опускания головки после стимуляции,
    - если только небольшая часть головки пальпируется над симфизом (1/5) и предлежащий костный край головки находится на уровне седалищных остей (в положении – 0) проведите родоразрешение посредством вакуум-экстракции (стр.С-26) или наложите щипцы (стр.С-31);
    - если выше симфиза находится 1/5--3/5 головки или предлежащий костный край головки плода находится между седалищными остями и 2 см выше седалищных остей,
      - проведите родоразрешение посредством вакуум-экстракции и симфизотомии (стр.С-29);
      - если врач не владеет симфизотомией, проведите родоразрешение кесаревым сечением (стр.С-40).
    - если выше симфиза находится более чем 3/5 головки плода или предлежащий костный край головки находится на 2 см выше седалищных остей, проведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).

---

## НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ И ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА

Род неправильным положением плода понимают ненормальное расположение затылка плода относительно материнского таза.

Неправильным предлежанием считают любое предлежание плода, за исключением затылочного.

### Проблема

- Плод находится в неправильном положении или предлежании, что может привести к затянувшимся родам или абсолютно клинически узкому тазу.

### Общая тактика

- Произведите быструю оценку общего состояния женщины, включая жизненно важные функции (пульс, артериальное давление, дыхание, температура).
- Оцените состояние плода:
  - выслушайте сердцебиение плода сразу после схватки:
    - считайте частоту сердечных сокращений плода за полную минуту не менее одного раза каждые тридцать минут в течение активной фазы родов и каждые пять минут в течение второго периода родов;
    - если частота сердечных сокращений плода ненормальная (меньше 100 и больше 180 ударов в минуту), предположите наличие дистресса плода (стр.В-93);
  - если плодный пузырь разорван, отметьте цвет вытекающей амниотической жидкости:
    - наличие густого мекония указывает на необходимость тщательного наблюдения и возможного вмешательства для оказания помощи в случае дистресса плода (стр.В-93);
    - отсутствие истечения жидкости после разрыва плодного пузыря указывает на малое количество околоплодной жидкости, что может быть связано с дистрессом плода.
- Обеспечьте поддерживающий уход (стр.А-56).
- Оценивайте прогресс родов с помощью партограммы (стр.А-64).

**Примечание:** Внимательно наблюдайте за женщиной. Неправильное предлежание повышает риск разрыва матки из-за возможного абсолютно клинически узкого таза.

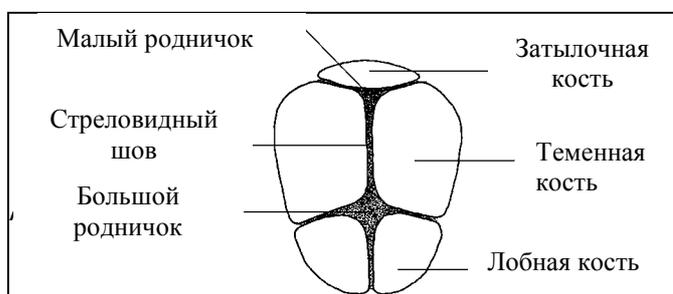
---

## Диагностика

### Определение предлежащей части

- Наиболее часто встречающаяся предлежащая часть – затылок головки плода. Если затылок не является предлежащей частью, то имеет место неправильное предлежание плода (Таблица S 12, стр.В-74).
- Если затылок является предлежащей частью, используйте ориентиры на черепе плода для определения позиции головки плода по отношению к материнскому тазу (Рисунок S- 8).

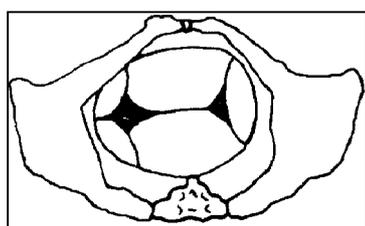
### Рисунок S- 8 Ориентиры на черепе плода



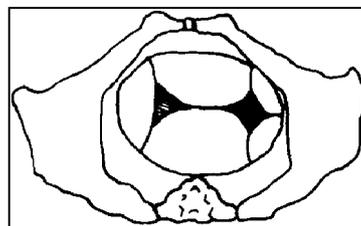
### Определение позиции головки плода

- Головка плода в норме опускается в таз в поперечном (среднем) виде затылочного предлежания с расположением затылка плода поперек материнского таза (Рисунок S 9)

### Рисунок S- 9 Поперечный (средний) вид затылочного предлежания



Средний вид 1 позиция (левая)

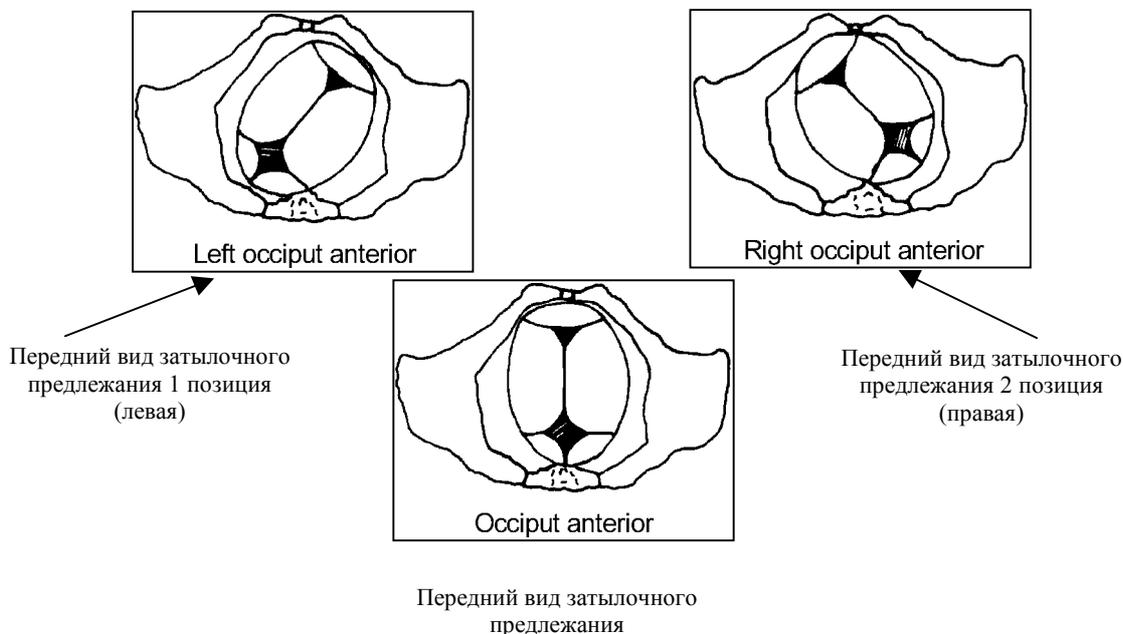


Средний вид 2 позиция (правая)

- По ходу опускания головка плода поворачивается так, что затылок плода оказывается спереди таза матери (передний вид затылочного предлежания,

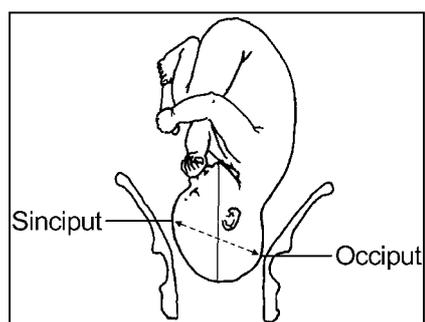
Рисунок S- 10). Отсутствие перехода из среднего вида затылочного предлежания в передний вид затылочного предлежания должно рассматриваться как задний вид затылочного предлежания (стр.В-76).

### Рисунок S- 10 Передний вид затылочного предлежания



- В дополнение, одним из признаков нормального предлежания является «хорошо согнутая головка» (Рисунок S- 11), с положением затылка ниже темени во влагалище.

### Рисунок S- 11 «Хорошо согнутая головка»



- Если головка плода «хорошо согнута» в переднем или поперечном (среднем) виде затылочного предлежания (в начале родов), проводите родоразрешение (стр.А-72).
- Если головка плода не находится в переднем виде затылочного предлежания, определите ситуацию и ведите роды, как в случае неправильного положения головки (Таблица S- 11, стр.В-73).

- Если предлежащей частью является не головка плода или головка плода плохо согнута, определите ситуацию и ведите роды, как в случае неправильного предлежания (Таблица S 12, стр.В-74).

**Таблица S- 11 Диагностика неправильного положения головки плода**

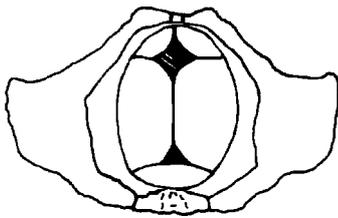
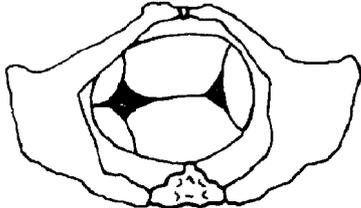
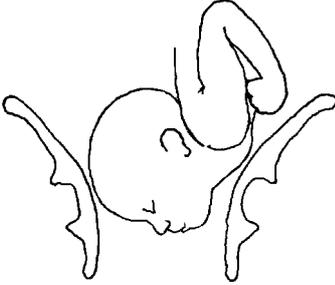
| Симптомы и признаки   | Рисунок  |
|---|--|
| <p><b>ЗАДНИЙ ВИД ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ</b> наблюдается, когда затылок плода поворачивается кзади относительно материнского таза (<b>Рисунок S- 12</b> и <b>Рисунок S- 13</b>).</p> <p>При обследовании живота нижняя его часть уплощается, конечности плода пальпируются спереди и сердечные тоны плода могут быть выслушаны сбоку.</p> <p>При вагинальном исследовании малый родничок обращен в сторону крестца и большой родничок может быть легко прощупан, если головка разогнута.</p> <p>Ведение родов смотри (стр.В-76)</p> | <p align="center"><b>Рисунок S- 12</b></p>  <p align="center">Occiput posterior</p> <p align="center">Задний вид затылочного предлежания</p> <p><b>Рисунок S- 13</b><br/>(<b>рисунок отсутствует</b>)</p> <p align="center">Задний вид затылочного предлежания 1 позиция (левая)</p> |
| <p>Средний (поперечный) вид затылочного предлежания наблюдается, когда затылок плода расположен поперечно в материнском тазу (Рисунок S- 14). Если средний (поперечный) вид затылочного предлежания сохраняется в поздней фазе первого периода родов, их нужно вести, как в случае заднего вида затылочного предлежания (стр.В-76).</p>   | <p align="center"><b>Рисунок S- 14</b></p>  <p align="center">Left occiput transverse</p> <p align="center">Средний (поперечный) вид затылочного предлежания</p>   |

Таблица S- 12

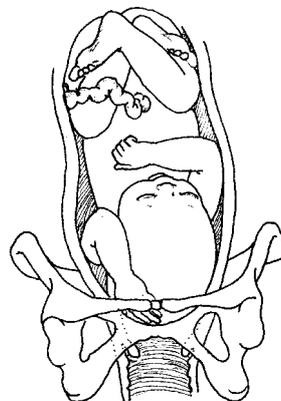
## Диагностика неправильного предлежания

| Симптомы и признаки  | Рисунок   |
|--|---|
| <p>Лобное предлежание возникает, когда головка частично разогнута так, что затылок находится выше темени (<b>Рисунок S- 15</b>).</p> <p>При обследовании живота более половины головки плода находится выше симфиза и затылок пальпируется на более высоком уровне, чем темя.</p> <p>При вагинальном обследовании прощупывается передний родничок и глазницы.</p> <p>Ведение родов смотри (стр.В-77)</p>   | <p style="text-align: center;"><b>Рисунок S- 15</b></p> <p style="text-align: center;">(Рисунок отсутствует)</p>  |
| <p>Лицевое предлежание возникает, когда головка плода разогнута настолько, что ни затылок, ни темя не пальпируются при вагинальном обследовании (<b>Рисунок S- 16</b> и <b>Рисунок S- 17</b>).</p> <p>При обследовании живота может ощущаться щель между затылком и спиной плода.</p> <p>При вагинальном обследовании пальпируется лицо, пальцы обследующего легко проникают в рот плода и могут легко нащупать кости челюсти.</p> <p>Ведение родов смотри (стр.В-78).</p> | <div style="text-align: center;">  <p><b>Рисунок S- 16</b></p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p><b>Рисунок S- 17</b></p> </div> |

Сочетанное предлежание (предлежание ручки) наблюдается, когда ручка плода выпадает вдоль предлежащей части. И выпавшая рука, и головка плода предлежат в тазу одновременно (**Рисунок S- 18**).

Ведение родов смотри (стр.В-79)

**Рисунок S- 18**



Тазовое предлежание наблюдается, когда ягодицы и/или ножки плода являются предлежащей частью.

При обследовании живота головка плода определяется в верхней его части, а тазовый конец у входа в таз.

При аускультации сердцебиение плода определяется выше, чем при головном предлежании.

При вагинальном обследовании во время родов ощущаются ягодицы и/или ножки плода; наличие густого, темного мекония считается нормальным.

Ведение родов смотри (стр.В-80).

Смешанное ягодичное (полное) предлежание – ножки плода согнуты в коленных и тазобедренных суставах (**Рисунок S- 19**)

Чистое (неполное) ягодичное предлежание – обе ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных (**Рисунок S- 20**).

**Рисунок S- 19**

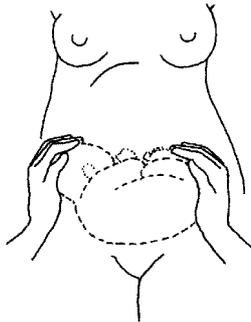


A. Complete (flexed) breech

**Рисунок S- 20**



B. Frank (extended) breech

|   |  |
|---|--|
| <p>Ножное предлежание – ножка плода разогнута и в коленном и в тазобедренном суставе (<b>Рисунок S- 21</b>).</p>  | <p style="text-align: center;"><b>Рисунок S- 21</b></p>   |
| <p>Поперечное положение и предлежание плечика плода – продольная ось плода расположена поперек (<b>Рисунок S- 22</b>).</p> <p>Плечо является типичной предлежащей частью.</p> <p>При обследовании живота ни головка, ни ягодицы плода не определяются в районе симфиза и головка обычно прощупывается сбоку.</p> <p>При вагинальном обследовании можно прощупать плечо, но не всегда. Рука может выпасть и локоть, предплечье или кисть могут быть определены во влагалище.</p> <p>Ведение родов смотри (стр.13).</p> | <p style="text-align: center;"><b>Рисунок S- 22</b></p>  |

## Тактика оказания помощи

### Задний вид затылочного предлежания

Самопроизвольный поворот в передний вид происходит в 90% случаев. Остановка родов может произойти, если головка не может повернуться и/или опуститься. Роды могут осложниться разрывами промежности или могут потребовать проведения эпизиотомии.

- Если имеются признаки абсолютно клинически узкого таза или частота сердечных сокращений плода ненормальна (меньше 100 и больше 180 ударов в минуту) на любой стадии, проведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).
- Если плодный пузырь цел, вскройте его амниотическим крючком или зажимом Кохера (стр.С-17).

- 
- Если шейка раскрыта не полностью и нет признаков абсолютно клинически узкого таза, поддержите родовую деятельность окситоцином (стр.С-25).
  - Если шейка полностью раскрыта, но не происходит опускания предлежащей части плода в фазу изгнания, оцените признаки абсолютно клинически узкого таза (Таблица S- 10, стр.В-59):
    - если нет признаков абсолютно клинически узкого таза, поддержите родовую деятельность окситоцином (стр.С-25).
  - Если шейка раскрыта полностью и если
    - более чем 3/5 головки пальпируются над симфизом или предлежащий костный край головки плода находится на 2 см выше седалищных остей, проведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).
    - 1/5 –3/5 головки пальпируются над симфизом или предлежащий костный край головки плода находится между седалищными остями и 2-я см выше,
      - проведите родоразрешение посредством вакуум-экстракции и симфизиотомии (стр.С-29);
      - если врач не владеет симфизиотомией, проведите родоразрешение кесаревым сечением (стр.С-40).
    - Если не более чем на 1/5 головки плода пальпируется над симфизом или предлежащий костный край головки плода находится на уровне седалищных остей (в положении 0), проведите родоразрешение посредством вакуум-экстракции (стр.С-26) или наложением щипцов (стр.С-31);

### Лобное предлежание

При лобном предлежании опускание головки обычно невозможно и происходит остановка родов. Самопроизвольный переход в затылочное или в лицевое предлежание изредка может произойти, особенно когда плод маленький или в случае наличия мертвого мацерированного плода. Такой самопроизвольный переход у живого плода среднего размера невозможен, особенно когда плодный пузырь уже разорван.

- Если плод живой, произведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).
- Если плод мертвый и
  - шейка раскрыта не полностью, произведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40);
  - если шейка раскрыта полностью,
    - произведите краниотомию (стр.С-53);

- 
- если врач не владеет краниотомией, проведите родоразрешение кесаревым сечением (стр.С-40).

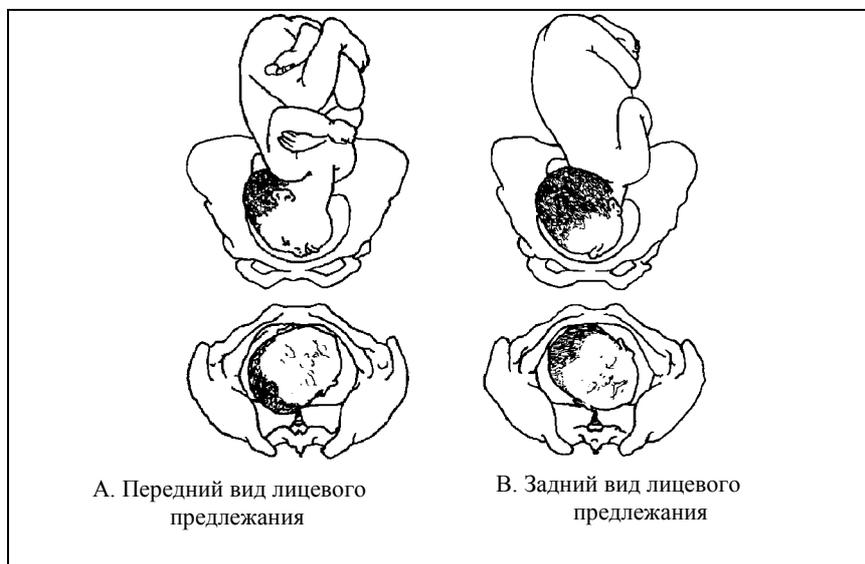
**Не производите родоразрешения при лобном предлежании вакуум-экстрактором, наложением щипцов или симфизиотомией.**

### Лицевое предлежание

При этом предлежании вид определяется по положению подбородка плода. Необходимо различать передний вид лицевого предлежания, при котором подбородок находится спереди относительно материнского таза (Рисунок S-24 А), и задний вид лицевого предлежания (подбородок кзади) (Рисунок S-24 В).

**Рисунок S- 24**

### Лицевое предлежание



Характерны затяжные роды. При переднем виде лицевого предлежания может произойти опускание и рождение головки путем ее сгибания. При заднем виде лицевого предлежания полное разгибание головки блокируется крестцом. Это препятствует опусканию головки и роды останавливаются.

### Передний вид лицевого предлежания

- Если шейка матки полностью раскрыта,
  - дайте возможность протекать нормальному родоразрешению (стр.А-72);
  - если прогресс в родах медленный и нет признаков абсолютно клинически узкого таза (**Таблица S- 10**, стр.В-59), поддержите роды окситоцином (стр.С-25);
  - если опускание головки неудовлетворительное, наложите щипцы (стр.С-31).

- 
- Если шейка раскрыта не полностью и нет признаков абсолютно клинически узкого таза, поддержите родовую деятельность окситоцином (стр.С-25). Оценивайте прогресс родов, как при затылочном предлежании.

#### Задний вид лицевого предлежания

- Если шейка полностью раскрыта, произведите кесарево сечение (стр.С-40).
- Если шейка раскрыта не полностью, следите за опусканием головки, ее поворотом и прогрессом родов. Если есть признаки абсолютно клинически узкого таза, произведите кесарево сечение (стр.С-40).
- Если плод мертв,
  - произведите краниотомию (стр.С-53);
  - если врач не владеет краниотомией, произведите родоразрешение кесаревым сечением (стр.С-40).

**Не производите вакуум-экстракцию при лицевом предлежании.**

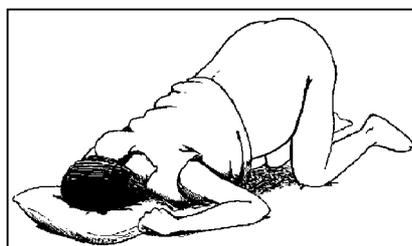
#### Сочетанное предлежание (предлежание ручки)

Самопроизвольные роды могут произойти только когда плод очень маленький или мертвый и мацерированный. Остановка родов происходит в период изгнания.

- Вправление выпавшей ручки иногда возможно:
  - помогите женщине принять коленно-локтевое положение (Рисунок S- );
  - протолкните ручку выше края таза и удерживайте ее там, пока схватки не протолкнут головку плода в таз;
  - продолжите нормальное ведение родов (стр.А-72).

**Рисунок S- 25**

**Коленно-локтевое положение**



- Если манипуляцию не удастся осуществить или выпадает пуповина, произведите кесарево сечение (стр.С-40).

---

## Тазовое предлежание

Затянувшиеся роды при тазовом предлежании являются показанием для проведения ургентного кесарева сечения. Нарушение прогресса в родах должно рассматриваться как признак возможной диспропорции (Таблица S- 10, стр.В-59).

### **Частота тазового предлежания высока при преждевременных родах.**

## Начало родов

В идеале, все роды в тазовом предлежании должны проходить в госпиталях, где возможно проведение хирургических операций.

- Попробуйте произвести наружный поворот плода (стр.С-14), если
  - тазовое предлежание имеет место в 37 или больше недель беременности (до 37 недель успешно повернутый в нормальное предлежание плод скорее всего спонтанно вернется в тазовое предлежание);
  - вагинальные роды возможны;
  - плодный пузырь цел и количество амниотической жидкости достаточное;
  - отсутствуют осложнения (например, задержка внутриутробного развития плода, маточное кровотечение, предыдущее кесарево сечение, пороки развития плода, двойня, гипертензия, смерть плода).
- Если наружный поворот плода прошел успешно, продолжите вагинальное родоразрешение (стр.А-72).
- Если наружный поворот плода не удался, продолжите ведение родов как при тазовом предлежании (см. ниже) или произведите кесарево сечение (стр.С-40).

## *Вагинальные роды при тазовом предлежании*

- Вагинальные роды в тазовом предлежании (стр.С-34), проводимые опытным специалистом, безопасны и возможны при следующих состояниях:
  - полное смешанное (**Рисунок S- 19**, стр.В-75) или неполное чистое ягодичное предлежание (**Рисунок S- 20**, стр.В-75);
  - при адекватных данных клинической пельвиметрии;
  - наличии не очень крупного плода;
  - отсутствии предыдущего кесарева сечения ввиду диспропорции размеров плода и таза матери;
  - согнутом положении головки.

- 
- Осматривайте женщину регулярно и отмечайте прогресс родов на партограмме (стр.А-64).
  - Если плодные оболочки разорвались, осмотрите женщину немедленно для исключения выпадения пуповины.

Примечание: Не вскрывайте плодный пузырь.

- Если пуповина выпала и роды не могут произойти в ближайшее время, проведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).
- Если частота сердечных сокращений плода ненормальна (меньше 100 или больше 180 ударов в минуту) или роды затянулись, проведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).

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

**Женщина не должна тужиться, пока шейка не будет полностью раскрыта. Полное раскрытие шейки должно быть подтверждено при влагалищном исследовании.**

*Кесарево сечение при тазовом предлежании*

- Проведение кесарева сечения (стр.С-40) более безопасно, чем роды в тазовом предлежании и рекомендуется в случаях, когда имеется
  - полное ножное предлежание;
  - маленький или неправильной формы таз;
  - очень большой плод;
  - кесарево сечение в анамнезе из-за диспропорции размеров плода и таза матери;
  - запрокинутая или чрезмерно разогнутая головка плода.

Примечание: Плановое кесарево сечение при преждевременных родах в тазовом предлежании не улучшает исход родов.

Осложнения

При тазовом предлежании у плода могут возникнуть следующие осложнения:

- выпадение пуповины;
- родовая травма вследствие запрокидывания ручки или головки; неполного раскрытия шейки матки или диспропорция размеров головки плода и таза матери;

- 
- асфиксия вследствие выпадения пуповины, ее сдавления, преждевременного отделения плаценты или задержки рождения головки плода;
  - повреждение органов брюшной полости;
  - перелом шеи.

#### Поперечное положение плода и предлежание плечика

- Если у женщины роды только начались и плодный пузырь цел, попробуйте произвести наружный поворот плода (стр.С-14):
  - если наружный поворот плода успешно произведен, продолжите ведение нормальных родов (стр.А-72);
  - если не удалось совершить наружный поворот или он нежелателен, произведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).
- Следите за признаками выпадения пуповины. Если пуповина выпала и роды невозможно завершить быстро, произведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).

Примечание: Если женщина оставлена без внимания, может произойти разрыв матки (стр.В-21).

**В современной практике устойчивое поперечное положение в родах является показанием к родоразрешению посредством кесарева сечения, независимо от того, жив плод или мертв.**

---

## **ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ ПЛОДА (ЗАТРУДНЕНИЕ ПРИ РОЖДЕНИИ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА)**

### **Проблема**

- Головка плода родилась, а плечики застряли и не могут родиться.

### **Основная тактика**

- Будьте готовы к возникновению дистосии плечиков при всех родах, особенно если ожидается крупный плод.
- На случай возникновения необходимости в помощи имейте наготове доступный персонал.

**Развитие дистосии плечиков нельзя предвидеть.**

### **Диагностика**

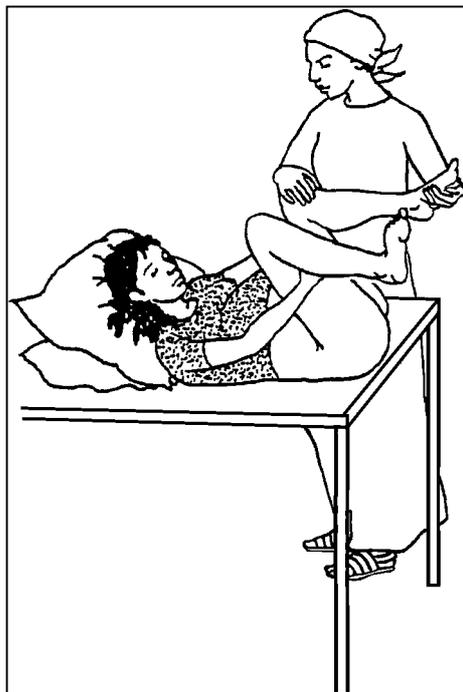
- Головка плода родилась, но остается плотно охваченной вульвой.
- Подбородок втягивается и опускает промежность.
- Потягивание за головку не сопровождается рождением плечика, которое цепляется за симфиз.

### **Тактика оказания помощи**

- Проведите достаточно большую эпизиотомию (стр.С-66) для уменьшения препятствий со стороны мягких тканей и для высвобождения пространства для манипуляций.
- В положении женщины на спине попросите ее согнуть оба бедра, приведя колени как можно ближе к груди (Рисунок S 23, стр. В-84). Попросите двух ассистентов надавить на ее согнутые колени, прижимая их к груди.

**Рисунок S- 23**  
**женщины.**

**Ассистент давит на согнутые колени, прижимая их к груди**



- Надев стерильные перчатки,
  - осуществите сильное продолжительное потягивание вниз за головку плода для подведения плечика, которое находится впереди, под симфиз;

Примечание: Остерегайтесь чрезмерных потягиваний за головку, так как это может привести к повреждению плечевого сплетения.

- Попросите ассистента одновременно с потягиванием надавить в надлобковой области вниз для способствования рождению плечика;

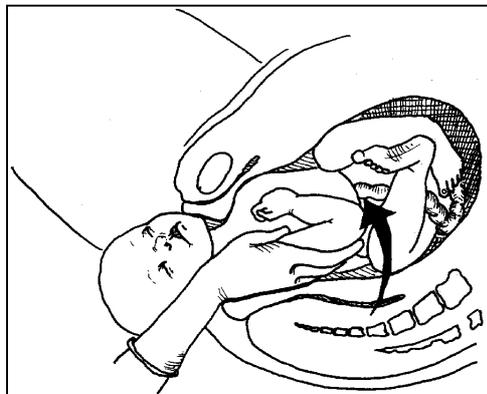
Примечание: Не используйте давление на дно матки. Это может привести к дальнейшему усилению воздействия плечика на матку и привести к ее разрыву.

- Если плечико все еще не родилось,
  - надев высоко стерильные перчатки, войдите рукой во влагалище;
  - надавите на плечико, которое является передним, по направлению к груди ребенка для вращения плечика и уменьшения его в диаметре;
  - при необходимости надавите на плечико, которое находится сзади, по направлению к груди.
- Если плечико, несмотря на все перечисленные выше меры, все еще не родилось,
  - введите руку во влагалище;
  - захватите плечевую кость руки, которая находится сзади, и, держа ее согнутой в локте, проведите ее через грудь. Это высвободит место для

---

плеча, которое находится спереди, для его прохождения под симфизом (Рисунок S- 24, стр. В-85).

**Рисунок S- 24**                      **Захват плечевой кости ручки, которая находится сзади и проведение ее через грудь**



- Если после всех перечисленных мероприятий плечико не родилось, используйте другие методы:
  - Сломайте ключицу для уменьшения ширины плечевого пояса и высвободите плечо, находящееся спереди;
  - Потяните крючком за подмышечную впадину для извлечения ручки, находящейся сзади.

---

## РОДЫ ПРИ ПЕРЕРАСТЯНУТОЙ МАТКЕ

### Проблема

- Женщина в родах имеет перерастянутую матку или высота дна матки над уровнем симфиза больше характерной для данного срока беременности.

### Основная тактика

- Придайте женщине полусидячее положение
- Подтвердите точность ранее определенного срока беременности, если это возможно.

### Диагностика

- Если при абдоминальном обследовании определяется только один плод, предположите ошибку в определении срока беременности, крупный плод (стр.В-87) или избыток амниотической жидкости (полигидрамнион) (стр.В-87).
- Если при абдоминальном обследовании определяются полюса и части нескольких плодов, предположите многоплодную беременность. Другими признаками многоплодной беременности являются следующие:
  - головка плода мала по отношению к матке;
  - матка больше, чем должна быть при данном сроке беременности;
  - с помощью Доплеровского стетоскопа выслушивается более одного сердцебиения плода.

Примечание: Обычный акушерский стетоскоп не может быть использован для подтверждения диагноза, так как сердцебиение одного плода может прослушиваться в разных местах.

- При возможности используйте ультразвуковое обследование для
  - определения количества, размеров и предлежания плодов;
  - оценки объема амниотической жидкости.
- Если оборудование для проведения ультразвукового исследования отсутствует, проведите рентгенологическое обследование (передне-задняя проекция) для подсчета плодов и определения предлежания.

---

## Тактика ведения

### Крупный плод

- Ведите как нормальные роды (стр.А-56).
- Ждите и будьте готовы к затяжным родам и абсолютно клинически узкому тазу (стр.В-59), дистоции плечиков (стр.В-83) и послеродовому кровотечению (стр.В-26).

### Полигидрамнион (Многоводие)

- Предоставьте родам развиваться самостоятельно и фиксируйте прогресс в родах используя партограмму (стр.А-64)
- Если женщина испытывает дискомфорт из-за перерастяжения матки, аспирируйте избыточную амниотическую жидкость:
  - определите положение плода пальпацией;
  - обработайте кожу антисептиком (стр.А-22);
  - с соблюдением правил асептики проколите спинальной иглой №20 брюшную и маточную стенку и удалите мандрен;
  - аспирируйте жидкость с помощью большого шприца или присоедините систему для переливания к игле и дайте возможность жидкости медленно вытекать в контейнер;
  - как только женщина перестанет испытывать дискомфорт из-за перерастяжения матки, введите мандрен в иглу и удалите ее.
- Если амниотомия показана по другим причинам, вскройте плодные оболочки амниотическим крючком или зажимом Кохера (стр.С-17).
- Проверьте, нет ли выпадения пуповины, после вскрытия плодного пузыря. Если имеется выпадение пуповины и роды не могут быть завершены быстро, произведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).

### Многоплодная беременность

#### *Первый ребенок*

- Начните внутривенную инфузию и медленно переливайте жидкость в/в (стр.А-22).
- Осуществляйте наблюдение за плодами периодическим выслушиванием частоты сердечного ритма. Если определяется ненормальная частота сердечного ритма (меньше 100 или больше 180 ударов в минуту), предположите дистресс плода (стр.В-93).

- 
- Проверьте предлежание:
    - Если определено затылочное предлежание, дайте возможность родам развиваться самостоятельно, как при одноплодной беременности в случае затылочного предлежания (стр.А-56) и мониторируйте прогресс в родах, используя партограмму (стр.А-64);
    - При тазовом предлежании используйте те же приемы, как при одноплодной беременности с тазовым предлежанием (стр.В-80) и отмечайте прогресс в родах, используя партограмму (стр.А-64);
    - При поперечном положении, проведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).

**Наложите зажим на материнский конец пуповины и не пытайтесь выделить плаценту, пока не родился последний ребенок.**

#### Второй или последующий ребенок (дети)

- Немедленно после рождения первого ребенка
  - прощупайте живот для определения положения второго ребенка;
  - исправьте поперечное или косое положение, используя наружный поворот плода (стр. С-14);
  - проверьте частоту сердцебиений плода (плодов).
- Проведите влагалищное исследование для определения
  - имеет ли место выпадение пуповины (стр.В-95);
  - цел или разорван плодный пузырь.

#### Затылочное предлежание

- Если голова не опустилась, направьте головку в таз с помощью ручных приемов (руки на животе), если это возможно.
- Если плодный пузырь цел, разорвите его амниотическим крючком или зажимом Кохера.
- Проверяйте частоту сердцебиений плода между схватками.
- Если схватки неадекватны после рождения первого ребенка, поддержите родовую деятельность окситоцином, быстро наращивая его концентрацию (**Таблица Р- 8**, стр.С-22) 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 схваток или частота сердцебиений плода патологическая (меньше

---

100 или больше 180 ударов в минуту), проведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).

#### *Тазовое предлежание*

- Если предполагается, что второй ребенок не больше, чем первый, и шейка не спазмировалась, рассмотрите возможность самостоятельных влагалищных родов (стр.А-72).
  - Если после рождения первого ребенка схватки неадекватны или отсутствуют, увеличьте вводимую дозу окситоцина ускоренным его переливанием (Таблица Р- 8, стр.С-22), добиваясь хороших сокращений матки (три сокращения за 10 минут, продолжительностью более 40 сек каждое).
  - Если плодный пузырь цел и ягодицы опустились, разорвите оболочки амниотическим крючком или зажимом Кохера (стр.С-17).
  - Проверяйте частоту сердцебиений плода между схватками. Если частота сердцебиений плода патологическая (меньше 100 или больше 180 ударов в минуту), завершите роды путем извлечения плода за тазовый конец (стр.С-39).
- Если влагалищные роды невозможны, проведите кесарево сечение (стр.С-40).

#### *Поперечное положение*

- Если плодный пузырь цел, попробуйте произвести наружный поворот плода (стр.С-14).
- Если наружный поворот не удастся, шейка полностью раскрыта и плодный пузырь остается целым, попробуйте произвести внутренний поворот плода на ножку:

Примечание: Не проводите внутренний поворот плода на ножку, если врач малоопытен, плодный пузырь разорван и вытекает амниотическая жидкость или в случае наличия рубца на матке. Не упорствуйте в своих усилиях, если поворот плода не осуществляется легко.

- надев стерильные перчатки, введите руку в матку и захватите ножку ребенка;
- осторожно поверните ребенка тазовым концом вниз;
- после завершения поворота проведите извлечение плода за тазовый конец (стр.С-39).
- Проверяйте частоту сердцебиений плода между схватками.
- Если наружный поворот не удался и внутренний поворот на ножку нецелесообразен или не удался, произведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).

- 
- Назначьте окситоцин 10 ЕД в/м или эргометрин 0,2 мг в/м в течение первой минуты после рождения последнего ребенка и продолжите активное ведение женщины в третьем периоде для уменьшения послеродового кровотечения (стр.А-74).

#### Осложнения

- При многоплодной беременности у матери возможны следующие осложнения:
  - анемия;
  - прерывание беременности;
  - индуцированная беременностью гипертензия и преэклампсия;
  - многоводие;
  - слабость схваток в течение родов;
  - задержка плаценты;
  - послеродовое кровотечение.
- Осложнениями со стороны плода/плаценты являются
  - предлежание плаценты;
  - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
  - плацентарная недостаточность;
  - преждевременные роды;
  - малый вес новорожденного;
  - неправильное предлежание;
  - выпадение пуповины;
  - врожденные пороки.

---

## РОДЫ ПРИ НАЛИЧИИ РУБЦА НА МАТКЕ

### Проблема

- У женщины в родах обнаружен рубец на матке, сформировавшийся в результате предыдущих хирургических вмешательств на матке.

### Основная тактика

- Наладьте систему для в/в переливаний и переливайте жидкости в/в (стр.А-22).
- По возможности установите причину возникновения рубца на матке. Кесарево сечение и другие хирургические вмешательства на матке (например, восстановление целостности матки после ее разрыва, удаление внематочной беременности из рога матки) приводят к образованию рубца на стенке матки. Этот рубец может ослабить матку, привести к разрыву матки во время родов (Рамка S- 6).

### Рамка S- 6

#### Разрыв матки по рубцу

- Вертикальный рубец от предыдущего кесарева сечения может разорваться до родов или в течение латентной фазы родов.
- Поперечный рубец обычно разрывается в активной фазе родов или в фазе изгнания.
- Разрыв может иметь место только на коротком протяжении в толще миометрия и сопровождаться небольшими болями и незначительным кровотечением. Плод и плацента могут остаться в матке, и плод может прожить несколько минут или часов.

### Специальная тактика

Исследования показывают, что в 50% случаев с низким поперечным рубцом на матке после кесарева сечения последующая беременность может благополучно завершиться влагалищными родами. Частота разрывов при наличии низкого поперечного маточного рубца при осторожном проведении родов составляет менее 1%.

#### Пробные роды

- Убедитесь, что ситуация благоприятна для проведения пробных родов, по пунктам:
  - предыдущее хирургическое вмешательство произведено нижним поперечным разрезом;
  - плод в нормальном затылочном предлежании;
  - ургентное кесарево сечение, при необходимости, может быть произведено немедленно.

- 
- Если такие условия отсутствуют или если в анамнезе женщины два кесаревых сечения или разрыва нижних сегментов матки, произведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).
  - Мониторите прогресс родов, используя партограмму (стр.А-64).
  - Если кривая раскрытия шейки матки пересекает линию тревоги партограммы, диагностируйте замедление прогресса родов и предпримите соответствующие меры:
    - если определяется замедление прогресса в родах из-за неэффективных сокращений матки (**Таблица S- 10**, стр.В-59), вскройте плодный пузырь амниотическим крючком или зажимом Кохера и поддержите родовую деятельность окситоцином (стр.С-17);
    - если имеются признаки диспропорции головки плода и таза матери или признаки абсолютно клинически узкого таза (**Таблица S- 10**), немедленно произведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).
  - Если обнаруживаются признаки угрожающего разрыва матки (частый пульс у матери, постоянная боль в животе и напряжение брюшной стенки над лобком, дистресс плода), немедленно произведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).
  - Если подозревается разрыв матки, немедленно произведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40) и восстановите целостность матки (стр.С-89) или проведите гистерэктомию (стр.С-94).

---

## ДИСТРЕСС ПЛОДА В РОДАХ

### Проблемы

- Патологическая частота сердцебиений плода (меньше 100 и больше 180 ударов в минуту).
- Наличие густо окрашенных меконием околоплодных вод.

### Основная тактика

- Придайте женщине полусидячее положение или положите ее на левый бок.
- Остановите введение окситоцина, если он был ранее назначен.

### Патологическая частота сердцебиений плода

#### Рамка S- 7

#### Патологическая частота сердцебиений плода

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• В норме частота сердечных сокращений плода может замедлиться в момент схваток, но обычно возвращается к норме, как только матка расслабляется.</li><li>• Резкое замедление частоты сердечных сокращений плода в отсутствие схваток или его замедление после схваток, свидетельствует о дистрессе плода.</li><li>• Учащение частоты сердечных сокращений плода может быть вызвано высокой температурой у матери, учащением сердцебиения матери вследствие приема лекарств (например, токолитических лекарств), гипертонией или амнионитом. При отсутствии учащенного сердцебиения у матери высокая частота сердечных сокращений плода свидетельствует о дистрессе плода.</li></ul> |
|---|
- Если причиной патологической частоты сердцебиений плода является состояние матери (например, высокая температура, прием лекарств), проведите соответствующее лечение.
  - Если состояние матери не объясняет появление патологического сердечного ритма плода, а частота сердечных сокращений плода остается патологической на протяжении трех последних схваток, проведите влагалищное исследование для выявления причин, объясняющих появление признаков дистресса плода:
    - если имеется кровотечение с перемежающейся или постоянной болью, предположите преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты (стр.В-20);
    - при наличии признаков инфекции (высокая температура, дурно пахнущие влагалищные выделения) назначьте антибиотики как при амнионите (стр.В-134);

- 
- если пуповина находится впереди предлежащей части или во влагалище, ведите женщину, как с выпадением пуповины (стр.В-95).
  - Если частота сердечных сокращений плода остается патологической или есть дополнительные признаки дистресса плода (наличие густого мекония в амниотической жидкости), планируйте родоразрешение:
    - если шейка матки полностью раскрыта и головка плода определяется не более чем на 1/5 над симфизом или предлежащий костный край головки плода находится в «0» позиции (на уровне седалищных остей), произведите родоразрешение посредством вакуум экстракции (стр.С-26) или с помощью щипцов (стр.С-31);
    - Если шейка матки раскрыта не полностью и более чем 1/5 головки плода определяется над симфизом или предлежащий костный край головки плода находится выше седалищных остей (над 0 позицией), произведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).

## **Меконий**

- Примесь мекония в амниотической жидкости часто обнаруживается по мере созревания плода, и сама по себе не указывает на дистресс плода. Незначительная примесь мекония в амниотической жидкости в случае отсутствия нарушений сердечного ритма плода является предупреждением о необходимости внимательного ведения такой женщины.
- Наличие густого мекония в амниотической жидкости предполагает пассаж мекония в уменьшенную в объеме амниотическую жидкость и может свидетельствовать о необходимости проведения срочного родоразрешения и специальных мероприятий по освобождению верхних дыхательных путей от мекония и предупреждению аспирации мекония у новорожденного (стр.В-138).
- При тазовом предлежании меконий освобождается из-за сдавления брюшной полости плода при родоразрешении. Это не является признаком дистресса, если это не случилось в ранней стадии родов.

---

## **ВЫПАДЕНИЕ ПУПОВИНЫ**

### **Проблемы**

- Пуповина определяется в родовом канале ниже предлежащей части.
- Пуповина видна во влагалище после разрыва плодного пузыря.

### **Основная тактика**

- Дайте кислород 4-6 л/мин через маску или носовой катетер.

### **Специфическая тактика**

Пульсация пуповины сохранена

Если пуповина пульсирует, плод жив.

- Определите стадию родов, проведя немедленное влагалищное исследование (**Таблица С- 8**, стр.А-59).
- Если женщина находится в первом периоде родов, во всех случаях примите следующие меры:
  - надев стерильные перчатки, введите руку во влагалище и оттолкните предлежащую часть вверх для уменьшения сдавления пуповины, сместите предлежащую часть из таза;
  - положите вторую руку на живот в надлобковую область для удержания предлежащей части вне таза;
  - как только предлежащая часть будет надежно удерживаться над входом в таз, уберите руку из влагалища. Удерживайте предлежащую часть рукой в надлобковой области до проведения кесарева сечения;
  - если возможно, введите сальбутамол 0,5 мг в/в медленно в течение 2 минут для ослабления схваток;
  - Произведите urgentное кесарево сечение (стр.С-40).
- Если женщина находится во втором периоде родов,
  - быстро произведите родоразрешение посредством эпизиотомии (стр.С-66) и вакуум-экстракции (стр.С-26) или наложением щипцов (стр.С-31);
  - при тазовом предложении произведите экстракцию плода за тазовый конец (стр.С-39) и примените щипцы Пипера или длинные щипцы для выведения головки плода (стр.С-38);

- 
- Приготовьтесь к реанимации новорожденного (стр.В-137).

Пуповина не пульсирует

Если пуповина не пульсирует, плод мертв. Произведите родоразрешение самым безопасным для женщины методом.

---

## ВЫСОКАЯ ТЕМПЕРАТУРА (ЛИХОРАДКА) ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

### Проблема

- У женщины отмечается высокая температура (38°C и выше) во время беременности и родов.

### Основная тактика

- Обеспечьте постельный режим.
- Поощряйте потребление большого количества жидкости перорально.
- Используйте вентилятор или прохладную губку для того, чтобы помочь снижению температуры.

### Диагностика

Таблица S- 13      Диагностика лихорадочных состояний во время беременности и родов

| Присутствующие симптомы, другие симптомы и признаки, типично присутствующие   | Иногда присутствующие симптомы и признаки   | Вероятный диагноз                         |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Дизурия</li><li>• Увеличение частоты и позывов к мочеиспусканию</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Боль за или над лобком</li><li>• Боль в животе</li></ul>  | Цистит, стр.В-99                          |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Дизурия</li><li>• Очень высокая температура/озноб</li><li>• Увеличение частоты и позывов к мочеиспусканию</li><li>• Боль в животе</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Боль за или над лобком</li><li>• Поясничная боль/болезненность</li><li>• Болезненность грудной клетки</li><li>• Отсутствие аппетита</li><li>• Тошнота/рвота</li></ul> | Острый пиелонефрит, стр.В-100             |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Дурно пахнущие выделения из влагалища в первые 22 недели беременности</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Боль в низу живота</li><li>• Симптомы раздражения брюшины</li><li>• Затяжное кровотечение</li></ul>   | Септический аборт, Таблица S- 2, стр.В-10 |

|   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Высокая температура</li> <li>• Болезненная матка</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Гнойные выделения из влагалища</li> </ul>  |                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Высокая температура/озноб</li> <li>• Дурно пахнущие водянистые выделения из влагалища после 22 недели беременности</li> <li>• Боль в животе</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• В анамнезе - отхождение околоплодных вод</li> <li>• Болезненная матка</li> <li>• Учащенное сердцебиение плода</li> <li>• Легкое кровотечение из влагалища</li> </ul> | Амнионит, стр.В-134                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Высокая температура</li> <li>• Одышка</li> <li>• Кашель с мокротой</li> <li>• Боль в груди</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Уплотнение легочной ткани</li> <li>• Осиплость голоса</li> <li>• Частое дыхание</li> <li>• Хрипы/свисты</li> </ul>   | Пневмония, стр.В-126                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Высокая температура</li> <li>• Сильный озноб</li> <li>• Головная боль</li> <li>• Боли в мышцах/суставах</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличенная селезенка</li> </ul>   | Неосложненная малярия, стр.В-101      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Симптомы и признаки неосложненной малярии</li> <li>• Кома</li> <li>• Анемия</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Судороги</li> <li>• Желтуха</li> </ul>   | Тяжелая/осложненная малярия, стр.В-54 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Высокая температура</li> <li>• Головная боль</li> <li>• Сухой кашель</li> <li>• Недомогание</li> <li>• Отсутствие аппетита</li> <li>• Увеличенная селезенка</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Спутанность сознания</li> <li>• Ступор</li> </ul>  | Тиф <sup>a</sup>                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Высокая температура</li> <li>• Недомогание</li> <li>• Отсутствие аппетита</li> <li>• Тошнота</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Боли в мышцах/суставах</li> <li>• Крапивница</li> <li>• Увеличенная селезенка</li> </ul>   | Гепатит <sup>b</sup>                  |

<sup>a</sup> назначьте ампициллин 1г перорально 4 раза в день ИЛИ амоксициллин 1 г перорально три раза в день на протяжении 14 дней. Альтернативное лечение должно проводиться в зависимости от местной чувствительности инфекции к антибиотикам.

