



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ПРИКАЗ

13.10.17

№ 537

г. Тирасполь

Об утверждении  
Клинических рекомендаций  
(протоколов лечения)  
в сфере акушерства и гинекологии

В соответствии с Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 6 апреля 2017 года № 60 «Об утверждении Положения, структуры и предельной штатной численности Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики» (САЗ 17-15) в действующей редакции,

**П Р И К А З Ы В А Ю:**

1. Утвердить:
  - а) Клинические рекомендации (протокол лечения) «Ведение физиологических родов» (Приложение № 1 к настоящему Приказу);
  - б) Клинические рекомендации (протокол лечения) «Артериальная гипертензия, преэклампсия, эклампсия» (Приложение № 2 к настоящему Приказу);
  - в) Клинические рекомендации (протокол лечения) «Индукция родов» (Приложение № 3 к настоящему Приказу);
  - г) Клинические рекомендации (протокол лечения) «Кесарево сечение» (Приложение № 4 к настоящему Приказу);
  - д) Клинические рекомендации (протокол лечения) «Послеродовое кровотечение» (Приложение № 5 к настоящему Приказу);
  - е) Клинические рекомендации (протокол лечения) «Преждевременные роды» (Приложение № 6 к настоящему Приказу);
  - ж) Клинические рекомендации (протокол лечения) «Роды через естественные родовые пути с рубцом на матке» (Приложение № 7 к настоящему Приказу).
2. Руководителям ГУ «Республиканский центр матери и ребенка», ГУ «Бендерский центр матери и ребенка», ГУЗ «Днестровская городская больница», ГУ «Слободзейская ЦРБ», ГУ «Григориопольская ЦРБ», ГУ «Дубоссарская ЦРБ», ГУ «Рыбницкая ЦРБ», ГУ «Каменская ЦРБ»:
  - а) Приказом лечебно-профилактического учреждения ввести в действие Клинические рекомендации (протоколы лечения) в сфере акушерства и гинекологии в срок до 27 октября

2017 года, с направлением копии в адрес Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;

б) ознакомить под роспись врачей - специалистов с Клиническими рекомендациями (протоколами лечения), утвержденными настоящим Приказом, для использования в работе и при организации медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

3. Ответственность за исполнение настоящего Приказа возложить на руководителей учреждений здравоохранения, указанных в пункте 2 настоящего Приказа.

4. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики Бочарову О.Н.

Министр



А.И. Гуранда

*Приложение в 2х видах в канцелярию*

Приложение № 1 к Приказу  
Министерства здравоохранения  
Приднестровской Молдавской Республики  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 года № \_\_\_\_

**Клинические рекомендации  
(протокол лечения)**

**«Ведение  
физиологических родов»**

*г. Тирасполь  
2017 г*

**Физиологические роды** – это роды одним плодом в сроке 37-41 недели гестации, которые начались спонтанно, низкого риска на начало родов, прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился спонтанно в головном предлежании, после родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

## **СИМПТОМЫ, ТЕЧЕНИЕ**

**Жалобы:** схваткообразные боли внизу живота.

**Анамнез:** количество, течение предыдущих родов, осложнения послеродового периода, наличие или отсутствие ante- или интранатальных потерь плода.

## **Физикальное обследование**

### **Общий осмотр**

- пальпаторное определение регулярных сокращений матки (не менее двух схваток за 10 минут продолжительностью 20 секунд и более)
- определение положения и предлежания плода
- выслушивание сердцебиения плода (норма 110 - 160 уд/мин)
- измерение АД не реже, чем каждые 4 часа, (при гипертензии через 1 час)
- измерение пульса – каждый час
- T тела не реже, чем каждые 4 часа- контроль частоты и объема мочеиспускания (самоконтроль роженицы)
- обсуждение с роженицей метода ведения III периода с предоставлением полной устной и письменной информации о потенциальных преимуществах и недостатках активной и выжидательной тактики

**Инструментальные исследования:** КТГ - с целью мониторинга состояния плода

## **ЛЕЧЕНИЕ**

**Цели лечения:** обеспечение безопасности для роженицы и ребенка во время родов при минимально возможном вмешательстве в физиологический процесс.

### **Тактика ведение родов**

#### **Помощь в I периоде родов**

#### **Первоначальная оценка состояния роженицы**

- выслушивание показаний роженицы, определение ее эмоциональных и психических потребностей и осмотр ее обменной карты
- физическое обследование роженицы (температура, пульс, артериальное давление, продолжительность, сила и частота схваток)
- определение высоты и стояния дна матки, положения плода в матке и предлежания плода
- определение характера влагалищных выделений (кровянистые выделения, амниотическая жидкость);
- оценка боли, испытываемой роженицей, включая ее желание применить один из методов обезболивания; помочь роженице справиться с болевыми ощущениями – одна из основных задач медицинского персонала во время родов;

В дополнение к этому:

- ЧСС плода должна выслушиваться в течение одной минуты после окончания схватки в начале первого периода не реже, чем каждые 30 минут, в активной фазе не реже, чем каждые 15 минут в течение 1 полной минуты после окончания схватки, во время потуг - каждые 5 минут или после каждой потуги; пульс матери должен прощупываться, чтобы не перепутать пульс матери и ЧССП плода
- если у беременной есть подозрение на начало родов или установлен диагноз первый период родов, то следует предложить провести влагалищное исследование
- медицинские работники, проводящие влагалищное исследование, должны получить

- согласие женщины на исследование, обеспечить конфиденциальность и комфорт
- объяснить причину осмотра, и полученные данные
  - отразить результаты осмотра в «Истории родов»
  - выполнить катетеризацию подкожной вены верхней конечности катетером G 18 - зеленый - всем роженицам в активной фазе родов.

### **Рекомендации по определению затянувшегося I периода родов - если он был установлен**

- раскрытие шейки матки менее чем на 1 см в час в активную фазу родов
- отсутствие / остановка продвижения головки плода

### **Помощь во II периоде родов**

- рождение ребенка может происходить в любом положении, которое выбрала сама женщина
- потуги регулируются самой роженицей
- если потуги неэффективны – могут применяться поддержка, изменение позы, опорожнение мочевого пузыря
- в потужном периоде необходимо проводить аускультацию сердцебиения плода в течение одной минуты – не реже, чем каждые 5 минут
- материнский пульс должен прощупываться в случае подозрения на фетальную брадикардию / любые другие аномалии ЧСС для различения между двумя сердцебиениями
- для оказания пособия в самопроизвольных родах могут применяться как прикладная методика (направление промежности и головы ребенка), так и методика «руки наготове» (руки не касаются промежности или головки ребенка, но держатся наготове)
- эпизиотомия должна проводиться, если существует клиническая необходимость, такая как оперативное вмешательство, угроза разрыва промежности по старому рубцу, или подозрение на риск для плода
- после рождения головки, проверить, нет ли обвития пуповины, при тугом обвитии пересечь пуповину между 2-мя зажимами, при не тугом – ослабить натяжение пуповины и дождаться следующей потуги.

### **Помощь в III периоде родов**

#### **Активное ведение III периода родов: подписывается согласие на активное ведение III периода родов**

- после рождения ребенка в/м вводят 10 ЕД окситоцина в среднюю треть передней поверхности бедра (или 5 ЕД окситоцина в/в) - для сокращения матки после рождения ребенка

#### **Рождение плаценты с помощью контролируемых тракций за пуповину**

- не раньше, чем через 1 минуту после рождения ребенка, наложите зажим на пуповину ближе к промежности
- держите пережатую пуповину в слегка натянутом состоянии одной рукой
- положите другую руку непосредственно над лобком женщины и стабилизируйте матку, отводя ее от лона во время контролируемого потягивания за пуповину (поможет избежать выворота матки)
- дождитесь сильного сокращения матки (2 - 3 минуты). Как только почувствуете, что матка сократилась (округлилась, стала плотной) или пуповина удлинилась, очень осторожно потяните на себя вниз пуповину (тракция) для рождения плаценты. Не ждите признаков отделения плаценты, прежде чем начать потягивание за пуповину. Одновременно продолжайте отводить матку другой рукой (контртракция) в направлении противоположном потягиванию за пуповину
- если плацента не опускается в течение 30 - 40 секунд во время контролируемой тракции, прекратите тянуть за пуповину и дождитесь очередного сокращения матки
- если нужно, переложите зажим как можно ближе к промежности по мере того, как пуповина удлиняется

- во время следующего сокращения матки повторите контролируемую тракцию за пуповину с одновременной контртракцией в противоположную сторону.  
Никогда не проводите тракцию за пуповину (потягивание) без применения контртракций (отведения) хорошо сократившейся матки!

- при рождении плаценты тонкие плодные оболочки могут оборваться. Держите плаценту обеими руками и осторожно скручивайте плодные оболочки пока они не родятся (осмотрите внимательно плаценту, чтобы убедиться в ее целостности).

#### **Массаж матки**

- сразу после рождения последа проведите массаж матки через переднюю брюшную стенку пока матка не сократится.

#### **Контроль за тонусом матки проводится**

- каждые 15 минут в течение первого часа
- каждые 30 минут в течение второго часа
- затем каждые четыре часа в течение 24 часов после родов.

Потягивание пуповины/пальпация матки должны проводиться только после введения окситоцина, как составляющей части активного ведения родов.

#### **Длительный третий период**

- III период родов диагностируется как длительный, если не завершён в течение 30 минут после рождения ребенка с активным ведением родов.

#### **Рекомендации по лечению при задержке отхождения плаценты**

- всегда должен быть внутривенный доступ у женщин с задержкой отхождения плаценты. Внутривенное введение окситоцина должно применяться для помощи рождению плаценты

- если плацента не отделяется в течение 30 минут после инъекции окситоцина, или начинается кровотечение, женщине необходимо произвести ручное удаление плаценты, после предоставления информации.

**Осмотр мягких родовых путей в зеркалах:** проводится всем роженицам с ушиванием всех выявленных повреждений тканей.

#### **Медикаменты используемые для ведения физиологических родов**

##### **Утеротоники**

- окситоцин 10 ЕД после рождения переднего плечика в/м (или 5 ЕД в/в) для сокращение матки после рождения ребенка

##### **Антибактериальные препараты**

- 1% тетрациклиновая мазь, 30% р-р альбуцида – профилактика конъюнктивита у новорожденных.

##### **Местные анестетики**

- р-р лидокаина 2% в ампулах; р-р лидокаина 10% спрей.

##### **Инфузионные среды:**

- р-р натрия хлорида 0.9% 400,0

##### **Гемостатические препараты:**

- фитоменадион 1 мг (витамин К) - по назначению неонатолога.

#### **Немедикаментозное лечение**

Немедикаментозное обезболивание - уменьшение болевых ощущений может быть достигнуто применением следующих методов: проведение массажа, специальное дыхание в сочетании с релаксацией, партнерские роды, психологическая поддержка.

## **Диета**

- разрешается пить во время родов
- разрешается принимать легкую пищу во время родов за исключением случаев наличия факторов риска, способных повлечь за собой необходимость общей анестезии

## **Хирургическое вмешательство**

- ушивание разрывов мягких родовых путей.

## **Индикаторы эффективности лечения**

удовлетворительное физическое и психологическое состояние родильницы и новорожденного.

## **ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ**

Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации – экстренная.

### **Показания для экстренной госпитализации**

- начало родовой деятельности у роженицы и/или
- отхождение околоплодных вод

## **ПРОФИЛАКТИКА**

**Профилактические мероприятия:** профилактика послеродового кровотечения - активное ведение III периода родов, профилактика конъюнктивита новорожденных, профилактика геморрагической болезни новорожденного

### **Основные рекомендации по уходу и поддержке в родах**

На протяжении всего периода родов медицинские работники должны оказывать полноценную эмоциональную, психологическую и физическую помощь женщине и ее семье или помощникам.

Чтобы наладить контакт с роженицей, мед. работнику, осуществляющему уход в родах, необходимо:

- приветствовать, представиться женщине
- поддержать спокойную обстановку
- уважать личное пространство роженицы
- предоставить информацию о течении родов, предполагаемых манипуляциях
- предоставить информацию о методах обезболивания родов
- оповестить женщину о передаче своих функций по уходу другому мед. работнику, в случае возникновения необходимости дополнительной консультации или в случае окончания смены.

Клиническое вмешательство не должно предлагаться или советоваться, в случае, если роды проходят нормально и женщина и ребенок находятся в хорошем состоянии. Обстановка индивидуальной родовой палаты должна быть приближенной к домашней. Поступающую на роды роженицу принимает дежурная акушерка родильного блока, которая должна: представиться, измерить T тела, пульс, АД.

Переход от периодической аускультации к непрерывному КТГ у женщин низкого риска рекомендуется по следующим основаниям:

- значительное загрязнение меконием амниотической жидкости, также такой переход следует рассмотреть при легком загрязнении меконием амниотической жидкости
- аномальная частота сердечных сокращений плода, обнаруженная при периодической аускультации (менее 110 ударов в минуту; более 160 ударов в минуту; любая децелерация после схваток)
- материнская гипертермия (определяемая как 38,0 °C единично или 37,5 °C дважды с разрывом в 2 часа)
- кровотечение, начавшееся в родах
- использования окситоцина для усиления родовой деятельности
- по просьбе роженицы.

### ***Первичный уход за новорожденным***

Первые два часа ребенок находится в постоянном контакте «кожа к коже» с матерью. Уход осуществляется акушеркой, принимавшей роды, которая должна:

- при появлении признаков готовности предоставить новорожденному возможность самостоятельно начать грудное вскармливание. Первое консультирование по грудному вскармливанию проводит акушерка.
- измерять температуру тела ребенка электронным или ртутным термометром через 30 минут и к концу 2-го часа от момента родов (норма 36,5 – 37,5)
- провести профилактическое закладывание мази в глаза новорожденного (1% тетрациклиновой) или закапывание 30% р - ра альбуцида конце 1-го часа после рождения
- использовать домашнюю одежду для новорожденного
- провести взвешивание и измерение ребенка к концу первого часа с соблюдением всех правил тепловой защиты.

Осмотр неонатолога рекомендуется в течение 1-го часа, после чего ребенка переодевают в чистую и сухую одежду распашонки и ползунки.

Через 2 часа при отсутствии осложнений родильница с новорожденным переводятся в послеродовую палату.



**Клинические рекомендации  
(протокол лечения)  
«Артериальная гипертензия,  
преэклампсия, эклампсия»**

# АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ПРЕЭКЛАМПСИЯ, ЭКЛАМПСИЯ

## ДИАГНОСТИКА И КЛАССИФИКАЦИЯ

### Измерение артериального давления

#### Рекомендации:

- Для измерения могут быть использованы: ртутный сфигмоманометр (наиболее точные показания), aneroidный тонометр, автоматический аппарат для измерения АД (наименее точные показания)
- Пациентка должна быть расслаблена, желательно после отдыха (не менее 5 мин);
- Суточное мониторирование АД может быть использовано при подозрении на гипертензию «белого халата»
- Положение пациентки – сидя, с упором спины и поддержкой руки, на которой проводится измерение, манжета должна располагаться на уровне сердца
- N.B. Положение на спине может вызвать гипотензию, в положении на левом боку фиксируется наиболее низкое АД, так как правая рука, на которой проводится измерение, чаще всего расположена выше уровня сердца.
- Манжета аппарата для измерения давления должна соответствовать окружности плеча пациентки (не менее, чем в 1,5 раза длиннее окружности плеча)
- Манжета не должна располагаться на одежде пациентки
- Достаточно измерения на одной руке
- Уровень систолического давления оценивается по 1 тону Короткова, а диастолического – по V (прекращение)
- Показатели должны быть зафиксированы с точностью до 2 мм рт. ст.

### Диагностика артериальной гипертензии

- Диагноз гипертензии при беременности правомочен при уровне ДАД 90 мм рт. ст. и более или САД 140 мм рт. ст. и более, полученном при двукратном измерении на одной и той же руке с перерывом (не менее 4-х часов)
- ДАД 90 мм рт. ст. и САД 140 мм рт. ст. считается пограничным, не является заболеванием, а лишь указывает на необходимость тщательного наблюдения за состоянием матери и плода
- Диагноз тяжелой гипертензии правомочен при уровне САД 160 мм рт. ст. и более или ДАД 110 мм рт. ст. и более, зафиксированном при серийном измерении (периодичность измерения – не реже, чем 1 раз за 15 мин)
- Показатель среднего АД может быть использован в качестве индикатора прогноза развития ПЭ

### Классификация степени повышения уровня АД (мм рт. ст.)

Категории АД	ДАД мм рт.ст.		САД мм рт.ст.
Нормальное АД	< 90	и	< 140
Умеренная АГ	90 - 109	и / или	140 - 159
Тяжелая АГ	≥ 110	и / или	≥ 160

Данная классификация может использоваться для характеристики степени повышения уровня АД любой формы АГ в период беременности (ХАГ, ГАГ, ПЭ).

при

### Диагностика клинически значимой протеинурии

- Высшая граница нормы суточной потери белка во время беременности определена как 0,3 г/л
- При использовании отношения протеин / креатинин – 30 мг/ммоль
- Золотой стандарт для диагностики протеинурии – количественное определение белка в суточной порции
- При подозрении на ПЭ необходимо использовать более чувствительные методы (отношение протеин / креатинин или определение белка в суточной моче)
- Необходимо исключить наличие инфекции мочевыделительной системы;
- Патологическая протеинурия у беременных является первым признаком поражения внутренних органов.

### Классификация гипертензивных расстройств во время беременности

Хроническая АГ (ХАГ) – это АГ, диагностированная до наступления беременности или до 20 недели. Это гипертоническая болезнь или вторичная (симптоматическая) гипертония. В период беременности у пациенток с

хронической АГ адекватно оценить степень АГ не удастся, т.к. в I и II триместрах обычно отмечается физиологическое снижение уровня АД.

