

Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области  
Кемеровская государственная медицинская академия  
Кемеровская областная клиническая больница  
Кемеровская региональная общественная организация «Ассоциация акушеров-гинекологов»

# Мать и Дитя

в Кузбассе

Рецензируемый научно-практический медицинский журнал  
Основан в 2000 году

Главный редактор  
**Л.М. КАЗАКОВА**

**Учредитель:**

НП «Издательский Дом  
Медицина и Просвещение»,  
г. Кемерово, 650061,  
пр. Октябрьский, 22  
тел./факс: (384-2) 39-64-85  
www.medpressa.kuzdrav.ru  
e-mail: m-i-d@mail.ru

**Директор:**

А.А. Коваленко

**Научный редактор:**

Н.С. Черных

**Макетирование:**

И.А. Коваленко

**Подписано в печать:**

10.04.2013

**Отпечатано:**

20.04.2013

Издание зарегистрировано  
в Управлении Федеральной службы  
по надзору в сфере связи, информационных  
технологий и массовых коммуникаций  
по Кемеровской области.  
Свидетельство о регистрации  
ПИ № ТУ42-00247 от 31.08.2010 г.

**Отпечатано:**

ЗАО «Азия-принт», 650004,  
г. Кемерово, ул. Сибирская, 35А.

**Тираж:** 500 экз.

Распространяется по подписке  
Розничная цена договорная

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Артымук Н.В., д.м.н., проф. (Кемерово) - зам. главного редактора, Ба-  
женова Л.Г., д.м.н., проф. (Новокузнецк), Давыдов Б.И., д.м.н., проф.  
(Кемерово), Копылова И.Ф., д.м.н., проф. (Кемерово), Котович М.М.,  
д.м.н., проф. (Новокузнецк), Манеров Ф.К., д.м.н., проф. (Новокузнецк),  
Перевощикова Н.К., д.м.н., проф. (Кемерово), Ровда Ю.И., д.м.н.,  
проф. (Кемерово), Сутулина И.М., к.м.н., доц. (Кемерово) - зам. глав-  
ного редактора, Ушакова Г.А., д.м.н., проф. (Кемерово) - зам. глав-  
ного редактора, Черных Н.С., к.м.н., доц. (Кемерово) - ответственный  
секретарь, Щепетков С.П., к.м.н. (Новокузнецк)

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Белокриницкая Т.Е., д.м.н., проф. (Чита), Белоусова Т.В., д.м.н.,  
проф. (Новосибирск), Блохин Б.М., д.м.н., проф. (Москва), Занько С.Н.,  
д.м.н., проф. (Витебск, Респ. Беларусь), Захарова И.Н., д.м.н., проф.  
(Москва), Зеленина Е.М., к.м.н. (Кемерово), Казначеева Л.Ф., д.м.н.,  
проф. (Новосибирск), Коськина Е.В., д.м.н., проф. (Кемерово), Крив-  
цова Л.А., д.м.н., проф. (Омск), Леонтьева И.В., д.м.н., проф.  
(Москва), Огородова Л.М., д.м.н., проф. (Томск), Подолужный В.И.,  
д.м.н., проф. (Кемерово), Санникова Н.Е., д.м.н., проф. (Екатеринбург),  
Скударнов Е.В., д.м.н., проф. (Барнаул), Соболева М.К., д.м.н.,  
проф. (Новосибирск), Сутурина Л.В., д.м.н., проф. (Иркутск), Фи-  
липпов Г.П., д.м.н., проф. (Томск), Lech M.M., MD, PhD (Warsaw,  
Poland).

Решением Президиума Высшей аттестационной комиссии  
Министерства образования и науки России от 19 февраля 2010 года № 6/6  
журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий,  
в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций  
на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук

Журнал входит в Российский индекс научного цитирования

Обязательные экземпляры журнала находятся  
в Российской Книжной Палате, в Федеральных библиотеках России  
и в Централизованной Библиотечной Системе Кузбасса

Материалы журнала включены в Реферативный Журнал и Базы данных ВИНТИ РАН

## Спецвыпуск № 1 - 2013

**Мать и Дитя в Кузбассе: Спецвыпуск № 1-2013: КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРОБЛЕМ.** Материалы 17-й международной научно-практической конференции, 25-26 апреля 2013 г. – Кемерово: ИД «Медицина и Просвещение», 2013. – 90 с.

*Представленные в спецвыпуске журнала клинические протоколы представляют коллективный труд членов Ассоциации акушеров-гинекологов Кемеровской области, а также смежных специалистов, работающих в области охраны здоровья матери и ребенка: анестезиологов-реаниматологов, терапевтов, кардиологов, неонатологов, эндокринологов, клинических фармакологов, организаторов здравоохранения и т.д. В основу клинических протоколов положены результаты наиболее качественных клинических исследований, руководства и протоколы других профессиональных медицинских сообществ, основанные на принципах доказательной медицины.*

#### **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ ВЫПУСКА:**

Артымук Н.В.  
Зеленина Е.М.  
Ушакова Г.А.

Выражаем искреннюю признательность спонсорам конференции

#### **Генеральные спонсоры:**



#### **Главные спонсоры:**

ООО «Бионорика», АО «Ядран Галенский Лабораторий» р. Хорватия, ЗАО «ГлаксоСмитКляйн Трейдинг», ЗАО «ЦСМ «Медикор», ООО «БЕРЛИН-ХИМИ/МЕНАРИНИ ФАРМА ГмбХ», ООО «Инвар», ООО «Русфик», Представительство компании «Астеллас Фарма Юроп Б.В.», Представительство ОАО «Гедеон Рихтер», Санофи Авентис, ООО «Никомед Дистрибьюшн Сентэ».

#### **Спонсоры:**

ЗАО «Фармамед», ЗАО «Фарм-Синтез», ЗАО «Ф-Синтез», Новокузнецкий зональный перинатальный центр, ОАО «Синтез», ООО «Безен Хелскеа РУС», ООО «Клиника Фенарета», ООО «НПО Петровакс Фарм», ООО «Орион Фарма», ООО «Эбботт Лэбораториз», Представительство ОАО «Фармацевтический завод Эгис», Представительство АО «Лаборатория Иннотек Интернациональ», Представительство компании «Фармацойтише Фабрик Монтавит Гезельшафт м.б.Х.», Ферон, Экобион.

© НП Издательский Дом «Медицина и Просвещение», 2013 г.

Воспроизведение полностью или частями на русском и других языках разрешается по согласованию с редакцией

Полнотекстовая электронная версия издания доступна в Интернет по адресу [WWW.MEDPRESSA.KUZDRAV.RU](http://WWW.MEDPRESSA.KUZDRAV.RU)

### Уважаемые коллеги!

В настоящее время, согласно статье 76 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», расширены полномочия профессиональных некоммерческих организаций в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья, в разработке и утверждении клинических рекомендаций (протоколов лечения). Кемеровской региональной общественной организации «Ассоциация акушеров-гинекологов» уже более 20 лет. На протяжении этого периода времени Ассоциация принимала активное участие как в повышении квалификации врачей акушеров-гинекологов Кемеровской области, так и в содействии защиты профессиональных прав врачей-членов Ассоциации. Одним из основных и наиболее важных направлений защиты, как пациента, так и врача, является создание клинических протоколов. Создание клинических протоколов является основным направлением деятельности таких уважаемых профессиональных медицинских сообществ, как Британский королевский колледж акушеров-гинекологов (RCOG), американское общество акушеров-гинекологов (ACOG), общество акушеров и гинекологов Канады (SOGC) и т.д. Важным требованием сегодня является соответствие клинических протоколов принципам доказательной медицины. Использование принципов медицины, основанной на доказательствах, предполагает применение на практике в интересах пациента только наилучших технологий, эффективность и безопасность которых доказана в качественных клинических исследованиях и, напротив, исключение из работы интервенций с сомнительной безопасностью и эффективностью.

Представленные в спецвыпуске журнала клинические протоколы представляют коллективный труд членов Ассоциации акушеров-гинекологов Кемеровской области, а также смежных специалистов, работающих в области охраны здоровья матери и ребенка: анестезиологов-реаниматологов, терапевтов, кардиологов, неонатологов, эндокринологов, клинических фармакологов, организаторов здравоохранения и т.д.

Работа над этими протоколами проводилась в течение нескольких лет, и ряд из этих протоколов претерпели уже не один пересмотр. Подготовка клинических протоколов происходила согласно RCOG политике. Технология подготовки протоколов предусматривала несколько этапов и начиналась с создания рабочей группы. В рабочую группу по созданию каждого протокола входили врачи разных специальностей, клинический фармаколог, руководители крупных лечебно-профилактических учреждений Кемеровской области, организаторы здравоохранения. В основу протоколов были положены результаты наиболее качественных клинических исследований, руководства и протоколы других профессиональных медицинских сообществ, основанные на принципах доказательной медицины. После разработки «драфта» протокола проходило его очное обсуждение на Совете Ассоциации, и после внесения изменений «драфт» протокола размещался на сайте Ассоциации для его общественного обсуждения. Окончательный вариант протокола утверждался Советом Ассоциации, а затем руководителем Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области. После утверждения протокол являлся обязательным для исполнения на территории Кемеровской области. Пересмотр клинических протоколов происходит по мере появления результатов новых клинических исследований и подходов в мире, не реже 1 раза в два года.

Основная задача протоколов — облегчить труд врача в выборе подхода при оказании акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи, для улучшения качества оказания помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам, а также их новорожденным. Авторы отдают себе отчет в том, что любой больной является индивидуальностью как в плане лечения, так и в отношении реакции на терапию, следовательно, отход от протокола в отдельных случаях возможен при наличии его тщательного обоснования.

С искренним уважением и пожеланиями успехов в работе,  
президент КРОО «Ассоциация акушеров-гинекологов»,  
профессор Артымук Н.В.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ

### «ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, В РОДАХ, ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ: ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ»

(Рекомендованы КРОО «Ассоциация акушеров-гинекологов».  
утверждены ДОЗН КО, приказ № 285 от 11.03.2010, пересмотрены приказ № 419 от 26.03.2013).

#### Клинические протоколы разработали:

**Адашева Т.В.**, д.м.н., профессор, кафедра терапии и семейной медицины, ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Минздрава России».

**Артымук Н.В.**, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Аверьянов О.Ю.**, заведующий отделением реанимации и анестезиологии, родильный дом, МБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5», г. Кемерово.

**Барбараш О.Л.**, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Булыгин К.И.**, заведующий отделением реанимации и анестезиологии, родильный дом, МБУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского», г. Кемерово.

**Григорьев Е.В.**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Зеленина Е.М.**, к.м.н., заместитель начальника, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области.

**Иванова Е.А.**, врач-терапевт, ГБУЗ КО «Областной клинический перинатальный центр имени Л.А. Решетовой», г. Кемерово.

**Кабакова Т.В.**, главный областной специалист по акушерству и гинекологии, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области.

**Колесникова Н.Б.**, заместитель директора по акушерской помощи, ГБУЗ КО «Областной клинический перинатальный центр им. Л.А. Решетовой», г. Кемерово.

**Кубасова Л.А.**, к.м.н., заведующий отделением патологии беременности, МБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5», г. Кемерово.

**Мальцева И.А.**, врач акушер-гинеколог, МБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5», г. Кемерово.

**Мозес В.Г.**, д.м.н., профессор, кафедра акушерства и гинекологии № 1, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Новикова О.Н.**, к.м.н., доцент, кафедра акушерства и гинекологии № 1, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Паличев В.Н.**, заведующий отделением реанимации и анестезиологии, ГБУЗ КО «Областной клинический перинатальный центр имени Л.А. Решетовой», г. Кемерово.

**Слугина Г.Д.**, врач анестезиолог-реаниматолог, ГБУЗ КО «Областной клинический перинатальный центр имени Л.А. Решетовой», г. Кемерово.

**Ушакова Г.А.**, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 1, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Ходарева И.В.**, к.м.н., заведующая отделом клинической фармакологии, ГБУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница».

**Шукевич Д.Л.**, д.м.н., профессор, кафедра анестезиологии и реаниматологии, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России»; заведующий лабораторией критических состояний, ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН». г. Кемерово.

#### Рецензенты:

**Белокриницкая Т.Е.**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии, ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Шукевич Л.Е.**, к.м.н., ведущий анестезиолог-реаниматолог, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области; заведующий отделением анестезиологии-реанимации, ГБУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница».



Клинические протоколы включают последовательность действий врачей при гипертензивных расстройствах при беременности, в родах, послеродовом периоде. Клинические протоколы разработаны для врачей анестезиологов-реаниматологов, акушеров-гинекологов, терапевтов и слушателей циклов последипломного образования.

© Коллектив авторов, 2013

**КЛАССИФИКАЦИЯ МКБ-X**  
(O10-O16) Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и послеродовом периоде

**O10 Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период**

- O10.0 Существовавшая ранее эссенциальная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период
- O10.1 Существовавшая ранее кардиоваскулярная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период
- O10.2 Существовавшая ранее почечная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период
- O10.3 Существовавшая ранее кардиоваскулярная и почечная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период
- O10.4 Существовавшая ранее вторичная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период
- O10.9 Существовавшая ранее кардиоваскулярная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период, неуточненная

**O11 Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией (преэклампсия на фоне хронической артериальной гипертензии)**

**сия на фоне хронической артериальной гипертензии)**

**O12 Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии**

- O12.0 Вызванные беременностью отеки
- O12.1 Вызванная беременностью протеинурия
- O12.3 Вызванные беременностью отеки и протеинурия

**O13 Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии (гестационная гипертензия)**

**O14 Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией (преэклампсия)**

- O14.0 Преэклампсия (нефропатия) средней тяжести
- O14.1 Тяжелая преэклампсия — HELLP синдром
- O14.9 Преэклампсия (нефропатия) неуточненная

**O15 Эклампсия**

- O15.0 Эклампсия во время беременности
- O15.1 Эклампсия в родах
- O15.2 Эклампсия в послеродовом периоде
- O15.9 Эклампсия неуточненная по срокам

**O16 Гипертензия у матери неуточненная**

## КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА И ТАКТИКА

| Шифр | Нозология                                                                                              | Критерии диагноза                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Тактика                                                                                              |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O10  | Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Артериальная гипертензия (АГ) (140/90 мм рт. ст. и выше), выявленная до беременности или при беременности до 20 недель;</li> <li>- АГ (140/90 мм рт. ст. и выше), диагностированная во время беременности и сохраняющаяся в течение 6 недель после родов</li> </ul>                                                                                                                                           | Наблюдение + антигипертензивная терапия (при необходимости)                                          |
| O11  | Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией (преэклампсия на фоне хронической АГ) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- АГ без протеинурии до 20 недель и присоединившейся протеинурией после 20 недель от 0,3 до 5,0 г в сутки;</li> <li>- увеличение протеинурии (не более 5,0 г/сутки) при наличии АГ и протеинурии до 20 недель беременности;</li> <li>- повышение АД у женщин с контролируемой до 20 недель АГ;</li> <li>- присоединение тромбоцитопении или повышение АЛТ и АСТ у женщин с имевшейся до 20 недель АГ</li> </ul> | <p>Наблюдение + антигипертензивная терапия (при необходимости)</p> <p>Немедленное родоразрешение</p> |



|       |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                    |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O12   | Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии                                 | - потеря белка от 0,3 до 5,0 г/сутки<br>- генерализованные или внезапно появившиеся, или быстро нарастающие отеки                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Наблюдение                                                                                                                                                                                                         |
| O13   | Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии (гестационная гипертензия) | АГ 140/90 мм рт. ст. и выше, появившаяся после 20 недель беременности (предпочтительно ориентироваться на среднесуточные значения АД – СМАД) + потеря белка до 0,3 г в сутки                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Наблюдение + антигипертензивная терапия (при необходимости)                                                                                                                                                        |
| O14   | Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией (преэклампсия)             | - систолическое АД > 140;<br>- диастолическое АД > 90;<br>- после 20 недель у женщин с исходно нормальным давлением;<br>- протеинурия 0,3-5,0 г/сутки                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Наблюдение + антигипертензивная терапия (при необходимости)                                                                                                                                                        |
| O14.1 | Тяжелая преэклампсия                                                                        | Появление хотя бы одного из этих признаков:<br>1. АД сист. > 160 мм рт. ст.; АД диаст. > 110 мм рт. ст. при 2-х измерениях, произведенных в течение 6 часов.<br>2. Протеинурия более 5 г/сутки.<br>3. Олигурия < 500 мл/сутки.<br>4. Неврологические и/или зрительные нарушения.<br>5. Отек легких/цианоз.<br>6. Боли в эпигастрии/правом подреберье.<br>7. Дисфункция печени неизвестной этиологии (повышение АЛТ и АСТ более 70 МЕ/л*).*<br>8. Тромбоцитопения (менее $100 \times 10^9/\text{л}^*$ ).<br>9. Страдание плода: синдром задержки развития плода II ст., реверсивные кровотоки в артерии пуповины, ареактивный НСТ, выраженное маловодие. | - магнезиальная терапия;<br>- антигипертензивная терапия;<br>- наблюдение;<br>- родоразрешение при сохранении симптомов в течение 24 часов, при нарастании симптомов или при ухудшении состояния плода – экстренно |
| O15   | Эклампсия                                                                                   | Судороги у женщины с преэклампсией                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | - магнезиальная терапия;<br>- антигипертензивная терапия;<br>- родоразрешение после стабилизации состояния (после предоперационной подготовки 2-4 часа)                                                            |
| O16   | Гипертензия у матери неуточненная                                                           | АГ, выявленная после 20 недель беременности, если предыдущие значения АД неизвестны                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | - наблюдение;<br>- обследование;<br>- антигипертензивная терапия (при необходимости)                                                                                                                               |

**Примечание:** \* в определенных ситуациях и менее значимые изменения могут рассматриваться как патологические; наблюдение пациентки включает обследование, решение вопроса о способе и сроке родоразрешения, подготовку родовых путей.

## ПРАВИЛА ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

- наиболее точные показания дает ртутный сфигмоманометр (по нему должны быть откалиброваны все используемые аппараты);
- положение сидя в удобной позе, рука находится на столе на уровне сердца. Нижний край стандартной манжеты (ширина 12-13 см, дли-

на 35 см) должен быть на 2 см выше локтевого сгиба.

Размер манжеты должен соответствовать размеру руки; момент появления первых звуков соответствует I фазе тонов Короткова и показывает систолическое АД, диастолическое АД рекомендуют регистрировать в фазу V тонов Короткова (прекращение);





- АД измеряют в состоянии покоя (после 5-минутного отдыха) 2 раза с интервалом не менее минуты; при разнице, равной или более 5 мм рт. ст., производят одно дополнительное измерение, при этом два последних значения усредняются;
- АД измеряют на обеих руках, если оно разное, то ориентируются на более высокие значения;
- у пациенток, страдающих сахарным диабетом, АД необходимо измерять в положении сидя и лежа;
- показатели должны быть зафиксированы с точностью до 2 мм рт. ст.

## КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА

### 1. Артериальная гипертензия

| Артериальная гипертензия (АГ) | Систолическое АД (мм рт. ст.) | Диастолическое АД (мм рт. ст.) |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| АГ 1 степени                  | 140-159                       | и/или 90-99                    |
| АГ 2 степени                  | 160-179                       | и/или 100-109                  |
| АГ 3 степени                  | равно или более 180           | и/или равно или более 110      |

Диагностировать АГ во время беременности следует на основании, по крайней мере, двух повышенных его значений. В сомнительной ситуации желательно проведение суточного мониторирования АД (СМАД).

Диастолическое АД 90 мм рт. ст. и систолическое АД 140 мм рт. ст. считается пограничным, при этом не является заболеванием, а лишь указывает на необходимость тщательного наблюдения за состоянием матери и плода.

### 2. Протеинурия

Протеинурия не считается патологической, пока она не равняется или не превышает 0,3 г/сутки или 0,3 г/л в 2-х пробах, взятых с интервалом в 4 часа.

Кроме того, необходимо исключить наличие инфекции мочевыделительной системы. Патологическая протеинурия у беременных является первым признаком поражения внутренних органов.

### 3. Отеки

Умеренные отеки наблюдаются у 50-80 % беременных с физиологически протекающей беременностью и не являются признаком преэклампсии.

Преэклампсия, протекающая без отеков, признана более опасной для матери и плода, чем преэклампсия с отеками.

**Быстро нарастающие или генерализованные, или выраженные отеки утром являются плохим прогностическим признаком.**

## ТАКТИКА ВРАЧА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, СУЩЕСТВОВАВШЕЙ ДО БЕРЕМЕННОСТИ ИЛИ ВЫЯВЛЕННОЙ В I ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

### Лабораторные и инструментальные методы исследования пациенток с артериальной гипертензией в амбулаторных условиях:

- общий анализ крови (эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты);
- общий анализ мочи — оценивается при каждом посещении врача; обращается внимание на протеинурию, при ее наличии оценивается протеинурия в суточном количестве мочи;
- биохимический анализ крови: (глюкоза, креатинин, мочевины, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза);

- ионограмма (калий, натрий);
- коагулограмма;
- ЭКГ: возможно наличие признаков гипертрофии левого желудочка — высокий зубец R с косым снижением сегмента ST в отведениях V4-6, может быть блокада левой ножки пучка Гиса;
- ЭхоКГ;
- суточное мониторирование АД (желательно для оценки АД в ночное время);
- исследование сосудов глазного дна;
- по показаниям выполняют: УЗИ сосудов почек, надпочечников, почечных артерий для подтверждения или исключения вторичных признаков артериальной гипертензии; исследование мочи по Зимницкому и Нечипоренко.

Беременные с артериальной гипертензией должны проходить лабораторно-инструментальное обследование трижды в амбулаторных или стационарных условиях:

1. В сроке до 12 недель беременности для обследования с целью уточнения диагноза, определения функционального состояния органов-мишеней и решения вопроса о возможности пролонгирования беременности.
2. В сроке 28-29 недель беременности (период максимальной гемодинамической нагрузки) для мониторинга состояния органов-мишеней, коррекции медикаментозной терапии.
3. Госпитализация — за 2-3 недели до предполагаемого срока родов для контроля функционального состояния органов-мишеней, коррекции терапии, проведения предродовой

подготовки и определения тактики ведения родов.

### **Немедикаментозные методы лечения артериальной гипертензии**

Меры по немедикаментозному снижению АД следует рекомендовать всем пациенткам, независимо от тяжести артериальной гипертензии и лекарственной терапии:

- прекращение курения;
- нормальная сбалансированная диета без ограничения потребления поваренной соли и жидкости;
- умеренная аэробная физическая нагрузка, достаточный 8-10-часовой ночной сон, желательное 1-2-часовой дневной сон;
- снижение массы тела в период беременности не рекомендуется в связи с риском рождения детей с низким весом и последующим замедлением их роста;
- у женщин с ранней преэклампсией в анамнезе (менее 28 недель беременности) — с профилактической целью назначение низких доз ацетилсалициловой кислоты: 75-125 мг/сутки, продолжительность лечения до 34 недель беременности.

*При артериальной гипертензии I степени следует начинать с немедикаментозных методов лечения!*

### **Лекарственная терапия**

Критерием назначения антигипертензивной терапии в I триместре беременности у женщин с неосложненной артериальной гипертензией является отсутствие эффекта от немедикаментозных методов лечения и/или артериальная гипертензия II-III степени.

В случае приема женщиной антигипертензивных препаратов на этапе планирования беременности необходима коррекция терапии (отмена ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина II) и дозы препарата, добиваясь целевого уровня АД менее 140/90 мм рт. ст.

В соответствии с рекомендациями ВНОК 2008, Рабочей группы по лечению артериальной гипертензии ESH, ESC (2007), экспертов Европейского кардиологического общества по ведению беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (2003), в настоящее время для лечения артериальной гипертензии в период беременности используют 3 группы антигипертензивных препаратов, отвечающих критериям фармакотерапии в период беременности:

- препараты центрального действия (метилдопа, допегит) от 0,5 до 3,0 г/сутки в 2-3 приема;
- антагонисты кальция дигидропиридинового ряда (нифедипин длительного действия, кордафин-ретард, кордафлекс) 30-40 мг/сутки;

- кардиоселективные  $\beta$ -адреноблокаторы (метопролол) 25-100 мг/сутки.

Комбинированная терапия проводится в случае неэффективности монотерапии в максимальной дозе. Рациональной комбинацией является нифедипин длительного действия + кардиоселективные бета-адреноблокаторы.

### **ПРЕЭКЛАМПСИЯ**

#### **Тактика врача женской консультации при преэклампсии**

Беременная госпитализируется в отделение патологии беременности для обследования, наблюдения и решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременности.

#### **Обследование при преэклампсии в стационаре**

- измерение АД;
- общий анализ мочи (определение белка в отдельной порции и в суточном объеме, возможно взятие повторного анализа мочи на наличие белка через 4 часа);
- клинический анализ крови (гемоглобин, гематокрит, тромбоциты);
- биохимический анализ крови (белок, креатинин, мочевины, билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза);
- ионограмма (калий, натрий);
- коагулограмма;
- ЭКГ;
- оценка состояния плода;
- оценка гравидограммы;
- влагалищное исследование для решения вопроса о сроках и методе родоразрешения (по показаниям);
- ведение листа наблюдения (измерение АД 2 раза в сутки, суточный диурез);
- консультации терапевта, окулиста.

Беременные и роженицы с признаками тяжелой преэклампсии подлежат госпитализации в РАО или индивидуальный родовой блок больницы 3-го уровня, при отсутствии таковой возможности — в ближайшую больницу 2-го уровня. Госпитализация осуществляется специализированной реанимационной бригадой на носилках после стабилизации состояния на месте.

Обязательно известить стационар о скором поступлении пациентки с тяжелой преэклампсией!

#### **Первая помощь включает:**

- введение нагрузочной дозы сульфата магния с последующей поддерживающей терапией;
- гипотензивные препараты (по показаниям).

Беременные при сроке беременности до 34 недель с признаками тяжелой преэклампсии, после стабилизации состояния, на фоне продол-



жения магнезиальной и антигипертензивной терапии, переводятся в акушерский стационар 3-го уровня на реанимобиле бригадой «санитарной авиации».

### **Тактика ведения тяжелой преэклампсии и(или) родов с эклампсией**

В приемном отделении беременную с признаками тяжелой преэклампсии сразу же осматривает ответственный дежурный врач акушер-гинеколог и врач анестезиолог-реаниматолог.

Все инвазивные манипуляции проводить на фоне магнезиальной терапии! По-возможности, исключить все внутримышечные инъекции.

При наличии родовой деятельности или до родовом излитии околоплодных вод беременная должна быть сразу госпитализирована в индивидуальный родовой блок. В остальных случаях пациентка переводится в ПИТ.

*Любые перемещения пациентки по отделению осуществляются только на каталке!*

Акушерка приемного отделения заполняет документацию после начала лечения и перевода беременной (роженицы) в ПИТ или родовой блок.

В экстренном порядке проводятся следующие мероприятия:

1. Измерение АД.

2. Обеспечение венозного доступа, введение нагрузочной дозы сульфата магния.

3. Проведение обследования в следующем объеме:

- общий анализ мочи (определение белка в отдельной порции и суточном объеме, возможно взятие повторного анализа мочи на наличие белка через 4 часа);
- клинический анализ крови (гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, время свертывания);
- биохимический анализ крови (белок, мочевины, креатинин, билирубин, сахар, амилаза, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза); при подозрении на HELLP-синдром дополнительно определяется свободный гемоглобин крови, мочи;
- коагулограмма (АЧТВ, антитромбин III, фибриноген, ПТИ);
- КЩС;
- кровь на группу и совместимость;
- КТГ, УЗИ с доплерометрией при наличии условий;
- влажный исследование для решения вопроса о сроках и методе родоразрешения (только после стабилизации состояния!);
- ведение листа интенсивного наблюдения (почасовое измерение АД, почасовой диурез).

*Преэклампсию/эклампсию невозможно предотвратить в общей популяции, равно как и вылечить в случае возникновения у беременной. Возможна лишь диагностика и симптоматическое лечение (тяжелой гипертензии и надвигающихся судорог) противосудорожными*

*средствами и гипотензивными препаратами на фоне ликвидации дефицита ОЦК.*

**Родоразрешение является единственным эффективным методом лечения тяжелой преэклампсии.** Роды в такой ситуации благоприятны и для матери, и для ребенка, если только они не являются преждевременными. Однако, если осложнения в результате тяжелой преэклампсии угрожают жизни матери, то другого выбора, кроме оперативного родоразрешения, нет, даже если у новорожденного небольшие шансы для выживания.

**Показания для досрочного родоразрешения (независимо от срока гестации) в течение 24 часов:**

- тяжелая преэклампсия;
- ухудшение состояния плода.

**Показания для экстренного (немедленного) родоразрешения (независимо от срока гестации):**

- неконтролируемая гипертензия, несмотря на использование 2-х гипотензивных препаратов на фоне магнезиальной терапии (диастолическое АД более 110 мм рт. ст.);
- отек легких;
- HELLP-синдром с персистирующими болями в эпигастрии или болезненность в правом верхнем квадранте живота;
- отслойка плаценты;
- повторные поздние или тяжелые децелерации на КТГ;
- симптомы нарушения мозгового кровообращения.

**Роды через естественные родовые пути предпочтительнее оперативного родоразрешения.**

При незрелой шейке матки (оценка по Бишопу менее 6 баллов), проводится подготовка ПГ E<sub>2</sub> или E<sub>1</sub> (только интрацервикальное или интравaginaльное введение) или осмодилататоры (ламинарии) с последующей ранней амниотомией на фоне магнезиальной, гипотензивной (по показаниям) терапии и адекватного обезболивания.

Необходимо тщательное мониторное наблюдение за роженицей и состоянием плода (длительная или постоянная КТГ).

Уход должен осуществляться с соблюдением лечебно-охранительного режима, женщина не должна оставаться одна.

В настоящее время имеются основания для рекомендации только двух видов симптоматического лечения: противосудорожного и антигипертензивного.

### **Симптоматическое лечение**

#### **1. Противосудорожная терапия**

Магнезиальная терапия является методом выбора для регулирования преэклампсии/эклампсии как наиболее изученная, эффективная и безопасная.

**Начальная доза (нагрузочная)** — 4 г сухого вещества (25 % — 16 мл) ввести в/в медленно в разведении до 20 мл 0,9 % хлористого натрия в течение 10 минут (2 мл/мин). При весе женщины более 80 кг вводится 5 г сухого вещества (20 мл).

**Поддерживающая доза 1-2 г в час** (предпочтительно при помощи инфузомата) непрерывно до родоразрешения, в родах и в течение 1 суток послеродового периода. В родах или во время кесарева сечения введение магнезии продолжается в выбранном режиме. Длительность введения в зависимости от тяжести состояния.

**Разведение сульфата магния** для поддерживающей терапии: 7,5 г сухого вещества (30 мл 25 % раствора) развести в 220 мл 0,9 % раствора натрия хлорида. Получаем 3,33 % раствор.