<sup>b</sup> проводите поддерживающее лечение и обследуйте женщину.

---

|   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Темная моча и светлый стул</li><li>• Желтуха</li><li>• Увеличенная печень</li></ul> |  |  |
|---|--|--|

## Тактика

### Инфекции мочевого тракта

**Допустите, что инфекция мочевого тракта затрагивает все его уровни, от почечных лоханок до уретрального канала.**

### Тесты

Тест-полоска, микроскопия и бакпосев мочи могут быть использованы для определения наличия инфекции мочевого тракта, но не для дифференциации между циститом и острым пиелонефритом.

- Тест полоска может быть использована для определения лейкоцитов, а нитратный редуктазный тест может быть использован для определения нитритов.
- Микроскопия образцов мочи может выявить скопления лейкоцитов, бактерии и иногда эритроциты.
- Бакпосев мочи и тест на чувствительность должны быть проведены, если это возможно, для выявления микроорганизмов и определения их чувствительности к антибиотикам.

Примечание: Для исследования мочи необходимо брать образец чисто собранной мочи из средней ее порции для минимизации возможности загрязнений.

### Цистит

Цистит - это инфекция мочевого пузыря.

- Лечение антибиотиками (стр.А-35):
  - амоксициллин 500 мг перорально три раза в день на протяжении 3 дней;
  - ИЛИ триметоприм/сульфаметоксазол 1 таблетка (160/800 мг) перорально два раза в день на протяжении 3 дней.
- Если лечение неэффективно, назначьте бакпосев мочи и, по возможности, проверьте чувствительность флоры к антибиотикам, лечите наиболее подходящими с точки зрения чувствительности флоры антибиотиками;

- 
- Если инфекция повторяется два и более раз,
    - сделайте бакпосев мочи и, по возможности, проверьте чувствительность флоры к антибиотикам, лечите наиболее подходящими антибиотиками;
    - для профилактики инфекций в дальнейшем назначьте антибиотики перорально один раз в день перед сном до окончания беременности и 2 недели в послеродовом периоде. Назначьте
      - триметоприм/сульфаметоксазол 1 таблетку (160/800 мг);
      - ИЛИ амоксициллин 250 мг.

Примечание: Профилактическое лечение назначают после повторных инфекций, а не после одиночных эпизодов.

### Острый пиелонефрит

Острый пиелонефрит – это острая инфекция верхних отделов мочевыводящей системы, в основном, почечных лоханок, которая может также затронуть почечную паренхиму.

- Если выявлен или подозревается шок, немедленно начинайте лечение (стр.В-2).
- Сделайте бакпосев мочи и, по возможности, проверьте чувствительность флоры к антибиотикам, лечите наиболее подходящими антибиотиками.
- Если проведение бактериологического исследования мочи невозможно, проводите лечение антибиотиками до тех пор, пока у женщины не будет отсутствовать высокая температура как минимум 48 часов (стр.А-35):
  - ампициллин 2 г в/в каждые 6 часов;
  - ПЛЮС гентамицин 5 мг в/в на кг веса каждые 24 часа.
- Если у женщины нет высокой температуры в течение 48 часов, назначьте амоксициллин 1 г перорально 3 раза до завершения 14 дневного курса лечения.

Примечание: Клинический ответ ожидается в течение 48 часов. Если клинический ответ отсутствует в течение 72 часов, переоцените результаты и спектр действия антибиотиков.

- Для профилактики инфекций в дальнейшем назначьте антибиотики перорально один раз в день перед сном до окончания беременности и 2 недели в послеродовом периоде. Назначьте
  - триметоприм/сульфаметоксазол 1 таблетку (160/800 мг);
  - ИЛИ амоксициллин 250 мг.
- Убедитесь в адекватной пероральной или в/в гидратации.

- 
- При необходимости назначьте парацетамол 500 мг перорально для снятия болей и снижения температуры.
  - Если пальпируется сокращение матки и есть кровянисто-слизистые выделения из влагалища, предположите преждевременные роды (стр.В-120).

### Неосложненная малярия

Два вида малярийных паразитов: *P. falciparum* (злокачественная малярия) и *P. vivax* (трехдневная) - являются возбудителями в большинстве случаев. Симптомная злокачественная малярия у беременных женщин может привести к тяжелому заболеванию и смерти, если она не распознана и не начато раннее лечение. Когда малярия определяется как острое заболевание с высокой температурой, ее нельзя четко дифференцировать от других лихорадочных состояний на клинической основе. Малярию следует рассматривать как наиболее вероятный диагноз у беременных женщин с высокой температурой, которые уже перенесли малярию.

- Женщины, не имеющие иммунитета к малярии (живущие в немалярийных зонах), восприимчивы к более тяжелым осложнениям малярии (стр.В-54).
- Женщины с приобретенным иммунитетом к малярии имеют высокий риск развития тяжелой анемии и рождения ребенка с низким весом.

### Тесты

- Если возможности для тестирования отсутствуют, начните лечение антималярийными препаратами, основываясь на клинических подозрениях (головная боль, высокая температура, боль в суставах).
- Когда это возможно, следующие тесты помогут уточнить диагноз:
  - микроскопия в толстом и тонком слое крови:
    - толстая капля крови более чувствительна для определения паразитов (отсутствие паразитов не исключает малярию);
    - тонкий мазок крови помогает определению видов паразитов.
  - быстрые тесты для определения антигенов.

### Злокачественная малярия

#### *ОСТРАЯ НЕОСЛОЖНЕННАЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ МАЛЯРИЯ*

Хлорохин-устойчивая злокачественная малярия широко распространена. Также может наблюдаться устойчивость к другим лекарствам (например, к хинину, к сульфадоксин/пириметамину и мефлохину). Таким образом, важно следовать рекомендациям государственных органов здравоохранения. При беременности противопоказаны следующие лекарства: примахин, тетрациклин, доксициклин, халофантрин. Данных по использованию атовоквон/прокванила и

---

артемезер/люмефантрина при беременности на настоящий момент недостаточно для того, чтобы рекомендовать их использование.

*РАЙОНЫ С ХЛОРОХИН-ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМИ P. FALCIPARUM ПАРАЗИТАМИ*

- Назначьте хлорохин 10 мг на кг веса перорально 1 раз в день на протяжении 2 дней, затем 5 мг на кг веса на третий день.

Примечание: Применение хлорохина считается безопасным в течение всех трех триместров беременности.

*РАЙОНЫ С ХЛОРОХИН-УСТОЙЧИВЫМИ P. FALCIPARUM ПАРАЗИТАМИ*

Пероральные сульфадоксин/пириметамин или соли хинина (дигидрохлориды или сульфаты) могут быть использованы для лечения хлорохин-устойчивой малярии в течение беременности. Вариантами лечения являются

- Сульфадоксин/пириметамин 3 таблетки перорально однократно;

Примечание: Сульфадоксин/пириметамин не может быть использован у женщин с аллергией на сульфонамиды.

- ИЛИ соли хинина 10 мг на кг веса перорально 3 раза в день на протяжении 7 дней.

Примечание: Если выдержать 7-дневный прием хинина невозможно или сильно выражены побочные эффекты, назначьте как минимум 3-х дневный прием хинина ПЛЮС сульфадоксин/пириметамин 3 таблетки перорально однократно в первый день лечения (при условии эффективности сульфадоксин/пириметамина следуйте национальным протоколам лечения).

Мефлохин также может быть использован для лечения симптоматической злокачественной малярии во время беременности, если лечение хинином или сульфадоксин/пириметамином не подходит из-за устойчивости к лекарствам или индивидуальной непереносимости.

Примечание: Клиницистам следует осторожно применять мефлохин в ранние сроки беременности в виду ограниченности данных по его безопасному применению в первом триместре беременности:

- в районах с мефлохин-чувствительными паразитами назначьте мефлохин в дозе 15 мг на кг веса перорально однократно;
- в районах, характеризующихся появлением паразитов, устойчивых к мефлохину, назначьте мефлохин в дозе 15 мг на кг веса перорально затем 10 мг/кг веса спустя 24 часа.

---

## *РАЙОНЫ С ПОЛИЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МАЛЯРИЕЙ*

Полилекарственно-устойчивая злокачественная малярия (устойчивая к хлорохину и сульфадоксин/пириметамину, хинину или мефлохину) существует в некоторых районах, ограничивая возможности лечения. Следуйте национальным протоколам лечения. Методами лечения могут быть

- соли хинина (дигидрохлорид или сульфат) 10мг/кг веса перорально 3 раза в день в течение 7 дней;
- ИЛИ соли хинина 10мг/кг веса перорально 3 раза в день в течение 7 дней ПЛЮС клиндамицин 300 мг 4 раза в день в течение 5 дней;

Примечание: Комбинация хинин/клиндамицин может быть использована в районах с устойчивостью паразитов к хинину.

- ИЛИ артесунат 4мг/кг веса перорально с дробным введением нагрузочной дозы в первый день, затем 2 мг/кг веса перорально однократно в течение 6 дней.

Примечание: Артесунат может быть использован во 2 и 3 триместре беременности для лечения неосложненной малярии, но данных для рекомендации по его использованию в 1 триместре беременности недостаточно. Артесунат может быть использован, тем не менее, если нет другого выхода.

Трехдневная (vivax) малярия

## *РАЙОНЫ С ХЛОРОХИН-ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМИ P. VIVAX ПАРАЗИТАМИ*

Хлорохин как монопрепарат является лекарством выбора в районах с хлорохин-чувствительной трехдневной малярией и в районах с хлорохин-чувствительной трехдневной и злокачественной малярией. Там, где существуют хлорохин-устойчивые *P. falciparum*, ведите женщину, как при смешанной инфекции (стр.122).

- Назначьте хлорохин сначала 10 мг/кг веса перорально 1 раз в день на протяжении 2 дней, затем 5 мг/кг веса на третий день.

## *РАЙОНЫ С ХЛОРОХИН-УСТОЙЧИВЫМИ P. VIVAX ПАРАЗИТАМИ*

Случаи хлорохин-устойчивой трехдневной малярии были отмечены в нескольких странах и данных по выработке оптимальных способов лечения этих случаев недостаточно. До рассмотрения использования лекарств второй линии для лечения случаев при неэффективности хлорохина клиницисты должны исключить плохое выполнение пациентом рекомендаций врача и возможность нового инфицирования *P. falciparum*. При невозможности проведения диагностических тестов ведите женщину, как со смешанной инфекцией (смотрите ниже). Методы лечения подтвержденной хлорохин-устойчивой трехдневной малярии включают

- соли хинина (дигидрохлорид или сульфат) 10мг/кг веса перорально 2 раза в день в течение 7 дней;

---

Примечание: Доза хинина должна быть ниже, чем при злокачественной малярии; необходимо уточнение вида возбудителя.

- ИЛИ назначьте мефлохин 15 мг на кг веса перорально однократно;
- ИЛИ сульфадоксин/пириметамин 3 таблетки перорально однократно;

Примечание: Сульфадоксин/пириметамин в целом не рекомендуют применять, так как он медленно воздействует для уничтожения паразитов трехдневной малярии.

- ИЛИ артезуат 4мг/кг веса перорально с дробным введением нагрузочной дозы в первый день, затем 2 мг/кг веса перорально однократно в течение 6 дней.

### *ЛЕЧЕНИЕ ПЕЧЕНОЧНЫХ ФОРМ ТРЕХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ*

Трехдневная малярия может сохраниться в дремлющем состоянии в печени. Время от времени дремлющие формы выходят в кровь и проявляются вновь в виде симптоматической трехдневной инфекции. Примахин может быть использован для лечения печеночной формы, но его использование неприемлемо во время беременности. Примахин может быть использован после родов. Дозировка варьируется в зависимости от географической области; используйте дозы рекомендованные национальными протоколами.

### *РАЙОНЫ СО СМЕШАННОЙ FACIPARUM-VIVAX МАЛЯРИЕЙ*

В районах со смешанным заражением соотношение видов возбудителей малярии и картина их устойчивости к лекарствам различается. Необходимо точное следование рекомендациям национальных протоколов. Если возможна микроскопическая диагностика, должно быть назначено специфическое лечение на ее основе. При невозможности проведения такой диагностики

- предположите, что инфекция вызвана *P. falciparum* и проводите соответствующее лечение (следуя национальным рекомендациям);
- в районах с хлорохин-устойчивыми, но сульфадоксин/пириметамин чувствительными *P. falciparum* и хлорохин-чувствительными *P. vivax* лечите стандартными дозами хлорохина и стандартными дозами сульфадоксин/пириметамина.

---

## ВЫСОКАЯ ТЕМПЕРАТУРА ПОСЛЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

### Проблема

- У женщины высокая температура (38° С и выше), возникшая более чем через 24 часа после родов.

### Основная тактика

- Обеспечьте постельный режим.
- Обеспечьте адекватную гидратацию перорально или в/в.
- Используйте вентилятор или прохладную губку для снижения температуры.
- Если есть подозрение на шок, немедленно начинайте лечение (стр.В-2). Даже если нет признаков шока, имейте шок в виду при последующей оценке состояния женщины, так как ее состояние может быстро ухудшиться. Если шок развился, важно начать лечение немедленно.

### Диагностика

Таблица S- 14      Диагностика лихорадочных состояний после родоразрешения

| Присутствующие симптомы, другие симптомы и признаки, типично присутствующие   | Иногда присутствующие симптомы и признаки   | Вероятный диагноз           |
|---|---|-----------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Высокая температура/озноб</li><li>• Боль внизу живота</li><li>• Гнойные, дурно пахнущие выделения</li><li>• Болезненная матка</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Легкое<sup>a</sup> вагинальное кровотечение</li><li>• Шок</li></ul>                               | Метрит (стр.В-108)          |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Боль и вздутие внизу живота</li><li>• Периодический высокий подъем температуры/озноб</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Плохой ответ на антибиотики</li><li>• Опухоль в области придатков или Дугласова кармана</li></ul> | Тазовый абсцесс (стр.В-109) |

---

<sup>a</sup> Легкое кровотечение: более 5 мин уходит на то, чтобы пропиталась чистая подкладная или белье

|   |   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Болезненная матка</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обнаружение гноя при кульдоцентезе</li> </ul>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Невысокий подъем температура/озноб</li> <li>• Боль внизу живота</li> <li>• Отсутствие перистальтических шумов</li> </ul>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Положительные симптомы раздражения брюшины</li> <li>• Вздутие живота</li> <li>• Отсутствие аппетита</li> <li>• Тошнота/рвота</li> <li>• Шок</li> </ul> | Перитонит (стр.В-109)                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Болезненность и напряжение молочной железы</li> <li>• 3-5 день после родов</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Твердая увеличенная молочная железа</li> <li>• Вовлечены обе молочные железы</li> </ul>  | Застой в молочных железах (лактостаз) (стр.В-109)      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Болезненность и напряженность в молочной железе</li> <li>• Покраснение, сегментарное уплотнение груди</li> <li>• 3-4 недели после родов</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Воспалительный процесс, вследствие застоя в молочных железах</li> <li>• Обычно поражает одну молочную железу</li> </ul>                                | Мастит, стр.В-110                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Твердая, резко болезненная молочная железа</li> <li>• Сильная эритема</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Флюктуирующая опухоль в груди</li> <li>• Вытекание гноя</li> </ul>   | Абсцесс молочной железы, стр.В-111                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Необычная болезненность раны с кровянистыми или серозными выделениями</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Умеренная эритема, распространяющаяся за край раны</li> </ul>  | Абсцесс раны, серома раны или гематома раны, стр.В-111 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Болезненная и чувствительная рана</li> <li>• Эритема и отек, выходящие за края раны</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Затверждение раны</li> <li>• Гнойные выделения</li> <li>• Покраснение области вокруг раны</li> </ul>   | Флегмона раны, раневой целлюлит, стр.В-112             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дизурия</li> <li>• Увеличение частоты и позывов к мочеиспусканию</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Боль за или над лобком</li> <li>• Боль в животе</li> </ul>   | Цистит, стр.В-99                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дизурия</li> <li>• Высокая температура/озноб</li> <li>• Увеличение частоты и</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Боль за или над лобком</li> <li>• Поясничная боль/болезненность</li> <li>• Болезненность грудной</li> </ul>  | Острый пиелонефрит, стр.В-100                          |

|   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <p>позывов к мочеиспусканию</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Боль в животе</li> </ul>   | <p>клетки</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Отсутствие аппетита</li> <li>Тошнота/рвота</li> </ul>  |                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Высокая температура, несмотря на введение антибиотиков</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Болезненность икроножных мышц</li> </ul>   | Тромбоз глубоких вен <sup>a</sup>     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Высокая температура</li> <li>Одышка</li> <li>Кашель с мокротой</li> <li>Боль в груди</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Уплотнение легочной ткани</li> <li>Осиплость голоса</li> <li>Частое дыхание</li> <li>Хрипы/свисты</li> </ul> | Пневмония, стр.В-126                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Высокая температура</li> <li>Ослабленные легочные шумы</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Обычно происходит в послеоперационном периоде</li> </ul>   | Ателектаз легкого <sup>b</sup>        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Высокая температура</li> <li>Ознобы</li> <li>Головная боль</li> <li>Боли в мышцах/суставах</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Увеличенная селезенка</li> </ul>   | Неосложненная малярия, стр.В-101      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Симптомы и признаки неосложненной малярии</li> <li>Кома</li> <li>Анемия</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Судороги</li> <li>Желтуха</li> </ul>   | Тяжелая/осложненная малярия, стр.В-54 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Высокая температура</li> <li>Головная боль</li> <li>Сухой кашель</li> <li>Недомогание</li> <li>Отсутствие аппетита</li> <li>Увеличенная селезенка</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Спутанность сознания</li> <li>Ступор</li> </ul>  | Тиф <sup>c</sup>                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Высокая температура</li> <li>Недомогание</li> <li>Отсутствие аппетита</li> <li>Тошнота</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Боли в мышцах/суставах</li> <li>Крапивница</li> <li>Увеличенная селезенка</li> </ul>                         | Гепатит <sup>d</sup>                  |

<sup>a</sup> Назначьте введение гепарина.

<sup>b</sup> Обеспечьте амбулаторное наблюдение и способствуйте глубокому дыханию. В применении антибиотиков нет необходимости.

<sup>c</sup> Назначьте ампициллин 1г перорально 4 раза в день ИЛИ амоксициллин 1г перорально 3 раза в день в течение 14 дней.

Альтернативное лечение зависит от местной чувствительности возбудителей к антибиотикам

<sup>d</sup> проводите поддерживающее лечение и обследуйте женщину

|   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Темная моча и светлый стул</li> <li>• Желтуха</li> <li>• Увеличенная печень</li> </ul> |  |  |
|---|--|--|

## Лечение

### Метрит

Метрит это воспаление матки после родов, являющееся главной причиной материнской смертности. Несвоевременное или неадекватное лечение метрита может привести к тазовому абсцессу, перитониту, септическому шоку, тромбозу глубоких вен, легочной эмболии, хронической инфекции таза с постоянной болью в тазу и диспареунией, непроходимости маточных труб и бесплодию.

- При необходимости произведите переливание крови. По возможности используйте компоненты крови (стр.А-24).
- Используйте комбинацию антибиотиков до тех пор, пока у женщины не будет нормальная температура в течение 48 часов (стр.А-35):
  - ампициллин 2г в/в каждые 6 часов;
  - ПЛЮС гентамицин 5мг/кг веса в/в каждые 24 часа;
  - ПЛЮС метронидазол 500мг в/в каждые 8 часов.
  - Если лихорадка продолжается спустя 72 часа от начала антибиотикотерапии, переоцените состояние женщины и пересмотрите диагноз.

Примечание: Нет необходимости назначать антибиотики перорально после прекращения их в/в введения.

- При подозрении на задержку фрагментов плаценты в полости матки произведите пальцевое исследование матки для ударения сгустков и больших кусков. Используйте овальные щипцы и большую кюретку при необходимости.
- Если консервативное лечение не приводит к улучшению и есть общие признаки перитонита (высокая температура, симптомы раздражения брюшины, боль в животе), произведите лапаротомию для дренирования гноя.
- Если определяется некротическая и септическая матка, произведите субтотальную гистерэктомию (стр.С-97).

---

## Тазовый абсцесс

- Назначьте комбинацию антибиотиков перед дренированием абсцесса и продолжите их применение, пока у женщины не будет отсутствовать лихорадка в течение 48 часов (стр.А-35):
  - ампициллин 2г в/в каждые 6 часов;
  - ПЛЮС гентамицин 5мг/кг веса в/в каждые 24 часа;
  - ПЛЮС метронидазол 500мг в/в каждые 8 часов.
- Если абсцесс флюктуирует в Дугласовом пространстве, дренируйте гной посредством кульдоцентеза (стр.С-64). Если сохраняется гектическая лихорадка, произведите лапаротомию.

## Перитонит

- Обеспечьте пассаж желудочного содержимого через назогастральный зонд.
- Переливайте жидкости в/в (стр.А-22).
- Назначьте комбинацию антибиотиков до тех пор, пока у женщины не будет отсутствовать высокая температура в течение 48 часов (стр.А-35):
  - ампициллин 2г в/в каждые 6 часов;
  - ПЛЮС гентамицин 5мг/кг веса в/в каждые 24 часа;
  - ПЛЮС метронидазол 500мг в/в каждые 8 часов.
- При необходимости проведите лапаротомию для перитонеального лаважа (диализа).

## Застой в молочных железах

Застой в молочных железах возникает вследствие расширения лимфатических и венозных сосудов и застоя в них, что происходит до начала лактации. Такой застой не является результатом перерастяжения груди молоком.

### *При кормлении грудью*

- Если женщина кормит грудью и ребенок не способен к сосанию, убедите женщину сцеживать молоко рукой или молокоотсосом.
- Если женщина кормит грудью и ребенок способен к сосанию
  - убедите женщину кормить чаще, прикладывая младенца к обеим молочным железам при каждом кормлении;
  - покажите женщине, как держать ребенка и помогите ей прикладывать его к груди;
  - проведите расслабляющие мероприятия до кормления:

- 
- приложите теплый компресс к молочным железам непосредственно перед кормлением или убедите женщину принять теплый душ;
  - массируйте женщине спину и шею;
  - попросите женщину сцедить немного молока руками до кормления и намочите им область вокруг сосков, чтобы помочь ребенку присосаться к соску матери правильно и без труда;
  - расслабляющие мероприятия после кормления:
    - поддерживайте грудь повязкой или бюстгальтером;
    - приложите холодный компресс к молочным железам между кормлениями для уменьшения набухания и боли;
    - назначьте парацетамол 500 мг перорально при необходимости;
  - продолжайте мероприятия в течение 3 дней после их начала для закрепления результата.

*Если кормление грудью отсутствует*

- Если женщина не кормит грудью,
  - поддерживайте грудь повязкой или бюстгальтером;
  - приложите холодный компресс к молочным железам для уменьшения набухания и боли;
  - избегайте массажа и прикладывания тепла к груди;
  - избегайте стимуляции сосков;
  - назначьте парацетамол 500 мг перорально при необходимости;
  - продолжайте мероприятия в течение 3 дней после их начала для закрепления результата.

## **Инфекция молочной железы**

Мастит

- Назначьте антибиотики (стр.А-35):
  - клоксациллин 500 мг перорально 4 раза в день в течение 10 дней;
  - ИЛИ эритромицин 250 мг перорально 3 раза в день в течение 10 дней.
- Убедите женщину
  - продолжить грудное вскармливание;
  - поддерживать грудь повязкой или бюстгальтером;

- 
- прикладывать холодный компресс к груди между кормлениями для уменьшения набухания и боли.
  - Назначьте парацетамол 500 мг перорально при необходимости.
  - Продолжайте мероприятия в течение 3 дней после их начала для закрепления результата.

#### Абсцесс молочной железы

- Назначьте антибиотики (стр.А-35):
  - клоксациллин 500 мг перорально 4 раза в день в течение 10 дней;
  - ИЛИ эритромицин 250 мг перорально 3 раза в день в течение 10 дней.
- Дренируйте абсцесс:
  - обычно необходима общая анестезия (например, кетамин, стр.С-13);
  - проведите радиальный разрез от альвеолярного края по направлению к периферии молочной железы для исключения повреждения молочных протоков;
  - используя стерильные перчатки, пальцами или зажимом вскройте гнойные карманы;
  - неплотно затампонируйте образовавшиеся полости;
  - удалите тампоны спустя 24 часа и замените тампонами меньшего размера.
- Если гной остался в полости, положите маленький тампон в полость и выведите его конец из раны для дренирования оставшегося гноя.
- Убедите женщину
  - продолжить грудное вскармливание даже при скоплении гноя в молочной железе;
  - поддерживать грудь повязкой или бюстгальтером;
  - прикладывать холодный компресс к молочным железам между кормлениями для уменьшения набухания и боли.
- Назначьте парацетамол 500 мг перорально при необходимости.
- Продолжайте мероприятия в течение 3 дней после их начала для закрепления результата.

#### Раневая инфекция промежности и передней брюшной стенки

##### *Раневой абсцесс, серома и гематома раны*

- При наличии гноя или жидкости раскройте и дренируйте рану.

- 
- Удалите инфицированные кожные или подкожные швы и обработайте рану. Не удаляйте швы с апоневроза.
  - Если имеется абсцесс без флегмоны, нет необходимости в использовании антибиотиков.
  - Наложите влажную повязку на рану и назначьте женщине перевязки каждые 24 часа.
  - Проинструктируйте женщину о необходимости соблюдать гигиену и часто менять прокладки и одежду.

#### *Флегмона раны и некроз фасций*

- При наличии гноя или жидкости раскройте и дренируйте рану.
- Удалите инфицированные кожные или подкожные швы и обработайте рану. Не удаляйте швы с апоневроза.
- Если инфекция поверхностная и не затрагивает глубокие ткани, следите за развитием абсцесса и назначьте комбинацию антибиотиков (стр. А-35):
  - ампициллин 500 мг перорально 4 раза в день на протяжении 5 дней;
  - ПЛЮС метронидазол 400 мг перорально 3 раза в день на протяжении 5 дней.
- Если инфекция проникла глубоко, поразила мышцы и вызвала некроз (некротизацию фасций), назначьте комбинацию антибиотиков до тех пор, пока некротические ткани не отторгнутся и у женщины не будет отсутствовать температура в течение 48 часов (стр.А-35):
  - пенициллин G 2 млн. ЕД в/в каждые 6 часов;
  - ПЛЮС гентамицин 5мг/кг веса в/в каждые 24 часа;
  - ПЛЮС метронидазол 500 мг в/в каждые 8 часов.
  - Если у женщины нет температуры в течение 48 часов, назначьте:
    - ампициллин 500 мг перорально 4 раза в день на протяжении 5 дней;
    - ПЛЮС метронидазол 400 мг перорально 3 раза в день на протяжении 5 дней

Примечание: Некротизация фасций требует широкой хирургической обработки. Произведите вторичное ушивание раны спустя 2-4 недели в зависимости от разрешения воспалительных явлений.

- Если у женщины определяется тяжелая инфекция или некротизация фасций, направьте ее в госпиталь для лечения и перевязок раны дважды в день.

---

## БОЛЬ В ЖИВОТЕ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

### Проблема

- Женщина испытывает боль в животе в течение первых 22 недель беременности. Боль может быть первым проявлением серьезных осложнений, таких как прерывание беременности или внематочная беременность.

### Общая тактика

- Проведите быструю оценку общего состояния женщины, включая жизненно важные функции (пульс, артериальное давление, дыхание, температура).
- Если есть подозрение на шок, немедленно начинайте лечение (стр.В-2). Даже если нет признаков шока, имейте шок в виду при последующей оценке состояния женщины, так как ее состояние может быстро ухудшиться. Если шок развился, важно начать лечение немедленно.

Примечание: Аппендицит должен быть заподозрен у любой женщины с болями в животе. Аппендицит необходимо дифференцировать от других, более общих, проблем при беременности, которые вызывают боль в животе (например, внематочная беременность, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, перекрут кисты яичника, пиелонефрит).

### Диагностика

Таблица S- 15      Диагностика боли в животе в ранние сроки беременности

| Присутствующие симптомы, другие симптомы и признаки, типично присутствующие     | Иногда присутствующие симптомы и признаки   | Вероятный диагноз                      |
|---|---|--|
| Боль в животе<br>При вагинальном исследовании - образование в области придатков | <ul style="list-style-type: none"><li>• Отдельно пальпируемое болезненное образование в нижней части живота</li><li>• Легкое<sup>b</sup> вагинальное кровотечение</li></ul> | Киста яичника <sup>a</sup> , стр.В-114 |
| Боль внизу живота<br>Незначительная   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Отсутствие аппетита</li><li>• Тошнота/рвота</li></ul>   | Аппендицит, стр.В-115                  |

---

<sup>b</sup> Легкое кровотечение: более 5 мин уходит на то, чтобы пропиталась чистая подкладная или белье

<sup>a</sup> Киста яичника часто протекает бессимптомно и иногда впервые обнаруживается только при обследовании.

|  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| температура<br>Симптомы раздражения<br>брюшины   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Паралитическая кишечная непроходимость</li> <li>• Увеличение лейкоцитов</li> <li>• Отсутствие образования внизу живота</li> <li>• Локализация боли выше обычной</li> </ul> |                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дизурия</li> <li>• Увеличение частоты и позывов к мочеиспусканию</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Боль за или над лобком</li> </ul>  | Цистит, стр.В-99                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дизурия</li> <li>• Высокая температура/озноб</li> <li>• Увеличение частоты и позывов к мочеиспусканию</li> <li>• Боль в животе</li> </ul>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Боль за или над лобком</li> <li>• Поясничная боль/болезненность</li> <li>• Болезненность грудной клетки</li> <li>• Отсутствие аппетита</li> <li>• Тошнота/рвота</li> </ul> | Острый пиелонефрит, стр.В-100      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Слабо выраженная температура/озноб</li> <li>• Боль внизу живота</li> <li>• Отсутствие перистальтических шумов</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Симптомы раздражения брюшины</li> <li>• Вздутие живота</li> <li>• Отсутствие аппетита</li> <li>• Тошнота/рвота</li> <li>• Шок</li> </ul>                                   | Перитонит (стр.В-109)              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Боль в животе</li> <li>• Легкое кровотечение</li> <li>• Шейка матки закрыта</li> <li>• Матка немного больше нормальной</li> <li>• Матка мягче нормальной</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Слабость</li> <li>• Болезненное образование в области придатков</li> <li>• Аменорея</li> <li>• Болезненность шейки матки при смещении</li> </ul>                           | Внематочная беременность, стр.В-14 |

## Тактика

### Киста яичника

Киста яичника во время беременности может вызвать боль в животе при перекруте или разрыве. Киста яичника, как правило, подвергается перекруту и разрыву в течение первого триместра беременности.

- 
- Если у женщины отмечается сильная боль, предположите перекрут или разрыв кисты яичника. Произведите немедленную лапаротомию.

Примечание: Если при лапаротомии обнаружены признаки малигнизации (области затвердения в опухоли, образование, распространяющееся за пределы стенки кисты), образец ткани необходимо немедленно отправить на гистологическое исследование, а женщина должна быть направлена в госпиталь третьего уровня для обследования и лечения.

- Если киста больше 10 см и бессимптомна:
  - Наблюдайте за ней на предмет выявления ее роста или осложнений, если она обнаружена в течение первого триместра;
  - Удалите ее посредством лапаротомии для предупреждения осложнений, если она обнаружена в течение второго триместра беременности.
- Если размеры кисты 5-10 см, наблюдайте. Лапаротомия может потребоваться, если киста увеличится в размерах или нарушится ее регресс.
- Если киста меньше 5 см, она обычно рассасывается самостоятельно и не требует лечения.

#### Аппендицит

- Назначьте комбинацию антибиотиков до хирургического вмешательства и продолжите их назначение в послеоперационном периоде, пока у женщины не будет отсутствовать температура в течение 48 часов (стр.А-35):
  - ампициллин 2г в/в каждые 6 часов;
  - ПЛЮС гентамицин 5мг/кг веса в/в каждые 24 часа;
  - ПЛЮС метронидазол 500 мг в/в каждые 8 часов.
- Проведите немедленную хирургическую ревизию (вне зависимости от срока гестации) и произведите аппендэктомию при необходимости.

Примечание: Несвоевременно поставленный диагноз и лечение могут привести к разрыву аппендикса, что, в свою очередь, может привести к разлитому перитониту.

- Если есть признаки перитонита (высокая температура, симптомы раздражения брюшины, боли в животе), назначьте антибиотики, как при перитоните (стр.В-109).

Примечание: Наличие перитонита повышает вероятность прерывания беременности или преждевременных родов.

- Если у женщины сильная боль, назначьте петидин 1 мг/кг веса (но не более 100 мг) в/м или в/в медленно или морфин 0,1 мг/кг веса в/м.

- 
- Токолитические лекарства могут понадобиться для предупреждения преждевременных родов (Таблица S- 17, стр.В-121).

---

## БОЛЬ В ЖИВОТЕ В ПОЗДНИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДРАЗРЕШЕНИЯ

### Проблемы

- Женщина испытывает боль в животе после 22 недели беременности.
- Женщина испытывает боль в животе в течение первых 6 недель после родоразрешения.

### Основная тактика

- Проведите быструю оценку общего состояния женщины, включая жизненно важные функции (пульс, артериальное давление, дыхание, температура).
- Если есть подозрение на шок, немедленно начинайте лечение (стр.В-2). Даже если нет признаков шока, имейте шок в виду при последующей оценке состояния женщины, так как ее состояние может быстро ухудшиться. Если шок развился, важно начать лечение немедленно.

**Примечание:** Аппендицит должен быть заподозрен у любой женщины с болями в животе. Другие, более общие, проблемы при беременности, которые вызывают боль в животе, можно ошибочно принять за аппендицит. Если аппендицит развивается в поздние сроки беременности, инфекционный очаг может быть ограничен беременной маткой. Размер матки быстро уменьшается после родов, позволяя инфекции проникнуть в перитониальную полость. В этом случае аппендицит определяется как разлитой перитонит.

### Диагностика

Таблица S- 16      Диагностика боли в животе в поздние сроки беременности и после родоразрешения

| Присутствующие симптомы, другие симптомы и признаки, типично присутствующие   | Иногда присутствующие симптомы и признаки   | Вероятный диагноз                         |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Пальпируются сокращения матки</li><li>• Кровянисто-слизистые выделения или водянистые выделения</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Раскрытие и сглаживание шейки матки</li><li>• Легкое<sup>b</sup> вагинальное кровотечение</li></ul> | Возможные преждевременные роды, стр.В-120 |

---

<sup>b</sup> Легкое кровотечение: более 5 мин уходит на то, чтобы пропиталась чистая подкладная или белье

|   |  |   |
|---|--|---|
| до 37 недели  |  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Пальпируются сокращения матки</li> <li>• Кровянисто-слизистые выделения или водянистые выделения после 37 недели</li> </ul>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Раскрытие и сглаживание шейки матки</li> <li>• Легкое вагинальное кровотечение</li> </ul>   | Возможные своевременные роды, стр.А-56                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Перемежающаяся или постоянная боль в животе</li> <li>• Кровотечение после 22 недели беременности (кровь может скапливаться в матке)</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Шок</li> <li>• Напряженная, болезненная матка</li> <li>• Слабые/отсутствующие движения плода</li> <li>• Дистресс плода или отсутствие сердечных шумов плода</li> </ul>  | Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, стр.В-20 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сильная боль в животе (может уменьшиться после разрыва матки)</li> <li>• Кровотечение (внутрибрюшинное и/или вагинальное)</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Шок</li> <li>• Вздутие живота/наличие свободной жидкости</li> <li>• Ненормальные контуры матки</li> <li>• Болезненный живот</li> <li>• Легкое прощупывание частей плода</li> <li>• Отсутствие движений плода и сердечных шумов плода</li> <li>• Учащенный пульс матери</li> </ul> | Разрыв матки, стр.В-21  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Боль в животе</li> <li>• Дурно пахнущие водянистые выделения из влагалища после 22 недели беременности</li> <li>• Высокая температура/озноб</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• В анамнезе – отхождение вод</li> <li>• Болезненная матка</li> <li>• Повышенная частота сердцебиения плода</li> <li>• Легкое влагалищное кровотечение</li> </ul>   | Амнионит, стр.В-134   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Боль в животе</li> <li>• Дизурия</li> <li>• Увеличение частоты и позывов к мочеиспусканию</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Боль за или над лобком</li> </ul>   | Цистит, стр.В-99  |

|  |   |                               |
|--|---|-------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дизурия</li> <li>• Боль в животе</li> <li>• Гектическая температура/озноб</li> <li>• Увеличение частоты и позывов к мочеиспусканию</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Боль за или над лобком</li> <li>• Поясничная боль/болезненность</li> <li>• Болезненность грудной клетки</li> <li>• Отсутствие аппетита</li> <li>• Тошнота/рвота</li> </ul>   | Острый пиелонефрит, стр.В-100 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Боль внизу живота</li> <li>• Незначительная температура</li> <li>• Симптомы раздражения брюшины</li> </ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Вздутие живота</li> <li>• Отсутствие аппетита</li> <li>• Тошнота/рвота</li> <li>• Паралитическая кишечная непроходимость</li> <li>• Увеличение лейкоцитов</li> <li>• Отсутствие образования внизу живота</li> <li>• Локализация боли выше обычной</li> </ul> | Аппендицит, стр.В-115         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Боль внизу живота</li> <li>• Высокая температура/озноб</li> <li>• Гнойные, дурно пахнущие выделения</li> <li>• Болезненная матка</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Легкое вагинальное кровотечение</li> <li>• Шок</li> </ul>  | Метрит, стр.В-108             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Боль и вздутие внизу живота</li> <li>• Периодическая гектическая температура/озноб</li> <li>• Болезненная матка</li> </ul>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Слабая реакция на антибиотики</li> <li>• Увеличение придатков или образование в области Дугласова кармана</li> <li>• Обнаружение гноя при кульдоцентезе</li> </ul>   | Тазовый абсцесс, стр.В-109    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Боль внизу живота</li> <li>• Слабо выраженная температура/озноб</li> <li>• Отсутствие перистальтических шумов</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Симптомы раздражения брюшины</li> <li>• Вздутие живота</li> <li>• Отсутствие аппетита</li> <li>• Тошнота/рвота</li> </ul>  | Перитонит, стр.В-109          |

|   |  |  |
|---|--|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Шок</li> </ul>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Боль в животе</li> <li>• При вагинальном исследовании - образование в области придатков</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Отдельно пальпируемое болезненное образование в нижней части живота</li> <li>• Легкое<sup>b</sup> вагинальное кровотечение</li> </ul> | Киста яичника <sup>a</sup> , стр.В-114 |

### Преждевременные роды

Преждевременные роды ассоциируются с высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью. Ведение преждевременных родов заключается в проведении токолиза (попытке остановить сокращения матки) или предоставлении возможности развития родовому процессу. Проблемы матери главным образом связаны с вмешательствами, проводимыми с целью остановки сокращений матки (см. ниже)

**Делайте все возможное для подтверждения гестационного возраста плода.**

### *Токолиз*

Это вмешательство имеет целью отсрочить роды до наступления действия кортикостероидов (см. ниже).

- Используйте токолиз, если
  - срок беременности меньше 37 недель;
  - шейка раскрыта меньше, чем на 3 см;
  - у женщины нет анмионита, преэклампсии или активного кровотечения;
  - отсутствует дистресс плода.
- Подтвердите диагноз преждевременных родов констатацией сглаживания или раскрытия шейки матки спустя 2 часа.
- Если срок беременности меньше 37 недель, назначьте матери кортикостероиды для ускорения созревания легких плода и шансов на выживание новорожденного:
  - Бетаметазон 12 мг в/м, две дозы с интервалом 12 часов;
  - ИЛИ дексаметазон 6 мг в/м, четыре дозы с интервалом 6 часов.

**Примечание:** Не используйте кортикостероиды при наличии явной инфекции.

<sup>b</sup> Легкое кровотечение: более 5 мин уходит на то, чтобы пропиталась чистая подкладная или белье

<sup>a</sup> Киста яичников часто протекает бессимптомно и иногда впервые обнаруживается только при обследовании.

- Назначьте токолитические средства (Таблица S- 17) и наблюдайте состояние матери и плода (пульс, артериальное давление, признаки дыхательной недостаточности, сокращения матки, потерю амниотической жидкости или крови, частоту сердечных сокращений плода, баланс жидкости, уровень глюкозы крови, и т.д.).

Примечание: Не назначайте токолитические препараты более чем на 48 часов.

**Если преждевременные роды продолжаются, несмотря на использование токолитических лекарств, обеспечьте ребенку максимально возможный необходимый уход с использованием необходимого оборудования и служб.**

**Таблица S- 17      Токолитические средства<sup>a</sup> для остановки сокращений матки**

| <b>Лекарство</b> | <b>Начальная доза</b>  | <b>Последующая доза</b>   | <b>Побочные эффекты и предупреждения</b>   |
|------------------|--|---|--|
| Сальбутамол      | 10 мг в 1 л раствора в/в. Начните в/в инфузию с 10 капель в минуту | Если сокращения матки продолжаются, увеличивайте скорость инфузии на 10 капель в мин каждые 30 мин до остановки сокращений или пока материнский пульс не превысит 120 ударов в мин.<br><br>Если сокращения прекратились, сохраняйте ту же скорость инфузии минимум 12 часов после последней схватки | Если частота сердечных сокращений матери повысилась (более 120 ударов в мин.), уменьшите скорость инфузии; будьте осторожны с анемичными женщинами.<br><br>Если используются стероиды и сальбутамол, возможно возникновение отека легких у матери. Ограничьте прием жидкости, поддерживайте баланс жидкости и прекратите применение лекарства. |
| 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.<br><br>Не используйте более 48 часов.  |

<sup>a</sup> Альтернативными лекарствами являются – нифедипин, тербуталин и ритодрин.

---

*Предоставление возможности развития родовой деятельности*

- Позвольте родам развиваться, если
  - срок беременности больше 37 недель;
  - шейка раскрыта более чем на 3 см;
  - определяется явное кровотечение;
  - у плода дистресс, он мертв, или у него есть аномалии развития, несовместимые с жизнью;
  - определяется амнионит или преэклампсия.
- Мониторите прогресс родов, используя партограмму (стр.А-64).

Примечание: Избегайте проводить родоразрешение посредством вакуумной экстракции ввиду повышенного риска внутричерепных кровоизлияний у недоношенных детей.

- Приготовьтесь к ведению недоношенного или ребенка с малым весом и будьте готовы к необходимости реанимации (стр.В-136).

---

## ЗАТРУДНЕННОЕ ДЫХАНИЕ

### Проблема

- У женщины отмечается затрудненное дыхание в течение беременности, в родах или после родоразрешения.

### Основная тактика

- Проведите быструю оценку общего состояния женщины, включая жизненно важные функции (пульс, артериальное давление, дыхание, температура).
- Положите женщину на левый бок
- Начните в/в инфузию и переливайте жидкости в/в (стр.А-22).
- Дайте кислород 4-6 л/мин через маску или носовой катетер.
- Определите уровень гемоглобина, используя гемоглобинометр или другой простой способ.

### Диагностика

Таблица S- 18

Диагностика затрудненного дыхания

| Присутствующие симптомы, другие симптомы и признаки, типично присутствующие   | Иногда присутствующие симптомы и признаки   | Вероятный диагноз                                      |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Затрудненное дыхание</li><li>• Бледность конъюнктивы, языка, ногтевых фаланг и/или ладоней</li><li>• Гемоглобин 7 г/дл или менее</li><li>• Гематокрит 20% или менее</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Сонливость и быстрая утомляемость</li><li>• Плоские или вогнутые ногти</li></ul>                                | Тяжелая анемия, стр.В-124                              |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Симптомы и признаки тяжелой анемии</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Отеки</li><li>• Кашель</li><li>• Хрипы</li><li>• Отек нижних конечностей</li><li>• Увеличенная печень</li></ul> | Сердечная недостаточность вследствие анемии, стр.В-125 |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Набухание шейных вен</li> </ul>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Затрудненное дыхание</li> <li>• Диастолические шумы и/или</li> <li>• Грубый систолический шум с прощупываемым дрожанием</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Нарушение ритма сердца</li> <li>• Увеличенное сердце</li> <li>• Хрипы</li> <li>• Цианоз (синюшность)</li> <li>• Кашель</li> <li>• Отек нижних конечностей</li> <li>• Увеличенная печень</li> <li>• Набухание шейных вен</li> </ul> | Сердечная недостаточность вследствие заболеваний сердца, стр.В-125 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Затрудненное дыхание</li> <li>• Высокая температура</li> <li>• Кашель с мокротой</li> <li>• Боль в груди</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Уплотнение легочной ткани</li> <li>• Осиплость голоса</li> <li>• Частое дыхание</li> <li>• Хрипы/свисты</li> </ul>   | Пневмония, стр.В-126   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Затрудненное дыхание</li> <li>• Шумное дыхание</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Кашель с мокротой</li> <li>• Хрипы/свисты</li> </ul>   | Бронхиальная астма, стр.В-127                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Затрудненное дыхание</li> <li>• Гипертензия</li> <li>• Протеинурия</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Хрипы</li> <li>• Кашель с пенистой мокротой</li> </ul>   | Отек легких, связанный с преэклампсией <sup>a</sup>                |

## Лечение

### Тяжелая анемия

- При необходимости перелейте кровь (стр.А-24):
  - используйте компоненты крови;
  - если кровь не была центрифугирована, сделайте это вручную, пока клетки не осядут. Медленно перелейте эритроциты и удалите оставшуюся плазму;
  - введите 40 мг фуросемида в/в после переливания каждой единицы крови.
- Если предполагается наличие злокачественной малярии, ведите женщину, как с тяжелой малярией (стр.В-54).

<sup>a</sup> Прекратите введение жидкости и назначьте в/в фуросемид 40 мг однократно (стр.В-44)

- 
- Назначьте сульфат железа или фумерат железа 120 мг перорально ПЛЮС фолиевую кислоту 400 мкг перорально один раз в день на протяжении 6 месяцев в течение беременности. Продолжите лечение в течение 3 месяцев после родов.
  - В регионах, эндемичных по глистной инвазии (распространенность - 20% или более), назначьте одну из следующих антигельмитных схем лечения:
    - альбендазол 400 мг перорально однократно;
    - ИЛИ мебендазол 500 мг перорально однократно или 100 мг 2 раза в день в течение 3 дней;
    - ИЛИ левамизол 2,5 мг на 1 кг веса перорально 1 раз в день в течение 3 дней;
    - ИЛИ пирантел 10 мг на 1 кг веса перорально однократно один раз в день в течение 3 дней.
  - Если гельминтозы высоко эндемичны (распространенность 50% или более), повторите антигельмитное лечение через 12 недель после первого курса.