**Презклампсия / эклампсия на фоне ХАГ** диагностируется у беременных с хронической АГ в случаях:

- 1) появления после 20 недель впервые протеинурии (0,3 г белка и более в суточной моче) или заметного увеличения ранее имевшейся протеинурии;
- 2) прогрессирование АГ у тех женщин, у которых до 20 недели беременности АД контролировалось;
- 3) появления после 20 недель признаков полиорганной недостаточности.

**Гестационная АГ (ГАГ)** - повышение уровня АД, впервые зафиксированное после 20 недели беременности и не сопровождающееся значительной (патологической) протеинурией.

**Презклампсия (ПЭ)** - специфичный для беременности синдром, который возникает после 20-й недели беременности, определяется по наличию АГ и протеинурии (больше 0,3 г/л в суточной моче).

**Эклампсией** диагностируют в случае возникновения у женщин с ПЭ судорог, которые не могут быть объяснены другими причинами.

#### Клиническая классификация ПЭ

- Умеренная презклампсия
- Тяжелая презклампсия
- Эклампсия

#### Дифференциальная диагностика умеренной и тяжелой ПЭ

Показатель	Умеренная	Тяжелая
АГ (при двукратном измерении с перерывом 4 – 6 ч)	$\geq 140/90$ мм рт.ст.	$\geq 160/110$ мм рт.ст.
Протеинурия	$> 0,3$ но $< 5$ г/л/сут	$\geq 5$ г/л/сут
Неврологические (церебральные) симптомы: головные боли, нарушения зрения («мелькание» мушек перед глазами) и др.	отсутствуют	+ / -
Диспептические расстройства: тошнота, рвота	отсутствуют	+ / -
Боли в эпигастрии	отсутствуют	+ / -
Олигурия	отсутствует	$< 500$ мл/сут (менее 30 мл/ч)
Задержка роста плода	- / +	+ / -
Аntenатальная гибель плода	-	+ / -
Отек легких	-	+ / -
Генерализованные отеки (особенно внезапно появившиеся)	-	+ / -
Нарушение функции печени	отсутствует	повышение АЛТ, АСТ
Тромбоциты	норма	$< 100$ тыс.х10 <sup>9</sup> /л
Гемолиз	отсутствует	+ / -
Креатинин	норма	$> 90$ мкмоль/л

ПЭ – не только артериальная гипертензия!

#### ПРОФИЛАКТИКА И ПРОГНОЗ

##### Профилактика ПЭ

**Беременные из группы низкого риска развития ПЭ**

- Эффективно:

Беременным с низким потреблением Са ( $< 600$  мг в день) - назначение в виде пищевых добавок препаратов Са – не менее 1 г в день

**Беременные из группы высокого риска развития ПЭ**

- Эффективно:

- низкие дозы аспирина (75 мг в день), начиная с 12 нед. до родов  
 - беременным с низким потреблением Са ( $< 600$  мг в день) - назначение в виде пищевых добавок препаратов Са – не менее 1 г в день

#### ВЕДЕНИЕ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

##### Основные принципы ведения беременности

**Беременность низкого риска**

- Контроль АД на каждом антенатальном визите
- При любом отклонении от нормы: зафиксированном повышении АД или протеинурии - заподозрить наличие ПЭ и провести дополнительное обследование.

#### **Беременность высокого риска по развитию ПЭ**

- Проконсультировать о повышенном риске развития ПЭ, тревожных симптомах ПЭ, контактную информацию для обращения в экстренных ситуациях, выдать буклет, вклеить лист с тревожными симптомами в карту
- Назначить с целью профилактики ПЭ аспирин, согласно рекомендациям
- При необходимости назначить пищевые добавки с кальцием
- Проводить дополнительное обследование
- При любом подозрении на ПЭ, обследовать дополнительно в условиях стационара.

#### **Беременность на фоне хронической АГ**

- Желательно обеспечить диспансерное наблюдение до наступления настоящей беременности привлечением лечащего врача-терапевта, включая проведение мероприятий по планированию семьи с
- Проконсультировать пациентку и членов семьи о повышенном риске развития ПЭ, особенностях диспансерного наблюдения во время беременности, важности ранней первой явки, противопоказаниях к приему некоторых антигипертензивных препаратов во время беременности и в послеродовом периоде при кормлении грудью
- Ведение во время беременности, в течение пребывания в родильном отделении и в послеродовом периоде должно осуществляться совместно с лечащим врачом (терапевтом) пациентки путем регулярных консультаций (согласно индивидуальному плану наблюдения)

#### **Рекомендации по образу жизни и диете**

- Проконсультировать о принципах здорового питания (о «пирамиде питания»), особенно о снижении потребления соли
- Уменьшить потребление кофе и других кофеин-содержащих продуктов
- Исключить курение и алкоголь.

#### **Профилактика**

##### **Эффективно:**

- Прием низких доз аспирина.

##### **Лечение гипертензии**

- При неосложненной ХАГ цель антигипертензивной терапии – уровень АД ниже 150/100 мм рт. ст.
- не снижать ДАД ниже 80 мм рт. ст.
- при вторичной ХАГ цель терапии – поддерживать АД на уровне 140/90 мм рт. ст.
- **Возможные схемы лечения** (подробнее см. приложение № 1):
- метилдопа, начальная доза – 250 - 500 мг/сут в 2-3 приема, максимальная - 2000 мг/сут
- нифедипин - средняя суточная доза 40 - 90 мг/сут в 1 - 2 приема в зависимости от формы выпуска, тах суточная доза - 120 мг/сут

##### **Родоразрешение пациенток с ХАГ должно проводиться:**

- При неосложненной ХАГ и отсутствии осложнений беременности – в учреждениях II уровня
- При наличии любых осложнений – в учреждении III уровня
- Сроки родоразрешения определяются индивидуально.

##### **Ведение после родов:**

- Контроль АД не реже 2-х раз в сутки во время пребывания в стационаре
- после выписки - по показаниям
- Продолжить антигипертензивную терапию в тех же дозах, что и перед родами
- Обеспечить консультацию врача - терапевта (желательно лечащего) во время пребывания в стационаре для выбора схемы лечения в послеродовом периоде
- при отсутствии экстренных показаний повторно оценить состояние пациентки и эффективность терапии через 2 недели после родов

- провести консилиум лечащих акушера-гинеколога и врача-терапевта (общей практики) через 8 недель после родов для определения дальнейшей тактики ведения (возможной коррективы медикаментозной терапии в зависимости от вскармливания), в том числе выбора метода контрацепции.

#### Гестационная АГ

- Проконсультировать о тревожных признаках (симптомах ухудшения состояния/тяжелой ПЭ), выдать памятку, вклеить ее в обменную карту
- III уровень - возможно амбулаторное ведение (при обеспечении круглосуточной доступности экстренной помощи) с изменением частоты посещений ЖК (не реже 1 раза в 3 дня) и расширением объема обследования (АД, анализ мочи на белок, мониторинг состояния плода: УЗИ, доплерометрия)

#### Сроки родоразрешения:

- нет оснований для досрочного (до 37 нед. гестации) родоразрешения
- при сроке > 37 нед. при АД < 160/110 мм рт. ст. родоразрешение должно проводиться с учетом состояния плода и матери

#### Ведение в послеродовом периоде:

- контроль АД не менее 2-х раз в день не менее чем в течение 3-5 дней послеродового периода
- антигипертензивная терапия по показаниям, отменить терапию при АД < 140/90 мм рт. ст.
- перед выпиской из стационара проконсультировать пациентку о тревожных симптомах
- контрольный осмотр через 2 нед. (при отсутствии экстренных показаний)
- при сохраняющейся гипертензии свыше 2 нед. послеродового периода - консультация терапевта.

### ПРЕЭКЛАМПСИЯ

Целесообразность выделения только двух степеней тяжести ПЭ определяется тактикой ведения:

1. При умеренно выраженной ПЭ необходима госпитализация для уточнения диагноза (в т.ч. состояния плода), но при этом возможно пролонгирование беременности с обязательным тщательным мониторингом состояния беременной. Родоразрешение показано при ухудшении состояния матери и плода или при достижении срока 34 - 36 нед.
2. При тяжелой ПЭ необходимо решение вопроса о родоразрешении после стабилизации состояния матери, при возможности, после проведения профилактики РДС плода и перевода матери на более высокий уровень оказания помощи при сроке беременности менее 34 нед.

#### При подозрении на ПЭ необходимо выполнение следующих требований:

- Информировать специалистов согласно региональному алгоритму (в том числе дежурного врача клиник - диагностического центра для принятия решения о маршруте перевода)
- Госпитализация в учреждение II или III (предпочтительно) уровня для уточнения диагноза и решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременности
- Перевод должен осуществляться санитарным транспортом в сопровождении медицинского персонала (врача)
- При тяжелой ПЭ перевод осуществляется только реанимационной бригадой (желательно специализированной) - отправляющего учреждения
- При умеренной ПЭ возможна госпитализация в отделение патологии беременности
- При тяжелой ПЭ госпитализация только в ПИТ (ОАРиТ).

### Алгоритм помощи (ABCD) при тяжелой ПЭ

#### Первоначальная оценка

A - airway - дыхательные пути (обычно проблем нет)

B - breathing - дыхание:

- Повышение частоты дыхания может быть ранним признаком отека легких
- Аускультация грудной клетки для исключения отека легких

C - circulation - кровообращение:

- Положение на левом боку
- Определение АД, пульса, сатурации (при возможности) - затем не менее 4-х раз в сутки
- Катетеризация периферической вены, как минимум 18G

- при невозможности постановки периферического катетера - катетеризация центральной вены (подключичной или бедренной)

- Анализ крови:

- тромбоциты (<100 x 10<sup>9</sup>/л)
- мочевая кислота
- креатинин
- АЛТ и АСТ
- свертываемость, группа крови

- Катетеризация мочевого пузыря, анализ на содержания белка в моче (разовая порция дважды с интервалом 4 ч, белок в суточной моче)
  - Контроль диуреза
  - Контроль выпитой жидкости
- D – disability – расстройства сознания**
- Спросить о наличии головной боли, нечеткого зрения или судорог
  - Определение рефлексов (прежде всего коленных)
  - Консультация окулиста, при тяжелой ПЭ - консультация невролога
- Тщательная регистрация жизненных показателей – ведение карты интенсивного наблюдения.

#### **Мониторинг состояния плода**

- При поступлении:
  - ФКТГ продолжительно, до стабилизации АД (далее ежедневно или чаще по показаниям)
  - УЗИ: фетометрия, амниотический индекс, плацентометрия (далее 1 раз в неделю)
  - Доплерометрия в пупочных артериях (дополнительно по показаниям)
- Беременность пролонгируют до тех пор, пока сохраняется адекватное состояние для внутриматочной среды, необходимое для поддержания роста и развития плода без опасности для здоровья матери
- Лечение должно проводиться одновременно акушером - гинекологом и анестезиологом -реаниматологом в ОАРиТ.

#### **Интенсивная терапия тяжелой преэклампсии:**

- Противосудорожная
- Антигипертензивная;
- Инфузионная
- Трансфузионная - в особых случаях, по заключению консилиума

#### **Родоразрешение является единственным эффективным методом лечения ПЭ**

##### **Цели лечения ПЭ:**

- Предотвращение судорог (прогрессирование патологии до эклампсии)
- Контроль АД. Целью является стабилизация АД между САД = 140 - 150 мм рт. ст. и ДАД = 90 - 105 мм рт. ст.
- Тщательный мониторинг состояния беременной и плода и профилактика осложнений.

##### **Противосудорожная терапия**

- MgSO<sub>4</sub> - препарат выбора для профилактики судорог
  - Противосудорожная терапия показана при тяжелой ПЭ
  - При умеренной ПЭ - по решению консилиума, так как повышает риск КС и имеет побочные эффекты
  - Режим дозирования MgSO<sub>4</sub> – только внутривенно, желателен инфузоматом:
- нагрузочная доза – 4 - 6 г сухого вещества (возможная схема – 20 мл 25% р-ра - 5 г сухого вещества) в течение 5 - 10 минут
- поддерживающая доза – 1 - 2 г сухого вещества в час.

##### **Симптомы передозировки MgSO<sub>4</sub>:**

- артериальная гипотония, аритмия
- покраснение лица
- тошнота, рвота
- дремота, невнятная речь, двоение в глазах
- угнетение дыхания - ЧДД < 16 в минуту
- снижение или исчезновение коленного рефлекса
- олигурия < менее 30 мл/ч

##### **Мониторинг:**

- АД, пульс, ЧДД, диурез (> 30 мл/час)
- биохимический анализ крови каждые 4 - 6 часов

**При передозировке сульфата магния - прекратить введение препарата и ввести раствор глюконата Са в/в в течение 10 мин.**

10 мл 10%

**Инфузионная терапия:** при тяжелой ПЭ - не более 80 мл/час при сохраненном диурезе (не < 50 мл/час) с учетом принятой внутрь жидкости

(не < 50)

**Тромбопрофилактика** может быть назначена при ПЭ, сопровождающейся высоким риском тромбозов (тромбофилия, ожирение, возраст > 35 лет, постельный режим)

#### **Антигипертензивная терапия**

- Обязательно назначение антигипертензивных препаратов при АД > 160/110 мм рт. ст. (тяжелая гипертензия). Цель терапии – уровень АД < 150/80 - 100 мм рт. ст.
- При АД в пределах 150 - 160 / 100 - 110 мм рт. ст. (умеренная гипертензия) решение о назначении антигипертензивной терапии принимается в индивидуальном порядке
- Антигипертензивные препараты быстрого действия
  - нет убедительных доказательств преимуществ какого-либо препарата для снижения АД при тяжелой гипертензии при беременности
  - нифедипин: возможная схема применения - начальная доза 10 мг (сублингвально), повторно через 30 мин трехкратно (максимальная суточная доза 60 мг, в особых случаях - при стойкой АГ - возможно повышение до 80 мг/сут). При неэффективности - сменить препарат
  - нет противопоказаний для совместного применения с MgSO<sub>4</sub>
- Антигипертензивные препараты более медленного действия:
  - метилдопа: возможная схема для применения - начальная доза 250 мг/сут, каждые 2 дня дозу увеличивают на 250 мг/сут. Максимальная суточная доза - 2 г.

#### **Родоразрешение**

##### **До 34 нед:**

- При тяжелой ПЭ родоразрешение после стабилизации состояния женщины, проведения курса профилактики РДС плода

##### **Показания для отказа от консервативной тактики:**

- нестабильное состояние матери (неэффективная антигипертензивная и противосудорожная терапия)
- ухудшение состояния плода
- При умеренной ПЭ – консервативное ведение в условиях стационара

##### **В 34 - 37 нед:**

- При тяжелой ПЭ показано родоразрешение в течение 3 - 4-х часов после стабилизации состояния женщины
- При умеренной ПЭ при стабильном состоянии плода - консервативная тактика

##### **При сроке гестации > 37 нед:**

- Родоразрешение в течение 24 - 48 часов

#### **Метод родоразрешения**

- Возможность родов через естественные родовые пути должна быть рассмотрена во всех случаях ПЭ (в том числе тяжелой), при отсутствии абсолютных показаний к КС и удовлетворительном состоянии плода
- Окончательный выбор метода родоразрешения должен основываться на анализе клинической ситуации, состояния матери и плода, возможностей учреждения, опыта врачебной бригады учреждения, предпочтений пациентки
- Индукция родов проводится по протоколу, принятому в учреждении
- N.B. Индукция при тяжелой ПЭ может занимать больше времени и иметь больший процент неудач при сравнении с беременностями, не осложненными ПЭ
- При нулевом или реверсивном кровотоке (по данным доплерометрии) показано КС

#### **Алгоритм ведения родов**

- При поступлении в родовой блок:
  - проинформировать ответственного дежурного врача акушера - гинеколога, анестезиолога, неонатолога
  - оформить карту интенсивного наблюдения
  - обеспечить в/в доступ - катетеризация локтевой вены (по показаниям - 2-х) (18G)
- Контроль АД:
  - при умеренной гипертензии - не реже 1 раза в час
  - при тяжелой гипертензии - постоянный мониторинг
- Продолжить антигипертензивную и противосудорожную терапию (если проводилась ранее) в прежних дозировках. В дальнейшем - корректировка по показаниям.
- Обеспечить адекватное обезболивание родов (по показаниям - медикаментозное)
- Не ограничивать рутинно продолжительность второго периода родов при стабильном состоянии матери и плода