Скорость введения: 1 г/час = 10-11 кап/мин; 2 г/час = 22 кап/мин

**Признаки передозировки сульфата магния:**

- ЧД — менее 12 в 1 мин.;
- олигоурия (менее 30 мл/час);
- отсутствие коленных рефлексов;
- нарушение ритма сердца;
- остановка сердца.

**При передозировке сульфата магния:**

- прекратить введение препарата;
- ввести 10 мл 10 % раствора глюконата кальция в/в в течение 10 минут;
- дать кислород через маску;
- немедленно провести интубацию для обеспечения искусственной вентиляции легких (при необходимости).

Назначение седативных средств (диазепама) из-за побочного эффекта (угнетение неонатального дыхания) нежелательно, но не противопоказано.

## 2. Антигипертензивная терапия

Уровень АД, при котором следует начинать антигипертензивную терапию, индивидуален!

Антигипертензивную терапию следует обязательно проводить, если систолическое АД превышает 160 мм рт. ст. или диастолическое АД превышает 110 мм рт. ст. Для женщин с иными показателями потенциально тяжелого заболевания решение о лечении может приниматься и при более низкой артериальной гипертензии (уровень доказательности C).

Не допускать резкого снижения АД (из-за опасности ухудшения маточно-плацентарного кровообращения).

**Антигипертензивные препараты для быстрого снижения АД:**

- антагонисты кальция дигидропиридинового ряда: *нифедипин* (*нифедипин*, *кордипин*, *коринфар*) — начальная доза 10 мг (не класть под язык и не разжевывать!), повторно через 15 минут, трехкратно до снижения диастоли-

ческого АД в пределах 90-100 мм рт. ст. (максимальная доза 60 мг) При отсутствии эффекта сменить или добавить антигипертензивный препарат. Максимальная суточная доза 120 мг. Нет противопоказаний для совместного применения с сульфатом магния;

- бета-адреноблокаторы: *атенолол* (*атенолол*, *тенолол*) 50 мг 1-2 раза в сутки или *метопролол* (*метопролол-акри*, *беталок*, *метокард*, *метопролол*, *эгилок*) 50-100 мг/сутки (избегать назначения при бронхиальной астме);

- центральный альфа-2-адреномиметик (производное имидазолон): *клонидин* (*клонидин*, *клофелин*, *катапрессан*, *гемитон*) 0,15 мг 3 раза в день или в/в медленно 100 мкг в разведении на 10 мл 0,9 % хлористого натрия, в течение 1 мин. до 3 раз в сутки.

**Антигипертензивные препараты для плановой терапии:**

- 1 линия. Центральный альфа-2-адреномиметик (производное метилтирозина): *метилдопа* (*допегит*) — начальная доза 250 мг/сутки, каждые 2 дня дозу увеличивают на 250 мг/сутки. Максимальная суточная доза — 2,5 г;
- 2 линия. Антагонисты кальция дигидропиридинового ряда, предпочтительно пролонгированного действия (*кордипин ретард*, *коринфар ретард*, *кордафлекс*) — 30-40 мг/сутки;
- 3 линия. Бета-адреноблокаторы: *метопролол* (*беталок*, *метокард*, *метопролол*, *эгилок*, *корвитол*) — 25-100 мг/сутки.

## 3. Инфузионная терапия

Инфузионная терапия проводится в минимальном объеме (суточный объем инфузии 10-15 мл/кг/сутки), в основном в качестве среды-носителя для гипотензивных препаратов, или как предоперационная подготовка при оперативном родоразрешении, или при наличии явных признаков нарушения гомеостаза, имеющих лабораторное подтверждение.

**Следует помнить, что даже при адекватном лечении преэклампсия может перейти в эклампсию!**

**Примечание:**

*Взаимодействие нифедипина и сульфата магния может вызвать выраженную мышечную слабость, гипотензию у матери и нарушения состояния плода.*

*Антигипертензивные препараты следует назначать с большой осторожностью, так как они могут оказать отрицательное влияние на кровоснабжение плаценты.*

## ЭКЛАМПСИЯ

**Эклампсия** — появление одной или более судорог, не имеющих отношение к другим проявлениям мозговых нарушений (эпилепсия или



инсульт) у больных с преэклампсией. Судороги могут возникнуть во время беременности, родов и послеродовом периоде.

*Если причина судорог не определена, женщина ведется как в случае эклампсии и продолжаются поиски действительной причины.*

Помощь во время судорог:

1. Подготовить оборудование (воздуховоды, отсос, маску и мешок, кислород) и дать кислород со скоростью 4-6 л в минуту.

2. Защитить женщину от повреждений, но не удерживать ее активно:

- при появлении приступа следует убедиться в том, что женщина лежит на полу, а вокруг нее нет предметов, которые могут вызвать травму;
- не стараться ограничить движения женщины; если позволяет время, постараться вставить между зубами женщины полиэтиленовую интубационную трубку, языкодержатель или аналогичный предмет, обернутый в мягкую ткань;
- не стараться открыть рот, если уже начался припадок;
- уложить женщину на левый бок для уменьшения риска аспирации желудочного содержимого, рвотных масс и крови;
- если начнется стадия комы, положить женщину на левый бок и слегка запрокинуть ей голову, чтобы сохранялась проходимость дыхательных путей;
- после судорог при необходимости очистить отсосом ротовую полость и гортань;
- обязательно обеспечить постоянный венозный доступ.

3. После приступа следует немедленно начать магнезиальную терапию:

- нагрузочная доза сульфата магния 25 % — 20 мл (5 г) в/в в течение 10-15 минут; в дальнейшем поддерживающая доза 2 г/час в/в (предпочтительнее инфузоматом) в течение 24 часов (под контролем рефлексов, дыхания, диуреза);
  - инфузионная терапия в объеме до 10-15 мл/кг в сутки (кристаллоиды) только в качестве сред-носителей препаратов.
4. Если судороги повторились:
- ввести дополнительно 2 г (8 мл) в/в в течение 5 минут;
  - тиопентал натрия 50-100 мг в/в;
  - сибазон 20 мг в/в (методом титрования по 5 мг до достижения эффекта).

5. После снятия приступа судорог — немедленное родоразрешение.

Эклампсия является показанием к срочному родоразрешению. Родоразрешение проводят после ликвидации приступа судорог и стабилизации состояния на фоне постоянного введения магнезиальной терапии и антигипертензивных средств.

Метод выбора анестезии — ЭТН. Эпидуральная анестезия возможна при отсутствии противопоказаний (продолжающиеся судороги, тромбоцитопения, кровоизлияние, кровотечение, гнойничковые поражения кожи, органические поражения ЦНС, шок любого генеза).

### **Тактика после родоразрешения**

Если родоразрешение проводится в условиях общей анестезии, то непосредственно после операции необходима оценка неврологического статуса при отмене миорелаксантов, а также седативной терапии. В случае восстановления сознания и отсутствия судорожной готовности — прекращение ИВЛ на фоне сохранения в/в введения магния сульфата 0,5-1 г/час в течение 24 часов.

При сохранении коматозного состояния или судорожной готовности — продолжение ИВЛ в режиме принудительной синхронизированной вентиляции. Если после отмены миорелаксантов и всех седативных средств сознание не восстанавливается в течение 12 часов, требуется перевод в ОЦИТАПОН с последующей консультацией невролога и нейрохирурга, проведением магнитно-резонансной или компьютерной томографии.

### **Последующее наблюдение**

В течение 6 недель после родов женщинам рекомендуется контролировать артериальное давление и протеинурию у врача-терапевта. Если гипертензия и протеинурия сохраняются, рекомендуется провести дальнейшее обследование.

## **ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ**

### **Факторы риска:**

- тяжелая преэклампсия/эклампсия во время предыдущих беременностей (относительный риск (ОР) — 7,19);
- тяжелая преэклампсия/эклампсия в семейном анамнезе (ОР — 2,90);
- многоплодная беременность (ОР — 2,93);
- хронические соматические заболевания:
- гипертоническая болезнь;
- болезни почек;
- болезни сердечно-сосудистой системы;
- сахарный диабет (ОР — 3,56);
- ожирение (ИМТ > 35) (ОР — 2,47);
- первобеременные (ОР — 2,91);
- антифосфолипидный синдром (ОР при сочетании с преэклампсией в анамнезе > 9);
- возраст старше 40 лет (ОР — 2,1);
- интервал между родами более 10 лет (ОР — 1,9).

На данный момент не доказана эффективность:

- ограничения жидкости и соли у беременных;
- добавки или ограничения белков и углеводов в питании беременных;

- дополнительного приема препаратов железа, фолиевой кислоты, магнeзии, цинка, рыбьего жира, витаминов Е и С.

**Доказана эффективность влияния на уменьшение частоты возникновения преэклампсии:**

- прием малых доз аспирина (75-125 мг ежедневно) в группе высокого риска по развитию преэклампсии;
- прием кальция в виде пищевых добавок (до 1 г ежедневно) в группе высокого риска преэклампсии, особенно при недостатке кальция в пище.

Необходимо помнить, что клинический протокол является руководством. В зависимости от акушерской ситуации, в каждом индивидуальном случае, врач должен принять быстрое и правильное решение для спасения жизни женщины и ребенка!

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Диагностика и лечение артериальной гипертензии /Всероссийское научное общество кардиологов //Национальные клинические рекомендации. – М., 2008. – С. 20-56.
2. Карпов, О.И. Риск применения лекарств при беременности и лактации /О.И. Карпов, А.А. Зайцев. – СПб.: БХВ-Санкт-Петербург, 1998. – С. 243-244.
3. Клинические протоколы по неотложной помощи в акушерской практике /под ред. проф. Е.В. Григорьева. – Кемерово, 2009. – 25 с.
4. Клинические протоколы проекта «Мать и дитя» /Институт Здоровья Семьи. – М., 2009. – 160 с.
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 572н от 12 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» [Электронный ресурс] /Минздрав РФ. – URL: <http://www.kuzdrav.ru/drupal/node/1763>.
6. Проект рекомендаций ВНОК по диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний при беременности [Электронный ресурс] /Комитет экспертов Всероссийского научного общества кардиологов. – Режим доступа: <http://www.cardiosite.info/articles/article.aspx?articleid=6575>.
7. Протопопова, Н.В. Клинические протоколы /Н.В. Протопопова, П.М. Самчук, Н.В. Кравчук. – Иркутск, 2006. – 256 с.
8. Рекомендации 2007 года по лечению артериальной гипертензии /Рабочая группа по лечению артериальной гипертензии Европейского общества гипертензии и Европейского общества кардиологов //Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2008. – № 1-2, прил. – С. 51-53.
9. Шифман, Е.М. Преэклампсия, эклампсия и HELLP-синдром /Е.М. Шифман. – Петрозаводск, 2002. – 432 с.
10. Энкин, М. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка: пер. с англ. /М. Энкин, М. Кейрс, Д. Нейлсон.. – СПб.: Петрополис, 2003. – 480 с.
11. Aali, B. S. Nifedipine or hydralazine as a first agent to control hypertension in severe preeclampsia /B.S. Aali, S.S. Nejad //Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2002. – Vol. 81. – P. 25-30.
12. ACOG practice bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Number 33, January 2002. American College of Obstetricians and Gynecologists /ACOG Committee on Obstetric Practice //Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2002. – Vol. 77, N 1. – P. 61-75.
13. Antenatal Corticosteroids to Reduce Neonatal Morbidity and Mortality /RCOG. Guideline. – 2010. – N 7.
14. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy /E. Abalos, L. Duley, D. Steyn et al. //Cochrane Database Syst. Rev. – 2001. – Vol. 2 : CD002252.
15. Atallah, A. N. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems (Cochrane review) /A.N. Atallah, G.J. Hofmeyr, L. Duley //Cochrane Database Syst. Rev. – 2000. – N 3 : CD001059.
16. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems /G.J. Hofmeyr, T.A. Lawrie, B.N. Atallah et al. //Cochrane Database of Syst. Rev. – 2010. – N 8 : CD001059.
17. Duley, L. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy /L. Duley, D. Henderson-Smart //In: The Cochrane Library. – 2002. – N 4 : CD001449.
18. Duley, L. Magnesium sulfate versus diazepam for eclampsia /L. Duley, D. Henderson-Smart //Cochrane Database Syst. Rev. – 2003. – N 4 : CD000127.
19. Duley, L. Magnesium sulfate versus phenytoin for preeclampsia /L. Duley, D. J. Henderson-Smart, D. Chou //Cochrane Database of Syst. Rev. – 2010. – N 10 : CD000128.
20. Haram, K. The HELLP syndrome : Clinical issues and management. A Review /K. Haram, E. Svendsen, U. Abidgaard //BMC Pregnancy Childbirth. – 2009. – Vol. 9. – doi : 10.1186/1471-2393-9-8.
21. Hypertension in pregnancy: The Management of Hypertensive disorders During Pregnancy /NICE. Clinical Guideline. – London: RCOG Press, 2010. – P. 107.
22. International Clinical Trials Registry Platform /World Health Organization. – URL : <http://www.who.int/ictrp/en/> (16.08.2011).
23. Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia /L. Duley, D.J. Henderson-Smart, G.J. Walker et al. //Cochrane Database of Syst. Rev. – 2010. – N 12 : CD000127.
24. The Management of Severe Preeclampsia/Eclampsia /RCOG. Guideline N 10(A). – 2010.
25. Therapy with both magnesium sulfate and nifedipine does not increase the risk of serious magnesium-related maternal side effects in women with preeclampsia /L.A. Magee, S. Miremadi, J. Li et al. //Am. J. of obstet. and gynecol. – 2005. – Vol. 193, N 1. – P. 153-163.
26. Turrentine, J.E. Clinical protocols in obstetrics and gynecology /J.E. Turrentine. – 2006. – 426 p.
27. WHO recommendations for Prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia /World Health Organization. – 2011. – URL : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548335\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548335_eng.pdf).



# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ «ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ»

(Рекомендованы КРОО «Ассоциация акушеров-гинекологов».

Утверждены ДОЗН КО, приказ № 1516 от 30.12.2011, пересмотрены приказ № 251 от 18.02.2013)

## Клинические протоколы разработали:

**Артымук Н.В.**, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Баженова Л.Г.**, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздрава России».

**Грачева Т.Ю.**, д.м.н., профессор, кафедра последиplomной подготовки специалистов в сфере защиты прав потребителей и потребительского рынка с курсом медицинского права, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Зеленина Е.М.**, к.м.н., заместитель начальника, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области.

**Зуева Г.П.**, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Кабакова Т.В.**, главный областной специалист по акушерству и гинекологии, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области.

**Колесникова Н.Б.**, заместитель директора по акушерской помощи, ГБУЗ КО «Областной клинический перинатальный центр им. Л.А. Решетовой».

**Кубасова Л.А.**, к.м.н., заведующий отделением патологии беременности МБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5» г. Кемерово.

**Марочко Т.Ю.**, к.м.н., доцент, кафедра акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Новикова О.Н.**, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Тришкин А.Г.**, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Уткин Е.В.**, д.м.н., профессор, кафедра акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Ушакова Г.А.**, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 1, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Ходарева И.В.**, к.м.н., заведующая отделом клинической фармакологии, ГБУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница».

**Черняева В.И.**, к.м.н., ассистент, кафедра акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

## Рецензенты:

**Пекарев О.Г.**, д.м.н., главный акушер-гинеколог Сибирского федерального округа, профессор кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации».

**Белокриницкая Т.Е.**, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПДО, ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации».

## ВВЕДЕНИЕ

Применение лекарственных средств (ЛС) во время беременности ограничено потенциально вредным влиянием на плод. История медицины насчитывает немало масштабных катастроф, связанных с применением медикаментов у беременных. Использование препаратов с недоказанной безопасностью (талидомид, диэтилstilbэстрол) привело к трагедиям. И в настоящее время у 1/3 новорожденных наблюдаются побочные ре-

акции на лечение будущих матерей, беременных женщин.

В связи с назревшей необходимостью оценить и сравнить безопасность ЛС у беременных во многих публикациях стали использовать классификацию FDA США. Согласно ей, все ЛС, в соответствии с имеющейся информацией о безопасности, подразделяют на 5 групп. При появлении новой информации место ЛС в этой классификации может меняться.

**А** — Результаты контролируемых клинических исследований свидетельствуют об отсутствии риска неблагоприятного действия ЛС на плод в I триместре беременности, и отсутствуют данные о подобном риске в последующих триместрах.

**В** — Изучение репродукции на животных не выявило неблагоприятного действия ЛС на плод, но контролируемых исследований у беременных женщин не проводилось.

**С** — Изучение репродукции на животных выявило неблагоприятное действие ЛС на плод, но контролируемых исследований у беременных женщин не проводилось. Однако потенциальная польза применения ЛС у беременных может оправдать его использование, несмотря на возможный риск.

**Д** — Имеются доказательства риска неблагоприятного действия ЛС на плод человека, полученные при проведении исследований или на практике. Однако потенциальная польза применения ЛС у беременных может оправдать его использование, несмотря на возможный риск.

**Х** — Испытания на животных или клинические исследования выявили нарушения развития плода и/или имеются доказательства риска неблагоприятного действия ЛС на плод человека, полученные при проведении исследований или на практике. При этом риск, связанный с применением ЛС у беременных, превалирует над потенциальной пользой.

**При отсутствии объективной информации, подтверждающей безопасность использования ЛС у беременных и/или кормящих грудью женщин, следует воздержаться от их назначения данным категориям пациентов!**

Практически любой фармакологический препарат может оказать негативное влияние на плод, и поэтому фармакотерапия беременной должна быть строго и четко обоснованной. Любое вмешательство в естественный процесс беременности и родов должно быть обосновано тем, что оно приносит больше пользы, чем вреда.

Исследование особенностей фармакотерапии у беременных Кемеровской области выявило, что большинство беременных женщин получают медикаментозную терапию. Несмотря на снижение медикаментозной нагрузки (преимущественно за счет первого триместра беременности), количество применяемых препаратов в течение беременности все еще остается высоким.

Следуя рекомендациям NICE, назначение лекарств во время беременности должно быть минимальным насколько возможно, и должно быть ограничено обстоятельствами преобладания преимуществ над риском. Результаты проведенного анализа обосновали необходимость разработки и внедрения в регионе клинических протоколов,

основанных на доказательной медицине, регламентирующих назначение медикаментозных препаратов беременным женщинам.

Следует заметить, что лечение экстрагениальной патологии у беременных должно проводиться специалистами соответствующего профиля (терапевтами, кардиологами, эндокринологами, гематологами и др.) в профильных отделениях (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 октября 2009 г. № 808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи»), поэтому в данных протоколах представлены только те препараты, назначение которых осуществляется врачами акушерами-гинекологами, и имеют достаточную доказательную базу для рутинного применения в практике.

## ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

С позиций доказательной медицины при физиологическом течении беременности обоснованным является назначение следующих препаратов:

### **ФОЛИЕВАЯ КИСЛОТА (Folic acid)**

**Рекомендации FDA категория А.**

**Показания:** Достоверное снижение риска дефектов нервной трубки у плода.

**Фармакологическое действие:** Стимуляция эритропоэза, участие в синтезе аминокислот (в т.ч. глицина, метионина), нуклеиновых кислот, пуринов, пиримидинов, в обмене холина, гистидина.

**Доза и способ введения:** 400 мкг/сут внутрь до зачатия (2-3 месяца) и в первые 12 недель беременности.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность, мегалобластные анемии.

### **ЭРГОКАЛЬЦИФЕРОЛ (Ergocalciferol)**

**Рекомендации FDA категория В и С.**

**Показания:** Антенатальная и постнатальная профилактика рахита. Гиповитаминоз витамина D.

**Фармакологическое действие:** Регуляция фосфорно-кальциевого обмена. Антигипопаратиреоидный и антигипокальциемический эффекты.

**Доза и способ введения:** 10 мг/сутки (500 МЕ) внутрь, ежедневно.

**Противопоказания:** Гиперкальциемия, гипervитаминоз витамина D.

### **ПРЕПАРАТЫ ЙОДА (Iodine)**

**Категория рекомендаций FDA не определена.**

**Показания:** Профилактика йододефицитных заболеваний у проживающих на территории йодного дефицита.



**Фармакологическое действие:** Восполнение дефицита йода, антигипертиреотическое, радиопротективное. При поступлении в организм в физиологических количествах — нормализация нарушенного из-за недостатка йода синтеза гормонов щитовидной железы.

**Доза и способ введения:** 200 мкг/сутки внутрь во время беременности и на период лактации.

**Противопоказания:** тиреотоксикоз, индивидуальная непереносимость йода.

## ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

**O10-O16 Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и в послеродовом периоде**

### **СУЛЬФАТ МАГНИЯ (Magnesium sulfate)**

**Рекомендации FDA категория А.**

**Показания:** Профилактика и лечение судорожного синдрома при преэклампсии и эклампсии.

**Фармакологическое действие:** При парентеральном введении — седативное, противосудорожное, гипотензивное, спазмолитическое действие.

**Доза и способ введения:** Начальная доза (нагрузочная) 4 г сухого вещества (25 % — 16 мл), ввести в/в медленно в разведении до 20 мл 0,9 % хлористого натрия в течение 10 мин. (2 мл/мин.). При весе женщины более 80 кг вводится 5 г сухого вещества (20 мл). Поддерживающая доза 1-2 г в час (предпочтительно при помощи инфузомата), непрерывно до родоразрешения, в родах и в течение 1 суток послеродового периода. В родах или во время кесарева сечения введение магнeзии продолжается в выбранном режиме. Длительность введения в зависимости от тяжести состояния. Разведение сульфата магния для поддерживающей терапии: 7,5 г сухого вещества (30 мл 25 % раствора) развести в 220 мл 0,9 % раствора натрия хлорида; получаем 3,33 % раствор. Скорость введения: 1 г в час = 10-11 кап/мин.; 2 г в час = 22 кап/мин.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность, артериальная гипотензия, угнетение дыхательного центра, выраженная брадикардия, АВ блокада, почечная недостаточность, миастения.

### **МЕТИЛДОПА (Methyldopa)**

**Рекомендации FDA категория В.**

**Показания:** Артериальная гипертензия у беременных.

**Фармакологическое действие:** Селективный агонист постсинаптических альфа-адренорецепторов вентролатерального отдела продолговатого мозга, отвечающих за тонический и рефлекторный

контроль симпатической нервной системы. Ингибитор ренина.

**Доза и способ введения:** 1-2 г/сутки внутрь в 2-3 приема; начальная доза 250 мг/сут., каждые 2 дня дозу увеличивают на 250 мг/сут.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность, гепатит, печеночная и почечная недостаточность, феохромоцитома, депрессия, аутоиммунная гемолитическая анемия, кормление грудью.

### **НИФЕДИПИН (Nifedipine)**

**Рекомендации FDA категория С.**

**Показания:** Артериальная гипертензия у беременных.

**Фармакологическое действие:** Селективный блокатор медленных кальциевых каналов L-типа, вызывает уменьшение концентрации ионов кальция в клетках гладкой мускулатуры сосудов и выраженное сосудорасширяющее действие.

**Доза и способ введения:** Для быстрого снижения АД — начальная доза 10 мг внутрь (не класть под язык и не разжевывать!), повторно через 15 мин. трехкратно до снижения диастолического АД в пределах 90-100 мм рт. ст. (максимальная доза 60 мг). Для плановой терапии предпочтительны ретардные формы (30-40 мг/сутки).

**Противопоказания:** I триместр беременности, кормление грудью, выраженная артериальная гипотензия, синдром слабости синусного узла, выраженная тахикардия, аортальный и субаортальный стеноз.

### **КЛОНИДИН (Clonidine)**

**Рекомендации FDA категория С.**

**Показания:** Артериальная гипертензия у беременных.

**Фармакологическое действие:** Гипотензивное средство центрального действия, селективный агонист постсинаптических альфа-2а-адренорецепторов вентролатерального отдела продолговатого мозга, частичный агонист альфа2-адренорецепторов сосудов.

**Доза и способ введения:** 0,15 мг внутрь 3 раза в сутки.

**Противопоказания:** Кардиогенный шок, артериальная гипотензия, выраженный атеросклероз сосудов мозга, брадикардия, атриовентрикулярная блокада II-III степени, облитерирующие заболевания периферических сосудов, состояние выраженной депрессии, беременность (I триместр).

### **МЕТОПРОЛОЛ (Metoprolol)**

**Рекомендации FDA категории С (по сведениям производителей) и D (II-III триместр по данным экспертного анализа).**

**Показания:** Артериальная гипертензия у беременных, для плановой терапии гипертензии.

**Фармакологическое действие:** Селективный блокатор  $\beta_1$ -адренорецепторов. Снижает минутный объем сердца, уменьшает симпатическую стимуляцию периферических сосудов, подавляет высвобождение ренина.

**Доза и способ введения:** 50-100 мг/сутки внутрь в 1-2 приема.

**Противопоказания:** Выраженная брадикардия, АВ-блокада высокой степени, синдром слабости синусового узла, бронхиальная астма, выраженные депрессивные состояния, заболевания периферических сосудов.

### **АТЕНОЛОЛ (Atenolol)**

**Категория рекомендаций FDA не определена.**

**Показания:** Артериальная гипертензия у беременных, для быстрого снижения АД. Не может применяться для плановой терапии в связи с риском задержки развития плода.

**Фармакологическое действие:** Селективный блокатор  $\beta_1$ -адренорецепторов, не обладает мембраностабилизирующей и внутренней симпатомиметической активностью. Тормозит центральную симпатическую импульсацию, ослабляет чувствительность периферических тканей к катехоламинам, ингибирует секрецию ренина. Урежает ЧСС в покое и при физической нагрузке.

**Доза и способ введения:** 50 мг внутрь 1-2 раза в сутки.

**Противопоказания:** Выраженная брадикардия, АВ-блокада высокой степени, синдром слабости синусового узла, бронхиальная астма, выраженные депрессивные состояния и заболевания периферических сосудов, миастения, псориаз.

### **О20.0 Угрожающий аборт**

### **О26.2 Медицинская помощь женщине с привычным невынашиванием беременности**

### **ПРОГЕСТЕРОН (Progesterone)**

**Рекомендации FDA категория D.**

**Показания:** Профилактика привычного и угрожающего выкидыша, обусловленного гестагенной недостаточностью желтого тела. *Не назначается рутинно при угрожающем выкидыше.*

**Фармакологическое действие:** Переход эндометрия в секреторную фазу, уменьшение возбудимости и сократимости матки и труб, снижение иммунного ответа.

**Доза и способ введения:** Парентеральное введение: 5-25 мг в/м ежедневно до полного исчезновения симптомов угрожающего выкидыша.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к прогестинам, злокачественные опухоли молочных желез, острые заболевания печени (в т.ч. опухоли), печеночная недостаточность, тромбоэмболические заболевания.

### **ПРОГЕСТЕРОН НАТУРАЛЬНЫЙ МИКРОНИЗИРОВАННЫЙ (Progesterone, Utrogestan)**

**Рекомендации FDA категория D.**

**Показания:** Профилактика привычного и угрожающего выкидыша, обусловленного гестагенной недостаточностью желтого тела, профилактики преждевременных родов. *Не назначается рутинно при угрожающем выкидыше.*

**Фармакологическое действие:** Образование нормального секреторного эндометрия, уменьшение возбудимости и сократимости мускулатуры матки и маточных труб. Не обладает андрогенной активностью.

**Доза и способ введения:** 200-400 мг интравагинально ежедневно в 2 приема в I и II триместрах беременности. Для профилактики преждевременных родов 100 мг ежедневно интравагинально, у женщин с укороченной шейкой матки (менее 1,5 см по УЗИ) – 200 мг ежедневно интравагинально.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к прогестинам, злокачественные опухоли молочных желез, острые заболевания печени (в т.ч. опухоли), печеночная недостаточность, тромбоэмболические заболевания.

### **КРАЙНОН (Progesterone)**

**Рекомендации FDA категория D.**

**Показания:** Поддержание лютеиновой фазы в процессе применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

**Фармакологическое действие:** Образование нормального секреторного эндометрия, уменьшение возбудимости и сократимости мускулатуры матки и маточных труб. Прогестерон ингибирует секрецию гипоталамических факторов высвобождения ФСГ и ЛГ, угнетает образование в гипофизе гонадотропных гормонов и тормозит овуляцию. В вагинальном геле прогестерон включен в полимерную систему доставки, которая связывается со слизистой оболочкой влагалища и обеспечивает непрерывное высвобождение прогестерона, по крайней мере, в течение 3 дней.

**Доза и способ введения:** 1 аппликатор (90 мг прогестерона) интравагинально ежедневно, начиная со дня переноса эмбриона, в течение 30 дней с момента клинически подтвержденной беременности.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к прогестинам, злокачественные опухоли молочных желез, острые заболевания печени (в т.ч. опухоли), печеночная недостаточность, тромбоэмболические заболевания. **Крайнон** не следует применять при беременности, за исключением применения в ранний период беременности в процессе проведения вспомогательных методов репродукции. Противопоказано применение в период лактации (грудного вскармливания).

**ДИДРОГЕСТЕРОН (Dydrogesterone)**  
**Категория рекомендаций FDA не определена.**

**Показания:** Угрожающий или привычный аборт, ассоциированный с доказанной прогестивной недостаточностью; хроническим эндометритом, наличием ретрохориальной гематомы, наличием антител к прогестерону. Невынашивание вследствие несовместимости супругов по антигенам гистосовместимости. *Не назначается рутинно при угрожающем выкидыше.*

**Фармакологическое действие:** Прогестагенное, оказывает селективное действие на эндометрий, способствует образованию нормального секреторного эндометрия у женщин после предварительной терапии эстрогенами. Уменьшает возбудимость и сократимость матки и труб. Не вызывает маскулинизации плода и вирилизации матери.

**Доза и способ введения:** Привычное невынашивание — 10 мг × 2 раза в сутки внутрь до 16-20 недели беременности; угрожающий аборт — 40 мг внутрь, затем 10 мг × 3 раза в сутки до полного устранения симптомов.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность, рак молочной железы, острые заболевания печени (в т.ч. новообразования), холестатическая желтуха беременных в анамнезе, печеночная недостаточность, тромбоэмболические заболевания.

**О23 Инфекции мочеполовых путей при беременности**

**АМОКСИЦИЛЛИН (Amoxicillin)**  
**Рекомендации FDA категория В.**

**Показания:** Бессимптомная бактериурия, острый цистит, хламидийная инфекция у беременных.

**Фармакологическое действие:** Антибактериальное широкого спектра, бактерицидное. Ингибирует транспептидазу, нарушает синтез пептидогликана (опорный белок клеточной стенки) в период деления и роста, вызывает лизис микроорганизмов. Полусинтетический антибиотик группы пенициллинов широкого спектра действия. Кислотоустойчив. Разрушается пенициллиназой.

**Доза и способ введения:** 0,5 внутрь 3 раза в сутки в течение 7 суток при бессимптомной бактериурии, остром цистите.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к пенициллинам.