#### Сердечная недостаточность

##### *Сердечная недостаточность, развившаяся вследствие анемии*

- Переливание крови необходимо почти во всех случаях, когда сердечная недостаточность вызвана анемией (стр.А-24):
  - используйте консервированные или осажденные эритроциты, как это уже было описано в разделе тяжелая анемия (см. выше);
  - вводите 40 мг фуросемида в/в после переливания каждой единицы крови.

##### *Сердечная недостаточность, развившаяся вследствие заболевания сердца*

- Лечите острую сердечную недостаточность. Используемые лекарства могут включать:
  - морфин 10 мг в/м однократно;
  - ИЛИ 40 мг фуросемида в/в, повторите при необходимости;
  - ИЛИ дигоксин 0,5 мг в/м однократно;
  - ИЛИ нитроглицерин 0,3 мг под язык, повторите через 15 минут при необходимости.
- Направьте женщину в госпиталь третичного уровня, если это необходимо.

##### *Оказание помощи в случае сердечной недостаточности, развившейся во время родов*

- Уложите женщину на левый бок.

- 
- Ограничьте переливания жидкостей для снижения риска циркуляторной перегрузки и строго регистрируйте баланс жидкости в карте наблюдения .
  - Убедитесь в адекватной анальгезии (стр.А-37)
  - Если требуется введение окситоцина, используйте раствор с более высокой концентрацией и переливайте его с меньшей скоростью для поддержания баланса жидкости (например, концентрация может быть удвоена, если скорость введения в минуту уменьшится наполовину, Таблица Р-7, стр.С-21).

Примечание: Не назначайте эргометрин.

- Исключите длительные потуги во время фазы изгнания, если это возможно.
- При необходимости снижения нагрузки на женщину в течение родов, проведите эпизиотомию (стр.С-66) и завершите роды вакуум-экстракцией плода (стр.С-26) или наложением щипцов (стр.С-31).
- Обеспечьте активное ведение третьего периода родов (стр.А-74).

**Наличие сердечной недостаточности не является показанием для кесарева сечения.**

*Тактика оказания помощи в случае сердечной недостаточности, развившейся во время кесарева сечения*

- Используйте местную инфильтрационную анестезию с сохраняющей сознание седацией (стр.С-8). Избегайте спинальной анестезии.
- Произведите извлечение ребенка и плаценты (стр.С-40).

### Пневмония

Воспалительный процесс в легких поражает паренхиму легких и вовлекает в процесс бронхиолы и альвеолы. Это уменьшает дыхательный объем легких, что тяжело переносится беременными женщинами.

- Для подтверждения диагноза пневмонии может потребоваться радиологическое исследование грудной клетки.
- Назначьте эритромицин 500 мг перорально 4 раза в день в течение 7 дней.
- Назначьте ингаляцию паром.

Рассмотрите возможность наличия туберкулеза у женщины в тех районах, где он распространен.

---

## Бронхиальная астма

Бронхиальная астма осложняет 3-4% беременностей. Беременность связана с ухудшением симптомов у одной трети женщин, страдающих бронхиальной астмой.

- При наличии бронхоспазма, используйте бронхолитики (например, сальбутамол 4 мг перорально каждые 4 часа или 250 мкг аэрозоля каждые 15 минут до трех доз).
- Если нет эффекта от бронхолитиков, при необходимости используйте кортикостероиды, такие как гидрокортизон в/в 2 мг/кг веса каждые 4 часа.
- Если имеются признаки инфекции (бронхит), назначьте ампициллин 2 г в/в каждые 6 часов.
- Избегайте назначения простагландинов. Для предотвращения и лечения послеродовых кровотечений, используйте окситоцин 10 ЕД в/м или эргометрин 0,2 мг в/м.
- После купирования обострения, продолжите лечение ингаляционными бронхолитиками и ингаляционными кортикостероидами для предупреждения повторных обострений.

---

## ОТСУТСТВИЕ ДВИЖЕНИЙ ПЛОДА

### Проблема

- Движения плода не ощущаются после 22 недели беременности или во время родов.

### Основная тактика

- Успокойте женщину и обеспечьте эмоциональную поддержку (стр.А-7).
- Проверьте частоту сердечных сокращений плода:
  - если мать находится под воздействием седативных препаратов, подождите окончания действия лекарств и затем перепроверьте ЧСС;
  - если сердцебиение плода не выслушивается, попросите еще несколько человек послушать или используйте доплер-стетоскоп, при возможности.

### Диагностика

Таблица S- 19

Диагностика отсутствия движений плода

| Присутствующие симптомы, другие симптомы и признаки, типично присутствующие   | Иногда присутствующие симптомы и признаки  | Вероятный диагноз   |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Слабые/отсутствующие движения плода</li><li>• Перемежающаяся или постоянная боль в животе</li><li>• Кровотечение после 22 недели беременности (кровь может задерживаться в матке)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Шок</li><li>• Напряженная, болезненная матка</li><li>• Дистресс плода или отсутствие сердечных шумов плода</li></ul>               | Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, стр.В-20 |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Отсутствие движений плода и сердечных шумов плода</li><li>• Кровотечение (внутрибрюшинное и/или вагинальное)</li><li>• Сильная боль в животе</li></ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Шок</li><li>• Вздутие живота/наличие свободной жидкости</li><li>• Ненормальные контуры матки</li><li>• Болезненный живот</li></ul> | Разрыв матки, стр.В-21  |

|   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| (может уменьшиться после разрыва матки)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Легкое прощупывание частей плода</li> <li>• Учащенный пульс матери</li> </ul>  |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Слабые/отсутствующие движения плода</li> <li>• Патологическая ЧСС плода (меньше 100 или больше 180 ударов в минуту)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Примесь густого мекония в амниотической жидкости</li> </ul>  | Дистресс плода, стр.В-93 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствие движений плода и сердечных шумов плода</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Симптомы беременности пропадают</li> <li>• Высота дна матки над симфизом уменьшается</li> <li>• Уменьшение размеров матки</li> </ul> | Смерть плода, стр.В-129  |

## Смерть плода

Внутриутробная смерть плода может стать результатом задержки внутриутробного развития плода, инфекционных заболеваний плода, повреждения пуповины или врожденных пороков развития. В регионах, где сифилис имеет широкое распространение, большая часть смертей плода вызвана этим заболеванием.

- Если доступно проведение рентгенологического исследования, подтвердите диагноз смерти плода через 5 дней. Признаками смерти плода являются перекрытие черепных костей, сильное сгибание позвоночного столба, воздушные пузырьки в сердце и крупных сосудах и отек кожи черепа.
- Если возможно, подтвердите смерть плода ультразвуковым исследованием. Признаками смерти плода являются отсутствие сократительной деятельности сердца, патологическая форма головки плода, уменьшенное количество или отсутствие амниотической жидкости и согнутый пополам плод.
- Объясните ситуацию женщине и ее семье (стр.А-7). Обсудите с ними возможности выжидательной или активной тактики.
- Если планируется выжидательная тактика,
  - дождитесь спонтанного начала родов в течение последующих 4 недель;
  - убедите женщину, что в 90% случаев произойдет спонтанное рождение плода в течение ожидаемого периода без осложнений.
- Если количество тромбоцитов уменьшилось или спустя 4 недели не произошли спонтанные роды, обсудите активную тактику ведения.

- 
- Если планируется активное ведение, осмотрите шейку матки (стр.С-18):
    - если шейка зрелая (мягкая, тонкая, частично раскрытая), стимулируйте роды окситоцином или простагландинами (стр.С-19);
    - если шейка незрелая (твердая, толстая, закрытая), подготовьте шейку, используя простагландины или катетер Фолея (стр.С-24);

Примечание: Не разрывайте плодный пузырь ввиду риска развития инфекции.

- Родоразрешение посредством кесарева сечения проводите только в крайнем случае.
- Если самопроизвольные роды не происходят в течение 4 недель, число тромбоцитов снизилось и шейка матки незрелая (твердая, толстая, закрытая), подготовьте шейку, используя мизопростол:
  - введите мизопростол 25 мкг в верхнюю часть влагалища. Повторите введение через 6 часов при необходимости;
  - если нет реакции после введения двух доз по 25 мкг, увеличьте дозу до 50 мкг каждые 6 часов;.

Примечание: Не используйте дозу больше 50 мкг за один раз и не используйте более 4 доз.

**Не назначайте окситоцин в течение 8 часов после применения мизопростола. Контролируйте сокращения матки и частоту сердечных сокращений плода у всех женщин, которым назначена индукция родов простагландинами.**

- Если есть признаки инфекции (температура, дурно пахнущие выделения из влагалища), назначьте антибиотики как при метрите (стр.В-108).
- Если есть нарушения теста на свертываемость – образование сгустка позже 7 минут или образование мягкого, легко разрушающегося сгустка, - предположите коагулопатию (стр.В-20).

---

## ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ

### Проблема

- Водянистые вагинальные выделения после 22 недели беременности.

### Основная тактика

- Убедитесь в точности установленного срока беременности, если это возможно.
- Используйте высоко стерильные зеркала для оценки выделений из влагалища (количество, цвет, запах) и исключите недержание мочи.

|   |
|---|
| <b>Если женщина жалуется на кровотечение в поздние сроки беременности (после 22 недель), не проводите пальцевое влагалищное исследование.</b> |
|---|

### Диагностика

Таблица S- 20

Диагностика влагалищных выделений

| <b>Присутствующие симптомы, другие симптомы и признаки, типично присутствующие</b>  | <b>Иногда присутствующие симптомы и признаки</b>   | <b>Вероятный диагноз</b>                          |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Водянистые влагалищные выделения</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Внезапное сильное излитие или прерывистое истечение жидкости</li><li>• Жидкость видна у входа во влагалище</li><li>• Нет схваток в течение 1 часа от начала отхождения вод</li></ul> | Преждевременный разрыв плодного пузыря, стр.В-132 |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Дурно пахнущие водянистые выделения из влагалища после 22 недели беременности</li><li>• Высокая</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• В анамнезе - отхождение вод</li><li>• Болезненная матка</li><li>• Учащенное сердцебиение</li></ul>   | Амнионит, стр.В-134                               |

|  |  |   |
|--|--|---|
| температура/озноб<br>• Боль в животе   | плода<br>• Легкое <sup>a</sup> вагинальное кровотечение  |   |
| • Дурно пахнущие выделения из влагалища<br>• В анамнезе нет указания на отхождение вод | • Зуд<br>• Пенистые/творожные выделения<br>• Боль в животе<br>• Дизурия                          | Вагинит/цервицит <sup>b</sup>                               |
| • Кровянистые влагалищные выделения  | • Боль в животе<br>• Ослабление движений плода<br>• Тяжелое, длительное вагинальное кровотечение | Дородовое кровотечение, стр.В-18                            |
| • Окрашенные кровью слизистые или водянистые выделения из влагалища (слизистая пробка) | • Раскрытие и сглаживание шейки матки<br>• Схватки   | Срочные роды, стр.А-56, или Преждевременные роды, стр.В-120 |

## Тактика

### Преждевременный разрыв плодного пузыря

Преждевременный разрыв плодного пузыря (ПРПП) – это разрыв оболочек, который происходит до начала родов. ПРПП может произойти как при недоношенной беременности, когда плод незрелый (преждевременные роды или роды до 37 недель), так и при доношенной беременности (срочные роды).

#### *Подтверждение диагноза*

Специфический запах амниотической жидкости подтверждает диагноз.

Если разрыв плодного пузыря произошел не только что или когда вытекание жидкости происходит постепенно, подтверждение диагноза может оказаться трудным:

- поместите прокладку у входа во влагалище и оцените ее спустя час визуально и на запах;
- используйте стерильные зеркала при влагалищном исследовании:
  - жидкость может быть видна вытекающей из шейки матки или скапливающейся в заднем своде;

<sup>a</sup> Легкое кровотечение: более 5 мин уходит на то, чтобы пропиталась чистая подкладная или белье

<sup>b</sup> выясните причину и проведите соответствующее лечение

- 
- попросите женщину покашлять: это может привести к подтеканию амниотической жидкости.

**Не проводите пальцевого влагалищного исследования, так как это не поможет подтвердить диагноз и может способствовать распространению инфекции.**

- При возможности проведите тесты:
  - Информативность нитразинового теста связана с тем обстоятельством, что влагалищный секрет и моча имеют кислую реакцию, в то время как амниотическая жидкость - щелочную. Поместите кусочек нитразиновой бумаги в зажим и прикоснитесь им непосредственно к скоплению жидкости на поверхности зеркала. Изменение цвета с желтого на голубой, свидетельствует о щелочной реакции (наличие амниотической жидкости). Кровь и некоторые вагинальные инфекции дают ложно положительную реакцию;
  - Для определения симптома папоротника, размажьте некоторое количество жидкости на предметном стекле и дайте высохнуть. Исследуйте мазок под микроскопом. Амниотическая жидкость кристаллизуется и может приобрести вид листка папоротника. Часто встречаются ложно отрицательные случаи.

#### *Тактика*

- Если имеется вагинальное кровотечение с периодической или постоянной болью в животе, предположите преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты (стр.В-20).
- Если есть признаки инфекции (высокая температура, дурно пахнущие выделения из влагалища), назначьте антибиотики как при амнионите (стр.В-134).
- Если нет признаков инфекции и срок беременности меньше 37 недель (когда более вероятна незрелость легких плода),
  - назначьте антибиотики для снижения проявлений инфекции у матери и новорожденного и отсрочьте роды (стр.А-35):
    - эритромицин 250 мг перорально три раза в день на протяжении 7 дней;
    - ПЛЮС амоксициллин 500 мг перорально три раза в день на протяжении 7 дней;
  - рассмотрите перевод в медицинское учреждение более высокого уровня для обеспечения надлежащей помощи новорожденному, если это возможно;
  - назначьте кортикостероиды матери для ускорения созревания легких плода:

- 
- бетаметазон 12 мг в/в, две дозы с интервалом 12 часов;
  - ИЛИ дексаметазон 6 мг, четыре дозы с интервалом 6 часов.

**Примечание:** Кортикостероиды не должны применяться при наличии явной инфекции.

- проведите родоразрешение в 37 недель;
- если пальпируются маточные сокращения и имеются окрашенные кровью слизистые выделения из влагалища, предположите преждевременные роды (стр.В-120).
- Если нет признаков инфекции и срок беременности 37 недель или более,
  - если плодный пузырь разорван более 18 часов назад, назначьте антибиотики профилактически (стр.А-35) для уменьшения риска стрептококковой инфекции Группы В у новорожденного:
    - ампициллин 2 г в/в каждые 6 часов;
    - ИЛИ пенициллин G 2 млн. ЕД в/в каждые 6 часов до родов;
    - если нет признаков инфекции после родов, прекратите применение антибиотиков.
  - оцените шейку матки (стр.С-18):
    - если шейка зрелая (мягкая, тонкая, частично раскрыта), индуцируйте роды окситоцином или простагландинами (стр.С-18);
    - если шейка незрелая (твердая, толстая, закрытая), подготовьте ее простагландинами и начните введение окситоцина (стр.С-23) или проведите кесарево сечение (стр.С-40).

#### Амнионит

- Назначьте комбинацию антибиотиков до завершения родов (стр.А-35);
  - ампициллин 2 г в/в каждые 6 часов;
  - ПЛЮС гентамицин 5 мг на кг веса в/в каждые 24 часа;
  - если женщина рождает самостоятельно, прекратите ведение антибиотиков в послеродовом периоде;
  - если женщине произведено кесарево сечение, продолжите применение антибиотиков в сочетании с метронидазолом 500 мг в/в каждые 8 часов, пока у женщины не будет отсутствовать высокая температура в течение 48 часов.
- Оцените шейку матки (стр.С-18):
  - если шейка зрелая (мягкая, тонкая, частично раскрыта), индуцируйте роды окситоцином (стр.С-18).

- 
- если шейка незрелая (твердая, толстая, закрытая), подготовьте ее простагландинами и начните введение окситоцина (стр.С-23) или проведите кесарево сечение (стр.С-40).
  - Если предполагается наличие метрита (высокая температура, дурно пахнущие выделения из влагалища), назначьте антибиотики (стр.В-108).
  - Если предполагается наличие сепсиса у новорожденного, возьмите кровь на бакпосев и назначьте антибиотики (стр.В-144).

---

## НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ПРОБЛЕМЫ НОВОРОЖДЕННОГО

### Проблемы

- У новорожденного серьезные неотложные состояния или проблемы принимают следующие клинические формы:
  - нет дыхания или есть одышка;
  - затрудненное дыхание (меньше 30 или более 60 дыханий в минуту, втяжение межреберных промежутков или прерывистые вдохи);
  - цианоз (синюшность);
  - недоношенность или очень маленький вес новорожденного (меньше 32 недель беременности или меньше 1500 г);
  - сонливость;
  - гипотермия;
  - судороги.
- Другие состояния и проблемы новорожденного, требующие внимания в родильном зале:
  - низкий вес новорожденного (1500-2500 г);
  - возможное бактериальное инфицирование здорового новорожденного, чья мать имела родовое излитие околоплодных вод или длительный безводный период;
  - возможное наличие врожденного сифилиса у новорожденного, у матери которого была позитивная серологическая реакция на сифилис или имела соответствующая симптоматика.

### Неотложные мероприятия

Три ситуации требуют немедленной помощи: отсутствие дыхания (или одышка, см. ниже), цианоз (синюшность) и затрудненное дыхание (стр.В-141).

Отсутствие дыхания или одышка

*Основная тактика*

- Высушите ребенка, удалите влажную пеленку и запеленайте ребенка в сухую, теплую пеленку.
- Пережмите и перережьте пуповину немедленно, если это не было сделано ранее.

- Заверните ребенка в мягкую сухую ткань, покройте одеялом и убедитесь, что головка покрыта во избежание потери тепла;
- Соблюдайте стандартные меры по предупреждению инфицирования при уходе за новорожденным и его оживлении (стр.А-17).

### *Реанимация*

#### **Рамка S- 8**

#### **Реанимационное оборудование**

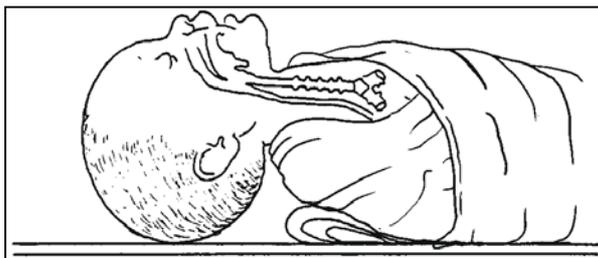
Во избежание промедления в неотложной ситуации жизненно необходимо быть уверенным, что оборудование находится в рабочем состоянии до начала реанимации:

- Имейте соответствующих размеров маски согласно ожидаемым размерам ребенка (размер 1 для новорожденного с нормальным весом и 0 размер для маленького новорожденного).
- Перекройте маску ладонью вашей руки для создания герметичности и сожмите мешок:
  - если вы ощущаете давление рукой, мешок создает адекватное давление;
  - если мешок заполняется заново, когда вы прекращаете его сдавливать, мешок функционирует должным образом.

### *Обеспечение проходимости дыхательных путей*

- Положение новорожденного (Рисунок S- 258):
  - положите ребенка на спину;
  - головка должна быть слегка разогнута для обеспечения проходимости дыхательных путей;
  - держите ребенка завернутым или покрытым, за исключением лица и верхней части груди.

**Рисунок S- 25**      **Правильное положение головки при вентиляции; обратите внимание, что шея разогнута меньше, чем у взрослых.**



- 
- Очистите дыхательные пути отсосом сначала через рот, затем через ноздри. Если кровь или меконий определяются во рту или в носу, удалите их немедленно для предупреждения аспирации.

Примечание: Не заводите отсос глубоко, так как это может привести к урежению сердцебиения плода или ребенок может перестать дышать.

- Переоцените ребенка:
  - если новорожденный начинает плакать или дышать, нет необходимости в проведении неотложных мероприятий в дальнейшем. Осуществите первичный уход за новорожденным (стр.А-77);
  - если ребенок по-прежнему не дышит, начните ИВЛ (смотри ниже).

#### *Искусственная вентиляция легких новорожденного*

- Перепроверьте положение новорожденного. Шея должна быть слегка разогнута (Рисунок S- 25, стр.В-137).
- Расположите маску и проверьте герметичность (Рисунок S- 26):
  - наложите маску на лицо новорожденного. Она должна покрывать подбородок, рот и нос;
  - создайте герметичность между маской и лицом;
  - сожмите мешок только двумя пальцами или всей рукой, в зависимости от размера мешка;
  - проверьте герметичность при вентиляции дважды и оцените дыхательные движения грудной клетки.

#### **Рисунок S- 26      Искусственная вентиляция с помощью мешка и маски**

- После того, как вы убедились в герметичности прилегания маски и наличии



движений грудной клетки, начните вентиляцию легких новорожденного. Поддерживайте правильную частоту (приблизительно 40 вдохов в минуту) и правильное давление (следите, чтобы грудная клетка легко поднималась и опускалась):

- если грудная клетка ребенка поднимается, давление при вентиляции, вероятно, адекватное;

- 
- если грудная клетка ребенка не поднимается,
    - перепроверьте и исправьте, при необходимости, положение ребенка (Рисунок S- 25, стр.В-137);
    - смените положение маски на лице ребенка для создания герметичности между маской и лицом;
    - сжимайте мешок сильнее для увеличения давления при вентиляции;
    - повторите отсасывание содержимого рта и носа ребенка для удаления слизи, крови или мекония из дыхательных путей.
  - Если мать новорожденного получила петидин или морфин до родов, рассмотрите применение налоксона после стабилизации жизненных функций (Рамка S- 9, стр.В-140).
  - Вентилируйте в течение 1 минуты, затем прекратите вентиляцию и быстро оцените наличие спонтанного дыхания у новорожденного:
    - если дыхание нормальное (30-60 вдохов в минуту), нет втяжения межреберных промежутков и прерывистых вдохов в течение 1 минуты, нет необходимости в дальнейшей реанимации. Продолжайте первичный уход за новорожденным (стр.А-77);
    - если новорожденный не дышит или дыхание слабое, продолжите вентиляцию до начала спонтанного дыхания.
  - Если ребенок закричал, прекратите вентиляцию и продолжите наблюдение за дыханием в течение 5 мин после того, как крик прекратится:
    - если дыхание нормальное (30-60 вдохов в минуту) и нет втяжения межреберных промежутков и прерывистых вдохов в течение 1 минуты, нет необходимости в дальнейшей реанимации. Продолжайте первичный уход за новорожденным (стр.А-77);
    - если частота дыхания меньше 30 вдохов в минуту, продолжите вентиляцию;
    - если отмечаются сильные втяжения межреберных промежутков, проводите вентиляцию кислородом, если это возможно (Рамка S- 10, стр.В-141). Переведите ребенка в более приспособленное для осуществления соответствующего ухода медицинское учреждение, специализирующееся на оказании помощи больным новорожденным.
  - Если новорожденный не дышит регулярно после 20 минут проведения вентиляции,
    - переведите ребенка в более приспособленное для осуществления соответствующего ухода медицинское учреждение, специализирующееся на оказании помощи больным новорожденным;
    - во время транспортировки держите новорожденного в тепле и проводите вентиляцию, если это необходимо.

- 
- Если дыхательные движения и дыхание отсутствуют после 20 минут проведения вентиляции, прекратите вентиляцию: ребенок – мертворожденный. Окажите эмоциональную поддержку семье (стр.А-7).

### **Рамка S- 9 Купирование угнетения дыхания, вызванного наркотическими препаратами, у новорожденного**

Если мать получила петидин или морфин, налоксон является антидотом для противодействия депрессии дыхания у новорожденных, связанной с применением этих лекарств.

Примечание: Не используйте налоксон у новорожденных, чьи матери подозреваются в недавнем злоупотреблении наркотическими лекарствами.

- Если имеются признаки депрессии дыхания, начните реанимацию немедленно:
  - после стабилизации жизненно важных функций, введите новорожденному налоксон 0,1 мг/кг веса в/в;
  - налоксон может быть применен в/м после удовлетворительной реанимации и если у новорожденного хорошая периферическая микроциркуляция. Повторная доза может потребоваться для предупреждения рецидива угнетения дыхания.
- Если нет признаков угнетения дыхания, но петидин или морфин был использован у матери в течение 4 часов до родов, обследуйте ребенка на предмет обнаружения признаков угнетения дыхания и - при их обнаружении - следуйте представленным выше рекомендациям.

#### *Уход после успешной реанимации*

- Предупредите потерю тепла:
  - положите ребенка на грудь матери, обеспечьте контакт «кожа к коже» и накройте тело и голову ребенка одеяльцем;
  - или положите ребенка под источник лучистого тепла.
- Обследуйте ребенка и сосчитайте число вдохов в минуту:
  - если ребенок цианотичен (синюшный) или у него есть затруднения при дыхании (меньше 30 и более 60 вдохов в минуту, втяжение межреберных промежутков или прерывистые вдохи), дайте кислород через носовой катетер или канюлю (см. ниже).
- Измерьте температуру ребенка в подмышечной впадине:
  - если температура 36°C или выше, обеспечьте контакт кожа к коже и держите ребенка на материнской груди, поддержите грудное вскармливание;
  - если температура меньше 36°C, согрейте ребенка (стр.В-143).

- 
- Убедите мать в необходимости грудного вскармливания. Новорожденный, которому потребовалась реанимация, имеет высокий риск развития гипогликемии:
    - если грудное вскармливание протекает нормально, новорожденный восстанавливается хорошо;
    - если грудное вскармливание протекает плохо, переведите ребенка в более приспособленное для осуществления соответствующего ухода медицинское учреждение для больных новорожденных.
  - Обеспечьте частое наблюдение за новорожденным в течение последующих 24 часов. Если признаки затруднения дыхания появились вновь, переведите ребенка в более приспособленное для осуществления соответствующего ухода медицинское учреждение для больных новорожденных.

#### Цианоз или затрудненное дыхание

- Если ребенок цианотичен (синюшный) или у него затруднено дыхание (меньше 30 и более 60 вдохов в минуту, втяжение межреберных промежутков или прерывистые вдохи), дайте кислород через носовой катетер или канюлю:
  - очистите отсосом полость рта и носа для обеспечения проходимости дыхательных путей;
  - дайте кислород 0,5 л в минуту через носовой катетер или носовую канюлю (Рамка S- 10, стр.В-141);
  - переведите ребенка в более приспособленное для осуществления соответствующего ухода медицинское учреждение для больных новорожденных.
- Обеспечьте нахождения ребенка в тепле. Заверните ребенка в мягкую, сухую пеленку, накройте одеялом и закройте голову ребенка для предупреждения потери тепла.

#### Рамка S- 10                      Использование кислорода

При применении кислорода помните:

- дополнительный кислород может использоваться только при затрудненном дыхании или цианозе;
- если у ребенка сильно втягиваются межреберные промежутки, выражена одышка или у него имеет место постоянный цианоз, увеличьте концентрацию кислорода, подаваемого через носовой катетер, носовую канюлю или кислородную подушку.

Примечание: Необоснованное применение кислорода у недоношенных новорожденных может привести к слепоте.

---

## Оценка

Многие тяжелые состояния новорожденных: бактериальная инфекция, врожденные пороки, тяжелая асфиксия и болезнь гиалиновых мембран, возникающая вследствие преждевременных родов, – часто сопровождаются сходной симптоматикой с затрудненным дыханием, сонливостью и плохим грудным вскармливанием или его отсутствием.

Трудно провести дифференциальную диагностику этих состояний без применения современных диагностических методов. Тем не менее, лечение должно быть начато немедленно даже без точной диагностики специфической причины. У детей с такими проблемами можно ожидать ухудшения состояния, и они должны быть немедленно направлены в более приспособленное для осуществления соответствующего ухода медицинское учреждение для больных новорожденных.

## Тактика

Очень маленький вес ребенка при рождении или сильно недоношенный ребенок

Если у ребенка очень маленький вес (меньше 1500 г или срок беременности меньше 32 недель), возможны тяжелые проблемы со здоровьем, которые заключаются в затрудненном дыхании, невозможности самостоятельного питания, тяжелой желтухе и инфекции. Ребенок склонен к гипотермии без специальной температурной защиты (например, инкубатора).

Глубоко недоношенные новорожденные нуждаются в специальном уходе. Они должны быть переведены в более приспособленное для осуществления соответствующего ухода медицинское учреждение для больных и недоношенных новорожденных, чем раньше, тем лучше. До и в процессе перевода:

- Обеспечьте содержание ребенка в тепле. Заверните ребенка в мягкую, сухую пеленку, накройте одеялом и закройте голову ребенка для предупреждения потери тепла.
- Если в анамнезе матери есть указания на возможные бактериальные инфекции, введите начальную дозу антибиотиков:
  - гентамицин 4 мг/кг веса в/м (или назначьте канамицин);
  - ПЛЮС ампициллин 100 мг/кг веса в/м (или назначьте бензилпенициллин).
- Если ребенок цианотичен (синюшный) или у него есть затрудненное дыхание (меньше 30 и более 60 вдохов в минуту, втяжение межреберных промежутков или прерывистые вдохи), дайте кислород через носовой катетер или канюлю (см. В-141).

---

## Летаргия

Если ребенок летаргичен (слабый мышечный тонус, отсутствуют движения), весьма вероятно наличие у него тяжелого заболевания и ребенок должен быть переведен в более приспособленное для осуществления соответствующего ухода медицинское учреждение для больных новорожденных.

## Гипотермия

Гипотермия может наступить быстро у недоношенных или реанимированных детей или детей, отделенных от матери. В таких случаях температура может быстро опуститься ниже 35°C. Согреть ребенка как можно быстрее:

- если ребенок очень ослаблен или очень гипотермичен (температура в подмышечной впадине ниже 35°C):
  - используйте доступные методы для того, чтобы начать согревание ребенка (инкубатор, лучистый нагреватель, теплую комнату, кроватку с подогревом);
  - переведите ребенка в более приспособленное для осуществления соответствующего ухода медицинское учреждение для больных новорожденных как можно быстрее;
  - если ребенок цианотичен (синюшный) или у него есть затрудненное дыхание (меньше 30 и более 60 вдохов в минуту, втяжение межреберных промежутков или прерывистые вдохи), дайте кислород через носовой катетер или канюлю;
- если ребенок не очень ослаблен и температура в подмышечной впадине 35°C или выше,
  - обеспечьте содержание ребенка в тепле. Заверните ребенка в мягкую, сухую пеленку, накройте одеялом и закройте головку ребенка для предупреждения потери тепла;
  - убедите женщину начать кормление грудью, как только ребенок будет готов к нему;
  - проверяйте температуру в подмышечной впадине каждый час, пока она не станет нормальной;
  - ребенка можно также поместить в инкубатор или под источник лучистого тепла.

## Судороги

Судороги в первый час жизни редки. Они могут возникнуть из-за менингита, энцефалопатии или тяжелой гипогликемии.

- Обеспечьте содержание ребенка в тепле. Заверните ребенка в мягкую, сухую пеленку, накройте одеялом и закройте голову ребенка для предупреждения потери тепла.

- 
- Переведите ребенка в более приспособленное для осуществления соответствующего ухода медицинское учреждение для больных новорожденных по возможности быстрее.

Умеренно недоношенный ребенок или ребенок с низким весом при рождении

Умеренная недоношенность (33-37 недель) или маленький вес ребенка (1500-2500 г) могут дать начало развитию проблем сразу после рождения.

- Если у ребенка нет затрудненного дыхания и сохраняется адекватная температура, при контакте с матерью «кожа к коже»
  - держите ребенка возле матери;
  - убедите мать начать кормление грудью в течение первого часа после родов, если это возможно.
- Если ребенок цианотичен (синюшный) или у него есть затрудненное дыхание (меньше 30 и более 60 вдохов в минуту, втяжение межреберных промежутков или прерывистые вдохи), дайте кислород через носовой катетер или канюлю.
- Если температура в подмышечной впадине опускается ниже 35°C, согрейте ребенка (стр.В-143).

Преждевременный и/или длительный разрыв плодного пузыря и отсутствие симптомов инфицирования у новорожденного

Ниже представлен протокол, который может быть модифицирован в соответствии с ситуацией на месте:

- если у матери есть клинические признаки бактериальной инфекции или плодный пузырь разорвался более, чем за 18 часов до родов, даже если у матери нет клинических признаков инфекции,
  - держите ребенка рядом с матерью и убедите ее продолжить грудное вскармливание;
  - вместе с соответствующей службой, которая обеспечивает уход за больным новорожденным, проведите посев крови на культуру и начните антибиотикотерапию у новорожденного.
- Если выше перечисленные ситуации отсутствуют, не проводите лечения антибиотиками. Проверьте ребенка на наличие признаков инфекции в течение 3-х дней:
  - держите ребенка рядом с матерью и убедите ее продолжить грудное вскармливание;
  - если признаки инфекции появились в течение 3 дней, вместе с соответствующей службой, которая обеспечивает уход за больным

---

новорожденным, проведите посев крови на культуру и начните антибиотикотерапию у новорожденного.

### Врожденный сифилис

- Если у новорожденного видимые признаки сифилиса, переведите ребенка в соответствующие службы по уходу за больными новорожденными. Признаками сифилиса являются
  - генерализированные отеки;
  - высыпания на коже;
  - волдыри на ладонях и ступнях;
  - ринит;
  - анальная кондилома;
  - увеличенная печень/селезенка;
  - паралич одной из конечностей;
  - желтуха;
  - бледность;
  - при исследовании пораженных областей, жидкостей организма или цереброспинальной жидкости, видны спирохеты на темном фоне.
- Если у матери позитивная серологическая реакция на сифилис или есть симптоматика, а у новорожденного нет видимых признаков сифилиса, независимо от того, получала ли мать лечение, назначьте бензатин пенициллин 50 000 ЕД/кг веса в/м однократно.



---

**С. Раздел 3.**

**Процедуры**

---

## ПАРАЦЕРВИКАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

Таблица Р- 1 Показания к парацервикальной анестезии и меры предосторожности

| Показания  | Меры предосторожности   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Расширение цервикального канала и выскабливание полости матки</li><li>• Ручная вакуумная аспирация</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Убедитесь, что нет аллергии к лигнокаину или препаратам этого ряда</li><li>• Не вводите лекарство в сосуд</li><li>• Осложнения для матери редки, но может образоваться гематома</li></ul> |

- Следуйте основным принципам оказания помощи (стр.А-17).
- Приготовьте 20 мл 0,5% раствора лигнокаина без адреналина (стр.А-39).
- Используйте 3,5 см иглы 25 и 22 номера для инъекции раствора лигнокаина.
- При использовании зубчатых зажимов для захвата шейки матки сначала введите 1 мл 0,5% раствора лигнокаина в переднюю или заднюю губу шейки, доступ к которой необходимо осуществить с помощью зеркала (обычно используется введение анестетика в положении на 10 или 12 часов).

Примечание: При неполном аборте окончательные зажимы предпочтительнее, так как они меньше, чем зубчатые зажимы, повреждают шейку при подтягивании и не требуют введения лигнокаина.

- С помощью зубчатых или круглых зажимов, расположенных вертикально на шейке (одна бранша в области наружного зева, вторая на передней поверхности шейки), слегка потяните ее вертикально и сдвиньте шейку для доступа к области между гладким шеечным эпителием и тканью влагалища. Это место для введения иглы рядом с шейкой.
- Введите иглу точно под эпителий.

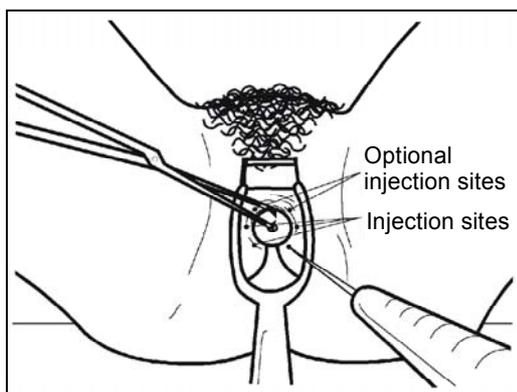
Совет: Некоторые практикующие врачи предлагают следующие шаги для отвлечения внимания женщины от введения иглы: положите острие иглы точно на место, выбранное для инъекции, и попросите женщину кашлянуть. Это поможет ввести иглу точно субэпителиально.

Примечание: Потяните поршень шприца на себя и убедитесь, что вы не попали в сосуд. **Если при потягивании поршня на себя в шприце появилась кровь, выньте иглу. Осторожно поменяйте позицию иглы и повторите попытку. Никогда не вводите анестетик, если в шприце появляется кровь. У женщины могут возникнуть судороги и наступить смерть, если произошло в/в введение лигнокаина.**

- Введите 2 мл лигнокаина точно под эпителий, не глубже 3 мм в положении на 3, 5, 7 и 9 часов (Рисунок Р - 1). Наилучшим местом для инъекции является положение на 2 и 10 часов. При правильной технике инъекции можно наблюдать припухлость и побледнение тканей.
- После завершения введения лигнокаина подождите 2 минуты и затем наложите зажим на шейку. Если женщина чувствует щипок при наложении зажима, подождите еще 2 минуты и повторите тест.

**Должный эффект анестезии обеспечивается заблаговременным ее проведением.**

Рисунок Р - 1 Места инъекции при парацервикальной анестезии



---

## ПУДЕНДАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

Таблица Р- 2 Показания к проведению пудендальной анестезии и меры предосторожности

| Показания  | Меры предосторожности  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Инструментальные роды или роды в тазовом предлежании</li><li>• Эпизиотомия и восстановление разрывов промежности</li><li>• Краниотомия и краниоцентез</li><li>• Ручное удаление плаценты</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Убедитесь, что отсутствует аллергия на лигнокаин и препараты данного ряда</li><li>• Не вводите препарат в сосуды</li></ul> |

- Следуйте основным принципам оказания помощи (стр.А-17).
- Приготовьте 40 мл 0,5% раствора лигнокаина без адреналина (стр.А-39).

Примечание: При проведении пудендальной анестезии лучше ограничиться 30 мл раствора, чтобы, при необходимости, во время ушивания разрывов можно было ввести дополнительно 10 мл лигнокаина в область промежности.

- Используйте иглу №22 длиной 15 см для инъекции лигнокаина.

Мишенью является срамной нерв, который проходит через малую седалищную выемку. Есть два доступа к срамному нерву:

- через промежность;
- через влагалище.

Промежностный доступ не требует специальных инструментов. Для влагалищного доступа необходима специальная игла с трубчатым проводником, которая обеспечивает защиту пальцев врача.

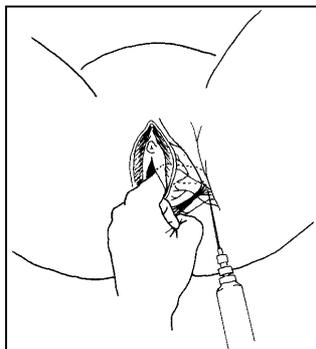
### Промежностный доступ

- Инфильтрируйте кожу промежности с обеих сторон влагалища, используя 10 мл раствора лигнокаина.

Примечание: Потяните поршень шприца на себя и убедитесь, что вы не попали в сосуд. **Если при потягивании поршня на себя в шприце появилась кровь, выньте иглу. Осторожно поменяйте позицию иглы и повторите попытку. Никогда не вводите лигнокаин, если в шприце появляется кровь. У женщины могут возникнуть судороги и наступить смерть, если произошло в/в введение лигнокаина.**

- 
- Надев стерильные перчатки, введите два пальца во влагалище и проведите иглу через ткани промежности к верхушке левой седалищной ости (Рисунок Р - 2, стр.С-5).

**Рисунок Р - 2 Промежностный доступ**



- Введите 10мл раствора лигнокаина в угол между седалищной остью и седалищным бугром.
- Пройдите иглой через крестцово-позвоночную связку и введите следующие 10 мл раствора лигнокаина.
- Повторите процедуру на противоположной стороне.
- Если должна быть проведена эпизиотомия, инфильтрируйте область эпизиотомии в этот момент как обычно (стр.С-66).
- После завершения введения лигнокаина подождите 2 минуты и затем ущипните место обезболивания зажимом. Если женщина чувствует щипок, подождите еще 2 минуты и повторите тест.

**Должный эффект анестезии обеспечивается заблаговременным ее проведением.**

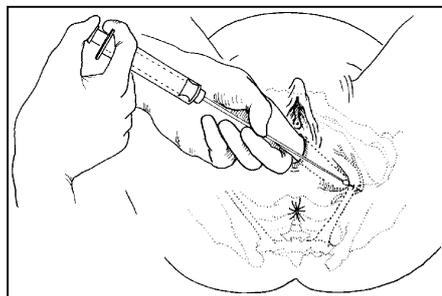
### **Влагалищный доступ**

- Наденьте стерильные перчатки и используйте левый указательный палец для пальпации левой седалищной ости женщины через стенку влагалища (Рисунок Р 3).

Рисунок Р - 3

**Вагинальный доступ без использования проводника иглы**

- Используйте правую руку для продвижения проводника иглы по направлению к левой ости, держа кончик левого пальца на конце



проводника иглы.

- Поместите проводник иглы чуть ниже верхушки седалищной ости.

**Помните, что кончик пальца нужно держать рядом с концом проводника иглы. Не проводите кончик пальца дальше конца проводника иглы, так как игла может легко воткнуться и повредить палец.**

- Используйте 15 см иглу №22, присоединенную к шприцу через проводник.
- Проведите иглу через слизистую влагалища до тех пор, пока игла не проколёт крестцово-позвоночную связку.

**Примечание:** Потяните поршень шприца на себя и убедитесь, что вы не попали в сосуд. Если при потягивании поршня на себя в шприце появилась кровь, выньте иглу. Осторожно поменяйте позицию иглы и повторите попытку. Никогда не вводите анестетик, если в шприце появляется кровь. У женщины могут возникнуть судороги и наступить смерть, если произошло в/в введение лигнокаина.

- Введите 10 мл раствора лигнокаина.
- Извлеките иглу в проводнике и измените положение проводника для расположения его над седалищной остью.
- Проколите слизистую влагалища и потяните поршень шприца на себя снова, чтобы быть уверенным, что вы не попали в сосуд.
- Введите еще 5 мл раствора лигнокаина.
- Повторите процедуру с другой стороны, используя указательный палец правой руки для пальпации правой седалищной ости женщины. Используйте левую руку для продвижения вперед иглы и проводника и введения раствора лигнокаина.

- 
- Если должна быть проведена эпизиотомия, инфильтрируйте область эпизиотомии в этот момент, как обычно (стр.С-66).
  - После завершения инъекции, подождите 2 минуты и затем ущипните место обезболивания зажимом. Если женщина чувствует щипок, подождите еще 2 минуты и повторите тест.

**Должный эффект анестезии обеспечивается заблаговременным ее проведением.**

---

## МЕСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

Местная анестезия является безопасной альтернативой общей анестезии, анестезии кетаминотом или спинальной анестезии, когда нет этих анестетиков (или отсутствуют умеющие ими пользоваться специалисты).

Использование местной анестезии при кесаревом сечении требует, чтобы хирург был в контакте с женщиной и часто переоценивал ее состояние во время операции. Хирург должен иметь в виду, что женщина находится в сознании и насторожена, и должен использовать инструменты и обращаться с тканями настолько деликатно, насколько это возможно.

**Таблица Р- 3 Показания к местной анестезии при кесаревом сечении и меры предосторожности**

| Показания   | Меры предосторожности   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Кесарево сечение (особенно у женщин с сердечной недостаточностью)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Избегайте применения у женщин с эклампсией, тяжелой преэклампсией или перенесших лапаротомию.</li><li>• Избегайте использования у тучных женщин, сверхчувствительных или аллергичных к лигнокаину или подобным препаратам.</li><li>• Избегайте применения, если хирург неопытен в проведении кесарева сечения</li><li>• Не вводите препарат в сосуды.</li></ul> |

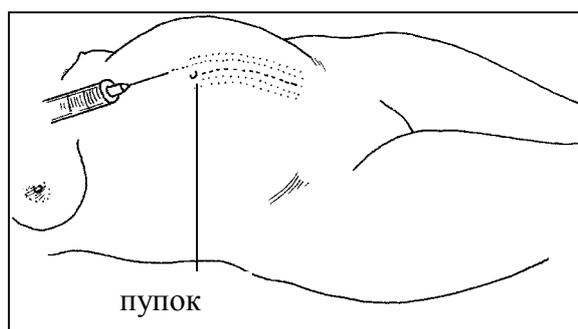
- Следуйте основным принципам оказания помощи (стр.А-17) и начните внутривенную инфузию (стр.А-22).
- Приготовьте 200 мл 0,5% раствора лигнокаина с адреналином в разведении 1:200000 (стр.А-39). Обычно в первый час операции требуется меньше половины этого объема (приблизительно 80 мл).
- Если плод жив, назначьте петидин 1мг/кг веса (но не более 100мг) в/в медленно (или введите морфин 0,1мг/кг веса в/м) и прометазин 25мг в/в после родоразрешения. В некоторых случаях, петидин и прометазин могут быть назначены до родоразрешения, в этом случае ребенок может нуждаться в применении налоксона 0,1 мг/кг веса в/в при рождении.
- Если плод мертв, назначьте петидин 1мг/кг веса (но не более 100мг) в/в медленно (или введите морфин 0,1мг/кг веса в/м) и прометазин 25мг в/в.

**Разговаривайте с женщиной и подбадривайте ее во время процедуры.**

- Используя иглу длиной 10 см, инфильтрируйте один край кожи и подкожных тканей с любой стороны предполагаемого разреза на ширину двух пальцев (**Рисунок Р - 4**).

**Примечание:** Потяните поршень шприца на себя и убедитесь, что вы не попали в сосуд. Если при потягивании поршня на себя в шприце появилась кровь, выньте иглу. Осторожно поменяйте позицию иглы и повторите попытку. Никогда не вводите анестетик, если в шприце появляется кровь. У женщины могут возникнуть судороги и наступить смерть, если произошло в/в введение лигнокаина.

**Рисунок Р - 4 Инфильтрация кожи и подкожных тканей местным анестетиком при кесаревом сечении**



- За счет инфильтрации раствора лигнокаина обеспечьте образование «лимонной корки» шириной 3-4 см с любой стороны от средней линии от симфиза до точки, расположенной на 5 см выше пупка.
- Инфильтрируйте раствор лигнокаина вниз через слои брюшной стенки. Игла должна располагаться почти параллельно коже. Будьте осторожны и не проколите брюшину и не введите иглу в матку, так как в это время брюшная стенка очень тонкая.
- После завершения инъекции подождите 2 минуты и затем ущипните область разреза зажимом. Если женщина чувствует щипок, подождите еще 2 минуты и повторите тест.

**Должный эффект анестезии обеспечивается заблаговременным ее проведением.**

**Примечание:** При проведении кесарева сечения под местной анестезией сделайте срединный разрез длиннее на 4 см, чем при общей анестезии. Разрез по Пфанненштилю не должен быть использован, т.к. требует больше времени, требует большего количества лигнокаина и разведение краев раны затруднено.

**Эффект анестезии продолжается 60 минут.**

Проводите кесарево сечение (стр.С-40), имея в виду следующее:

- 
- не используйте брюшные тампоны. Используйте ранорасширители как можно меньше и с минимальным усилием.
  - введите 30 мл раствора лигнокаина под маточно-пузырную складку, проводя инфильтрацию латерально до круглой маточной связки . Нет необходимости во введении дополнительного анестетика. Брюшина чувствительна к боли, миометрий – нет.
  - Предупредите женщину, что она должна почувствовать некоторый дискомфорт при потягивании, когда рождается ребенок. Этот дискомфорт обычно не больше, чем при влагалищных родах.
  - Удалите плаценту контролируемым потягиванием за пуповину (стр.А-74).
  - Восстановите целостность матки без выведения ее из брюшной полости.
  - Дополнительная местная анестезия может понадобиться при ушивании брюшной стенки.