## Обезболивание родов и кесарева сечения

- При тяжелой ПЭ требуется предродовая (предоперационная) подготовка (если нет показаний, угрожающих жизни пациентов, для срочного родоразрешения) в течение 6 - 24 ч
- Выбор метода анестезии должен зависеть от опыта и предпочтений лечащего врача анестезиолога - реаниматолога
- Определение количества тромбоцитов должно быть проведено всем пациенткам с ПЭ, если не проведено ранее
- Региональная анестезия или анестезия - предпочтительный метод обезболивания для пациенток с ПЭ при уровне тромбоцитов  $> 75 \times 10^9/\text{л}$  при отсутствии коагулопатии, быстрого снижения количества тромбоцитов, на фоне одновременного применения антикоагулянтов
- Проведение региональной анестезии возможно после перерыва после введения профилактической (12 часов) или терапевтической (24 часа) доз низкомолекулярного гепарина
- Рекомендовано раннее введение эпидурального катетера
- Не рекомендуется фиксированная водная нагрузка (в объеме 500-1000 мл) перед проведением региональной анестезии
- При анестезии во время КС спинальная анестезия более предпочтительна, чем общая анестезия, т.к. не вызывает повышение АД при интубации (кроме случаев срочного родоразрешения - может потребовать больше времени) Кроме того, при ПЭ чаще возникают проблемы при интубации (из-за отека ВДП)
- Спинальная и эпидуральная, а также комбинированная спинально - эпидуральная анестезия эффективны и одинаково безопасны у пациенток с тяжелой преэклампсией/эклампсией Общая анестезия должна проводиться при противопоказаниях к регионарной; необходима готовность к трудностям обеспечения проходимости дыхательных путей
- Возможные препараты и дозировки для проведения:
  - эпидуральной анестезии: бупивакаин или ропивакаин в концентрации 0,125 - 0,2% с фентанилом - 2 мкг/мл (в общей дозе 50 - 100 мкг)
  - спинальной анестезии: бупивакаин (маркаин спинал, маркаин спинал хэви) 0,5% - 12,5 - 15 мг интратекально
  - эпидуральной анестезии: бупивакаин 0,5% - 15 - 20 мл или ропивакаин 0,75% - 15 - 20 мл в сочетании с введением фентанила 2 мкг/мл (в общей дозе 50 - 100 мкг)
- Важно не прекращать введение магнезии во время родоразрешения. Непосредственно после операции начинается / продолжается введение магния сульфата в дозе 2 г/ч для достижения противосудорожного эффекта

*N.B. Для профилактики послеродового кровотечения у женщин с тяжелой преэклампсией и эклампсией может использоваться только окситоцин*

## Ведение послеродового периода

- Наблюдение в течение не менее суток или до стабилизации состояния в условиях ОАРиТ
- Мониторинг АД (не менее 4-х раз в сутки)
- Продолжить прием антигипертензивных препаратов до снижения АД  $< 140/90$  мм рт. ст.
- Проконсультировать пациентку о рисках, связанных с приемом антигипертензивных препаратов и грудным вскармливанием. Наиболее изучены и имеют меньше побочных эффектов следующие препараты:
  - метилдопа
  - нифедипин
  - лабеталол
  - эналаприл
  - каптоприл
- Тромбопрофилактика при длительном постельном режиме или после КС
- Контрольный анализ крови, включая: тромбоциты, креатинин сыворотки, АЛТ и АСТ
- Перед выпиской из стационара проконсультировать пациентку о тревожных симптомах (головные боли, нарушения зрения, боли в правом подреберье, снижение диуреза, высокое АД), а также о повышенном риске АГ в дальнейшем, необходимости диспансерного наблюдения
- Контрольный осмотр через 2 нед (при отсутствии экстренных показаний)
- Повторить анализ крови, включающий: тромбоциты, креатинин сыворотки, АЛТ и АСТ - при отклонении от нормы в результатах предыдущего анализа
- При гипертензии, сохраняющейся дольше 2 нед послеродового периода, - консультация терапевта
- При сохранении протенинурии после 6 - 8 нед - консультация нефролога
- Обеспечить диспансерное наблюдение за пациенткой терапевтом и акушером - гинекологом, проконсультировать по вопросам здорового питания (возможна консультация диетолога при ожирении), планирования семьи.

## ЭКЛАМПСИЯ



Эклампсия - появление одной или более судорог, не имеющих отношения к другим проявлениям мозговых нарушений (эпилепсия или инсульт) у больных с ПЭ. Судороги могут возникнуть во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Если причина судорог не определена, ведите женщину, как в случае эклампсии и продолжайте выяснение истинной причины судорог

#### Помощь во время судорог

- **НЕ ОСТАВЛЯЙТЕ ЖЕНЩИНУ ОДНУ**
- Защитите пациентку от повреждений, но не удерживайте ее активно
- Подготовьте оборудование (воздуховоды, отсос, маску и мешок, кислород) и дайте кислород со скоростью 4 - 6 л/мин
- Уложите женщину на левый бок для уменьшения риска аспирации желудочного содержимого, рвотных масс и крови
- После судорог при необходимости очистите отсосом ротовую полость и гортань
- После приступа немедленно начать магнезиальную терапию:
  - начальная доза - 4 - 6 г сухого вещества (20 мл 25% раствора) в/в в течение 5 - 10 мин
  - если судороги повторились - ввести 2 г в/в в течение 5 мин
  - поддерживающая доза - 1 - 2 г/ч в/в (предпочтительнее инфузатом) или в/в капельно.

**Показания для ИВЛ:** отсутствие адекватного самостоятельного дыхания (экламптический статус, экламптическая кома, отек легких, снижение сатурации ниже 80%). Экстубация отсроченная.

**Акушерская тактика:** родоразрешение после предоперационной подготовки путем операции КС

Эклампсия является абсолютным показанием к родоразрешению, однако **СНАЧАЛА НЕОБХОДИМО СТАБИЛИЗИРОВАТЬ СОСТОЯНИЕ** пациентки.

#### Приложение № 1

##### Медикаментозная антигипертензивная терапия беременных

Основными лекарственными средствами, используемыми в настоящее время в мире для лечения АГ в период беременности, являются метилдопа (препарат I линии), α-β-адреноблокатор лабеталол, антагонисты кальция (нифедипин) и β-адреноблокаторы, а также некоторые вазодилататоры миотропного действия. При наличии показаний возможно использование гидрохлортиазида, клофелина, празозина. Ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина II, спиролактон, антагонисты кальция дилтиазем и фелодипин при беременности противопоказаны.

##### Основные ЛС для плановой терапии АГ у беременных

Препарат	Форма выпуска, дозы, способ применения	FDA	Примечание
Метилдопа	таб 250 мг 250 - 500 мг - 2000 мг/сут в 2 - 3 приема средняя суточная доза - 1000 мг	B	препарат первой линии; наиболее изученный антигипертензивный препарат во время беременности
Нифедипин	таб. пролонгированного действия - 20 мг таб. с модифицированным высвобождением - 30/40/60 мг/таб ср. суточная доза - 40 - 90 мг в 1 - 2 приема в зависимости от формы выпуска тах суточная доза - 120 мг	C	наиболее изученный представитель группы АК; рекомендован для применения у беременных во всех международных рекомендациях в качестве препарата I и II линии при АГБ; не применять для плановой терапии короткодействующие формы
Метопролол	таб. 25/50/100/200 мг 25 - 100 мг в 1 - 2 приема тах суточная доза - 200 мг	C	препарат выбора среди β-адреноблокаторов в настоящее время
Амлодипин	таб. 5/10 мг 5 - 10 мг 1 раз в сутки	C	имеющиеся данные недостаточны для оценки безопасности; может использоваться только при отсутствии эффекта или плохой переносимости лечения

Легкая сульфан не является существенно гипотензивным препаратом. При тяжелой ЦЭ его введение необходимо для профилактики гипертонического синдрома.

При проведении активной антигипертензивной терапии следует опасаться чрезмерного снижения уровня АД, способного вызвать нарушение перфузии плаценты и вызвать ухудшение состава плода.

Примечание	Время наступления гипотензивного эффекта	Дозы, способ применения	Нифедипин	Клонидин	Нитроглицерин	Нитропруссид натрия
не рекомендовано субингивальное применение; с осторожностью применять одновременно с сульфатом магния	30 - 45 мин повторить через 45 мин	таб. 10 мг внутрь	таб. 0,075 - 0,15 мг внутрь возможно в/в введение	в/в кап 10 - 20 мг в 100 - 200 мл 5% р-ра глюкозы скорость введения 1-2 мг/ч max 8 - 10 мг/ч	в/в кап 10 - 20 мг в 100 - 200 мл 5% р-ра глюкозы развили отек легких на фоне повторения АД; САД следует поддерживать на уровне не менее 100-110 мм рт.ст.; нежелательно применение более 4х ч в связи с риском отрывчатого разрыва сосудов на мод в риском развития отека мозга у матери	в/в кап в 250 мл 5% р-ра глюкозы начинать с 0,25 мг/кг/мин max до 5 мг/кг/мин
увеличить дозу	2 - 25 мин	таб. 0,075 - 0,15 мг АД: 0,075 мг 3 р/сут;	таб. 0,075 - 0,15 мг максимальная доза - 0,6 мг	максимальная доза - 0,6 мг		
увеличить дозу	2 - 25 мин	таб. 0,075 - 0,15 мг максимальная доза - 0,6 мг				
увеличить дозу	2 - 25 мин	таб. 0,075 - 0,15 мг максимальная доза - 0,6 мг				

ЛС для быстрого снижения уровня АД при тяжелой ЦЭ в период беременности

нифедипин	С	применяется как антигипертензивный и антиаритмический препарат; квинестин исследована во время беременности, в т.ч. в I триместре				
бисопролол	С	квинестин динестин недостаточны для оценки безопасности; может использоваться только при легкой переносимости лечения				
Клонидин	С	применение возможно в качестве препарата III линии при рефрактерной АД	таб. 0,075/0,15 мг максимальная доза - 0,15 мг максимальная доза - 0,6 мг			
Гидрохлортиазид	С	препарат III линии при ХАГ; препарат показан при ЦЭ, в случае нарушения МПК, ЗВУР плода	таб. 25 мг 12,5 - 25 мг/сут			
Фуроземид	С	применение оправдано, если беременность осложнена почечной или сердечной недостаточностью	таб. 40 мг 20 - 80 мг/сут			
Прозолит	С	показан при феохромоцитоме	таб 1/5 мг начальная доза 0,5 мг суточная доза 2 - 20 мг в 2 - 3 приема			

Одновременно с мероприятиями по оказанию неотложной помощи начинается плановая антигипертензивная терапия пролонгированными препаратами с целью предотвращения повторного повышения АД.

## Приложение № 2

### Антигипертензивная терапия в период лактации

В течение первых 5 дней после родов на фоне физиологического увеличения ОЦК появляется опасность повышения АД.

#### Тактика лечения АГ после родов

- Отказ от медикаментозной терапии при АГ без поражения органов мишеней, ассоциированных клинических состояний и уровне АД до 140/90 мм рт.ст. Лактация при этом возможна.
- Низкодозированная медикаментозная терапия при АГ без поражения органов мишеней, ассоциированных клинических состояний и уровне АД 140/90 – 179/109 мм рт.ст., что позволяет продолжить кормление грудью. В этой ситуации целевых значений АД, вероятно, достичь не удастся, однако общий сердечно-сосудистый риск будет снижен.
- Антигипертензивная терапия, в том числе комбинированная с достижением целевого уровня АД у пациентов из группы высокого риска (при АГ с поражением органов-мишеней и/или с ассоциированными клиническими состояниями, при уровне АД 180/110 мм рт.ст. и выше, сахарном диабете, метаболическом синдроме). В этой ситуации необходим отказ от кормления грудью.

#### Препараты, применяемые в период лактации

1. Нифедипин, метилдопа - препараты выбора, безопасны при кормлении грудью
2. Лабеталол, метопролол, пропранолол, окспреналол - необходимо мониторировать состояние ребенка для ранней диагностики возможной клиннки, обусловленной блокадой  $\beta$ -адренорецепторов. Американская Академия Педиатрии классифицирует данные препараты как совместимые с грудным вскармливанием
3. Каптоприл, эналаприл - возможно назначение при тяжелом течении АГ, сочетании АГ с сахарным диабетом, заболеванием почек, при сохранении протеинурии у пациенток, перенесших ПЭ
4. Гидрохлортиазид, спиронолактон - применение диуретиков может вызвать уменьшение образования молока

Приложение № 3 к Приказу  
Министерства здравоохранения  
Приднестровской Молдавской Республики  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 года № \_\_\_\_

**Клинические рекомендации  
(протокол лечения)**

**«Индукция родов»**

г. Тирасполь  
2017 г

## ИНДУКЦИЯ РОДОВ

### Определение

Индукция родов - это искусственная стимуляция начала родового процесса до спонтанного начала изгнания фетоплацентарного комплекса.

### Показания:

1. Переносимая беременность - 42 полных недель гестации и более 41 полная неделя гестации (40 недель + 7 дней) - является сроком, при котором необходимо коллегиально принять решение по поводу дальнейшего ведения беременности, возможно индукции родов.

2. Преждевременное излитие околоплодных вод при доношенной беременности - в зависимости от акушерской ситуации (при «зрелой» шейке матки - через 6 - 12 часов, при «незрелой» шейке матки - через 12 - 18 часов с предварительной преиндукционной подготовкой простагландинами.

3. Экстрагенитальные заболевания матери, влияющие на ее жизненные функции:

а) сахарный диабет любого типа - в сроке 38 недель гестации и более; при плохо контролируемом сахарном диабете - до 37 недель;

б) заболевания почек, осложненных артериальной гипертензией или ХПН;

в) тяжелые заболевания легких;

г) хроническая гипертензия, заболевания сердечно - сосудистой системы с признаками декомпенсации;

д) Антифосфолипидный синдром - в сроке 38 недель гестации и более;

е) Подозрение или доказанный хориоамнионит;

ж) Мертвый плод;

з) Гемолитическая болезнь плода;

и) Преэклампсия;

л) Прогрессирующая плацентарная дисфункция.

Индукция родов целесообразна, когда риск от пролонгирования беременности превышает риск самой индукции.

Эти вопросы преимущества и потенциального риска требуют обязательного обсуждения с беременной и документального оформления информированного согласия.

### Потенциальный риск

При проведении индукции родов наблюдается повышенная частота возникновения осложнений по сравнению со спонтанно наступившими родами:

1. рождение недоношенного или незрелого плода в связи с не точным определением срока беременности;

2. оперативных вагинальных родов;

3. кесарева сечения;

4. гипертонической родовой деятельности;

5. патологического типа КТГ;

6. разрыва матки;

7. водной интоксикация матери;

8. выпадения пуповины во время производства амниотомии;

9. дистресса плода.

### Противопоказания

Включают в себя любые противопоказания для родов через естественные родовые пути:

- а) предлежание плаценты;
- б) тазовое, поперечное и косое положение плода;
- в) макросомия плода - вес плода 4500 грамма при первых родах;
- г) рубец на матке при доношенной беременности (за исключением особых случаев);
- д) рак шейки матки;
- е) активный генитальный герпес в сроке родов;

Необходимым условием для проведения преиндукции / индукции является получение информированного согласия пациентки (Приложение к настоящему Клиническому протоколу).

#### **Необходимые условия для успешной индукции родов**

- а) оценка показаний и противопоказаний;
- б) возможно точный подсчет гестационного срока (УЗИ до 12 - 14 недель беременности наиболее точный метод);
- в) оценка состояния плода;
- г) «зрелая» шейка матки (оценка по шкале Бишопа > 6 баллов).

#### **Шкала Бишопа**

Факторы	Оценка (балл)			
	0	1	2	3
Раскрытие	закрыта	1-2	3-4	>5
Длина шейки матки в см	>4	3-4	1-2	<1
Консистенция шейки матки	плотная	частично	мягкая	

		размягчена		
Положение шейки относит. проводной оси таза	кзади	среднее	по проводной оси	
Расположение предлежащей части относит. седалищных остей в см	на 3 см выше	на 2 см выше	на 1 см выше или на уровне остей	на 1-2 см ниже

### Оценка

До 6 баллов – незрелая

6 баллов и более – зрелая

### Подготовка шейки матки к индукции – преиндукционная подготовка

Состояние шейки является одним из существенных признаков, предсказывающих успешность индукции.

Оценка по шкале Бишопа менее 6 баллов относится к незрелой шейке матки и требует предварительной подготовки – преиндукции – следующими методами:

1. Антипрогестины – мифепристон 200 мг (в зависимости от эффекта – 1 - 2 раза с интервалом 24 часа) – схема 1;

2. Простагландины:

а) интрацервикальный / интравагинальный PGE 2 (простагландинсодержащий гель динопростон 0,5 мг/1 мг – Препидил -гель – через 6 ч не более 3-х доз) – схема 2

б) интравагинально, перорально PGE 1 (мизопролол) – схема 3

в) Механические методы:

1. ламинарии – схема 4

2. баллонный катетер – схема 5

3. пальцевая отслойка нижнего полюса плодного пузыря – схема 6

Перед каждым этапом преиндукции, индукции родов – оценка состояния плода с помощью КТГ.

**Схема 1. Преиндукция мифепристоном**

- а) 1 таб – 200 мг – перорально
- б) Через 24 часа – повторно 1 таб – 200 мг – перорально
- в) Оценка эффективности через 48 - 72 часа

**Противопоказания для применения мифепристона:**

1. преждевременное излитие околоплодных вод;
2. преэклампсия тяжелой степени;
3. аномалии расположения плаценты;
4. нарушение жизнедеятельности плода;
5. сахарный диабет с сосудистыми осложнениями;
6. наличие тяжелых форм экстрагенитальной патологии;
7. хроническая надпочечниковая недостаточность;
8. нарушение свертывающей системы крови;
9. длительная кортикостероидная терапия;
10. тяжелые формы гемолитической болезни плода

**Схема 2. Преиндукция динопростом:**

1. Содержание шприца (3 г геля соответствует 0,5 мг/1 мг динопростона) с помощью входящего в комплект катетера вводят в цервикальный канал (ниже уровня внутреннего зева). После процедуры 10 - 15 минут лежать на спине, чтобы избежать вытекания геля. Влагалищная форма геля с динопростом вводится в задний свод влагалища.

2. Если желаемый результат достигнут, рекомендуемый интервал до назначения в/в окситоцина составляет 6 - 12 часов.

3. Если ответ на начальную дозу не достигнут – можно назначить повторно 0,5 мг, интервал от предыдущего введения – 6 часов.

4. Необходимость дополнительного назначения и интервал определяет врач, исходя из клинической ситуации.

5. Максимальная рекомендуемая доза за 24 - часовой период – 1,5 мг (три дозы за 24 ч с интервалом 6 - 12 часов).