**АМОКСИЦИЛЛИН + КЛАВУЛАНОВАЯ КИСЛОТА (Amoxicillin + Clavulanic acid)**

**Рекомендации FDA категория В.**

**Показания:** Гестационный пиелонефрит, бессимптомная бактериурия, острый цистит.

**Фармакологическое действие:** АМП, ингибиторзащищенный аминопенициллин. Действует бактерицидно, угнетает синтез бактериальной стенки.

**Доза и способ введения:** 625 мг внутрь 3 раза/сутки или 1 г 2 раза/сутки. При бессимптомной бактериурии, цистите назначается на 7 суток. При пиелонефрите продолжительность лечения 10-14 суток в стационаре. При необходимости — 1,2 г 3 раза/сутки в/в.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к пенициллинам, родовое излитие околоплодных вод при недоношенной беременности (способствует НЭК у новорожденных).

**АМПИЦИЛЛИН (Ampicillin)**

**Рекомендации FDA категория В.**

**Показания:** Гестационный пиелонефрит.

**Фармакологическое действие:** АМП, относится к группе полусинтетических аминопенициллинов.

**Доза и способ введения:** 1 г в/в или в/м 4 раза/сутки. Продолжительность лечения 10-14 суток, показана госпитализация. При необходимости суточная доза может быть увеличена в два раза.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к пенициллинам.

**АМПИЦИЛЛИН + СУЛЬБАКТАМ (Ampicillin + Sulbactam)**

**Рекомендации FDA категория В.**

**Показания:** Гестационный пиелонефрит.

**Фармакологическое действие:** АМП, относится к группе ингибиторзащищенных аминопенициллинов.

**Доза и способ введения:** 1,5-3,0 в/в или в/м 3-4 раза/сутки. Продолжительность лечения 10-14 суток. Показана госпитализация.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к пенициллинам, инфекционный мононуклеоз.

**ЦЕФИКСИМ (Cefixime\*)**

**Рекомендации FDA категория В.**

**Показания:** Инфекционно-воспалительные заболевания, вызванные чувствительными к препарату микроорганизмами: фарингит, тонзиллит, синусит, острый и хронический бронхит, средний отит, неосложненные инфекции мочевыводящих путей, неосложненная гонорея.

**Фармакологическое действие:** Антибактериальное, бактерицидное. Ингибирует синтез пептидогликана — основного структурного компонента клеточной стенки бактерий. Устойчив к действию бета-лактамаз широкого спектра действия, не действует на продуцентов бета-лактамазы расширенного спектра действия (БЛРС). Активен по отношению ко многим грамположительным и грамотрицательным микроорганизмам.

**Доза и способ применения:** По 400 мг (1 раз/сутки или по 200 мг 2 раза/сутки), 7-14 дней.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность.

### **ЦЕФТРИАКСОН (Ceftriaxone)**

**Рекомендации FDA категория В.**

**Показания:** Гестационный пиелонефрит, обострение хронического пиелонефрита, острый гонорейный цервицит и уретрит у беременных.

**Фармакологическое действие:** Антибактериальное, бактерицидное. Угнетает синтез клеточной стенки микроорганизмов. Устойчив в отношении β-лактамаз большинства грамположительных и грамотрицательных бактерий. Активен в отношении грамположительных аэробных бактерий, грамотрицательных аэробных бактерий и анаэробных бактерий. Метициллин-устойчивые стафилококки устойчивы и к цефалоспорином, в т.ч. к цефтриаксону. Многие штаммы стрептококков группы D и энтерококков (в т.ч. *Enterococcus faecalis*) также устойчивы к цефтриаксону.

**Доза и способ введения:** При пиелонефрите — 1-2 г в/в или в/м 1 раз/сутки, при гонорейной инфекции — 1 г в/м однократно [IUSTI (2012), уровень доказательности — Ib, уровень достоверности рекомендаций — A].

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к цефалоспорином.

### **ЦЕФОТАКСИМ (Cefotaxime)**

**Рекомендации FDA категория В.**

**Показания:** Гестационный пиелонефрит.

**Фармакологическое действие:** Цефалоспориновый антибиотик III поколения для парентерального применения. Бактерицидная активность обусловлена подавлением синтеза клеточной стенки бактерий. Имеет широкий спектр действия, стабилен в присутствии большинства β-лактамаз грамположительных и грамотрицательных бактерий (не действует на продуцентов БЛРС).

**Доза и способ введения:** 1-2 г в/в или в/м 3 раза/сутки.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к цефалоспорином.

### **ХЛОРГЕКСИДИН (Chlorhexidine)**

**Рекомендации FDA категория В.**

**Показания:** Коррекция нарушений биоценоза влагалища.

**Фармакологическое действие:** Антисептическое средство.

**Доза и способ введения:** 1 суппозиторий (0,016 г хлоргексидина биглюконата) 2 раза/сутки интравагинально в течение 7-10 дней.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к компонентам препарата.

### **МЕТРОНИДАЗОЛ (Metronidazole)**

**Рекомендации FDA категория В.**

**Показания:** Урогенитальный трихомониаз, бактериальный вагиноз у беременных группы риска по преждевременным родам (преждевременные роды в анамнезе) и при наличии жалоб, неспецифический вагинит во II-III триместрах беременности.

**Фармакологические эффекты:** Противопротозойный, антибактериальный.

**Доза и способ введения:** Внутрь 500 мг × 2 раза/сутки 7 дней или внутрь 2,0 г однократно. Интравагинально 500 мг × 2 раза/сутки в течение 10 дней.

**Противопоказания:** I триместр беременности, гиперчувствительность, эпилепсия, органические заболевания ЦНС.

### **КЛИНДАМИЦИН (Clindamycin)**

**Рекомендации FDA категория В (для интравагинального применения).**

**Показания:** Бактериальный вагиноз у беременных группы риска по преждевременным родам (преждевременные роды в анамнезе) и при наличии жалоб, неспецифический вагинит во II-III триместрах беременности.

**Фармакологические эффекты:** Антибактериальный, связывается с 50S рибосомальной субъединицей микробной клетки и ингибирует синтез белка чувствительных микроорганизмов.

**Доза и способ введения:** Интравагинально 5 г (полный аппликатор) 2 % крема на ночь в течение 7 суток, свечи 100 мг по 1 свече 1 раз/сутки интравагинально в течение 7 суток.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к линкозамидам, I триместр беременности.

### **НАТАМИЦИН (Natamycin)**

**Категория рекомендаций FDA не определена. Однако отсутствие тератогенного эффекта доказано в исследовании случай-контроль (1980-1996 гг.) на 38151 беременных, родоразрешенных без пороков у плода и 22843 — с пороками, 62 (0,27 %) и 98 (0,26 %) пациенток лечились натамицином в контрольной и основной группах (crude OR 1,1 with 95% CI: 0,8-1,5).**

**Показания:** Кандидозный вульвовагинит.

**Фармакологическое действие:** Противогрибковое средство широкого спектра. Связывается со стеролами клеточной мембраны гриба, нарушает ее проницаемость, что приводит к потере важнейших клеточных компонентов и лизису клетки.

**Доза и способ введения:** По 100 мг (1 супп.) в течение 6-9 дней, на ночь.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность.



**НИСТАТИН (Nystatin)**  
**Категория рекомендаций FDA не определена.**

**Показания:** Кандидозный вульвовагинит.

**Фармакологическое действие:** Противогрибковое средство. Относится к классу полиенов.

**Доза и способ введения:** Таблетки вагинальные по 100 тыс. ЕД. По 1-2 таблетки вагинально на ночь в течение 7-14 дней.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность.

**КЛОТРИМАЗОЛ (Clotrimazole)**  
**Рекомендации FDA категория В (для интравагинального применения).**

**Показания:** Кандидозный вульвовагинит.

**Фармакологическое действие:** Противогрибковое, широкого спектра, антибактериальное, противопротозойное, трихомонацидное. Нарушает синтез эргостерола (основной структурный компонент клеточной мембраны грибов), изменяет проницаемость мембраны гриба, способствует выходу из клетки калия, внутриклеточных соединений фосфора и распаду клеточных нуклеиновых кислот. Снижает активность окислительных и пероксидазных ферментов, в результате чего внутриклеточная концентрация перекиси водорода повышается до токсического уровня, что способствует разрушению клеточных органелл и приводит к некрозу клетки. В зависимости от концентрации, проявляет фунгицидный или фунгистатический эффект. Клотримазол действует, главным образом, на растущие и делящиеся микроорганизмы.

**Доза и способ введения:** 500 мг интравагинально однократно или 200 мг интравагинально 1 раз на ночь в течение 3 дней.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность, I триместр беременности.

**ИЗОКОНАЗОЛ (Isoconazole)**  
**Категория рекомендаций FDA не определена.**

**Показания:** Кандидозный вульвовагинит.

**Фармакологическое действие:** Препарат с противогрибковым действием для местного применения, действует фунгистатически на дерматофиты, дрожжеподобные и плесневые грибы.

**Доза и способ введения:** 1 вагинальный шарик однократно на ночь.

**Противопоказания:** Повышенная чувствительность к изокконазолу.

#### О26.4 Герпес беременных

**АЦИКЛОВИР (Aciclovir)**  
**Рекомендации FDA категория В.**

**Фармакологическое действие:** Противовирусное.

**Показания:** Герпетическая инфекция у беременных. Генитальный герпес в случае обострения во время родов может вызвать заражение плода. Применяется с целью профилактики рецидива перед родами, с 34-36 недели.

**Доза и способ введения:** по 0,4 г внутрь 3 раза в сутки с 34-36 недель беременности до родов (за 4 недели до предполагаемого срока родов).

**Противопоказания:** Гиперчувствительность.

**О36.0 Резус-иммунизация, требующая предоставления медицинской помощи матери**

**ИММУНОГЛОБУЛИН ЧЕЛОВЕКА АНТИРЕЗУС Rho [D]**

**Категория FDA не определена.**

**Показания:** Профилактика резус-конфликта у резус-отрицательных женщин, не сенсибилизированных к антигену Rho(D).

**Доза и способ введения:** Антирезусный иммуноглобулин вводится внутримышечно всем резус-отрицательным женщинам при отсутствии АТ в сроках 28 и 34 недели, послеродовая профилактика (в течение 72 часов), при внематочной беременности, при самопроизвольном прерывании беременности, после проведения инвазивной диагностики. Доза препарата согласно аннотации.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность, резус-отрицательные родильницы, сенсибилизированные к резус-антигену.

#### О48 Переношенная беременность

**ДИНОПРОСТОН (Dinoprostone)**  
**Рекомендации FDA категория С.**

**Показания:** Подготовка шейки матки к родам, индукция родов.

**Фармакологическое действие:** Стимуляция сокращения миометрия, размягчение шейки матки, ее сглаживание, дилатация маточного зева.

**Доза и способ введения:** Для подготовки шейки матки к родам 0,5 мг интрацервикально, повторное введение через 3 часа, до достижения эффекта (суммарная доза — 1,5 мг) или 2 мг интравагинально. Для индукции родов — 1 мг интравагинально.

**Противопоказания:** Гипертонус матки, несоответствие размеров плода и таза матери, отсутствие плодного пузыря, рубец на матке, дистресс плода.

**МИФЕПРИСТОН (Mifepriston)**  
**Категория FDA не определена.**

**Показания:** Подготовка шейки матки и индукция родов.

**Фармакологическое действие:** Ингибирование эффектов прогестерона на этапе связывания рецепторами.



**Доза и способ введения:** 200 мг внутрь в присутствии врача, повторный прием 200 мг через 24 часа.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность, почечная или печеночная недостаточность, тяжелая преэклампсия, курящие женщины старше 35 лет. В странах Европы и США данный препарат не разрешен к применению для индукции родов при наличии живого плода из-за отсутствия доказательств безопасности для плода. Включен в схему для прерывания беременности при антенатальной гибели (A-1b).

#### **О60 Преждевременные роды**

#### **О42 Преждевременный разрыв плодных оболочек**

### **СУЛЬФАТ МАГНИЯ (Magnesium sulfate)**

#### **Рекомендации FDA категория А.**

**Показания:** Профилактика ДЦП у новорожденных при угрожающих преждевременных родах в сроке до 30 недель.

**Фармакологическое действие:** При парентеральном введении — седативное, противосудорожное, гипотензивное, спазмолитическое действие. Эффективность в качестве токолитического средства не доказана. Комитет по акушерству американского колледжа акушеров-гинекологов (ACOG, март 2010), на основании многоцентровых данных о нейропротективном эффекте сульфата магния и снижении частоты церебрального паралича у недоношенных, при необходимости применения этого препарата рекомендует внесение в протоколы при угрожающих ПР < 30 недель следующей схемы:

**Доза и способ введения:** Начальная доза 4-5 г сухого вещества ввести в/в медленно в разведении 0,9 % хлористого натрия в течение 10 минут (2 мл/мин). Поддерживающая доза 1-2 г в час (предпочтительно при помощи инфузomата).

**Противопоказания:** Гиперчувствительность, артериальная гипотензия, угнетение дыхательного центра, выраженная брадикардия, АВ блокада, тяжелая ХПН, миастения, заболевания органов дыхания.

### **ИНДОМЕТАЦИН (Indomethacin)**

#### **Рекомендации FDA категория В.**

**Показания:** Токолиз (применение с 16 по 32 недели беременности).

**Фармакологическое действие:** Неизбирательно ингибирует ЦОГ-1 и ЦОГ-2, что приводит к снижению скорости синтеза простагландинов и тромбоксана.

**Доза и способ введения:** 50-100 мг ректально или внутрь, затем по 25 мг каждые 6 часов (не более 48 часов).

**Противопоказания:** Язвенная болезнь ЖКТ, врожденные пороки сердца, артериальная гипертензия, хроническая почечная или печеночная недостаточность, гипокоагуляция.

### **ДЕКСАМЕТАЗОН (Dexamethasone)**

#### **Рекомендации FDA категория С.**

**Показания:** Профилактика РДС у недоношенных новорожденных (24-34 недели) при угрожающих ПР.

**Фармакологическое действие:** Глюкокортикоид.

**Доза и способ введения:** 4 дозы дексаметазона в/м по 6 мг с интервалом 12 часов или 3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 часов.

**Противопоказания:** Для кратковременного применения по жизненным показаниям — повышенная чувствительность к дексаметазону.

### **БЕТАМЕТАЗОН (Betamethasone)**

#### **Рекомендации FDA категория С.**

**Показания:** Профилактика РДС у недоношенных новорожденных.

**Фармакологическое действие:** Глюкокортикоид.

**Доза и способ введения:** 12 мг в/м с интервалом в сутки (2 дозы, всего 24 мг).

**Противопоказания:** Для кратковременного применения по жизненным показаниям — повышенная чувствительность к бетаметазону.

### **ГЕКСОПРЕНАЛИН (Hexoprenaline)**

**Категория рекомендаций FDA не определена.**

**Показания:** Токолиз.

**Фармакологическое действие:** Селективный β<sub>2</sub>-адреностимулятор. Оказывает токолитический эффект.

**Доза и способ введения:** 10 мкг препарата, разведенного в 10 мл изотонического раствора, в/в в течение 5-10 минут, с последующей инфузией со скоростью 0,3 мкг/мин. При использовании внутривенных систем концентрат для инфузий разводят 500 мл изотонического раствора натрия хлорида. Расчет дозы 0,3 мкг/минуту — 1 ампула (25 мкг) — 120 кап/минуту, 2 ампулы (50 мкг) — 60 кап/минуту и т.д. При использовании инфузomатов: 75 мкг концентрата для инфузий (3 ампулы) разводят до 50 мл изотоническим раствором натрия хлорида; указанная дозировка используется как ориентировочная — подбирается индивидуально. Курс лечения гексопреналином не должен превышать 3 суток в связи с развивающейся нечувствительностью рецепторного аппарата. Внутривенный токолиз проводят в положении женщины на левом боку, под кардиомониторным контролем.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность, тиреотоксикоз, ИБС, артериальная гипертензия, печеночная или почечная недостаточность.

### **НИФЕДИПИН (Nifedipine)**

**Показания:** Токолиз (применение с 22 по 33 неделю беременности).

**Фармакологическое действие:** Селективный блокатор медленных кальциевых каналов — вызывает торможение проникновения ионов кальция из межклеточного пространства в мышечные клетки сердца и сосудов через медленные кальциевые каналы L-типа.

**Доза и способ введения:** 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; или 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.

**Противопоказания:** I триместр беременности, выраженная артериальная гипотензия, синдром слабости синусного узла, острый период инфаркта миокарда, кардиогенный шок, выраженная тахикардия, аортальный и субаортальный стеноз.

### **ФЕНОТЕРОЛ (Fenoterol)**

**Рекомендации FDA категория В.**

**Показания:** Токолиз.

**Фармакологическое действие:** Селективный β<sub>2</sub>-адреностимулятор. Оказывает токолитический эффект.

**Доза и способ введения:** 2 ампулы по 0,5 мг (1 мл — 2,5 мкг) разводят в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида. Вводят внутривенно капельно со скоростью 5 кап/минуту, увеличивая дозу при необходимости каждые 15 минут до достижения эффекта (15-20 кап/минуту). Внутривенный токолиз проводят в положении женщины на левом боку, под кардиомониторным контролем.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность, тиреотоксикоз, ИБС, артериальная гипертензия, печеночная или почечная недостаточность.

### **АМПИЦИЛЛИН (Ampicillin)**

**Рекомендации FDA категория В.**

**Показания:** Профилактика инфекционных осложнений при преждевременных родах, безводном периоде более 18 часов в случае родового излития вод (ДИВ), при сроке гестации более 37 недель.

**Фармакологическое действие:** АМП, относится к группе полусинтетических аминопенициллинов.

**Доза и способ введения:** При ДИВ 2 г ампициллина в/в или в/м каждые 6 часов до рождения ребенка.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к пенициллинам.

### **ЦЕФАЗОЛИН (Cefazolin)**

**Рекомендации FDA категория В.**

**Показания:** Профилактика инфекционных осложнений при преждевременных родах.

**Фармакологическое действие:** Антибактериальное широкого спектра, бактерицидное. Взаимодействует со специфическими пенициллинсвязывающими белками на поверхности цитоплазматической мембраны, тормозит синтез пептидогликанового слоя клеточной стенки, высвобождает аутолитические ферменты клеточной стенки, вызывая ее повреждение и гибель бактерий.

**Доза и способ введения:** 1,0 в/венно, далее каждые 6 часов до родоразрешения.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к цефалоспорином.

### **ЭРИТРОМИЦИН (Erythromycin)**

**Рекомендации FDA категория В.**

**Показания:** Антибиотикопрофилактика ГСЗ при родовом излитии околоплодных вод в сроке с 28 до 37 недель сразу после установления диагноза.

**Фармакологическое действие:** АМП, природный 14-членный макролид. В больших концентрациях и по отношению к высокочувствительным микроорганизмам может иметь бактерицидный эффект.

**Доза и способ введения:** Внутрь по 500 мг через 8 часов, продолжается до рождения ребенка, но не более 7 суток.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к макролидам, выраженные нарушения функции печени. При анализе данных Шведского медицинского регистра рождаемости были получены результаты, указывающие на повышение риска врожденных пороков сердца (скорректированное отношение шансов 1,24 против 1,02 для пенициллина) и пилорического стеноза при применении эритромицина на ранних сроках беременности (отношение рисков — 3,0).

### **О62 Нарушения родовой деятельности**

**О62.0 Первичная слабость родовой деятельности**

**О62.1 Вторичная слабость родовой деятельности**

### **ОКСИТОЦИН (Oxytocin)**

**Рекомендации FDA категория Х.**

**Показания:** Стимуляция родовой деятельности.

**Фармакологическое действие:** Взаимодействует с окситоциноспецифическими рецепторами маточного миометрия. Стимулирует родовую деятельность матки за счет увеличения проницаемости клеточных мембран для ионов кальция.

**Доза и способ введения:** Предварительно выполнить амниотомию. Начать введение окситоцина со скоростью 0,001-0,002 ед/мин (1-2 мЕД/мин), увеличивая ее через каждые 30 минут или более. Регулировать скорость введения окситоцина, ориентируясь на частоту схваток, которая не должна превышать 3-4 за 10 минут. Требуемая частота схваток может установиться при скорости введения окситоцина, равной 1-2 мЕД/мин. При использовании высоких доз окситоцина максимальная скорость его введения не должна превышать 20 мЕД/мин.

**Возможные варианты введения:** 30 Ед в 500 мл физиологического раствора, тогда 1 мл/ч = 1 мЕД/минуту. 10 Ед в 500 мл физиологического раствора, тогда 3 мл/ч = 1 мЕД/минуту.

**Противопоказания:** Угрожающий разрыв матки, поперечное и косое положение плода, несоответствие величины головки плода размерам таза матери.

## О72 Послеродовое кровотечение

### ОКСИТОЦИН (Oxytocin)

**Рекомендации FDA категория X.**

**Показания:** Усиление сократительной функции матки при атонии и атоническом кровотечении. Препарат 1-й очереди.

**Фармакологическое действие:** Стимулирует гладкую мускулатуру матки, повышает сократительную активность и тонус миометрия.

**Доза и способ введения:** 10 Ед в/м или 5 ЕД в/венно медленно, повторная доза 5-20 ЕД в/в капельно в 1 л раствора со скоростью 60 капель в минуту. Максимальная доза — 60 ЕД.

**Противопоказания:** При лечении атонических кровотечений — нет.

### ЭРГОМЕТРИНА МАЛЕАТ (Ergometrine Maleate)

### МЕТИЛЭРГОМЕТРИН (Methylergometrine)

**Категория FDA не определена.**

**Показания:** Усиление сократительной функции матки при атонии и атоническом кровотечении. Препарат 2 очереди.

**Фармакологическое действие:** Полусинтетическое производное природного алкалоида спорыньи (эргометрина), повышает тонус и увеличивает частоту сокращений матки, оказывает слабое альфа-адреностимулирующее действие на периферические сосуды.

**Доза и способ введения:** Начальная доза: 0,2 мг в/м или в/в медленно. Повторная доза: 0,2 мг в/м через 15 минут, если кровотечение продолжается, не более 5 доз (суммарная доза 1,0 мг).

**Противопоказания:** Артериальная гипертензия, облитерирующие заболевания перифериче-

ских сосудов, сепсис. С осторожностью. ИБС, стеноз митрального клапана, почечная и/или печеночная недостаточность.

### ЭНЗАПРОСТ (Enzaprost)

**Категория FDA не определена.**

**Показания:** Усиление сократительной функции матки при атонии и атоническом кровотечении. Препарат 3-й очереди.

**Фармакологическое действие:** Аналог простагландина F<sub>2α</sub>. Оказывает выраженное стимулирующее действие на сократительную функцию миометрия.

**Доза и способ введения:** Начальная доза: 2,5 мг глубокая в/м инъекция, возможно в миометрий. Повторные дозы: 2,5 мг каждые 15 минут, но не более 20 мг. *Внутривенное введение препарата противопоказано из-за риска летального исхода.*

**Противопоказания:** Бронхообструктивный синдром, глаукома, артериальная гипертензия, эпилепсия, сердечная недостаточность, активный туберкулез легких, тяжелое нарушение функции печени.

## О98.1 Сифилис, осложняющий беременность, деторождение или послеродовый период

### БЕНЗИЛПЕНИЦИЛЛИНА НАТРИЕВАЯ СОЛЬ (Benzylpenicillin sodium)

**Рекомендации FDA категория B.**

**Показания:** Лечение сифилиса у беременных.

**Фармакологическое действие:** Бактерицидный антибиотик из группы биосинтетических «природных» пенициллинов. Ингибирует синтез клеточной стенки микроорганизмов.

**Доза и способ введения:** 1 млн. ЕД 4 раза/сутки в течение 10 дней (первичный сифилис, превентивное лечение беременных); 1 млн ЕД 4 раза/сутки в течение 20 дней (вторичный, скрытый ранний сифилис); 1 млн ЕД 4 раза/сутки в течение 28 дней — 1-й курс и 14 дней — 2-й курс; интервал между курсами 14 дней (скрытый поздний, скрытый неуточненный сифилис).

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к пенициллинам.

## О98.2 Гонорея, осложняющая беременность, деторождение или послеродовый период

### СПЕКТИНОМИЦИН\* (Spectinomycin\*)

**Категория FDA не определена, рекомендован IUSTI (2012) для лечения острой гонорейной инфекции у беременных (терапия второй линии).**

**Показания:** Острый гонорейный цервицит и проктит у женщин, вызванные чувствительными штаммами *Neisseria gonorrhoeae*, при неперено-

симости или неэффективности бета-лактамов антибиотиков.

**Фармакологическое действие:** Бактерицидное, бактериостатическое, антибактериальное, природный 16-членный макролид.

**Доза и способ применения:** Однократно 2,0 г в/м.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность.

**Особые указания:** Не рекомендуется применять при гонококковом фарингите вследствие невысокой эффективности.

### **ЦЕФИКСИМ (Cefixime\*)**

**Рекомендации FDA категория В.**

**Показания:** Инфекционно-воспалительные заболевания, вызванные чувствительными к препарату микроорганизмами: фарингит, тонзиллит, синусит, острый и хронический бронхит, средний отит, неосложненные инфекции мочевыводящих путей, неосложненная гонорея.

**Фармакологическое действие:** Антибактериальное, бактерицидное. Ингибирует синтез пептидогликана — основного структурного компонента клеточной стенки бактерий. Устойчив к действию бета-лактамаз (не действует на продуцентов БЛРС). Активен по отношению ко многим грамположительным и грамотрицательным микроорганизмам.

**Доза и способ применения:** 400 мг однократно.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность.

### **ЦЕФТРИАКСОН (Ceftriaxone)**

**Рекомендации FDA категория В.**

**Показания:** Лечение гонококкового уретрита, эндоцервицита, проктита и фарингита в период беременности и лактации.

**Фармакологическое действие:** АМП. Цефалоспориновый антибиотик III поколения. Угнетает транспептидазу, нарушает биосинтез мукопептида клеточной стенки бактерий. Имеет широкий спектр действия, стабилен в присутствии большинства бета-лактамаз грамположительных и грамотрицательных бактерий (не действует на продуцентов БЛРС).

**Доза и способ введения:** 1 г в/м или в/в, однократно.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к цефалоспорином.

**О98.3 Другие инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, осложняющие беременность, деторождение или послеродовый период**

### **АМОКСИЦИЛЛИН (Amoxicillin)**

**Рекомендации FDA категория В.**

**Показания:** Хламидийный уретрит, цервицит, проктит в период беременности и лактации.

**Фармакологическое действие:** АМП, полусинтетический аминопенициллин широкого спектра действия..

**Доза и способ введения:** 500 мг внутрь 3 раза/сутки 7 дней.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к пенициллинам, инфекционный мононуклеоз.

### **АЗИТРОМИЦИН (Azithromycin)**

**Рекомендации FDA категория В.**

**Показания:** Хламидийный уретрит, цервицит, проктит в период беременности и лактации.

**Фармакологическое действие:** АМП, полусинтетический 15-членный макролид.

**Доза и способ введения:** 1 г внутрь однократно.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к макролидам.

### **ДЖОЗАМИЦИН (Josamycin)**

**Категория FDA не определена.**

Рекомендован Европейским отделением ВОЗ и IUSTI (2010) для лечения хламидийной инфекции у беременных. В России рекомендован для лечения хламидийной инфекции у беременных женщин после 16-20-й недель гестации [Российское общество акушеров-гинекологов. Информационное письмо. Январь 2005 г.]. Во время многолетних наблюдений за приемом препарата беременными женщинами не было отмечено каких-либо отрицательных последствий на течение беременности и развитие плода, также не было выявлено тератогенного действия препарата у животных. Джозамицин рекомендован в ряде европейских стран для лечения токсоплазмоза у беременных.

**Показания:** Хламидийный уретрит, цервицит, проктит в период беременности.

**Фармакологическое действие:** Бактерицидное, бактериостатическое, антибактериальное, природный 16-членный макролид.

**Доза и способ применения:** В сутки назначают 500 мг джозамицина 3 раза в течение 7 суток.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность.

### **ЭРИТРОМИЦИН (Erythromycin)**

**Рекомендации FDA категория В.**

**Показания:** Хламидийный уретрит, цервицит, проктит в период беременности и лактации.

**Фармакологическое действие:** АМП, природный 14-членный макролид. В больших концентрациях и по отношению к высокочувствительным микроорганизмам может иметь бактерицидный эффект.

**Доза и способ введения:** Внутрь по 500 мг 4 раза/сутки 7 дней. Альтернативная схема: по 250 мг 4 раза/сутки 14 дней. Для лечения хламидийной инфекции в настоящее время не рекомендуется в связи с невысокой эффективностью,



значительными побочными эффектами (уровень доказательности — I, достоверность рекомендаций — A).

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к макролидам, выраженные нарушения функции печени.

**O99.0 Анемия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период**

### **ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА**

**Рекомендации FDA категория В (для железа III гидроксид сахарозного комплекса).**

**Категория FDA не определена (для железа сульфата + аскорбиновая кислота).**

**Показания:** Профилактика и лечение железодефицитных состояний.

**Фармакологическое действие:** Противоанемическое действие, восполняющее дефицит железа.

**Доза и способ введения:** Суточная доза элементарного железа для профилактики ЖДА и лечения легких форм анемии — 60 мг, тяжелых форм — 100-120 мг/сутки.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность, повышенное содержание Fe в организме (гемосидероз, гемохроматоз), нарушение утилизации Fe (апластическая анемия), состояние после резекции желудка, кровотечения. С осторожностью при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

### **ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ**

**Профилактика преэклампсии**

### **АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА**

**Рекомендации FDA категория D.**

**Показания:** Профилактика преэклампсии у женщин, имеющих факторы риска (тяжелая преэклампсия в анамнезе).

**Фармакологическое действие:** Ингибирует циклооксигеназу в тромбоцитах, уменьшает синтез предшественников простагландинов и тромбоксана A<sub>2</sub> из арахидоновой кислоты, в том числе и в тромбоцитах. Уменьшает агрегацию, адгезию тромбоцитов и тромбообразование.

**Доза и способ введения:** 75-125 мг/сутки внутрь с 12-й по 34-ю неделю беременности.

**Противопоказания:** Эрозивно-язвенные поражения ЖКТ в фазе обострения, желудочно-кишечное кровотечение, «аспириновая триада», наличие в анамнезе указаний на крапивницу, ринит, вызванные приемом ацетилсалициловой кислоты и других НПВС, гемофилия, геморрагический диатез, гипопротромбинемия, расслаивающаяся аневризма аорты, портальная гипертензия,

дефицит витамина К, печеночная и/или почечная недостаточность, дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, синдром Рейе, I-й триместр беременности, повышенная чувствительность к ацетилсалициловой кислоте и другим салицилатам.