---

## СПИНАЛЬНАЯ (СУБАРАХНОИДАЛЬНАЯ) АНЕСТЕЗИЯ

Таблица Р- 4 Показания к спинальной анестезии и меры предосторожности

| Показания   | Меры предосторожности  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Кесарево сечение</li><li>• Лапаротомия</li><li>• Расширение цервикального канала и выскабливание полости матки</li><li>• Ручное удаление плаценты</li><li>• Ушивание разрывов промежности третьей и четвертой степени</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Убедитесь, что отсутствует аллергия к лигнокаину или подобным лекарствам.</li><li>• Избегайте применять у женщин с некомпенсированной гиповолемией, тяжелой анемией, коагуляционными нарушениями, кровотечением, местной инфекцией, тяжелой преэклампсией, эклампсией или сердечной недостаточностью вследствие заболеваний сердца</li></ul> |

- Следуйте основным принципам оказания помощи (стр.А-17) и начните в/в инфузию (стр.А-22).
- Перелейте 500-1000 мл жидкости в/в (физиологический раствор или раствор Рингера) для адекватного наводнения женщины и предупреждения гипотензии. Это должно быть сделано за 30 минут до начала анестезии.
- Приготовьте 1,5 мл местного анестетика: 5% лигнокаин в 5% декстрозе. Добавьте 0,25 мл адреналина (1:1000), если есть необходимость в действии анестетика дольше 45 минут.
- Попросите женщину лечь на бок или сесть и обеспечьте хорошее сгибание позвоночника в поясничной области. Попросите женщину пригнуть голову к груди и согнуть спину, насколько это возможно.
- Определите и, если необходимо, пометьте место предполагаемой инъекции. Вертикальная линия, проведенная от гребня подвздошной кости вверх будет пересекать позвоночный столб женщины между остистыми отростками четвертого и пятого поясничных позвонков. Выберите для инъекции это место или место прямо над ним.

**Требования к стерильности высоки. Не касайтесь точки вкола или стержня спинальной иглы рукой. Удерживайте иглу только за ее основание.**

- Введите 1% раствор лигнокаина подкожно, используя тонкую иглу, для анестезии кожи женщины.
- Введите спинальную иглу, самую тонкую из возможных (22 или 23 номер), по средней линии через инфильтрат под прямым углом к коже в вертикальной плоскости.

---

Примечание: Тонкие иглы имеют тенденцию изгибаться.

- Если игла уперлась в кость, она введена не по средней линии. Выньте иглу и заново вколите ее, направляя слегка вверх, в сторону пупка женщины.
- Продвигайте спинальную иглу вперед по направлению к субарахноидальному пространству. Когда игла прокалывает желтую связку, должна ощущаться явная потеря сопротивления движению иглы.
- Как только игла пройдет через желтую связку, медленно протолкните иглу через твердую мозговую оболочку. Вы должны почувствовать небольшое уменьшение сопротивления движению иглы при проколе твердой мозговой оболочки.
- Удалите мандрен. Спинномозговая жидкость должна вытекать из иглы.
- Если спинномозговая жидкость не вытекает, вставьте мандрен и осторожно поверните иглу. Удалите мандрен, чтобы посмотреть вытекает ли жидкость. Если вы дважды не добились цели, попытайтесь сделать прокол в другом месте.
- Введите 1-1,25 мл раствора местного анестетика. Для беременных женщин требуется меньшая доза лекарства, так как объем доступного субарахноидального пространства уменьшается из-за застоя в эпидуральных венах.
- Помогите женщине лечь на спину. Слегка наклоните операционный стол влево или положите подушку (свернутую простыню) под правый бок для уменьшения проявлений синдрома сдавления нижней полой вены.
- Заново измерьте артериальное давление у женщины. Вероятно падение артериального давления. Если определяется значительная гипотензия, дополнительно перелейте женщине жидкости в/в (500 мл быстро):
  - Если это не приводит к повышению артериального давления, введите эфедрин 0,2 мг/кг веса в/в дробно по 3 мг;
  - Если артериальное давление продолжает падать после в/в четырехкратного дробного введения эфедрина, введите 30 мг эфедрина в/м.
- Дайте кислород 6-8 л/мин через маску или носовой катетер.
- После введения местного анестетика подождите 2 минуты и затем ущипните место предполагаемого разреза зажимом. Если женщина чувствует щипок, подождите еще 2 минуты и повторите тест.

**Должный эффект анестезии обеспечивается заблаговременным ее проведением.**

- После хирургической манипуляции женщина должна лежать на спине не меньше 6 часов только с одной подушкой под головой для предупреждения головной боли вызванной проведением спинальной пункции. Она не должна сидеть или стоять в течение этого периода.

## Кетамин

Таблица Р- 5 Показания к анестезии кетаминном и меры предосторожности

| Показания   | Меры предосторожности   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Все относительно короткие процедуры (меньше 60 мин) и процедуры, для которых не нужна мышечная релаксация (например, ушивание разрывов промежности или обширных разрывов шейки матки, ручное удаление плаценты, кесарево сечение, дренирование абсцесса молочной железы).</li> <li>• Удобна при выходе из строя аппарата для ингаляционного наркоза (или при отсутствии ингаляционных анестетиков для наркозного аппарата) или в случае проведения общей анестезии без применения аппарата для ингаляционного наркоза</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• При применении в чистом виде кетамин может вызвать неприятные галлюцинации. Избегайте применения у женщин с психозами в анамнезе. Для предупреждения галлюцинаций введите 10 мг диазепама в/в после рождения ребенка.</li> <li>• Так как сам по себе кетамин не способствует мышечной релаксации, разрез при кесаревом сечении должен быть длиннее.</li> <li>• Кетамин не должен быть использован у женщин с повышенным артериальным давлением, преэклампсией, эклампсией или заболеваниями сердца.</li> </ul> |

- Следуйте основным принципам оказания помощи (стр.А-17) и начните в/в инфузию (стр.А-22).
- Кетамин может быть применен в/м, в/в или путем инфузии. Дозы кетамина могут быть различными:
  - большинству женщин достаточно 6-10 мг/кг веса в/м. Стадия хирургической анестезии достигается в течение 10 мин и продолжается до 30 мин;
  - ИЛИ введите 2 мг/кг веса в/в медленно в течение 2 мин (в этом случае действие препарата длится только 15 мин.);
  - инфузия кетамина описана ниже. Этот метод является наиболее подходящим для кесарева сечения;
  - если необходима дополнительная анальгезия, введите кетамин 1 мг/кг веса в/в.

**Кетамин нельзя использовать у женщин с повышенным артериальным давлением, преэклампсией, эклампсией или заболеваниями сердца.**

---

## **Инфузия кетамина**

### Премедикация

- Введите сульфат атропина 0,6 мг в/м до операции.
- Введите диазепам 10 мг в/в во время введения в наркоз для предотвращения галлюцинаций (при кесаревом сечении введите диазепам после рождения ребенка).
- Дайте кислород 6-8 л в минуту через маску или носовой катетер.

### *Вводный наркоз и основной наркоз*

- Оцените жизненно важные функции женщины (пульс, артериальное давление, дыхание, температуру).
- Вставьте воздуховод для предупреждения западения языка и обструкции дыхательных путей.
- Вводная анестезия достигается медленным в/в введением кетамина 2 мг/кг веса в течение 2 минут. Для коротких процедур длительностью менее 15 минут это обеспечивает адекватную анестезию.
- При длительных процедурах переливайте 200 мг кетамина в 1 л декстрозы со скоростью 2 мг в минуту (т.е. 20 капель в минуту).
- Проверьте уровень анестезии до начала хирургической процедуры. Ущипните край предполагаемого разреза зажимом. Если женщина чувствует щипок, подождите еще 2 минуты и повторите тест.
- Проверяйте жизненно важные функции женщины (пульс, артериальное давление, дыхание, температуру) каждые 10 минут в течение процедуры.

## **Помощь после манипуляции**

- Прекратите переливание кетамина и начните применение послеоперационных анальгетиков в зависимости от типа проведенной операции. (стр.А-37)
- Производите осмотр каждые 30 минут до полного пробуждения женщины. Остаточные явления анестезии кетамином могут сохраняться до 60 минут.

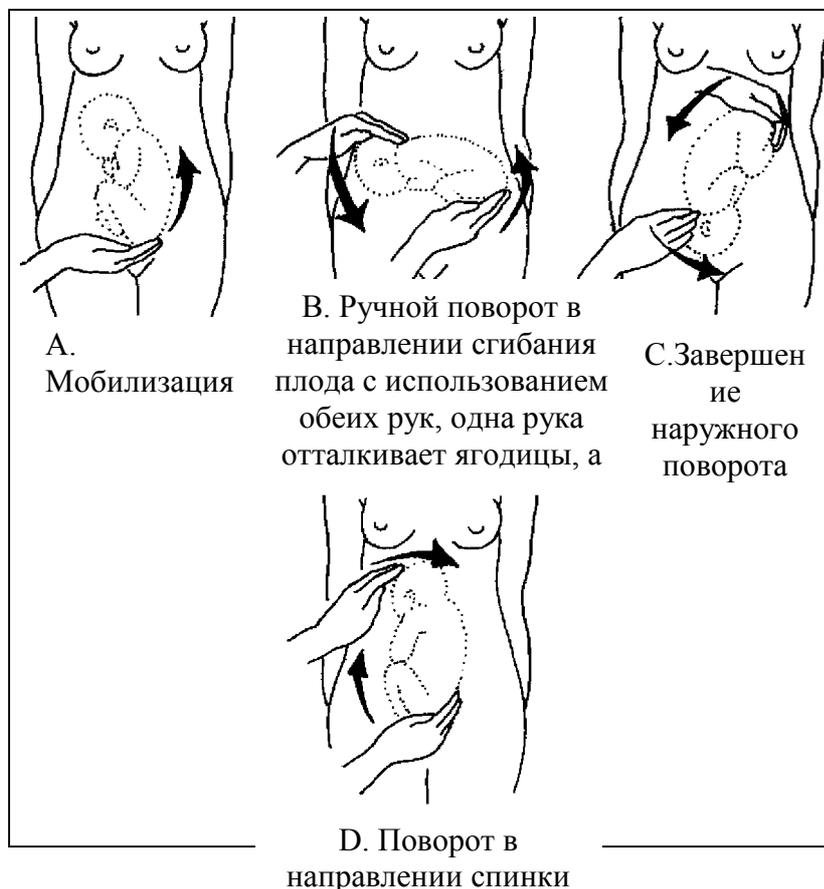
## **Наружный поворот плода**

- Оцените показания. Не проводите эту операцию у беременных женщин со сроком гестации менее 37 недель.

- 
- Попросите женщину лечь на спину и поднимите ножной конец кровати.
  - Выслушайте и отметьте частоту сердцебиений плода. Если частота сердцебиения плода патологическая (меньше 100 и больше 180 ударов в минуту), не проводите наружный поворот.
  - Пальпируйте живот для уточнения предлежания и положения головки, спинки и тазового конца плода.
  - Мобилизуйте тазовый конец, осторожно приподняв предлежащую часть плода над входом в таз, захватив ее над лоном (Рисунок Р - 5 А, стр. С-16).
  - Удерживайте головку и ягодицы плода как можно ближе друг к другу для обеспечения ротации в направлении сгибания плода. Поворачивайте плод медленно, направляя головку кпереди и книзу и поднимая ягодицы (Рисунок Р - 5 В-С, стр. С-16).
  - Выслушайте частоту сердцебиения плода. Если определяются отклонения от нормы,
    - попросите женщину повернуться на левый бок;
    - дайте кислород 4-6 л в минуту через маску или носовой катетер;
    - оценивайте состояние плода каждые 15 мин.
  - Если процедура завершилась удачно, попросите женщину оставаться в постели еще 15 минут, после чего она может быть выписана. Попросите женщину вернуться в лечебное учреждение, если начнется кровотечение или появятся боли или если она поймет, что ребенок повернулся в исходное положение.
  - Если процедура не принесла желаемых результатов, попробуйте еще раз, вращая плод в противоположном направлении (Рисунок Р - 5 D, стр. С-16).
  - Если процедуру по-прежнему не удастся завершить и частота сердцебиения плода хорошая, используйте токолитики, которые могут увеличить шансы успешного поворота. Введите
    - тербуталин 250 мкг в/в медленно в течение 5 минут;
    - ИЛИ сальбутамол 0,5 мг в/в медленно в течение 5 минут.
  - Если процедуру по-прежнему не удастся завершить, попытайтесь осуществить поворот еще раз через 1 неделю. Также попытайтесь совершить поворот у женщины в начале первого периода родов при наличии тазового предлежания или поперечного положения плода.
  - Если частота сердцебиения плода патологическая,
    - поверните женщину на левый бок;
    - проверяйте частоту сердцебиения плода каждые 5 минут;

- если частота сердцебиения плода не стабилизируется в течение 30 последующих минут, произведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).

**Рисунок Р - 5 Наружный поворот при тазовом предлежании**



## **Родовозбуждение и родостимуляция**

Родовозбуждение и родостимуляция проводятся по различным показаниям, но одними и теми же методами.

- Родовозбуждение: стимуляция матки для развязывания родовой деятельности.
- Родостимуляция: стимуляция матки в течение родов для увеличения частоты, продолжительности и силы схваток.

Хорошей родовой деятельностью считается родовая деятельность, при которой наблюдаются три схватки за 10 минут, продолжительностью более 40 секунд каждая.

Если плодный пузырь цел, как для индукции, так и для стимуляции родов, рекомендуется, прежде всего, произвести искусственный разрыв плодного пузыря (ИРП). В некоторых случаях это все, что необходимо для того, чтобы индуцировать или стимулировать роды. Разрыв плодного пузыря, вне зависимости от того,

---

спонтанный он или искусственный, часто влечет за собой следующую цепочку событий:

- излитие амниотической жидкости;
- уменьшение объема матки;
- выработку простагландинов, стимулирующих роды;
- начало сокращений матки (если женщина не в родах) или их усиление (если она уже в родах).

## **Искусственный разрыв плодного пузыря**

- Оцените показания.

Примечание: В регионах с высокой распространенностью ВИЧ инфекции будет разумным сохранить плодный пузырь целым как можно дольше для уменьшения риска вертикальной передачи ВИЧ инфекции.

- Выслушайте и отметьте частоту сердцебиения плода.
- Попросите женщину лечь на спину с ногами, согнутыми в коленях, стопы вместе, колени врозь.
- Надев стерильные перчатки, одной рукой проведите обследование шейки и отметьте консистенцию, положение, сглаживание и раскрытие шейки.
- Используйте другую руку для введения амниотического крючка или зажима Кохера во влагалище.
- Направьте зажим или крючок по направлению к плодному пузырю вдоль пальцев во влагалище.
- Расположите два пальца напротив плодного пузыря и осторожно разорвите его инструментом, находящимся в другой руке. Дайте возможность амниотической жидкости медленно вытекать сквозь пальцы.
- Отметьте цвет жидкости (чистая, зеленоватая, кровянистая). Если обнаружен густой меконий, предположите дистресс плода (стр.В-93).
- После ИРП выслушайте частоту сердцебиения плода во время и после схватки. Если частота сердцебиения плода патологическая (меньше 100 или больше 180 ударов в минуту), предположите дистресс плода (стр.В-93).
- Если не ожидается окончание родов в течение 18 часов, назначьте профилактические антибиотики, для того чтобы снизить вероятность возникновения инфекций, вызываемых стрептококками Группы В у новорожденных (стр.А-35):
  - пенициллин G 2 млн. ЕД в/в;
  - ИЛИ ампициллин 2 г в/в каждые 6 часов до родов;

- если нет признаков инфекции после родов, прекратите лечение антибиотиками.
- Если хорошая родовая деятельность не установилась в течение 1 часа после ИРП, начните введение окситоцина (стр.С-19).
- Если роды инициируются из-за тяжелых материнских заболеваний (например, сепсиса или эклампсии), начните инфузию окситоцина одновременно с ИРП.

## Родовозбуждение

### Оценка шейки матки

Успех родовозбуждения связан с состоянием шейки на момент начала индукции. Для оценки состояния шейки проводится ее обследование, и оценка основывается на критериях, представленных в Таблица Р- 6:

- если шейка зрелая (оценка 6 баллов и более), роды обычно успешно индуцируются одним окситоцином;
- если шейка незрелая (оценка 5 баллов и менее), подготовьте шейку простагландинами (стр.С-23) или катетером Фолея (стр.С-24) до начала родовозбуждения.

Таблица Р- 6 Оценка шейки матки для индукции родов

| Факторы  | Оценка (балл)     |                     |                     |                             |
|--|-------------------|---------------------|---------------------|-----------------------------|
|  | 0                 | 1                   | 2                   | 3                           |
| Раскрытие (см)   | Закрыта           | 1-2                 | 3-4                 | Больше 5                    |
| Длина шейки (см)                                       | Больше 4          | 3-4                 | 1-2                 | Меньше 1                    |
| Консистенция   | Твердая           | Средней плотности   | Мягкая              | -                           |
| Положение  | Отклонена кзади   | Срединное           | По проводной оси    | -                           |
| Опускание головки по ее положению (в см от седалищной) | 3<br>на 3 см выше | - 2<br>на 2 см выше | - 1<br>на 1 см выше | + 1, + 2<br>на 1, 2 см ниже |

|  |     |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|-----|
| ости)  |     |     |     |     |
| Опускание головки по данным пальпации живота (измеряя числом пальцев часть пальпируемой головки) | 4/5 | 3/5 | 2/5 | 1/5 |

### Окситоцин

Используйте окситоцин с большой осторожностью, так как гиперстимуляция может привести к дистрессу плода и, в редких случаях, может произойти разрыв матки.

**Тщательно наблюдайте за женщиной во время применения окситоцина.**

Эффективная доза окситоцина сильно отличается у разных женщин. Осторожно используйте окситоцин в растворах для внутривенных инфузий (декстрозе или физиологическом растворе), постепенно повышайте скорость инфузии до появления хорошей родовой деятельности (три схватки за 10 минут, продолжительностью более 40 секунд каждая). Сохраняйте эту скорость введения окситоцина до родоразрешения. Матка должна расслабляться между схватками.

**Когда введение окситоцина с определенной скоростью приводит к развитию хорошей родовой деятельности, поддерживайте эту скорость инфузии до родоразрешения.**

- Наблюдайте за пульсом, артериальным давлением и схватками матери и измеряйте частоту сердцебиений плода.
- Оцените показания.

**Убедитесь, что индукция родов показана, отсутствие эффекта от родовозбуждения обычно приводит к кесаревому сечению.**

- Обеспечьте положение женщины на левом боку.
- Записывайте следующие данные в партограмму каждые 30 минут (стр.А-64):

- 
- скорость инфузии окситоцина (см. ниже);

Примечание: Изменение положения руки женщины может изменить скорость введения окситоцина.

- продолжительность и частоту схваток;
- частоту сердцебиений плода. Выслушивайте каждые 30 минут, всегда сразу после схватки. Если частота сердцебиения плода меньше 100 ударов в минуту, прекратите инфузию окситоцина.

**Женщины, получающие окситоцин, никогда не должны оставаться одни.**

- Переливайте окситоцин 2,5 ЕД в 500 мл декстрозы (или физиологического раствора) со скоростью 10 капель в минуту (Таблица Р-7, стр. С-21 и Таблица Р- 8, стр.С-22). Это составит приблизительно 2,5 млЕД в минуту.
- Увеличивайте скорость инфузии на 10 капель в минуту каждые 30 минут до появления хорошей родовой деятельности (схватки продолжительностью более 40 секунд, три схватки за 10 минут).
- Поддерживайте данную скорость инфузии до завершения родов.
- Если развивается гиперстимуляция (некоторые схватки продолжаются дольше 60 секунд) или возникает более 4 схваток за 10 минут, прекратите инфузию окситоцина и релаксируйте матку токолитиками:
  - Тербуталин 250 мкг в/в медленно в течение 5 минут;
  - ИЛИ Сальбутамол 10 мг в 1 л в/в жидкости (физиологическом растворе или лактате Рингера) со скоростью 10 капель в минуту.
- Если не удалось достичь трех сокращений за 10 минут, каждое продолжительностью более 40 секунд, при скорости инфузии 60 капель в минуту,
  - увеличьте концентрацию окситоцина до 5 ЕД в 500 мл декстрозы (или физиологического раствора) и настройте скорость инфузии на 30 капель в минуту (15 млЕД в минуту);
  - увеличивайте скорость инфузии на 10 капель в минуту каждые 30 минут до начала удовлетворительной родовой деятельности или до достижения максимальной скорости - 60 капель в минуту.
- Если роды все еще не начались, несмотря на использование высокой концентрации окситоцина,
  - у повторнородящей женщины и при наличии у женщины рубца после предыдущего кесарева сечения стимуляцию нужно прекратить и провести родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40);

- у первородящей женщины назначьте окситоцин в более высокой концентрации (добиваясь быстрого насыщения окситоцином крови матери, Таблица Р- 8):
  - вводите окситоцин 10 ЕД в 500 мл декстрозы (или физиологического раствора) со скоростью 30 капель в минуту;
  - увеличивайте скорость инфузии на 10 капель в минуту каждые 30 минут до начала хорошей родовой деятельности;
  - если хорошие схватки не появляются при скорости инфузии 60 капель в минуту (60 млЕД в минуту), произведите родоразрешение посредством кесарева сечения (стр.С-40).

**Не используйте окситоцин в разведении 10 ЕД на 500 мл жидкости (т.е. в концентрации 20 млЕД/мл) у повторнородящих и у женщин с кесаревым сечением в анамнезе.**

Таблица Р-7                      Скорость инфузии окситоцина при родовозбуждении  
(Примем, что 1мл=20 капель)

| Время от начала индукции (часов) | Концентрация окситоцина   | Капли в минуту | Приблизительная доза (млЕД/минуту) | Введенный объем | Общий введенный объем |
|----------------------------------|---|----------------|------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| 0.00                             | 2,5 ЕД в 500 мл декстрозы или физиологического раствора (5 млЕД/мл) | 10             | 3                                  | 0               | 0                     |
| 0.50                             | То же   | 20             | 5                                  | 15              | 15                    |
| 1.00                             | То же   | 30             | 8                                  | 30              | 45                    |
| 1.50                             | То же   | 40             | 10                                 | 45              | 90                    |
| 2.00                             | То же   | 50             | 13                                 | 60              | 150                   |
| 2.50                             | То же   | 60             | 15                                 | 75              | 225                   |
| 3.00                             | 5 ЕД в 500 мл декстрозы или физиологического раствора (10 млЕД/мл)  | 30             | 15                                 | 90              | 315                   |
| 3.50                             | То же   | 40             | 20                                 | 45              | 360                   |

|      |   |    |    |    |     |
|------|---|----|----|----|-----|
| 4.00 | То же   | 50 | 25 | 60 | 420 |
| 4.50 | То же   | 60 | 30 | 75 | 495 |
| 5.00 | 10 ЕД в 500 мл декстрозы или физиологического раствора (20 мЛЕД/мл) | 30 | 30 | 90 | 585 |
| 5.50 | То же   | 40 | 40 | 45 | 630 |
| 6.00 | То же   | 50 | 50 | 60 | 690 |
| 6.50 | То же   | 60 | 60 | 75 | 765 |
| 7.00 | То же   | 60 | 60 | 90 | 855 |

**Повышайте скорость инфузии окситоцина только до момента проявления хорошей родовой деятельности и затем поддерживайте инфузию на этой скорости.**

**Таблица Р- 8 Быстрое повышение концентрации окситоцина у первородящих: скорость инфузии окситоцина для родовозбуждения**

(Примечание: 1мл=20 капель)

| <b>Время от начала индукции (часов)</b> | <b>Концентрация окситоцина</b>                                      | <b>Капли в минуту</b> | <b>Приблизительная доза (мЛЕД/минуту)</b> | <b>Введенный объем</b> | <b>Общий введенный объем</b> |
|---|---|-----------------------|---|------------------------|------------------------------|
| 0.00                                    | 2,5 ЕД в 500 мл декстрозы или физиологического раствора (5 мЛЕД/мл) | 15                    | 4   | 0                      | 0                            |
| 0.50                                    | То же   | 30                    | 8   | 23                     | 23                           |
| 1.00                                    | То же   | 45                    | 11  | 45                     | 68                           |
| 1.50                                    | То же   | 60                    | 15  | 68                     | 135                          |
| 2.00                                    | 5 ЕД в 500 мл декстрозы или физиологического раствора (10 мЛЕД/мл)  | 30                    | 15  | 90                     | 225                          |

|      |   |    |    |    |     |
|------|---|----|----|----|-----|
| 2.50 | То же   | 45 | 23 | 45 | 270 |
| 3.00 | То же   | 60 | 30 | 68 | 338 |
| 3.50 | 10 ЕД в 500 мл декстрозы или физиологического раствора (20 мЛЕД/мл) | 30 | 30 | 90 | 428 |
| 4.00 | То же   | 45 | 45 | 45 | 473 |
| 4.50 | То же   | 60 | 60 | 68 | 540 |
| 5.00 | То же   | 60 | 60 | 90 | 630 |

### Простагландины

Простагландины обладают высокой эффективностью для подготовки шейки матки во время индукции родов.

- Оцените пульс, артериальное давление и схватки у женщины, проверьте частоту сердцебиений плода. Внесите данные в партограмму (стр.А-64).
- Оцените показания к индукции.
- Простагландин E<sub>2</sub> (ПРГ<sub>2</sub>) выпускается в нескольких лекарственных формах (3 мг пессарий или 2-3 мг гель). Простагландин вводится высоко в задний свод влагалища; при необходимости введение можно повторить через 6 часов.

**Наблюдайте за сокращениями матки и частотой сердцебиений плода у всех женщин, которым проводится родовозбуждение простагландинами.**

- Прекратите использование простагландинов и начните инфузию окситоцина, если
  - произошел разрыв плодного пузыря;
  - достигнуто созревание шейки матки;
  - развилась хорошая родовая деятельность;
  - ИЛИ прошло 12 часов.

#### 1.1.1.1.1 Мизопростол

- Используйте мизопростол для подготовки шейки матки только в особых ситуациях, таких как:

- 
- тяжелая преэклампсия или эклампсия, когда шейка незрелая и безопасное кесарево сечение невозможно провести немедленно или плод глубоко недоношен для того, чтобы быть жизнеспособным;
  - Зафиксирована внутриматочная смерть плода, и у женщины не начинаются самопроизвольные роды в течение 4 недель и снижен уровень тромбоцитов.
  - Введите мизопропростол 25 мкг в задний свод влагалища. Повторите введение через 6 часов при необходимости;
  - Если нет реакции после двух доз по 25 мкг, увеличьте дозу до 50 мкг каждые 6 часов;
  - Не используйте более 50 мкг на одно введение и не превышайте общую дозу в 200 мкг.

**Не назначайте окситоцин в течение 8 часов после применения мизопростола. Наблюдайте за сокращениями матки и частотой сердцебиений плода.**

#### Катетер Фолея

Применение катетера Фолея является эффективной альтернативой использованию простагландинов для подготовки шейки матки и индукции родов. Этому методу, однако, следует избегать у женщин с явными признаками цервицита и вагинита.

**Если у женщины были указания на кровотечение или разрыв плодного пузыря или явные признаки влагалищной инфекции, не используйте катетер Фолея.**

- Оцените показания.
- Осторожно введите стерильные зеркала во влагалище.
- Удерживая катетер стерильным зажимом, осторожно проведите его через шейку матки. Убедитесь, что надувной баллончик катетера располагается выше внутреннего зева.
- Раздуйте баллончик 10 мл воды с помощью шприца.
- Сверните кольцом остальной катетер и поместите во влагалище.
- Оставьте катетер внутри до начала схваток или как минимум на 12 часов.
- Спустите баллончик до удаления катетера и затем продолжите стимуляцию окситоцином.

---

## **Родостимуляция окситоцином**

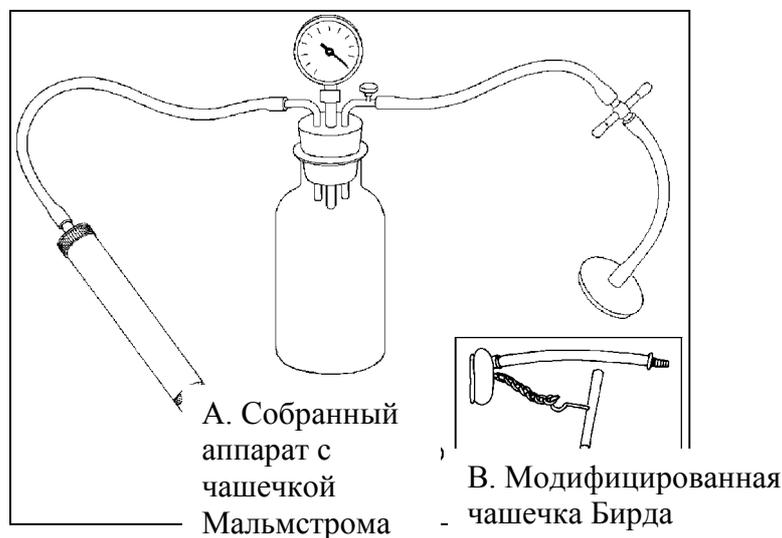
- Оцените показания.
- Вводите окситоцин, как описано для индукции родов (стр.С-19)

Примечание: Не используйте быстрое повышение концентрации окситоцина при стимуляции родов.

## ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ

На Рисунке Р-6 изображены необходимые элементы вакуумного экстрактора.

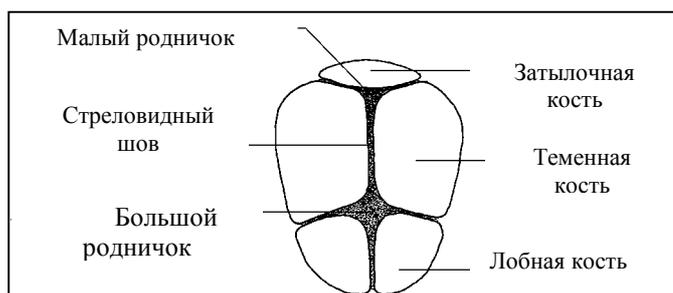
Рисунок Р - 6 Вакуумный экстрактор



- Оцените условия:
  - затылочное предлежание;
  - доношенный плод;
  - полное раскрытие шейки матки;
  - головка как минимум в 0 позиции или не более чем 2/5 головки пальпируется над симфизом.
- Проверьте все соединения и протестируйте вакуум на руке в перчатке.
- Обеспечьте эмоциональную поддержку. При необходимости проведите пудендальную анестезию (стр.С-4).
- Оцените положение головки плода ощупыванием стреловидного шва и родничков.
- Определите малый родничок (Рисунок Р 7, стр.С-26).

Рисунок Р - 7

Ориентиры на черепе плода

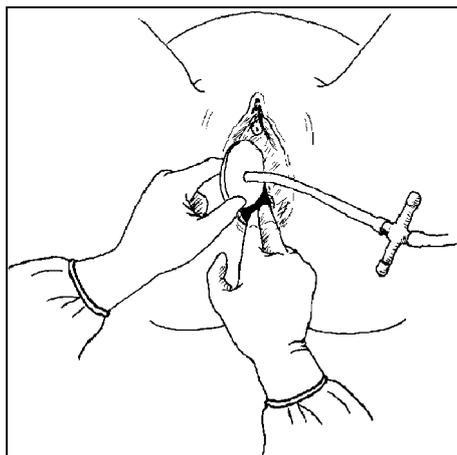


- Используйте самую большую чашечку, которая подойдет, с размещением центра чашечки над точкой сгибания, на 1 см кпереди от малого родничка. Это расположение обеспечит сгибание, опускание и внутренний поворот головки при тракциях (Рисунок Р - 8).

Рисунок Р - 8

Наложение чашечки Мальмстрёма

- Для правильного наложения чашечки может понадобиться эпизиотомия



(стр.С-66). Если в эпизиотомии нет необходимости для правильного наложения чашечки, откажитесь от эпизиотомии до момента, когда головка растянёт промежность или промежность будет мешать проведению тракций. Это позволит избежать ненужной потери крови.

- Проверьте правильность наложения чашечки. Убедитесь, что мягкие ткани матери (шейки или влагалища) не попали под чашечку.
- Используя насос, создайте разрежение до  $0,2 \text{ кг/см}^2$  отрицательного давления и проверьте правильность наложения чашечки.
- Увеличьте разрежение до  $0,8 \text{ кг/см}^2$  и проверьте правильность наложения чашечки.
- После достижения максимального отрицательного давления, начните тракции по линии оси таза и перпендикулярно чашечке. Если головка плода

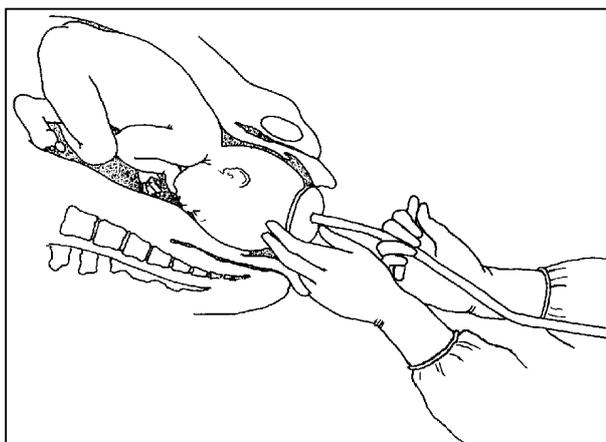
---

отклонена в одну сторону или недостаточно согнута, тракции должны быть направлены по линии, корригирующей отклонение или разгибание головки (например, в одну сторону или в другую, не обязательно по средней линии).

- При каждой схватке повторяйте тракции по линии, перпендикулярной плоскости обода чашечки (Рисунок Р - 9). Надев стерильные перчатки, держите палец на поверхности головки сразу за чашечкой на протяжении тракции для определения возможного соскальзывания и оценки опускания затылка.

Рисунок Р - 9

#### Проведение тракций



- Между схватками проверьте
  - частоту сердцебиений плода;
  - расположение чашечки.

#### Советы

- Никогда не используйте чашечку для активной ротации головки плода. Поворот головки плода должен происходить одновременно с тракцией.
- Первые тракции помогают найти наилучшее направление для тракций.
- Не продолжайте тракции в паузах между схватками и потугами.
- В случае прогресса и при отсутствии дистресса плода продолжайте извлечение максимум 30 минут.

#### Неудачи

- Вакуум-экстракцию следует считать неудачной, если
  - головка не продвигается вперед при каждой тракции;

- 
- плод не рождается после трех тракций при отсутствии его опускания или спустя 30 минут от начала процедуры;
  - чашечка соскальзывает с головки дважды при правильном направлении тракций и максимальном отрицательном давлении.
  - Каждое наложение чашечки следует рассматривать как попытку вакуум-экстракции. Не продолжайте процедуру, если нет опускания при каждом потягивании.
  - Если вакуум-экстракция не удастся, проведите ее в сочетании с симфизиотомией (см. ниже) или произведите кесарево сечение (стр.С-40).

#### *Вакуум-экстракция и симфизиотомия*

- Вакуум-экстракция может быть использована в сочетании с симфизиотомией (стр.С-49) при следующих обстоятельствах:
  - головка находится по крайней мере не выше 2 см от уровня седалищных остей или пальпируется не более чем на 3/5 над симфизом;
  - кесарево сечение не может быть реально или немедленно осуществлено;
  - врач владеет симфизиотомией и опытен;
  - одна вакуум-экстракция не удалась или предполагается ее неудача;
  - нет высокой степени диспропорции головки плода и таза матери.

#### *Осложнения*

Осложнения обычно возникают из-за несоблюдения условий применения или из-за продолжительного использования вне зависимости от временных ограничений, о которых говорилось выше.

#### *Осложнения у плода*

- Локальный отек кожи черепа (родовая опухоль) под вакуумной чашечкой не опасен и исчезает через несколько часов.
- Кефалогематома требует наблюдения и обычно исчезает в течение 3-4 недель.
- Может возникнуть ссадина кожи черепа (обычное и неопасное явление) и рваная рана. Очистите и осмотрите рану для определения необходимости наложения швов. Некроз встречается в редких случаях.
- Внутричерепное кровоизлияние встречается очень редко и требует немедленного интенсивного ухода за новорожденным.

---

*Осложнения у матери*

- Могут произойти разрывы тканей полового тракта. Внимательно осмотрите родовые пути женщины и восстановите целостность шейки матки(стр.С-76), влагалища (стр.С-77) или промежности после эпизиотомии (стр.С-70).

## АКУШЕРСКИЕ ШИПЦЫ

- Оцените условия:
  - затылочное предлежание, или передний вид лицевого предлежания, или затруднение при рождении последующей головки при родах в тазовом предлежании (стр.С-38);
  - Шейка матки полностью раскрыта;
  - Костный край головки на 2-3 см ниже седалищных остей или при абдоминальном исследовании головка в положении 0/5.

Как минимум, стреловидный шов должен находиться в прямом размере, по средней линии, гарантируя передний или задний вид затылочного предлежания.

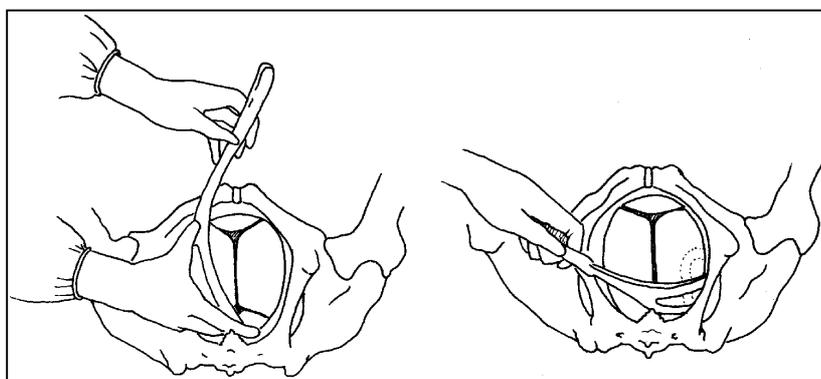
- Окажите эмоциональную поддержку. При необходимости, используйте пудендальную анестезию (стр.С-4).
- Соберите щипцы до наложения. Убедитесь, что части подходят друг к другу и хорошо закрываются.
- Смажьте lubricантом ложки щипцов.

Надев стерильные перчатки, введите 2 пальца правой руки во влагалище сбоку от головки плода. Осторожно введите левую ложку между головкой и пальцами, для размещения ее на левой стороне головки (

- Рисунок Р - 10).

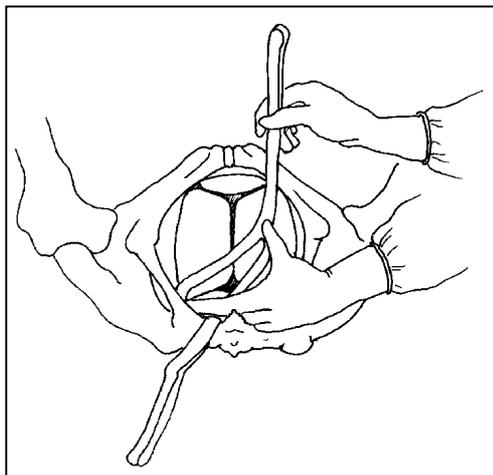
**Единственно безопасным наложением щипцов на головку является их наложение в области теменных и скуловых костей черепа плода с обеих сторон.**

Рисунок Р - 10                      Наложение левой ложки щипцов



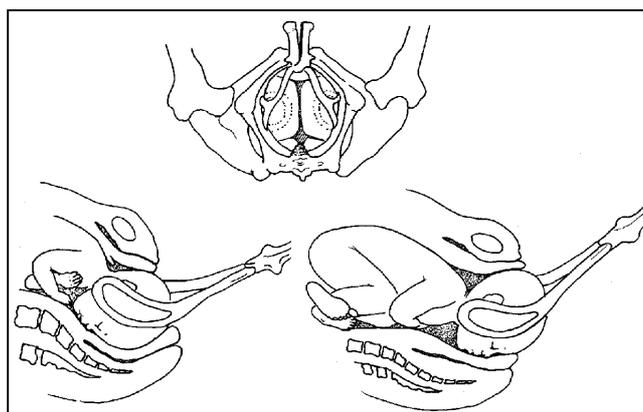
- 
- Повторите ту же манипуляцию на другой стороне, используя левую руку и правую ложку щипцов (Рисунок Р - 11).

- Рисунок Р - 11                      Наложение правой ложки щипцов



- Опустите рукоятки и замкните щипцы.
- Трудности при замыкании щипцов обычно показывают, что наложение щипцов проведено неправильно. Если это случилось, извлеките ложки и заново оцените положение головки. Снова наложите щипцы только в том случае, если ротация головки завершена.
- После замыкания щипцов используйте равномерные потягивания (тракции) в направлении проводной оси таза при каждой схватке (Рисунок Р - 12).

**Рисунок Р - 12                      Замыкание щипцов и проведение тракций**



- Между схватками проверьте
  - частоту сердцебиений плода;
  - правильность наложения щипцов.

- 
- Когда головка прорезалась, проведите адекватную эпизиотомию (стр.С-66).
  - Выведите головку медленно из влагалища между схватками.

Головка должна опускаться при каждой тракции. Для этого достаточно всего две или три тракции.

### Неудачи

- Наложение щипцов считается неудавшимся, если
  - головка плода не продвигается вперед при каждой тракции;
  - плод не рождается после трех тракций при отсутствии его опускания или спустя 30 минут от начала операции.
- Каждое наложение щипцов следует рассматривать как попытку. Не продолжайте процедуру, если нет опускания при каждой тракции.
- Если не удастся произвести родоразрешение наложением щипцов, произведите кесарево сечение (стр.С-40).

**Симфизиотомия не является выходом при неудачном наложении щипцов.**

### Осложнения

#### *Осложнения у плода*

- Необходимо обследовать новорожденного на предмет обнаружения повреждения лицевых нервов. Такие повреждения, как правило, самоограничиваются.
- Может произойти травматическое повреждение лица и кожи головы. Очистите и осмотрите рану для определения необходимости наложения швов.
- Необходимо обследовать новорожденного на предмет обнаружения переломов лицевых костей и костей черепа.

#### *Осложнения у матери*

- Могут произойти разрывы тканей полового тракта. Внимательно осмотрите родовые пути женщины и восстановите целостность шейки (стр.С-76), влагалища (стр.С-77) или промежности после эпизиотомии (стр.С-70).
- Может произойти разрыв матки и потребоваться немедленное оперативное вмешательство (стр.С-89).

---

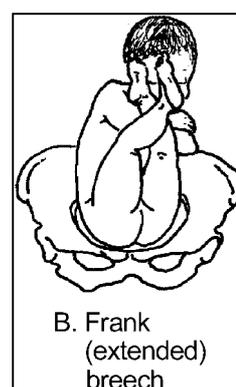
## РОДЫ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

- Оцените показания. Будьте уверены, что имеются все необходимые условия для безопасного проведения родов в тазовом предлежании.
- Следуйте основным принципам оказания помощи (стр.А-17) и начните внутривенную инфузию (стр.А-22).
- Окажите эмоциональную поддержку. При необходимости используйте пудендальную анестезию (стр.С-4).
- Проводите все манипуляции бережно, без применения силы.

### Полное или неполное ягодичное предлежание

Рисунок Р - 13

Ягодичное предлежание



А. Полное (смешанное) ягодичное предлежание

В. Неполное (чисто ягодичное) ягодичное предлежание

### Рождение ягодиц и ножек

- Как только ягодицы выступили во влагалище и шейка полностью раскрылась, попросите женщину тужиться при схватках.
- Если промежность плохо растяжима, проведите эпизиотомию (стр.С-66)
- Позвольте ягодицам рождаться самостоятельно, пока не будет видна нижняя часть спины и затем нижний угол лопаток.
- Осторожно удерживайте ягодицы одной рукой, но не тяните.
- Если ножки не рождаются самостоятельно, высвободите их по одной:
  - надавите сзади колена для сгибания бедра;
  - захватите лодыжку и извлеките стопку и ножку;

- повторите то же самое для другой ножки.

**Не тяните ребенка, пока рождаются ножки.**

- Удерживайте ребенка за бедра, как показано на Рисунке Р-14. Не держите ребенка за бока или живот, так как при этом можно повредить почки или печень ребенка.

**Рисунок Р - 14**                      **Удерживайте ребенка за бедра, но не тяните**



Рождение ручек

*Ручки ощущаются на груди*

- Позвольте ручкам высвободиться самостоятельно одной за другой. Помогайте только при необходимости.
- После самостоятельного рождения первой ручки, поднимите ягодицы вперед к животу матери для того, чтобы дать возможность второй ручке родиться самостоятельно.
- Если ручка не рождается самостоятельно, положите один или два пальца на локтевой сгиб и согните ручку, проведя ее вниз через лицо ребенка.

*Ручки вытянуты за головку или обвиты вокруг шеи*

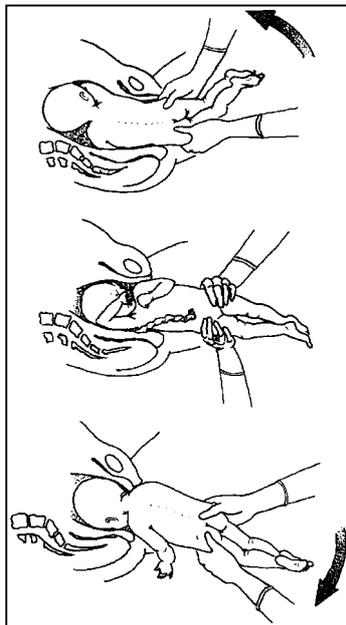
Используйте прием Ловсета (Рисунок Р - 15):

- захватите ребенка за бедра и поверните его на пол-оборота, удерживая спинку сверху и одновременно потягивая его вниз, так чтобы ручка, которая находилась сзади, стала бы передней и смогла родиться под лонной дугой;
- помогите рождению ручки, положив один или два пальца на верхнюю ее часть. Опустите ручку вниз через грудку при согнутом локте с кистью, проведенной через лицо;

- 
- для рождения второй ручки поверните ребенка назад на пол-оборота, удерживая спинку сверху, и, потягивая его вниз, высвободите вторую ручку тем же путем из-под лонного сочленения.

Рисунок Р - 15

Прием Ловсега



*Тело ребенка не поворачивается*

Если тело ребенка не удастся повернуть для рождения ручки, находящейся спереди, первой, высвободите то плечо, которое находится сзади (Рисунок Р 16):

- захватите и поднимите ребенка за лодыжки;
- сдвиньте грудь ребенка по направлению к внутренней поверхности ноги женщины. Плечико, расположенное сзади, должно родиться;
- выведите ручку;
- опустите ребенка назад за лодыжки. Теперь должно родиться плечико, которое расположено спереди;
- выведете ручку.



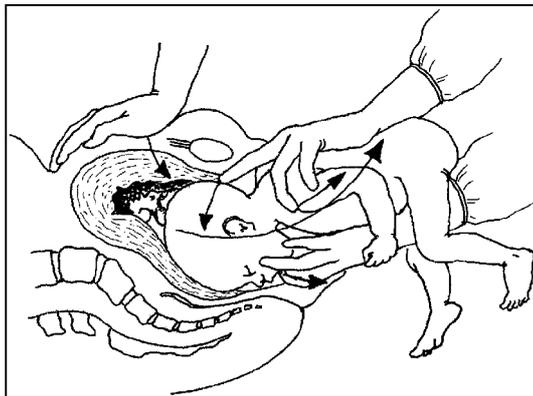
### *Рождение головки*

Помогите рождению головки, используя прием Морис-Смелли-Вейта (Рисунок Р - 17):

- положите тело ребенка лицом вниз поверх вашей ладони и предплечья;
- положите указательный и безымянный пальцы этой руки на скуловые кости ребенка и средний палец в рот ребенка для отведения челюсти вниз и сгибания головки;
- используйте другую руку для захвата плечиков ребенка;
- двумя пальцами верхней руки осторожно согните головку ребенка по направлению к груди, пока приложенное снизу давление на челюсть не выведет головку плода вниз до появления границы волосяной линии;
- потяните осторожно для рождения головки.