**Схема 3. Преиндукция мизопростолом:**

1. 25 мкг интравагинально с интервалом 3 - 6 часов.

2. 25 мкг перорально каждые 2 ч – растворить таблетку 200 мкг в 200 мл воды и принимать по 25 мл за один прием.

3. не использовать более 50 мкг при разовом введении и более 200 мкг в общей дозировке.

4. обеспечить наличие токолитиков (гексапреналин – Гинипрал).

5. использование окситоцина возможно через 4 - 6 часов после введения последней дозы мизопростола.

6. КТГ в динамике.

**Противопоказания для применения простагландинов:**

1. преэклампсия тяжелой степени.

2. многоплодная беременность.

3. аномалии расположения плаценты.

4. тазовое предлежание плода.

5. нарушение жизнедеятельности плода.

6. тяжелые формы сахарного диабета.

7. рубец на матке.

8. тяжелые формы гемолитической болезни плода.

**Схема 4. Введение ламинарий**



8. адекватные схватки чаще достигаются при скорости введения 12.5 мЕд/мин. что

1. ламинарии 1 - 3 шт. вводятся интрацервикально на 24 часа.
2. длительность применения 2 - 3 суток.

#### **Схема 5. Баллонный катетер**

1. катетер Фолея вводится в цервикальный канал и наполняется 30 - 60 мл стерильного раствора
2. катетер оставляется на 24 часа или до выпадения

#### **Схема 6. Пальцевая отслойка нижнего полюса плодного пузыря**

1. метод пальцевой отслойки плодных оболочек снижает вероятность перенашивания, продолжительность родов, частоту применения окситотических препаратов
2. возможные осложнения: дискомфорт и болезненные ощущения, кровянистые выделения, нерегулярные схватки в течение 24 часов после манипуляции.

#### **Противопоказания для применения механических методов:**

1. воспалительные заболевания гениталий
2. опухоли шейки матки
3. аномалии расположения плаценты
4. преждевременное излитие околоплодных вод

#### **Методы индукции родов**

1. Амниотомия
2. Окситоцин
3. Простагландины (PG E 1 - мизопроустол)

Методом выбора индукции родов при зрелой шейке матки является – амниотомия +

окситоцин:

1. перевод пациентки в родовой блок в 6 часов утра
2. амниотомия
3. оценка качества и количества околоплодных вод
4. выжидательная тактика в течение 6 часов при зрелой шейке, свободное поведение пациентки, психопрофилактика
5. при отсутствии родовой деятельности после 4 часов безводного периода – окситоцин в/в капельно по предлагаемой схеме

#### **Схема введения окситоцина**

1. 5 ЕД окситоцина развести в 400 мл изотонического раствора
2. введение начать с 8 кап/мин, что соответствует примерно 5 мЕд/мин
3. увеличивать скорость инфузии каждые 15 минут на 4 капли/минуту до достижения 3 - 4 схваток за 10 минут продолжительностью 40 секунд и более
4. поддерживать дозу окситоцина той концентрации, которая оказалась достаточной
5. продолжить введение окситоцина до родоразрешения и первые 30 минут после родов
6. обязательна периодическая КТГ, исключая особые случаи, когда показано постоянное мониторирование
7. в случае гиперстимуляции (любые схватки продолжительностью более 60 секунд; частота схваток 5 и более за 10 минут; изменения сердцебиений плода):
  - а) прекратить инфузию окситоцина

б) в/в медленно в течение 5 - 10 минут ввести Гинипрал в дозе 10 мкг - 2 мл в разведении на 10 мл 0,9% физиологического раствора

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**  
*на процедуру подготовки шейки матки к родам и родовозбуждения*  
*(преиндукционная подготовка и индукция родов)*

Я, \_\_\_\_\_, подтверждаю, что в доступной

(Фамилия, инициалы)

мне форме получила от врача информацию о показаниях, противопоказаниях и методах проведения подготовки шейки матки и родовозбуждения (преиндукционная подготовка и индукция родов).

Я предупреждена о рисках, связанных с продолжением беременности в моей клинической ситуации.

Я знаю, что подготовка шейки матки к родам может осуществляться как медикаментозными, так и механическими методами, и предупреждена о возможных побочных эффектах проводимой терапии (чувство дискомфорта внизу живота, слабость, головная боль, головокружение, тошнота, рвота, диарея, гипертермия), но все эти эффекты временные.

Я согласна приступить к подготовке к родам и родовозбуждению с использованием препаратов, действующей основой которых является мифепристон, мизопростол, динопростон, окситоцин и, при необходимости, использованием механического расширения шейки матки баллонным катетером или ламинариями с последующим проведением амниотомии. Я знаю, что в 12 - 15 % подготовка шейки матки и родовозбуждение могут быть неэффективными и в этой ситуации для завершения беременности будет предложена операция кесарева сечения.

Я поняла, что подготовка шейки матки включает:

- прием 2 таблеток мифепристона, - по 1 таблетке с интервалом в 24 ч, и/или
- прием 25 мкг мизопростола перорально каждые 2 ч - 25 мл раствора, содержащего 200 мкг мизопростола, растворенного в 200 мл воды, и/или
- введение 25 мкг мизопростола интравaginaльно с интервалом 3 - 6 ч
- введение в шейку матки или влагалище геля, содержащего динопростон (до трех раз с интервалом 6 часов, 12 часов), и/или
- введение баллонного катетера или ламинарий в шейку матки на 12 часов с последующим вскрытием плодного пузыря и, - при отсутствии эффекта, - внутривенное капельное введение окситоцина.

Я предупреждена, что мероприятия по подготовке к родам и родовозбуждению будут сопровождаться клиническим и мониторным контролем (осмотр врачом, кардиотокография, по решению врача - ультразвуковое исследование, доплерометрия).

Я согласна с данной тактикой проведения преиндукционной подготовки и индукцией родов.

Я прочитала и понимаю всё, о чём говорится в данном информированном согласии. На все свои вопросы я получила ответы.

Дата \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**  
**на выбор тактики при дородовом излитии околоплодных вод**  
**в доношенном сроке беременности**

Я, \_\_\_\_\_, подтверждаю, что получила

(Фамилия, инициалы)

в доступной для меня форме информацию от врача и поняла, что такое преждевременное излитие околоплодных вод при доношенной беременности, какие оно несёт в себе риски, какие тактики ведения при преждевременном излитии околоплодных вод в доношенном сроке беременности существуют.

Я знаю, что при дородовом излитии околоплодных вод применяется активно - выжидательная тактика:

- при «зрелой» шейке матки ожидание самопроизвольного развития родовой деятельности в течение 6 - 12 ч

- при «незрелой» шейке матки - прием мизопростола 25 мкг сублингвально дважды с интервалом 3 ч с последующим родовозбуждением окситоцином при безводном промежутке 12 - 18 ч и отсутствии самопроизвольной родовой деятельности

- назначение антибактериальных препаратов для профилактики инфекционно - воспалительных осложнений через 18 ч от излития околоплодных вод

Я знаю, что в случае появления симптомов нарушения состояния плода, отсутствия или неэффективности родовой деятельности и/или появлении признаков инфекционного осложнения роды могут завершиться операцией кесарева сечения.

Я предупреждена, что за мной будет осуществляться активное наблюдение и проводиться мониторинг состояния моего плода.

Я согласна с данной тактикой ведения при дородовом излитии околоплодных вод.

Я прочитала и понимаю всё, о чём говорится в данном информированном согласии.

На все свои вопросы я получила ответы.

Дата \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_

Приложение № 4 к Приказу  
Министерства здравоохранения  
Приднестровской Молдавской Республики  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 года № \_\_\_\_

**Клинические рекомендации  
(протокол лечения)  
«Кесарево сечение»**

г. Тирасполь  
2017 г

## КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ: ПОКАЗАНИЯ, МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА

### Показания к операции кесарева сечения.

1. Предлежание плаценты
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
3. Предыдущие операции на матке (КС, миомэктомия – за исключением субмукозного расположения миоматозного узла и субсерозного на тонком основании, операции по поводу пороков развития матки в анамнезе)
4. Неправильное положение и предлежание плода (поперечное, косое положения, тазовое предлежание плода с предполагаемой массой 3600 г и более и БПР 98 мм, ножное, смешанное ягодичное, а также тазовое предлежание в сочетании с другими относительными показаниями к КС), неправильные вставления и предлежания головки плода – лобное, лицевое, высокое прямое, асинклитическое стояние стреловидного шва
5. Многоплодная беременность (при любом неправильном положении одного из плодов, тазовое предлежание Iго плода, тройня), фето - фетальный трансфузионный синдром
6. Беременность сроком 41 неделя и более при отсутствии эффекта от подготовки к родам
7. Предполагаемые крупные размеры плода (4500 г и более) при I родах
8. Плодово - тазовые диспропорции (анатомически узкий таз II - III степени сужения, деформация костей таза, плодово - тазовые диспропорции при крупном плоде, клинический узкий таз)
9. Анатомические препятствия родам через естественные родовые пути (опухоль шейки матки, низкое (шеечное) расположение большого миоматозного узла, рубцовые деформации шейки матки и влагалища после пластических операций на мочеполовых органах, в т.ч. зашивание разрыва промежности III степени в предыдущих родах)
10. Угрожающий или начавшийся разрыв матки
11. Состояние агонии или внезапная смерть женщины при наличии живого плода
12. ЭКО в сочетании с другой патологией
13. Гибель или инвалидизация ребенка, связанные с осложнениями в предыдущих родах
14. Преэклампсия тяжелой степени, HELLP – синдром или эклампсия при беременности и в родах (при отсутствии условий для родоразрешения per vias naturales)
15. Соматические заболевания, требующие исключения потуг (декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложненная миопия, трансплантированная почка и др.)
16. Генитальный рак
17. Дистресс плода (острая гипоксия плода в родах, прогрессирование хронической гипоксии во время беременности при «незрелой» шейке матки, декомпенсированные формы плацентарной недостаточности)
18. Выпадения пуповины, мелких частей при продольном положении плода
19. Аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной терапии, преждевременное излитие околоплодных вод и отсутствие эффекта от родовозбуждения
20. Некоторые формы материнской инфекции
  - а) при отсутствии лечения ВИЧ-инфекции во время беременности или при определяемой вирусной нагрузке;
  - б) при гепатите В нет доказательств, что плановое кесарево сечение снижает риск передачи инфекции новорожденному, поэтому оно не требуется; передача гепатита В может быть снижена при назначении ребенку иммуноглобулина и вакцинации;
  - в) при гепатите С не требуется плановое кесарево сечение, т.к. риск передачи инфекции не снижается<sup>4</sup>
  - г) женщины с первичным генитальным герпесом в III триместре должны быть родоразрешены путем планового кесарева сечения;

д) женщины с рецидивирующим ВПГ должны быть информированы о недоказанном эффекте планового кесарева сечения в плане передачи новорожденному, плановое кесарево сечение не требует рутинного применения.

21. Пороки и аномалии развития плода, предполагающие хирургическую коррекцию в постнатальном периоде (гастрошизис, омфалоцеле, крестцово - копчиковая тератома больших размеров и др.).

#### **Срок беременности для проведения планового кесарева сечения.**

Риск респираторных нарушений выше у детей, рожденных путем кесарева сечения до родовой деятельности, однако он значительно снижается после 38 недель. Таким образом, плановое кесарево сечение должно проводиться в 38 - 39 недели беременности.

#### **Подготовка к операции кесарева сечения.**

Предоперационная подготовка включает в себя:

1. сбор анамнеза;
2. оценку состояния плода (положение, предлежание, сердцебиение, размеры) и матери (Ps, АД, ЧДД, сознание, состояние кожных покровов, пальпация матки, характер влагалищных выделений, влагалищное исследование);
3. анализ крови (гемоглобин, количество тромбоцитов, лейкоцитов), биохимический анализ крови и коагулограмма (по показаниям), группа крови, резус фактор, резус - антитела, тестирование на сифилис, ВИЧ, гепатит В и С;
4. консультацию анестезиолога;
5. консультирование смежных специалистов при необходимости;
6. использование мочевого катетера и удаление волос в области предлагаемого разреза кожи;
7. проверку в операционной положения плода, предлежания и позиции, наличия сердцебиения;
8. использования во всех случаях компрессионного трикотажа с целью профилактики венозных тромбозмболоических осложнений в раннем послеродовом периоде;
9. антибиотикопрофилактику (см. протокол);
10. начало инфузионной терапии кристаллоидных растворов;
11. антиретровирусную профилактику ВИЧ - положительных женщин, не получавших антиретровирусную терапию;
12. перед операцией кесарева сечения у каждой женщины необходимо взять информированное согласие на оперативное вмешательство, в котором следует указать обо всех возможных рисках и осложнениях, как со стороны матери, так и плода.

#### **Хирургическая техника кесарева сечения.**

Оптимальная температура воздуха в операционной +25 ° С

Положение женщины может быть на спине или с боковым наклоном. Использование кожного антисептика для обработки кожных покровов.

Разрез кожи может быть вертикальный (по средней линии или парамедианной) или поперечный в нижней части живота (Pfannenstiel, Joel – Cohen, Пелоси, Maylard, Mouchel) (см. рис.1). Предпочтительней поперечный разрез в связи с меньшим болевым синдромом в послеоперационном периоде и лучшим косметическим эффектом. Из поперечных разрезов предпочтительней разрез по Joel - Cohen в связи с уменьшением длительности оперативного вмешательства и снижением частоты послеоперационной гипертермии.

**Хирургический инструмент для разреза кожи.** Использование отдельного скальпеля для разреза кожи и более глубоких тканей при КС не требуется, т.к. не снижает частоту раневой инфекции.

#### **Техника разреза на матке.**

Существуют следующие виды разреза на матке:

1. поперечный разрез нижнего сегмента матки
2. низкий вертикальный (истмико – корпоральный)
3. «классический» (корпоральный – по средней линии тела матки)
4. «классический» дугообразный (по Дерфлеру)
5. Г – образный или J – образный разрез
6. донный поперечный разрез по Фритчу

### **Методы проведения разреза на матке.**

Разрез может быть сделан в центре нижнего сегмента матки с помощью скальпеля, а затем продлен в латеральных направлениях ножницами по Дерффлеру или пальцевым расширением без отсепаровки и смещения мочевого пузыря по Л.А. Гусакову.

Нет статистически значимых различий по инфекционным осложнениям. При «тупом» разрезе отмечены меньшая кровопотеря и более низкая потребность в переливании крови. Следует помнить, что уровень поперечного разреза в нижнем сегменте матки при головном предлежании плода, по возможности, должен приходиться на область проекции наибольшего диаметра головки для более бережного выведения головки плода.

### **Рождение плода.**

При головном предлежании хирург проводит четыре пальца руки между передней стенкой матки и головкой плода, располагая их ниже ее уровня. Затем головку несколько отводят кверху и, сгибая пальцы, способствуют её прорезыванию в рану. В этот момент ассистент помогает рождению головки дозированным давлением на дно матки через переднюю брюшную стенку. После рождения головки ее осторожно захватывают обеими руками, располагая ладони бипаритетально, и с помощью бережных тракций поочередно освобождают переднее и заднее плечико плода. После выведения плечевого пояса в подмышечные впадины вводят указательные пальцы и, осторожно обхватив туловище на уровне грудной клетки, способствуют рождению плода. При затрудненном рождении плода следует избегать раскачивающих движений, не применять чрезмерных усилий, а спокойно оценить ситуацию, определить причину затруднения, после ликвидации которой рождение пройдет без затруднений (недостаточная степень разреза апоневроза, прохождение плечиков плода перпендикулярно длине разреза и др.). При проведении преждевременного оперативного родоразрешения извлечение головки плода предпочтительно в целом плодном пузыре для снижения риска травмирующего воздействия на плод.

### **Использование щипцов или вакуум - экстрактора.**

При затруднении извлечения головки, можно применить методику выведения по ложке акушерских щипцов. При высоко расположенной головке плода допустимо использовать щипцы или вакуум-экстрактор.

### **Использование утеротоников.**

Препаратом выбора для снижения кровопотери является окситоцин 10 ЕД внутривенно медленно и / или окситоцин 10 ЕД в мышцу матки после извлечения плода и его аналоги (карбетоцин 100 мкг).

### **Методы выделения плаценты.**

После рождения плода и пересечения пуповины его передают акушерке или педиатру, а операция продолжается рождением последа. Для профилактики кровотечения начинают инфузию окситоцина 10 ЕД в/в капельно на физиологическом растворе (500 мл) (общая доза окситоцина может составлять 20 ЕД на 1000 мл) или вводят внутривенно медленно 100 мкг карбетоцина и / или окситоцин 10 ЕД в мышцу матки. Предпочтительным является выделение плаценты тракциями за пуповину, так как этот вариант сопровождается меньшей величиной кровопотери, падения гематокрита в послеродовом периоде, снижением частоты эндометрита и койко / дня, по сравнению с отделением и выделением рукой.

### **Техника восстановления матки.**

Преимущества двухрядного шва на матке - улучшение гемостаза и заживление раны и снижение риска разрыва матки при последующей беременности. Применение однорядного шва связано с уменьшением времени операции, меньшим повреждением ткани, и меньшим наличием инородного шовного материала в ране. Эти потенциальные преимущества могут приводить к снижению операционных и послеоперационных осложнений. Зашивание одним слоем нижнего сегмента матки при кесаревом сечении связано с четырехкратным увеличением риска разрыва матки при последующей беременности по сравнению с двойным слоем. Следует отдать предпочтение двухрядному шву на матке при сложностях кооптации краев раны, повышенной кровоточивости, высокой степени инфекционного риска и т.д.