### **СОЛИ КАЛЬЦИЯ**

**Категория FDA не определена. Рекомендован ВОЗ (2012) женщинам с недостаточным потреблением в пищу кальция для профилактики преэклампсии.**

**Показания:** Профилактика преэклампсии у женщин, имеющих факторы риска (недостаточное потребление кальция с пищей).

**Фармакологическое действие:** Комбинированный препарат, регулирующий обмен кальция и фосфора в организме (в костях, зубах, ногтях, волосах, мышцах). Снижает резорбцию (рассасывание) и увеличивает плотность костной ткани, восполняя недостаток кальция и витамина D<sub>3</sub> в организме, необходим для минерализации зубов. Кальций участвует в регуляции нервной проводимости, мышечных сокращений и является компонентом системы свертывания крови.

**Доза и способ введения:** 1 г/сутки внутрь с 20-й недели беременности.

**Противопоказания:** Гиперкальциемия, гиперкальциурия, нефролитиаз, гипervитаминоз D, тяжелая почечная недостаточность, активная форма туберкулеза, саркоидоз, повышенная чувствительность к компонентам препарата.

**Профилактика задержки развития плода (при недоедании или несбалансированном питании)**

### **ПОЛИВИТАМИНЫ**

**Категория рекомендаций FDA не определена.**

**Показания:** Профилактика гиповитаминозов при недоедании или несбалансированном питании беременной.

**Фармакологическое действие:** Обусловлено свойствами компонентов, входящих в состав поливитаминов.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к компонентам препарата.

**Профилактика выкидыша (привычная потеря беременности или верифицированная недостаточность функции желтого тела, включая индуцированные беременности и беременности после ЭКО)**

**ПРОГЕСТЕРОН НАТУРАЛЬНЫЙ МИКРОНИЗИРОВАННЫЙ (Progesterone, Utrogestan)**

**Рекомендации FDA категория D.**





**Показания:** Профилактика привычного и угрожающего выкидыша, обусловленного гестагенной недостаточностью желтого тела.

**Фармакологическое действие:** Образование нормального секреторного эндометрия, уменьшение возбудимости и сократимости мускулатуры матки и маточных труб. Не обладает андрогенной активностью.

**Доза и способ введения:** 200-400 мг интравгинально ежедневно в 2 приема в I и II триместрах беременности.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к прогестинам, злокачественные опухоли молочных желез, острые заболевания печени (в т.ч. опухоли), печеночная недостаточность, тромбоэмболические заболевания.

### **КРАЙНОН (Progesterone)**

#### **Рекомендации FDA категория D.**

**Показания:** Поддержание лютеиновой фазы в процессе применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

**Фармакологическое действие:** Образование нормального секреторного эндометрия, уменьшение возбудимости и сократимости мускулатуры матки и маточных труб. Прогестерон ингибирует секрецию гипоталамических факторов высвобождения ФСГ и ЛГ, угнетает образование в гипофизе гонадотропных гормонов и тормозит овуляцию. В вагинальном геле прогестерон включен в полимерную систему доставки, которая связывается со слизистой оболочкой влагалища и обеспечивает непрерывное высвобождение прогестерона, по крайней мере, в течение 3 дней.

**Доза и способ введения:** 1 аппликатор (90 мг прогестерона) интравгинально ежедневно, начиная с дня переноса эмбриона, в течение 30 дней с момента клинически подтвержденной беременности.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к прогестинам, злокачественные опухоли молочных желез, острые заболевания печени (в т.ч. опухоли), печеночная недостаточность, тромбоэмболические заболевания. **Крайнон** не следует применять при беременности, за исключением применения в ранний период беременности в процессе проведения вспомогательных методов репродукции. Противопоказано применение в период лактации (грудного вскармливания).

### **ДИДРОГЕСТЕРОН (Dydrogesterone)**

**Категория рекомендаций FDA не определена.**

**Показания:** Угрожающий или привычный аборт, ассоциированный с доказанной прогестиновой недостаточностью, хроническим эндометритом, наличием ретрохориальной ге-

матомы, наличием антител к прогестерону. Невынашивание вследствие несовместимости супругов по антигенам гистосовместимости.

**Фармакологическое действие:** Прогестагенное, оказывает селективное действие на эндометрий, способствует образованию нормального секреторного эндометрия у женщин после предварительной терапии эстрогенами. Уменьшает возбудимость и сократимость матки и труб. Не вызывает маскулинизации плода и вирилизации матери.

**Доза и способ введения:** При привычном невынашивании — 10 мг × 2 раза в сутки внутрь до 16-20 недели беременности.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность, рак молочной железы, острые заболевания печени (в т.ч. новообразования), холестатическая желтуха беременных в анамнезе, печеночная недостаточность, тромбоэмболические заболевания.

### **Профилактика преждевременных родов**

### **ПРОГЕСТЕРОН НАТУРАЛЬНЫЙ МИКРОНИЗИРОВАННЫЙ (Progesterone, Utrogestan)**

#### **Рекомендации FDA категория D.**

**Показания:** Профилактика преждевременных родов у женщин группы риска (имевших в анамнезе преждевременные роды).

**Фармакологическое действие:** Образование нормального секреторного эндометрия, уменьшение возбудимости и сократимости мускулатуры матки и маточных труб. Не обладает андрогенной активностью.

**Доза и способ введения:** Интравгинально по 200 мг ежедневно до 34 недель беременности.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность к прогестинам, злокачественные опухоли молочных желез, острые заболевания печени (в т.ч. опухоли), печеночная недостаточность, тромбоэмболические заболевания.

### **МОНИТОРИНГ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

При появлении нежелательной побочной реакции (НПР) на лекарственное средство необходимо заполнить извещение о НПР.

Извещения о НПР необходимо направлять:

1. Кабинет клинической фармакологии ГБУЗ КО КОКБ. Тел. 8 (3842) 39-65-39.  
E-mail: farm\_kokb@mail.ru
2. ГБУЗ КО «Центр контроля качества и сертификации лекарственных средств».  
Тел. 8 (3842) 28-97-66.  
E-mail: kcenter\_3842@mail.ru

**Извещение о нежелательной побочной реакции (НПР) лекарственного средства**

|                                                                                                                                                                                      |               |               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|
| Сообщение <input type="checkbox"/> первичное <input type="checkbox"/> повторное (дата первичного _____)                                                                              |               |               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |           |
| Отправитель извещения<br>ФИО:<br>Должность и место работы:<br><br>Адрес учреждения:<br>Телефон:<br>Подпись:<br>Дата:                                                                 |               |               | Информация о пациенте<br>Инициалы:<br>Лечение: <input type="checkbox"/> амбулаторное <input type="checkbox"/> стационарное<br>№ амб. карты или истории болезни<br>Возраст<br>Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж<br>Вес (кг) _____ |                          |           |
| Лекарственное средство (ЛС), предположительно вызвавшее НПР                                                                                                                          |               |               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |           |
| Международное непатентованное название (МНН)                                                                                                                                         |               |               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |           |
| Торговое наименование                                                                                                                                                                |               |               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |           |
| Производитель, страна                                                                                                                                                                |               |               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |           |
| Номер серии                                                                                                                                                                          | Путь введения | Суточная доза | Дата начала терапии                                                                                                                                                                                                                                       | Дата обнаружения НПР     | Показание |
|                                                                                                                                                                                      |               |               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |           |
| Другие лекарственные средства, принимаемые в течение последних трех месяцев, включая ЛС, принимаемые больным самостоятельно. Укажите «НЕТ», если других лекарств пациент не принимал |               |               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |           |
| МНН                                                                                                                                                                                  | ТН            | Путь введения | Дата назначения терапии                                                                                                                                                                                                                                   | Дата прекращения терапии | Показание |
|                                                                                                                                                                                      |               |               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |           |
|                                                                                                                                                                                      |               |               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |           |
|                                                                                                                                                                                      |               |               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |           |
|                                                                                                                                                                                      |               |               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |           |
|                                                                                                                                                                                      |               |               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| НПР, предположительно связанные с приемом лекарственного средства                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |
| Диагноз и/или симптомы                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Дата начала НПР<br>_____/_____/_____ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Дата разрешения<br>_____/_____/_____ |
| Предпринятые меры:<br><input type="checkbox"/> Без лечения <input type="checkbox"/> Отмена подозреваемого ЛС<br><input type="checkbox"/> Снижение дозы подозреваемого ЛС <input type="checkbox"/> Отмена сопутствующего лечения<br><input type="checkbox"/> Лекарственная терапия <input type="checkbox"/> Немедикаментозная терапия                                 |                                      |
| Дополнительная лекарственная терапия 1<br>(если понадобилась) 2<br>3                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                      |
| Исход:<br><input type="checkbox"/> выздоровление без последствий <input type="checkbox"/> госпитализация или ее продление<br><input type="checkbox"/> угроза жизни <input type="checkbox"/> инвалидность<br><input type="checkbox"/> состояние без динамики <input type="checkbox"/> рождение ребенка с врожденной аномалией<br><input type="checkbox"/> не известно |                                      |
| Значимая дополнительная информация, включая анамнестические данные, подозреваемые лекарственные взаимодействия.<br><br>Для врожденных аномалий указать все ЛС, принимаемые во время беременности, а также дату последней менструации                                                                                                                                 |                                      |



## ЛИТЕРАТУРА:

1. Бабанов, С.А. Фармакотерапия при беременности и лактации /С.А. Бабанов, И.А. Агаркова //Трудный пациент. – 2009. – № 12.
2. Ведение больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями: клинические рекомендации. – М., 2012. – 112 с.
3. Преждевременные роды: методическое пособие для врачей. – М., 2011.
4. Радзинский, В.Е. Ранние сроки беременности /В.Е. Радзинский. – М., 2008.
5. РЛС: Регистр лекарственных средств, 2012.
6. Формуляр лекарственных средств /под ред. В.Е. Радзинского. – М., 2011.
7. Энкин, М. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка /М. Энкин, М. Кейрс, Д. Нейлсон. – СПб.: Петрополис, 2003. – 482 с.
8. A case-control teratological study of spiramycin, roxithromycin, oleandomycin and josamycin /A.E. Czeizel, M. Rockenbauer, J. Olsen et al. //Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2000. – Vol. 79, N 3. – P. 234-237.
9. A double-blind, randomized, placebocontrolled trial of acyclovir in late pregnancy for the reduction of herpes simplex virus shedding and caesarean delivery /D.H. Watts, Z.A. Brown, D. Money et al. //Am. J. Obstet. Gynecol. – 2003. – Vol. 188. – P. 836-843.
10. A randomized controlled trial comparing amoxicillin and azitromycin for the treatment of Chlamydia trachomatis in pregnancy /G.F. Jacobson, A.M. Autry, R.S. Kirby et al. //Am. J. Obstet. Gynecol. – 2001. – Vol. 184. – P. 1352-1354.
11. A randomized, prospective trial comparing amoxicillin and erythromycin for the treatment of Chlamydia trachomatis in pregnancy /N.S. Silverman, M. Sullivan, M. Hochman et al. //Am. J. Obstet. Gynecol. – 1994. – Vol. 170. – P. 829-831.
12. Antenatal care: Routine care for the healthy pregnant women /NICE. Clinical Guideline. – London: RCOG Press, 2008.
13. Antenatal care: Routine care for the healthy pregnant women /NICE. Clinical Guideline. – London: RCOG Press, 2010.
14. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy /H. McDonald, P. Brocklehurst, J. Parsons et al. //Cochrane Database Syst. Rev. – 2003. – N 2. – CD000262.
15. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications /L. Duley, D.J. Henderson-Smith, S. Meher et al. //Cochrane Database Syst. Rev. – 2009. – Iss. 1.
16. Atallah, A.N. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems /A.N. Atallah, G.J. Hofmeyr, L. Duley //Cochrane Database Syst. Rev. – 2002. – Iss. 1. – CD001059.
17. Boulvain, M. Intracervical prostaglandins for induction of labour /M. Boulvain, A.J. Kelly, O. Irion //Cochrane Database Syst. Rev. – 2008. – Iss. 1. – CD006971.
18. Brocklehurst, P. Antibiotics for gonorrhoea in pregnancy /P. Brocklehurst //Cochrane Database Syst. Rev. – 2002. – N 2. – CD000098.
19. Brocklehurst, P. Update on the treatment of sexually transmitted infections in pregnancy /P. Brocklehurst //Int. J. STD AIDS. – 1999. – N 10. – P. 571-578.
20. Bush, M.R. Azitromycin and erythromycin in the treatment of cervical chlamydial infection during pregnancy /M.R. Bush, C. Rosa //Obstet. Gynecol. – 1994. – N 84. – P. 61-63.
21. Crowther, C.A. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation /C.A. Crowther //Cochrane Database Syst. Rev. – 1999. – Iss. 2. – CD000020.
22. Cuervo, L.G. Treatment for iron deficiency anaemia in pregnancy /L.G. Cuervo, K. Mahomed //Cochrane Database Syst. Rev. – 2001. – Iss. 2. – CD003094.
23. Czeizel, A.E. A case-control teratological study of vaginal natamycin treatment during pregnancy /A.E. Czeizel, Z. Kazy, P. Vargha //Reprod. Toxicol. – 2003. – Vol. 17, N 4. – P. 387-391.
24. Devaseelan, P. Human chorionic gonadotrophin for threatened miscarriage /P. Devaseelan, P.P. Fogarty, L. Regan //Cochrane Database Syst. Rev. – 2010. – Vol. 12, N 5. – CD007422.
25. Donders, G.G. Treatment of sexually transmitted bacterial diseases in pregnant women /G.G. Donders //Drugs. – 2000. – N 59. – P. 477-485.
26. Guidelines for Perinatal care //Gynecol. Scand. – 2000. – N 79. – P. 234-237.
27. Haas, A. Antibiotic therapy in pregnancy /A. Haas, G. Maschmeyer //Dtsch. Med. Wochenschr. – 2008. – Vol. 133, N 11. – P. 511-515.
28. Hans, U. Regular vitamin C supplementation during pregnancy reduces hospitalization: outcomes of a Ugandan rural cohort study /U. Hans, B. Edward //Pan. Afr. Med. J. – 2010. – N 30. – P. 5-15.
29. Hapangama, D. Mifepristone for induction of labour /D. Hapangama, J.P. Neilson //Cochrane Database Syst. Rev. – 2009. – Iss. 3.
30. Is metronidazole teratogenic? A meta-analysis /T. Caropaton, A. Carvajal, I. Martin de Diego et al. //Br. J. Clin. Pharmacol. – 1997. – N 44. – P. 179-182.
31. Källen, B.A. Is erythromycin therapy teratogenic in humans? /B.A. Källen, P. Otterblad Olausson, B.R. Danielsson //Reprod. Toxicol. – 2005. – Vol. 20, N 2. – P. 209-214.
32. Lede, R. Uterine muscle relaxant drugs for threatened miscarriage /R. Lede, L. Duley //Cochrane Database Syst. Rev. – 2005. – Vol. 20, N 3. – CD002857.
33. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus /L.W. Doyle, C.A. Crowther, P. Middleton et al. //Cochrane Database Syst. Rev. – 2009. – Iss. 1. – CD004661.
34. Mahomed, K. Folate supplementation in pregnancy /K. Mahomed //Cochrane Database Syst. Rev. – 1997. – Iss. 3. – CD000183.
35. Mahomed, K. Maternal iodine supplements in areas of deficiency /K. Mahomed, A.M. Gulmezoglu //Cochrane Database Syst. Rev. – 1997. – Iss. 4. – CD000135.
36. Neilson, J.P. Mifepristone for induction of labour /J.P. Neilson //Cochrane Database Syst. Rev. – 2000. – Iss. 4. – CD002865.

37. Progestogen for treating threatened miscarriage /H.A. Wahabi, N.F. Abed Althagafi, M. Elawad et al. //Cochrane Database Syst. Rev. – 2011. – Vol. 16, N 3. – CD005943.
38. Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: a meta-analysis /E. Bujold, S. Roberge, Y. Lacasse et al. //Obstet. Gynecol. – 2010. – Vol. 116, N 2, Pt. 1. – P. 402-414.
39. Significance of study of spiramycin, roxithromycin, oleanomycin and josamycin. Acta Obstet. the dose of josamycin in the treatment of chlamydia infected pregnant patients /J. Soltz-Szots, S. Schneider, B. Niebauer et al. //Z. Hautkr. – 1989. – N 64. – P. 129-131.
40. The relationship between dietary supplement use in late pregnancy and birth outcomes: a cohort study in British women /N.A. Alwan, D.C. Greenwood, N.A. Simpson et al. //BJOG. – 2010. – Vol. 117, N 7. – P. 821-829.
41. Vitamin supplementation for preventing miscarriage /A. Rumbold, P. Middleton, N. Pan et al. //Cochrane Database Syst. Rev. – 2011. – Vol. 19, N 1. – CD004073.
42. Weiss, S.R. Prescription Medication Use in Pregnancy /S. R. Weiss //Medscape Pharmacotherapy. – 2000. – N 2. – P. 2.
43. WHO recommendation for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia /WHO. – 2011.
44. Young, G.L. Topical treatment for vaginal candidiasis (thrush) in pregnancy /G.L. Young, D. Jewell //Cochrane Database Syst. Rev. – 2001. – N 4. – CD000225.

## Приложение

### Рекомендации по применению антимикробных препаратов у беременных женщин и кормящих матерей

| Препараты                                                         | Категория FDA | Применение при беременности. Комментарии.                                                                                   | Применение при грудном вскармливании. Комментарии.                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Антибактериальные препараты                                       |               |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                      |
| Пенициллины                                                       | B             | С осторожностью                                                                                                             | С осторожностью. Проникают в грудное молоко. Возможно изменение кишечной микрофлоры, сенсibilизация ребенка, кандидоз, кожная сыпь.                                                  |
| Цефалоспорины                                                     | B             | С осторожностью                                                                                                             | С осторожностью. Проникают в грудное молоко. Возможно изменение кишечной микрофлоры, сенсibilизация ребенка, кандидоз, кожная сыпь. Не изучена безопасность цефиксима и цефтибутена. |
| Карбапенемы                                                       |               |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                      |
| Имипенем                                                          | C             | В исключительных случаях, если потенциальная польза превалирует над риском. Есть данные о тератогенном действии у животных. | Не рекомендуется.                                                                                                                                                                    |
| Меропенем                                                         | B             | В исключительных случаях, если потенциальная польза превалирует над риском.                                                 | В исключительных случаях, если потенциальная польза превалирует над риском.                                                                                                          |
| Монобактамы                                                       |               |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                      |
| Азтреонам                                                         | B             | С осторожностью.                                                                                                            | С осторожностью.                                                                                                                                                                     |
| Макролиды                                                         |               |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                      |
| Азитромицин                                                       | B             | Возможно применение при хламидийной инфекции у беременных.                                                                  | С осторожностью. Нет данных о проникновении в грудное молоко.                                                                                                                        |
| Джозамицин<br>Мидекамицин<br>Рокситромицин                        | -             | Разрешено по показаниям. Безопасность не изучена.                                                                           | Разрешено по показаниям. Мидекамицин проникает в грудное молоко в высоких концентрациях.                                                                                             |
| Кларитромицин                                                     | C             | Не рекомендуется. Есть данные об эмбриотоксическом действии у животных.                                                     | Не рекомендуется. Проникает в грудное молоко в высоких концентрациях.                                                                                                                |
| Спирамицин                                                        | -             | С осторожностью                                                                                                             | Не рекомендуется. Проникает в грудное молоко в высоких концентрациях.                                                                                                                |
| Эритромицин                                                       | B             | С осторожностью.                                                                                                            | С осторожностью. Проникает в грудное молоко в низких концентрациях.                                                                                                                  |
| Аминогликозиды                                                    |               |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                      |
| Амикацин<br>Канамицин<br>Нетилмицин<br>Стрептомицин<br>Тобрамицин | D             | Применяются по жизненным показаниям. Высокий риск ототоксичности.                                                           | С осторожностью. Проникают в грудное молоко в низких концентрациях.                                                                                                                  |

|                        |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Гентамицин             | C | Применяется по жизненным показаниям.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | С осторожностью. Проникает в грудное молоко в низких концентрациях.                                                                                                                                      |
| Неомицин               | - | Не рекомендуется.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Не рекомендуется.                                                                                                                                                                                        |
| Тетрациклины           | D | Не рекомендуются. Накапливаются в костях и зубных зачатках плода, нарушая их минерализацию. Высокий риск гепатотоксичности.                                                                                                                                                                                                                  | Не рекомендуются. Проникают в грудное молоко. Возможно нарушение развития зубных зачатков, линейного роста костей, фотосенсибилизация, влияние на кишечную микрофлору, кандидоз.                         |
| Хинолоны               | - | Не применяются.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Не применяются. Налидиксовая кислота проникает в грудное молоко в высоких концентрациях. Возможно развитие гемолитической анемии с желтухой, повышение внутричерепного давления.                         |
| Фторхинолоны           | C | Не рекомендуются. Высокий риск артротоксичности.                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Не рекомендуются. Проникают в грудное молоко. Высокий риск артротоксичности.                                                                                                                             |
| Гликопептиды           |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |
| Ванкомицин             | C | Применяется по жизненным показаниям. Имеются сообщения о транзиторных нарушениях слуха у новорожденных.                                                                                                                                                                                                                                      | Применяется по жизненным показаниям. Проникает в грудное молоко. Возможно изменение кишечной микрофлоры, сенсибилизация ребенка.                                                                         |
| Тейкопланин            | - | Не рекомендуется.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Не рекомендуется. Нет объективных данных.                                                                                                                                                                |
| Линкосамиды            | - | Не рекомендуется. Возможна кумуляция в печени плода.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Не рекомендуется. Проникают в грудное молоко. Возможно изменение кишечной микрофлоры, сенсибилизация ребенка.                                                                                            |
| Нитроимидазолы         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |
| Метронидазол           | B | Не рекомендуется в I триместре, со II триместра беременности – с осторожностью.                                                                                                                                                                                                                                                              | Проникает в грудное молоко. Грудное вскармливание в период приема препарата должно быть отменено. Возобновлять грудное вскармливание следует не ранее, чем через 48 часов после отмены приема препарата. |
| Тинидазол<br>Орнидазол | - | Не рекомендуются в I триместре, в других – если потенциальная польза превалирует над риском.                                                                                                                                                                                                                                                 | Не рекомендуются. Нет объективных данных.                                                                                                                                                                |
| Нитрофураны            |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |
| Нитро-фурантоин        | B | С осторожностью. Имеются сообщения о развитии гемолитической анемии у новорожденных.                                                                                                                                                                                                                                                         | С осторожностью. Проникает в грудное молоко в низких концентрациях. Возможно развитие гемолитической анемии.                                                                                             |
| Фуразидин              | - | Не рекомендуется.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Не рекомендуется.                                                                                                                                                                                        |
| Фуразолидон            | - | С осторожностью.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | С осторожностью.                                                                                                                                                                                         |
| Сульфанил-амиды        | C | С осторожностью. При назначении в I триместре возможны аномалии развития. При назначении в поздние сроки беременности: анемия, желтуха, потеря аппетита, рвота, поражение почек. Сульфаниламиды вытесняют билирубин из связи с альбуминами плазмы. Несвязанный билирубин проникает через плаценту и может приводить к энцефалопатии у плода. | С осторожностью. Проникают в грудное молоко. Возможна ядерная желтуха у грудных детей. При дефиците глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы – гемолитическая анемия.                                              |
| Ко-тримоксазол         | C | Не рекомендуется. См. Сульфаниламиды. Триметоприм проникает через плаценту в высоких концентрациях. Триметоприм – активный антагонист фолиевой кислоты. Повышается риск врожденных аномалий сердечно-сосудистой системы, ЦНС, задержка роста плода.                                                                                          | Не рекомендуется. См. Сульфаниламиды. Триметоприм проникает в грудное молоко в низких концентрациях.                                                                                                     |



|                                |   |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Полимиксины                    | B | С осторожностью.                                                                                                                                                                          | С осторожностью.                                                                                                                                                                                            |
| Препараты разных групп         |   |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                             |
| Диоксидин                      | - | Не рекомендуется. Эмбриотоксическое и мутагенное действие у животных.                                                                                                                     | Не рекомендуется.                                                                                                                                                                                           |
| Линезолид                      | C | Не рекомендуется                                                                                                                                                                          | Не рекомендуется.                                                                                                                                                                                           |
| Нитроксолин                    | - | Не рекомендуется                                                                                                                                                                          | Не рекомендуется.                                                                                                                                                                                           |
| Рифампицин                     | C | С осторожностью. Проникает через плаценту. Описаны случаи неблагоприятного действия на плод. При назначении на поздних сроках возможны постнатальные кровотечения.                        | С осторожностью. Проникает в грудное молоко.                                                                                                                                                                |
| Спектиномицин                  | B | С осторожностью. Рекомендован для лечения гонореи у беременных при аллергии на -лактамы.                                                                                                  | С осторожностью. Нет данных о проникновении в грудное молоко. При назначении кормящим матерям начальная доза 1 грамм в/в, затем каждые 6 часов до родоразрешения; нежелательных реакций у детей не описано. |
| Фосфомицин трометамол          | B | С осторожностью.                                                                                                                                                                          | С осторожностью.                                                                                                                                                                                            |
| Фузидиевая кислота             | - | Назначается при крайней необходимости. Может вытеснять билирубин из связи с белками и вести к развитию энцефалопатии у плода.                                                             | Назначается при крайней необходимости. Проникает в грудное молоко.                                                                                                                                          |
| Хлорамфеникол                  | - | Не рекомендуется. Возможно развитие «серого синдрома» или угнетение костного мозга, особенно при назначении на поздних сроках беременности. (Очень старые рекомендации, еще Страчунского) | Не рекомендуется. Проникает в грудное молоко.                                                                                                                                                               |
| Противотуберкулёзные препараты |   |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                             |
| Изониазид                      | C | С осторожностью. Возможна последующая задержка психомоторного развития ребенка, миеломенингоцеле, гипоспадия, геморрагии (за счет гиповитаминоза К).                                      | С осторожностью. Проникает в грудное молоко. Возможно развитие гепатита и периферического неврита у ребенка.                                                                                                |
| Пиразинамид<br>Этамбутол       | C | С осторожностью. Данных об увеличении числа врожденных аномалий нет.                                                                                                                      | С осторожностью. Проникают в грудное молоко. Отрицательного влияния не выявлено.                                                                                                                            |
| Протионамид                    | - | С осторожностью. Данных об увеличении числа врожденных аномалий нет.                                                                                                                      | С осторожностью.                                                                                                                                                                                            |
| Рифабутин                      | B | Не рекомендуется.                                                                                                                                                                         | Не рекомендуется.                                                                                                                                                                                           |
| Этионамид                      | - | Не рекомендуется. Тератогенное действие у животных.                                                                                                                                       | С осторожностью. Начальная доза 1 г в/в, затем каждые 6 часов до родоразрешения.                                                                                                                            |
| Капреомицин<br>Циклосерин      | C | Не рекомендуются. Капреомицин обладает тератогенным действием у животных.                                                                                                                 | Не рекомендуются.                                                                                                                                                                                           |
| ПАСК<br>Тиоацетазон            | - | Не рекомендуются.                                                                                                                                                                         | Не рекомендуются.                                                                                                                                                                                           |
| Противогрибковые препараты     |   |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                             |
| Амфотерицин В                  | B | С осторожностью.                                                                                                                                                                          | С осторожностью. Нет данных о проникновении в грудное молоко.                                                                                                                                               |
| Гризеофульвин                  | - | Не рекомендуется. Эмбриотоксическое и тератогенное действие у животных.                                                                                                                   | Не рекомендуется. Нет данных о безопасности.                                                                                                                                                                |
| Итраконазол                    | C | Не рекомендуется. Эмбриотоксическое и тератогенное действие у животных.                                                                                                                   | Не рекомендуется. Начальная доза 1 г в/в, затем каждые 6 часов до родоразрешения. Проникает в грудное молоко.                                                                                               |
| Кетоконазол                    | C | Не рекомендуется. Эмбриотоксическое и тератогенное действие у животных.                                                                                                                   | Не рекомендуется.                                                                                                                                                                                           |

|                                       |   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Нистатин                              | - | С осторожностью. Неблагоприятных эффектов не описано.                                                                                             | С осторожностью.                                                                                                                                                                                   |
| Тербинафин                            | B | Системный прием не рекомендуется.                                                                                                                 | Системный прием не рекомендуется. Проникает в грудное молоко.                                                                                                                                      |
| Флуконазол                            | C | Не рекомендуется. Эмбриотоксическое и тератогенное действие у животных. Возможно нарушение синтеза эстрогенов.                                    | С осторожностью. Высокие уровни в грудном молоке. Возможно влияние на кишечную флору ребенка.                                                                                                      |
| Флуцитозин                            | C | В исключительных случаях, если потенциальная польза превалирует над возможным риском.                                                             | Не рекомендуется. Нет данных о безопасности.                                                                                                                                                       |
| Противовирусные препараты             |   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                    |
| Ацикловир                             | B | Системное применение возможно, если потенциальная польза превалирует над риском. Не использовать для лечения и профилактики генитального герпеса. | С осторожностью. Начальная доза 1 г в/в, затем каждые 6 часов до родоразрешения. Проникает в грудное молоко.                                                                                       |
| Валацикловир                          | B | То же                                                                                                                                             | С осторожностью. Проникает в грудное молоко.                                                                                                                                                       |
| Ганцикловир                           | C | Не рекомендуется. Тератогенное действие у животных.                                                                                               | Не рекомендуется. Неблагоприятное действие на потомство у животных. Начальная доза 1 г в/в, затем каждые 6 часов до родоразрешения. Грудное кормление возможно через 3 суток после последней дозы. |
| Интерферон альфа                      | C | В исключительных случаях, если потенциальная польза превалирует над риском. Отмечено возрастание числа самопроизвольных аборт у животных.         | Не рекомендуется.                                                                                                                                                                                  |
| Ламивудин                             | C | В исключительных случаях, если потенциальная польза превалирует над риском. Тератогенное действие у животных.                                     | В исключительных случаях, если потенциальная польза превалирует над риском. Проникает в грудное молоко.                                                                                            |
| Рибавирин                             | X | Строго противопоказан. Эмбриотоксическое и тератогенное действие, вплоть до гибели плода.                                                         | Строго противопоказан.                                                                                                                                                                             |
| Римантадин                            | C | В исключительных случаях, если потенциальная польза превалирует над риском. Эмбриотоксическое действие у животных.                                | С осторожностью.                                                                                                                                                                                   |
| Фамцикловир                           | B | В исключительных случаях, если потенциальная польза превалирует над риском.                                                                       | Не рекомендуется. Нет данных о безопасности.                                                                                                                                                       |
| Фоскарнет                             | C | Не рекомендуется. Тератогенное действие.                                                                                                          | Не рекомендуется.                                                                                                                                                                                  |
| Противопаразитарные препараты         |   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                    |
| Артемизинин                           | - | Не рекомендуется в I триместре, в других – с осторожностью. Неблагоприятных эффектов не описано.                                                  | Не рекомендуется. Нет данных о безопасности.                                                                                                                                                       |
| Атовахон                              | C | В исключительных случаях, если потенциальная польза превалирует над риском.                                                                       | В исключительных случаях, если потенциальная польза превалирует над риском.                                                                                                                        |
| Дилксанид<br>Йодохинол<br>Меларсопрол | - | Не рекомендуются.                                                                                                                                 | Не рекомендуются.                                                                                                                                                                                  |
| Мефлохин                              | C | Не рекомендуется. Эмбриотоксическое и тератогенное действие.                                                                                      | Не рекомендуется. Проникает в грудное молоко.                                                                                                                                                      |
| Паромомицин                           | - | С осторожностью.                                                                                                                                  | Не рекомендуется. Нет данных о безопасности.                                                                                                                                                       |

|                              |   |                                                                                                                                                               |                                                            |
|------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Пентамидин                   | C | Не рекомендуется ингаляционное введение. Описаны самопроизвольные аборт.                                                                                      | Не рекомендуется. Нет данных о безопасности.               |
| Пириметамин                  | C | С осторожностью. Используется при токсоплазмозе у беременных. Тератогенное действие у животных. Потенциальный риск нарушения обмена фолиевой кислоты у плода. | С осторожностью.                                           |
| Пириметамин сульфадоксин     | C | С осторожностью. См. <i>пириметамин и сульфаниламиды</i> .                                                                                                    | С осторожностью. См. <i>пириметамин и сульфаниламиды</i> . |
| Примахин                     | - | Не рекомендуется. Потенциальный риск развития гемолитической анемии у плода.                                                                                  | Не рекомендуется. Нет данных о безопасности.               |
| Прогуанил                    | - | С осторожностью. Неблагоприятных эффектов не описано.                                                                                                         | С осторожностью.                                           |
| Сурамин                      | - | В исключительных случаях, если потенциальная польза превалирует над риском.                                                                                   | Не рекомендуется. Нет данных о безопасности.               |
| Хинакрин                     | - | Не рекомендуется.                                                                                                                                             | Не рекомендуется.                                          |
| Хинин                        | X | Строго противопоказан. Тератогенное действие.                                                                                                                 | Не рекомендуется.                                          |
| Хлорохин                     | - | С осторожностью. Может накапливаться в сетчатке глаза плода, возможна ототоксичность.                                                                         | С осторожностью. Проникает грудное молоко.                 |
| Противогельминтные препараты |   |                                                                                                                                                               |                                                            |
| Албендазол                   | C | Не рекомендуется. Тератогенное действие у животных.                                                                                                           | Не рекомендуется.                                          |
| Диэтил-карбамазин            | - | Не рекомендуется.                                                                                                                                             | Не рекомендуется.                                          |
| Карбендацим                  | - | Не рекомендуется.                                                                                                                                             | Не рекомендуется.                                          |
| Левамизол                    | C | В исключительных случаях, если потенциальная польза превалирует над риском. Тератогенное действие.                                                            | Не рекомендуется.                                          |
| Мебендазол                   | C | Не рекомендуется в I триместре, в других – если потенциальная польза превалирует над риском.                                                                  | Не рекомендуется.                                          |
| Никлозамид                   | B | Не рекомендуется в I триместре, в других – если потенциальная польза превалирует над риском.                                                                  | Не рекомендуется.                                          |
| Пиперазин                    | - | Не рекомендуется в I триместре, в других – если потенциальная польза превалирует над риском.                                                                  | Не рекомендуется. Проникает в грудное молоко.              |
| Пирантел памоат              | - | Не рекомендуется.                                                                                                                                             | Не рекомендуется.                                          |
| Празиквантель                | B | Применение возможно, если потенциальная польза превалирует над риском.                                                                                        | Не рекомендуется. Проникает в грудное молоко.              |
| Хлоксил                      | - | Не рекомендуется.                                                                                                                                             | Не рекомендуется.                                          |



# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ «АНТЕНАТАЛЬНЫЙ И ИНТРАНАТАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ»

(Рекомендованы КРОО «Ассоциация акушеров-гинекологов».  
Утверждены ДОЗН КО, приказ № 1501 от 29.12.2011)

## Клинические протоколы разработали:

**Абрамова Л.В.**, заведующая отделением ультразвуковой диагностики, ГБУЗ КО «Областной клинический перинатальный центр имени Л.А. Решетовой».