Примечание: Попросите ассистента надавить над лонным сочленением матери одновременно с рождением головки. Это поможет удержать головку ребенка согнутой.

- Поднимите ребенка, удерживая руки по разным сторонам головки, до высвобождения ротика и носа.



*Затруднение (невозможность) выведения головки*

- Катетеризируйте мочевой пузырь.
- Держите ассистента наготове для удержания ребенка, пока накладываются длинные щипцы или щипцы Пипера.
- Убедитесь, что шейка полностью раскрыта.
- Заверните тело ребенка в ткань или полотенце и отведите тело ребенка кверху.
- Введите левую ложку щипцов.
- Введите правую ложку щипцов и закройте замок.
- Используйте щипцы для сгибания головки плода и рождения головки.
- Если щипцы использовать невозможно, надавите над лобком матери для сгибания головки ребенка и вытолкните ее через таз.

Ножное предлежание

В случае ножного предлежания (Рисунок Р 19) родоразрешение обычно проводится посредством кесарева сечения (стр.С-40).

---

**Рисунок Р - 19 Неполное ножное предлежание, предлежит одна ножка разогнутая в коленном и тазобедренном суставах**



- Проводите влагалищные роды при ножном предлежании только в случаях
  - поступления женщины с активной родовой деятельностью при полностью раскрытой шейке матки;
  - преждевременных родов, если недоношенный ребенок не может быть жизнеспособным после рождения;
  - рождения второго (последующего) ребенка при многоплодной беременности.
- Для проведения влагалищного родоразрешения
  - захватите лодыжки ребенка одной рукой;
  - если предлежит только одна стопка, введите руку (в стерильной перчатке) во влагалище и осторожно низведите вторую ножку вниз;
  - осторожно потяните ребенка вниз за лодыжки;
  - ведите роды до появления ягодиц;
  - после этого перейдите к рождению ручек (стр.С-35).

#### Извлечение плода за тазовый конец

- Надев стерильные перчатки, введите руку в матку и захватите ножку ребенка.
- Удерживайте ножку и низведите ее через влагалище.
- Продолжайте прикладывать усилие при тракции ножки, пока не станут видимыми ягодицы.
- После этого перейдите к рождению ручек (стр.С-35).
- Назначьте разовую дозу профилактических антибиотиков после извлечения плода за тазовый конец (стр.А-35):
  - ампициллин 2 г в/в ПЛЮС метронидазол 500 мг в/в;
  - ИЛИ цефазолин 1г в/в ПЛЮС метронидазол 500мг в/в.

---

## Послеродовой уход

- Отсосите содержимое носа и рта ребенка.
- Пережмите и перережьте пуповину.
- Введите матери окситоцин 10 ЕД в/м в течение 1 минуты после родов и продолжайте активное ведение третьего периода родов (стр.А-74).
- Внимательно осмотрите родовые пути женщины и восстановите целостность шейки матки (стр.С-76), влагалища (стр.С-77) или промежности после эпизиотомии (стр.С-70).

## Кесарево сечение

**Примечание: ЕРБ ВОЗ рекомендует применение метода (Misgav Ladach) при выполнении кесарева сечения.**

- Оцените показания. Убедитесь, что влагалищные роды невозможны.
- Проверьте, жив ли плод, выслушиванием сердцебиения плода и определите предлежание.
- Следуйте правилам проведения оперативных вмешательств (стр.А-47).
- Используйте местную инфильтрацию раствором лигнокаина (стр.С-8), анестезию кетаминот (стр.С-13), спинальную анестезию (стр.С-11) или общую анестезию:
  - местная анестезия является безопасной альтернативой общей, кетаминотой или спинальной анестезии в тех случаях, когда эти анестетики или специалисты, обученные ими пользоваться, отсутствуют;
  - использование местной анестезии при кесаревом сечении требует от врача, чтобы он разговаривал с женщиной и успокаивал ее во время операции. Врач должен использовать инструменты и касаться тканей очень осторожно, помня о том, что женщина в сознании и насторожена.

Примечание: При сердечной недостаточности используйте местную инфильтрационную анестезию в сочетании с седацией. Избегайте использования спинальной анестезии.

- Начните в/в инфузию (стр.А-22).
- Показаниями к проведению корпорального кесарева сечения (стр.С-47) являются
  - недоступность нижнего сегмента матки вследствие плотных спаек от предыдущего кесарева сечения;

- поперечное положение плода (со спинкой обращенной вниз), когда разрез нижнего сегмента матки не может быть произведен безопасно;
  - пороки развития плода (например, сращенные близнецы);
  - большая фиброма в нижнем сегменте матки;
  - выраженная васкуляризация нижнего сегмента матки из-за предлежания плаценты;
  - карцинома шейки матки.
- Если головка ребенка глубоко опустилась в таз при абсолютно клинически узком тазе, подготовьте влагалище перед проведением кесарева сечения (стр.А-22).
  - Слегка наклоните операционный стол влево или положите подушку (свернутую простыню) под нижнюю часть спины женщины справа для уменьшения проявлений синдрома сдавления нижней полой вены.

#### Вскрытие брюшной полости

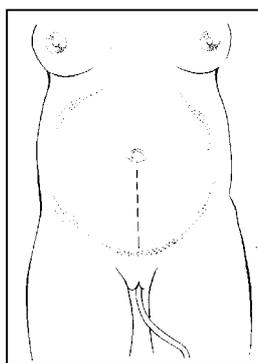
Если вы выбираете вертикальное кесарево сечение, то:

- Проведите вертикальный разрез по средней линии живота ниже пупка до границы лобковых волос через кожу до уровня апоневроза (Рисунок Р - 20).

Примечание: Если кесарево сечение проводится под местной анестезией, сделайте срединный разрез длиннее на 4 см, чем если бы он делался под общей анестезией. Разрез по Пфанненштилю не должен быть применен, так как он отнимает больше времени, края раны хуже разводятся и требуется большее количество анестетика.

**Рисунок Р - 20**

**Место разреза брюшной стенки**



- Сделайте вертикальный разрез апоневроза длиной 2-3 см.
  - Держа апоневроз за край зажимами, удлините разрез вверх и вниз, используя ножницы.
  - При помощи пальцев или ножниц отделите прямые мышцы живота (мышцы передней брюшной стенки).
  - При помощи пальцев сделайте отверстие в брюшине рядом с пупком. При помощи ножниц удлините разрез вверх и вниз для того, чтобы увидеть всю матку. Осторожно используя ножницы, чтобы не повредить мочевого пузыря, раздвиньте ткани и откройте нижнюю часть брюшной полости.
- Вставьте пузырьный ретрактор над лобковой костью.

- Приподнимите зажимом свободный листок брюшины, покрывающий переднюю поверхность нижнего сегмента матки, и разрежьте его ножницами.
- Расширьте разрез, поместив ножницы между маткой и свободной серозной оболочкой, и сделайте поперечный разрез примерно по 3 см в обе стороны.
- Двумя пальцами сдвиньте мочевой пузырь вниз от нижнего сегмента матки. Введите пузырьный ретрактор над лобковой костью и мочевым пузырем.

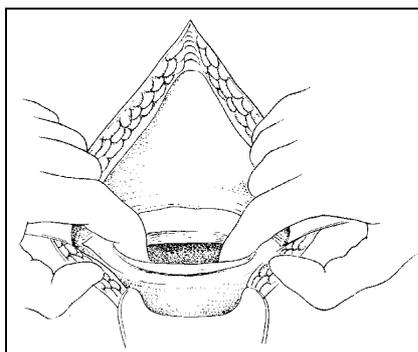
#### Вскрытие полости матки

- Сделайте скальпелем поперечный разрез в нижнем сегменте матки длиной 3 см. Он должен быть на 1 см ниже места разреза пузырно-маточной складки, сделанного для сдвигания вниз мочевого пузыря.
- Расширьте разрез, расположив пальцы на краях разреза, осторожно растягивая его вверх и в стороны. (Рисунок Р - 21).
- Если нижний сегмент матки толстый и узкий, сформируйте разрез полукруглой формы, используя ножницы, а не пальцы, с тем чтобы избежать продления разреза на сосуды матки.

**Важно чтобы разрез при вскрытии полости матки был достаточно большим для рождения головы и тела ребенка без разрывов краев разреза.**

Рисунок Р - 21

Расширение разреза на матке



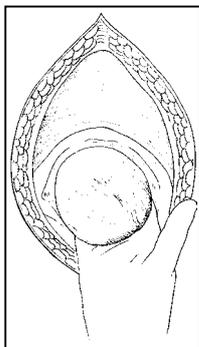
#### Рождение ребенка и плаценты

- Для рождения ребенка введите одну руку в полость матки между стенкой матки и головкой ребенка.
- Захватите и согните голову пальцами.
- Осторожно выведите головку ребенка через разрез (Рисунок Р - 22, стр.С-43), следя за тем, чтобы не разорвать края разреза вниз по направлению к шейке матки.
- Другой рукой бережно надавите на живот над верхней частью матки для того, чтобы помочь при рождении головки.
- Если головка ребенка опустилась глубоко в таз или влагалище, попросите ассистента (в стерильных перчатках) проникнуть во влагалище и

---

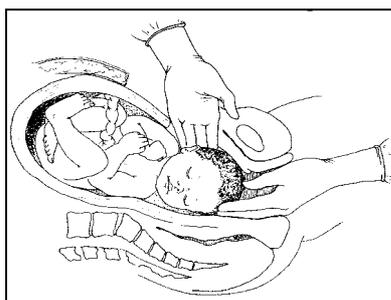
подтолкнуть головку ребенка вверх через влагалище. Затем поведите и высвободите головку (Рисунок Р - 23).

**Рисунок Р - 22**                      **Рождение головки ребенка**



**Рисунок Р - 23**                      **Рождение головки, опустившейся глубоко в таз**

- Отсосите отсосом содержимое носа и рта ребенка после рождения.



- Высвободите плечики и тело.
- Назначьте раствор окситоцина 20 ЕД в 1 л раствора в/в (физиологического раствора или лактата Рингера) со скоростью 60 капель в минуту в течение 2 часов.
- Пережмите и перережьте пуповину.
- Передайте ребенка ассистенту для оказания первичной помощи (стр.А-76).
- Назначьте разовую дозу профилактических антибиотиков после пережатия и пересечения пуповины (стр.А-35):
  - ампициллин 2 г в/в;
  - ИЛИ цефазолин 1г в/в.
- Осторожно потягивайте за пуповину и массируйте (поглаживайте) матку через живот.
- Произведите удаление плаценты и оболочек.

---

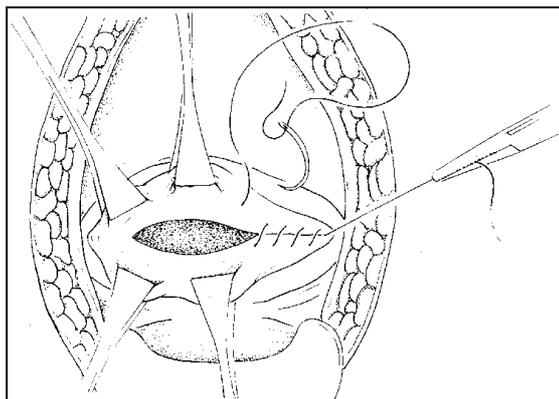
## Ушивание разреза матки

**Примечание:** Если при кесаревом сечении обнаружена матка Кювелера (отечная и пропитанная кровью), зашейте матку обычным способом и наблюдайте.

- Захватите углы разреза на матке зажимами.
- Захватите нижний край разреза зажимами. Убедитесь, что он отделен от мочевого пузыря.
- Внимательно осмотрите любые продолжения разреза на матке.
- Ушейте разрез и его любые продолжения непрерывным швом с накидом хромированным кетгутом (или полигликолевой нитью) №0 (Рисунок Р - 24).
- При продолжающемся кровотечении из места разреза ушейте его 8-образным швом. Нет необходимости в рутинном наложении второго ряда швов на разрез матки.

Рисунок Р - 24

Ушивание разреза матки



## Ушивание брюшной полости

- Внимательно осмотрите линию разреза матки перед ушиванием брюшной полости. Убедитесь, что нет кровотечения и матка плотная. Используйте тампоны для удаления сгустков из брюшной полости.
- Внимательно осмотрите мочевой пузырь и восстановите найденные повреждения (стр.С-91).
- Ушейте апоневроз непрерывным швом хромированным кетгутом (или полигликолевой нитью) №0.

**Примечание:** Нет необходимости в ушивании пузырно-маточной складки и ушивании париетальной брюшины.

- 
- Если есть признаки инфекции, затампонируйте подкожные ткани и наложите свободный шов кетгутом (или полигликолевой нитью) №0. Ушейте кожу отсроченным швом после исчезновения признаков инфекции.
  - Если нет признаков инфекции, зашейте кожу вертикальным матрасным швом 3-0 нейлоном (или шелком) и наложите стерильную повязку.
  - Осторожно надавите на живот поверх матки для удаления сгустков из матки и влагалища.

#### Проблемы во время операции

##### *Неконтролируемое кровотечение*

- Проведите массаж матки.
- Если матка атоничная, продолжите переливание окситоцина и введите эргометрин 0,2 мг в/м и простагландины, если это возможно. Эти препараты могут быть применены вместе или последовательно (Таблица S- 8, стр.В-29).
- При необходимости перелейте кровь (стр.А-24).
- Попросите ассистента надавить пальцами на аорту для уменьшения кровотечения до нахождения источника кровотечения и остановки кровотечения.
- Если кровотечение неконтролируемое, произведите перевязку маточной и маточно-яичниковой артерии (стр.С-93) или гистерэктомию (стр.С-94).

##### *Плод в тазовом предлежании*

- Если предлежание плода тазовое, захватите ножку и извлеките ее через разрез.
- Завершите роды как вагинальные в случае тазового предлежания (стр.С-34):
  - Высвободите ножки и тело до нижнего угла лопаток, затем высвободите ручки;
  - Согните головку, используя прием Морис-Смелли-Вейта(стр.С-37).

##### Положение плода поперечное

##### *Спинка плода сверху*

- Если спинка плода находится сверху (около верхнего полюса матки), войдите в матку и найдите лодыжки ребенка.
- Захватите лодыжки и потяните осторожно через разрез для высвобождения бедер и закончите роды, как при тазовом предлежании (стр.С-35).

---

### *Спинка плода внизу*

- Если спинка плода повернута книзу, наиболее подходящим является корпоральный разрез матки (стр.С-47).
- После проведения разреза, войдите в матку и найдите ножки. Потяните их через разрез и завершите роды, как при тазовом предлежании (стр.С-35).
- При ушивании вертикального разреза вы должны будете наложить нескольких рядов швов (стр.С-47).

### *Предлежание плаценты*

- Если вы столкнулись с низким расположением плаценты по передней стенке, произведите разрез через нее и извлеките плод.
- Если после рождения ребенка плацента не отделяется рукой, диагностируется приращение плаценты, что наблюдается часто на месте рубца от предыдущего кесарева сечения. Произведите гистерэктомию (стр.С-94).
- У женщин с предлежанием плаценты высок риск развития послеродового кровотечения. Если есть кровотечение из места прикрепления плаценты, прошейте его швами из хромированного кетгута (или полигликолевой нитью).
- Следите за кровотечением в раннем послеоперационном периоде и принимайте соответствующие меры (стр.В-26).

### *Послеоперационный уход*

- Следуйте принципам послеоперационного ухода (стр.А-52).
- Если наблюдается кровотечение,
  - проведите массаж матки для удаления крови и кровяных сгустков. Задержка кровяных сгустков препятствует эффективным сокращениям матки;
  - перелейте окситоцин 20 ЕД в 1 л растворов в/в (физиологическом растворе или лактате Рингера) со скоростью 60 капель в минуту и введите эргометрин 0,2 мг в/м и простагландины. Эти лекарства могут быть применены вместе или последовательно (Таблица S- 8, стр.В-29).
- Если есть признаки инфекции или у женщины высокая температура, назначьте комбинацию антибиотиков до момента, пока у нее будет нормальная температура в течение 48 часов (стр.А-35):
  - ампициллин 2 г в/в каждые 6 часов;
  - ПЛЮС гентамицин 5 мг/кг веса в/в каждые 24 часа;
  - ПЛЮС метронидазол 500 мг в/в каждые 8 часов.

- 
- Назначьте подходящие анальгетики (стр.А-37).

Корпоральное кесарево сечение. Высокий вертикальный «Классический» разрез

- Откройте живот срединным разрезом, огибая пупок. Приблизительно треть разреза должна быть выше пупка, а 2/3 ниже.
- Сделайте разрез матки скальпелем:
  - определите положение круглых связок и убедитесь, что разрез проходит по средней линии (матка может быть сдвинута в сторону);
  - проведите разрез матки по средней линии через дно матки;
  - разрез должен быть приблизительно 12-15 см длиной и нижний его конец должен не доходить до маточно-пузырной складки брюшины.
- Попросите ассистента надавить на края разреза, чтобы контролировать кровотечение.
- Продолжите разрез до уровня плодного пузыря и затем расширьте разрез ножницами.
- После вскрытия плодного пузыря захватите стопки ребенка и извлеките его.
- Удалите плаценту и плодные оболочки.
- Захватите края разреза зажимами Аллиса.
- Ушейте разрез, используя как минимум три ряда швов:
  - наложите первый ряд швов близко к полости матки, но не прошивая децидуальную оболочку матки, используя непрерывный шов из хромированного кетгута (или полигликолевой нити) №0;
  - наложите второй ряд швов, используя отдельные швы, хромированным кетгутом № 1 (или полигликолевой нитью), на мышечный слой матки;
  - ушейте поверхностную соединительную ткань и серозную оболочку непрерывным швом из хромированного кетгута (или полигликолевой нитью) №0, используя атравматическую иглу.
- Ушейте переднюю брюшную стенку, как при кесаревом сечении в нижнем сегменте (стр.С-44).

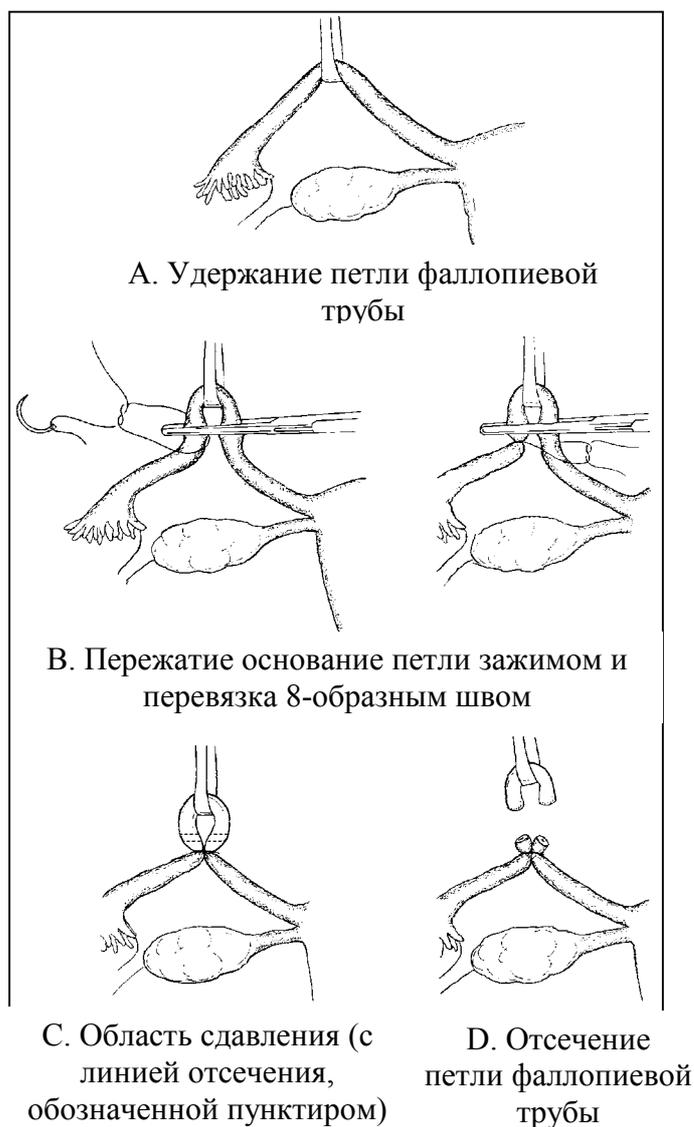
**Женщине не должна рожать самостоятельно при последующих беременностях.**

---

## Перевязка маточных труб при кесаревом сечении

Перевязка маточных труб должна быть проведена сразу после кесарева сечения, если женщина просила о проведении такой процедуры до начала родов (во время родовых посещений). Соответствующая консультация, информация для принятия решения и получение согласия должны предшествовать добровольному проведению процедуры стерилизации; все это зачастую невозможно осуществить в ходе родов и родоразрешения.

- Проверьте наличие согласия пациентки.
- Захватите наименее васкуляризованную среднюю часть фаллопиевой трубы зажимом Беккока или Аллиса.
- Сформируйте и удерживайте петлю трубы длиной 2,5 см (Рисунок Р 25А, стр.С-49).
- Сдавите основание петли сосудистым зажимом и перевяжите ее простой кетгутовой лигатурой №0 (Рисунок Р 25В, стр.С-49)
- Отсеките петлю (сегмент длиной 1 см) по сдавленной области (Рисунок Р 25С-Д)
- Повторите процедуру с другой стороны.



## Симфизиотомия

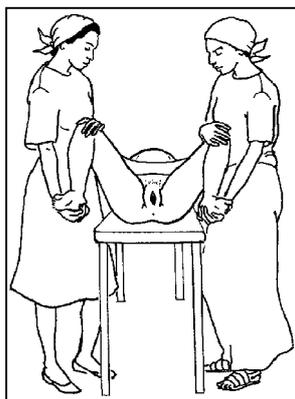
Симфизиотомия представляет собой временное увеличение размеров таза (на 2 см) за счет хирургического разделения связок симфиза под местной анестезией. Эту процедуру следует проводить только в сочетании с вакуум-экстракцией плода (стр.С-26). Симфизиотомия в сочетании с вакуум-экстракцией является жизнесохраняющей процедурой там, где кесарево сечение невыполнимо или не может быть произведено немедленно. Симфизиотомия не оставляет шва на матке и не увеличивает риск разрыва матки при будущих родах.

Все эти плюсы, однако, необходимо сравнить с рисками проведения процедуры. Риски заключаются в возможности повреждения уретры и мочевого пузыря, инфекции, боли и длительном затруднении при ходьбе. Таким образом, симфизиотомия должна быть проведена только при отсутствии безопасной альтернативы.

- Оцените показания:

- 
- узкий таз;
  - затылочное предлежание;
  - затянувшийся второй период родов;
  - отсутствие опускания головки после правильно проведенной родостимуляции;
  - и неудача или предполагаемая неудача проведения одной вакуум-экстракции.
  - Оцените условия для проведения симфизиотомии:
    - живой плод;
    - полное раскрытие шейки матки;
    - головка в положении –2 (на 2 см выше седалищных остей), но не более чем 3/5 головки пальпируется над симфизом;
    - головка не выходит за края симфиза;
    - кесарево сечение невыполнимо или не может быть произведено немедленно;
    - врач подготовлен и опытен в проведении симфизиотомии.
  - Соблюдайте основные принципы оказания помощи (стр.А-17).
  - Оказывайте эмоциональную поддержку. Используйте местную инфильтрационную анестезию лигнокаином (стр.А-38).
  - Попросите двух ассистентов держать ноги женщины согнутыми в тазобедренных и коленных суставах. Бедра должны быть отведены не более чем на 45° от средней линии (Рисунок Р 26, стр.С-51).

**Отведение бедер более чем на 45° от средней линии может привести к разрывам уретры и мочевого пузыря.**



- Проведите срединно-латеральную эпизиотомию (стр.С-66). Если эпизиотомия уже проведена, расширьте ее для минимизации натяжения стенок влагалища и уретры.
- Инфильтрируйте переднюю, верхнюю и нижнюю поверхности симфиза 0,5% раствором лигнокаина (стр.А-39).

Примечание: Потяните поршень шприца назад и убедитесь, что вы не попали в сосуд. Если при потягивании поршня назад в шприце появилась кровь, удалите иглу. Осторожно поменяйте позицию иглы и повторите попытку. Никогда не вводите лигнокаин, если в шприце появляется кровь. У женщины могут возникнуть судороги и наступить смерть, если произошло в/в введение лигнокаина.

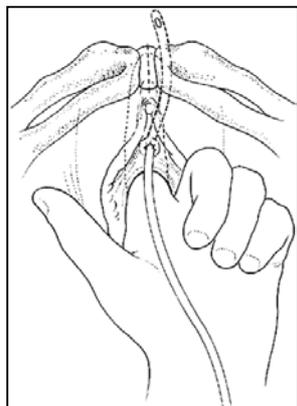
- После завершения инъекции подождите 2 мин и затем ущипните место предполагаемого разреза зажимом. Если женщина чувствует щипок, подождите 2 минуты и повторите тест.

**Должный эффект анестезии обеспечивается заблаговременным ее проведением.**

- Введите твердый катетер в уретру для ее идентификации.
- Обработайте кожу надлобковой области антисептическим раствором (стр.А-22).
- Надев стерильные перчатки, введите указательный палец во влагалище и сместите катетер и вместе с ним уретру в сторону от средней линии (Рисунок Р 27).

Рисунок Р - 27

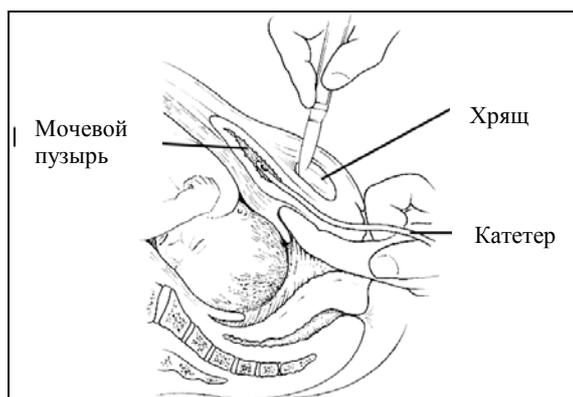
### Смещение уретры в сторону после введения катетера



- Другой рукой, используя толстый скальпель с твердым лезвием, сделайте вертикальный вкол над симфизом.
- Придерживаясь средней линии, проведите разрез скальпелем вниз через хрящ, соединяющий обе лонные кости, до ощущения давления от скальпеля пальцем во влагалище.
- Разрежьте хрящ вниз до основания симфиза, а затем, повернув лезвие, разрежьте его до верхушки.
- После того, как симфиз будет разрезан по всей своей длине, лонные кости разойдутся.

Рисунок Р - 28

### Рассечение хряща



- После разделения хряща удалите катетер для уменьшения травмы уретры.
- Проведите родоразрешение посредством вакуум-экстракции (стр.С-26). Опускание головки приведет к разделению симфиза на 1 или 2 см.
- После родов катетеризируйте мочевой пузырь самофиксирующимся катетером.

Нет необходимости в ушивании колотого разреза, если нет кровотечения.

### Послеоперационный уход

- Если есть признаки инфекции или у женщины высокая температура, назначьте комбинацию антибиотиков до момента, пока у нее будет нормальная температура в течение 48 часов (стр.А-35):
  - ампициллин 2 г в/в каждые 6 часов;

- 
- ПЛЮС гентамицин 5 мг/кг веса в/в каждые 24 часа;
  - ПЛЮС метронидазол 500 мг в/в каждые 8 часов.
  - Назначьте подходящие анальгетики (стр.А-37).
  - Наложите эластичный бинт через переднюю поверхность таза от одного подвздошного гребня до другого для фиксации симфиза и уменьшения боли.
  - Оставьте катетер в мочевом пузыре минимум на 5 дней.
  - Рекомендуйте женщине пить много жидкости для обеспечения достаточного выделения мочи.
  - Рекомендуйте постельный режим в течение 7 дней после выписки из госпиталя.
  - Рекомендуйте женщине начать прогулки с помощником, как только она будет готова сделать это.
  - Если отмечаются длительные затруднения и боль при ходьбе (имеет место в 2% случаев), проведите физиотерапевтическое лечение.

## **Краниотомия и краниоцентез**

В определенных случаях - при абсолютно клинически узком тазе и мертвом плоде - уменьшение размера головки плода краниотомией делает возможными влагалищные роды и позволяет избежать риска, связанного с проведением кесарева сечения. Краниоцентез может быть использован для уменьшения размера гидроцефалической головки плода и делает возможными влагалищные роды.

- Обеспечьте эмоциональную поддержку. При необходимости назначьте диазепам в/в медленно и произведите пудендальную анестезию (стр.С-4).

### **Краниотомия (перфорация головки)**

- Оцените показания.
- Соблюдайте основные принципы оказания помощи (стр.А-17) и обработайте влагалище антисептическим раствором (стр.А-22)
- При необходимости проведите эпизиотомию (стр.С-66).

### *Головное предлежание*

- Сделайте крестообразный разрез на коже черепа (Рисунок Р-28).

**Рисунок Р - 29**

**Крестообразный разрез на коже черепа**

- Вскройте свод черепа в самой нижней и расположенной ближе к центру точке краниотомом (или большими остроконечными ножницами, или

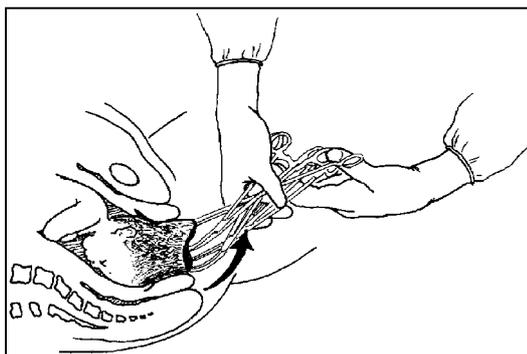


большим скальпелем). При лицевом предлежании перфорируйте глазницы.

- Введите краниотом внутрь черепа плода и разружьте его содержимое.
- Захватите края черепа несколькими зубчатыми зажимами (например, Кохера) и примените тракцию, направление которых соответствует оси родового канала (Рисунок Р-29).

**Рисунок Р - 30**

**Извлечение головки**



- При опускании головки давление со стороны костей таза приведет к спаданию черепа и уменьшению его диаметра.
- Если вывести головку легко не удастся, произведите кесарево сечение (стр.С-40)
- После родов внимательно осмотрите родовые пути женщины и восстановите целостность шейки (стр.С-76), влагалища (стр.С-77) или промежности после эпизиотомии (стр.С-70).
- Оставьте самофиксирующийся катетер в мочевом пузыре до момента, пока вы не убедитесь в отсутствии повреждений пузыря.
- Обеспечьте адекватный прием жидкости и мочеотделение.

*Тазовое предлежание с затрудненным (невозможным) выведением головки*

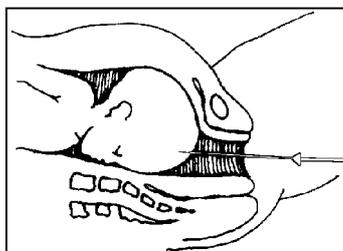
- Произведите разрез кожи у основания шеи.

- Введите краниотом (или большие остроконечные ножницы или большой скальпель) через разрез и пройдите подкожно до затылка.
- Перфорируйте затылок и расширьте отверстие, насколько это возможно.
- Потяните за туловище чтобы обеспечить спадание черепа в процессе опускания головки.

#### Краниоцентез (пункция головки)

- Оцените показания.
- Соблюдайте основные принципы оказания помощи (стр.А-17) и обработайте влагалище антисептическим раствором (стр.А-22).
- При необходимости произведите большую эпизиотомию (стр.С-66).
- Полное раскрытие шейки матки
- Проведите спинальную иглу большого диаметра через раскрытую шейку матки, через стреловидный шов или роднички в череп плода (Рисунок Р-30).
- Удалите отсосом спинномозговую жидкость до спадания черепа плода и позвольте продолжаться нормальным родам .

**Рисунок Р - 31                    Краниоцентез при раскрытой шейке матки**



#### *Закрытая шейка*

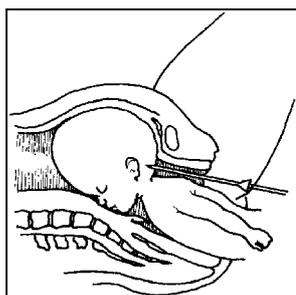
- Прощупайте положение головки плода.
- Обработайте надлобковую область антисептическим раствором (стр.А-22).
- Пройдите спинальной иглой большого диаметра через брюшную стенку и стенку матки в гидроцефалический череп.
- Удалите отсосом спинномозговую жидкость до спадания черепа плода и позвольте продолжаться нормальным родам.

---

### *Последующая головка при тазовом предлежании*

- После высвобождения туловища плода введите спинальную иглу большого диаметра через раскрытую шейку и большое затылочное отверстие (Рисунок Р-31).
- Удалите отсосом спинномозговую жидкость и высвободите последующую головку, как при тазовом предлежании (стр.С-37).

**Рисунок Р - 32**                    **Краниоцентез последующей головки**



### *В ходе кесарева сечения*

- После проведения разреза матки проведите спинальную иглу большого диаметра через гидроцефалический череп.
- Удалите отсосом спинномозговую жидкость до спадания черепа плода.
- Высвободите плод и плаценту, как при кесаревом сечении (стр.С-42).

### *Послеоперационный уход*

- После родов внимательно осмотрите родовые пути женщины и восстановите целостность шейки (стр.С-76), влагалища (стр.С-77) или промежности после эпизиотомии (стр.С-70).
- Оставьте самофиксирующийся катетер в мочевом пузыре до момента, пока вы не убедитесь в отсутствии повреждений пузыря.
- Обеспечьте адекватный прием жидкости и мочеотделение.

## **Расширение цервикального канала и выскабливание содержимого полости матки**

Предпочтительным методом удаления содержимого матки является ручная вакуумная аспирация (стр.С-61). Расширение цервикального канала и выскабливание полости матки может быть использовано только в случае, если невозможно осуществить ручную вакуумную аспирацию.

- 
- Оцените показания (стр.С-61).
  - Соблюдайте основные принципы оказания помощи (стр.А-17).
  - Обеспечьте женщине эмоциональную поддержку и введите петидин в/м или в/в до начала процедуры. При необходимости используйте парацервикальную анестезию (стр.С-2).
  - Назначьте окситоцин 10 ЕД в/м или эргометрин 0,2 мг в/м до начала процедуры для обеспечения повышения тонуса миометрия и уменьшения риска его перфорации.
  - Проведите бимануальное влагалищное исследование для оценки размеров и положения матки и состояния сводов.
  - Обработайте влагалище и шейку антисептическим раствором (особенно область наружного зева) (стр.А-22).
  - Осмотрите шейку на наличие разрывов или родившихся частей зародыша. Если части зародыша находятся во влагалище или шейке, удалите их, используя круглые (окончатые) зажимы.
  - Осторожно захватите переднюю губу шейки пулевым или однозубчатым зажимом (

---

Рисунок Р - 33, стр.С-59).

Примечание: При неполном аборте круглые (окончатые) зажимы предпочтительнее, так как они меньше, чем зубчатые зажимы, повреждают шейку при подтягивании и наложение их не требует введения лигнокаина.

- При использовании зубчатого зажима для захвата шейки сначала введите 1 мл 0,5% раствора лигнокаина в переднюю или заднюю губу шейки матки, обнаженной в зеркалах (обычно раствор вводится в положении на 10 или 12 часов).
- В расширении цервикального канала есть необходимость в случае замершей беременности или когда оставшиеся части зародыша задержались в матке на несколько дней:
  - осторожно введите широкую канюлю или кюретку;
  - используйте расширители Гегара, только если канюля или кюретка сразу не проходят в шейечный канал. Начните с малого расширителя и закончите наибольшим расширителем, который обеспечивает адекватное расширение (обычно 10-12 мм) цервикального канала (Рисунок Р 34, стр.С-59);
  - позаботьтесь, чтобы шейка не была повреждена и не было сделано ложное отверстие.

Рисунок Р - 33

**Введение зеркала и удержание передней губы шейки матки**

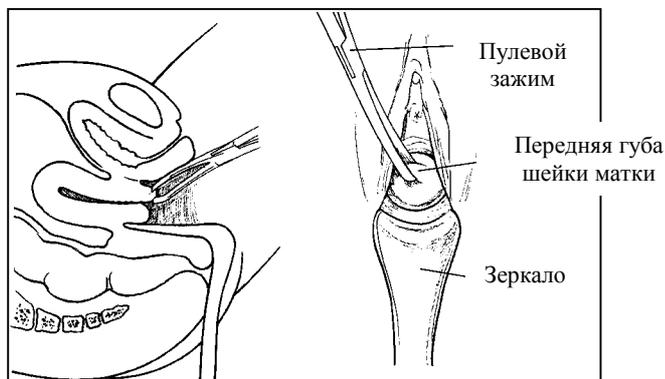
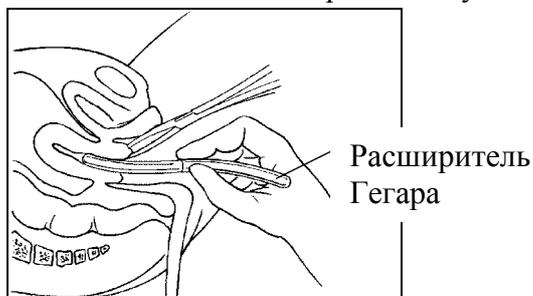


Рисунок Р - 34

**Расширение цервикального канала**

- Осторожно введите маточный зонд через шейку для оценки длины и



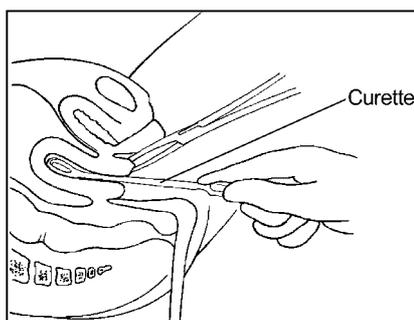
положения матки.

**Матка становится очень мягкой во время беременности и может быть легко повреждена в ходе этой процедуры.**

- Эвакуируйте содержимое матки с помощью окончатого зажима или большой кюретки (Рисунок Р-34). Осторожно выскабливайте стенку матки до появления характерного ощущения.

Рисунок Р - 35

**Выскабливание матки**



- 
- Произведите бимануальное влагалищное исследование для определения размера и плотности матки.
  - Обследуйте эвакуированный материал (стр.С-62). При необходимости отправьте материал на гистопатологическое исследование.

#### Послеоперационный уход

- При необходимости назначьте парацетамол 500 мг перорально.
- Убедите женщину питаться, пить и вести себя по ее желанию.
- Предложите другие медицинские услуги, по возможности, включающие профилактику столбняка, консультирование или методы планирования семьи (стр.В-13).
- В неосложненных случаях отпустите женщину домой через 1-2 часа.
- Посоветуйте женщине обращать внимание на симптомы и признаки, требующие немедленного обращения к врачу:
  - продолжительные спастические сокращения матки (длящиеся более нескольких дней);
  - продолжительное кровотечение (более 2 недель);
  - объем кровотечения больший, чем при нормальном менструальном цикле;
  - сильная или усиливающаяся боль;
  - высокая температура, озноб или недомогание;
  - обморочное состояние.

---

## РУЧНАЯ ВАКУУМНАЯ АСПИРАЦИЯ (РВА)

- Оцените показания (аборт в ходу до 16-и недель, неполный аборт, пузырьный занос или позднее ПРК из-за задержки фрагментов плаценты).
- Соблюдайте основные принципы оказания помощи (стр.А-17).
- Обеспечьте эмоциональную поддержку и назначьте парацетамол за 30 мин до процедуры. Изредка может потребоваться парацервикальная анестезия (стр.С-2)
- Приготовьте шприц для РВА:
  - соберите шприц;
  - закройте клапан разрежения;
  - потяните поршень назад, пока не закроется рычаг.

Примечание: При пузырьном заносе, когда предполагается обильное содержимое матки, имейте наготове 3 шприца.

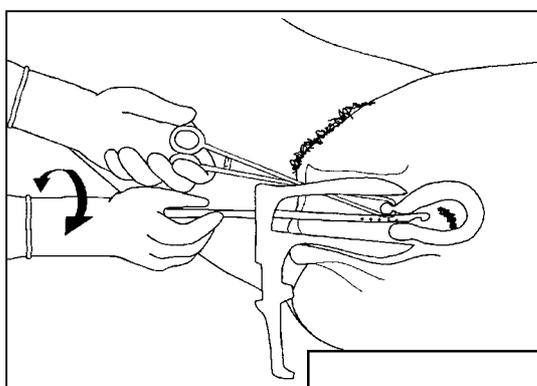
- Даже если кровотечение слабое, введите окситоцин 10 ЕД в/м или эргометрин 0,2 мг в/м до начала процедуры для повышения тонуса миометрия и уменьшения риска перфорации.
- Проведите бимануальное влагалищное исследование для оценки размеров, положения матки и состояния сводов.
- Обрабатывайте влагалище и шейку антисептическим раствором (особенно область наружного зева) (стр.А-22).
- Осмотрите шейку на наличие разрывов или выступающих наружу частей зародыша. Если части зародыша находятся во влагалище или шейке, удалите их, используя круглый (окончатый) зажим.
- Осторожно захватите переднюю губу шейки пулевыми щипцами или однозубчатым зажимом.

Примечание: При неполном аборте круглые (окончатые) зажимы предпочтительнее, так как они меньше, чем зубчатые зажимы повреждают шейку при подтягивании и не требуют введения лигнокаина.

- При использовании зубчатого зажима для захватывания шейки сначала введите 1 мл 0,5% раствора лигнокаина в переднюю или заднюю губу шейки матки, обнаженной в зеркалах (обычно используется положение на 10 и 12 часов).
- В расширении цервикального канала есть необходимость в случае замершей беременности или когда оставшиеся части зародыша задержались в матке на несколько дней:

- осторожно введите широкую аспирационную канюлю в полость матки;
- используйте расширители Гегара только в том случае, если канюля сразу не проходит. Начните с малого расширителя и закончите наибольшим расширителем, который обеспечивает адекватное расширение (обычно 10-12 мм) (Рисунок Р 34, стр.С-59).
- Позаботьтесь о том, чтобы шейка не была повреждена и не было сделано ложное отверстие.
- Осторожно потягивая шейку, проведите канюлю через нее в полость матки, непосредственно за внутренний зев (Рисунок Р-35). Вращение канюли одновременно с осторожным надавливанием часто помогает провести кончик канюли пройти через цервикальный канал.

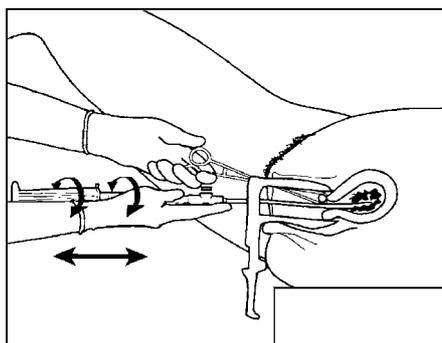
Рисунок Р - 36 Введение канюли



- Медленно протолкните канюлю в полость матки до соприкосновения с дном, но не глубже, чем на 10 см. Измерьте глубину матки по метке на канюле и затем слегка подтяните канюлю на себя.
- Присоедините приготовленный шприц для РВА к канюле, держа пулевой (или однозубчатый) зажим и конец канюли в одной руке, а шприц в другой.
- Откройте клапан разрежения на шприце для передачи разрежения через канюлю в полость матки.
- Удалите оставшееся содержимое осторожным вращением шприца из стороны в сторону (от 10 к 12 часам) и затем двигайте канюлю осторожно и медленно назад и вперед по всей полости матки (Рисунок Р 37стр.С-62).

Примечание: Для предупреждения потери вакуума не выводите отверстие канюли за пределы наружного зева шейки. Если вакуум потерян или если шприц заполнен больше, чем наполовину, опорожните его и заново создайте в нем разрежение.

Примечание: Не берите шприц за рычаг поршня, пока в нем сохраняется вакуум и канюля находится в матке. Если рычаг поршня раскроется, поршень может внезапно войти обратно в шприц, вытолкнув содержимое обратно в матку.



- Проверьте признаки завершения манипуляции:
  - в канюле видна красная или розовая пена без остатков ткани;
  - при перемещении канюли по поверхности опорожненной матки возникают характерные ощущения;
  - матка сокращается (обхватывает) вокруг канюли.
- Удалите канюлю. Отсоедините шприц и положите канюлю в обеззараживающий раствор.
- При открытом клапане опорожните содержимое шприца для РВА на ситечко, надавливая на поршень.

**Примечание:** Кладите пустой шприц на стерильный лоток или контейнер, пока вы не убедитесь, что процедура завершена.

- Проведите бимануальное влагалищное исследование для определения размера и плотности матки.
- Быстро осмотрите ткани, удаленные из матки
  - наличие и количество элементов плодного яйца;
  - убедитесь в полной эвакуации содержимого полости матки;
  - осмотрите их на предмет обнаружения пузырного заноса (редко).

При необходимости расправьте и промойте ткани для удаления сгустков крови, затем положите в контейнер с чистой водой, физиологическим раствором или в слабый раствор уксусной кислоты для исследования. Образцы ткани могут также быть отправлены в патоморфологическую лабораторию для исследования.

- Если не обнаруживаются остатки плодного яйца, возможны следующие причины:
  - все фрагменты плодного яйца могли выйти до проведения РВА (полный аборт);
  - полость матки может казаться пустой, но может быть не полностью опорожненной. Повторите эвакуацию;

- 
- вагинальное кровотечение могло быть вызвано другой причиной, а не неполным абортом (например, прорывным кровотечением, которое можно наблюдать при использовании гормональных контрацептивов или фибромой матки);
  - матка может быть неправильной формы (т.е. канюля может попасть в небеременную часть двурогой матки).

**Примечание:** Отсутствие фрагментов плодного яйца у женщины с симптомами беременности сильно повышает вероятность наличия у нее внематочной беременности (стр.В-14).

- Осторожно введите зеркало во влагалище и осмотрите его на предмет кровотечения. Если матка остается мягкой и не уменьшилась в размерах или есть постоянное свежее кровотечение, повторите эвакуацию.

#### Послеоперационный уход

- При необходимости назначьте парацетамол 500 мг перорально.
- Убедите женщину питаться, пить и вести себя по ее желанию.
- Предложите другие медицинские услуги, по возможности, включающие профилактику столбняка, консультирование или методы планирования семьи (стр.В-13).
- В неосложненных случаях отпустите женщину домой через 1-2 часа.
- Посоветуйте женщине обращать внимание на симптомы и признаки, требующие немедленного обращения к врачу:
  - продолжительные спастические сокращения матки (длящиеся более нескольких дней);
  - продолжительное кровотечение (более 2 недель);
  - объем кровотечения больший, чем при нормальном менструальном цикле;
  - сильная или усиливающаяся боль;
  - высокая температура, озноб или недомогание;
  - обморочное состояние.