### **Восстановление брюшины.**

Перитонизацию раны на матке проводят за счет пузырно-маточной складки брюшины непрерывным швом, захватывая только серозный покров матки. После ревизии (осматривают все доступные для осмотра органы) и санации брюшной полости восстанавливают париетальную брюшину.

#### **Восстановление прямых мышц живота.**

Прямые мышцы живота сшивают не стягивая, поскольку это может привести к болевому синдрому.

#### **Зашивание апоневроза.**

Апоневроз рекомендуется зашивать непрерывным швом (без Ревердена) медленно рассасывающимся шовным материалом.

#### **Зашивание подкожной клетчатки.**

Зашивание подкожной клетчатки производят, если ее толщина 2 см и более, менее 2 см зашивание не требуется, из-за отсутствия снижения частоты раневой инфекции. Не требуется рутинное дренирование подкожной клетчатки у женщин с ожирением (индекс массы тела более  $30 \text{ кг/м}^2$ ), так как увеличивает продолжительность операции и представляет дополнительные неудобства для пациентов и нет никаких преимуществ.

#### **Зашивание кожи.**

При восстановлении целостности кожи используют отдельные швы, непрерывный подкожный шов, наложение скобок.

#### **Протокол периоперационного обезболивания при кесаревом сечении**

1. Метод первого выбора - при отсутствии противопоказаний и согласия пациентки: спинномозговая анестезия - для спинальной анестезии необходимо использовать местные анестетики длительного действия (0,5% бупивакаин спинальный гиперборический, 0,5% бупивакаин спинальный); в связи с потенциальной локальной нейротоксичностью интратекальное введение лидокаина не рекомендуется.

2. При наличии противопоказаний к нейроаксиальной блокаде, отказе пациентки, а также при наличии показаний - РДС плода, кровотечение, разрыв матки, эклампсия (кома, статус): общая анестезия.

3. Если проводилась эпидуральная анальгезия в родах и при отсутствии показаний к общей анестезии: эпидуральная анестезия - возможно использовать изначально, когда необходимо плавное снижение артериального давления. Для эпидуральной блокады использовать высокие концентрации МА длительного действия (0,75% раствор ропивакаина или 0,5% раствор бупивакаина). Комбинация местного анестетика и опиоида (фентанил 50-100 мкг), вводимая эпидурально лучше любого из них по отдельности.

4. По усмотрению анестезиолога из нейроаксиальных методов обезболивания операции кесарева сечения может быть также использована низкодозная комбинированная спинально - эпидуральная анестезия (КСЭА), особенно в случаях:

а) прогнозируемых технических трудностей во время операции;  
б) расширение объема операции;  
в) многоплодной беременности или при наличии сопутствующей патологии (преэклампсия, ожирение, заболевания сердечнососудистой системы и др.).

5. За 30 минут до конца операции или предполагаемой регрессии блокады:

а) парацетамол - внутривенно в дозе 1 грамм; в конце операции не рекомендуется использовать ректальную форму парацетамола в связи с непредсказуемыми фармакокинетическими и фармакодинамическими характеристиками;

б) традиционные НПВС (помнить о риске осложнений от традиционных НПВС при беременности и лактации) - в раннем послеоперационном периоде следует избегать внутримышечного введения НПВС вследствие неудовлетворительной фармакокинетики и фармакодинамики, болезненностью от введения; предпочтение следует отдавать внутривенным формам НПВС (лорноксикам, кетопрофен, дексалгин) с последующим переходом на пероральное их применение;

в) ингибиторы ЦОГ-2: мелоксикам, нимесулид.

#### **Антибиотикопрофилактика при абдоминальном родоразрешении**

Антибиотикопрофилактика при проведении абдоминального родоразрешения (кесарево сечение) - введение антибактериальных препаратов до того, как произошла микробная



контаминация тканей, с целью предотвращения развития инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.

Цели и принципы антибиотикопрофилактики:

1. сокращение частоты послеродовых инфекций;
2. использование антибиотиков согласно принципам, эффективность которых доказана в клинических исследованиях;
3. сведение к минимуму влияния антибиотиков на нормальную микрофлору пациента и защитные механизмы макроорганизма;
4. снижение развития нежелательных лекарственных реакций.

#### **Показания к антибиотикопрофилактике**

Антибиотикопрофилактика проводится всем беременным при абдоминальном родоразрешении.

Польза предоперационного введения антибиотика при операции кесарева сечения превышает связанные с ним риски.

Схема проведения антибиотикопрофилактики: однократное, за 30 минут – 1 час до начала операции введение антибактериального препарата (сразу после установки внутривенного катетера при поступлении в операционную). Если по каким-либо причинам не выполнено – сразу после пережатия пуповины.

#### **Препараты, применяемые для антибиотикопрофилактики при абдоминальном родоразрешении.**

Недопустимо и неэффективно введение первой дозы антибиотика с «профилактической» целью *после завершения операции КС*.

С точки зрения эффективности и безопасности наиболее приемлемыми для антибиотикопрофилактики препаратами являются цефалоспорины I – II поколения (цефазолин, цефуроксим) и ингибиторозащищенные аминопенициллины (амоксциллин / клавуланат, амоксициллин / сульбактам, ампициллин / сульбактам).

Пациентам с аллергией на пенициллины или цефалоспорины, в качестве альтернативной схемы допустимо предоперационное введение клиндамицина или эритромицина.

При неосложненных хирургических вмешательствах у пациенток невысоко степени инфекционного риска однократная предоперационная доза антибактериального средства не уступает по эффективности 5-дневному курсу терапии, а продолжение введения профилактического препарата более чем 24 часа после операции не приводит к повышению эффективности.

Доза антибиотика для профилактики послеродовых гнойно - воспалительных осложнений соответствует обычной терапевтической дозе.

#### **Препараты выбора для антибиотикопрофилактики**

Препарат	Доза	Введение
амоксциллин/клавуланат	1,2 г	внутривенно, медленно (в течение 3-5 мин)
амоксциллин/сульбактам	1,5 г	внутривенно медленно
ампициллин/сульбактам	1,5 г	внутривенно медленно
цефазолин	1,0 г	внутривенно медленно
цефуроксим	1,5 г	внутривенно медленно
При аллергических реакциях на пенициллины и / или цефалоспорины применима комбинация клиндамицина и гентамицина		
клиндамицин	600 мг	внутримышечно, внутривенно капельно
гентамицина сульфат	80-120мг 1,5 мг/кг	внутримышечно, внутривенно капельно

#### **Ведение родильниц после абдоминального родоразрешения**

Основные принципы ведения послеоперационного периода после абдоминального родоразрешения основываются на современной концепции Fast track хирургии - это мультимодальная стратегия ведения хирургических больных, которая включает использование регионарных методов анестезии, адекватный контроль за послеоперационной болью, а также

активную раннюю физическую реабилитацию, включая раннее энтеральное питание и мобилизацию. Ведение родильниц после операции кесарева сечения имеет свои особенности.

Из них наиболее важными являются:

Ранний перевод из отделения реанимации в послеродовое отделение:

1. через 6-8 часов после операции, выполненной в условиях нейроаксиальной (спинномозговой, эпидуральной, комбинированной спинально - эпидуральной) анестезии;
2. через 8 - 12 часов после операции, выполненной в условиях общей анестезии;
3. в ночные часы (с 23 до 8 часов) перевод осуществляется в плановом порядке с 8 утра.

**Исключение:**

1. Преэклампсия.
2. Кровотечение до, во время операции или в раннем послеоперационном периоде.
3. Тяжелая соматическая патология, требующая мониторинга гемодинамики и функции жизненно важных органов, а также наблюдение врача реаниматолога.
4. Технические сложности во время операции, расширение объема операции (миомэктомия, гистерэктомия, спаечный процесс и т.д.).

Удаление мочевого катетера должно производиться после активизации пациентки и не ранее, чем через 4-6 часов после введения последней дозы анестетика в эпидуральное пространство.

**Ранняя активизация**

Через 4-6 часов после окончания операции женщине помогают сначала сесть в постели, спустить ноги на пол и затем понемногу начать ходить. Это позволяет свести к минимуму риск развития спаечных осложнений в брюшной полости, застойных явлений в легких (особенно вероятны после общей анестезии), а также тромбозомболических осложнений при длительной иммобилизации.

**Противопоказаниями к ранней активизации являются:**

1. температура тела выше 38° С
2. тромбофлебит вен нижних конечностей
3. кровотечение;
4. выраженный болевой синдром у женщин

Отказ от применения неэффективных по данным доказательной медицины лекарственных препаратов.

Периоперационный объем инфузионной терапии у родильниц, принимающих жидкость и пищу, в среднем должен составлять 1200 - 1500 мл (за сутки). На следующие сутки при нормальном течении послеоперационного периода инфузионная терапия не назначается. Показаниями для проведения инфузионной терапии на 2 сутки являются:

- а) патологическая кровопотеря;
- б) парез кишечника;
- в) температура тела более 37,5° С;
- г) недостаточный питьевой режим.

Препараты, обладающие нежелательными побочными эффектами (церукал, но-шпа), и польза действия которых, с позиций доказательной медицины, не является подтвержденной, не назначаются.

Родильницам, перенесшим операцию кесарева сечения в условиях нейроаксиальной анестезии, стимуляция кишечника прозеринном проводится только по показаниям (парез кишечника и т.д.). Родильницам, перенесшим операцию кесарева сечения в условиях общей анестезии, по показаниям, назначается стимуляция кишечника прозеринном по общепринятой в хирургии схеме (прозерин 1,0 подкожно, через 30 мин - очистительная клизма).

В качестве утеротонической терапии метилэргобревин применяется исключительно по строгим показаниям (раннее и позднее послеоперационное кровотечение). В остальных случаях препаратом выбора является окситоцин с преимущественным в/в капельным введением (5 - 10 ЕД на 400 мл физиологического раствора).

Использование в раннем послеоперационном периоде груза со льдом не должно применяться, поскольку польза данного мероприятия с позиций доказательной медицины является сомнительной.

#### **Адекватное послеоперационное обезболивание.**

1. Всем пациенткам (при отсутствии противопоказаний) назначаются:

а) в конце операции, или в начале раннего послеоперационного периода, - в/в инфузия парацетамола (Инфулгана) в дозе 1000 мг. При дальнейшем назначении парацетамола его доза должна составлять 4000 мг/сут (не более). В раннем послеоперационном периоде предпочтительней использовать внутривенную форму. Длительность применения внутривенной формы - до 72 часов;

б) традиционные НПВС как альтернатива для снижения потребления опиоидов: в раннем послеоперационном периоде следует избегать внутримышечного введения НПВС вследствие неудовлетворительной фармакокинетики и фармакодинамики, болезненностью от введения. Предпочтение следует отдавать внутривенным формам НПВС (дексалгин) с последующим переходом на пероральное их применение. Препарат выбора - дексалгин (правовращающий изомер кетопрофена), побочные эффекты которого в виде ulcerогенного действия, значительно менее выражены, чем у кетопрофена. В первые сутки дексалгин назначается в/в трижды по 50 мг, на следующие сутки его можно назначать в/м трижды по 50 мг, либо перорально трижды по 25 мг.

2. Продолжение эпидуральной анальгезии местными анестетиками - если эпидуральная блокада применялась во время операции. Для эпидуральной анальгезии после операции использовать низкие концентрации местных анестетиков длительного действия (0,2% раствор ропивакаина или 0,2% раствор бупивакаина). Целесообразно применять методику постоянной инфузии или аутоанальгезии. Болюсное введение допускается лишь при отсутствии шприцевых дозаторов.

3. При выраженном болевом синдроме добавить сильные опиоиды (в/в) - промедол до 20 мг, фентанил до 100 мг.

4. При средней интенсивности боли - слабые опиоиды - трамадол, буторфанол.

#### **Энтеральное питание.**

Родильницам, перенесшим операцию кесарева сечения в условиях нейроаксиальной анестезии, разрешается прием жидкости сразу же после окончания операции. Начиная с первого часа после операции, они могут получать пищу, соответствующую общему столу, за исключением хлеба, овощей и фруктов.

Родильницам, перенесшим операцию кесарева сечения в условиях общей анестезии, разрешается прием жидкости через 2 ч после окончания операции. Этой категории родильниц энтеральное питание может быть назначено через 4-6 ч после операции - бульон; через 24 ч - общий стол.

#### **Профилактика послеоперационных осложнений.**

Основными осложнениями в послеоперационном периоде являются:

1. кровотечение;
2. гнойно-воспалительные осложнения;
3. тромбозмембральные осложнения.

#### **Профилактика тромбозмембральных осложнений.**

Все женщины должны пройти документальную оценку факторов риска венозной тромбозмемболии (ВТЭ):

1. на ранних сроках беременности или до беременности;
2. при госпитализации по любой причине;
3. повторно непосредственно перед и после операции.

НМГ являются препаратами выбора для послеоперационной тромбозпрофилактики. НМГ являются безопасными при грудном вскармливании.

Во всех случаях (при отсутствии противопоказаний) должны использоваться эластическая компрессия нижних конечностей.

Противопоказания к назначению НМГ

**НМГ следует избегать у женщин с высоким риском кровотечения.**

К факторам риска кровотечений при использовании НМГ являются:

3. ультразвуковое исследование на 3-4-е сутки после операции

4. консультация смежных специалистов: терапевтов, хирургов, неврологов и т.д. только при возникновении показаний

5. влагалищное исследование проводится по показаниям.

План обследования может меняться, ультразвуковое исследование является эффективным, безопасным и неинвазивным методом оценки состояния матки в послеродовом периоде, однако следует тщательно учитывать клинические и лабораторные показатели.

Критерии нормального УЗИ после операции кесарева сечения:

1. исследование должно производиться на 3 - 4-е сутки при умеренно наполненном мочевом пузыре

2. при измерении ширины полости матки максимально допустимое расширение в верхней и средней трети составляет 1,5 см, в нижней трети - 1,8 см

3. при любой ширине в полости матки не должны визуализироваться остатки плацентарной ткани, которая определяется как образование повышенной эхогенности округлой формы губчатой структуры с наличием зон васкуляризации

4. остатки отторгающейся децидуальной ткани могут визуализироваться в норме, интерпретация результатов зависит от количества фрагментов ткани

5. наличие газа (гиперэхогенных включений) в полости матки допустимо, однако интерпретация результатов зависит от клинко-лабораторных данных.

При оценке области шва на матке и передней брюшной стенке

1. не должны визуализироваться инфильтраты;

2. при наличии патологических образований необходимо четко описывать размер и локализацию, при больших размерах (более 5 см) интерпретация результатов зависит от клинко-лабораторных данных и данных динамического УЗИ;

3. при наличии гиперэхогенных образований в области шва необходимо уточнять у хирургов наличие гемостатических губок.

При оценке области параметрия необходимо оценивать наличие или отсутствие объемных образований (в т.ч. и забрюшинной локализации) и гематом.

Также оценивается количество свободной жидкости в малом тазу и в брюшной полости.

Грудное вскармливание

Интраоперационное раннее прикладывание к груди матери возможно при регионарных методах обезболивания операции, отсутствии осложнений у матери и удовлетворительном состоянии новорожденного, сразу после его высушивания и пеленания. Необходимо обеспечить ранний контакт кожа-к-коже (мать-новорожденный), а также совместное пребывание матери и ребенка.

Ранняя выписка - предпочтительна, однако следует соблюдать следующие критерии:

1. отсутствие гипертермии (выше 37,2°C) и неосложненное течение послеоперационного периода (4 - 5 сутки);

2. размер матки, соответствующий нормальным срокам инволюции по данным гинекологического осмотра и/или отсутствие патологических изменений при УЗИ;

3. отсутствие трещин на сосках с признаками нагноения и лактостаза; область швов без признаков воспаления, выписка возможна в нерассасывающемся шовным материалом с последующим удалением шовной нити по месту жительства;

4. повышенное количество лейкоцитов в крови обладает низкой прогностической ценностью для подтверждения наличия инфекции.

Консультирование. При выписке всем женщинам проводится консультирование по послеродовому периоду, контрацепции и планированию последующей беременности, а также выдается «паспорт операции кесарева сечения».

## ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

### Определение

**Послеродовое кровотечение** — клинически значимая кровопотеря, составляющая более 500 мл при родах через естественные родовые пути и более 1000 мл при кесаревом сечении. Распространенность послеродовых кровотечений составляет около 5% всех родов. Несмотря на усовершенствование методов лечения, послеродовые кровотечения остаются ведущим фактором материнской смертности (15 - 25%) и тяжелой заболеваемости.