**Артымук Н.В.**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Зеленина Е.М.**, к.м.н., заместитель начальника, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области.

**Зуева Г.П.**, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Кабакова Т.В.**, главный областной специалист по акушерству и гинекологии, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области.

**Колесникова Н.Б.**, заместитель директора по акушерской помощи, ГБУЗ КО «Областной клинический перинатальный центр им. Л.А. Решетовой».

**Кубасова Л.А.**, к.м.н., заведующий отделением патологии беременности МБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5» г. Кемерово.

**Марочко Т.Ю.**, к.м.н., доцент, кафедра акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Новикова О.Н.**, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Тришкин А.Г.**, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Ушакова Г.А.**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Черняева В.И.**, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

## Рецензенты:

**Пекарев О.Г.**, д.м.н., профессор, главный акушер-гинеколог Сибирского федерального округа, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета, ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России».

**Белокриницкая Т.Е.**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии, ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Минздрава России».

Оценка состояния плода в настоящее время является ключевым моментом в практике современного акушера-гинеколога, так как во многом определяет стратегию ведения беременности и родов для достижения конечной цели — обеспечения эффективной помощи в рождении живого, здорового ребенка.

© Коллектив авторов, 2012

## РУТИННЫЙ АНТЕНАТАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ

**Рутинное** наблюдение за состоянием плода во время беременности включает:

- измерение ВДМ;
- контроль шевелений плода;
- УЗИ скрининг: приказ Минздравсоцразвития РФ № 808н от 2.10.2009 г. «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи»: 11-14 недель; 20-22 недели; 32-34 недели;

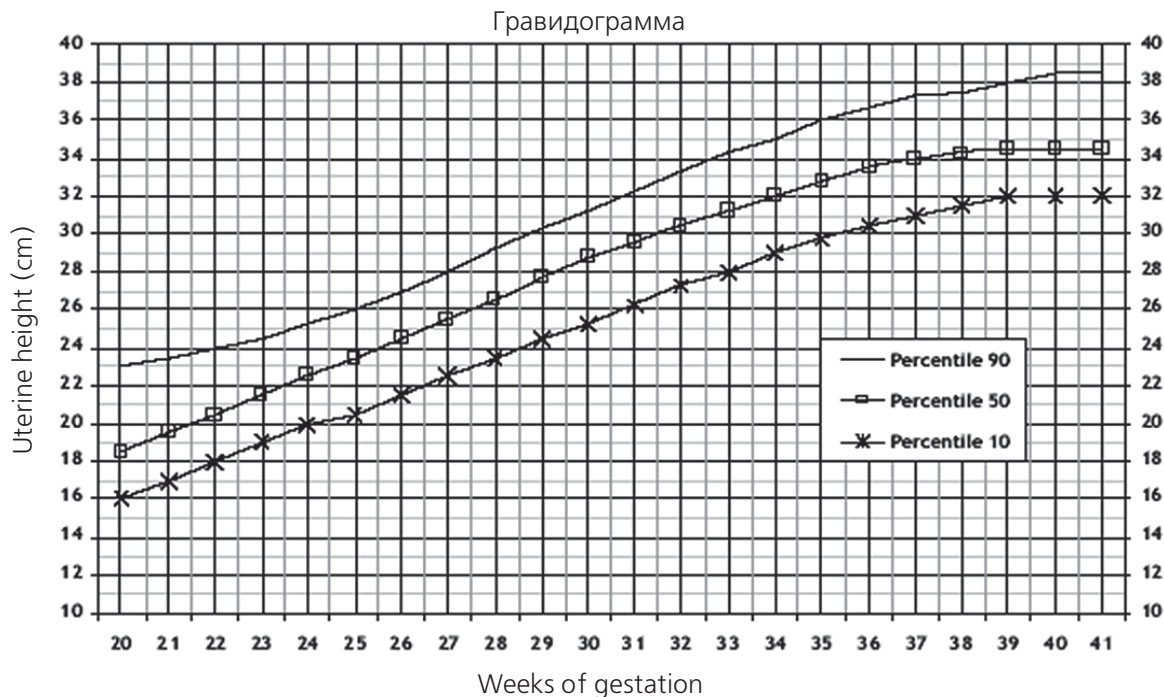
- биохимический скрининг: приказ Минздравсоцразвития РФ № 808н от 2.10.2009 г. «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи»: 11-14 недель (определение плазменного альбумина, ассоциированного с беременностью, и свободной b-единицы ЧХГ).

**Измерение ВДМ** (расстояние от верхнего края симфиза до дна матки) показано, **начиная с 24 недель** беременности с использованием серии



измерений ВДМ. Данные исследования стоит отображать графически в гравидограмме. Данный график должен быть приложен к каждой диспансерной книжке и индивидуальной карте беременной (рис.).

Рисунок



#### Контроль шевелений плода

При сравнении различных методик контроля двигательной активности плода преимуществ какой-либо из предложенных методик не выявлено. Кроме того, не получено каких-либо данных по эффективности подсчета количества шевелений за определенный промежуток времени для предотвращения случаев антенатальной гибели плодов в поздние сроки (**Уровень доказательности 1В**).

Рекомендуется не формальный подсчет количества шевелений, а качество изменения: «шевелится так же, как и вчера, сегодня хуже». Ухудшение шевеления плода в течение суток является тревожным симптомом при беременности, о котором необходимо сообщить будущей матери (проводя подробное консультирование в 20 недель беременности) для того, чтобы беременная женщина могла вовремя сориентироваться и обратиться за медицинской помощью.

**Рутинно подсчет шевелений плода не должен быть рекомендован (Уровень А).**

**ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ АНТЕНАТАЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ:**

- отклонение параметров гравидограммы (подозрение на задержку развития плода – ЗРП);

- ухудшение шевеления плода, отмеченные пациенткой;
- развитие преэклампсии;
- сахарный диабет;
- субкомпенсация или декомпенсация хронических заболеваний матери;
- антенатальное кровотечение;

- многоплодие;
- подозрение на патологию амниона (маловодие или многоводие);
- срок беременности 41 неделя и более (признаки перенашивания).

#### РАСШИРЕННЫЙ АНТЕНАТАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ

Расширенный антенатальный мониторинг дополнительно включает:

- УЗИ дополнительно к срокам скрининга, с обязательным определением поведенческих реакций плода: двигательных движений, дыхательной активности плода, мышечного тонуса плода, а также объема околоплодных вод, толщины плаценты, расширенной фетометрии;
- кардиотокографию (КТГ);
- оценку биофизического профиля плода (БФПП);
- доплерометрию.

#### АНТЕНАТАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА

##### Достоверные признаки ЗРП:

- несоответствие фетометрических показателей фактическому сроку беременности в 2 недели и более;





- нарушение взаимоотношения между размерами головки и туловища плода, снижение темпов недельного прироста основных фетометрических показателей, обнаруживаемое при проведении УЗИ в динамике (интервал 1-3 недели).

При I степени ЗРП наблюдается отставание фетометрических показателей до 2 недель.

При II степени — наблюдается отставание фетометрических показателей в пределах 2-4 недель.

При III степени — наблюдается отставание фетометрических параметров более 4 недель.

Увеличение фетометрических показателей (рост плода) по данным динамической фетометрии может констатировать, что плод маловесный к сроку гестации (МГВП), это исключает ЗРП. Ранним симптомом ЗРП может быть маловодие.

**Определение сердечной деятельности плода** —стораживающими симптомами являются тахикардия, брадикардия, экстрасистолы.

**Определение поведенческих реакций плода** —стораживающими симптомами являются снижение двигательной активности (ДАП), дыхательных движений (ДДП), тонуса плода.

**Выявление патологии амниона (маловодие, многоводие):** оценка индекса амниотической жидкости (ИАЖ) («золотой стандарт») — сумма объемов наибольших карманов жидкости, определяемых в каждом из 4-х квадрантов матки. Величина ИАЖ в зависимости от срока гестации представлена в таблице 1.

Таблица 1  
Индекс амниотической жидкости

| Недели | Границы ИАЖ |
|--------|-------------|
| 20     | 9-21        |
| 22     | 10-21       |
| 24     | 10-22       |
| 26     | 10-22       |
| 28     | 9-23        |
| 30     | 9-23        |
| 32     | 8-23        |
| 34     | 8-23        |
| 36     | 8-23        |
| 38     | 8-23        |
| 40     | 7-21        |
| 42     | 7-17        |

При ИАЖ менее нижней границы нормы для гестационного срока констатируется маловодие, более верхней границы нормы для гестационного срока — многоводие.

#### АНТЕНАТАЛЬНАЯ КАРДИОТОКОГРАФИЯ (КТГ)

Прогностическая ценность КТГ повышается после 35-36 недель. Используется шкала, предложенная W. Fischer и соавт. (1976).

Британский Королевский колледж акушеров-гинекологов не рекомендует рутинное проведение кардиотокографии, т.к. это не улучшает перинатальные исходы и не приводит к снижению перинатальной смертности (**Уровень А**).

Проводится анализ пяти кардиотокографических показателей: базальной частоты, амплитуды и частоты осцилляций, акцелераций и децелераций. Каждый из указанных показателей оценивается от 0 до 2 баллов. По сумме полученных баллов производится оценка состояния плода.

**Базальная частота** — средняя частота сердцебиений плода в течение 10-20 минут, определяется между сокращениями матки, без учета акцелераций и децелераций.

**Акцелерации (ускорение)** — увеличение частоты сердцебиений относительно базального уровня более чем на 15 ударов в минуту и продолжительностью более 15 секунд.

**Осцилляции** — регулярные колебания базальной частоты с размахом в пределах 5-15 ударов в минуту и частотой 3-10 волн в минуту.

**Децелерации (замедления)** — уменьшение частоты сердцебиений относительно базального уровня более чем на 15 ударов в минуту и по продолжительности более 15 секунд.

- ранние децелерации — спады частоты, которые наблюдаются одновременно с сокращением матки и связаны с компрессией головки плода;
- поздние децелерации — преходящие, но повторяющиеся снижения частоты, отмеченные в поздней фазе сокращения, достигают самой низкой точки после пика волны сокращения и возвращаются к базальному уровню по окончании сокращения; наличие поздних децелераций — признак угрожающего состояния плода;
- вариабельные децелерации — характеризуются вариабельностью длительности, времени возникновения по отношению к сокращениям матки и интенсивности (табл. 2).

Оценка КТГ в 8-10 баллов свидетельствует о нормальном состоянии плода, 7-5 баллов — о наличии признаков нарушения его жизнедеятельности, 4 балла и менее — о серьезных нарушениях состояния плода.

**Проведение нестрессового теста (НСТ)** — определение реакции сердечной деятельности плода на маточное сокращение или собственное движение в матке. В случае наличия акцелерации в ответ на маточное сокращение или собственное движение плода в матке тест расценивается как реактивный. В противном случае (отсутствие акцелераций) — ареактивный. Первоначально время проведения теста — 20 минут. При отсутствии акцелераций мониторинг продолжается еще 20 минут. В случае отсутствия акцелераций в течение 40 минут (явно ареактивный тест) по-



Таблица 2  
Оценка параметров КТГ по W. Fischer и соавт. (1976)

| Показатель                    | Оценка показателя в баллах           |                     |                       |
|-------------------------------|--------------------------------------|---------------------|-----------------------|
|                               | 0 баллов                             | 1 балл              | 2 балла               |
| Базальная ЧСС, уд/мин.        | Менее 100 или более 180              | 100-119,<br>161-180 | 120-160               |
| Амплитуда осцилляций, уд/мин. | Менее 5                              | 5-9, более 30       | 10-30                 |
| Частота осцилляций, мин-1     | Менее 2                              | 2-6                 | Более 6               |
| Акцелерации                   | Нет                                  | Периодические       | Спорадические         |
| Децелерации                   | Поздние, неблагоприятные, переменные | Вариабельные        | Нет или спорадические |

казано проведение дополнительных исследований – определение биофизического профиля плода (БФПП) и доплерометрия.

### ОЦЕНКА БИОФИЗИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПЛОДА (БФПП)

Оценка биофизического профиля плода с использованием методики Manning F.A. (1985), при которой учитываются 5 биофизических параметров при кардиомониторном исследовании – НСТ и 4 показателя, определяемые при ультразвуковом сканировании: дыхательные движения плода (ДДП), двигательная активность плода (ДАП), тонус плода (ТП), объем околоплодных

вод (ООВ). Каждый параметр БФПП оценивается в баллах: 0, 2 балла. С целью стандартизации условий оценка БФПП проводится в одно и то же время (11-13 часов), через 2 часа после приема пищи (табл. 3 и 4).

Оценка БФПП в 8-10 баллов характеризует нормальное состояние плода, 4-6 баллов – предпатологическое, 0-2 балла – патологическое состояние плода.

### ДОПЛЕРОМЕТРИЯ

Допплерометрия – метод комплексного наблюдения за состоянием кровообращения в системе мать-плацента-плод.

Таблица 3  
Оценка БФПП по Manning F.A. (1985)

| Параметр                                                   | Баллы                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                            | 2 балла                                                                                                                                              | 0 баллов                                                                                                                                                                   |
| Дыхательные движения плода (ДДП)                           | 1 эпизод не менее 30 сек. продолжительностью за 30 мин.                                                                                              | Отсутствие или эпизод < 30 сек. продолжительностью за 30 мин.                                                                                                              |
| Двигательная активность плода (ДАП)                        | 3 отдельных движений туловища или конечностей плода в течение 30 мин.                                                                                | 2 или менее отдельных движений туловища/конечностей плода в течение 30 мин.                                                                                                |
| Мышечный тонус плода                                       | 1 эпизод активного разгибания конечностей/туловища с возвращением в состояние флексии. Сжатие/разжатие кисти в кулак – показатель нормального тонуса | Очень медленное разгибание с возвращением назад в состояние частичной флексии или движения конечностей в полностью расслабленном состоянии. Или отсутствие шевелений плода |
| Объем амниотической жидкости или амниотический индекс (АИ) | Наибольший вертикальный размер свободного участка вод > 2 см в двух взаимно перпендикулярных сечениях; АИ < 5 см                                     | Околоплодные воды не визуализируются или наибольший вертикальный размер свободного участка вод < 2 см в двух взаимно перпендикулярных сечениях; АИ > 5 см                  |
| НСТ                                                        | Реактивный                                                                                                                                           | Ареактивный                                                                                                                                                                |

Таблица 4  
Оценка БФПП по Manning F.A. (1985) (упрощенный вариант)

| Параметр                                                   | Баллы             |             |
|------------------------------------------------------------|-------------------|-------------|
|                                                            | 2 балла           | 0 баллов    |
| Дыхательные движения плода (ДДП)                           | Норма, учащены    | Урежены     |
| Двигательная активность плода (ДАП)                        | Норма, повышена   | Снижена     |
| Мышечный тонус плода                                       | Норма             | Снижен      |
| Объем амниотической жидкости или амниотический индекс (АИ) | Норма, многоводие | Маловодие   |
| НСТ                                                        | Реактивный        | Ареактивный |



Проведение ультразвуковой доплерометрии во время беременности высокого риска улучшает ряд акушерских показателей и может способствовать уменьшению перинатальной смертности (особенно беременности, осложненной развитием ЗРП и гипертензивных нарушений).

По мнению Британского Королевского колледжа акушеров-гинекологов, доплерометрия не должна проводиться рутинно при беременности низкого риска (**Уровень А**).

Чаще исследуются кровотоки в маточных артериях (МА), артерии пуповины (АП), среднемозговой артерии (СМА).

Процентильные показатели индекса резистентности (ИР) маточных артерий, артерий пуповины во второй половине беременности представлены в таблицах 5 и 6. Процентильные показатели пиковой систолической скорости (ПСС) кровотока и пульсационный индекс (ПИ) в средней мозговой артерии (СМА) плода представлены в таблицах 7 и 8.

Наблюдение за состоянием плода при подозрении на ЗРП

**При подозрении на ЗРП необходим перевод пациентки в стационар III уровня!**

**В стационаре III уровня необходимо обеспечить:**

- проведение расширенного антенатального мониторинга и решение вопроса о преждевременном родоразрешении;
- решение вопроса о досрочном родоразрешении;
- профилактику СДР плода при сроке гестации менее 34 недель беременности.

**Антенатальный мониторинг при подозрении на задержку развития плода:**

- нестрессовый тест: от ежедневного (при СДО > 6) до 1 раза в неделю (частота проведения решается индивидуально, в зависимости от клинической ситуации);
  - СДО в артерии пуповины 1 раз в 3 дня (частота проведения решается индивидуально, в зависимости от клинической ситуации);
  - БФПП при ареактивном НСТ (частота проведения решается индивидуально, в зависимости от клинической ситуации);
  - УЗИ каждые 2-3 недели (при пролонгировании беременности);
  - ООВ – АИ (при снижении ООВ – НСТ чаще, при тяжелом маловодии – родоразрешение).
- После проведения комплексной функциональной диагностики необходимо принять решение

Таблица 5  
Процентильные показатели индекса резистентности (ИР) маточных артерий во второй половине беременности  
(Медведев М.В., Юдина Е.В., Москва, 1999)

| Срок беременности, недель | Индекс резистентности (ИР), процентиля |      |      |
|---------------------------|----------------------------------------|------|------|
|                           | 5                                      | 50   | 95   |
| 20                        | 0,37                                   | 0,52 | 0,70 |
| 21                        | 0,36                                   | 0,51 | 0,69 |
| 22                        | 0,36                                   | 0,50 | 0,68 |
| 23                        | 0,36                                   | 0,50 | 0,68 |
| 24                        | 0,35                                   | 0,50 | 0,67 |
| 25                        | 0,35                                   | 0,49 | 0,66 |
| 26                        | 0,35                                   | 0,49 | 0,65 |
| 27                        | 0,34                                   | 0,48 | 0,64 |
| 28                        | 0,34                                   | 0,48 | 0,64 |
| 29                        | 0,34                                   | 0,47 | 0,63 |
| 30                        | 0,34                                   | 0,46 | 0,62 |
| 31                        | 0,34                                   | 0,46 | 0,61 |
| 32                        | 0,34                                   | 0,45 | 0,61 |
| 33                        | 0,34                                   | 0,45 | 0,59 |
| 34                        | 0,34                                   | 0,45 | 0,59 |
| 35                        | 0,33                                   | 0,45 | 0,58 |
| 36                        | 0,33                                   | 0,44 | 0,58 |
| 37                        | 0,33                                   | 0,44 | 0,57 |
| 38                        | 0,33                                   | 0,44 | 0,57 |
| 39                        | 0,33                                   | 0,43 | 0,57 |
| 40                        | 0,32                                   | 0,43 | 0,57 |
| 41                        | 0,32                                   | 0,43 | 0,56 |



Таблица 6  
Процентильные показатели индекса резистентности (ИР)  
артерии пуповины во второй половине беременности  
(Медведев М.В., Юдина Е.В., Москва, 1999)

| Срок беременности, недель | Индекс резистентности (ИР), процентиля |      |      |
|---------------------------|----------------------------------------|------|------|
|                           | 5                                      | 50   | 95   |
| 20                        | 0,63                                   | 0,74 | 0,84 |
| 21                        | 0,62                                   | 0,73 | 0,83 |
| 22                        | 0,61                                   | 0,72 | 0,82 |
| 23                        | 0,60                                   | 0,71 | 0,82 |
| 24                        | 0,59                                   | 0,70 | 0,81 |
| 25                        | 0,58                                   | 0,69 | 0,80 |
| 26                        | 0,58                                   | 0,68 | 0,79 |
| 27                        | 0,57                                   | 0,67 | 0,79 |
| 28                        | 0,56                                   | 0,66 | 0,78 |
| 29                        | 0,55                                   | 0,65 | 0,78 |
| 30                        | 0,54                                   | 0,64 | 0,77 |
| 31                        | 0,53                                   | 0,63 | 0,76 |
| 32                        | 0,52                                   | 0,62 | 0,75 |
| 33                        | 0,51                                   | 0,61 | 0,74 |
| 34                        | 0,49                                   | 0,60 | 0,73 |
| 35                        | 0,48                                   | 0,59 | 0,72 |
| 36                        | 0,46                                   | 0,58 | 0,71 |
| 37                        | 0,44                                   | 0,57 | 0,70 |
| 38                        | 0,43                                   | 0,56 | 0,69 |
| 39                        | 0,42                                   | 0,55 | 0,68 |
| 40                        | 0,41                                   | 0,54 | 0,67 |
| 41                        | 0,40                                   | 0,53 | 0,66 |

Таблица 7  
Процентильные показатели пиковой систолической скорости (ППС)  
кровотока в средней мозговой артерии во второй половине беременности  
(Медведев М.В., Москва, 1999)

| Срок беременности, недель | ППС см/с, процентиля |      |      |
|---------------------------|----------------------|------|------|
|                           | 5                    | 50   | 95   |
| 20                        | 18,4                 | 22,0 | 25,6 |
| 21                        | 19,6                 | 23,9 | 28,3 |
| 22                        | 20,9                 | 26,1 | 31,2 |
| 23                        | 22,3                 | 28,3 | 34,3 |
| 24                        | 23,8                 | 30,3 | 36,8 |
| 25                        | 24,9                 | 32,5 | 42,1 |
| 26                        | 26,5                 | 35,5 | 44,5 |
| 27                        | 27,9                 | 36,8 | 47,9 |
| 28                        | 29,2                 | 38,9 | 48,6 |
| 29                        | 30,6                 | 41,0 | 52,6 |
| 30                        | 31,9                 | 44,4 | 56,9 |
| 31                        | 33,3                 | 45,3 | 57,3 |
| 32                        | 34,5                 | 47,0 | 60,5 |
| 33                        | 36,1                 | 49,4 | 62,7 |
| 34                        | 37,2                 | 51,2 | 65,2 |
| 35                        | 38,5                 | 53,5 | 68,2 |
| 36                        | 40,2                 | 55,9 | 71,6 |
| 37                        | 41,4                 | 57,4 | 73,4 |
| 38                        | 42,8                 | 60,8 | 78,8 |
| 39                        | 44,5                 | 61,5 | 78,5 |



Таблица 8  
Процентильные показатели пульсационного индекса (ПИ) в средней мозговой артерии во второй половине беременности (Медведев М.В., Москва, 1999)

| Срок беременности, недель | ППС см/с, процентиля |      |      |
|---------------------------|----------------------|------|------|
|                           | 5                    | 50   | 95   |
| 20                        | 1,35                 | 2,14 | 2,93 |
| 21                        | 1,40                 | 2,22 | 3,04 |
| 22                        | 1,44                 | 2,29 | 2,13 |
| 23                        | 1,48                 | 2,34 | 3,20 |
| 24                        | 1,51                 | 2,38 | 3,26 |
| 25                        | 1,52                 | 2,41 | 3,30 |
| 26                        | 1,54                 | 2,43 | 3,32 |
| 27                        | 1,54                 | 2,44 | 3,33 |
| 28                        | 1,54                 | 2,43 | 3,32 |
| 29                        | 1,52                 | 2,41 | 3,30 |
| 30                        | 1,50                 | 2,38 | 3,26 |
| 31                        | 1,48                 | 2,34 | 3,20 |
| 32                        | 1,44                 | 2,28 | 3,12 |
| 33                        | 1,40                 | 2,21 | 3,03 |
| 34                        | 1,35                 | 2,13 | 2,92 |
| 35                        | 1,29                 | 2,04 | 2,79 |
| 36                        | 1,22                 | 1,94 | 2,65 |
| 37                        | 1,15                 | 1,82 | 2,49 |
| 38                        | 1,07                 | 1,69 | 2,32 |
| 39                        | 0,98                 | 1,56 | 2,13 |
| 40                        | 0,89                 | 1,40 | 1,92 |
| 41                        | 0,78                 | 1,24 | 1,70 |
| 42                        | 0,67                 | 1,06 | 1,45 |

о родоразрешении, при сроке гестации менее 34 недель пролонгирование беременности необходимо для проведения профилактики СДР.

#### НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ ПЛОДА В РОДАХ

Наблюдение за состоянием плода при отсутствии показаний для проведения непрерывной интранатальной кардиотокографии осуществляется рутинно, путем аускультации сердцебиений плода и наблюдения за окраской околоплодных вод (наличие мекония является неблагоприятным фактором и требует постоянного кардиомониторного контроля).

#### РУТИННЫЙ ИНТРАНАТАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ

##### 1. Аускультация:

- периодическая аускультация сердцебиений плода является основным и достаточным методом наблюдения за состоянием плода в родах при отсутствии особых показаний (Уровень доказательности 1А);
- аускультация в I периоде — каждые 15 минут, во II периоде — каждые 5 минут [Intrapartum care. NICE. 2007].

Выслушивание сердцебиения плода можно производить обычным акушерским стетоскопом

или фетоскопом, ручным доплеровским прибором или при помощи прибора КТГ с обязательной документальной фиксации (пленка КТГ, отражение ЧСС плода в партограмме).

##### 2. Наблюдение за окраской околоплодных вод (выявление мекония):

- небольшое количество мекония, слегка окрашенные меконием околоплодные воды требуют расширения интранатального мониторинга — непрерывная КТГ в родах;
- обратить внимание, что при тазовом предлежании плода меконий в околоплодных водах может быть в норме, однако при ведении родов при тазовом предлежании необходимо проведение постоянной КТГ плода;
- появление любого количества мекония, особенно в процессе родов, может быть признаком угрожающего состояния плода, что требует незамедлительного решения вопроса о родоразрешении на основании комплексной диагностики состояния плода (аускультация, КТГ).

#### МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ РАСШИРЕННОМ ИНТРАНАТАЛЬНОМ МОНИТОРИНГЕ

1. Постоянная кардиотокография (однократное проведение КТГ не имеет преимуществ перед





аускультацией сердцебиений плода, проводимой по протоколу).

2. Определение газов крови из кожи головки плода в случае неудовлетворительных показателей КТГ (**только в родовспомогательных учреждениях III группы при наличии оборудования!**).

### Интранатальная кардиотокография

Доказано, что постоянный электронный кардиомониторинг сопровождается повышением частоты операции кесарева сечения и послеродовой заболеваемости, без улучшения показателей со стороны новорожденного при рутинном использовании (Кокрановское руководство «Беременность и роды», 2010 г.).

### Показания для проведения непрерывной интранатальной кардиотокографии:

#### Показания со стороны матери:

- кесарево сечение в анамнезе;
- преэклампсия;
- перенесенная беременность (> 42 недель);
- длительный безводный период (> 24 часа);
- индуцированные роды;
- гестационный сахарный диабет, сахарный диабет;
- дородовое кровотечение (признаки не прогрессирующей отслойки плаценты);
- рубец на матке (предшествующее кесарево сечение, консервативная миомэктомия);
- резус-конфликтная беременность;
- другие медицинские показания, связанные с соматическими заболеваниями матери (например, роды через естественные родовые пути у женщины с пороком сердечно-сосудистой системы).