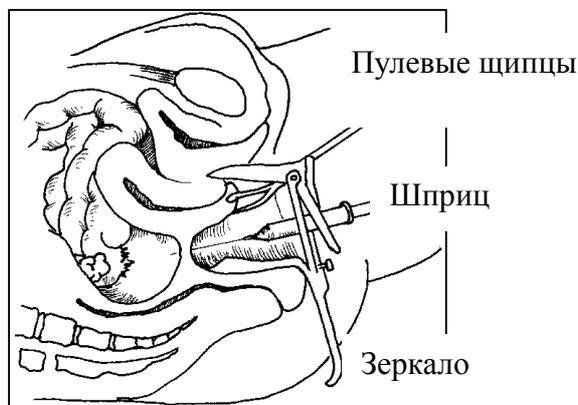
### **Кульдоцентез и кольпотомия**

Кульдоцентез (пункция брюшной полости через задний свод)

- Оцените показания.

- Соблюдайте основные принципы оказания помощи (стр.А-17) и обработайте влагалище антисептическим раствором, особенно задний свод (стр.А-22)
- Обеспечьте эмоциональную поддержку и при необходимости используйте местную инфильтрацию лидокаином (стр.А-38).
- Осторожно захватите заднюю губу шейки пулевыми щипцами и бережно потяните, чтобы приподнять шейку и приоткрыть заднюю часть влагалища.
- Присоедините длинную иглу (например, иглу для спинномозговой пункции) к шприцу и вколите ее в заднюю часть влагалища сразу под задней губой шейки (Рисунок Р-37).

**Рисунок Р - 38**                      **Диагностическая пункция Дугласова пространства**



- Потяните поршень шприца на себя, чтобы аспирировать содержимое Дугласова пространства (пространства за маткой).
- Если получена несворачивающаяся кровь, предположите внематочную беременность (стр.В-14).
- Если получена кровь со сгустками, возможно, была задета вена или артерия при аспирации. Выньте иглу, вколите ее заново и повторите процедуру.
- Если получена прозрачная или желтоватая жидкость, то в брюшной полости нет крови. У женщины, тем не менее, может быть прогрессирующая внематочная беременность. Может понадобиться дальнейшее наблюдение и проведение тестов (стр.В-14).
- Если не получено никакой жидкости, выньте иглу, введите ее заново и повторите процедуру. Если при аспирации жидкости нет, у женщины может быть прогрессирующая внематочная беременность (стр.В-14).
- Если был получен гной, оставьте иглу на месте и проведите кольпотомию (см. ниже).

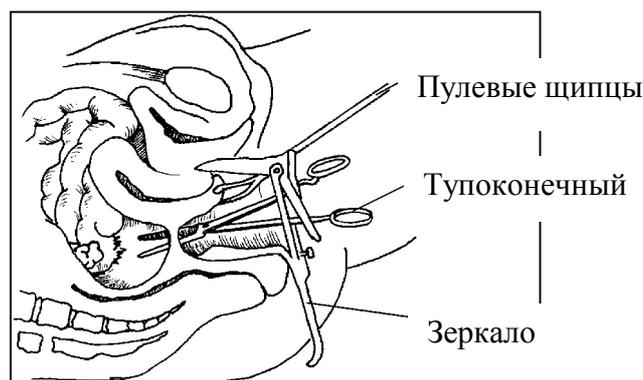
---

## Кольпотомия

Если при пункции Дугласова пространства был получен гной, оставьте иглу на месте и сделайте колотый разрез на месте пункции:

- удалите иглу и проведите тупоконечный зажим или палец через место разреза в полость абсцесса для разрыва перегородок в полости абсцесса и создания наилучшего оттока (Рисунок Р-38);

Рисунок Р - 39                      Кольпотомия при газовом абсцессе



- Обеспечьте отток гноя;
- Введите стерильный мягкий резиновый гофрированный дренаж через место разреза в полость абсцесса;

Примечание: Дренаж можно подготовить, срезав кончики пальчиков стерильных резиновых перчаток.

- При необходимости прошейте и закрепите дренаж стежком к влагалищу;
- Удалите дренаж, если гной больше не выходит;
- Если нет выделения гноя, абсцесс может быть выше Дугласового кармана. Для перитонеального лаважа (промывания) необходимо проведение лапаротомии.

## Эпизиотомия

Не следует проводить эпизиотомию тогда, когда в этом нет необходимости.

- Оцените показания.

---

К эпизиотомии нужно прибегать только при

- осложненных влагалищных родах (при тазовом предлежании, дистоции плечиков плода, при наложении щипцов и вакуум-экстракции);
- наличии рубцов после проведения женского обрезания или плохо заживших разрывов третьей или четвертой степени;
- дистрессе плода.

- Соблюдайте основные принципы оказания помощи (стр.А-17) и обработайте промежность антисептическим раствором (стр.А-22).
- Обеспечьте эмоциональную поддержку и используйте местную инфильтрацию лигнокаином (стр.А-38) или пудендальную анестезию (стр.С-4).
- Убедитесь в отсутствии аллергии на лигнокаин или подобные препараты.
- Инфильтрируйте нижнюю часть слизистой влагалища, кожу промежности и мышцы промежности (

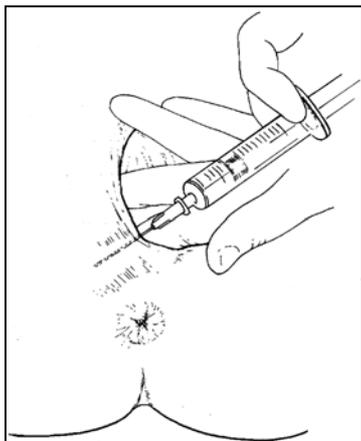
---

Рисунок Р - 40, стр. С-69) используя до 10 мл 0,5% раствора лигнокаина (стр.А-39).

Примечание: Потяните поршень шприца назад и убедитесь, что вы не попали в сосуд. Если при потягивании поршня назад в шприце появилась кровь, выньте иглу. Осторожно поменяйте позицию и повторите попытку. Никогда не вводите лекарство, если в шприце появляется кровь. У женщины могут развиваться судороги и наступить смерть, если произошло в/в введение лигнокаина.

- После завершения введения лигнокаина подождите 2 минуты и затем ущипните место предполагаемого разреза зажимом. Если женщина чувствует щипок, подождите еще 2 минуты и повторите тест.

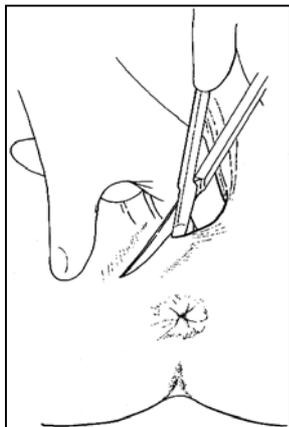
**Должный эффект анестезии обеспечивается заблаговременным ее проведением.**



- Подождите с проведением эпизиотомии до
  - истончения промежности за счет ее растяжения;
  - и до тех пор, пока 3-4 см головки ребенка не станут видимыми во время потуг.

**Проведение эпизиотомии приводит к кровотечению. Поэтому ее не следует проводить слишком рано.**

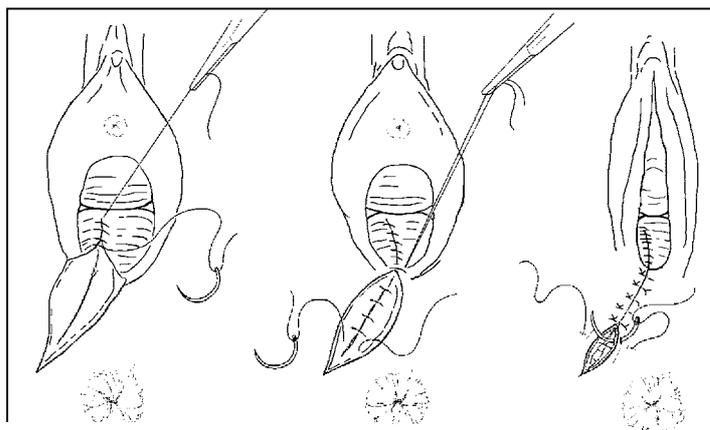
- Надев стерильные перчатки, введите 2 пальца между головкой плода и промежностью.
- Используйте ножницы для рассечения промежности на 3-4 см в медиолатеральном направлении (Рисунок Р 41).
- Используйте ножницы для рассечения задней стенки влагалища по направлению к средней линии на 2-3 см.
- Контролируйте рождение головки плода и плечиков, обеспечивая внутренний поворот плечиков в прямой размер выхода таза для предотвращения разрыва по продолжению эпизиотомии.
- Тщательно осмотрите родовые пути на предмет выявления разрывов по продолжению эпизиотомии и других разрывов и ушейте их (см. ниже).



#### Ушивание эпизиотомии

**Примечание:** Важно использовать рассасывающиеся швы при ушивании раны. Полигликолевая нить предпочтительнее хромированного кетгута из-за большей прочности при растяжении, отсутствия аллергических свойств и низкой вероятности развития инфекционных осложнений и расхождения швов при эпизиотомии. Хромированный кетгут является приемлемой альтернативой, но не идеальной.

- Обработайте антисептическим раствором область вокруг эпизиотомии (стр.А-22).
- Если эпизиотомия по продолжению распространилась на анальный сфинктер или слизистую прямой кишки, ведите женщину, как при разрывах промежности 3 и 4 степени соответственно (стр.С-80).
- Ушейте слизистую влагалища, используя непрерывный шов № 2-0 (Рисунок Р 42А, стр.С-71):
  - начните ушивание, отступив 1 см вверх от верхнего угла эпизиотомии. Продолжите шов до уровня входа во влагалище;
  - у входа во влагалище соедините вместе два края разреза входа во влагалище;
  - в области входа во влагалище сделайте вкол иглой с внутренней стороны разреза наружу и завяжите лигатуру.
- Ушейте мышцы промежности, используя отдельные швы № 2-0 (Рисунок Р-41 В).
- Зашейте кожу отдельными швами или внутрикожным швом, используя лигатуру № 2-0 (Рисунок Р-41 С).

А. Слизистая  
влагалищаВ. Мышечный  
— слой

С. Кожа

## Осложнения

- Если образовалась гематома, снимите швы и дренируйте рану. Если нет признаков инфекции и кровотечение остановилось, заново ушейте рану.
- Если есть признаки инфекции, снимите швы и дренируйте

рану. Удалите инфицированные швы и очистите рану:

- если инфицирование легкое, в использовании антибиотиков нет необходимости;
- если инфицирование сильное, но не затрагивает глубокие ткани, назначьте комбинацию антибиотиков (стр.А-35):
  - ампициллин 500 мг перорально 4 раза в день в течение 5 дней;
  - ПЛЮС метронидазол 400 мг перорально 3 раза в день в течение 5 дней.
- если инфекция проникла глубоко, затронула мышечную ткань и вызвала некроз (некротизацию фасций), вводите комбинацию антибиотиков, пока некротические ткани не перестанут отторгаться и у женщины не будет отсутствовать повышенная температура в течение 48 часов (стр.А-35):
  - пенициллин G 2 млн. ЕД в/в каждые 6 часов;
  - ПЛЮС гентамицин 5 мг/кг веса в/в каждые 24 часа;
  - ПЛЮС метронидазол 500 мг в/в каждые 8 часов;
  - как только у женщины будет отсутствовать повышенная температура в течение 48 часов, назначьте
  - ампициллин 500 мг перорально 4 раза в день в течение 5 дней;
  - ПЛЮС метронидазол 400 мг перорально 3 раза в день в течение 5 дней.

**Примечание:** Некротизация фасций требует широкой хирургической обработки. Произведите вторичное ушивание раны через 2-4 недели (в зависимости от течения инфекционного процесса).

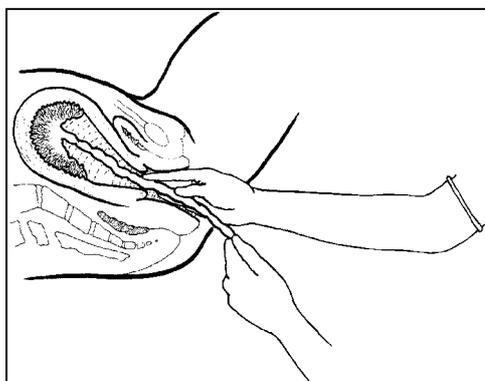
---

## РУЧНОЕ УДАЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

- Оцените показания.
- Следуйте основным принципам оказания помощи (стр.А-17) и начните в/в инфузию (стр.А-22).
- Окажите эмоциональную поддержку. Введите петидин и диазепам в/в медленно (не смешивайте их в одном шприце) или используйте кетамин (стр.С-13).
- Назначьте разовую дозу профилактических антибиотиков (стр.А-35):
  - ампициллин 2 г в/в ПЛЮС метронидазол 500 мг в/в;
  - ИЛИ цефазолин 1г в/в ПЛЮС метронидазол 500мг в/в.
- Удерживайте пуповину зажимом. Осторожно потяните за пуповину, пока она не будет располагаться параллельно полу.
- Надев стерильные перчатки, введите руку во влагалище и проведите ее в матку вдоль пуповины (Рисунок Р-42).

**Рисунок Р - 43                    Введение руки во влагалище вдоль пуповины**

- Отпустите пуповину и положите вторую руку на живот матери для удержания дна матки и отведения ее от лона в ходе удаления плаценты для



предупреждения

выворота

матки

(

---

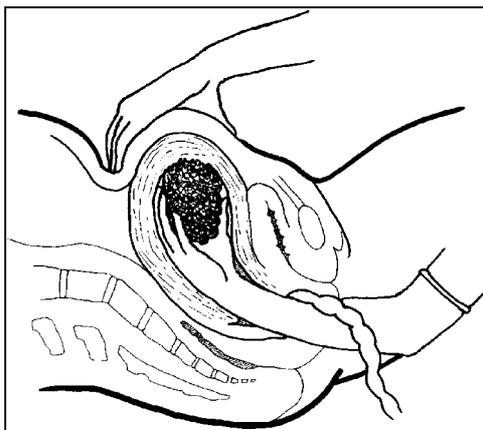
Рисунок Р - 44, стр.С-74).

Примечание: Если произошел выворот матки, верните ее обратно (стр.С-85).

- Продвигайте пальцы руки в сторону от пуповины до определения края плаценты.
- Если имел место отрыв пуповины, введите руку в полость матки. Обследуйте внутреннюю полость матки для обнаружения границы между плацентой и стенкой матки.

**Рисунок отсутствует**

- Отделяйте плаценту от места прикрепления, удерживая пальцы вместе и используя край ладони для постепенного высвобождения пространства между плацентой и стенкой матки.
- Продолжайте медленно осуществлять процедуру в области места прикрепления плаценты, пока вся плацента не отделится от стенки матки.
- Если плацента не отделяется от поверхности матки при осуществлении осторожных пилящих движений сложенными пальцами от линии границы прикрепления плаценты, предположите приращение плаценты и проведите лапаротомию и, возможно, субтотальную гистерэктомию (стр.С-97).
- Захватите плаценту и медленно выводите руку с плацентой из матки (Рисунок Р - 45).
- Другой рукой продолжайте обеспечивать отведение матки от лона, отводя ее в направлении, противоположном движению руки, которая выводится из матки.



- Проверьте внутреннюю поверхность полости матки и убедитесь, что все ткани плаценты удалены.
- Введите окситоцин 20 ЕД в/в в одном литре раствора (физиологическом растворе или лактате Рингера) со скоростью 60 капель в мин.
- Попросите ассистента провести наружный массаж дна матки для стимулирования тонических сокращений матки.
- При продолжающемся массивном кровотечении введите эргометрин 0,2 мг в/м или простагландины (Таблица S- 8, стр.В-29).

- 
- Обследуйте маточную поверхность плаценты и убедитесь в ее целостности. Если долька плаценты или какие-либо ткани отсутствуют, обследуйте полость матки для их удаления.
  - Внимательно осмотрите родовые пути женщины и восстановите целостность шейки (стр.С-76), влагалища (стр.С-77) или промежности после эпизиотомии (стр.С-70).

### Проблемы

- Если задержка плаценты произошла вследствие возникновения контракционного кольца или с момента родов прошли часы или дни, введение руки в полость матки может оказаться невозможным. Удалите фрагменты плаценты, используя 2 пальца, окончательный зажим или большую кюретку.

### Послеоперационный уход

- Внимательно наблюдайте женщину до прекращения действия препаратов, назначенных для в/в седации.
- Следите за жизненно важными функциями (пульс, артериальное давление, дыхание), измеряя их каждые 30 минут в течение последующих 6 часов или до их стабилизации.
- Пальпируйте дно матки, чтобы быть уверенным, что матка сократилась.
- Контролируйте наличие чрезмерных выделений (лохий).
- Продолжите переливание жидкостей в/в.
- При необходимости перелейте кровь (стр.А-24).

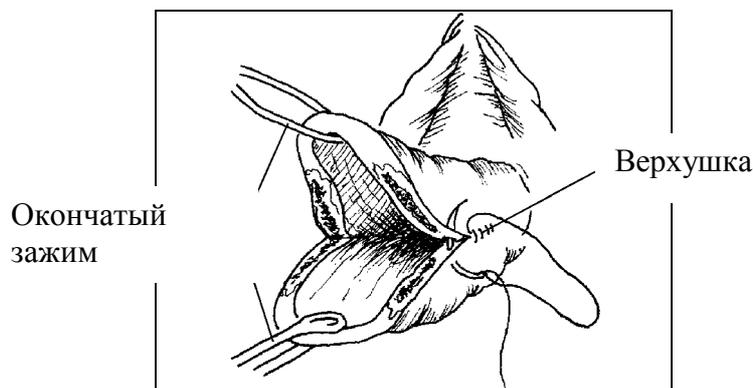
## ВОССТАНОВЛЕНИЕ РАЗРЫВОВ ШЕЙКИ МАТКИ

- Следуйте основным принципам оказания помощи (стр.А-17) и обработайте влагалище и шейку антисептическим раствором (стр.А-22).
- Окажите эмоциональную поддержку. Для ушивания большинства разрывов шейки матки анестезия не нужна. Для ушивания глубоких и обширных разрывов введите петидин и диазепам в/в медленно (не смешивайте их в одном шприце) или используйте кетамин (стр.С-13).
- Попросите ассистента провести массаж матки и обеспечить давление на дно матки.
- Осторожно захватите шейку окончательными зажимами. Наложите зажимы на обеих сторонах разрыва и осторожно потяните в разных направлениях для того, чтобы увидеть всю шейку матки. Может быть несколько разрывов.
- Ушейте разрывы шейки непрерывным швом, используя хромированный кетгут (или полигликолевую нить) № 0, начиная с верхушки (верхнего края разрыва), которая часто является источником кровотечения (Рисунок Р - 46).
- Если края шейки разорваны в нескольких местах, прошейте их непрерывным швом, используя хромированный кетгут (или полигликолевую нить) № 0.
- Если верхний угол раны трудно доступен для перевязки, возможно, удастся захватить его сосудистыми или окончательными зажимами. Оставьте зажимы на 4 часа. Не пытайтесь прошить кровоточащие места, так как такие попытки могут привести к усилению кровотечения. Затем
  - по прошествии 4 часов частично откройте зажимы, но не удаляйте их;
  - еще через 4 часа полностью удалите зажимы.

Лапаротомия может потребоваться для ушивания разрывов шейки, которые распространились глубоко за пределы свода влагалища.

Рисунок Р - 46

Ушивание разрывов шейки



---

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ РАЗРЫВОВ ВЛАГАЛИЩА И ПРОМЕЖНОСТИ

- Существует 4 степени разрывов, которые могут произойти во время родов:
- Разрывы первой степени включают разрывы слизистой влагалища и соединительных тканей.
- Вторая степень разрывов включает разрывы слизистой влагалища, соединительных тканей и мышечного слоя.
- Разрывы третьей степени включают полный разрыв всех слоев с вовлечением анального сфинктера.
- Четвертая степень включает разрывы слизистой прямой кишки.

**Примечание:** Важно использовать рассасывающиеся швы для ушивания ран. Полигликолевая нить предпочтительнее хромированного кетгута из-за большей прочности при растяжении, отсутствия аллергических свойств и низкой вероятности развития инфекционных осложнений. Хромированный кетгут является приемлемой альтернативой, но не идеальной.

### Ушивание разрывов первой и второй степени

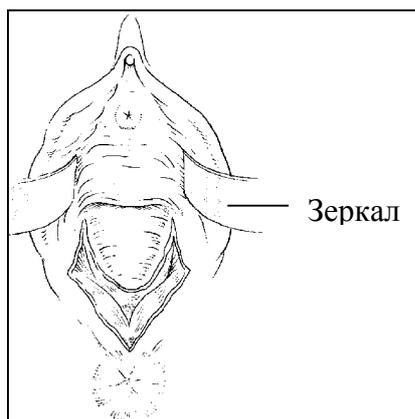
Большинство разрывов первой степени заживают самостоятельно без наложения швов.

- Следуйте основным принципам оказания помощи (стр.А-17).
- Обеспечьте эмоциональную поддержку и используйте местную анестезию лигнокаином (стр.А-38) или пудендальную анестезию (стр.С-4).
- Попросите ассистента провести массаж матки и обеспечить давление на дно матки.
- Тщательно осмотрите влагалище, промежность и шейку (Рисунок Р - 47, стр.С-78).
- Если разрывы протяженные и глубокие, оцените их, чтобы убедиться что они не относятся к разрывам 3 или 4 степени:
  - введите палец в перчатке в анус;
  - осторожно поднимите палец и идентифицируйте сфинктер;
  - оцените тонус и целостность сфинктера.
- Смените перчатки на стерильные.

- Если сфинктер поврежден, смотрите раздел по ушиванию разрывов третьей и четвертой степени (стр.С-80).
- Если сфинктер не поврежден, продолжайте ушивание.

**Рисунок Р - 47 Осмотр разрывов промежности**

- Обработайте антисептическим раствором область вокруг разрыва (стр.А-22).



- Убедитесь в отсутствии аллергической реакции в прошлом на лигнокаин или подобные препараты.

**Примечание:** Если может потребоваться больше 40 мл раствора лигнокаина для ушивания разрывов, добавьте в раствор адреналин (стр.А-39).

- Инфильтрируйте область непосредственно под слизистой влагалища и кожей промежности, а также глубокие мышцы промежности, используя около 10 мл 0,5% раствора лигнокаина (стр.А-39).

**Примечание:** Потяните поршень шприца назад и убедитесь, что вы не попали в сосуд. Если при потягивании поршня назад в шприце появилась кровь, выньте иглу. Осторожно поменяйте позицию и повторите попытку. Никогда не вводите лекарство, если в шприце появляется кровь. У женщины могут развиваться судороги и наступить смерть, если произошло в/в введение лигнокаина.

- После завершения введения лигнокаина подождите 2 минуты и затем ущипните инфильтрированную область зажимом. Если женщина чувствует щипок, подождите еще 2 минуты и повторите тест.

**Д олжный эффект анестезии обеспечивается заблаговременным ее проведением.**

- Ушейте слизистую влагалища непрерывным швом № 2-0 (Рисунок Р - 48):
  - начните ушивание, отступив 1 см вверх от верхнего края разрыва влагалища. Продолжите шов до уровня входа во влагалища;

- у входа во влагалище соедините вместе два края разрыва входа во влагалище;
- в области входа во влагалище сделайте вкол иглой с внутренней стороны разреза наружу и завяжите лигатуру. .

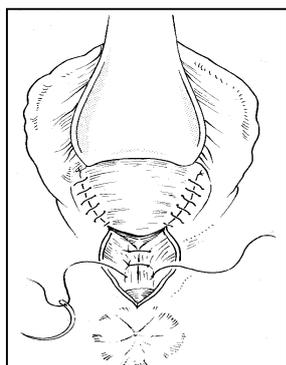
**Рисунок Р - 48** Ушивание слизистой влагалища

- Ушейте мышцы промежности отдельными швами № 2-0 (Рисунок Р - 49).

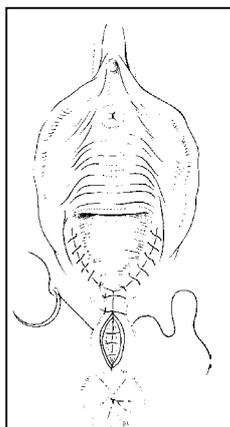


Если разрыв глубокий, наложите второй ряд швов для закрытия полости.

**Рисунок Р - 49** Ушивание мышц промежности



- Зашейте кожу отдельными (или внутрикожным) швами № 2-0, начиная от входа во влагалище (Рисунок Р 50).
- Если разрыв глубокий, проведите ректальное исследование. Убедитесь в отсутствии швов в прямой кишке.



### Ушивание разрывов промежности третьей и четвертой степени

**Примечание:** Женщина может страдать от потери контроля над отхождением кишечного содержимого и отхождением газов, если разорванный анальный сфинктер был ушит неправильно. Если разрывы прямой кишки не были ушиты, у женщины может развиться инфекция и образоваться ректовагинальный свищ (выход каловых масс через влагалище).

Ушивайте разрывы в операционной.

- Соблюдайте основные принципы оказания помощи (стр.А-17).
- Обеспечьте эмоциональную поддержку. Используйте пудендальную анестезию (стр.С-4) или кетамин (стр.С-13). Изредка, если все края разрыва хорошо видны, ушивание можно произвести, используя местную инфильтрационную анестезию лигнокаином (см. выше) и введение петидина и диазепамы в/в медленно (не смешивайте в одном шприце).
- Попросите ассистента произвести массаж матки и обеспечить давление на дно матки.
- Осмотрите влагалище, шейку, промежность и прямую кишку.
- Для того чтобы увидеть, разорван ли анальный сфинктер,
  - введите палец в перчатке в анус и слегка поднимите его;
  - определите сфинктер или его отсутствие;
  - прощупайте поверхность прямой кишки и осмотрите ее на наличие разрывов.
- Смените перчатки на стерильные.
- Обработайте разрывы антисептическим раствором и удалите фрагменты фекалий (при их наличии) (стр.А-22).

- Убедитесь в отсутствии аллергических реакций на лигнокаин или подобные препараты.
- Введите анестетик под слизистую влагалища и подкожно в область промежности и глубоко в область мышц промежности, используя около 10 мл 0,5% раствора лигнокаина (стр.А-39)

**Примечание:** Потяните поршень шприца назад и убедитесь, что вы не попали в сосуд. Если при потягивании поршня назад в шприце появилась кровь, выньте иглу. Осторожно поменяйте позицию и повторите попытку. Никогда не вводите лекарство, если в шприце появляется кровь. У женщины могут развиваться судороги и наступить смерть, если произошло в/в введение лигнокаина.

- После завершения введения лигнокаина подождите 2 минуты и затем ущипните место инфильтрации зажимом. Если женщина чувствует щипок, подождите еще 2 минуты и повторите тест.

**Должный эффект анестезии обеспечивается заблаговременным ее проведением.**

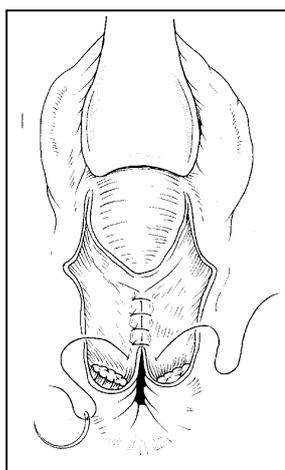
- Ушейте прямую кишку, используя отдельные швы № 3-0 или 4-0, накладывая швы через 0,5 см для соединения слизистой (Рисунок Р - 51):

**Помните:** Накладывайте швы через мышечную ткань, а не только на слизистую, по всей длине.

- ушейте мышечный слой вместе с фасциями отдельными швами;
- периодически обрабатывайте область ушивания антисептическим раствором.

**Рисунок Р - 51**

**Ушивание мышечного слоя стенки прямой кишки**

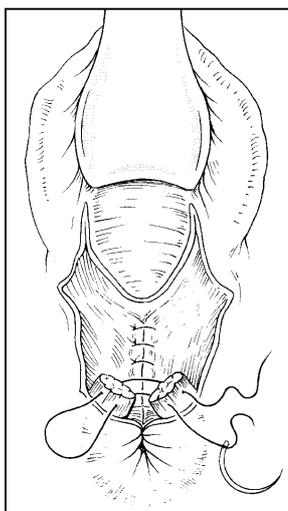


- Если сфинктер поврежден,
  - захватите концы сфинктера зажимом Аллиса (при повреждении сфинктер сокращается). Сфинктер прочен и не порвется при его подтягивании зажимами (

---

Рисунок Р - 52);

- ушейте сфинктер двумя или тремя отдельными швами, используя лигатуру № 2-0;



- Снова обработайте место ушивания раствором антисептика.
- Проверьте анус пальцем в перчатке для того, чтобы убедиться, что сшивание прямой кишки и сфинктера проведено правильно. Затем смените перчатки на стерильные.
- Ушейте слизистую влагалища, мышцы промежности и кожу (стр.С-78).

### Послеоперационный уход

- При разрывах 4 степени назначьте однократно профилактическую дозу антибиотиков (стр.А-35):
  - ампициллин 500 мг перорально;
  - ПЛЮС метронидазол 400 мг перорально.
- Внимательно следите за признаками инфицирования раны.
- Не делайте клизму и не проводите ректальное обследование в течение 2 недель.
- Назначьте слабительное перорально в течение 1 недели, если это возможно.

### Лечение запущенных случаев

Разрыв промежности всегда загрязнен фекалиями. Если ушивание откладывается более чем на 12 часов, инфицирование неотвратимо. В таких случаях рекомендуется отложить ушивание.

- При разрывах первой и второй степени оставьте рану открытой.
- При разрывах 3 и 4 степени закройте дефекты слизистой прямой кишки какой-нибудь подходящей тканью и сведите края фасции анального сфинктера 2 или 3 швами. Ушейте мышечную ткань, слизистую влагалища и кожу промежности через 6 дней.

---

## Осложнения

- Если образовалась гематома, снимите швы и дренируйте рану. Если нет признаков инфекции и кровотечение остановилось, заново ушейте рану.
- Если есть признаки инфекции, раскройте и дренируйте рану. Удалите инфицированные швы и очистите рану:
  - если инфицирование легкое, в использовании антибиотиков нет необходимости;
  - если инфицирование сильное, но не затрагивает глубокие ткани, назначьте комбинацию антибиотиков (стр.А-35):
    - ампициллин 500 мг перорально 4 раза в день в течение 5 дней;
    - ПЛЮС метронидазол 400 мг перорально 3 раза в день в течение 5 дней.
  - если инфекция проникла глубоко, затронула мышечную ткань и вызвала некроз (некротизацию фасций), назначьте комбинацию антибиотиков и вводите их до тех пор, пока некротические ткани не отторгнутся и у женщины не будет нормальной температуры в течение 48 часов (стр.А-35):
    - пенициллин G 2 млн. ЕД в/в каждые 6 часов;
    - ПЛЮС гентамицин 5 мг/кг веса в/в каждые 24 часа;
    - ПЛЮС метронидазол 500 мг в/в каждые 8 часов;
    - как только у женщины будет нормальная температура в течение 48 часов, назначьте
      - ампициллин 500 мг перорально 4 раза в день в течение 5 дней;
      - ПЛЮС метронидазол 400 мг перорально 3 раза в день в течение 5 дней.

Примечание: Некротизация фасций требует широкой хирургической обработки. Произведите вторичное ушивание раны через 2-4 недели (в зависимости от течения инфекционного процесса).

- Недержание кала может явиться результатом полного разрыва сфинктера. Многие женщины могут контролировать процесс дефекации, используя другие мышцы промежности. Если недержание сохраняется, необходимо произвести реконструктивную операцию спустя 3 месяца после родов.
- Ректовагинальный свищ требует проведения реконструктивной операции через три месяца или больше после родов.

---

## КОРРЕКЦИЯ ВЫВОРОТА МАТКИ

- Оцените показания.
- Следуйте основным принципам оказания помощи (стр.А-17) и начните в/в инфузию (стр.А-22).
- Введите петидин и диазепам в/в медленно (не смешивайте их в одном шприце). При необходимости проведите общую анестезию.
- Тщательно обработайте вывернутую матку антисептическим раствором.
- Заверните вывернутую матку во влажное, теплое стерильное полотенце до начала процедуры.

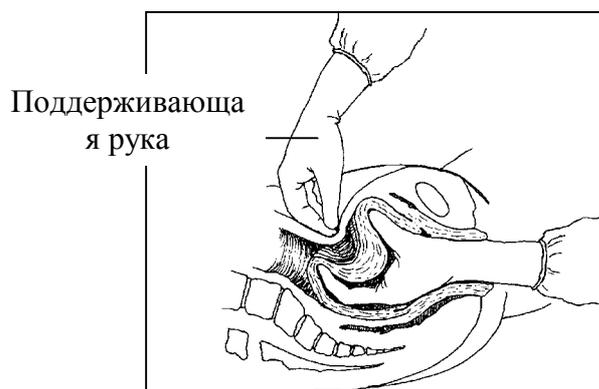
### Ручная коррекция

- Надев стерильные перчатки, захватите матку и вытолкните ее через шейку по направлению к пупку в ее нормальное положение, поддерживая другой рукой матку (Рисунок Р - 53). Если плацента не отделена, осуществите ее ручное отделение после коррекции.

**Важно, чтобы та часть матки, которая при вывороте вышла последней (наиболее близкая к шейке), была возвращена в нормальное положение первой.**

Рисунок Р - 53                      Ручная коррекция вывернутой матки

- Если вправить матку не удалось, проведите гидростатическую коррекцию (стр.С-85).



### Гидростатическая коррекция

- Положите женщину в положение Тренделенбурга (положение, при котором голова находится на 0,5 метра ниже уровня промежности).

- 
- Подготовьте стерильную душевую систему с большим наконечником, длинной трубкой (2 м) и резервуаром теплой воды (от 3 до 5 л).

Примечание: Эту процедуру можно также провести, используя подогретый физиологический раствор и обычное устройство для в/в переливания.

- Определите задний свод. Это сделать легко при частичном вывороте, когда вывернутая матка находится во влагалище. В других случаях задний свод можно определить как место, где складчатая поверхность влагалища становится гладкой.
- Поместите сопло душа в задний свод.
- В это же время другой рукой удерживайте половые губы сведенными поверх наконечника и используйте руку для поддержания наконечника
- Попросите ассистента включить душ в полную силу (поднимите бак с водой минимум на 2 метра). Вода будет расширять задний свод влагалища по мере его заполнения. Это приводит к увеличению диаметра контракционного кольца, ослабляет напряжение шейки матки, что в результате приводит к коррекции выворота.

### **Ручная коррекция под общей анестезией**

- Если гидростатическая коррекция не помогла, попробуйте ручную коррекцию под общей анестезией с использованием галотана. Галотан рекомендуется ввиду его способности расслаблять матку.
- Захватите вывернутую матку и вытолкните ее через шейку по направлению к пупку в ее нормальное положение (Рисунок Р - 53, стр.С-85). Если плацента не отделена, осуществите ее ручное удаление после коррекции.

### **Комбинированная абдоминально-вагинальная коррекция**

Если перечисленные выше мероприятия не помогли, может понадобиться проведение абдоминально-вагинальной коррекции под общей анестезией.

- Оцените показания.
- Следуйте основным принципам проведения операций (стр.А-47).
- Вскройте брюшную полость:
  - сделайте вертикальный разрез по средней линии ниже пупка до уровня лобковых волос, рассекая кожу до уровня апоневроза;
  - сделайте 2-3 сантиметровый вертикальный разрез апоневроза;
  - удерживая края апоневроза зажимами, удлините разрез по направлению вверх и вниз ножницами;

- 
- пальцами или ножницами отделите прямые мышцы живота (мышцы передней брюшной стенки);
  - пальцами или ножницами сделайте отверстие в брюшине рядом с пупком. Используйте ножницы для удлинения разреза вверх и вниз. Осторожно, чтобы не повредить мочевого пузыря, ножницами отсепарируйте слои и вскройте нижнюю часть брюшной полости;
  - разместите пузырьный ретрактор над лобковой костью и введите самофиксирующийся ранорасширитель.
  - Растяните контракционное шейное кольцо пальцами.
  - Введите зубчатый зажим через шейное кольцо и захватите свернутое дно матки.
  - Проводите осторожное непрерывное вытягивание дна матки, пока ассистент пытается провести ручную коррекцию вагинально.
  - Если вытягивание не помогло, сделайте надрез контракционного шейного кольца по задней его стенке (там, где надрез может с меньшей степенью вероятности ранить мочевого пузыря или маточные сосуды) и повторите пальцевое расширение, захватывание дна матки зажимом и вытягивание.
  - Если коррекция удалась, ушейте брюшную полость:
    - убедитесь, что нет кровотечения. Уберите тампоном сгустки из брюшной полости;
    - зашейте фасцию непрерывным хромированным кетгутом (или полигликолевой нитью) №0;

Примечание: Нет необходимости в перитонизации мочевого пузыря и ушивании париетальной брюшины.

- Если есть признаки инфекции, затампонируйте подкожные ткани и наложите свободный шов кетгутом (или полигликолевой нитью) №0. Ушейте кожу отсроченными швами после исчезновения признаков инфекции.
- Если нет признаков инфекции, зашейте кожу вертикальными матрасными швами нейлоном (или шелком) №3-0 и наложите стерильную повязку.

## **Послеоперационный уход**

- После коррекции выворота матки перелейте окситоцин 20ЕД в 500 мл жидкости (физиологическом растворе или лактате Рингера) в/в со скоростью 10 капель в минуту:
  - если предполагается кровотечение, увеличьте скорость инфузии до 60 капель в минуту;

- 
- если матка не сокращается после введения окситоцина, введите эргометрин 0,2 мг или простагландины (Таблица S- 8, стр.В-29).
  - Назначьте разовую дозу профилактических антибиотиков после коррекции выворота матки (стр.А-35):
    - ампициллин 2 г в/в ПЛЮС метронидазол 500 мг в/в;
    - ИЛИ цефазолин 1г в/в ПЛЮС метронидазол 500мг в/в.
  - При комбинированной абдоминально-вагинальной коррекции следуйте основным принципам послеоперационного ухода (стр.А-52).
  - Если есть признаки инфекции или у женщины высокая температура, назначьте комбинацию антибиотиков до момента, пока у нее будет нормальная температуры в течение 48 часов (стр.А-35):
    - ампициллин 2 г в/в каждые 6 часов;
    - ПЛЮС гентамицин 5 мг/кг веса в/в каждые 24 часа;
    - ПЛЮС метронидазол 500 мг в/в каждые 8 часов.
  - Назначьте подходящие анальгетики (стр.А-37).

---

## **ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ МАТКИ ПОСЛЕ ЕЕ РАЗРЫВА**

- Оцените показания.
- Следуйте основным принципам проведения операций (стр.А-47) и начните в/в инфузию (стр.А-22).
- Назначьте разовую дозу профилактических антибиотиков (стр.А-35):
  - ампициллин 2 г в/в;
  - ИЛИ цефазолин 1г в/в.
- Вскройте брюшную полость:
  - сделайте вертикальный разрез по средней линии ниже пупка до уровня лобковых волос, рассекая кожу до уровня апоневроза;
  - сделайте 2-3 сантиметровый вертикальный разрез апоневроза;
  - удерживая края апоневроза зажимами, удлините разрез по направлению вверх и вниз ножницами;
  - пальцами или ножницами отделите прямые мышцы живота (мышцы передней брюшной стенки);
  - пальцами или ножницами сделайте отверстие в брюшине рядом с пупком. Используйте ножницы для удлинения разреза вверх и вниз, для того чтобы хорошо видеть всю матку. Осторожно, чтобы не повредить мочевого пузыря, ножницами отсепарируйте слои и вскройте нижнюю часть брюшной полости;
  - осмотрите брюшную полость и матку для обнаружения места разрыва и удалите сгустки.
  - поместите пузырьный ретрактор над лобковой костью и вставьте самофиксирующийся ранорасширитель в брюшную полость.
- Извлеките ребенка и плаценту.
- Вводите окситоцин 20 ЕД в 1 л жидкостей (физиологическом растворе или лактате Рингера) в/в со скоростью 60 капель в минуту до момента, пока матка не сократится, затем снизьте скорость введения до 20 капель в минуту.
- Выведите матку из брюшной полости для того, чтобы оценить степень повреждения.
- Осмотрите переднюю и заднюю поверхность матки.
- Удерживайте кровоточащие края матки окончательными зажимами.

- 
- Отсепарируйте мочевой пузырь от нижнего сегмента матки острым или тупым путем. Если мочевой пузырь сросся (вследствие рубцовых изменений) с маткой, используйте хорошие ножницы.

### **Разрыв распространяется на шейку и влагалище**

- Если разрыв матки распространяется на шейку и влагалище, мобилизуйте мочевой пузырь минимум на 2 см ниже края раны.
- По возможности наложите 1 шов на 1 см ниже верхнего края шеечного разрыва и потяните за шов для выведения нижнего края разрыва в поле зрения при продолжении ушивания.

### **Боковой разрыв с вовлечением маточной артерии**

- Если разрыв распространяется на боковую стенку с вовлечением одной или обеих маточных артерий, перевяжите поврежденную артерию.
- Определите положение артерий и мочеточника до перевязки маточных сосудов (Рисунок Р - 54, стр.С-94).

#### **Разрыв с образованием гематомы широкой связки**

- Если вследствие разрыва образовалась гематома широкой связки (**Рисунок S- 2**, стр.В-21), пережмите, перережьте и перевяжите круглую связку.
- Вскройте передний листок широкой связки.
- Дренируйте гематому вручную при необходимости.
- Тщательно осмотрите матку на предмет обнаружения повреждений маточной артерии или ее ветвей. Перевяжите все кровоточащие сосуды.

### **Ушивание разрывов матки**

- Ушейте разрыв непрерывным швом с накидом хромированным кетгутом (или полигликолевой нитью) № 0. Если кровотечение неконтролируемо или разрыв проходит через разрез от предыдущего классического или вертикального разреза, наложите второй ряд швов.

**Убедитесь, что мочеточник идентифицирован и позаботьтесь, чтобы он не попал в стежок шва.**

- Если женщина просила о перевязке труб, проведите эту манипуляцию (стр.С-48).

- 
- Если разрыв слишком обширен для ушивания, произведите гистерэктомию (стр.С-94).
  - Остановите кровотечение пережатием артерии длинными артериальными зажимами и перевязкой. Если кровоточащие места находятся глубоко, используйте 8-образный шов.
  - Оставьте дренаж в брюшной полости (стр.А-47).
  - Убедитесь в отсутствии кровотечения. Удалите сгустки тампоном.
  - Во всех случаях проверьте мочевой пузырь на наличие повреждений. Если обнаружено повреждение мочевого пузыря, зашейте повреждение (см. below).
  - Зашейте апоневроз непрерывным швом хромированным кетгутом (или полигликолевой нитью) № 0.

**Примечание: Нет необходимости в перитонизации мочевого пузыря и ушивании париетальной брюшины.**

- Если есть признаки инфекции, затампонируйте подкожные ткани и наложите свободный шов кетгутом (или полигликолевой нитью) №0. Ушейте кожу отсроченным швом после исчезновения признаков инфекции.
- Если нет признаков инфекции, зашейте кожу вертикальными матрасными швами нейлоном (или шелком) №3-0 и наложите стерильную повязку.

### **Восстановление поврежденного мочевого пузыря**

- Определите протяженность повреждения, захватывая края разрыва зажимами и осторожно их растягивая. Установите, распространяется ли разрыв на область мочевого треугольника (мочеточники и уретру).
- Отделите мочевой пузырь от нижнего сегмента матки хорошими ножницами или тампоном на зажиме.
- Мобилизуйте ткань мочевого пузыря вокруг разрыва на 2см.
- Зашейте разрыв двухрядным непрерывным швом хромированным кетгутом (или полигликолевой нитью) № 3-0:
  - зашейте слизистую мочевого пузыря (тонкий внутренний слой) и мышечный слой (наружный слой);
  - сделайте складку наружного слоя поверх первого ряда швов и наложите второй ряд швов;
  - следите за тем, чтобы швы не проходили через зону треугольника мочевого пузыря.

- 
- Проверьте герметичность швов на мочевом пузыре:
    - наполните мочевой пузырь стерильным физиологическим раствором или водой через катетер;
    - если обнаруживается утечка жидкости, удалите швы, наложите новые и проверьте снова.
  - Если нет уверенности в том, что ушивание нехватило области мочеточников и уретры, завершите ушивание и направьте женщину в медицинское учреждение высокого уровня для проведения внутривенной пиелографии.
  - Оставьте катетер в мочевом пузыре как минимум на 7 дней, до момента, пока моча не станет чистой. Продолжайте в/в введение жидкостей для обеспечения наполнения мочевого пузыря.

### **Послеоперационный уход**

- Соблюдайте основные принципы послеоперационного ухода (стр.А-52).
- Если есть признаки инфекции или у женщины отмечается высокая температура, назначьте комбинацию антибиотиков до момента, пока у нее не будет нормальной температуры в течение 48 часов (стр.А-35):
  - ампициллин 2 г в/в каждые 6 часов;
  - ПЛЮС гентамицин 5 мг/кг веса в/в каждые 24 часа;
  - ПЛЮС метронидазол 500 мг в/в каждые 8 часов.
- Назначьте подходящие анальгетики (стр.А-37).
- Если нет признаков инфекции, удалите дренаж из брюшной полости через 48 часов.
- При возможности предложите другие медицинские услуги (стр.В-14)
- Если перевязка труб не была произведена, предложите другие методы планирования семьи (Таблица S- 3, стр.В-14). Если женщина хочет еще иметь детей, посоветуйте ей плановое кесарево сечение при последующих беременностях.

**Так как имеется повышенный риск разрыва матки при последующих беременностях, возможности постоянной контрацепции должны быть обсуждены с женщиной после завершения неотложных мероприятий.**

---

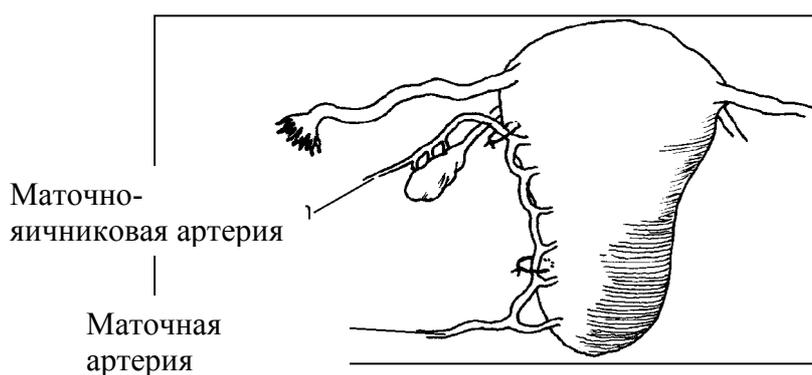
## ПЕРЕВЯЗКА МАТОЧНОЙ И МАТОЧНО-ЯИЧНИКОВОЙ АРТЕРИИ

- Оцените показания.
- Следуйте основным принципам оперативных вмешательств (стр.А-47) и начните в/в инфузию (стр.А-22).
- Введите разовую дозу профилактических антибиотиков (стр.А-35):
  - ампициллин 2 г в/в;
  - ИЛИ цефазолин 1 г в/в.
- Вскройте брюшную полость:
  - проведите вертикальный разрез по средней линии живота ниже пупка до границы лобковых волос через кожу до уровня апоневроза;
  - сделайте вертикальный разрез апоневроза на 2-3 см;
  - держите края апоневроза зажимами и удлините разрез вверх и вниз, используя ножницы;
  - при помощи пальцев или ножниц отделите прямые мышцы живота (мышцы передней брюшной стенки);
  - при помощи пальцев сделайте отверстие в брюшине рядом с пупком. При помощи ножниц удлините разрез вверх и вниз для того, чтобы увидеть всю матку. Осторожно, чтобы не повредить мочевого пузыря, используя ножницы, отсепарируйте ткани и вскройте нижнюю часть брюшной полости;
  - введите пузырьный ретрактор над лобковой костью и вставьте самофиксирующийся ранорасширитель в брюшную полость.
- Потяните матку на себя для визуализации нижней части широкой связки.
- Прощупайте пульсацию маточной артерии рядом с местом соединения матки и шейки.
- Используйте хромированный кетгут №0 (или полигликолевую нить) на большой игле, пройдите иглой вокруг артерии и захватите в шов 2-3 см миометрия (мышечный слой матки) на уровне, где должен бы быть сделан поперечный разрез нижнего сегмента матки. Надежно завяжите узел.
- Наложите шов как можно ближе к матке, так как мочеточник в большинстве случаев находится всего лишь на 1 см латеральнее от маточной артерии.
- Повторите процедуру с другой стороны.
- Если артерия была разорвана, пережмите и перевяжите кровоточащие концы.