### Классификация

**Раннее послеродовое кровотечение** - в первые 24 часа после родов

**Позднее послеродовое кровотечение** - по истечении 24 часов послеродового периода

### Факторы риска развития послеродового кровотечения

#### Дородовые

- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Предлежание плаценты
- Рубец на матке после проведения операции кесарева сечения (повторные операции кесарева сечения, расположение плаценты на рубце)
- Растяжение матки (многоплодные беременности, многоводие, макросомия)
- Большие миомы матки
- Многорожавшие (> 4 родов в анамнезе)
- Преэклампсия, лечение сульфатом магния
- Случаи послеродового кровотечения в анамнезе
- Дородовой уровень гемоглобина в крови матери < 85 г/л, Ht < 30, Тр < 100000 Г/л
- Ожирение (ИМТ > 35 кг/м<sup>2</sup>)
- Возраст матери (> 35 лет)
- Установленная коагулопатия
- Кровотечение при поступлении
- Хориоамнионит
- Аномалии матки
- Патологические расположения плаценты (акрета, инкрета, перкрета)

#### Интранатальные

- Индуцирование родовых схваток
- Длительные роды (аномалии родовой деятельности), затянувшийся II период родов
- Хориоамнионит
- Назначение мизопростола
- Длительное введение окситоцина
- Лечение сульфатом магния
- Оперативные влагалищные роды
- Операция кесарева сечения (особенно кесарево сечение в родах)

### Проблемы и ошибки при лечении послеродового кровотечения

- заниженная оценка кровопотери из-за смешивания крови с околоплодными водами и мочой, впитывания в простыни и полотенца, недоучета крови, вылившейся в лотки и на пол
- недооценка исходного уровня гемоглобина (женщины с выраженной анемией менее устойчивы к кровопотере)
- медленно и длительно продолжающееся кровотечение может остаться незамеченным, пока женщина внезапно не окажется в состоянии шока

			бронхоспазм
Противопоказания, предупреждения	Гиперчувствительность	Редко Гиперчувствительность Известная аллергия к простогландинам	Мигрень Бронхиальная астма Сердечно-сосудистые заболевания
		Гипертензия Преэклампсия Кардиологическая патология Гиперчувствительность	Осторожно при болезнях печени, гипертензии, астме, активной кардиологической и легочной болезни Гиперчувствительность
Хранение	Комнатная температура или в холодильнике (в зависимости от фирмы-производителя)	Комнатная температура	В холодильнике
		В холодильнике, в темноте	В холодильнике

**При продолжающемся кровотечении  
Общая потеря крови < 1500 мл**

#### **Одновременно**

- ✓ Мобилизация всего свободного персонала (**позвать на помощь дополнительно** заведующего отделением; анестезиолога - реаниматолога (если не был вызван ранее); лаборанта - повторно; специалиста, ответственного в стационаре за переливание крови)
- ✓ Информировать операционный блок - развернуть операционную (**ЛУЧШЕ РАНЬШЕ, ЧЕМ ПОЗЖЕ**)
- ✓ Постоянная оценка и регистрация объема кровопотери
- ✓ Оценить состояние женщины и проводить контроль жизненно важных функций организма (постоянный мониторинг АД, пульса, температуры, частоты дыхания, сатурация, сознание) с ведением карты интенсивного наблюдения.
- ✓ Продолжить введение кристаллоидов так быстро, как возможно, в отношении 3 : 1 к объему кровопотери. В дальнейшем программа инфузионной терапии составляется совместно с анестезиологом – реаниматологом
- ✓ Использовать дополнительный медикамент 2-го ряда для сокращения матки
- ✓ - Мизопростол 600 - 1000 мг ректально
- ✓ - Метилэргобревин 0,2 мг - 1 мл в/в, в/м
- ✓ Гемотрансфузия, опираясь на клинические симптомы и эффект лечения, не ожидая результатов лабораторных исследований
- ✓ Продолжать инфузию окситоцина
- ✓ Наружная компрессия аорты или бимануальный массаж матки
- ✓ Определение ресурсов СЗП и тромбомассы
- ✓ Подготовка к возможной массивной гемотрансфузии
- ✓ Транспортировка в операционную

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

- ✓ Провести лабораторные тесты:
  - клинический анализ крови (Hb, Ht, тромбоциты, время свертывания)
  - коагулограмма;

- прикроватный тест на свертываемость - проба Ли-Уайта
- кровь на совместимость
- ✓ Пациентку согреть (**но не перегреть!**) — поменять влажные простыни на сухие, дать дополнительное одеяло
- ✓ Ингаляция O<sub>2</sub> (≥ 10 л/мин), чтобы сатурация была > 95 %

*При продолжающемся кровотечении*

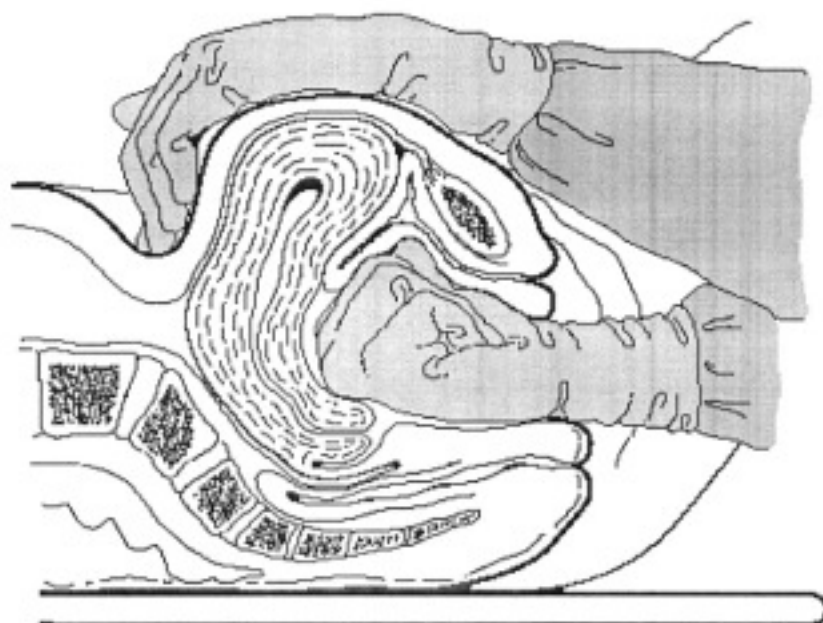
*Общая потеря крови > 1500 мл, трансфузия >2 доз ЭМ,*

*нестабильные жизненные показатели или подозрение на ДВС*

- ✓ Действовать по протоколу массивного кровотечения
- ✓ Вызвать опытного врача акушера - гинеколога, второго врача анестезиолога - реаниматолога
- ✓ Информировать персонал операционного блока
- ✓ Транспортировать больную в операционный блок (если еще там не находитесь)
- ✓ Продолжить регистрацию потерянной крови, объема инфузионной терапии и гемотрансфузии
- ✓ Оценить состояние женщины и продолжить проведение контроля жизненно важных функций организма (постоянный мониторинг АД, пульса, температуры, частоты дыхания, сатурация, сознание) с ведением карты интенсивного наблюдения - анестезиолог оценивает жизненные показатели.
- ✓ Заказать кровь и компоненты для массивного переливания ЭМ, СЗП и тромбоцитарной массы
- ✓ Повторять лабораторные исследования крови каждые 60 мин
- ✓ Мониторинг центральной гемодинамики, катетеризация центральной вены, подключение вазопрессоров, интубирование - выполняет врач анестезиолог - реаниматолог
- ✓ Проведение агрессивной реанимационной трансфузионной терапии, опирающейся на жизненные показатели и кровотечение.  
Главное условие - высокое соотношение СЗП к ЭМ:
  - 6 : 4 : 1 ЭМ : СЗП : тромбоциты или
  - 4 : 4 : 1 ЭМ : СЗП : тромбоциты
- ✓ Проведение лапаротомии
  - компрессионные швы
  - максимальная деваскуляризация сосудов таза
  - гистерэктомия
- ✓ Предотвращение гипотермии
- ✓ Проведение максимально агрессивного респираторного, вазопрессорного, трансфузионного лечения
- ✓ После стабилизации - усиленное послеродовое наблюдение в отделении интенсивной терапии

**Шаг 1**

**Бимануальная компрессия матки**



**Техника**

1. Надев стерильные перчатки, войдите рукой во влагалище и сожмите руку в кулак.
2. Расположите кулак в переднем своде и надавите им на переднюю стенку матки.
3. Другой рукой через переднюю брюшную стенку надавите на заднюю стенку матки по направлению к руке, введенной во влагалище.
4. Продолжайте сдавливание, пока кровотечение не остановится и матка не начнет сокращаться.
5. Иногда может оказаться и окончательным методом остановки кровотечения.

**Шаг 2**

**Сдавление брюшной аорты.**



- примените нисходящее давление сложенным кулаком брюшной аорты прямо через брюшную стенку
- точка надавливания находится прямо над пупком и немного левее
- в раннем послеродовом периоде пульсация аорты может быть легко определена через переднюю брюшную стенку
- другой рукой пальпируйте пульс на бедренной артерии для оценки полноты сдавления
- если пульс прощупывается, то давление, оказываемое кулаком, недостаточно (и наоборот)



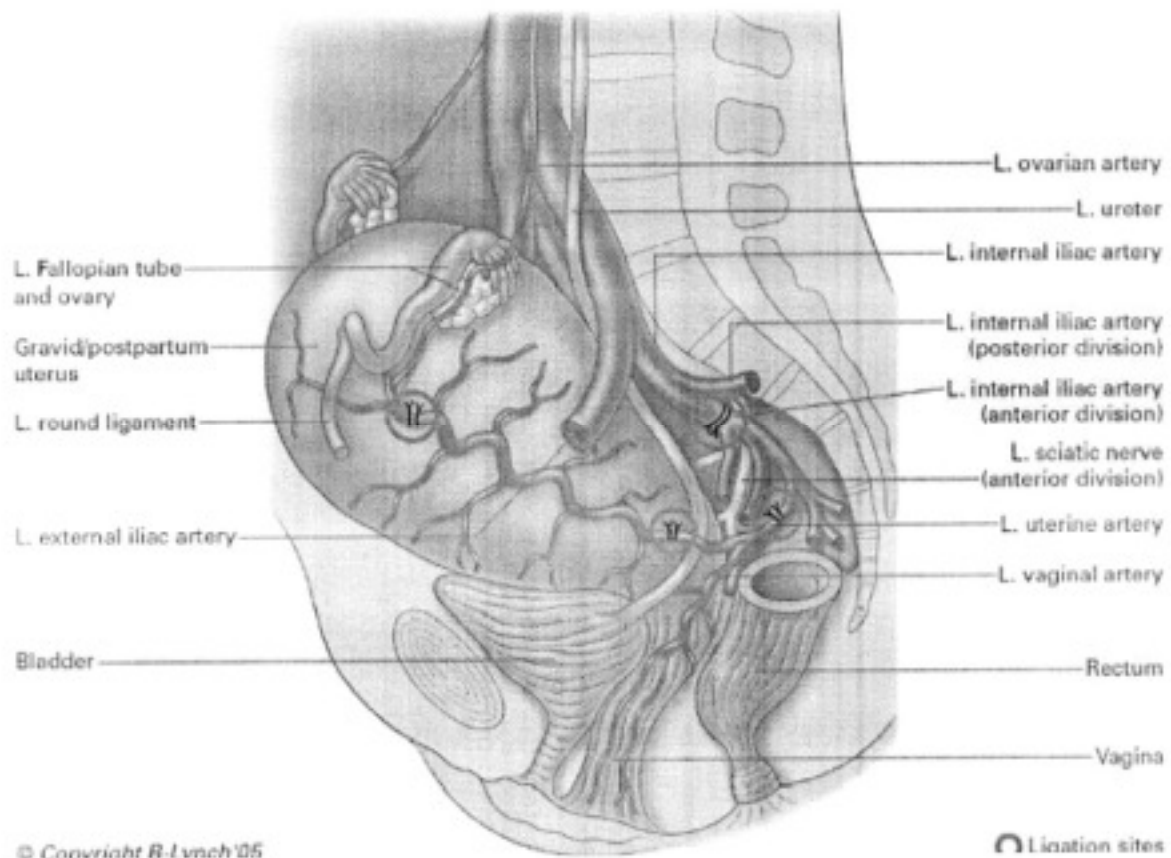
### Шаг 3

*Баллонная тампонада - катетер Бакри*

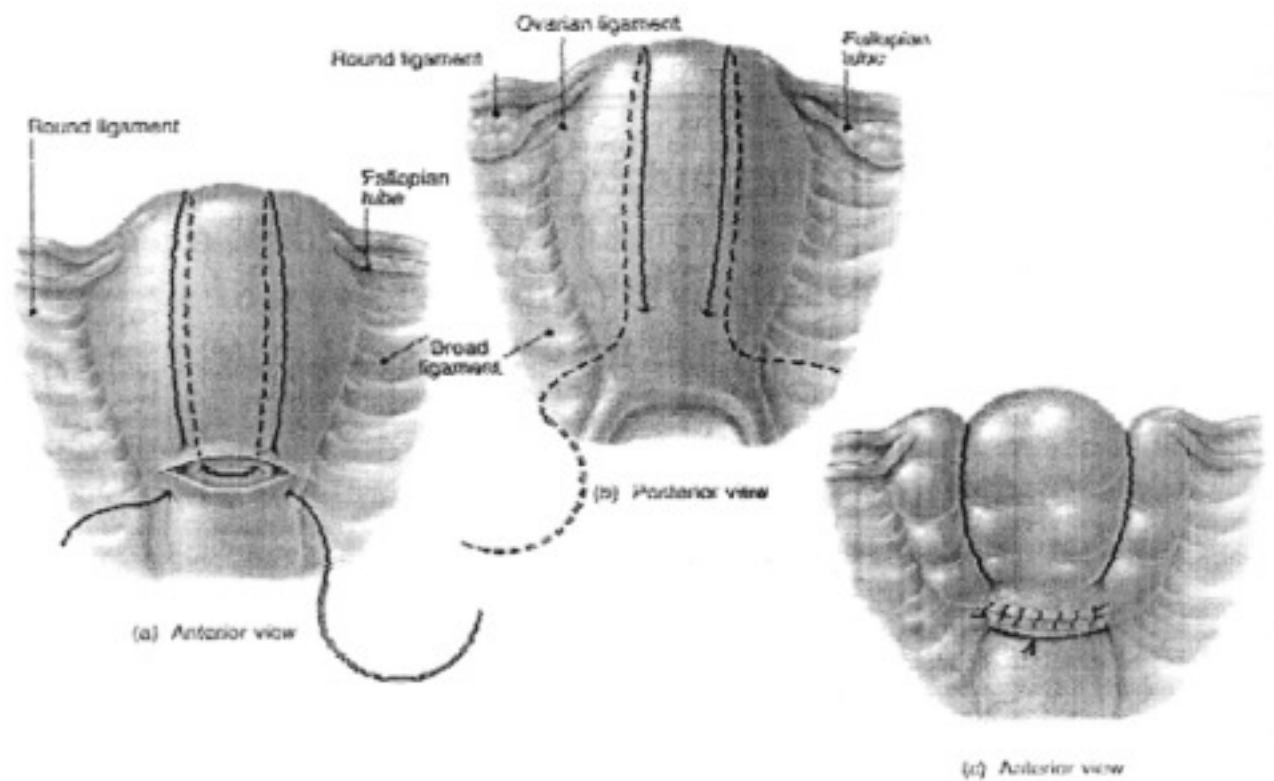
### Шаг 4

*Лапаротомия  
(позданный хирургический гемостаз)*

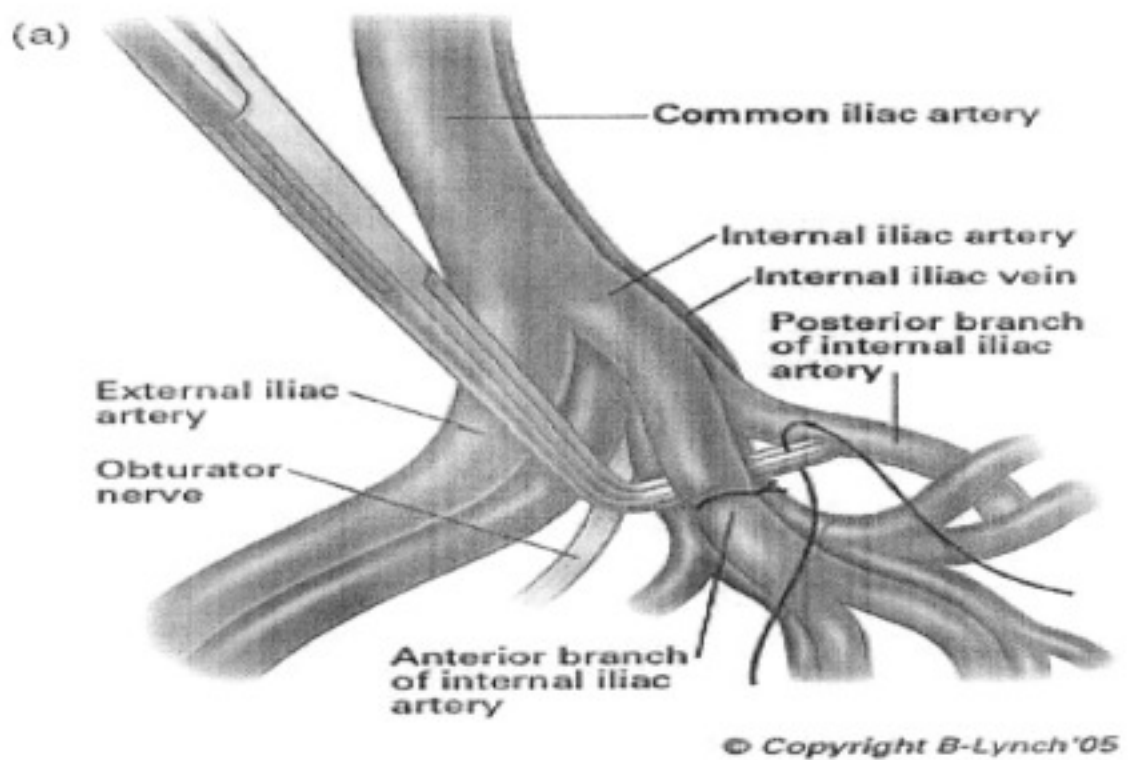
1. Повторить инъекцию Окситоцина 10 ЕД или 5 мг Элизароста в матку.
2. Произвести последовательную перевязку сосудов (восходящих ветвей маточных артерий и яичниковые артерии с обеих сторон) - максимальная деваскуляризация сосудов таза



3. Наложить хирургические компрессионные швы:  
возможно по методике Б-Линча (B-Lynch)