#### Показания со стороны плода:

- задержка развития плода;
- преждевременные роды (недоношенность);
- маловодие;
- отклоняющиеся от нормы результаты доплерометрии скорости кровотока в артерии пуповины (снижение фетоплацентарного кровотока);
- многоплодие;

- наличие окрашенных меконием околоплодных вод;
  - тазовое предлежание плода.
- Состояния, связанные с течением родов:
- стимуляция родовой деятельности окситоцином;
  - эпидуральная анестезия;
  - вагинальное кровотечение во время родов (не прогрессирующая отслойка плаценты);
  - лихорадка матери;
  - околоплодные воды с плотными частицами мекония (свежий меконий).

**При интранатальном мониторинге для интерпретации децелераций обязательным условием является запись токограммы.**

При интранатальном мониторинге, для принятия решения о возможной тактике ведения, целесообразным является классифицировать полученные результаты КТГ на нормальные, угрожающие и патологические признаки (табл. 9).

Оценив все изучаемые параметры, результаты КТГ можно интерпретировать следующим образом:

- «нормальная КТГ»: все четыре параметра КТГ находятся в пределах нормы;
- «подозрительная КТГ»: один параметр КТГ находится в угрожающей категории, а остальные — в нормальной;
- «патологическая КТГ»: два или больше параметров КТГ находятся в угрожающей категории или один или больше параметров — в патологической категории.

### При появлении изменений на КТГ необходимо:

1. Установить возможную причину.
2. Попытаться устранить выявленную причину (например, улучшить маточно-плацентарный кровоток — изменение позиции роженицы), продолжая запись КТГ.
3. Произвести влагалищное исследование для определения состояния родовых путей. В период изгнания возможны многочисленные изменения на КТГ, не представляющие большой опасности для плода в связи со скорым окончанием родов (даже наличие децелераций, но на фоне сохраненной вариабельности).

Таблица 9  
Параметры классификации ЧСС плода в родах

| Оценка параметра        | Базальный ритм, уд./мин.                           | Вариабельность, уд./мин.    | Децелерации                                                                    | Акцелерации                                                         |
|-------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Норма                   | 110-160                                            | ≥ 5                         | Нет                                                                            | Есть                                                                |
| Угрожающие признаки     | 100-109<br>161-180                                 | < 5 за ≥ 40<br>но < 90 мин. | Ранние, вариабельные, пролонгированные (до 3 мин.)                             | Отсутствие акцелераций с нормальной КТГ имеет сомнительное значение |
| Патологические признаки | < 100<br>> 180<br>Синусоидальный ритм за ≥ 10 мин. | < 5 за ≥ 90 мин.            | Атипичные, вариабельные, поздние, единичные пролонгированные (дольше 3-х мин.) |                                                                     |

4. При сохранении изменений рекомендуется определить рН крови, взятой из подлежащей части плода (**только в учреждениях III группы, при наличии оборудования**!).

При исключении возможных причин правомочен диагноз «угрожающее состояние плода» с описанием в скобках патологических кардиотокографических параметров.

**Пример диагноза:** Активная фаза первого периода срочных родов в 38 недель беременности. Первичная дискоординация родовой деятельности. Угрожающее состояние плода (брадикардия 95 ударов в минуту, поздние децелерации).

**Родоразрешение должно произойти не позднее 30 минут с момента установления диагноза «угрожающее состояние плода» любым способом, для которого имеются условия!**

Возможные способы родоразрешения при угрожающем состоянии плода:

- акушерские щипцы,
- вакуум-экстракция,
- экстракция плода за тазовый конец,
- кесарево сечение (при отсутствии возможности срочного родоразрешения через естественные родовые пути).

**Методика определения газов крови из кожи головки плода во время родов и пуповины сразу после рождения**

**Производится только в учреждениях III группы при наличии оборудования!**

Для взятия крови из кожи головки плода необходимы следующие условия: раскрытие шейки матки не менее чем на 3-4 см, отсутствие плодного пузыря, плотная фиксация головки плода во входе в малый таз.

**Манипуляция:** в асептических условиях, после обработки гениталий антисептиком, ввести

во влагалище ложкообразные зеркала, к головке плода подвести специальный пластиковый конус, обнажая на ней участок кожи. Обнаженный участок кожи головки очистить стерильным ватным тампоном от выделений, сделать надрез скальпелем, забрать кровь в конус. Кровь исследуют сразу же после взятия! Рану прижать до остановки кровотечения.

Недостатки метода: кровотечение у плода и риск передачи инфекции (например, ВИЧ) вследствие контакта крови плода с кровью матери и влагалищным отделяемым.

При  $pH \geq 7,25$  — повторить исследование крови через 30 мин., если КТГ остается патологической.

При  $pH = 7,21-7,24$  — повторить исследование через 30 мин., если показатели КТГ ухудшаются — срочное родоразрешение.

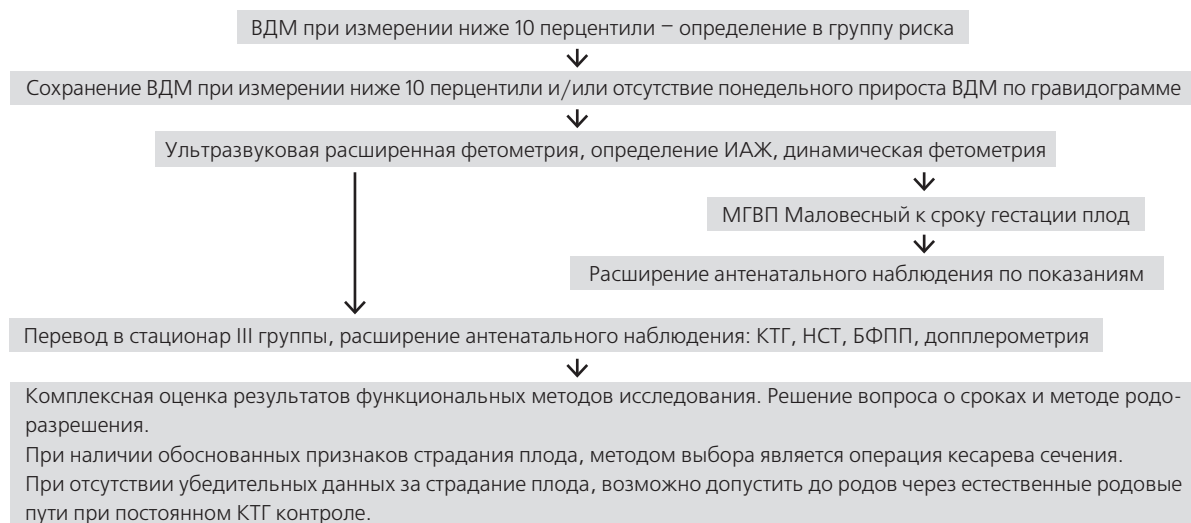
При  $pH < 7,2$  — срочное родоразрешение.

**При отсутствии возможности определения рН крови — срочное родоразрешение показано при патологической КТГ.**

**Достоверными признаками интранатального страдания плода являются:**

- метаболический ацидоз по результатам исследования крови, взятой из пуповины сразу после рождения ( $pH < 7$  или основной дефицит  $> \text{или} = 12 \text{ ммоль/л}$ );
- оценка по шкале Апгар 0-3 балла на 5-й минуте;
- наличие неврологических осложнений в раннем неонатальном периоде: судороги, кома, гипотония и тяжелое поражение одного или более органа или системы новорожденного (сердечно-сосудистой, гематологической, легочной систем, желудочно-кишечного тракта, печени, дисфункция мочевыводящих путей).

#### АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ЗРП





#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Клинические протоколы проекта «Мать и дитя» Институт Здоровья Семьи. – М., 2008. – 160 с.
2. Кокрановское руководство: Беременность и роды /Д.Ю. Хофмейр, Д.П. Нейлсон, З. Алфиревич и др. /под ред. Г.Т. Сухих; пер. с англ. В.И. Кандорова, О.В. Ереминой. – М.: Логосфера, 2010. – 440 с.
3. Приказ Минздравсоцразвития России № 808н от 2 октября 2009 г. «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» [Электронный ресурс] /Минздравсоцразвития – Режим доступа: [www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_96478/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_96478/)
4. Радзинский, В.Е. Акушерская агрессия /Радзинский В.Е. – М.: StatusPraesens, 2011. – 688 с.
5. Ультразвуковая фетометрия: справочные таблицы и номограммы /под ред. М.В. Медведева. – М.: Реал Тайм, 2009. – 60 с.
6. Энкин, М. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка /Энкин М. – СПб.: Изд-во «Петрополис», 2003. – 480 с.
7. Antenatal care: Routine care for the healthy pregnant women /National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). – London: RCOG Press, 2008.
8. Fischer, W.M. Ein vorschlag zur Beurteilung des antepartalen Kardiotokogramms /W.M. Fischer, I. Stude, H. Brandt //Z. Geburtsh. Perinat. – 1976. – Bd. 180. – S. 117-123.
9. Gagnon, R. Placental insufficiency and its consequences /R. Gagnon //Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2003. – V. 110, Suppl. 1. – P. 99-107.
10. Roshan, D. Predictive values of modified biophysical profile /D. Roshan, B. Petrikovsky //Obstet. Gynecol. – 2006. – V. 107, Suppl. 4. – P. 97S-98S.
11. The relationships among the fetal biophysical profile, umbilical cord pH and Apgar scores /A.M. Vintzileos, S.E. Gaffney, L.M. Salinger et al. //Am. J. Obstet. Gynecol. – 1987. – V. 157. – P. 627.
12. Turrentine, J. Clinical protocols in obstetrics and gynecology. Second edition /Turrentine J. – The Pathenon Publishing Group, 2008. – 396 с.



### «ПОСЛЕРОДОВЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»

(Рекомендованы КРОО «Ассоциация акушеров-гинекологов». Утверждены ДОЗН КО, приказ № 295 от 18.03.2011, пересмотрены приказ № 418 от 26.03.2013)

#### **Клинические протоколы разработали:**

**Артымук Н.В.**, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Бруси́на Е.Б.**, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой эпидемиологии, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Власова В.В.**, к.м.н., заведующая гинекологическим отделением, ГБУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница».

**Григорьев Е.В.**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Зеленина Е.М.**, к.м.н., заместитель начальника, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области.

**Колесникова Н.Б.**, заместитель директора по акушерской помощи, ГБУЗ КО «Областной клинический перинатальный центр им. Л.А. Решетовой».

**Кубасова Л.А.**, к.м.н., заведующая отделением патологии беременности, МБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5», г. Кемерово.

**Николаева Л.Б.**, д.м.н., заведующая женской консультацией, МБУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер».

**Новикова О.Н.**, к.м.н., доцент, кафедра акушерства и гинекологии № 1, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Харенкова Е.Л.**, к.м.н., врач акушер-гинеколог, МБУЗ «Городская клиническая больница № 2», г. Кемерово.

**Ходарева И.В.**, к.м.н., заведующая отделом клинической фармакологии, ГБУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница».

#### **Рецензенты:**

**Белокриницкая Т.Е.**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии, ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Кабакова Т.В.**, главный областной специалист по акушерству и гинекологии, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области.

**Марочко Т.Ю.**, к.м.н., доцент, кафедра акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

В современном акушерстве послеродовые инфекционные заболевания представляют одну из наиболее важных проблем. Послеродовые воспалительные осложнения встречаются с высокой частотой, несмотря на достигнутые успехи в диагностике, профилактике и лечении (Гуртовой Б. Л., 1998; Серов В.И., 1997). Так, их частота колеблется в пределах 5-26 %, при этом на долю материнской смертности от септических осложнений приходится 4,5-15 % (Айламазян Э.К. и соавт., 1991; Зак И.Р., Смекуна Ф.А., 2000; Акопян А. С. и соавт., 1998). По данным Британского Королевского общества акушеров-гинекологов, частота послеродовых инфекционных заболеваний составляет 8 % (Caesarean section. NICE. Clinical Guideline, 2004). Гнойно-септические осложнения после кесарева сечения встречаются в 8-10 раз чаще, чем после самопроизвольных родов (Кацулов А.М., 1998).

Всему вышеперечисленному способствует ряд факторов, таких как широкое использование современных инвазивных методов диагностики и терапии, нерациональное использование антибактериальных препаратов широкого спектра действия, способствующее накоплению в лечебных учреждениях антибиотико-резистентных штаммов и видов микроорганизмов, применение лекарственных препаратов, в том числе и кортикостероидов, обладающих иммунодепрессивным действием, низкий социальный уровень пациенток. Изменился контингент беременных и родильниц — наблюдается преобладание женщин с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, различными формами бесплодия, гормональной и хирургической коррекцией невынашивания беременности, с хронической вирусно-бактериальной инфекцией различной локализации, относящаяся к группе высокого риска развития инфекционных

осложнений. Среди сексуально-активной молодежи отмечается высокий уровень урогенитальной инфекции, что может привести к серьезным проблемам во время беременности и в послеродовом периоде, а также внутриутробному инфицированию плода и новорожденного (Серов В.Н., Гуртовой Б.Л., 2001).

Следовательно, своевременное выявление факторов риска развития септических осложнений в послеродовом периоде, диагностика, адекватные профилактические и терапевтические мероприятия позволят снизить уровень гнойной инфекции. И это является важной задачей, требующей индивидуального подхода в каждом конкретном случае.

#### ФАКТОРЫ РИСКА (WHO) ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ГВЗ) :

- нарушение правил гигиены;
- нарушение правил асептики;
- задержка мертвых тканей в родовом канале (продолгование беременности при мертвом плоде, задержка частей плаценты в полости матки и т.д.);
- предшествующие анемия и расстройства питания;
- затяжные роды;
- длительный безводный период;
- частые вагинальные исследования;
- кесарево сечение или другие оперативные роды;

- предшествующие заболевания, передаваемые половым путем;
- послеродовые кровотечения;
- диабет;
- повторные аборт (SLCOG National Guidelines).

#### КЛАССИФИКАЦИЯ (МОНИИАГ)

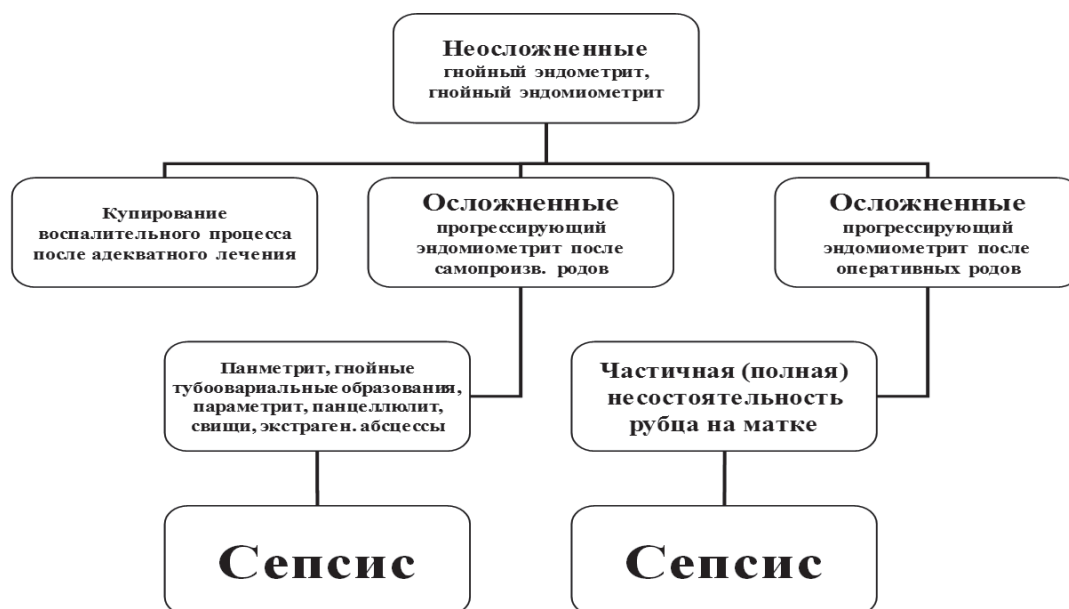
Выделяют неосложненные формы послеродовых ГВЗ (гнойный эндометрит, гнойный эндомиометрит) и осложненные формы (прогрессирующий эндометрит), которые могут возникнуть как после вагинальных родов, так и после оперативного родоразрешения (рис. 1). Прогрессирование эндомиометрита приводит к панметриту, образованию гнойных tuboовариальных образований и экстрагенитальных абсцессов, параметриту, панцеллюлит, свищам, а после операции кесарева сечения прогрессирование эндометрита неизбежно приводит к частичной или полной несостоятельности рубца на матке. При отсутствии адекватного лечения наиболее тяжелым послеродовым осложнением является сепсис.

#### ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ (ПЭ)

ПЭ — наиболее распространенная форма послеродовой инфекции. Развитие заболевания происходит в родах путем восходящего инфицирования при лечебно-диагностических манипуляциях или в послеродовом периоде через раневую поверхность.

В соответствии с СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к орга-

Рисунок 1  
Классификация (МОНИИАГ)





низациям, осуществляющим медицинскую деятельность», эндометрит считается послеродовым и внутрибольничным, и подлежит учету за акушерским стационаром в течение 30 дней после родов.

**Этиология.** Возбудителями ПЭ являются ассоциации аэробных и анаэробных микроорганизмов, составляющих нормальную микрофлору родовых путей женщин: стрептококки группы В, стафилококки, энтерококки, клебсиелла, кишечная палочка, бактероиды и др. Микоплазмы, хламидии вызывают поздние формы эндометрита, развивающегося через 2-4 недели после родов.

#### Диагностика эндометрита

Критерии диагноза послеродового эндометрита (для постановки диагноза достаточно 2-х симптомов):

- повышение температуры тела (38°C и выше);
- болезненная матка при пальпации;
- выделения из половых путей с неприятным запахом;
- возможно умеренное кровотечение из половых путей.

*Повышенное количество лейкоцитов в крови обладает низкой прогностической ценностью для подтверждения наличия инфекции (2а).*

Температура тела до 38°C в течение 24 часов после родоразрешения (в том числе после кесарева сечения) допустима. Чаще всего причиной является дегидратация, поэтому тактика ведения — обильное питье, инфузионная терапия (по показаниям). Назначение противовоспалительной терапии не показано.

*При субфебрильной температуре до 37,5°C в течение 24 часов и более со 2-х суток послеродового периода при отсутствии клинических признаков эндометрита показано:*

- контроль температуры тела каждые 3 часа;
- микробиологическое исследование отделяемого из полости матки с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам;
- дифференциальная диагностика с возможными причинами повышения температуры.

**Ультразвуковая диагностика** необходима для выявления остатков плацентарной ткани, гематом, которые являются факторами риска ПЭ. Ультразвуковое исследование матки не должно применяться для диагностики послеродового эндометрита, т.к. не обладает высокой чувствительностью.

**Гистероскопия** показана всем больным при выявлении каких-либо клинических или эхографических признаков эндометрита после самопроизвольных и, особенно, оперативных родов.

Информативность гистероскопии в диагностике послеродового и послеоперативного эндо-

митрита составляет 91,4 % и является самой высокой из всех методов исследования, исключая патоморфологический (100 %). В МОНИИАГ разработана методика проведения гистероскопии с целью уточнения диагноза, начиная со 2-го дня послеродового периода, независимо от метода родоразрешения (Краснопольский В.И. и др., 2006).

Гистероскопия проводится серийным аппаратом с использованием стерильной жидкости (физиологического раствора).

*Проведение гистероскопии со 2-го дня послеродового периода допускается при наличии подготовленного врача акушера-гинеколога!*

**Особенности выполнения гистероскопии у акушерских больных:**

1) Для улучшения визуализации передней стенки матки целесообразно уложить больную на гинекологическое кресло с приподнятым на 40 градусов тазовым концом.

2) С целью максимального осмотра послеоперационного шва на матке необходимо применение гистероскопа с 70-градусной скошенной оптикой.

3) После обработки наружных половых органов под внутривенным наркозом шейка матки фиксируется пулевыми щипцами, затем цервикальный канал (при необходимости) расширяется расширителями Гегара (до № 9). Под непрерывным током жидкости в количестве 800-1200 мл проводятся осмотр и манипуляция. Желательно, а при выявлении признаков воспаления — обязательно, добавление антисептика.

**Преимущества гистероскопии:** во время гистероскопии осуществляется уточнение диагноза эндометрита и его формы, проводится оценка состояния швов на матке, некротических тканей (предпочтительно вакуум-аспирация или прицельная биопсия), прорезавшегося шовного материала, сгустков крови, остатков плацентарной ткани, санация полости матки за счет ее промывания физиологическим раствором.

При тотальном выскабливании стенок полости матки нарушается защитный барьер (грануляционный вал в базальной мембране) и открывается путь к генерализации инфекции. Наиболее щадящим методом в настоящее время следует признать прицельное удаление деструктивной некротической ткани, остатков плодного яйца под контролем гистероскопии.

Риск заброса жидкости из полости матки по маточным трубам практически отсутствует. Это обусловлено тем, что заброс жидкости в брюшную полость происходит под давлением в полость матки, превышающем 150 мм вод. ст. При гистероскопическом исследовании создать такое давление невозможно, так как отток жидкости из канала шейки матки значительно превышает ее поступление по гистероскопу.



**Для гистероскопической картины эндометрита** характерны следующие общие признаки:

- расширение полости матки;
- увеличение длины полости матки, не соответствующее нормальному сроку послеродовой инволюции;
- наличие мутных промывных вод;
- наличие фибринозных наложений не только в области плацентарной площадки, но и на других участках матки, в том числе в области рубца;
- формирующиеся синехии в полости матки.

Для различных видов послеродового эндометрита существуют характерные гистероскопические признаки.

При *фибринозном эндометрите* гистероскопическая картина характеризуется наличием белесоватого налета на стенках матки, наиболее выраженного в области плацентарной площадки и зоне шва, а также хлопьев фибрина в промывных водах (картина «метели»).

При *гнойном эндометрите* полость матки содержит гной, эндометрий рыхлый, бледного цвета, по виду напоминает соты, из которых сочится гной; промывные воды мутные, с запахом.

Для *эндометрита с некрозом децидуальной ткани* характерно наличие в полости матки незначительного количества геморрагической «ихорозной» жидкости; определяются участки эндометрия темного или черного цвета, резко контрастирующие с остальной поверхностью эндометрия.

*Эндометрит с задержкой плацентарной ткани* отличается от вышеописанных видов эндометрита наличием в области плацентарной площадки объемного образования синеватого цвета, губчатого вида, свисающего в полости матки.

*О наличии несостоятельности швов на матке на фоне эндометрита* свидетельствуют следующие гистероскопические признаки:

- наличие общих признаков эндометрита (расширение полости матки, фибринозный налет на ее стенках, образование синехии, мутный или гнойный характер промывных вод);
- отек рубца, перегиб матки по рубцу и, как следствие этого, лохио- или пиометра;
- прикрепление пузырька газа в области дефекта шва;
- провисание лигатур, свисание узлов в полость матки и наличие лигатур в промывных водах;
- выявление в области шва участков эндометрия темного или черного цвета, резко контрастирующих с остальной поверхностью эндометрия, что является плохим прогностическим признаком, свидетельствующим о необратимости гнойно-некротических изменений нижнего сегмента. Это может быть связано как с нарушением техники операции (очень низкий разрез без сохранения питания нижней части

шейки матки, бессимптомное проведение гемостаза — наложение массивных или частых швов, «перетягивание» узлов при сопоставлении краев раны, перевязка маточной артерии), так и являющихся результатом некробиотического воспаления (анаэробная или гнилостная флора);

- визуализация дефекта послеоперационного шва, который выглядит как «ниша», т.е. воронкообразное «втяжение» различной величины и глубины; как правило, зона дефекта всегда «прикрыта», т.е. отграничена от свободной брюшной полости задней стенкой мочевого пузыря и пузырно-маточной складкой, поэтому при введении гистероскопа в «нишу» может визуализироваться задняя стенка мочевого пузыря или пузырно-маточная складка;
- иногда определяется сформировавшийся свищевой ход (при маточно-пузырных свищах), при этом при введении в мочевой пузырь метиленового синего последняя определяется в полости матки (и наоборот); проведение цистоскопии уточняет локализацию и размеры свищевого отверстия в мочевом пузыре (как правило, травмируется его задняя стенка) и его соотношение с устьями мочеточников.

## ПЕРИТОНИТ

Перитонит — одна из основных причин смертности родильниц от гнойно-септической инфекции. Источником инфекции является прогрессирующий метроэндометрит, метротромбофлебит с формированием скрытой или явной несостоятельности швов на матке после кесарева сечения.

**Этиологию** заболевания определяет микрофлора первичного очага инфекции. Ведущую роль играют грамм(-) бактерии (кишечная палочка, протей, клебсиелла, синегнойная палочка), которые наиболее часто выделяются в сочетании с анаэробами.

### Факторы риска:

- дооперационная инфицированность полости матки;
- длительный безводный промежуток;
- массивная кровопотеря;
- плохая санация матки (наличие остатков плацентарной ткани);
- погрешности оперативной техники.

### Клиника

1. Перитонит, развившийся после кесарева сечения, произведенного на фоне хориоамнионита, характеризуется ранним началом заболевания (1-3 сутки). Поздний перитонит (4-7 сутки) развивается на фоне метроэндометрита и несостоятельности швов на матке.



2. По клиническому течению различают 3 варианта:

- *перитонит с классическими признаками* — характеризуется наличием интоксикации, симптомами выраженного пареза кишечника, а также появлением перитонеальных симптомов. Характерна возвратность симптомов пареза кишечника, несмотря на его интенсивную терапию;
- *перитонит со стертой клинической картиной* — представляет определенные трудности в диагностике и протекает без симптомов пареза кишечника. Характерны стойкий болевой синдром различной интенсивности, лихорадка, прогрессирующая анемия, раннее инфицирование швов передней брюшной стенки, несоответствие изменений в периферической крови тяжести общей интоксикации;
- *перитонит с затяжным течением* — характеризуется наличием обострений, связанных с образованием абсцессов в брюшной полости.

#### Диагностика

1. Клинические признаки воспаления брюшины (локальная или разлитая болезненность, симптом раздражения брюшины).

2. Признаки кишечной недостаточности (нарушение перистальтики, метеоризм, сухость во рту, тошнота, рвота, отсутствие отхождения газов, стула).

3. Выраженный лейкоцитоз в периферической крови с резким сдвигом лейкоцитарной формулы влево и токсической зернистостью нейтрофилов, увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), резкое снижение числа тромбоцитов, прогрессирующая анемия.

#### СЕПСИС

Сепсис представляет собой системную воспалительную реакцию (синдром системного воспалительного ответа — ССВО), возникающую в ответ на клинически доказанную инфекцию.

*Сепсис = ССВО + очаг инфекции.*

Подтверждением ССВО является наличие 2-х симптомов или более:

- температура тела выше  $38^{\circ}\text{C}$  или ниже  $36^{\circ}\text{C}$ ;
- тахикардия более 90 уд/мин;
- тахипноэ более 20 в минуту или снижение парциального давления  $\text{CO}_2 < 32$  мм рт. ст.;
- число лейкоцитов в периферической крови  $> 12 \times 10^9/\text{л}$  или  $< 4 \times 10^9/\text{л}$ , или число незрелых форм более 10 %.

Разновидностями сепсиса могут быть тяжелый сепсис и септический шок.

*Тяжелый сепсис* характеризуется органной дисфункцией, снижением тканевой перфузии и гипотонией.

*Септический шок* — сепсис, сопровождающийся гипотензией, несмотря на адекватную инфузионную терапию.

*Септический шок* = тяжелый сепсис + признаки артериальной гипотонии (АДср менее 90 мм рт. ст., несмотря на достаточное жидкостное обеспечение).

**Этиология.** Возбудителями могут быть практически все патогенные и условно-патогенные микроорганизмы. При послеродовом сепсисе наиболее часто выделяют грамм(+) кокки (стафилококки, стрептококки группы А и В, энтерококки), энтеробактерии (кишечная палочка, клебсиелла и др), а также неспорообразующие анаэробы (бактероиды, пептококки), редко — клостридии.

#### Клиника

Все медицинские работники должны знать симптомы и признаки сепсиса, возможность быстрого его течения с потенциально смертельным исходом, признаки тяжелого сепсиса и септического шока. При подозрении на сепсис необходим срочный перевод женщины на соответствующий уровень оказания помощи [D].

Клинические признаки, указывающие на сепсис, включают один или несколько из симптомов: гипертермия, гипотермия, тахикардия, тахипноэ, гипоксия, гипотензия, олигурия, нарушение сознания и отсутствие эффекта от лечения. Эти признаки, в том числе лихорадка, не всегда присутствуют и не всегда связаны с тяжестью сепсиса [D].

*Клинические признаки, указывающие на сепсис* [Bacterial Sepsis in Pregnancy. Green-top Guideline No. 64a 1st edition April 2012].

- лихорадка;
- диарея и рвота (могут указывать на продукцию экзотоксина и начало токсического шока);
- сыпь (петехиальная, макулопапулезная или пурпура);
- абдоминальная / тазовая боли и напряжение;
- патологические выделения из влагалища;
- продуктивный кашель;
- расстройства мочеиспускания.

Клиническая картина сепсиса характеризуется развитием синдрома СВР и признаками полиорганной недостаточности (ПОН) при наличии первичного очага инфекции.

#### Признаки ПОН:

- изменение психического статуса;
- гипоксемия ( $\text{paO}_2 < 72$  мм рт. ст. при дыхании воздухом);
- гиперлактатемия ( $> 1,6$  ммоль/л);
- олигурия ( $< 30$  мл/ч);
- гипотензия (АД  $< 90$  мм рт. ст. или снижение на 40 мм рт. ст.).

## Диагностика

1) Клинический анализ крови (обязательно тромбоциты), анализ мочи, коагулограмма, электролиты плазмы.

2) Бактериологическое исследование (посев крови, лохий, мочи, отделяемого из раны).

3) Рентгенограмма легких.

4) УЗИ органов брюшной полости.

5) Эхо-КС.

При возможности:

1) КЩС и газы крови.

2) Лактат крови (при уровне  $> 4$  ммоль/л — смертность 100 %).

3) Тест на прокальцитонин (PCT) (табл.).

Посев крови является ключевым методом исследования и должен быть проведен до назначения антибиотиков [D].

Однако, лечение антибиотиками должно быть начато, не дожидаясь результатов микробиологии [D].

Уровень лактата в сыворотке следует измерять в течение шести часов подозрению в тяжелом сепсисе, корректировать лечение. Уровень лактата  $\geq 4$  ммоль/л свидетельствует о тканевой гипоперфузии [D].

Любые соответствующие исследования должны быть выполнены незамедлительно для установления источника инфекции. Это может включать рентгенографию грудной клетки, УЗИ или компьютерную томографию органов малого таза и т.д. [D].

## Прогноз при сепсисе

Прогноз при сепсисе тяжелый, летальность составляет 15-30 %.

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕРОДОВЫМИ ГВЗ

### Общие принципы терапии послеродового эндометрита

При диагностике эндометрита пациентка должна быть переведена в палату, где возможно вести карту индивидуального наблюдения: почасовой контроль температуры тела, АД, пульса, диуреза, объема проводимых мероприятий.