- перевяжите маточно-яичниковую артерию непосредственно ниже точки соединения поддерживающей связки яичника с маткой (Рисунок Р - 54).
- Повторите процедуру с другой стороны.
- Не пропустите продолжающееся кровотечение или образующуюся гематому.

**Рисунок Р - 54** Места перевязки маточной и маточно-яичниковой артерии

- Ушейте брюшную полость:



- убедитесь в отсутствии кровотечения. Удалите сгустки тампоном;
- внимательно проверьте мочевой пузырь на наличие повреждений и ушейте обнаруженные повреждения (стр.С-91);
- ушейте апоневроз непрерывным швом хромированным кетгутом (или полигликолевой нитью) №0;

**Примечание:** Нет необходимости в перитонизации мочевого пузыря и ушивании париетальной брюшины.

- если есть признаки инфекции, затампонируйте подкожные ткани и наложите свободный шов кетгутом (или полигликолевой нитью) №0. Ушейте кожу отсроченным швом после исчезновения признаков инфекции;
- если нет признаков инфекции, зашейте кожу вертикальными матрасными швами нейлоном (или шелком) 3-0 и наложите стерильную повязку.

## Послеоперационный уход

- Соблюдайте основные принципы послеоперационного ухода (стр.А-52).
- Если есть признаки инфекции или у женщины отмечается высокая температура, назначьте комбинацию антибиотиков до момента, пока у нее не будет нормальной температуры в течение 48 часов (стр.А-35):
  - ампициллин 2 г в/в каждые 6 часов;

- 
- ПЛЮС гентамицин 5 мг/кг веса в/в каждые 24 часа;
  - ПЛЮС метронидазол 500 мг в/в каждые 8 часов.
  - Назначьте подходящие анальгетики (стр.А-37).
  - Если нет признаков инфекции, удалите дренаж из брюшной полости через 48 часов.
  - При возможности предложите другие медицинские услуги (стр.В-14)

---

## ПОСЛЕРОДОВАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ

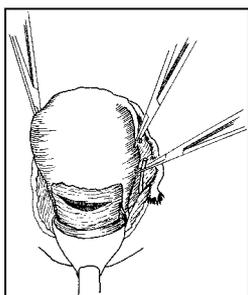
Гистерэктомия в послеродовом периоде может быть субтотальной (надвлагалищной), если шейка и нижний сегмент матки не вовлечены в процесс. Тотальная гистерэктомия может стать необходимой в случае разрывов нижнего сегмента матки, которые распространяются на шейку, или кровотечения при предлежании плаценты.

- Оцените показания.
- Следуйте основным принципам оперативных вмешательств (стр.А-47) и начните в/в инфузию (стр.А-22).
- Введите однократную дозу профилактических антибиотиков (стр.А-35):
  - ампициллин 2 г в/в;
  - ИЛИ цефазолин 1 г в/в.
- Если есть неконтролируемое кровотечение после влагалищных родов, имейте в виду, что скорость выполнения вмешательства очень важна. Для вхождения в брюшную полость
  - проведите вертикальный разрез по средней линии живота ниже пупка до границы лобковых волос через кожу до уровня апоневроза;
  - сделайте вертикальный разрез апоневроза на 2-3 см;
  - удерживая края апоневроза зажимами, удлините разрез вверх и вниз, используя ножницы;
  - при помощи пальцев или ножниц отделите прямые мышцы живота (мышцы передней брюшной стенки);
  - при помощи пальцев сделайте отверстие в брюшине рядом с пупком. При помощи ножниц удлините разрез вверх и вниз для того, чтобы увидеть всю матку. Осторожно, чтобы не повредить мочевого пузыря, используя ножницы, отсепарируйте ткани и вскройте нижнюю часть брюшной полости;
  - поместите пузырьный ретрактор над лобковой костью и вставьте самофиксирующийся ранорасширитель в брюшную полость.
- Если родоразрешение произведено посредством кесарева сечения, пережмите кровоточащие сосуды на протяжении всего разреза матки:
  - при наличии массивного кровотечения попросите ассистента надавить пальцами на аорту в нижней части живота. Это уменьшит внутрибрюшинное кровотечение;
  - при необходимости расширьте кожный разрез.

## Субтотальная (супрацервикальная) гистерэктомия

- Извлеките матку из брюшной полости и осторожно потяните для создания натяжения.
- Дважды пережмите и перережьте круглые связки ножницами (Рисунок Р - 55). Пережмите и перережьте ножки круглой связки, но лигируйте их только после перевязки маточной артерии, что позволит выиграть время.

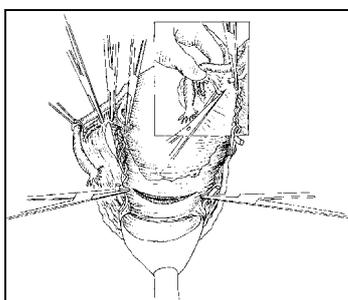
Рисунок Р - 55      Пересечение круглых связок



- От края разреза круглой связки вскройте передний листок широкой связки. Разрежьте:
  - до точки, где висцеральный листок брюшины, покрывающий мочевой пузырь, переходит на нижнюю поверхность матки по средней линии;
  - ИЛИ до разрезанной при кесаревом сечении брюшины.
- Используйте два пальца для отодвигания заднего листка широкой связки вперед, точно под трубой и яичником, рядом с краем матки. Прodelайте отверстие, размером с палец, в широкой связке, используя ножницы. Дважды пережмите и перережьте трубу, собственную связку яичника и мезосальпинкс через отверстие в широкой связке (Рисунок Р - 56).

**Мочеточник близко расположен к маточным сосудам. Мочеточник должен быть идентифицирован и обнажен для того, чтобы избежать его повреждения в ходе хирургических манипуляций или попадания в шов.**

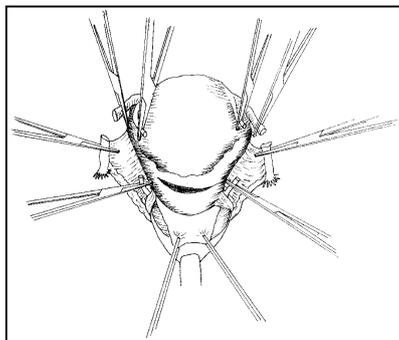
Рисунок Р - 56      Пересечение труб и связок яичников



- Разрежьте задний листок широкой связки книзу по направлению к маточно-крестцовой связке, используя ножницы.
- Захватите край вскрытой пузырно-маточной складки щипцами или маленьким зажимом. Пальцами или ножницами отслоите мочевоый пузырь книзу от нижнего сегмента матки. Прилагайте давление в направлении книзу и внутрь, к внутренней части шейки и нижнему сегменту матки.
- Определите положение маточной артерии и вены с каждой стороны матки. Нащупайте место перехода матки в шейку.

- Дважды пережмите маточные сосуды под углом 90° с каждой стороны шейки. Перережьте и дважды перевяжите хромированным кетгутом №0 (или полигликолевой нитью) (Рисунок Р - 57).

**Рисунок Р - 57**                      **Пересечение маточных сосудов**

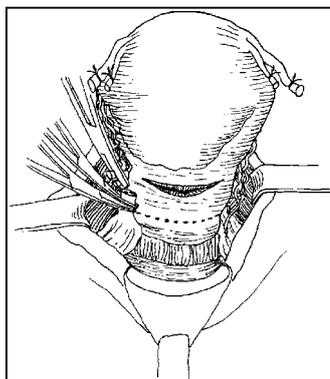


- Тщательно осмотрите операционное поле на предмет обнаружения продолжающегося кровотечения. Если маточные артерии перевязаны правильно, кровотечение должно остановиться и матка должна выглядеть бледной.
- Вернитесь к пережатым ножкам круглых связок и трубно-яичниковым связкам и перевяжите их хромированным кетгутом

№0 (или полигликолевой нитью).

- Ампутируйте матку выше уровня перевязки маточных артерий, используя ножницы (Рисунок Р - 58).

**Рисунок Р - 58**                      **Линия ампутации**



- Ушейте культю шейки отдельными швами хромированным кетгутом №2-0 или №3-0 (или полигликолевой нитью).
- Тщательно осмотрите культю шейки, листки широкой связки и другие образования дна таза на предмет обнаружения кровотечения.
- Если легкое кровотечение продолжается или подозревается нарушение свертывающей системы, проведите дренаж через брюшную стенку (стр.А-51). Не проводите дренаж через культю шейки, так как это может вызвать

развитие послеоперационной инфекции.

- Убедитесь, что нет кровотечения. Удалите сгустки тампоном.
- Внимательно проверьте мочевой пузырь на наличие повреждений и ушейте обнаруженные повреждения (стр.С-91).
- Ушейте апоневроз непрерывным швом хромированным кетгутом (или полигликолевой нитью) №0.

**Примечание:** Нет необходимости в перитонизации мочевого пузыря и ушивании париетальной брюшины.

- 
- Если есть признаки инфекции, затампонируйте подкожные ткани и наложите свободный шов кетгутом (или полигликолевой нитью) №0. Ушейте кожу отсроченным швом после исчезновения признаков инфекции.
  - Если нет признаков инфекции, зашейте кожу вертикальными матрасными швами нейлоном (или шелком) 3-0 и наложите стерильную повязку.

## **Тотальная гистерэктомия**

Для проведения тотальной гистерэктомии требуются следующие дополнительные шаги:

- отсепарируйте мочевой пузырь книзу, освободив 2 см верхушки влагалища;
- вскройте задний листок широкой связки;
- пережмите, перевяжите и перережьте маточно-крестцовые связки;
- пережмите, перевяжите и перережьте кардинальные связки, содержащие нисходящие ветви маточных сосудов. Это очень важный шаг операции:
  - захватите связку вертикально большим зубчатым зажимом (например, зажимом Кохера);
  - наложите зажим на 5 мм латеральнее шейки и перережьте связку максимально близко к шейке, оставляя для безопасности немного ткани медиальнее зажима;
  - если шейка длинная, повторите эти шаги два или три раза.

Теперь верхние 2 см влагалища должны быть свободны.

- Произведите круговое отсечение влагалища как можно ближе к шейке, пережимая кровоточащие места по мере их появления.
- Наложите гемостатические швы на углы культи влагалища, включая в них культи круглой, кардинальной и крестцово-маточной связок.
- Наложите непрерывный шов на культю влагалища для остановки кровотечения.
- Ушейте брюшную полость после дренирования экстраперитонеального пространства рядом с культей влагалища (стр.А-51).

## **Послеоперационный уход**

- Соблюдайте основные принципы послеоперационного ухода (стр.А-52).
- Если есть признаки инфекции или у женщины отмечается высокая температура, назначьте комбинацию антибиотиков до момента, пока у нее не будет нормальной температуры в течение 48 часов (стр.А-35):

- 
- ампициллин 2 г в/в каждые 6 часов;
  - ПЛЮС гентамицин 5 мг/кг веса в/в каждые 24 часа;
  - ПЛЮС метронидазол 500 мг в/в каждые 8 часов.
  - Назначьте подходящие анальгетики (стр.А-37).
  - Если нет признаков инфекции, удалите дренаж из брюшной полости через 48 часов.
  - По возможности предложите другие медицинские услуги (стр.В-14).

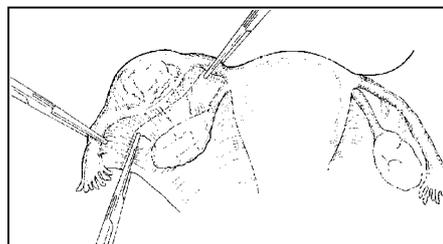
---

## САЛЬПИНГЭКТОМИЯ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

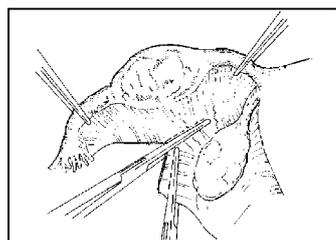
- Оцените показания.
- Следуйте основным принципам оперативных вмешательств (стр.А-47) и начните в/в инфузию (стр.А-22).
- Введите однократную дозу профилактических антибиотиков (стр.А-35):
  - ампициллин 2 г в/в;
  - ИЛИ цефазолин 1 г в/в.
- Вскройте брюшную полость:
  - проведите вертикальный разрез по средней линии живота ниже пупка до границы лобковых волос через кожу до уровня апоневроза;
  - сделайте вертикальный разрез апоневроза длиной 2-3 см;
  - удерживая края апоневроза зажимами, удлините разрез вверх и вниз, используя ножницы;
  - при помощи пальцев или ножниц отделите прямые мышцы живота (мышцы передней брюшной стенки);
  - используя пальцы, сделайте отверстие в брюшине рядом с пупком. При помощи ножниц удлините разрез вверх и вниз для того, чтобы увидеть всю матку. Осторожно, чтобы не повредить мочевого пузыря, используя ножницы, отсепарируйте ткани и вскройте нижнюю часть брюшной полости;
  - поместите пузырьный ретрактор над лобковой костью и вставьте самофиксирующийся ранорасширитель в брюшную полость.
- Определите и осмотрите фаллопиеву трубу с внематочной беременностью и яичником.
- Наложите тракционный зажим (например, Бэбкокка) для лучшего доступа и пережмите брыжейку маточной трубы для остановки кровотечения.
- Удалите отсосом кровь из нижней части брюшной полости и удалите сгустки крови.
- Отграничьте пленкой, смоченной теплым физиологическим раствором, кишечник и сальник от операционного поля.
- Отсеките брыжейку маточной трубы, используя серию зажимов (Рисунок Р - 59 А-С). Накладывайте каждый зажим близко к трубе для сохранения васкуляризации яичника.
- Прошейте и перевяжите отсеченную брыжейку маточной трубы хромированным кетгутом №2-0 (или полигликолевой нитью) до снятия зажимов.

- Наложите проксимальный шов вокруг трубы у ее истмического отдела и отрежьте трубу.

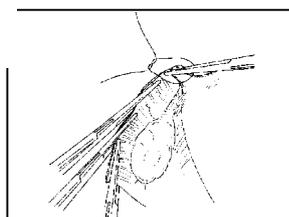
Рисунок Р - 59 Пережатие, отделение и пересечение брыжейки маточной трубы



А. Пережатие брыжейки



В. Отделение брыжейки



С. Наложение проксимального шва вокруг трубы

- Ушейте брюшную полость:
  - убедитесь в отсутствии кровотечения. Удалите сгустки тампоном;
  - внимательно проверьте мочевой пузырь на наличие повреждений и ушейте обнаруженные повреждения (стр.С-91);
  - ушейте апоневроз непрерывным швом хромированным кетгутом (или полигликолевой нитью) №0;

**Примечание:** Нет необходимости в перитонизации мочевого пузыря и ушивании париетальной брюшины.

- если есть признаки инфекции, затампонируйте подкожные ткани и наложите свободный шов кетгутом (или полигликолевой нитью) №0. Ушейте кожу отсроченными швами после исчезновения признаков инфекции;
- если нет признаков инфекции, зашейте кожу вертикальными матрасными швами нейлоном (или шелком) 3-0 и наложите стерильную повязку.

## Сальпингостомия

Изредка, когда есть небольшое повреждение маточной трубы, плодное яйцо может быть удалено, а труба сохранена. Это может быть сделано только в том случае, если сохранение репродуктивной функции для женщины очень важно, так как есть риск возникновения повторной внематочной беременности.

- 
- Вскройте брюшную полость и обнажите соответствующий яичник и фаллопиеву трубу (стр.С-101).
  - Наложите тракционный зажим (например, Бэбкокка) на любое место неразорвавшейся трубы и выведите ее для осмотра.
  - Используйте скальпель для выполнения линейного разреза через серозный слой на стороне, противоположной брыжейке, вдоль оси трубы, но не вскрывайте плодное яйцо.
  - Используйте рукоятку скальпеля для вылуцивания плодного яйца из трубы.
  - перевяжите кровоточащие места.
  - Верните яичник и фаллопиеву трубу в полость таза.
  - Ушейте переднюю брюшную стенку (стр.С-102).

### **Послеоперационный уход**

- Соблюдайте основные принципы послеоперационного ухода (стр.А-52).
- Если есть признаки инфекции или у женщины отмечается высокая температура, назначьте комбинацию антибиотиков до момента, пока у нее не будет нормальной температуры в течение 48 часов (стр.А-35):
  - ампициллин 2 г в/в каждые 6 часов;
  - ПЛЮС гентамицин 5 мг/кг веса в/в каждые 24 часа;
  - ПЛЮС метронидазол 500 мг в/в каждые 8 часов.
- Назначьте подходящие анальгетики (стр.А-37).
- По возможности предложите другие медицинские услуги (стр.В-14).
- Если была проведена сальпингостомия, информируйте женщину о риске повторной внематочной беременности и предложите методы планирования семьи (Таблица S- 3, стр.В-14).



---

**D. Раздел 4.**

**Приложения**

---

---

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 1.**

### **Необходимые препараты, используемые при лечении осложнений во время беременности и родов**

#### **Антибиотики**

Амоксициллин  
Ампициллин  
Бензатин пенициллин  
Бензил пенициллин  
Цефазолин  
Цефтриаксон  
Клоксациллин  
Эритромицин  
Гентамицин  
Канамицин  
Метронидазол  
Нитрофурантоин  
Пенициллин G  
Прокаин пенициллин G  
Триметоприм/Сульфаметоксазол

#### **Стероиды**

Бетаметазон  
Дексаметазон  
Гидрокортизон

#### **Неотложные лекарства**

Адреналин  
Аминофиллин  
Атропина сульфат  
Кальция глюконат  
Дигоксин  
Дифенилгидрамин  
Эфедрин  
Фуросемид  
Налоксон  
Нитроглицерин  
Преднизон  
Преднизолон  
Прометазин

---

---

## **Растворы для в/в инфузий**

Декстроза 10%  
Глюкоза (5%, 10%, 50%)  
Физиологический раствор  
Лактат Рингера

## **Противосудорожные препараты**

Диазепам  
Сульфат магния  
Фенитоин

## **Антигипертензивные средства**

Гидралазин  
Лабетолол  
Нифедипин

## **Утеротоники**

15-метил Простагландин F<sub>2α</sub>  
Эргометрин  
Метилэргометрин  
Мизопростол  
Окситоцин  
Простагландин E<sub>2</sub>

## **Анестетики**

Галотан  
Кетамин  
Лигнокаин 2% или 1%

## **Анальгетики**

Индометацин  
Морфин  
Парацетамол  
Петидин

## **Седативные препараты**

Диазепам  
Фенобарбитал

## **Противомалярийные препараты**

Артемезер  
Артесунат  
Хлорохин

---

---

Клиндамицин  
Мефлохин  
Хинидин  
Хинина дигидрохлорид  
Хинина сульфат  
Сульфадоксин/Пириметамин

### **Токолитики**

Индометацин  
Нифедипин  
Ритодрин  
Сальбутамол  
Тербуталин

### **Другие препараты**

Противостолбнячная сыворотка  
Железа фумерат  
Железа сульфат  
Фолиевая кислота  
Гепарин  
Трисиликат магния  
Цитрат натрия  
Противостолбнячный анатоксин  
Противостолбнячный антитоксин  
Витамин К

---

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

### Предметный указатель

#### Аборт

*также см.* Ручная вакуумная аспирация (РВА),

Расширение цервикального канала и выскабливание  
**диагноз**, В-8

#### **ведение**

полный, В-12

неполный, В-11

в ходу, В-11

угрожающий, В-10

осложнения, В-9

планирование семьи после, В-13

последующее лечение, В-12

криминальный аборт и столбняк, В-51

разновидности аборта, В-10

#### Абсцесс

**диагноз**, В-108

#### **ведения**

молочной железы, В-113

тазовый, В-110

раневого, В-113

#### Абсцесс молочной железы

**диагноз**, В-108

**ведение**, В-113

кормление грудью, В-113

#### Активное ведение

третьего периода родов, А-73, С-42

смерть плода, В-133

#### Аллергия

лигнокаин, А-41

#### Амнионит

**диагноз**, В-136

**ведение**, В-139

и преждевременный разрыв плодного пузыря, В-136

#### Аминиотическая жидкость

*см также* преждевременный разрыв плодного пузыря,  
тестирование на, В-137

#### Амниотомия

*см.* Искусственный разрыв плодного пузыря

#### Аналгезия

*см.* Анестезия и аналгезия

Аномалии плода  
оценка, В-147  
эмоциональные соображения, А-12

Антибиотики, А-35

Антидепрессанты  
и кормление грудью, А-13

Антисептики  
хлоргексидин, А-22, А-49  
йодоформ, А-22, А-49

Анемия  
**диагноз**, В-126  
**ведение**  
малярия и, В-56  
послеродовая, В-26  
тяжелая, В-127  
определение гемоглобина или гематокрита, В-26  
сердечная недостаточность и, В-127  
малярия и, В-56, В-103  
воздержание от спинальной анестезии, С-11

Анестезия и аналгезия  
*см. также* Устранение боли  
**общие принципы**, А-43  
введение, заблаговременность, А-21, А-38  
кесарево сечение, варианты для, С-7, С-43  
и эмоциональная поддержка emotional support and, А-43  
методы инъекций, А-41, С-1  
кетамин, С-13  
местная анестезия  
**общее обсуждение**, А-38  
адреналин и, А-39  
аллергические реакции, А-41  
применение во время кесарева сечения, С-7  
остановка сердца, А-43  
остановка дыхания, А-42  
токсичность, А-41, А-42, А-43  
рвота, А-41, А-46  
наркотики  
при родах, А-59  
послеоперационные, А-46  
угнетение дыхания у новорожденного и, А-38  
варианты, А-45  
парацервикальная анестезия, С-1  
послеоперационная, А-46  
премедикация, А-21, А-38  
пудендальная анестезия, С-3  
спинальная, С-11

Аппендицит

**диагноз**, В-116

**ведение**, В-117

ошибочность диагностики, В-115, В-119

беременная матка и, В-119

Астма

*См.* Бронхиальная астма

Ателектаз

**диагноз**, В-109

Атоничная матка

**диагноз**, В-27

**ведение**, В-28

Атония матки *См.* Атоничная матка

Ацетон

Наличие в моче, А-71

Бессознательность *См.* Потеря сознания

Бледность

шок и, В-1

анемия и, В-126

Болезнь гиалиновых мембран у новорожденных, В-147

Боль

*См.* Боль в животе

Боль в животе

**диагноз**

ранний срок беременности,

В-116

поздний срок беременности, В-120

**общее ведение**, В-115, В-119

Бронхиальная астма

**диагноз**, В-126

**ведение**, В-129

Бронхит, В-129

Бронхоспазм

бронхиальная астма и, В-129

вызванный переливанием, А-28

Брюшной тиф  
**диагноз**, В-109

Быстрая первоначальная оценка, А-1

Вагинальное кровотечение *См.* Кровотечение

Вагинальные разрывы или разрывы промежности  
**ушивание**, С-83  
варианты анестезии, А-45, С-11  
разрывы анального сфинктера, обнаружение, С-83  
запущенные случаи, С-89  
ушивание, С-86  
кровотечение, вызванное, В-31  
осложнения, С-89  
степени разрыва, С-83  
вызванные родами с применением щипцов, С-35  
гематома, С-89  
послепроцедурный уход, С-88  
разрыв матки с ушиванием, С-96

Вагинит  
**диагноз**, В-136  
катетер Фолея, опасность применения, С-25

Вакуумная аспирация *См.* Ручная вакуумная аспирация

Вакуум-экстракция  
**процедура**, С-27  
варианты анестезии, А-45  
лобное предлежание, избежание при, В-76  
осложнения  
цефалогематома, С-30  
разрывы, С-31  
эпизиотомия в помощь, С-28  
лицевое предлежание, избегать применение при, В-78  
неудача, С-30  
преждевременные роды, избегать применение при, В-123  
симфизиотомия и, С-30, С-53

Вентиляция  
новорожденные, В-143

Вздутие живота  
**диагноз**  
ранний срок беременности,  
В-9, В-14  
поздний срок беременности,  
В-18

## ВИЧ

См. Предотвращение инфекций  
разрыв плодного пузыря и опасность перинатальной передачи, С-17

## Воспаление тазовых органов

ошибочно принятое за эктопичную беременность, В-7

## Внематочная беременность

**диагноз**, В-8, В-13, В-14

кульдоцентез, С-69

**ведение**, В-14

ошибочно принятая за аппендицит, В-115

## Внематочная беременность (*продолжение*)

сальпингэктомия или сальпингостомия, С-109

вагинальное кровотечение при раннем сроке беременности и, В-7

## Внутри мозговое кровоизлияние

гипертензия и, В-48

## Врожденные пороки

Эмоциональные соображения, А-12

Эпилепсия, и лечение, В-51

Пороки развития, В-147

## Врожденный сифилис

**ведение** у новорожденных, В-150

## Выворот матки

**диагноз**, В-27

**ведение**, В-33

**процедура**, коррекция, С-91

варианты анестезии, А-45

гидростатическая, С-92

ручная, С-91

хирургическая, С-92

## Выворот матки (*продолжение*)

осложнения, С-94

послепроцедурный уход, С-94

## Выкидыш

См. Аборт

## Выпадение пуповины

**ведение**, В-97

тазовое предлежание и, В-80

сочетанное предлежание и, В-78

роды, контроль во время, А-72

перерастянутая матка и, В-88

## Выскабливание

*См.* Расширение цервикального канала и выскабливание содержимого полости матки

## Высокое кровяное давление

*См.* Кровяное давление

## Галотан

коррекция вывернутой матки, С-92

## Гематокрит

анемия и, В-26

## Гематома

широкой связки, В-20, С-96

цефалогематома, С-30

эпизиотомия и, С-74

ушивание разрыва матки, С-96

разрывы влагалища или промежности и, С-89

раневая, В-113

## Гемоглобин

анемия и, В-26

определение переливания, А-26

## Гемостаз, А-51

## Гепатит

**диагноз**, В-101

*См. также* Предотвращение инфекций

## Гипертензия

*См. также* Кровяное давление

**диагноз**, В-36, В-38

### **ведение**

хроническая гипертензия, В-49

эклампсия, В-43

преэклампсия, В-42, В-43

гипертензия, вызванная беременностью, В-41

антигипертензивные препараты, В-46

осложнения, В-48

диуретики, опасность применения при, В-42

## Гиповолемия

*См. также* Шок

избегать спинальной анестезии при, С-11

кровезаменители и, А-32

## Гипотермия

новорожденный, В-148

Гистеректомия

**процедура**, С-103

послеоперационный уход, С-108

субтотальная, С-104

тотальная, С-107

Глистная инвазия

кровотечение и, В-26

лечение сердечной недостаточности, В-127

Головная боль

**диагноз**, В-38

Горе, А-10

Гормоны

угрожающий аборт и, В-11

Действия при неотложных состояниях

подготовка к, А-15

быстрая первичная оценка, А-3

Декстран

шок и опасность введения, В-2

Депрессия

антидепрессанты и кормление грудью, А-13

после родов, эмоциональные соображения, А-13

Дизурия

**диагноз**, В-100, В-136

Диспареуния

**диагноз**, В-136

Диспропорция головки плода и таза

**диагноз**, В-57

**ведение**, В-65

Дистоция плечиков плода

**диагноз**, В-83

**ведение**, В-83

повреждение плечевого сплетения, В-84

Диуретики

легкая преэклампсия и опасность введения, В-42

Дренирование

хирургические процедуры и, А-51

## Дыхание

Техника дыхания во время родов, А-58

## Жар

### диагноз

беременность и роды, В-100

послеродовой, В-108

**общее ведение**, В-99, В-107

послеоперационный, А-55

## Желудочно-кишечная функция

послеоперационная, А-53

## Жидкости

*См. также* Инфузия

введение через клизму, А-32

малярия и инфузионная терапия, В-55

подкожное введение, А-33

## Заболеваемость

материнская, А-9

неонатальная, А-10

## Заболевание сердца

сердечная недостаточность и, В-128

кетамин, опасность применения, С-13

## Задержка отделения плаценты

**диагноз**, В-27

**ведение**, В-31

контролируемое потягивание за пуповину, В-31

эргометрин, опасность применения, В-31

задержка отделения фрагментов, В-32

## Застой в молочных железах

**диагноз**, В-108

**ведение**, В-111

## Затрудненное дыхание

*См. также* Цианоз, Остановка дыхания

**диагноз**, В-126

**общее ведение**, В-125

новорожденные, В-141

планирование оживления, А-73

применение кислорода, В-146, В-147

недоношенные новорожденные, В-147

шок и учащенное дыхание, В-1

## Затруднение фокусирования зрения

**диагноз**, А-41, В-38

Затылочные положения

**диагноз**, В-70, В-71, В-72

**ведение**, задний вид затылочного предлежания, В-75

Затянувшиеся роды

*См. также* Родовозбуждение и родостимуляция

**диагноз**, В-57

**ведение**

латентная фаза, В-64

активная фаза, В-65

фаза изгнания, В-67

диспропорция головки плода и таза матери, В-65

абсолютно клинически узкий таз, В-66

партограмма, образцы В-59, В-61, В-63

неадекватная активность матки, В-66

Здоровье плода и дистресс плода

смерть плода, В-132

частота сердечных сокращений, и дистресс плода, В-95

преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и, В-19

искусственный разрыв плодного пузыря и, С-18

наружный поворот плода, требования к мониторингу, С-15

нормальные роды и, А-57

не выслушивается, В-131

затянувшиеся роды и, В-57

Здоровье плода и дистресс плода (*продолжение*)

ЧСС (*продолжение*)

введение седативных препаратов и, В-131

отсутствие движений плода, В-131

неправильное положение или предлежание плода, В-69

примесь мекония, В-96

Зрение *См.* Расфокусированное зрение

Иглы для подкожных инъекций

порядок работы с острыми предметами, А-20

Иммунизация

столбняк, В-51

Инструменты

подсчет инструментов, А-51

Инфекции молочной железы

*См.* Абсцесс молочной железы; Мастит

Инфекции мочевых путей

**диагноз**, В-100, В-101

**ведение**

острый пиелонефрит, В-102  
цистит, В-101  
ложные роды и, В-65

**Инфекция**

молочной железы, В-112  
сепсис у новорожденного, В-139  
сепсис после аборта, В-9  
мочевых путей, В-101  
матки, В-110, В-139  
раневаая, В-113

**Информированное согласие, А-47****Инфузия**

**процедура, А-21**  
переливания крови в сравнении, А-23  
введение канюли, А-21, В-3  
баланс жидкости, В-55  
сердечная недостаточность и, В-128  
терапия для поддержания водного баланса, А-32  
фенитоин, В-52  
кровезаменяющие жидкости, А-30  
коллоидные растворы, А-31  
кристаллоиды, А-30  
растворы декстрозы, А-30, А-31, А-32, А-33  
растворы глюкозы, А-30  
лактат Рингера, А-21  
физраствор, нормальный, А-21, А-30  
выведение из шока, А-30, В-2  
опасность заменителей плазмы, А-21  
подкожное введение жидкостей, А-33  
альтернатива переливанию, А-30  
венесекция, введение канюли, В-3

**Инъекция**

методы инъекций, А-41, С-1  
столбняк, В-51

**Искусственный разрыв плодного пузыря**

*см. также* Разрыв плодного пузыря  
**процедура, С-17**

**Канюля**

введение для инфузии, А-21  
введение способом венесекции, В-3

**Катетер Фолея**

родовозбуждение, С-25

Катетеризация

См. Мочевой пузырь

Кашель

**диагноз**, В-126

Кесарево сечение

**процедура**, С-43

варианты анестезии, А-45, С-7, С-11, С-43

антибиотики, А-35

контроль кровотечения, С-48

послеоперативный, С-50

тазовое предлежание и, С-49

“классический” разрез, С-50

ушивание брюшной полости, С-48

ушивание разреза матки, С-47

сердечная недостаточность и, С-43, В-128

высокий вертикальный разрез, С-50

гистеректомия после, С-103

применение окситоцина при последующей беременности, С-21

предлежание плаценты и, С-49

рождение плаценты, С-45

послеоперационный уход, С-50, В-97

поперечное положение плода и, С-49

перевязка маточных труб после, С-51

Кетамин

**процедура**, С-13

Кислород

новорожденный, затрудненное дыхание и, В-146, В-147

Киста яичника

**диагноз**, В-116,

**ведение**, В-117

ошибочно принятая за аппендицит, В-115

УЗИ и, В-14

Клизмы

воздерживаться от применения во время родов, А-58

Коагулопатия

**диагноз**

прикроватный тест на свертываемость, В-2

**ведение**, В-19

эклампсия, роды кесаревым сечением и, В-47

Коагулопатия (*продолжение*)

спинальная анестезия, когда избегать, С-11

Коллоидные растворы  
применение в качестве кровозаменителей, А-31

Кольпотомия  
**процедура**, С-70  
варианты анестезии, А-45

Кома  
**диагноз**, В-38, В-39  
Кормление грудью  
антидепрессанты и, А-13  
осложнения  
абсцесс молочной железы, В-113  
застой в молочных железах, В-111  
мастит, В-112  
отложенное начало грудного вскармливания, А-78  
первичный уход за новорожденным, А-76, А-78

Краниотомия  
**процедура**  
тазовое предлежание, С-58  
головное предлежание, С-57  
варианты анестезии, А-45, С-3  
эмоциональные соображения, А-11  
послепроцедурный уход, С-60

Краниоцентез  
**процедура**  
тазовое предлежание, С-60  
кесарево сечение и, С-60  
закрытая шейка матки, С-59  
раскрытая шейка матки, С-59  
эмоциональные соображения, А-11  
послепроцедурный уход, С-60

Кровоизлияние  
*См. также* Кровотечение  
**диагноз**  
предродовое, В-17  
послеродовое, В-25  
**общее ведение**  
предродовое, В-17  
послеродовое, В-26  
церебральное, вызванное гипертензией по причине беременности и, В-48  
коагулопатия и, В-19  
определение, В-25  
позднее послеродовое, В-33  
раннее послеродовое, В-25  
в/в вливания и, А-30

### Кровоизлияние (*продолжение*)

предотвращение послеродового, В-25, А-73  
кровезаменяющие жидкости, А-30  
вторичное послеродовое, В-33  
избегать спинальной анестезии, С-11

### Кровотечение

*См. также* Кровоизлияние;

Коагулопатия

#### **диагноз**

ранний срок беременности, В-8  
роды, В-17, В-18  
поздний срок беременности, В-17, В-18  
послеродовой, В-27

#### **общее ведение**

ранний срок беременности, В-7  
роды, В-17  
поздний срок беременности, В-17  
послеродовой, В-26  
дородовой, В-7, В-17  
сдавление аорты, В-30  
кесарево сечение, контроль во время, С-48  
легкое или сильное, В-8  
измерение кровопотери, В-25  
тампонада матки, В-30  
послеродовое, В-25  
причины шока, В-4  
двуручное сдавливание матки, В-29

### Кровь и компоненты крови

*См. также* Переливание

**Общие принципы**, А-23

Ведение коагулопатии, В-19

Тесты на совместимость, А-25

Предотвращение инфекций, А-24

Переливание плазмы, А-24

Показания к переливанию, А-27

Тестирование на наличие инфекционных агентов, А-25

Септический шок, А-29

Неоправданное применение, А-23

Переливание цельной крови или эритроцитов, А-24

### Кровяное давление

*См. также* Гипертензия

Диастолическое, измерение, В-36

Протеинурия, преэклампсия и, В-37, В-39

Шок и низкое кровяное давление, В-1

### Контроль рождаемости

*См.* Планирование семьи

Кульдоцентез

**процедура**, С-69

варианты анестезии, А-45

Лапаротомия

варианты анестезии, А-45

Летаргия

**диагноз**, В-126

новорожденные, В-141, В-148

Литотомическое положение, А-22

Лицевое предлежание

**диагноз**, В-73

**ведение**, В-77

Лобковые волосы

сбривание, А-48

Лобное предлежание

**диагноз**, В-73

**ведение**, В-76

Ложные роды

**диагноз**, В-58

**ведение**, В-65

Малярия

**диагноз**, В-39, В-103

**общее обсуждение**, В-52, В-103

Малярия (*продолжение*)

анемия и, В-56, В-127

судороги, В-54

водный баланс, В-55

гипогликемия, В-55

лекарственно-устойчивая, В-104, В-105

тяжелая/осложненная, В-52

неосложненная, В-103

Мастит

**диагноз**, В-108

**ведение**, В-112

Матка

*См. также* Атоничная матка; Вывернутая матка и Разрыв матки

аппендицит и беременная матка, В-119

перевязка артерий, С-99

двуручное сдавливание, В-29

кесарево сечение, ушивание, С-47

расширение цервикального канала и выскабливание, С-61  
неадекватная активность матки и затянувшиеся роды, В-66  
ручная вакуумная аспирация, С-65  
массаж после рождения плаценты, А-75  
перерастянутая, В-87  
сдавление, В-30  
рубец на матке и влагалищные роды, В-93

#### Меконий

предотвращение аспирации, В-143  
тазовое предлежание и, В-96  
дистресс плода и, В-96  
толщина, А-57, В-96

#### Менингит

**диагноз**, В-39

#### Мертворожденность

эмоциональные соображения, А-10

#### Местная анестезия

См. Анестезия и аналгезия

#### Методы общения

**общие принципы**, А-6  
роды, А-57

#### Метрит

**диагноз**, В-108  
**ведение**, В-110

#### Мигрень

**диагноз**, В-39

#### Многоплодная беременность

**диагноз**, В-87

#### Многоплодная беременность (*продолжение*)

**ведение**, В-89

#### Мониторинг родов и родоразрешения

См. Мониторинг с помощью партограммы

#### Моча

протеинурия и преэклампсия, В-37, В-39  
скудный диурез  
введение сульфата магния и, В-45  
малярия и, В-55  
шок и, В-1  
тест на протеинурию, В-37  
инфекция мочевых путей, В-101

## Мочевой пузырь

Катетеризация, А-48

инфекция, В-101

послеоперационный уход, А-54

восстановление поврежденного мочевого пузыря, С-97

## Мочеточник

защита во время хирургических процедур, С-96, С-99, С-104

## Мытье рук

общие процедуры, А-17

хирургическая обработка рук, А-48

## Наружный поворот плода

**процедура**, С-15

частота сердцебиений плода и, С-15

## Нарушения свертывания крови

*См.* Коагулопатия

## Некроз фасций, В-114

## Неравильное предлежание и положение

*См. также* Тазовое предлежание и роды

**диагноз**, В-72, В-73, В-74, В-75

**общее ведение**, В-69

тазовое предлежание, В-74, В-79

лобное предлежание, В-73, В-76

кесарево сечение и, С-49

передний вид лицевого предлежания, В-77

задний вид лицевого предлежания, В-77, В-78

сочетанное предлежание, В-74, В-78

коррекция наружным поворотом плода, С-15

лицевое предлежание, В-73, В-77

многоплодная беременность и, В-90

затылочное предлежание, В-70, В-71, В-72, В-75

предлежание плечика, В-75, В-81

поперечное положение, В-75, В-81

## Неудовлетворительный ход родов см. Затянувшиеся роды

## Новорожденные

**общие принципы ухода**, А-77

асфиксия, В-147

бактериальные инфекции, В-147, В-148, В-149

кормление грудью, А-76, А-78

проверка дыхания, А-73

затрудненное дыхание, В-141

уход после родов при тазовом предлежании, С-42

ведение врожденного сифилиса, В-150

судороги, В-149  
цианоз, В-146  
болезнь гиалиновых мембран, В-147  
гипотермия, В-148  
первоначальный уход, А-75  
летаргия, В-148  
низкий вес при рождении, В-147, В-149  
патологии, В-147  
подача кислорода, В-146, В-147  
недоношенность  
    подготовка к, В-123  
    затрудненное дыхание, В-147  
преждевременный разрыв плодного пузыря, ведение после родов, В-149  
длительный разрыв плодного пузыря, ведение после родов, В-149  
оживление, В-142  
изоляция от матери, А-76, А-78  
сепсис, новорожденный, В-139  
ведение сифилиса, В-150  
перевод новорожденных, А-78  
вентиляция, В-143

Обучение, А-80

Оживление

    новорожденный, В-142

Операции

**общие принципы**, А-47

*См. также* Послеоперационный уход

    уход во время операции, А-48

    предоперационный уход, А-47

Определение пульса по бедренной артерии

    пальпация, В-30

Опускание головки

    оценка, А-61

Ориентиры на черепе плода, А-62

Осмотр влагалища

    опасность кровотечения, А-1, В-17, В-21

    оценка опускания головки плода, А-61

    предлежащая плацента и, В-21

    процесс родов, оценка, А-64

Остановка дыхания

*См. также* Дыхание и затрудненное дыхание

    реакции на анестезию, А-42

Остановка сердца

    реакция на анестезию, А-43

Острый инструмент  
обращение, А-20, А-51  
повреждение иглой, пудендальная анестезия и, С-5  
подсчет хирургического инструмента, А-51

Острый пиелонефрит  
**диагноз**, В-100  
**ведение**, В-102  
боль, ошибочно принятая за аппендицит,  
В-115

Отек  
*См. также* Отек легких  
**диагноз**, В-126  
опасность приема диуретиков, В-42  
преэклампсия и, В-37, В-39

Отек легких  
**диагноз**, В-38  
преэклампсия и, В-44

Отсутствие дыхания  
*См.* Остановка дыхания

Пальпация живота  
оценка опускания головки плода, А-61

Парацервикальная анестезия  
**процедура**, С-1

Партограмма  
**общее применение**, А-65  
**образцы**  
тазовое предлежание, В-79  
неадекватные схватки, В-63  
нормальные роды, А-65  
затрудненные роды, В-61  
затянувшиеся роды, В-59

Патологии  
эмоциональные соображения, А-12  
общие, В-147

Первоначальная оценка, А-1

Перевязка маточной и маточно-яичниковой артерии  
**процедура**, С-99

Перевязка маточных труб  
кесарево сечение и, С-51  
ушивание разрыва матки, С-96

Перевязки  
хирургические процедуры и, А-53

Переливание  
*См. также* Кровь и компоненты крови  
**общие принципы**, А-25  
обратное переливание, А-26, В-14  
ведение коагулопатии, В-19  
уровень гемоглобина и, А-26

Переливание (*продолжение*)  
риск инфекции, А-24  
мониторинг, А-27  
реакции  
анафилактический шок, А-28  
бронхоспазм, А-28  
мониторинг, А-27  
кровезаменители – альтернатива, А-30

Переливание плазмы  
коагулопатия и, В-20  
риск инфекции, А-24  
использование кровезаменителя, А-31

Перерастянутая матка  
**диагноз**, В-87  
избыточная амниотическая жидкость, В-88  
большой плод, В-88  
многоплодная беременность, В-89

Перетранспортировка пациентов, А-80

Перитонит  
**диагноз**, В-108  
**ведение**, В-111  
аппендицит и, В-117

Пиелонефрит  
*См.* Острый пиелонефрит

Плацента  
*См. также* Задержка отделения плаценты  
приросшая, В-32  
контролируемое потягивание за пуповину, А-74  
рождение, А-74  
осмотр, А-75  
фрагменты, оставшиеся, В-32

ручное ударение  
**процедура**, С-77  
варианты анестезии, А-45, С-3, С-11  
осложнения, С-79  
вывернутая матка и, С-91  
послепроцедурный уход, С-79  
разрывы плодных оболочек, А-75  
удаление при кесаревом сечении, С-45  
задержка отделения, В-27, В-31

Повышенное кровяное давление  
См. Кровяное давление

Предлежащая плацента  
**диагноз**, В-18  
**management**, В-21  
кесарево сечение и, С-49

Питание  
ацетон в моче, А-71  
декстроза, А-71  
введение во время родов, А-58

Планирование семьи  
и аборт, В-12, В-13  
методы, В-13  
пузырный занос и, В-16  
разрыв матки, консультирование после ушивания, С-98  
перевязка маточных труб при кесаревом сечении, С-51  
сальпингостомия, послепроцедурное консультирование, С-111

Плодный пузырь  
См. также Разрыв плодного пузыря  
искусственный разрыв, С-17

Пневмония  
**диагноз**, В-126  
Пневмония (*продолжение*)  
**ведение**, В-129

Поддерживающая терапия водного баланса, А-31

Поддержка сопровождающего  
См. Члены семьи

Поперечное положение  
**диагноз**, В-75  
**ведение**, В-81  
кесарево и, С-49  
наружный поворот, С-15

внутренний поворот на ножку, В-90

Потеря сознания

**диагноз**, В-38, В-39

**общее ведение**, В-35

шок и, В-1

Права женщин, А-5

Право знать, А-5

Право на частную жизнь, А-5

Предлежание

*См. также* Неправильное предлежание или положение

**нормальное предлежание**, А-62

Предлежание плечика плода

**диагноз**, В-75

**ведение**, В-81

Предотвращение инфекции

**общее обсуждение**, А-17

профилактическое использование антибиотиков, А-35

кровь и компоненты крови, А-24

передача ВИЧ, перинатальная, С-17

гипертензивные осложнения, В-49

роды, чистота во время, А-58

обычные хирургические процедуры, А-47

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

**диагноз**, В-18

**ведение**, В-18

и преждевременный разрыв плодного пузыря, В-136

Преждевременное родоразрешение

**диагноз**, В-120

**ведение**, В-122

новорожденный

недоношенный, уход, В-147, В-149

бактериальные инфекции, В-147

болезнь гиалиновых мембран, В-147

низкий вес при рождении, В-147, В-149

разрыв плодной оболочки, преждевременный, В-135

Преждевременные роды

*См.* Преждевременное родоразрешение

Преждевременный разрыв плодного пузыря

**диагноз**, В-136

**managment**, В-136  
уход за новорожденным и, В-149

Прием Ловсета, С-38, С-39

Прием Морис-Смелли-Вейта, С-40, С-41

Положение

*См. Неправильное предлежание или положение*

Послеоперационный уход

мочевой пузырь, А-54

мониторинг внутреннего кровотечения, А-53

жар, А-55

желудочно-кишечная функция, А-53

первоначальный, А-52

облегчение боли и заживление, А-46

снятие швов, А-55

рана, А-54

Послеродовое кровотечение

*См. также* Кровотечение; Кровоизлияние

**общее ведение**, В-25

Послеродовой уход

кровотечение, В-25

застой в молочных железах, В-111

инфекции молочной, В-112

кесарево сечение, послеоперационный уход, , С-50

депрессия, А-12

жар, В-107

кровотечение, В-25

психоз, А-14

симфизиотомия, уход после, С-56

Преэклампсия

*См. Эклампсия и преэклампсия*

Протеинурия

**диагноз**, В-37, В-38

измерение, В-37

Протеинурия (*продолжение*)