#### 4. Перевязка внутренних подвздошных артерий



#### 5. Проведение тотальной или субтотальной гистерэктомии

### Критерии для оценки качества ведения акушерских кровотечений

1. Бригада экстренной помощи (2 врача акушера - гинеколога, анестезиолог, медсестра - анестезистка, акушерка и т.д.) должна быть привлечена к ведению не позднее, чем через 10 мин после постановки диагноза
2. При любом акушерском кровотечении, независимо от показателей АД и пульса, венозный доступ выполняется не более, чем за 5 мин.
3. При кровотечении проводится оценка уровня гемоглобина, гематокрит, группа крови и Rh - фактор, тесты на совместимость, при необходимости тесты на свертываемость крови
4. Непрерывный мониторинг показателей АД, пульса не реже, чем каждые 10 - 15 мин, диуреза каждые 60 мин в качестве критериев лечения по восполнению ОЦК. Поддержание САД выше 90 мм рт.ст., диуреза выше 0,5 - 1 мл / кг / ч. Мониторинг ЦВД (норма 5 - 10 см вод.ст.), особенно у пациенток с олигоанурией (опасность избыточной гидратации с возможным развитием отека легких и отека мозга), а также у пациенток с нарушением сердечной деятельности. Мониторинг лабораторных показателей (гемолейкограмма, коагулограмма, время свертывания, прикроватный тест, тромбоциты)
5. При массивной кровопотери в течение 10 минут заказать препараты крови.
6. В случае непрекращающегося кровотечения, после вливания 3 л жидкостей (из них 2 л кристаллоидов за 30 мин и не более 1 литра коллоидов (Рефортан), следует подготовить одноклупную эритроцитарную массу
7. Произвести введение антифибринолитиков (транексамовая кислота - Транексам 15 мг/кг) в/в со скоростью 1,0 мл/мин. В случае необходимости повторить введение Транексама (суммарная доза 20 - 25 мг/кг)
8. Растворы для инфузии должны быть подогреты, женщина согрета
9. В случае тяжелой формы атонии, использовать минимальную дозу 20 ЕД Окситоцина в/в капельно, и/или Метилэргобревин 0,2 мг - 1 мл в/в, или Карбетоцин 100 мкг - 1 мл в/в, или другие формы простагландинов (Мизопростол 600 - 1000 мкг т.е. 3 - 5 таблеток ректально)
10. До проведения лапаротомии, маточное кровотечение контролируется/снижается путем бимануального сжатия матки и/или наружной компрессии брюшной аорты
11. При возможности развернуть операционную на месте
12. При непрекращающемся кровотечении, объем которого уже достиг 1500 мл и признаках гемодинамической нестабильности следует провести лапаротомию
13. Лапаротомию следует проводить не позднее 30 мин после принятия решения
14. Во время лапаротомии (в случае маточной атонии), до проведения гистерэктомии были назначены последовательно следующие способы остановки кровотечения: внутриметральное введение энзапроста, перевязка маточных сосудов и/или накладывание компрессионных швов по Б-Линчу
15. У женщин с родовым кровотечением, вагинальный осмотр проводится лишь в случае, если диагностика предлежания плаценты исключается посредством проведения УЗИ, либо существуют предпосылки к срочному прерыванию беременности (при развернутой операционной)
16. Для предупреждения кровотечений, в отношении всех рожениц рекомендуется активное ведение III периода родов.

**Клинические рекомендации  
(протокол лечения)  
«Преждевременные роды»**

### КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Классификация преждевременных родов в зависимости от срока гестации:

- 28 - 30 недель 6 дней - ранние преждевременные роды, около 15% всех преждевременных родов. Для новорожденных (тяжелая недоношенность) характерна очень низкая масса тела (до 1500 г), легкие плода незрелые, с помощью кортикостероидов удается добиться их ускоренного созревания.
- 31 - 33 недели 6 дней - преждевременные роды, около 20% всех преждевременных родов. У новорожденных имеет место недоношенность средней степени.
- 34 - 36 недель 6 дней - поздние преждевременные роды, 70% всех преждевременных родов. Легкие плода практически зрелые и не требуют введения средств для стимуляции созревания (сурфактанта). Инфекционная заболеваемость новорожденных, родившихся в 34 - 37 недель беременности, значительно ниже, чем родившихся в более ранние сроки. Пролонгирование беременности при этом сроке не оказывает существенного влияния на показатели смертности новорожденных.

2. Классификация в зависимости от клинического фенотипа

Спонтанные (70 - 80%)		Индукцированные (20 - 30%)	
		Показания со стороны матери	Показания со стороны плода
Регулярная родовая деятельность при целом плодном пузыре (40 - 50%)	Излитие околоплодных вод при отсутствии регулярной родовой деятельности (25 - 40%)	Тяжелые ЭГЗ с декомпенсацией угрожающие жизни, осложнения беременности (тяжелая преэклампсия / эклампсия, HELLP - синдром, внутрипеченочный холестаз беременных и др.)	Прогрессирующее ухудшение состояния, антенатальная гибель плода

### ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Преждевременными называют роды, наступившие в сроки беременности от 28 до 36 нед и 6 дней (196 - 259 дней), начиная с первого дня последней нормальной менструации при регулярном менструальном цикле, при этом масса тела плода составляет от 1000 до 2500 г.

Дородовое излитие околоплодных вод - преждевременный разрыв плодных оболочек с излитием / подтеканием околоплодных вод при недоношенной (до 36 недель 6 дней) беременности.

*ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ*

Относящиеся к данной беременности	<ul style="list-style-type: none"><li>• Низкий социально-экономический уровень жизни</li><li>• Стрессовая ситуация на работе и/или в семье</li><li>• Возраст &lt; 18 или &gt; 34 лет</li><li>• Многоплодная/индуцированная беременность</li><li>• Алкогольная / никотиновая / лекарственная зависимость</li><li>• Пародонтит</li></ul>
Способствующие развитию преждевременных родов при данной беременности	<ul style="list-style-type: none"><li>• Цервико - вагинальная инфекция</li><li>• Маточные кровотечения</li><li>• Предлежание плаценты</li><li>• ПОНРП</li><li>• Инфекция мочевыводящих путей (в т.ч. бессимптомная)</li><li>• Многоводие</li><li>• Преждевременное «созревание» шейки матки</li><li>• Сахарный диабет (тяжелые формы)</li><li>• Тяжелая экстрагенитальная патология</li><li>• Гипертермия</li><li>• Хирургические вмешательства при данной беременности</li><li>• Травмы</li></ul>

## ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Тактика вне беременности

Рекомендуется:

- ограничение повторных внутриматочных манипуляций (выскабливание полости матки);
- информирование общественности о повышенном риске преждевременного рождения детей, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий. Ограничение количества переносимых эмбрионов в зависимости от возраста пациентки и прогноза.

Не рекомендуется:

- рутинное применение поливитаминов до зачатия и на протяжении первых двух месяцев беременности;
- назначение белково – энергетических пищевых добавок в период беременности;
- дополнительный прием кальция во время беременности;
- дополнительный прием антиоксидантов - витаминов С и Е;
- постельный режим (bed-rest);
- гидратация (усиленный питьевой режим, инфузионная терапия), используемая в целях нормализации фетоплацентарного кровотока для предотвращения преждевременных родов.

Тактика в период беременности

Рекомендуется:

- внедрение антитабачных программ среди беременных;
- назначение вагинального прогестерона в капсулах беременным с короткой шейкой матки (10 - 25 мм) или с преждевременными родами в анамнезе.

Отдельные методы профилактики в группе беременных высокого риска преждевременных родов

*Наложение акушерского пессария на шейку матки.* Считается неэффективным наложение акушерского пессария при короткой шейке матки всем беременным, кроме женщин из группы высокого риска преждевременных родов. При длине шейки матки 15 мм и менее при дополнительном интравагинальном введении прогестерона частота преждевременных родов уменьшается.

*Производные прогестерона.* Эффективно назначение прогестерона в группе высокого риска у «асимптомных» женщин (прежде всего среди женщин, в анамнезе которых имеются преждевременные роды) – снижает риск повторных преждевременных родов на 35 %.

Прогестерон и его производные неэффективны при многоплодной беременности.

*Антибактериальная профилактика*

Рекомендуется:

*Выявление бессимптомной бактериурии,* определяемой как наличие бактерий в посеве в количестве более  $10^5$  КОЭ. Выбор препарата зависит от результатов посева (чувствительности к антибиотикам). Возможная схема лечения: амоксиклав 625 мг 3 раза в день per os в течение 3 дней;

*Выявление сифилиса.* Возможные схемы лечения:

- первичный, вторичный и ранний латентный: пенициллин 2,5 млн. ЕД (1,5 г) однократное внутримышечное введение;
- поздний латентный: пенициллин 2,5 млн. ЕД (1,5 г) трехкратное внутримышечное введение с интервалом в 1 неделю.

*Выявление гонококковой инфекции в группе высокого риска по гонорее.* Возможные схемы лечения: цефтриаксон 2 г / цефуроксим 1500 мг однократное внутримышечное введение.

*Не рекомендуется:*

- назначение антибиотиков при целом плодном пузыре (даже при положительном фибронектиновом тесте);
- рутинный скрининг на патогенную и условно-патогенную флору нижних отделов половых путей у беременных из группы низкого риска преждевременных родов, а также антибактериальная терапия при колонизации.

*Рекомендуется:*

- скрининг и лечение бактериального вагиноза у беременных с преждевременными родами в анамнезе. Лечение бактериального вагиноза, проведенное на сроке беременности менее 20 недель, может снизить риск преждевременных родов.

Возможные схемы лечения:

- метронидазол 500 мг 2 раза в день per os в течение 7 дней,
- метронидазол 250 мг 3 раза в день per os в течение 7 дней,
- препараты клиндамицина 300 мг 2 раза в день per os в течение 7 дней.

В 1-м триместре стоит воздержаться от лечения, так как метронидазол и клиндамицин противопоказаны при этом сроке беременности.

- скрининг и лечение хламидийной инфекции.

Возможные схемы лечения:

- азитромицин 1 г однократно per os
- эритромицин (кроме эритромицина эстолата) 500 мг 4 раза в день per os в течение 7 дней,
- амоксицилин 500 мг 4 раза в день в течение 7 дней,
- джозамицин 500 мг 3 раза в день per os в течение 7 дней.

### *ДИАГНОСТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ*

Для диагностики активных преждевременных родов важны два показателя:

- регулярные схватки (не менее 4 за 20 мин наблюдения)
- динамические изменения шейки матки (укорочение и сглаживание).

Степень раскрытия шейки матки является индикатором прогноза эффективности токолиза. При раскрытии зева более 3 см (признак активной фазы первого периода) токолиз скорее всего будет неэффективен.

### *ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ*

При угрожающих преждевременных родах, основным симптомом которых являются боли внизу живота и в пояснице, дифференциальная диагностика проводится с патологией органов брюшной полости, в первую очередь с патологией кишечника - спастическим колитом, острым аппендицитом, заболеваниями почек и мочевыводящих путей - пиелонефритом, мочекаменной болезнью, циститом. При возникновении болей в области матки необходимо исключить некроз узла миомы, несостоятельность рубца на матке, ПОНРП.

### *ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ*

Общие положения

Врачебная тактика при преждевременных родах зависит от гестационного срока, клинической картины (угрожающие или начавшиеся (активные) преждевременные роды), целостности плодного пузыря и должна придерживаться следующих основных направлений:

1. Прогнозирование наступления преждевременных родов.



2. Повышение жизнеспособности плода (профилактика РДС плода).
3. Пролонгирование беременности для перевода матери в учреждение соответствующей группы, проведения профилактики РДС, подготовки к рождению недоношенного ребенка.
4. Профилактика и лечение инфекционных осложнений, в том числе при преждевременном разрыве плодных оболочек.

Прогнозирование начала наступления преждевременных родов

С прогностической целью в настоящее время используются следующие маркеры преждевременных родов:

- определение длины шейки матки с помощью гинекологического исследования или УЗИ. Чаще всего используют показатели:  $< 2,5$  см,  $< 3$  см. При неосложненной беременности эти методы позволяют выявить женщин с повышенным риском преждевременных родов (например, при длине шейки 2,5 см и менее риск преждевременных родов повышается в 6 раз по сравнению с таковым в популяции). Однако чувствительность этого метода низкая (25-30% для гинекологического исследования и 35-40% для УЗИ), что не позволяет использовать данный тест в качестве скрининга.

Для более точного прогнозирования преждевременных родов необходимо использовать комплексную оценку: клинические симптомы и данные объективного обследования.

### ПРОФИЛАКТИКА РДС ПЛОДА

Усилия, направленные на повышение жизнеспособности плода при преждевременных родах, заключаются в антенатальной профилактике РДС кортикостероидными препаратами. АКТ высокоэффективна в снижении риска развития РДС, ВЖК и неонатальной смерти недоношенных новорожденных при сроке беременности 28 - 34 полные недели (34 недель 0 дней). Курсовая доза АКТ составляет 24 мг.

Схемы применения:

- 2 дозы бетаметазона в/м по 12 мг с интервалом 24 часов
- 4 дозы дексаметазона в/м по 6 мг с интервалом 12 часов
- 3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 часов
- 2 дозы дексаметазона в/м по 12 мг с интервалом 24 часов

Эффективность вышеуказанных препаратов одинакова, однако следует учитывать, что при назначении дексаметазона отмечается более высокая частота госпитализации в ПИТ, но более низкая частота ВЖК, чем при использовании бетаметазона.

Показания для проведения профилактики РДС:

- преждевременный разрыв плодных оболочек;
- клинические признаки преждевременных родов в 28 - 34 полные (34 нед 0 дн) недели (любое сомнение в истинном гестационном сроке стоит трактовать в сторону меньшего и провести профилактику);
- беременные, нуждающиеся в досрочном родоразрешении из-за осложнений беременности или декомпенсации ЭГЗ (гипертензивные состояния, СЗРП, предлежание плаценты, сахарный диабет, гломерулонефрит и т.д.).

Повторные курсы глюкокортикоидов по сравнению с однократным курсом не приводят к снижению заболеваемости новорожденных и не рекомендуются к применению.

Спорным вопросом остается эффективность АКТ при сроках более 34 недель. Возможно, лучшей рекомендацией на сегодняшний день может быть следующая: назначение АКТ при сроке беременности более 34 недель до 36 + 0 нед при имеющихся признаках незрелости легких плода (в частности у беременных с наличием сахарного диабета 1 или 2 типа). Рутинное назначение РДС-профилактики после 34 недель беременности не рекомендуется в виду отсутствия положительного влияния на снижение частоты развития РДС у новорожденных.

## ТОКОЛИЗ

Токолиз при угрожающих преждевременных родах направлен на подготовку плода к преждевременному рождению, что заключается в проведении профилактики РДС плода и переводе беременной в перинатальный центр.

Общие противопоказания к проведению токолиза:

*Акушерские противопоказания:*

- хориоамнионит;
- отслойка нормально или низко расположенной плаценты (опасность развития матки Кювелера);
- состояния, когда пролонгирование беременности нецелесообразно (эклампсия, преэклампсия, тяжелая экстрагенитальная патология матери).

*Противопоказания со стороны плода:*

- пороки развития, несовместимые с жизнью;
- антенатальная гибель плода.

Выбор токолитика

### 1. Блокаторы кальциевых каналов - нифедипин

Преимущества по сравнению с другими токолитическими препаратами:

- меньшая частота побочных эффектов;
- увеличение пролонгирования беременности (снижение неонатальных осложнений - некротизирующего энтероколита, ВЖК и неонатальной желтухи).

Схемы применения нифедипина

- 20 мг per os; далее - если сокращения матки сохраняются - через 30 минут 20 мг повторно, затем по 20 мг каждые 3-8 часов в течение 48 часов по показаниям. Максимальная доза 160 мг/сутки
- 10 мг сублингвально, затем, при необходимости, каждые 20 минут по 10 мг (максимальная доза в течение первого часа 40 мг), затем каждые 4 часа по 20 мг до 48 часов

*Побочные эффекты (только со стороны матери):*

- гипотензия (крайне редко проявляется у пациенток с нормотонией);
- тахикардия;
- головные боли, головокружение, тошнота.

*Рекомендуемый мониторинг при токоллизе нифедипином:*

- постоянный контроль ЧСС плода, пока имеются маточные сокращения;
- измерение пульса, АД каждые 30 минут в течение первого часа, затем каждый час

в течение первых 24 часов, затем каждые 4 часа.

Токолиз проводится в течение 48 часов, с целью проведения профилактики РДС у плода и перевода беременной в перинатальный центр.

Поддерживающая терапия неэффективна.

### 2. Селективные $\beta_2$ -адреномиметики - гинипрал (гексопреналина сульфат)

*Противопоказания для использования  $\beta_2$ -адреномиметиков:*

- сердечно - сосудистые заболевания матери (стеноз устья аорты, миокардит, тахикардия, врожденные и приобретенные пороки сердца, нарушения сердечного ритма);
- гипертиреоз;

- закрытоугольная форма глаукомы;
- инсулинзависимый сахарный диабет;
- дистресс плода, не связанный с гипертонусом матки.

*Побочные эффекты:*

- со стороны матери: тошнота, рвота, головные боли, гипокалиемия, повышение уровня глюкозы крови, нервозность/беспокойство, тремор, тахикардия, одышка, боли в груди, отек легких;
  - со стороны плода: тахикардия, гипербилирубинемия, гипокальциемия.
- Частота побочных эффектов зависит от дозы  $\beta_2$ -адреномиметиков. При появлении тахикардии, гипотонии скорость введения препарата должна быть снижена, при появлении загрудинных болей введение препарата необходимо прекратить.