**Лечение гнойно-воспалительных заболеваний** в послеродовом периоде должно основываться на общепринятых принципах терапии:

- санация гнойного очага (под гистероскопическим контролем удаление некротизированных децидуальных тканей, остатков плацентарной ткани, при осложненных формах — гистерэктомия);
- антибактериальная терапия;
- дезинтоксикационная терапия.

Для адекватной терапии следует учитывать особенности преморбидного фона, длительность существования и скорость развития патологического процесса, индивидуальную реакцию организма на проведенное лечение, особенности течения беременности и родов.

Перед началом антибактериальной терапии производится забор отделяемого из полости матки для бактериологического исследования, при выделении возбудителя — определение чувствительности к антибиотикам для проведения в дальнейшем этиотропной терапии.

Таблица  
Определение PCT для диагностики сепсиса\*

| Контрольный диапазон                                                 | Интерпретация уровня PCT                                                         |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| PCT – 0,5 нг/мл<br>Измеряемая, но незначительная [с] PCT             | Недостовверная СВР (локальное воспаление).<br>Бактериальная инфекция исключается |
| PCT – 0,5-2,0 нг/мл<br>СВР достоверная, но умеренной степени         | PCT в динамике.<br>Клиническое и лабораторное наблюдение                         |
| PCT $> 2$ , но $10 < \text{нг/мл}$<br>Тяжелая СВР                    | Высокий риск органной недостаточности. Неблагоприятное течение                   |
| PCT $> 10$ нг/мл<br>Тяжелый бактериальный сепсис или септический шок | Полиорганная терапия.<br>Большой риск летального исхода                          |

**Примечание:** \* Целесообразность применения PCT-теста ограничена проблемными ситуациями, когда классических признаков сепсиса недостаточно для четкой верификации (например, пограничные между сепсисом и тяжелым сепсисом воспаления, или сепсис на фоне иммунодефицита). Кроме того, PCT-тест используется для аргументации какого-либо решения (показания для операции, решение о радикальной операции в сравнении с органосохраняющей операцией, коррекция антибактериальной терапии и т.д.).

### Эмпирическая антибактериальная терапия

Амоксициллин/клавулат 1,2 г × 3 р/сутки в/в  
Ампициллин/сульбактам 1,5 г × 3-4 р/сутки в/в  
Амоксициллин/сульбактам 1,5 г × 3 р/сутки в/в  
Цефоперазон/сульбактам 2-4 г × 2 р/сутки в/в

|                                                                                                                                                                 |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Цефтриаксон<br>1-2 г × 1 р/сутки в/в<br>Цефотаксим<br>1-2 г × 3 р/сутки в/в<br>Цефепим<br>1-2 г × 2 р/сутки в/в<br>Ципрофлоксацин<br>200-400 мг × 2 р/сутки в/в | } + Метро-нидазол<br>500 мг × 3 р/сутки |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|

### Альтернативная терапия:

Имипенем/циластатин 500 мг × 3-4 р/сутки в/в  
Меропенем 1 г × 3 р/сутки в/в  
Пиперациллина тазобактам 4,5 г × 4 р/сутки в/в

Антибактериальная терапия считается эффективной, если основные симптомы заболевания исчезают в течение 48-72 часов.

При отсутствии клинических признаков улучшения в течение этого времени следует:

- исключить наличие других возможных источников инфекции, скопление гноя в полости матки, развитие тромбоза глубоких вен и вен таза;
- при исключении вышеуказанных причин клинической неэффективности целесообразно

провести смену режима антибактериальной терапии, по возможности, с учетом результата бактериологического исследования.

**Критерий отмены антибиотикотерапии** — санация очага, нормализация температуры в течение 2-3 суток.

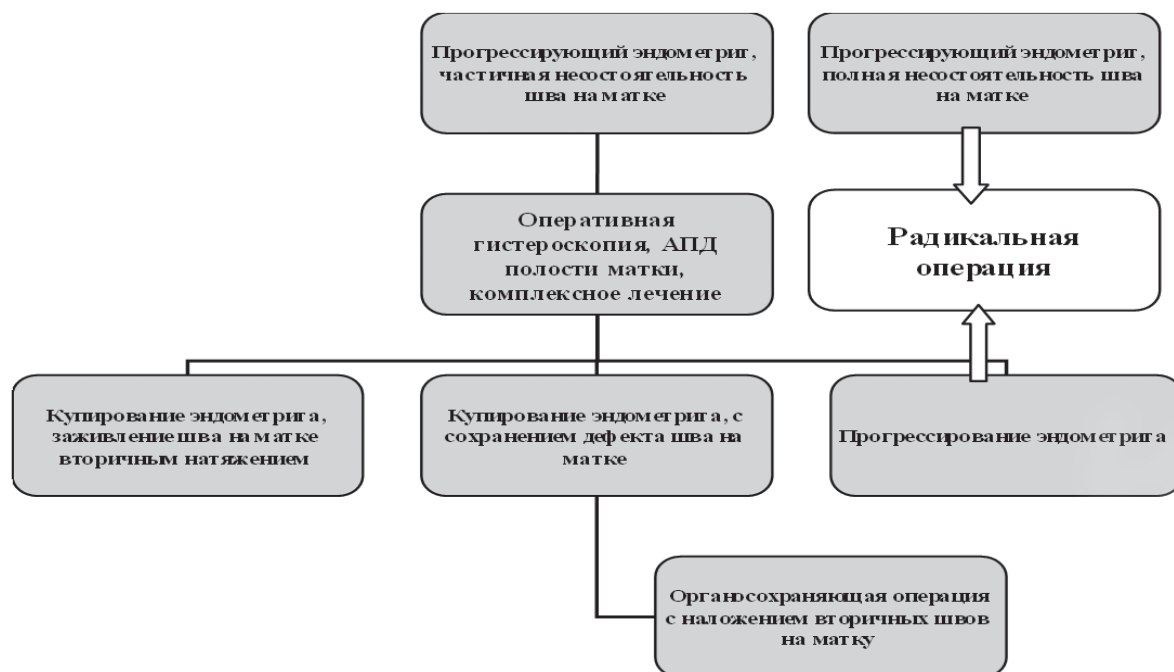
Запоздавшая диагностика и нерациональное лечение могут привести к дальнейшему распространению и генерализации инфекции. При осложненных формах послеродовых ГВЗ показан перевод родильниц на III уровень оказания медицинской помощи.

### ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГВЗ

При прогрессирующем эндометрите и частичной несостоятельности шва на матке возможна консервативная тактика с проведением санационных лечебно-диагностических гистероскопий, аспирационно-промывного дренирования полости матки в сочетании с комплексным противовоспалительным лечением (антибактериальная терапия, нестероидные противовоспалительные препараты и дезинтоксикационная терапия). В ситуации купирования эндометрита заживление швов на матке возможно вторичным натяжением, в отдельных случаях, **только в стационарах III уровня!**, возможно проведение органосохраняющих операций с наложением вторичных швов на матку (рис. 2).

Рисунок 2

Тактика ведения больных с осложненными формами послеродовых гвз





При прогрессировании эндомиометрита и полной несостоятельности шва на матке, а также при отсутствии эффекта от лечения показана радикальная операция (тотальная гистерэктомия, билатеральная сальпингэктомия).

### **Лечение перитонита**

Ключевую роль в лечении акушерского перитонита играет своевременное оперативное вмешательство и адекватная антибактериальная терапия.

1. Антибактериальная терапия. Используются те же комбинации препаратов, что и при тяжелой форме эндометрита, поскольку именно эта нозологическая форма наиболее часто предшествует акушерскому перитониту.

2. Инфузионная терапия, направленная на ликвидацию гиповолемии и метаболического ацидоза, коррекцию водного, электролитного и белкового баланса, детоксикацию организма.

3. После обязательной предоперационной подготовки проводится хирургическое лечение, заключающееся в проведении гистерэктомии с сальпингэктомией, ревизии, санации и дренировании брюшной полости через культю влагалища.

Прогноз благоприятный при своевременной диагностике и комплексной интенсивной терапии.

Главное — своевременная и быстрая санация очага инфекции.

Оптимально — первые 6 часов!

Когда должен быть поставлен вопрос об удалении матки?

1) Помимо матки, не выявлено очагов инфекции, обуславливающих тяжесть состояния пациентки.

2) При несоответствии ухудшения клинической картины и симптомов основной патологии.

3) Нарастание системной воспалительной реакции (ССВО) на фоне интенсивной терапии — неэффективность консервативной терапии.

4) Увеличение прокальцитонинового теста более 2,0 нг/мл.

5) Появление или прогрессирование признаков полиорганной недостаточности (снижение АД, олигурия, острое повреждение легких/острый респираторный дистресс-синдром, желтуха, энцефалопатия, ДВС-синдром, тромбоцитопения).

**Когда не нужно ставить вопрос об удалении матки?**

1. Верифицирован и санирован очаг инфекции любой локализации (менингит, флегмона, абсцесс, синусит, пиелонефрит и т.д.). Это может стать показанием для родоразрешения, но не для удаления матки.

2. Не прогрессирует ССВО — эффективная консервативная терапия.

3. Не увеличен прокальцитониновый тест.

4. Не прогрессирует полиорганная недостаточность.

5. Нет клиники септического шока.

### **Начальная терапия септического шока**

1. Стабилизация гемодинамики (инфузионная терапия кристаллоидами или синтетическими коллоидами в объеме 2000-3500 мл под контролем ЦВД (выше 80 мм вод. Ст., у пациентов на ИВЛ — 120 мм вод. ст.) и диуреза (более 0,5 мл/кг/час), вазопрессорные, инотропные препараты: норадреналин 2-20 мкг/мин, допамин 5-20 мкг/мин — для стартовой терапии, адреналин 1-10 мкг/мин, мезатон 40-300 мкг/мин, вазопрессин 0,3 ед/мин; при неэффективности — гидрокортизон не более 300 мг/сут). Преимущества одних растворов (кристаллоидов и синтетических коллоидов) перед другими не установлены (уровень 1В).

2. Внутривенная антибактериальная терапия должна быть начата в течение часа от момента установления диагноза (уровень 1В).

#### **Эмпирическая терапия:**

- Меропенем 1 г × 3 р/сутки в/в,
- Имипенем/циластатин 0,5 г × 4 р/сутки в/в,
- Цефтриаксон 2 г × 1 р/сутки в/в + Метронидазол 500 мг × 3 р/сутки + амикацин 15 мг/кг,
- Цефтазидим 2 г × 2 р/сутки в/в + Метронидазол 500 мг × 3 р/сутки в/в,
- Цефепим 2 г × 2 р/сутки в/в + Метронидазол 500 мг × 3 р/сутки,
- Цефоперазон/сульбактам 2-4 г × 2 р/сутки в/в.

Начальная эмпирическая антибактериальная терапия включает один или более антибактериальных препаратов, которые имеют активность против всех вероятных инфекционных агентов, проникающих в адекватных концентрациях в предполагаемый источник сепсиса (уровень 1В).

При высоком риске MRSA используется комбинация карбапенемов или цефоперазона/сульбактама с ванкомицином (локальные данные мониторинга резистентности).

3. Аджьювантная терапия (кортикостероиды, почечная заместительная терапия, нутритивная поддержка, рекомбинантный активированный протеин С, профилактика стресс-язв назначением H<sub>2</sub>-блокаторов, ингибиторов протонной помпы, профилактика ТЭЛА НМГ, иммунотерапия пентаглобином и др.). Уровень гемоглобина поддерживается на 70-90 г/л (уровень 1В). СЗП — только при кровотечении, не должна быть использована для коррекции лабораторных показателей (уровень 2А).



**Задачи, стоящие в течение первых шести часов после выявления тяжелого сепсиса [Delling-er RP et al, 2008]:**

1. Получить культуру крови до назначения антибиотиков.
2. Введение антибиотика широкого спектра действия в течение одного часа после диагностики тяжелого сепсиса.
3. Измерить лактат в сыворотке крови.
4. В случае гипотензии и/или уровня лактата  $> 4$  ммоль/л инфузия кристаллоидов минимум 20 мл/кг или эквивалента.
5. Применять вазопрессоры при гипотензии, которая не реагирует на начало инфузионной терапии для поддержания среднего артериального давления (САД)  $> 65$  mmHg.
6. В случае стойкой гипотонии, несмотря на инфузионную терапию (септический шок) и/или уровень лактата  $> 4$  ммоль/л:
  - а) достижение центрального венозного давления (ЦВД)  $\geq 8$  mmHg;
  - б) достижение центральной венозной сатурации (ScvO<sub>2</sub>)  $\geq 70$  % или смешанной венозной сатурации (ScvO<sub>2</sub>)  $\geq 65$  %.

**Показания к переводу в отделение реанимации (адаптировано Plaat and Wray, 2008)**

*Системные показания:*

- гипотония или повышение уровня лактата сыворотки, несмотря на проведение инфузионной терапии,
- отек легких,
- ИВЛ,
- защита дыхательных путей,
- гемодиализ,
- нарушения сознания,
- полиорганная недостаточность,
- некорригируемый ацидоз,
- гипотермия.

Лечение сепсиса должно проводиться в специализированных отделениях (ОЦИТАПОН, РАО МЛПУ «Городская больница № 1» г. Новокузнецка).

## ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**Антенатально:**

- диагностика и лечение инфекций мочевыводящих путей;
- диагностика и лечение анемии и расстройств питания;
- диагностика и лечение сахарного диабета;
- диагностика и лечение заболеваний, передаваемых половым путем, и других вагинальных инфекций;
- диагностика и своевременное лечение при родовом излитии околоплодных вод.

**В родах:**

- строгое соблюдение антисептики и стерилизации (обработка рук и передней брюшной стенки, стерилизация хирургического инструментария, применение индивидуальных комплектов и наборов на роды);
- ограничение вагинальных исследований при преждевременном разрыве плодных оболочек;
- ведение партограммы в родах всем пациенткам и применение активного ведения для предупреждения затяжных родов;
- строгое соблюдение стерильности при вагинальных исследованиях у женщин в родах, при кесаревом сечении и других оперативных вмешательствах;
- соблюдение стерильности в операционной и родовом зале;
- избегать необоснованной катетеризации мочевого пузыря и проведения необоснованной эпизиотомии.

**Послеродовый период:**

Ранняя выписка — 3 сутки (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»).

**В комплексной профилактике послеродового эндометрита необходимо выделить 3 этапа:**

**I этап** — выделение группы высокого риска в плане развития послеродовых инфекционных заболеваний;

**II этап** — обеспечение минимальной вероятности инфицирования во время беременности, в родах и в послеродовом периоде;

**III этап** — ранняя диагностика и оптимизация терапии послеродовых гнойно-септических заболеваний.

- Круглосуточное совместное пребывание матери и ребенка
- Раннее прикладывание к груди
- Кормление по требованию

**Доказательная медицина и техника операции кесарева сечения (Рекомендации Британского Королевского общества акушеров-гинекологов, 2004):**

- кесарево сечение проводится поперечным разрезом передней брюшной стенки (это связа-



- но с уменьшением послеоперационной боли и улучшением косметического результата) (Уровень доказательности В);
- методом выбора поперечного разреза является разрез Joel Cohen (это связано с укорочением операционного времени и снижением гипертермии) (Уровень А);
  - применение разных скальпелей (кожа и более глубокие ткани) не рекомендовано, т.к. это не снижает частоту инфекций (Уровень В);
  - при хорошо сформированном нижнем сегменте должно применяться тупое разведение — это лучше, чем острое рассечение матки, т.к. это уменьшает кровопотерю, частоту послеродовых кровотечений, необходимость гемотранфузии (Уровень А);
  - женщины должны быть информированы, что риск повреждения кожных покровов ребенка при кесаревом сечении — 2 % (уровень С);
  - щипцы не должны применяться при кесаревом сечении, если затруднено извлечение головки, заболеваемость новорожденных при рутинном применении щипцов остается неопределенной (Уровень С);
  - плацента должна отделяться контролируемыеми тракциями, а не рукой, т.к. это снижает количество эндометритов (Уровень А);
  - восстановление матки должно проводиться в брюшной полости; экстериоризация (выведение матки в рану) не рекомендована, т.к. связана с большим болевым синдромом, и не улучшает операционные исходы (кровотечение, инфекция) (Уровень А);
  - эффективность и безопасность однорядного шва на матку не определена (Уровень В);
  - париетальная и висцеральная брюшина при кесаревом сечении не должны ушиваться, т.к. это уменьшает операционное время, необходимость послеоперационного обезболивания, и улучшает удовлетворенность женщин (Уровень А);
  - рутинно подкожная клетчатка не должна ушиваться, за исключением женщин с ее толщиной более 2 см, т.к. это не уменьшает количество инфекций (Уровень А);
  - поверхностная рана не должна дренироваться, т.к. это не снижает частоту инфекций и гематом (Уровень А);
  - акушеры должны знать, что эффекты различных шовных материалов и методов ушивания кожи при кесаревом сечении не определены (Уровень С);
  - женщинам, подвергшимся кесареву сечению, должны быть предложены антибиотики: однократная доза цефалоспоринов первого поколения или ампициллин для снижения риска послеоперационных инфекционных осложнений (эндометрит, инфекция послеоперационной раны, мочевыводящих путей), которые случаются

ются в 8 % после кесарева сечения (Уровень А);

- женщинам, подвергшимся кесареву сечению, должна быть предложена тромбопрофилактика, т.к. они имеют повышенный риск тромбоэмболии. Методом выбора являются компрессионные чулки, гидратация, ранняя активизация, низкомолекулярные гепарины (Уровень D);
- ранний контакт кожа-к-коже между женщиной и ее ребенком должен быть обеспечен персоналом, т.к. это улучшает отношение матери к ребенку, материнские навыки, материнское поведение, исходы грудного вскармливания и уменьшает детский крик (Уровень А);
- женщины после неосложненного кесарева сечения, если нет противопоказаний, могут пить и принимать пищу как только проголодаются или почувствуют жажду (Уровень А).

***Перед операцией кесарева сечения женщина должна быть информирована о возможных рисках (CESAREAN SECTION.R COG. Consent Advice No. 7 October 2009)***

#### **Серьезные риски**

*Со стороны матери:*

- экстренная гистерэктомия, 7-8 женщин на каждые 1000 (не часто);
- необходимость операции в более поздние сроки, в том числе кюретаж матки, 5 женщин на каждые 1000 (не часто);
- госпитализация в отделение интенсивной терапии, 9 женщин на каждые 1000 (не часто);
- тромботические осложнения, 4–16 женщины на каждые 10 000 (редко);
- повреждения мочевого пузыря, одна женщина на каждые 1000 (редко);
- повреждение мочеочника, 3 женщины на каждые 10 000 (редко);
- смерть, приблизительно одна женщина на 12 000 (очень редко).

*Будущие беременности:*

- повышение риска разрыва матки в течение последующей беременности/родов, 2-7 женщин на каждые 1000 (не часто);
- повышение риска антенатальной гибели, 1-4 женщины на каждые 1000 (не часто);
- повышение риска при последующей беременности предлежания и вращения плаценты, 4-8 женщин на каждые 1000 (не часто).

#### **Частые риски**

*Со стороны матери:*

- боль в ране и дискомфорт в животе в первые несколько месяцев после операции, 9 женщин на каждые 100 (часто);
- повышение риска повторного кесарева сечения при попытке родов через естественные ро-



- довые пути при последующих беременностях, одна женщина на каждые 4 (очень часто);
  - повторная госпитализация, 5 женщин на каждые 100 (часто);
  - кровотечение, 5 женщин на каждые 1000 (не часто);
  - инфекция, 6 женщин на каждые 100 (часто).
- Со стороны плода:*
- травмы, 1-2 случая на каждые 100 (часто).

**Дополнительные процедуры, которые могут оказаться необходимыми:**

- гистерэктомия;
- переливание крови;
- повреждение кишечника, мочевого пузыря, сосудов.

**ПРИНЦИПЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГВЗ В АКУШЕРСТВЕ**

Доза и длительность превентивной антибактериальной терапии зависит от степени инфекционного риска, наличия или отсутствия амниональной инфекции, клинических данных и УЗИ.

Антибиотикопрофилактика в акушерстве проводится при оперативном родоразрешении и высокой степени риска развития ГВЗ при родах через естественные родовые пути.

**Показания для проведения антибиотикопрофилактики**

1. Оперативные вмешательства:
  - кесарево сечение (всегда при экстренном, в группе высокого риска — при плановом);
  - ручное отделение плаценты и выделение последа;
  - ручное обследование полости матки;
  - поворот плода на ножку;
  - гистерэктомия.
2. Дородовое излитие околоплодных вод (при недоношенной беременности сразу после установления диагноза!) (1а).
3. Дородовое излитие околоплодных вод (при доношенной беременности при безводном промежутке более 18 часов) (2а).
4. Доказанное носительство бета-гемолитического стрептококка (3а).
5. Разрывы промежности 3-й и 4-й степени (при наличии показаний при разрывах II степени).
6. Выворот матки.
7. Разрыв матки.
8. Разрывы шейки матки II-III степени.
9. Глубокий разрыв влагалища.

**Значение сроков начала антибиотикопрофилактики**

Доказано: одна доза антибиотика широкого спектра действия, назначаемая с целью профи-

лактики, также эффективна, как 3 дозы или назначение препарата 24 часа (1а).

- рутинная антибиотикопрофилактика: интраоперационно, однократно, сразу после пережатия пуповины, вводится разовая доза ингибиторзащищенных пенициллинов, цефалоспоринов I поколения или ампициллина;
- при высоком риске ГВЗ возможно увеличение продолжительности назначения антибиотиков (антибактериальная терапия).

**Возможные показания для проведения антибактериальной терапии (назначение антибиотиков более 1 суток):**

- морбидное ожирение,
- диабет,
- тяжелая преэклампсия,
- анемия средней и тяжелой степени,
- наличие мекония в околоплодных водах,
- социальное неблагополучие,
- более 3-х влагалищных исследований в родах,
- длительная дородовая госпитализация,
- повторные аборт.

Степень инфекционного риска должна быть оценена до операции кесарева сечения и зарегистрирована в предоперационном эпикризе. После операции необходима переоценка инфекционного риска.

**Увеличение риска возможно в случаях:**

- кровопотери более 1000 мл,
  - технических трудностей во время операции,
  - наличия спаечного процесса в малом тазу,
  - продолжительности операции более 1 часа.
- Универсальными для периоперационной профилактики являются ингибиторзащищенные аминопенициллины, возможно также использование цефазолина, ампициллина.
- Цефалоспорины III-IV поколений, фторхинолоны, карбапенемы не должны использоваться для периоперационной антибиотикопрофилактики. Использование целесообразно только в отдельных случаях, после анализа локальных данных мониторинга устойчивости.

**Интраоперационная антибиотикопрофилактика раневой инфекции** (Российский научный формуляр — Яковлев С.В., 2000; ВОЗ Библиотека репродуктивного здоровья, Женева, 2005):

|                  |                                      |                                                  |
|------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Кесарево сечение | 1. Амоксициллин/клавуланат в/в 1,2 г | Препарат вводится сразу после пережатия пуповины |
|                  | 2. Ампициллин/сульбактам в/в 1,5 г   |                                                  |
|                  | 3. Ампициллин в/в 1 г                |                                                  |
|                  | 4. Цефазолин в/в 1-2 г               |                                                  |

### **Дозирование антибиотика после оперативного вмешательства:**

- Амоксициллин/клавуланат в/в 1,2 г с интервалом 8 часов;
- Ампициллин/сульбактам в/в 1,5 г с интервалом 6-8 часов;
- Ампициллин 1 г через 6 часов;
- Цефазолин 1 г с интервалом 12 часов.

### **Недостатки длительного курса антибактериальной терапии:**

1. Селекция антибиотикоустойчивых штаммов возбудителя.
2. Изменение клинической картины заболевания (поздняя манифестация, стертая клиника).
3. Увеличение частоты аллергических реакций.

### **ЛИТЕРАТУРА:**

1. Абрамченко, В.В. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии /В.В. Абрамченко. – СПб.: Спецлит., 2005. – 459 с.
2. Аль-Халаф, С.Е. Послеродовый эндометрит. Оптимизация лечения /С.Е. Аль-Халаф, А.Н. Кутенко //Акушерство и гинекология. – 2002. – № 1. – С. 16-20.
3. Баев, О.Б. Профилактика инфекционных осложнений у родильниц /О.Б. Баев, Т.Г. Старкова, П.В. Буданов //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – Т. 4, № 3.
4. Белоцерковцева, Н.Д. Клиническое значение трансагинальной эхографии и гистероскопии в диагностике послеродового эндометрита /Н.Д. Белоцерковцева, В.В. Мазуркевич //Акушерство и гинекология. – 1996. – № 4. – С. 37-40.
5. Вострикова, Е.А. Антимикробные препараты /Е.А. Вострикова, А.Г. Осипов. – Кемерово, 2002. – 36 с.
6. Иванян, А.И. Профилактика и лечение послеродовых гнойно-септических заболеваний /А.И. Иванян, С.Б. Крюковский. – Смоленск, 2000. – 47 с.
7. Инфекции в акушерстве и гинекологии: диагностика и антимикробная химиотерапия: пособие для врачей /А.П. Никонов, О.Р. Асцатурова, Р.А. Чилова. – М., 2006. – 42 с.
8. Клинические протоколы проекта «Мать и дитя» /Институт Здоровья Семьи. – М., 2008. – С. 131-136.
9. Ковалев, М.И. Проблемы профилактики эндометриита после кесарева сечения в современном акушерстве /М.И. Ковалев //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2001. – № 4. – С. 20-25.
10. Краснопольский, В.И. Гнойная гинекология /В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина. – М.: МЕД-пресс-информ, 2006. – 304 с.
11. Кулаков, В.И. Современные принципы антибактериальной терапии в акушерстве, гинекологии, неонатологии /В.И. Кулаков //Акушерство и гинекология. – 2002. – № 3. – С. 3-6.
12. Кулаков, В.И. Эндометрит после родов /В.И. Кулаков. – М.: Радуга, 2001. – 29 с.
13. Левашова, Н.И. Проблемы кесарева сечения в современном акушерстве /Н.И. Левашова, Л.С. Мареева //Акушерство и гинекология. – 2004. – № 2. – С. 23.
14. Михайлов, Н.Б. Основы фармакотерапии в акушерстве и гинекологии /Н.Б. Михайлов, В.К. Ярославский. – СПб.: Фоллиант, 2001. – 256 с.
15. Орджоникидзе, Н.В. Эндометрит и раневая инфекция у родильниц. Проблемы и пути их решения //Н.В. Орджоникидзе, Т.А. Федорова //Акушерство и гинекология. – 2004. – № 5. – С. 15-18.
16. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 572н от 12.11.2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» [Электронный ресурс] / – URL: <http://www.kuzdrav.ru/drupal/node/1763>
17. Чернуха, Е.А. Нормальный и патологический послеродовой период /Е.А. Чернуха. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 271 с.
18. Энкин, М. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка /М. Энкин. – СПб.: Петрополис, 2003. – 480 с.
19. A comparison of three verbal autopsy methods to ascertain levels and causes of maternal deaths in Matlab, Bangladesh /C. Ronsmans, A.M. Vanneste, J. Chakraborty et al //Int. J. Epidemiol. – 1998. – Vol. 27, N 4. – P. 660-666.
20. Abouzahr, C. Puerperal sepsis and other puerperal infections. In Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies /C. Abouzahr, E. Aaahman, R.Guidotti //WHO. – 1998.
21. Adriaanse, A. H. Semmelweis : the combat against puerperal fever /A.H. Adriaanse, M. Pel, O. P. Bleker //Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2000. – Vol. 90, N 2. – P. 153-158.
22. American Colledge of Chest Physicians /Socieny of Clinical Care Medicine Consensus Conference: definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative the rapies in sepsis //Crit. Care Med. – 1992. – Vol. 20, N 6. – P. 864-874.
23. Antibiotics for preterm rupture of membranes (Cochrane Rewiew) //The reproductive Health Library. – Iss. 9. – 2006.
24. Bacterial Sepsis in Pregnancy /Guideline Title – 2012. – URL: <http://guideline.gov/content.aspx?id=36901>
25. Caesarean section /NICE. Clinical Guideline – 2004.
26. Caesarean section /RCOG. Consent Advice – 2009. – N 7.
27. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMAE). Saving Mother's Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008 /BJOG. – 2011. – Vol. 118, suppl. 1. – P. 1-203.
28. Dare, F.O. Puerperal sepsis: a preventable postpartum complication /F.O. Dare, A.U. Bako, O.C. Ezechi //Tropical Doctor. – 1998. – N 28. – P. 92-95.
29. Early and innovative interventions for severe sepsis and septic shock: taking advantage of a window of opportunity /E.P. Rivers, L. McIntyre, D.C. Morro et al. //CMAJ. – 2005. – Vol. 173, N 9. – P. 1054-1065.