преэклампсия и, В-37, В-39

Психоз

кетамин, опасность применения, С-13

послеродовой, эмоциональные соображения, А-14

Пудендальная анестезия

**процедура**, С-3

Пузырный занос  
**диагноз**, В-8  
**ведение**, В-15  
планирование семьи после, В-16

Пульс  
шок и слабый пульс, В-1

Пуповина  
*См. также* Выпадение пуповины  
во время родов, ощупывание, А-72  
рождение плаценты потягиванием, А-74, В-31  
пульсации и выпадение пуповины, В-97

Пупочный  
*См.* Пуповина; Выпадение пуповины

Разрыв анального сфинктера  
*см.* вагинальный разрыв или разрыв промежности

Разрыв матки  
**диагноз**, В-18  
**ведение**, В-20  
**ушивание**, С-95  
кесарево сечение, после, В-94  
родоразрешение наложением щипцов, С-35  
угрожающий разрыв, В-94  
родовозбуждение и опасность, С-19  
введение окситоцина и опасность, С-19  
опасности беременности после, С-98  
рубцы, В-93  
дистоция плечиков плода и, В-84  
избегать симфизиотомию, С-53  
влагищные роды после, В-93

Разрыв плодных оболочек  
искусственный разрыв, С-17  
ВИЧ и, С-17  
нормальные роды, А-57  
преждевременный, В-135

Разрыв плодных оболочек *См.* Преждевременный разрыв плодных оболочек

Разрыв промежности  
*См.* Влагищный разрыв или Разрыв промежности

Разрыв шейки матки  
**восстановление**, С-81  
варианты анестезии, А-45  
кровотечение, вызванное, В-31

родоразрешение наложением щипцов и, С-35  
вакуум-экстракция и, С-31

#### Разрывы

*См. также* Разрывы шейки матки, влагалища или промежности  
мочевой пузырь, С-97  
кровотечение, вызванное, В-31  
осмотр плаценты, А-75

Раневая инфекция передней брюшной стенки, В-113

Раны *См.* Разрывы  
инфекции, В-113  
уход за хирургическими ранами, А-54

#### Раскрытие

*См.* Раскрытие шейки матки

#### Раскрытие шейки матки

роды, диагноз и подтверждение, А-60

Расширение цервикального канала и выскабливание содержимого полости матки  
**процедура**, С-61

*См. также* Вакуумная аспирация  
варианты анестезии, А-45, С-1, С-11  
осложнения, С-63  
послепроцедурный уход, С-63

#### Растворы глюкозы

применение в качестве кровезаменяющих жидкостей, А-30

#### Растворы декстрозы

применение при ацетоне в моче, А-71  
применение для поддержания водного баланса, А-31, А-32  
применение в качестве кровозаменителей, А-30  
опасность подкожного введения, А-33

#### Рвота

**диагноз**, В-8, В-9, В-39, В-100, В-108, В-116  
применение анестезии и, А-46  
выведение из шока, В-2

#### Родостимуляция

*См.* Родовозбуждение и родостимуляция

#### Родовозбуждение и родостимуляция

**процедура**, С-17  
искусственный разрыв плодного пузыря, С-17  
стимуляция, С-25  
оценка шейки матки, С-18

созревание, С-24  
катетер Фолея, С-25  
разрыв матки, окситоцин и, С-19

Родоразрешение при помощи щипцов

**процедура**, С-33  
варианты анестезии, А-44, С-3  
тазовое предлежание с затруднением выведения головки, С-41  
избегать при лобном предлежании, В-76  
осложнения  
    разрыв матки, С-35  
    разрывы, С-35  
эпизиотомия в помощь, С-35  
неудача, С-35  
Щипцы Пипера, С-41

Роды

*См.* Родоразрешение

Роды и родоразрешение

*См. также* Затянувшиеся роды

Неправильное предлежание и положение

**диагноз**, А-59  
**общее ведение**, А-57  
ацетон в моче, А-71  
активное ведение, третьего периода родов, А-73  
стимуляция родов, С-25  
кровотечение во время, В-17  
кровяное давление во время, А-71  
предварительное применение окситоцина после кесарева сечения, С-21  
    влагалищное родоразрешение после, В-93  
раскрытие шейки матки, А-60  
    изменение формы, А-59, А-60  
положение при родах, А-71  
проверка пуповины, А-72  
оценка опускания головки плода, А-61  
эклампсия, обязательные условия при родах, В-47  
рождение головки, А-72  
сердечная недостаточность во время, В-128  
родовозбуждение, С-17  
положения при родах, А-59  
состояние матери во время, А-71  
многоплодная беременность, В-89  
уход за новорожденным, первоначальный, А-75  
оценка с помощью партограммы, А-65  
    образцы, А-69, В-59, В-61, В-63  
преиоды, А-60  
плацента, А-73

## Роды и родоразрешение (*продолжение*)

роды с предлежанием плаценты, обязательные условия, В-23  
предлежание и положение, А-62  
применение окситоцина после прежних кесаревых сечений, С-21  
влагалищное родоразрешение после, В-93  
оценка прогресса, А-64  
пульс во время, А-37  
потуги, В-67  
рождение плечиков, А-72  
появление кровянистых выделений, В-17  
периоды, А-60, А-70  
третий период, А-60, А-73  
проверка пуповины, А-72  
неудовлетворительный прогресс, В-57

Роды при наличии препятствия  
**диагноз**, В-57  
**ведение**, В-66  
партограмма, В-61

## Ручная вакуумная аспирация

**процедура**, С-65  
варианты анестезии, А-45  
осложнения, С-68  
расширение цервикального канала и выскабливание полости матки, в сравнении, С-61  
послепроцедурный уход, С-68

## Сальпингэктомия или сальпингостомия

**процедура**, С-109  
планирование семьи, консультирование после, С-111  
опасность беременности после, С-111

## Связи с учреждениями здравоохранения, А-79

## Сердечная недостаточность

**диагноз**, В-126  
**ведение**, В-127  
анемия и, В-127  
кесарево сечение, В-128, С-43  
сердечное заболевание и, В-128  
ведение родов при, В-128  
избегать спинальной анестезии, С-11

## Сердечная недостаточность

*См. Остановка сердца*

## Связи с обществом, А-79

## Симфизиотомия

**процедура**, С-53  
варианты анестезии, А-45

Симфизиотомия (*продолжение*)  
лобное предлежание, избегать симфизиотомию при, В-76  
осложнения, С-56  
послепроцедурный уход, С-56  
риски, С-53  
разрыв матки, избежание, С-53  
вакуум-экстракция, С-30, С-53

Синдром сдавления нижней полой вены в положении на спине, А-48

Сифилис  
врожденный, В-141  
смерть плода, В-132  
лечение у новорожденных, В-150

Сознание  
*См.* Потеря сознания

Сопровождающий, поддержка  
*См.* Члены семьи

Сочетанное предлежание  
**диагноз**, В-74  
**ведение**, В-78

СПИД  
*см. see* Предупреждение инфекций

Спинальная анестезия  
**процедура**, С-11

Спутанное сознание  
шок и, В-1

Столбняк  
**диагноз**, В-38  
**ведение**, В-50, В-51

Страх  
как справиться с, А-5  
шок и беспокойство, В-1

Судороги  
**диагноз**, В-38, В-39  
интоксикация, вызванная лигнокаином и, А-42  
новорожденный, В-141, В-149

## Схватки

ложные роды и прекращение, В-64  
неадекватные и затянувшиеся роды, В-63, В-66  
ведение партограммы, А-66

## Таз

неадекватная оценка, В-65

## Тазовое предлежание плода и роды

*См. также* Неправильное предлежание или расположение

**диагноз**, В-74

**ведение**, В-79

**процедура родов**, С-37

варианты анестезии, А-45, С-3

кесарево сечение и В-80, С-49

смешанное ягодичное (полное) предлежание, В-74, В-79, С-37

осложнения, В-80

краниотомия и, С-58

наружным поворотом, коррекция, В-79, С-15

извлечение, С-42

ножное предлежание, С-41

чистое ягодичное предлежание, В-74, В-79, С-37

невозможность выведения головки, С-41

прием Ловсета, С-38, С-39

прием Морис-Смелли-Вейта, С-40, С-41

примесь мекония и, В-96

многоплодная беременность и, В-90

послеродовой уход, С-42

## Тазовый абсцесс

**диагноз**, В-108

**ведение**, В-110

кольпотомия, С-70

кульдоцентез, С-69

## Токолиз и токолитические средства

условия применения, В-122

предосторожности при использовании, В-123

угрожающий аборт и, В-11

## Травма

выведение из шока, В-4

## Требования к перчаткам и халатам, А-18

## Тромбоз

*См.* Тромбоз глубоких вен

## Тромбоз глубоких вен, В-109

Туберкулез  
пневмония и, В-129

#### УЗИ

подтверждение диагноза  
эктопическая беременность, В-14  
смерть плода, В-132  
киста яичника, В-14  
перерастянутая матка, В-87  
предлежащая плацента, В-22

Утилизация отходов, А-20

#### Устранение боли

*См. также* Анестезия и аналгезия  
эмоциональная поддержка и устранение боли, А-43  
излечение, и облегчение боли, А-46  
роды, А-58  
послеоперационная, А-46  
хирургические процедуры, А-50

#### Фасцит

некроз фасций, В-114

#### Хирургия

*См.* Операции

#### Хрипы

**диагноз**, В-126  
отек легких,  
преэклампсия и, В-44

#### Целлюлит

флегмона раны, В-114

#### Цервицит

**диагноз**, В-136  
Катетер Фолея, опасность применения, С-25

#### Цефалогематома

и вакуум-экстракция, С-30

#### Цианоз

*См. также* Дыхание и затрудненное дыхание  
**диагноз**, В-126

#### Цианоз (*продолжение*)

новорожденные, В-141, В-146

#### Цистит

**диагноз**, В-100

**ведение, В-101**

#### Члены семьи

эмоциональные реакции, А-7  
поддержка во время родов, А-57  
материнская смертность, А-9  
беседа с, А-5

#### Шейка матки

*См. также* Разрывы  
Родовозбуждение, оценка шейки матки перед, С-18  
парацервикальная анестезия, С-1  
созревание шейки матки, С-24  
разрыв матки, восстановление, С-96

#### Шок

**диагноз, В-1**  
**ведение, В-1**  
анафилактический шок, А-28  
причины, В-4  
неотложные действия, А-16  
в/в вливания, А-21, А-30  
заменяющие жидкости, А-30  
септический, переливание крови и, А-29  
вызванный переливанием, А-28  
требования к переливанию, А-23

#### Швы

удаление, А-55  
выбор, А-52  
Щипцы Пипера, С-41

#### Эклампсия и преэклампсия

**диагноз, В-37, В-38**  
**общее ведение, В-35, В-39**  
противосудорожные препараты, В-44  
антигипертензивные препараты, В-46  
судороги, В-40, В-43, В-44  
степени преэклампсии, В-38  
обязательные показания при родах, В-47  
легкая преэклампсия, В-42  
отек и преэклампсия, В-39, В-126  
протеинурия и преэклампсия, В-37, В-39  
отек легких и преэклампсия, В-126  
тяжелая преэклампсия и эклампсия, В-43  
избегать спинальную анестезию, С-11

Эмоциональная поддержка  
**общие принципы**, А-7  
роды, страх во время, А-58  
устранение боли и, А-43

Энцефалит  
**диагноз**, В-39

Эпизиотомия  
**процедура**, С-71  
варианты анестезии, А-45, С-3  
осложнения  
    гематома, С-74  
    инфекции, С-74  
ушивание, С-73

Эпилепсия  
**диагноз**, В-39  
**ведение**, В-51

---

## ПРИЛОЖЕНИЕ 3

### Результаты дискуссий, состоявшихся на заседаниях Рабочих групп по учебному пособию «Основные осложнения при беременности и родах». ЕРБ ВОЗ, Копенгаген, 3-7 декабря 2001 г.

В состав групп вошли следующие специалисты:

**Группа 1:** Vera Corcimari, Gayane Dolyan, Richard Porter, Tengiz Asatiani, Dalia Jeckaite, Beverley Chalmers, Pavel Ursu

**Группа 2:** Laurence Impey, Luc De Bernis, Alberta Bacci, Gelmius Siupsinkas

**Группа 3:** Fabio Uxa, Gian Paolo Chiaffoni, Jelka Zupan

#### Общие замечания:

- В целом содержание отвечает требованиям, но...

Отсутствует ориентация на семью.

Нет психосоциологической направленности.

Уверены ли мы в том, что будет выпущено еще одно руководство специально по ведению физиологических родов?

- Книга великолепная.
  - Гарантия преемственности между 2 книгами (Основные осложнения при беременности и родах (МСРС) - Руководство по основной помощи при беременности и родах (ЕСРГ)).
  - Если делается упор на доказательную базу, то доказательства должны быть ранжированы – по уровням ABCD.
  - Необходимы ссылки на библиографию.
  - Дать стандартные определения заболеваний, принятые на международном уровне.
  - Дополнительно включить текст в рамки по соответствующему использованию технологии при мониторинге состояния плода (и возможно?) матери – при наличии такой технологии. Это нужно сделать ввиду чрезмерного использования в ННГ этой технологии.
  - Гипертензивные расстройства: Уточнить классификацию этих расстройств: включить схему? Воспользоваться той, которая имеется в МКБ-10?
  - Необходимо осветить вопросы изоиммунизации.
-

- 
- Проблематично оценить документ в полном объеме, не располагая другими дополнительными материалами (например, физиологическая беременность и роды, уход за новорожденными и лечение осложнений у новорожденных).
  - С самого начала не совсем ясно, где это можно использовать и каким образом.
  - Есть некоторые опасения относительно уточнения отдельных терминов, требуется более четкое описание различных отклонений от нормы (например, цианоза).
  - Подходящий принцип систематизации информации и материалов, однако требуется четкое пояснение относительно того, как всем этим пользоваться.
  - Часть, посвященная неонатологии, слишком короткая (10 страниц из 150 в Разделе S), хотя она и должна быть достаточно лаконичной в целях более стройной систематизации информации.
  - Вопросы, касающиеся первичной реанимации новорожденных, изложены недостаточно подробно, так как подразумевается, что специалисты прекрасно владеют этой тематикой; если потребуется, эту часть следует дополнить другими материалами. Однако, полное изложение дискуссионного материала рекомендуется включить в следующее издание.
  - Основные процедуры (в частности, первичную реанимацию новорожденных) следует полностью воспроизвести в том же виде в каждом документе.
  - **Общие принципы направления к специалистам (в утробе, больные новорожденные) следует изложить более подробно, бланк направления новорожденного к специалисту следует доработать.**
  - В каждую главу следует включить один-два подпункта, в которых речь идет о целостном подходе к ведению женщины, новорожденного и партнера.
  - На национальном уровне следует адаптировать готовый материал, включив в него дополнительные мероприятия с учетом специфики на местах; необходимо охватить конкретные вопросы (например, рождение ребенка от матери с патологией, выявленной в дородовом периоде), представив дополнительные материалы, которые должны распространяться вместе с основным документом; ввиду того, что в некоторых странах вопросы инфекционного контроля находятся в ведении других организаций, следует адресовать материал к специалистам здравоохранения других категорий/лицам, формулирующим политику.
  - При проведении обучения потребуются конкретные методики для ведущих (преподавателей).
  - Определение по тексту места для ссылок на принципы ДМ?
-

- 
- Следует представить информацию по профилактике РДС у новорожденного, предлагается включить ее в раздел по дородовому наблюдению.
  - Вопросы, касающиеся калечащих повреждений женских половых органов, должны быть включены в учебные материалы, т.к. это вредная традиционная практика. В сообществах, где приняты такие обычаи, эти операции обычно не считаются вредными. Рекомендации, адресованные поставителям помощи и предлагающие отказаться от вредной практики, будут иметь наименьший эффект. Необходимо предусмотреть отдельный раздел, где будут рассмотрены вопросы ухода за женщинами с калечащими повреждениями половых органов. Поскольку во всем мире жертвами такой процедуры уже стало более 100 млн. женщин и еще 2 млн. женщин проходят через такое испытание ежегодно, то информация об этом должна быть включена в текст, где дается описание глобальной ситуации. В Европейском регионе данная практика встречается редко, однако она, скорее всего, по-прежнему существует в некоторых мусульманских общинах, хотя явных доказательств на этот счет пока нет.
  - Следует обратить особое внимание на упоминание в направлениях для дальнейшего ведения поставителями помощи различного профиля такой деликатной информации, как наличие актов насилия в анамнезе. Информация такого рода должна быть отражена во всех случаях, когда в связи с насилием над женщиной требуется соблюдение принципов конфиденциальности, а не только тогда, когда делается запись о тестировании на ВИЧ.
-

## ФИЗИОЛОГИЯ (ГРУППА 1)

| Стр. | Основные осложнения при беременности и родах (МСРС)  | СПЭП (или другие предложения)  | Примечание                                |
|------|--|--|---|
| А-5  | <b>ПРАВА ЖЕНЩИН</b>  | Заменить на <b>права клиента</b> :<br>Почему следует опустить:<br>право выбора медработника/ помощь, достоинство, безопасность, конфиденциальность, непрерывность  |   |
| А-9  | <b>МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ</b>  | Рекомендовать <b>вскрытие тела матери</b> , если это не противоречит сложившимся культурным традициям  |   |
| А-13 | Процент депрессивных состояний у женщин в послеродовом периоде может достигать до 34% <...>  |  | Чрезмерная оценка послеродовой депрессии? |
| А-14 | Послеродовой психоз<br><...>   | Со страдающими психозом лицами кто-то всегда должен находиться рядом...  |   |
| “    | Если назначаются препараты по поводу психоза, следует иметь в виду, что они могут попадать в грудное молоко, в связи с чем следует проводить повторную оценку грудного вскармливания | Если назначаются препараты по поводу психоза, следует иметь в виду, что они могут попадать в грудное молоко, в связи с чем необходимо проводить повторную оценку грудного вскармливания, <b>однако, если условия позволяют, практику грудного вскармливания следует поощрять</b> |   |
| А-17 | <b>МЫТЬЕ РУК</b>   | Мы рекомендуем использовать иллюстративные материалы, <b>как правильно мыть руки</b>   |   |
| А-18 | <...>  | Мыло: необходимо следить за тем, чтобы оно высыхало перед очередным использованием   |   |

|              |   |  |  |
|--------------|---|--|--|
| A-27         | ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ПОКАЗАНО  | Следует включить:<br><b>согласие</b> пациента на переливание крови                     |  |
| A-35         | ВВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ  | Следует уточнить <b>профилактические средства</b>                                      |  |
| A-35<br>A-36 | ВВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ<br>ВВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ В ЦЕЛЯХ ЛЕЧЕНИЯ | Следует иметь в виду <b>развитие лекарственной устойчивости в конкретной местности</b> |  |

| Стр.                   | Основные осложнения при беременности и родах (МСРС)  | СПЭП (или другие предложения)  | Примечание   |
|------------------------|--|--|--|
| A-45<br>и по<br>тексту | ТАБЛИЦА С-6<br>Симфизиотомия   |  | Актуальность для Европейского региона?   |
| A-52                   | ТАБЛИЦА С-7<br><br>Рекомендуемые варианты наложения хирургических швов   |  | Варианты наложения швов: почему именно эти? Доказательства? А как насчет других? Почему просто не уточнить размер? |
| A-57                   | Если наблюдается отклонение ЧСС плода от нормы ( <b>менее 100 или более 180 ударов в мин</b> ), то патологическое состояние плода не исключено | Если наблюдается отклонение ЧСС плода от нормы ( <b>менее 110 или более 160/170 ударов в мин</b> ), то патологическое состояние плода не исключено | <b><u>Внести исправления по всему тексту руководства!</u></b>  |

|              |   |  |   |
|--------------|---|--|---|
| “            |   | <p>Следует выяснить:<br/> На основании чего можно судить об отклонении ЧСС от нормы применительно к продолжительности отклонения ЧСС от нормы</p> <p>Следует учесть:<br/> Брадикардия у плода на высоте сокращения матки при ЧСС в пределах нормы</p>  |   |
| A-58         | <b>Примечание:</b> Женщинам в родах обычно клизмы не ставят                     | <b>Примечание:</b> Не существует (достоверных?) показаний для постановки клизм женщинам в родах  |   |
| A-59         | РИСУНОК С-2<br>Позы, которые может принимать женщина в период родов             | Мы предлагаем включить дополнительные варианты поз, особенно в вертикальном положении  | Означает ли это, что женщина не вправе принять другое положение тела, которое не изображено на рисунке? |
| A-60         | ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА<br>КОНКРЕТНОГО ПЕРИОДА ИЛИ ФАЗЫ РОДОВ                       | Следует уточнить характер схваток как одну из обязательных предпосылок родовой деятельности (наряду с раскрытием шейки матки)  |   |
| “            | ТАБЛИЦА С-8<br>Раскрытие шейки матки до 4 см<br>Раскрытие шейки матки на 4-9 см | ТАБЛИЦА С-8<br>Раскрытие шейки матки до 3 см<br>Раскрытие шейки матки на 3-9 см  | См. партограмму ВОЗ   |
| A-61<br>A-62 |   | <p>Следует предусмотреть проведение сравнительной оценки продвижения головки путем абдоминальной пальпации и ее положения по результатам вагинального исследования:</p> <p>5/5 соответствует –5<br/> 4/5 соответствует –3<br/> 3/5 соответствует –1<br/> <b>2/5 соответствует +1</b><br/> 1/5 соответствует +3<br/> 0/5 соответствует +5</p> |   |

|      |   |  |   |
|------|---|--|---|
| А-64 | В первый период родов вагинальное исследование необходимо проводить как минимум через каждые 4 часа <...> | Вагинальное исследование необходимо проводить через каждые <b>8 (4-8) час</b> во время латентной фазы и через каждые 4 час во время активной фазы в первый период родов <...>  |   |
| А-65 | Во втором периоде родов вагинальное исследование проводится ежечасно                                      | Во втором периоде родов вагинальное исследование проводится <b>не реже</b> одного раза в час   |   |
| А-66 | РИСУНОК:<br>0/5 – Головка не пальпируется   | РИСУНОК<br>0/5 – Головка не пальпируется<br>Положение (иллюстрация), охарактеризованное как «верхнепередняя часть головки находится на уровне лонного сочленения» (4-я строка на стр. С-66), следует считать как соответствующее 2/5 или положению +1, а не 0/5.<br>Это четко просматривается на рис. С-5 на стр. С-62 | Действительно ли изображенное на рисунке положение, соответствующее 0/5 (головка не пальпируется), на самом деле является «не пальпируемым» (т.е. тем самым, которое мы определили как 0/5 или положение -5)?<br>Действительно ли целая серия иллюстраций со всей очевидностью соответствует результатам абдоминальной пальпации (приведенным)? |
| А-67 | РИСУНОК С-10  | Следует использовать партограмму ВОЗ   | Что произошло с латентной фазой на партограмме? Содержание всего раздела должно обязательно быть сопоставимым с распространяемыми материалами ВОЗ? Или же   |

|      |  |   |   |
|------|--|---|---|
|      |  |   | мы совершенно точно отказывается от использования не пересмотренного варианта партограммы ВОЗ? (Мы имеет ПРАВО знать!!!)  |
| A-70 | Результаты наблюдений говорят об <b>удовлетворительном нарастании активности</b> родовой деятельности в первом периоде: <...> темпы раскрытия шейки матки в активной фазе соответствуют не менее 1 см в час  | Результаты наблюдений говорят об <b>удовлетворительном нарастании активности</b> родовой деятельности в первом периоде: <...> темпы раскрытия шейки матки в активной фазе соответствуют не менее 0.5 см в час   | Результаты наблюдений говорят об <b>успешном развитии</b> родовой деятельности в первом периоде: <...> темпы раскрытия шейки матки в активной фазе соответствуют не менее 1 см в час  |
| “    | Результаты наблюдений говорят о <b>неудовлетворительном нарастании активности</b> родовой деятельности в первом периоде: <...> темпы раскрытия шейки матки в активной фазе родов составляют менее 1 см в час (раскрытие шейки матки находится справа от линии тревоги) | Результаты наблюдений говорят о <b>неудовлетворительном нарастании активности</b> родовой деятельности в первом периоде: <...> темпы раскрытия шейки матки в активной фазе родов составляют менее 0.5 см в час (раскрытие шейки матки находится справа от линии действия) | Следует ли расценивать факт отклонения от линии тревоги вправо как неудовлетворительное нарастание родовой деятельности? Считается ли родовая деятельность по-прежнему удовлетворительной, если ее оценка не переходит за линию действия, или если не происходит какого-либо нарастания активности (что вполне очевидно при |

|      |  |  |  |
|------|--|--|--|
|      |  |  | темпах раскрытия менее 0.5 см в час)   |
| A-71 | Позы, которые может принимать женщина во время родов   | Мы предлагаем предусмотреть большее число возможных поз. Практику ведения родов в положении лежа на спине поощрять не следует  |  |
| “    | Как только произойдет <b>полное раскрытие шейки матки</b> и у женщины наступит фаза <b>изгнания плода во втором периоде родов</b> , помогите ей занять удобное для нее положение тела и посоветуйте начинать тужиться                                      | Как только произойдет <b>полное раскрытие шейки матки</b> и у женщины наступит фаза <b>изгнания плода во втором периоде родов</b> , помогите ей занять удобное для нее положение тела. Позвольте женщине «тужиться» самопроизвольно, но не предлагайте затягивать такие потуги или задерживать дыхание | Соответствующая рекомендация дается на стр. S-67   |
| A-72 | <b>РОЖДЕНИЕ ГОЛОВКИ</b><br>Для управления процессом рождения головки наложите пальцы одной руки на головку ребенка, удерживая ее в наклоненном положении (флексии). По мере дальнейшего продвижения головки продолжайте осторожно поддерживать промежность | <b>РОЖДЕНИЕ ГОЛОВКИ</b><br><br>В большинстве случаев ведения физиологических родов каких-либо мануальных манипуляций не требуется  | Являются ли рекомендации относительно наложения пальцев акушерки на головку ребенка и защиты промежности совместимыми с современными доказательными данными? Имеются лишь ограниченные данные о том, что активная защита промежности позволяет до некоторой степени предотвратить в послеродовом периоде развитие болевого синдрома. Простых рекомендаций относительно активных манипуляций с головкой плода во время родов недостаточно |

| Стр. | Основные осложнения при беременности и родах (МСРС)  | СПЭП (или другие предложения)   | Примечание |
|------|--|---|------------|
| “    | Отсасывание содержимого рта и носа ребенка   | При физиологических родах отсасывание содержимого не требуется  |            |
| “    | <b>ЗАВЕРШЕНИЕ РОДОВ</b><br>После поворота головки наложите ладони по обе стороны головки ребенка <...><br>Для уменьшения степени тяжести разрывов рождение плечиков должно происходить поочередно. Согните головку ребенка назад, чтобы создать условия для рождения переднего плечика   | <b>ЗАВЕРШЕНИЕ РОДОВ</b><br>В большинстве случаев при физиологических родах каких-либо мануальных манипуляций не требуется<br>Отсутствуют достаточные фактические данные с тем, чтобы рекомендовать рутинные телодвижения в целях уменьшения степени тяжести разрывов при физиологических спонтанных родах   |            |
| А-73 | Поднимите головку ребенка вперед, чтобы создать условия для рождения заднего плечика   | “   |            |
| “    | Положите ребенка на живот матери.<br>Тщательно вытрите новорожденного насухо, протрите глаза и оцените состояние его дыхания<br>Следите за тем, чтобы ребенок, лежа на груди у матери, не переохлаждался, и был бы обеспечен контакт «кожа-к-коже». Заверните ребенка в мягкую сухую пеленку, накройте одеяльцем и сделайте так, чтобы его головка была бы укрыта во избежание оттока тепла. | Положите ребенка на живот матери. Тщательно вытрите новорожденного насухо, протрите глаза и оцените состояние его дыхания. Первую мокрую пеленку следует убрать и заменить ее сухой. Следите за тем, чтобы ребенок, лежа на груди у матери, не переохлаждался, и был бы обеспечен контакт «кожа-к-коже». Не пеленайте ребенка, если поддерживается контакт «кожа-к-коже»! Обязательно укрывайте мать и ребенка.<br><br>После прекращения пульсации пуповины следует наложить на нее зажим и произвести отсечение. |            |
| “    | Наложение зажима и отсечение пуповины  |   |            |

|      |   |   |
|------|---|---|
| А-74 | <b>КОНТРОЛИРУЕМАЯ ТРАКЦИЯ ПУПОВИНЫ</b><br>Продолжайте осторожно потягивать за пуповину в ожидании момента сильного сокращения матки | <b>КОНТРОЛИРУЕМАЯ ТРАКЦИЯ ПУПОВИНЫ</b><br>Продолжайте осторожно потягивать за пуповину – но пока не вытаскивайте – и ожидайте момента сильного сокращения матки |
|------|---|---|

| Стр. | Основные осложнения при беременности и родах (МСРС)  | СПЭП (или другие предложения)  | Примечание |
|------|--|--|------------|
| А-75 | <b>МАССАЖ МАТКИ</b><br>Немедленно проведите массаж дна матки, надавливая на брюшную полость женщины, чтобы вызвать сокращение матки<br>Повторяйте массаж матки через каждые 15 мин в течение первых 2 часов. | <b>КОНТРОЛЬ СОСТОЯНИЯ МАТКИ</b><br>Проверьте высокое стояние дна матки в случае изгнания плаценты. Проводите массаж матки только при чрезмерном кровотечении или при подозрении на пониженный мышечный тонус матки<br>Проверяйте высокое стояние дна матки через каждые 15 мин в течение первых 2 часов. Проводите массаж матки только при чрезмерном кровотечении или при подозрении на пониженный мышечный тонус матки   |            |
| “    | ?  | Следует дополнительно включить пункт, в котором будет сказано о том, что после изгнания плаценты целесообразно обеспечить пребывание матери и ребенка в течение 2 часов без посторонних лиц при условии отсутствия угрожающих состояний для здоровья матери или ребенка. Например:<br>После завершения родов мать и новорожденный в течение 1-2 часов остаются наедине друг с другом. Такие процедуры, как обследование матери (по мере необходимости) и наложение швов на разрывы или на разрез в связи с эпизиотомией, обследование новорожденного и обработка его глаз глазными каплями или мазью в целях антибиотикопрофилактики, взвешивание и измерение роста, следует отсрочить на этот период времени, если не возникает конкретных осложнений состояния здоровья (чрезмерного влагалищного кровотечения, патологических симптомов со стороны организма новорожденного и т.д.)<br>В первые 6 часов после родов ребенка не купают |            |

|      |  |  |  |
|------|--|--|--|
| “    | <b>ОБСЛЕДОВАНИЕ НА НАЛИЧИЕ РАЗРЫВОВ</b><br>Внимательно осмотрите женщин и наложите швы на любые разрывы на шейке матки или во влагалище или наложите швы в связи с эпизиотомией  | <b>ОБСЛЕДОВАНИЕ НА НАЛИЧИЕ РАЗРЫВОВ</b><br>Внимательно осмотрите женщин после инструментальных родов или в случае патологического кровотечения. Наложите швы на любые разрывы на шейке матки или во влагалище, которые кровоточат, или наложите швы в связи с эпизиотомией | МСРС стр. Р-83:<br>Большинство разрывов первой степени заживают самопроизвольно без наложения швов                             |
| А-76 | <b>ПЕРВИЧНЫЙ УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ</b><br>В целях антибиотикопрофилактики обработайте глаза ребенка глазными каплями (1% раствором нитрата серебра или 2.5% раствором повидон-йода) или мазью (1% тетрациклиновой мазью) | <b>ПЕРВИЧНЫЙ УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ</b><br>В целях антибиотикопрофилактики обработайте глаза ребенка глазными каплями или мазью (тетрациклиновой или эритромициновой)   | Судя по всему, антибиотики вызывают слабое раздражение глаз ребенка и к тому же весьма эффективны против хламидийной инфекции. |
| А-78 | <b>ПЕРЕДАЧА НОВОРОЖДЕННЫХ</b><br>Передайте, если это возможно, новорожденного на руки медицинскому работнику.  | <b>ПЕРЕДАЧА НОВОРОЖДЕННЫХ</b><br>Передайте, если это возможно, новорожденного на руки матери, которую сопровождает медицинский работник.   |  |

| <b>Стр.</b> | <b>Основные осложнения при беременности и родах (МСРС)</b>                       | <b>СПЭП (или другие предложения)</b>   | <b>Примечание</b> |
|-------------|--|--|-------------------|
| А-79        | <b>СОЗДАНИЕ БОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЙ ОБСТАНОВКИ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ</b><br><...> | Предостерегайте все семьи относительно того, на что они могут рассчитывать, контактируя с системой здравоохранения (искусство быть родителем). |                   |

## ПАТОЛОГИЯ (ГРУППА 2)

| Стр. | Основные осложнения при беременности и родах (МСРС)  | СПЭП (или другие предложения)  | Примечание   |
|------|--|--|--|
| В-38 | Классификация!   | Остерегайтесь протеинурии: поместить материал в отдельную рамку?<br>Выраженная протеинурия: 1+ в двух случаях  | Информация о протеинурии отсутствует!<br>См.: ВОЗ: Международная классификация болезней (МКБ-10) |
| В-42 | <b>ЛЕГКАЯ ФОРМА ПРЕЭКЛАМПСИИ</b><br>Контроль за кровяным давлением, диурезом (по поводу протеинурии), рефлексамии и за состоянием плода                                  | <b>ЛЕГКАЯ ФОРМА ПРЕЭКЛАМПСИИ</b><br>При легкой форме преэклампсии мониторинг рефлексов не требуется  |  |
| В-43 | <b>ГЕСТАЦИОННЫЙ ВОЗРАСТ БОЛЕЕ 37 ПОЛНЫХ НЕДЕЛЬ</b><br>Если имеются признаки угнетения плода, оцените состояние шейки матки и обеспечьте активизацию родовой деятельности | <b>ГЕСТАЦИОННЫЙ ВОЗРАСТ БОЛЕЕ 37 ПОЛНЫХ НЕДЕЛЬ</b><br>Если имеются признаки угнетения плода, оцените состояние шейки матки и обеспечьте активизацию родовой деятельности<br>Если не отмечается симптомов, угрожающих состоянию плода или матери, а шейка матки незрелая, ускорьте ее созревание путем введения простагландинов, или если шейка матки зрелая, проведите родовозбуждение |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| “ | <p><b>ТЯЖЕЛАЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ И ЭКЛАМПСИЯ</b><br/> Тактика ведения тяжелой преэклампсии аналогична тактике ведения эклампсии, за исключением того, что женщину необходимо родоразрешить не позднее, чем через 12 часов после начала судорог на фоне эклампсии</p> | <p><b>ТЯЖЕЛАЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ И ЭКЛАМПСИЯ</b><br/> Тактика ведения тяжелой преэклампсии и эклампсии различна. Роды должны происходить не позднее, чем через 12 часов после начала судорог на фоне эклампсии.<br/> Родоразрешение при тяжелой преэклампсии должно осуществляться в зависимости от клинической ситуации (гестационного возраста, состояния матери и плода, последствий лекарственного лечения и т.д.).<br/> Следует иметь в виду, что эклампсия – это не <b>единственный</b> неблагоприятный исход<br/> Поэтому: <b>никаких профилактических средств</b> (сульфата магния) по поводу тяжелой преэклампсии</p> |
|---|--|--|

| Стр. | Основные осложнения при беременности и родах (МСРС)  | СПЭП (или другие предложения)  | Примечание |
|------|--|--|------------|
| В-44 | <p><b>ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ</b><br/> Приступайте к внутривенной инфузии и обеспечьте введение внутривенных растворов<br/> Если объем диуреза составляет менее 30 мл/час:<br/> - Воздержитесь от введения сульфата магния и обеспечьте введение внутривенных растворов (физраствора или Рингера-раствора (с лактатом)) в объеме 1 л за 8 часов</p> | <p><b>ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ</b><br/> Следует избегать гипергидратации вследствие внутривенных инфузий.<br/> Обратите внимание на ограничение объема внутривенных вливаний.<br/> Если объем диуреза менее 30 мл (слишком категорично!) в час:<br/> - Воздержитесь от введения сульфата магния и обеспечьте введение внутривенных растворов (физраствора или Рингера-раствора (с лактатом)) в объеме 1 л за 24 часа</p> |            |

|      |   |  |
|------|---|--|
| В-45 | <p>РАМКА S-3<br/> Нагрузочная доза<br/> Сульфат магния 20% раствор, 4 г внутривенно за 5 мин.<br/> Вскоре после этого введите 10 г 50% раствора сульфата магния, по 5 г в каждую ягодицу глубоко внутримышечно &lt;...&gt;<br/> В случае рецидива судорог по истечении 15 мин введите 2 г сульфата магния (50% раствор) внутривенно за 5 минут<br/> Поддерживающая доза<br/> 5 г сульфата магния (50% раствор) &lt;...&gt; внутримышечно<br/> Перед введением очередной дозы (сульфата магния) убедитесь в том, что:<br/> Объем диуреза составляет не менее 30 мл/час</p> | <p>РАМКА S-3<br/> Нагрузочная доза<br/> 4 г сульфата магния (20 мл 20% раствора) медленно внутривенно за 5(20) мин.<br/> В случае рецидива судорог по истечении 15 мин введите 2 г сульфата магния (10 мл 20% раствора) внутривенно за 5 (20) мин</p> <p>Поддерживающая доза</p> <p>Продолжайте введение сульфата магния в количестве 2 г/час внутривенно</p> <p>Перед введением очередной дозы (сульфата магния) убедитесь в том, что:</p> <p>Объем диуреза – слишком категорично. Следует пересмотреть текст в рамке</p> |
| В-46 | <p><b>ГИПОТЕНЗИВНЫЕ СРЕДСТВА</b></p>  | <p>Важность лечения повышенного кровяного давления: назначайте гидролазин по поводу острых состояний, метилдопу в случае хронизации, а также обращайтесь внимание на систолическое кровяное давление.</p>  |
| В-47 | <p><b>РОДОРАЗРЕШЕНИЕ</b><br/> &lt;...&gt; Роды должны иметь место независимо от гестационного возраста</p>  | <p><b>РОДОРАЗРЕШЕНИЕ</b><br/> Обсудите все детали, связанные со сроком родоразрешения: срочные роды <b>не всегда</b> являются необходимыми, если только не связаны с эклампсией. Ближе к термину – более активное вмешательство при ведении родов.</p>   |

| Стр.                 | Основные осложнения при беременности и родах (МСРС)  | СПЭП (или другие предложения)  | Примечание |
|----------------------|--|--|------------|
| В-51                 | <...> При ранних сроках беременности избегайте приема лекарственных средств (противоэпилептических), которые ассоциируются с врожденными пороками развития   | <b>Следует убрать фразу!</b><br><b>Добавить:</b> В период беременности не допускайте замены лекарств   |            |
| В-57<br>В-65<br>В-66 | <b>КЛИНИЧЕСКИ/АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИЙ<br/>ТАЗ</b><br><br><b>ЗАТЯНУВШИЕСЯ РОДЫ</b>   | <b>Следует убрать «Клинически/анатомически узкий таз».</b><br>Эта проблема рассмотрена достаточно подробно под рубрикой «Затянувшиеся роды» .  |            |
| В-64                 | <b>ЗАТЯНУВШАЯСЯ ЛАТЕНТНАЯ ФАЗА</b><br>Если произошли изменения в сглаживании или раскрытии шейки матки <...>, проведите родовозбуждение путем введения окситоцина или простагландинов  | <b>ЗАТЯНУВШАЯСЯ ЛАТЕНТНАЯ ФАЗА</b><br><b>Следует убрать</b> “простагландины” из латентной фазы   |            |
| В-65                 | <b>ЗАТЯНУВШАЯСЯ АКТИВНАЯ ФАЗА</b>  | <b>Следует дополнить</b> информацию по окситоцину при затянувшейся активной фазе (с учетом ведения первородящей или повторнородящей женщины)   |            |
| В-66                 | <b>ЗАТЯНУВШИЕСЯ РОДЫ</b><br>Если имеются показания для вакуум-экстракции и симфизиотомии в связи с относительно затянувшимися родами, и положение головки плода соответствует –2: Необходимо родоразрешать путем вакуум-экстракции и симфизиотомии | <b>ЗАТЯНУВШИЕСЯ РОДЫ</b><br><b>НИКАКОЙ</b> симфизиотомии<br>Если положение головки плода соответствует –1 или она находится еще выше, необходимо родоразрешать путем кесарева сечения, а если ниже, то путем вакуум-экстракции |            |

| Стр.                         | Основные осложнения при беременности и родах (МСРС)   | СПЭП (или другие предложения)   | Примечание   |
|------------------------------|---|---|--|
| В-67<br>В-76<br>В-77<br>В-96 | <p><b>ЗАТЯНУВШАЯСЯ ФАЗА ИЗГНАНИЯ ПЛОДА</b></p> <p>Если <b>после родоусиления продвижения головки</b> не происходит:</p> <p>-Если положение головки плода находится на уровне не более 1/5 над лонным сочленением или если передний край костей черепа плода соответствует положению 0, то необходимо родоразрешать путем вакуум-экстракции или наложением акушерских щипцов;</p> <p>-Если положение головки плода находится в пределах 1/5 - 3/5 над лонным сочленением или передний край костей черепа плода находится между положением 0 и -2, то необходимо родоразрешать путем вакуум-экстракции и симфизиотомии &lt;...&gt;</p> <p>-Если положение головки плода превышает уровень 3/5 над лонным сочленением или если передний край костей черепа плода находится выше положения -2, то необходимо родоразрешать путем кесарева сечения</p> | <p><b>ЗАТЯНУВШАЯСЯ ФАЗА ИЗГНАНИЯ ПЛОДА</b></p> <p>Если <b>после родоусиления продвижения головки</b> не происходит:</p> <p>- Если положение головки плода находится на уровне не более 2/5 над лонным сочленением или если передний край костей черепа плода соответствует положению 0 или находится ниже этого уровня, то необходимо родоразрешать путем вакуум-экстракции;</p> <p>- Если положение головки плода находится на уровне более 2/5 над лонным сочленением или если передний край костей черепа плода находится выше положения 0, то необходимо родоразрешать путем кесарева сечения</p> | <p>5/5 соответствует -5</p> <p>4/5 соответствует -3</p> <p>3/5 соответствует -1</p> <p><b>2/5 соответствует +1</b></p> <p>1/5 соответствует +3</p> <p>0/5 соответствует +5</p> |
| В-69<br>В-75                 | <p><b>ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ</b></p> <p>Проведите оценку состояния плода</p> <p>Если ЧСС плода не соответствует норме</p>   | <p><b>ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ</b></p> <p>Проведите оценку состояния плода</p> <p>Если ЧСС плода не соответствует норме (менее</p>  | <p>См.: Рекомендации к стр. С-57</p>   |

|       |  |   |  |
|-------|--|---|--|
| <...> | (менее 100 или более 180 ударов в мин)<br><...>  | 110 или более 160 ударов в мин) <...>   |  |
| В-71  | <b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ГОЛОВКИ ПЛОДА</b><br>Если головка плода не соответствует переднезатылочному или поперечному стоянию (в начале родовой деятельности), то необходимо определить неправильное положение плода и принять адекватные меры  | <b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ГОЛОВКИ ПЛОДА</b><br>Заднезатылочное положение представляет собой проблему только в случае дистоции  |  |
| В-79  | <b>ЯГОДИЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ НАЧАЛО РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ</b><br>Попытайтесь сделать наружный акушерский поворот, если:<br><...><br>-Не наблюдаются осложнения (например, ограничение развития плода, маточные кровотечения, кесарево сечение в анамнезе, отклонение состояния плода от нормы, дуплодная беременность, гипертензия, смерть плода)<br>Если наружный акушерский поворот сделать не удастся, то следует продолжать вагинальные роды при ягодичном предлежании или родоразрешать путем кесарева сечения | <b>ЯГОДИЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ</b><br>Нет никакой информации о выполнении наружного акушерского поворота до начала родов<br><br><b>НАЧАЛО РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ</b><br>Противопоказаниями к НАП являются: преэклампсия, близнецы, недавнее маточное кровотечение, неустойчивое положение плода, угнетение плода и разрыв околоплодного пузыря<br>Если установлен факт тазового предлежания, гестационный возраст превышает 39 недель и наружный акушерский поворот выполнить не удалось, то не исключается проведение кесарева сечения | Необходимо сослаться на результаты проведенного обследования по поводу ягодичного предлежания, которые опубликованы в журнале «Лансет» |
| В-88  | <b>МНОГОВОДИЕ</b><br>Если женщина чувствует себя не комфортно из-за чрезмерного растяжения матки, то необходимо аспирировать избыточный  | Следует опустить всю информацию по «МНОГОВОДИЮ» ввиду ее специфичности<br>Более того, при сроке >35 (37) недель нет никаких оснований для аспирации   | Единственным ожидаемым результатом от проведения аспирации является снижение риска   |

|                | объем околоплодных вод   | околоплодных вод  | наступления преждевременных родов |
|----------------|--|---|-----------------------------------|
| В-89           | <p><b>МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ВТОРОЙ ИЛИ ЕЩЕ ОДИН РЕБЕНОК</b><br/>Задний вид<br/>Если околоплодный пузырь цел, необходимо его вскрыть &lt;...&gt;</p>  | <p><b>МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ВТОРОЙ ИЛИ ЕЩЕ ОДИН РЕБЕНОК</b><br/>Необходимо вскрыть околоплодный пузырь при нахождении головки плода на уровне таза</p>  |                                   |
| В-122<br>В-138 | <p><b>ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ ТОКОЛИТИКИ</b><br/>Попробуйте дать токолитики, если Гестационный возраст менее 37 недель &lt;...&gt;<br/>Если период гестации менее 37 недель, назначьте матери кортикостероиды в целях стимулирования функционального созревания легких плода и повышения шансов новорожденного на выживание</p> | <p><b>ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ ТОКОЛИТИКИ</b><br/>Попробуйте дать токолитики<br/>- только в случае стероидов или при транспортировке.<br/>Не нужно назначать токолитики и стероиды при сроке беременности &gt;35 недель<br/>Используйте бетаметазон</p> |                                   |

| Стр.           | Основные осложнения при беременности и родах (МСРС)  | СПЭП (или другие предложения)  | Примечание |
|----------------|--|--|------------|
| В-137<br>В-138 | <p><b>ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ</b><br/>Если есть признаки инфекции, как и в случае амнионита, назначьте антибиотики</p> <p>Если признаки инфекции отсутствуют, а срок беременности менее 37 недель (когда повышается вероятность функциональной незрелости легких плода):<br/>-Назначьте антибиотики в целях снижения инфекционной заболеваемости матери и новорожденного и отсрочки наступления родов:<br/>Эритромицин (соли) 250 мг перорально три раза в день в течение 7 дней<br/>ПЛЮС амоксициллин 500 мг перорально три раза в день в течение 7 дней &lt;...&gt;<br/>Назначьте кортикостероиды матери для стимулирования функционального созревания легких плода<br/>Родоразрешайте на 37 неделе</p> | <p><b>ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ</b><br/>Если есть признаки инфекции, как и в случае амнионита, назначьте антибиотики и приступайте к родовозбуждению</p> <p>Если признаки инфекции отсутствуют, а срок беременности менее 37 недель:<br/>- Назначьте антибиотики в целях снижения инфекционной заболеваемости матери и новорожденного и отсрочки наступления родов:<br/>Эритромицин (соли) 250 мг перорально три раза в день в течение 7 дней &lt;...&gt;<br/>Если срок беременности &lt;35 недель назначьте кортикостероиды матери для стимулирования функционального созревания легких плода<br/>Фразу «Родоразрешайте на 37 неделе» - следует убрать</p> |            |

---

---