**Рекомендуемые схемы**

- острый токолиз следует начинать с болюсного введения 10 мкг (1 ампула по 2 мл) гинипрала, разведенного в 10 мл изотонического раствора, в течение 5 -10 минут с последующей инфузией со скоростью 0,3 мкг/мин;
- при проведении длительного токолза рекомендуемая доза гинипрала - 0,075 мкг/мин. Максимальная суточная доза 430 мкг. При приготовлении раствора для введения с использованием внутривенных систем концентрат для инфузий разводят 500 мл изотонического раствора натрия хлорида. Приготовленный раствор вводят в/в капельно. Расчет дозы 0,3 мкг/мин соответствует: 1 ампула (25 мкг) - 120 капель в минуту, 2 ампулы (50 мкг) - 60 капель в минуту и т.д.;
- при использовании инфузоматов: 75 мкг концентрата для инфузий (3 ампулы) разводят в 50 мл изотонического раствора натрия хлорида; скорость введения 0,075 мкг/мин;
- указанная дозировка используется как ориентировочная - подбирается индивидуально.

При использовании  $\beta_2$ -адреномиметиков необходимы:

- контроль ЧСС матери каждые 15 минут;
- контроль АД матери каждые 15 минут;
- контроль уровня глюкозы крови каждые 4 часа;
- контроль объема вводимой жидкости и диуреза;
- аускультация легких каждые 4 часа;
- контроль за состоянием плода и сократительной активностью матки.

**3. Ингибиторы циклооксигеназы - индометацин (применяется до 32 нед беременности)**

*Побочные эффекты:*

- со стороны матери: тошнота, рефлюкс, гастрит;
- со стороны плода: преждевременное закрытие артериального протока, олигурия и маловодие.

Частота побочных эффектов значительно меньше при использовании не более 48 часов при сроке беременности менее 32 недель.

*Противопоказания:*

- нарушения свертываемости;
- кровоточивость;
- нарушения функции печени;
- язвенная болезнь;
- астма;
- повышенная чувствительность к аспирину.

**Схема острого токолза**

- начиная с 50 - 100 мг ректально или per os, затем по 25 мг каждые 6 ч (не более 48 ч).

#### 4. Магния сульфат

Сульфат магния до настоящего времени остается одним из наиболее популярных средств для снижения сократительной активности миометрия. Сульфат магния не обладает явным токолитическим эффектом и использование его в качестве токолитика не рекомендуется.

*Использование магния сульфата ведет к снижению частоты ДЦП и неонатальной смертности.*

#### Схема применения

- при угрожающих ПР < 30 недель: нагрузочная доза 4 г в течение 20-30 мин, затем 1 г / час в течение 24 часов.

Токолитические препараты назначают в режиме монотерапии. Комбинация препаратов используют в исключительных случаях, так как увеличивается риск побочных эффектов.

#### ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Во время преждевременных родов антибиотики должны быть назначены с профилактической целью. Первую дозу следует вводить как минимум за 4 часа до рождения ребенка.

#### Схема применения

- ампициллин - начальная доза 2 грамма в/в сразу после диагностики преждевременных родов, затем по 1 грамму каждые 4 часа до родоразрешения;
- цефалоспорины 1-го поколения - начальная доза 1 грамм в/в, затем каждые 6 часов до родоразрешения;
- при положительном результате посева на стрептококк группы В начальная доза 3 г пенициллина в/в, затем по 1,5 грамма каждые 4 часа до родоразрешения.

#### РОДОРАЗРЕШЕНИЕ

Лечебно - организационные мероприятия при преждевременных родах

	До 33 нед 6 дней беременности	34 - 37 нед беременности
Регулярные схватки (4 за 20 мин) и раскрытие маточного зева		
Менее 3 см	Перевод в стационар 3-го уровня Начать профилактику РДС Начать токолиз	Перевод в стационар 2-го уровня Начать токолиз (на время транспортировки)
3 см и более	Для стационара 1-го уровня - вызов мобильной неонатологической реанимационной бригады Роды	Вызов неонатолога Роды

На всех этапах оказания помощи необходима полная информированность пациентки о ее состоянии, состоянии плода, прогнозе исхода преждевременных родов для новорожденного, выбранной акушерской тактике и возможных осложнениях. Основная характеристика состояния плода - изменения ЧСС. Во время родов необходимо осуществлять тщательное мониторирование (динамическое наблюдение и контроль) этого показателя.

При преждевременных родах может быть использован любой вид обезболивания, немедикаментозного и медикаментозного.

Эпидуральная анальгезия предпочтительнее применения наркотических анальгетиков для обезболивания преждевременных родов из-за большей эффективности и меньшей токсичности.

*Неэффективно:*

- рутинное использование эпизиотомии для профилактики травм плода;
- опасно использование выходных щипцов для рождения головки.

Вакуум - экстракцию плода не следует применять при преждевременных родах до срока 34 недель беременности из-за повышения риска неонатальной заболеваемости, связанной с высокой частотой субглиальных (между апоневрозом и надкостницей) гематом.

#### Методы родоразрешения

Выбор метода родоразрешения зависит от состояния матери, плода, его предлежания, срока беременности, готовности родовых путей и возможностей учреждения, где происходят преждевременные роды. Нет убедительных данных в пользу кесарева сечения в плане более благоприятного течения неонатального периода при преждевременных родах и задержке роста плода.

Плановое КС по сравнению с вагинальными родами не улучшает исходов для недоношенного ребенка, увеличивая материнскую заболеваемость. Поэтому вагинальные роды для недоношенного плода в головном предлежании предпочтительны, особенно при сроке беременности более 32 недель. КС должно проводиться по обычным акушерским показаниям. Выбор метода родоразрешения должен быть индивидуальным и основываться на клинических показаниях.

При ножном предлежании показано КС. КС также производится при наличии даже начальных признаков нарушения состояния плода по данным антенатальной КТГ или УЗ-доплерометрии. Выбор вида разреза на матке во время КС зависит от срока беременности, предлежания плода, выраженности нижнего сегмента.

После рождения недоношенного ребенка отсрочка пережатия пуповины на 30-120 секунд (при отсутствии особых показаний) имеет ряд преимуществ по сравнению с ранним пережатием: снижается риск анемий, требующих гемотранфузии, ВЖК, отмечается более благоприятное течение неонатального периода при применении методики «доения» (сцеживания) пуповины.

#### *Дородовое излитие околоплодных вод при недоношенной беременности*

Дородовое излитие околоплодных вод (ДИВ) встречается в 30% преждевременных родов и является причиной неонатальной заболеваемости и смертности. Три основные причины неонатальной смертности связаны с ДИВ при недоношенной беременности: недоношенность, сепсис и гипоплазия легких. Смертность новорожденных с внутриутробной инфекцией, проявившейся сепсисом, в 4 раза выше. Риск для матери связан, прежде всего, с хориоамнионитом (13-60%). Доказана связь между восходящей инфекцией из нижних отделов генитального тракта и ДИВ. У каждой третьей пациентки с ДИВ при недоношенной беременности имеются положительные результаты посевов культуры генитального тракта, более того, исследования доказали возможность проникновения бактерий через интактные мембраны.

#### *Диагностика дородового излития околоплодных вод*

Во многих случаях диагноз очевиден в связи с жидкими прозрачными выделениями из влагалища.

При подозрении на ДИВ желательно избегать влагалищного исследования, кроме случаев, когда есть признаки активной родовой деятельности, так как оно значительно увеличивает риск распространения инфекции и вряд ли определит тактику дальнейшего ведения беременности и родов.

Если разрыв оболочек произошел достаточно давно, диагностика может быть затруднена.

*Возможно проведение следующих диагностических тестов после тщательного сбора анамнеза:*

- предложить пациентке чистую прокладку и оценить характер и количество выделений через 1 час;
- произвести осмотр на гинекологическом кресле стерильными зеркалами - жидкость, вытекающая из цервикального канала или находящаяся в заднем своде, подтверждает диагноз;
- провести «цитологический тест» (симптом «папоротника»; частота ложноотрицательных ответов более 20 %);
- провести УЗИ - олигогидрамнион в сочетании с указанием на истечение жидкости из влагалища подтверждает диагноз ДИВ.

#### *Врачебная тактика*

Вероятность развития родовой деятельности при излитии околоплодных вод находится в прямой зависимости от гестационного срока: чем меньше срок, тем больше период до развития регулярной родовой деятельности (латентный период).

*Пролонгирование беременности при сроке до 22 недель нецелесообразно из-за неблагоприятного прогноза для плода и высокой частоты гнойно-септических осложнений у матери. Рекомендуется прерывание беременности.*

*При сроке беременности 22-26 недель прогноз также неблагоприятен. Родители должны быть осведомлены, что дети, родившиеся до 26 недель, вряд ли выживут, а те, кто выживут, вряд ли будут здоровыми.*

Выбор тактики ведения при ДИВ при недоношенной беременности должен быть оформлен в виде информированного согласия пациентки.

Одна из основных задач при поступлении пациентки с подозрением на отхождение вод - как можно более точно определить срок беременности, так как от этого зависит выбор тактики.

При сроке до 34 недель при отсутствии противопоказаний показана выжидательная тактика.

#### *Противопоказания для выбора выжидательной тактики*

- хориоамнионит;
- осложнения беременности, требующие срочного родоразрешения:
  - преэклампсия / эклампсия, отслойка плаценты,
  - кровотечение при предлежании плаценты;
  - декомпенсированные состояния матери;
- декомпенсированные состояния плода.

При поступлении пациентки в стационар 1-го и 2-го уровня с подозрением на ДИВ при сроке беременности до 34 нед рекомендуется перевод в акушерский стационар 3-го уровня.

Выжидательная тактика (без влагалищного осмотра)

Наблюдение за пациенткой осуществляется в палате отделения патологии беременности с ведением специального листа наблюдений в истории родов с фиксацией каждые 4 часа:

- температуры тела;
- пульса;
- ЧСС плода;
- характера выделений из половых путей;
- родовой деятельности.

Объем лабораторного обследования

- посев отделяемого из цервикального канала на  $\beta_2$ -гемолитический стрептококк, флору и чувствительность к антибиотикам;
- общий анализ крови - лейкоциты, формула - 1 раз в 2 - 3 дня при отсутствии клинических признаков инфекции;

- определение С-реактивного белка в крови, как предиктора хориоамнионита;
- оценка состояния плода - УЗИ, УЗ-доплерометрия, КТГ регулярно, не реже 1 раза в 2-3 дня.

Токोलитики при преждевременных родах показаны на период не более 48 часов для перевода в перинатальный центр и проведения курса кортикостероидов. Профилактическое использование токолитиков неэффективно.

Антибиотикопрофилактику следует начинать сразу после постановки диагноза ДИВ и продолжать до рождения ребенка (в случае задержки родов она может быть ограничена 7 - 10 сутками).

Схемы назначения антибиотиков

- эритромицин per os по 0,5 г через 6 часов до 10 суток
- ампициллин per os по 0,5 г каждые 6 часов до 10 суток
- при выявлении  $\beta_2$ -гемолитического стрептококка в микробиологических посевах - пенициллин по 1,5 г в/м каждые 4 часа

При ДИВ не должен использоваться амоксициллин+клавулановая кислота из-за повышения риска некротизирующего энтероколита.

Для профилактики РДС плода используют кортикостероиды:

- 24 мг бетаметазона (по 12 мг в/м через 24 часов)
- 24 мг дексаметазона (по 6 мг в/м каждые 12 часов)

Назначение кортикостероидов противопоказано при манифестирующих признаках инфекции.

Признаки хориоамнионита

- лихорадка матери (выше 38°C);
- тахикардия плода (> 160 уд/мин);
- тахикардия матери (> 100 уд/мин) - все три симптома не являются патогномоничными;
- выделения из влагалища с гнилостным запахом;
- повышение тонуса матки (оба последних симптома являются поздними признаками инфекции).

Лейкоцитоз (>  $18 \times 10^9$  мл) и нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы обладают низкой прогностической ценностью для подтверждения наличия инфекции. Необходимо определение этих показателей в динамике (1 раз в 1-2 сутки).

Хориоамнионит - абсолютное показание к быстрому родоразрешению и не является противопоказанием к кесареву сечению.

В случае отсутствия активной родовой деятельности и шансов быстрого рождения ребенка метод выбора - КС.

При подозрении на хориоамнионит нужно начинать терапию антибиотиками широкого спектра действия, либо комбинацией препаратов с учетом необходимости воздействия на все группы возбудителей (аэробы грамположительные, грамотрицательные, анаэробы). Показанием для отмены антибактериальной терапии является нормальная температура тела в течение 2 суток.

Дородовое излитие околоплодных вод не является показанием к экстренному родоразрешению. При сроке беременности > 34 - 35 недель длительная (более 12 - 24 часов) выжидательная тактика не показана, так как повышает риск внутриматочной инфекции и компрессии пуповины, что отрицательно влияет на исход родов для плода. Но решение о вмешательстве следует принимать на основании комплексной клинической оценки ситуации после получения информированного согласия пациентки.

**Клинические рекомендации  
(протокол лечения)  
«Роды через естественные  
родовые пути  
с рубцом на матке»**



## Роды через естественные родовые пути с рубцом на матке

Частота кесарева сечения неуклонно растет. Наиболее частым показанием для планового кесарева сечения является наличие рубца на матке после предшествующей операции. Роды через естественные родовые пути с рубцом на матке являются возможным путем для снижения уровня КС. Данный протокол оценивает безопасность родов после кесарева сечения и предлагает основные рекомендации по ведению пациенток с рубцом на матке во время беременности и родов.

Для женщин психологическая удовлетворенность от успешных родов через естественные родовые пути чрезвычайно важна. Немаловажен и экономический аспект проблемы.

*Роды через естественные родовые пути с рубцом на матке могут проводиться в стационарах, имеющих возможность проведения экстренного кесарева сечения круглосуточно, причем время от появления показаний к КС и началом операции не должно превышать 30 мин.*

### Противопоказания

#### *Абсолютные*

- Предыдущее корпоральное кесарево сечение или якорный разрез на матке
- Предшествующая гистеротомия
- Предшествующий разрыв матки
- Любое другое противопоказание для родов через естественные родовые пути
- Отказ пациентки

#### *Относительные*

- Более чем один рубец на матке
- Макросомия (предполагаемый вес плода > 4500 г)
- Неизвестный тип разреза на матке (в случаях, где большая вероятность вертикального)
  - Тазовое предлежание плода
  - Многоплодная беременность

#### *Ведение беременности*

- Врачи женской консультации должны информировать беременную о возможности родов через естественные родовые пути с рубцом на матке
- Врачи женской консультации, наблюдающие за беременной, обязаны подготовить документы (справки, выписки) о предшествующем кесаревом сечении или другом вмешательстве на матке, которые должны содержать информацию о показаниях к операции, типе разреза на матке
  - Пациентка должна получить исчерпывающую информацию о родах через естественные родовые пути с рубцом на матке (возможный риск и преимущества), которая поможет ей принять осознанное решение
  - Дородовая консультация специалиста - акушера-гинеколога обязательна
  - Врачи родильного отделения должны предлагать пациенткам, не имеющим абсолютных противопоказаний, роды через естественные родовые пути при наличии рубца на матке
  - Должно быть письменно оформлено информированное согласие пациентки

## ***Ведение родов***

### **I период**

- Роженица должна наблюдаться в родовом блоке с начала родовой деятельности
- Обязательное ведение партограммы
- Роды ведутся по протоколу нормальных родов, за исключением постоянной КТГ
- Медикаментозное обезболивание родов - предпочтительнее регионарное обезболивание родов

### **II период**

Влагалищные родоразрешающие операции (акушерские щипцы, вакуум - экстракция плода) проводятся по обычным акушерским показаниям.

### **III период**

Последовый период ведется активно.

Ручное обследование полости матки - по обычным показаниям.

### **Послеродовый период**

Активное наблюдение в раннем послеродовом периоде (измерение пульса, АД, контроль выделений). УЗИ по показаниям.

***Признаки угрожающего и начавшегося разрыва матки – показание для срочной лапаротомии***

- Ухудшение состояния плода (патологическая КТГ)
- Напряженность в надлобковой области
- Кровянистые выделения из половых путей
- Острые боли в животе
- Остановка родовой деятельности

***Принципы оперативного лечения при разрыве матки: максимально консервативная тактика - органосохраняющий объем***

### **Особые случаи**

#### ***Родовозбуждение***

Родовозбуждение окситоцином повышает риск разрыва по рубцу. Однако индукция родов не противопоказана. Индукция родов по схеме: амниотомия + окситоцин - должна назначаться после тщательного обсуждения акушерской ситуации и учета всех акушерских факторов риска. Простагландины не используются из-за более высокой опасности осложнений (разрыв матки) по сравнению с окситоцином.

#### ***Родостимуляция***

Родостимуляция с рубцом на матке после КС не противопоказана. Риск разрыва по рубцу в сравнении со спонтанными родами при наличии рубца повышается, но незначительно (1,8% - расхождение, не требующее лечения, < 0,5% - разрыв матки). Родостимуляция целесообразна в активную фазу и во второй период. Динамика родов оценивается по партограмме. Родостимуляция проводится окситоцином по протоколу, принятому в лечебном учреждении.

#### ***Более одного рубца на матке***

Вопрос, требующий тщательного подхода и обсуждения в каждом конкретном случае. Частота разрывов матки, имеющей более одного рубца несколько больше (4%).

#### ***Многоплодная беременность и тазовое предлежание***

Роды двойней и тазовое предлежание плода не являются противопоказаниями для родов через естественные родовые пути с рубцом на матке. Тазовое предлежание само по себе является, в настоящее время, дискуссионным вопросом о целесообразности и безопасности родов через естественные родовые пути при доношенной беременности.