30. Effect of cleansing the birth canal with antiseptic solution on maternal and newborn morbidity and mortality in Malawi: clinical trial / E.T. Taha, R.J. Biggar, R.L. Broadhead et al. // *Br. Med. J.* – 1997. – Vol. 315. – P. 216-220.
31. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition) and Pregnancy: Venous Thromboembolism, Thrombophilia, Antithrombotic Therapy / Sh.M. Bates, I. Greer, A.I. Pabinger et al. // *J. Chest.* – 2008. – Vol. 133. – P. 844-886.
32. Flenady, V. Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term / V. Flenady, J. King // *Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2002. – N 3. – CD001807.
33. Fortney, J.A. Measuring maternal morbidity, in Safe Motherhood Initiatives: critical issues / J.A. Fortney, J.B. Smith // *Reproductive Health Matters*, Blackwell Science. – 1999.
34. French, L.M. Antibiotic regimens for endometritis after delivery (Cochrane Review) / L.M. French, F.M. Smaill // *The Cochrane Library.* – 2003. – URL: [www.medscape.com/viewarticle/405871\\_4](http://www.medscape.com/viewarticle/405871_4).
35. French, L. Prevention and treatment of postpartum endometritis / L. French // *Curr Womens Health Rep.* – 2003. – Vol. 3, N 4. – P. 274-279.
36. Hugonnet, S. Hand hygiene revisited: lessons from the past and present / S. Hugonnet, D. Pittet // *Curr. Infect. Dis. Rep.* – 2000. – Vol. 2, N 6. – P. 484-489.
37. Husseina, J. Puerperal sepsis and maternal mortality: what role can new technologies play? / J. Husseina, J.A. Fortney // *Int. J. of Gynecol. and Obstet.* – 2004. – Vol. 85, suppl. 1. – P. S52-S61.
38. Is the Current Management of Severe Sepsis and Septic Shock Really Evidence Based? // *CMAJ.* – 2005. – Vol. 173, N 9. – P. 1054-1065.
39. Global Burden of Disease 2000: Version 2 methods and results / C.D. Mathers, C. Stein, N. Tomijima et al. // *WHO (GPE Discussion Paper N 50).* – Geneva, 2002.
40. Kenyon, S. Antibiotics for preterm rupture of membranes (Cochrane Review) / S. Kenyon, M. Boulvain, J. Neilson // *The Cochrane Library.* – Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd, – 2003. – Iss. 4.
41. Ledger, W.J. Post-partum endomyometritis diagnosis and treatment: A review / W.J. Ledger // *J. Obstet. Gynecol.* – 2003. – Vol. 29, N 6. – P. 364-373.
42. Lewis, G. Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer – 2003-2005. The Seventh Report on Confidential enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom / G. Lewis, editor. – London: RCOG Press; – 2007. – URL: [http://www.oaa-anaes.ac.uk/assets/\\_managed/editor/File/Reports/20032005\\_saving\\_mothers\\_full\\_report.pdf](http://www.oaa-anaes.ac.uk/assets/_managed/editor/File/Reports/20032005_saving_mothers_full_report.pdf).
43. Lingvist, P.G. Postpartum thromboembolism: Severe events might be preventable using a new risk score model / P.G. Lingvist, J. Torsson, A. Almgvist // *Vasc. Health risk Manag.* – 2008 – Vol. 4, N 5. – P. 1081-1087.
44. Managing puerperal sepsis. Education material for teachers of midwifery / WHO. – 2008.
45. Managing puerperal sepsis. SLCOG National Guidelines.
46. Maternal Deaths in Sri Lanka-A Review of Estimates and Causes / J.N. Rodrigo, L. Fernando, L. Senanayake et al. – 1996.
47. Puerperal septic pelvic thrombophlebitis: incidence and response to heparin therapy / C.E. Brown, R.W. Stettler, D. Twickler et al. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1999. – Vol. 181, N 1. – P. 143-148.
48. Sepsis following Pregnancy / Green-top Guideline N 64b. – 2012.
49. Smaill, F. Antibiotic prophylaxis for Caesarean Section / F. Smaill, G.J. Hofmeyer // *Cochrane Database of systematic reviews.* – 2002. – Iss. 1.
50. Smaill, F. Antibiotic prophylaxis for cesarean section / F. Smaill, G. Hofmeyer // *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2002. – Iss. 3.
51. Surviving Sepsis Campaigning : International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008 / R. Phillip et al. // *Crit. Care Med.* – 2008.
52. The etiology of maternal mortality in developing countries: what do verbal autopsies tell us? / N.L. Sloan, A. Langer, B. Hernandez et al. // *Bulletin of the World Health Organization.* – 2001. – Vol. 79, N 9. – P. 805-810.
53. The risks Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study / N. Sebire, J. Harris, S. Robinson et al. // *BMJ.* – 2001. – Vol. 322, N 7294. – P. 1089-1093.
54. Validity of self reports to identify major obstetric complications / N. L. Sloan, P. Arthur, E. Amoah et al. // *J Health Popul Nutr.* – 2001. – Vol. 19, 2. – P. 45-51.
55. Vincent, J.-L. Surviving sepsis: a guide to the guidelines Crit Care / J.-L. Vincent, J.C. Marshall. – 2008. – Vol. 12, N 3. – P. 162.
56. Widmer, A.F. Replace hand washing with use of a waterless alcohol hand rub? / A.F. Widmer // *Clin. Infect. Dis.* – 2000. – Vol. 31, N 1. – P. 136-143.
57. World Health Organization, UNICEF and UNFPA. Maternal mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. (WHO/RHR/01.9), Geneva, Switzerland. – 2001.
58. Yokoe, D.S. Epidemiology of and Surveillance for postpartum infections / D.S. Yokoe // *Emerging Infections Disease.* – 2001. – Vol. 7, N 5. – P. 837-841.



# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ «НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ»

(Рекомендованы КРОО «Ассоциация акушеров-гинекологов».

Утверждены ДОЗН КО, приказ № 734 от 27.05.2009, пересмотрены приказ № 462 от 01.04.2013)

## Клинические протоколы разработали:

**Аверьянов О.Ю.**, заведующий отделением реанимации и анестезиологии родильного дома, МБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5», г. Кемерово.

**Артымук Н.В.**, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Бульгин К.И.**, заведующий отделением реанимации и анестезиологии родильного дома, МБУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского», г. Кемерово.

**Григорьев Е.В.**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Егоров И.В.**, к.м.н., заведующий отделением реанимации и анестезиологии, МБУЗ «Городская клиническая больница № 5», г. Новокузнецк.

**Зеленина Е.М.**, к.м.н., заместитель начальника, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области.

**Паличев В.Н.**, заведующий отделением реанимации и анестезиологии, ГБУЗ КО «Областной клинический перинатальный центр имени Л.А. Решетовой», г. Кемерово.

**Слугина Г.Д.**, врач анестезиолог-реаниматолог, ГБУЗ КО «Областной клинический перинатальный центр имени Л.А. Решетовой», г. Кемерово.

**Шукевич Д.Л.**, д.м.н., профессор, кафедра анестезиологии и реаниматологии, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России»; заведующий лабораторией критических состояний, ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН». г. Кемерово.

**Чурляев Ю.А.**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии, ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздрава России».

## Рецензенты:

**Мозес В.Г.**, д.м.н., профессор, кафедра акушерства и гинекологии № 1, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Шукевич Л.Е.**, к.м.н., ведущий анестезиолог-реаниматолог, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области; заведующий отделением анестезиологии-реанимации, ГБУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница».

Клинические протоколы включают последовательность действий врачей по терапии основных критических состояний: острая массивная кровопотеря, акушерские кровотечения, геморрагический шок, преэклампсия и эклампсия, HELLP-синдром. Приводятся данные по выбору анестезиологического пособия для естественного и оперативного родоразрешения в подобных ситуациях.

Клинические протоколы разработаны для врачей анестезиологов-реаниматологов, акушеров-гинекологов и слушателей циклов последипломного образования.

© Коллектив авторов, 2013

## *Уважаемые коллеги!*

Данные клинические протоколы предназначены для анестезиологов-реаниматологов и акушеров-гинекологов. Авторы не претендуют на полное обобщение и охват всего имеющегося материала по критическим состояниям в акушерской практике. Выделены только те аспекты, в терапии которых имеются определенные сложности, приводящие к непредвиденным осложнениям и летальным исходам (согласно опыту авторов по терапии подобных осложнений на базе многопрофильных лечебных учреждений за последние 10 лет).

Авторы намеренно не включили алгоритмы полноценного лечения полиорганной недостаточности, так как разделяют точку зрения о том, что подобная категория больных является контингентом отделений реанимации общего профиля многопрофильных клинических больниц и специализированных центров, но не родильных домов. Информация дана в кратком стиле алгоритма.

*Авторы отдают себе отчет в том, что любой больной является индивидуальностью, как в плане течения критического состояния, так и в плане реакции на интенсивную терапию, следовательно, обоснованный маневр отхода от алгоритма не является ошибкой.*



---

**БАЗОВЫЙ АЛГОРИТМ  
ДЕЙСТВИЙ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ**  
(геморрагический шок, гестоз, преэклампсия, эклампсия, септический шок)  
Выполняется при любых критических состояниях!

1. Руководит всеми действиями заведующий родильно-операционным блоком, в ночное время праздничные и выходные дни — ответственный дежурный врач.

2. При появлении женщины с тяжелой патологией поставить в известность заместителя главного врача по родовспоможению, заведующих родильно-операционным и реанимационным отделениями в любое время суток (или их заместителей, или исполняющих обязанности).

3. Определение плана обследования, лечения, тактики ведения пациентки согласно протоколу диагностированной патологии. План согласовать с заместителем главного врача и заведующими структурными подразделениями (реанимации и родильного блока).

4. Осмотр пациентки проводить бригадой дежурных врачей совместно с анестезиологом, начиная с приемного отделения.

5. Осмотр, обследование и лечение проводятся параллельно.

6. Базовое обследование при стабильном состоянии:

- группа крови и резус фактор с фенотипом, кровь на совместимость;
- общий анализ крови + время свертывания, тромбоциты, гематокрит;
- анализ мочи;
- биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, амилаза, сахар крови;
- коагулограмма: фибриноген, АЧТВ, РФМК, фибринолиз, протромбиновый индекс, анти-тромбин III, Д-димер;
- ионограмма: осмолярность, калий плазмы, натрий плазмы, хлор плазмы;
- анализ КОС и газы смешанной венозной или капиллярной крови;
- свободный гемоглобин плазмы и мочи;
- мазок на флору (при необходимости);
- микрореакция на сифилис;
- ВИЧ;
- рентгенография органов грудной клетки (при необходимости);
- ЭКГ;
- консультация терапевта, невролога, окулиста.

7. Минимальный объем обследования при угрожающем состоянии:

- группа крови и резус фактор с фенотипом, кровь на совместимость;
- гемоглобин, эритроциты, гематокрит, время свертывания, тромбоциты, гематокрит;
- анализ мочи;

- биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, мочевины, сахар;
- коагулограмма: фибриноген, протромбиновый индекс.

**ПРОТОКОЛ 1  
ДЕЙСТВИЯ ПЕРСОНАЛА  
ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ**

***Приемное отделение:***

1. Совместный осмотр: врачами акушером, анестезиологом-реаниматологом; заведующими структурными подразделениями родильного дома.

2. Геморрагический шок — **ведение по протоколу 2 «интенсивная терапия геморрагического шока»**. При АД более 100 мм рт. ст., ЧСС менее 100 в мин. катетеризация периферической вены катетером большого диаметра 16-18 G.

3. Начать инфузионную терапию с целью превентивной терапии геморрагического шока: NaCl 0,9% (без гипотонии), препараты ГЭК 200/0,5 или 130/0,4 или гелофузин 500 мл (при гипотонии).

4. Обследование согласно базовому алгоритму.

5. Катетеризация мочевого пузыря.

6. Поднять на каталке в родильно-операционный блок;

***Родильно-операционный блок:***

1. Оценка состояния гемодинамики.

2. Оценка проходимости дыхательных путей и адекватности спонтанного дыхания.

3. Ингаляция кислорода через маску или назальный катетер.

4. Профилактика синдрома Мендельсона: лосек 40 мг или кватател 20 мг (в течение 20 минут в/в) + церукал 2 мл в/в.

5. Инфузионная терапия соответственно объему определенной кровопотери (табл.).

6. Заказать в отделение переливания крови или станции переливания крови одноклассные эритроциты 2 дозы (500 мл), СЗП 4 дозы (1000 мл).

***При гипотоническом, атоническом послеродовом кровотечении***  
***(терапевтические мероприятия не более 15-20 минут!)***

1. Мобилизация всего свободного персонала.
2. Оценка объема кровопотери.
3. Согревание женщины (укрыть).

4. Катетеризация центральной вены или, как минимум, двух периферических катетером большого диаметра (14-16 G).

5. Катетеризация мочевого пузыря.

6. Одномоментно в/в окситоцин 5 МЕ или 10 МЕ в\м + 10 МЕ на NaCl 0,9% 400,0 (со скоростью 60 капель в минуту) и метилэргометрин 0,2 г (1 мл) на 20 мл 0,9% раствора NaCl в/в медленно или в/м (**противопоказан при тяжелой преэклампсии!**), возможно использование простагландина F<sub>2α</sub> 2,5 мг **исключительно** внутримышечно.

Максимальные дозы: окситоцин — 20 МЕ на NaCl 0,9% 1000,0 в/в капельно со скоростью 60 капель в минуту (не более 3 л), метилэргометрин — до 5 доз (1,0 мг), энзапрост — до 8 доз (20 мг). Смена очереди утеротонических препаратов обусловлена клиническим эффектом.

7. Массаж матки через брюшную стенку.

8. Бимануальная компрессия матки.

9. Внутриматочный баллон.

10. Ручное обследование полости матки (кюретаж в исключительных случаях).

11. При остановке кровотечения: продолжить инфузионно-трансфузионную терапию (теплые растворы), согласно объему определенной кровопотери (табл.). Бикарбонат натрия под контролем КОС.

12. Трансфузия СЗП 15 мл/кг - 20 при кровопотере более 1000 мл и кровопотере менее 1000 мл в сочетании с нарушениями свертывания крови: АЧТВ более 60 сек; тромбоциты менее 150×10<sup>9</sup> или антитромбин III менее 60 %, тест Ли-Уайт < 7 мин.

13. Трансфузия эритромаcсы 500 мл при гемоглобине менее 70 г/л, гематокрите менее 0,25. Трансфузия эритромаcсы должна быть проведена через лейкоцитарный фильтр, желательна лейкоцит-обедненная масса.

14. При продолжающемся кровотечении, при кровопотере более 1 л — сдавление брюшной аорты (для транспортировки в операционную).

15. При продолжающемся кровотечении — лапаротомия.

16. Повторно простагландины 1 доза (2,5 мг) в/м в матку, компрессионные швы (при наличии подготовленных хирургов), перевязка магистральных сосудов (маточных, яичниковых), перевязка внутренних подвздошных сосудов.

17. Гистерэктомия (должна быть проведена до нарушения гемодинамики!).

**Категорически неприемлемо повторное применение методов, оказавшихся неэффективными при первом применении.**

**Применение органосберегающих технологий возможно только при наличии подготовленных хирургов, а также при стабильной гемодинамике у пациентки.**

**Обезболивание при кесаревом сечении по поводу кровотечения — эндотрахеальный наркоз (ТВВА+ИВЛ)**

**При кровотечении по поводу предлежания, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты**

1. Влагалищное исследование (с осмотром шейки матки на зеркалах) в условиях развернутой операционной с целью уточнения диагноза, определение акушерской ситуации и объема кровопотери, решение вопроса о методе родоразрешения.

2. Мониторинг сердцебиения плода.

3. При часто повторяющихся небольших кровотечениях (по 50 мл три раза), однократной кровопотере 200-300 мл и более, профузном кровотечении, полном предлежании плаценты — оперативное родоразрешение.

4. Перевод на ИВЛ. Выбор метода анестезии — ЭТН (ТВВА + ИВЛ).

5. Катетеризация центральной вены или двух периферических вен катетером большого диаметра 16-18 G.

6. С целью профилактики возникновения кровотечения в послеродовом периоде в/в капельно окситоцин — 20 МЕ на NaCl 0,9% 1000,0 со скоростью 60 капель в минуту.

7. После извлечения плода — оценка состояния нижнего сегмента, осмотр плаценты, места ее прикрепления, при трудном отделении от стенок нижнего сегмента, возможно истинном приращении, шеечном предлежании — расширение операции до экстирпации матки.

8. Периоперационный контроль: гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, время свертывания по Ли-Уайту, КОС, коагулограмма.

9. Инфузионно-трансфузионная терапия согласно объему определенной кровопотери. Бикарбонат натрия 4 % под контролем КОС при декомпенсированном метаболическом ацидозе и отсутствии гипернатриемии и гиперосмолярности.

10. Трансфузия СЗП (15-20 мл/кг) при сочетании острой кровопотери более 1000 мл и нарушений свертывания: АЧТВ более 60 сек и/или снижение уровня антитромбина III до 60 %.

11. Трансфузия тромбоцитарной массы при уровне тромбоцитов менее 50 × 10<sup>9</sup> (решение должно быть принято при отсутствии иных причин тромбоцитопении и сохранении данных изменений в течение минимум 2 суток).

12. Трансфузия эритромаcсы при кровопотере более 1000 мл, гемоглобине менее 70 г/л, гематокрите менее 0,25.

13. Протромплекс 600 1-2 дозы под контролем клинического эффекта и показателей гемостаза.

14. Транексамовая кислота (транексам) в дозе 15 мг/кг в/в, с повторным введением до 4 г в сутки.

15. При массивной кровопотере более 30 % ОЦК, концентрации гемоглобина менее 70 г/л, уровне гематокрита менее 0,25 (любой из признаков) — продленная ИВЛ в условиях отделения реанимации не менее 6 часов. Перевод из операционной только при стабильном АД без инфузии вазопрессоров. Неадекватная по количеству и/или качеству инфузионно-трансфузионная терапия — показания для продления ИВЛ.

#### **В послеоперационном периоде:**

1. Инфузионная терапия не менее 30 мл/кг/сутки под контролем ЦВД, диуреза не менее 30 мл/час. Гемотрансфузия при гемоглобине менее 70 г/л, эритроцитах менее  $2,0 \times 10^9$ /л, гематокрите менее 0,25. **Подход к гемотрансфузии является индивидуальным!**

2. Антибактериальная терапия: цефалоспорины III генерации + метрогил или защищенные пенициллины.

3. Профилактика тромбоэмболических осложнений: любой фракционированный гепарин 0,2-0,4 мл п/к при наличии контроля свертывания — АЧТВ и времени свертывания через 8 часов после операции при восстановленном гемостазе.

4. Перевод родильницы на самостоятельное дыхание и экстубация при стабильном АД и хирургическом гемостазе, сатурации на спонтанном дыхании  $SpO_2$  95-97 %, отсутствии гипоксемии по данным КОС, скоррегированной анемии, отсутствии явлений остаточной медикаментозной седации, доступном продуктивном контакте. Рентгенография ОГК не должна иметь признаков острого повреждения легких.

#### **ПРОТОКОЛ 2 ДЕЙСТВИЯ ПЕРСОНАЛА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ, ГЕМОРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ**

#### **Приемное отделение:**

1. Совместный осмотр: врачом акушером, анестезиологом-реаниматологом, заведующих структурными подразделениями, оценка.

2. Катетеризация периферической вены катетером большого диаметра 14-16 G, при невозможности катетеризации периферической вены — катетеризация центральной вены.

3. Минимальный объем обследования по базовому протоколу.

4. Инфузионная терапия: стартовый раствор NaCl 0,9% — 1000 мл.

5. Оценка проходимости дыхательных путей и адекватности спонтанного дыхания.

6. Ингаляция кислорода.

7. Профилактика синдрома Мендельсона: церукал 2 мл в/в, лосек 40 мг или квамател 20 мг в/в.

8. Поднять на каталке в родильно-операционный блок.

9. Заказать одноклассовые эритроциты 500 мл, СЗП 1000 мл.

#### **Родильно-операционный блок**

1. Катетеризация мочевого пузыря.

2. Оценка состояния гемодинамики.

3. Влагалищное исследование в условиях развернутой операционной с целью уточнения диагноза, определение акушерской ситуации и объема кровопотери, решение вопроса о методе родоразрешения.

4. Обследование согласно базового алгоритма.

5. При клинико-лабораторных признаках геморрагического шока со снижением  $SpO_2$  менее 90 % и продолжающемся кровотечении перевод на ИВЛ.

6. Катетеризация центральной вены или двух периферических вен большого диаметра (14-16 G).

7. Инфузионно-трансфузионная терапия согласно объема определенной кровопотери (табл.). Бикарбонат натрия под контролем КОС.

8. Преднизолон 90-150-300 мг в/в.

9. Транексамовая кислота (транексам) в дозе 15 мг/кг в/в, с повторным введением до 4 г в сутки.

10. **При остановке кровотечения:** по поводу гипотонического/атонического кровотечения — продолжить инфузионно-трансфузионную терапию, согласно объема определенной кровопотери и показателей гемодинамики (табл.).

11. Трансфузия СЗП (15-20 мл/кг) при кровопотере более 1000 мл в сочетании с нарушениями свертывания: АЧТВ более 60 сек; тромбоциты менее  $150 \times 10^9$ , снижении уровня антитромбина III менее 60 %.

12. Трансфузия эритроцитов 500 мл при гемоглобине менее 70 г/л, гематокрите менее 0,25.

13. При массивной кровопотере более 30 % ОЦК, концентрации гемоглобина менее 70 г/л, уровне гематокрита менее 0,25 (любой из признаков) — продленная ИВЛ в условиях отделения реанимации не менее 6 часов. Перевод из операционной только при стабильном АД.

#### **В раннем послеоперационном периоде:**

1. Инфузионная терапия: не менее 30 мл/кг/сутки, контроль ЦВД, диуреза не менее 30 мл/час, гемотрансфузия при гемоглобине менее 70 г/л, эритроцитах менее  $2,0 \times 10^9$ /л, гематокрит менее 0,25.

2. Антибактериальная терапия: цефалоспорины III генерации + метрогил или защищенные пенициллины.

3. Профилактика тромбоэмболических осложнений: любые фракционированные гепарины 0,2-0,4 мл п/к не ранее 8 часов после родов.



Обязательным является надежный хирургический гемостаз и отсутствие гипокоагуляции.

4. Перевод родильницы на самостоятельное дыхание и экстубация при стабильном АД и хирургическом гемостазе, сатурации на спонтанном дыхании  $SpO_2$  95-97 %, отсутствии гипоксемии по данным КОС, отсутствии явлений остаточной медикаментозной седации, доступном продуктивном контакте. Рентгенография ОГК не должна иметь признаков острого повреждения легких.

**При продолжающемся гипотоническом кровотечении, кровотечении по поводу предложения, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты — алгоритм действий согласно Протоколу 1.**

### ПРОТОКОЛ 3 БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

1. Перевод в отделение реанимации или в палату интенсивной терапии.
2. Катетеризация периферической вены 16-18 G.
3. Обследование согласно базового алгоритма.
4. Почасовой контроль диуреза.
5. Неинвазивный мониторинг: АД, ЧСС, ЭКГ, сатурация кислорода.
6. Ингаляция увлажненным кислородом.
7. Консультация окулиста, невролога.

#### **Интенсивная терапия:**

1. Противосудорожная терапия: нагрузочная доза сульфата магния 25 % — 5 г в/в в течение 10-15 мин. В дальнейшем поддерживающая доза 1-2 г/час в течение 24 часов (желательно через перфузор).

2. Гипотензивная терапия: нифедипин 10 мг (под язык), возможно повторить через 20 минут (до 120 мг/сут.). При ЧСС более 100 уд/мин. — эгилон, анаприлин 20-40 мг, а затем — нифедипин до 120 мг/сут. Возможно сочетание нифедипина с клофелином 0,00375 мг/кг/сут. (Уровень АД не ниже 140/90 мм рт. ст.).

3. При отсутствии эффекта от проводимой терапии и сохраняющемся АД более 170/110 мм рт. ст. — нитроглицерин в/в, методом титрования через перфузор под контролем АД (кратковременно, до снижения АД на 10-15 %).

4. Инфузионная терапия в объеме до 15 мл/кг массы тела (кристаллоиды) только в качестве сред-носителей препаратов.

5. В случае отсутствия других показаний для экстренного родоразрешения (кровотечение) интенсивная терапия продолжается 6-24 часов до стабилизации гемодинамики (АД диаст. 90-100 мм рт. ст.), устранения головной боли, достижения противосудорожного эффекта.

6. Метод выбора обезболивания при родоразрешении — нейроаксиальные методы обе-

зболевания, при отсутствии противопоказаний.

**Интенсивная терапия продолжается 6 часов (в стационарах высокого риска — до 12-24 часов), в случае отсутствия других показаний для экстренного родоразрешения (кровотечение).**

### ПРОТОКОЛ 4 ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ЭКЛАМПСИИ

Базисная терапия проводится в соответствии с протоколом № 3, объем обследования — согласно базового алгоритма и дополнительно следующие мероприятия:

- перевод в отделение реанимации;
- при появлении очаговой неврологической симптоматики (парезы, параличи, анизокория) — консультация невролога и/или нейрохирурга для исключения патологии, требующей срочного нейрохирургического вмешательства; компьютерная томография, МРТ, ЭхоЭГ;
- нагрузочная доза сульфата магния 25 % — 20 мл (5 гр) в/в в течение 10-15 минут; в дальнейшем поддерживающая доза (желательно через перфузор) 1-2 г/час в течение 24 часов (под контролем рефлексов, дыхания, диуреза, ЧСС);
- если после введения нагрузочной дозы повторяется приступ судорог, повторно вводится болюсом сульфат магния 2 г в/в в течение 5 минут;
- сибазон 10-20 мг в/в при сохраняющемся судорожном синдроме;
- тиопентал натрия 150-300 мг в/в при сохраняющемся судорожном синдроме;
- гипотензивная терапия (антагонисты кальция, клофелин, бета-блокаторы);
- инфузионная терапия в объеме до 10-15 мл/кг/сутки (кристаллоиды) только в качестве сред-носителей препаратов;
- после снятия приступа судорог — предоперационная подготовка и немедленное родоразрешение;
- метод выбора анестезии — ЭТН или нейроаксиальные методы обезболивания при отсутствии абсолютных противопоказаний (тромбоцитопения, кровоизлияние, кровотечение, гнойничковые поражения кожи, органические поражения ЦНС, шок любого генеза).

#### **После родоразрешения:**

Если родоразрешение проводится в условиях общей анестезии, то непосредственно после операции необходима оценка неврологического статуса при отмене миорелаксантов, а также седативной терапии. В случае восстановления сознания и отсутствия судорожной готовности, стабильной управляемой гемодинамики, отсутствия признаков десатурации и кровотечения — прекращение

ИВЛ на фоне сохранения в/в введения магния сульфата 1-2 г/час в течение 24 часов.

При сохранении коматозного состояния или судорожной готовности — продолжение ИВЛ в режиме принудительной синхронизированной вентиляции. Если после отмены миорелаксантов и всех седативных средств сознание не восстанавливается в течение 12 часов, требуется консультация невролога и нейрохирурга и проведение магнитно-резонансной или компьютерной томографии. Перевод в отделение реанимации общего профиля.

#### **ПРОТОКОЛ 5 ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, РАЗВИТИИ ОРДС/ОПЛ**

ОРДС/ОПЛ выставляется по шкале Мюррея.

1. Перевод в отделение реанимации. При неэффективности терапии в течение 12 часов, ухудшении состояния больной — перевод в отделение реанимации общего профиля.

2. Катетеризация центральной вены для контроля ЦВД.

3. Катетеризация мочевого пузыря.

#### **Дополнительные лабораторные обследования:**

- КОС и газы венозной и артериальной крови + осмолярность.

#### **Дополнительные инструментальные обследования:**

- Рентгенография легких, ЭКГ.

#### **Интенсивная терапия:**

- Срочное родоразрешение.
- Ограничение инфузии.
- Использование ГЭК 130/0,4 или гелофузин при признаках гиповолемии и гипотонии.
- Раннее начало (первые 12-24 часа) энтерального питания.
- Контроль ЦВД и почасового диуреза, нулевой баланс.
- ИВЛ на фоне седации и миоплегии с недопущением «борьбы с вентилятором».
- При сохранении признаков ОПЛ в первые 12 часов после родоразрешения — перевод больной в отделение реанимации общего профиля.

#### **ПРОТОКОЛ 6 ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

1. Перевод в отделение реанимации.
2. Катетеризация периферической вены.
3. Катетеризация мочевого пузыря.
4. Консультация хирурга, инфекциониста, гастроэнтеролога.

5. УЗИ печени и желчевыводящих путей.

#### **Дополнительные лабораторные исследования:**

- Амилаза крови.
- Свободный гемоглобин плазмы и мочи.
- Щелочная фосфатаза.
- ЛДГ, АЛТ, АСТ.
- Исследование на носительство вирусов гепатитов (А, В, С, Е).

При появлении желтухи (билирубин более 30 мкмоль/л) на фоне преэклампсии решается вопрос о родоразрешении. Предоперационная подготовка в течение 6 часов.

#### **Интенсивная терапия:**

1. Инфузионная терапия в объеме 30-40 мл/кг (глюкозо-солевые растворы, ГЭК 130/0,4) с умеренной стимуляцией диуреза фуросемидом 20-60 мг.

2. При ПТИ менее 70 %, удлинении времени свертывания более 10 минут, концентрации фибриногена менее 1,5 г/л или уменьшении антитромбина III менее 60 % — введение СЗП 15-20 мг/кг.

3. При концентрации альбуминов менее 20 г/л — инфузия альбумина 20 % — 200 мл. Избегать применения 10-15 % растворов альбумина.

4. Лосек 40 мг/сутки, квамател 20 мг в/в.

5. Родоразрешение в условиях общей анестезии.

При развитии геморрагического синдрома на фоне острой печеночной недостаточности:

1. СЗП не менее 15-20 мл/кг.
2. Концентрат тромбоцитов не менее 7-8 доз.
3. Криопреципитат не менее 7-8 доз.
4. Гемотрансфузия.
5. Протоплекс — 600.
6. Викасол 2-4 мл в/в.

**Перевод в отделение реанимации общего профиля в ближайшие 6 часов после родоразрешения.**

#### **ПРОТОКОЛ 7 ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ДВС-СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И ЭКЛАМПСИЕЙ**

1. Перевод в отделение реанимации.
2. Катетеризация периферической вены.
3. Катетеризация мочевого пузыря.

#### **Лабораторное обследование:**

- время свертывания по Ли-Уайту;
- количество тромбоцитов;
- фибриноген;
- ПДФ (продукты деградации фибрина);
- Д-димеры;
- ТВ (тромбиновое время);

- РФМК (растворимые фибринмономерные комплексы);
- ПТИ (протромбиновое время/индекс);
- АЧТВ (активированное частичное тромбиновое время);
- АТ III (антитромбин III);
- XIIa-зависимый фибринолиз.

#### **Оценить:**

- степень активности тромбинового потенциала крови и признаки ДВС-синдрома крови;
- уровень потребления или разведения факторов коагуляционного каскада и тромбоцитов;
- уровень дефицита или накопления естественных или патологических антикоагулянтов;
- сохранение или отсутствие потенциальной гиперкоагуляции;
- состояние системы фибринолиза;
- функциональную активность тромбоцитов.

#### **Интерпретация наиболее информативных и доступных лабораторных тестов гемостаза для диагностики ДВС-синдрома в акушерско-гинекологической клинике:**

1. Определение свертывания крови по Ли-Уайту. В обычную пробирку вводится 1 мл крови, лучше самотеком, и фиксируется время свертывания при температуре 37°C. При нормокоагуляции оно равно 4-7 минут, а при гиперкоагуляции уменьшается менее 4 минут. Его удлинение отмечается только при глубокой патологии гемостаза.

2. АЧТВ — определяет дефицит факторов внутреннего механизма свертывания, таких как XII, XI, IX, VIII, а также наличие в плазме крови их ингибиторов, гепарина. В этих случаях наблюдается удлинение времени АЧТВ. Укорочение АЧТВ указывает на гиперкоагуляцию.

3. ТВ — характеризует кинетику конечного этапа свертывания крови — скорость превращения фибриногена в фибрин. Удлинение ТВ может быть обусловлено гипофибриногенемией, дисфибриногенемией, повышенным содержанием в плазме ПДФ, присутствием в крови антикоагулянтов прямого действия.

4. Протромбиновое время или протромбиновый индекс — определяет активность или дефицит факторов протромбинового комплекса (VII, X, V, II) внешнего механизма коагуляции. Удлинение протромбинового времени при нормальном тромбиновом времени указывает на ингибицию внешнего пути активации свертывания крови, то есть дефицит XII, V и II факторов. В настоящее время определяют протромбиновое отношение.

5. Содержание фибриногена в плазме — снижение концентрации фибриногена наблюдается при катастрофическом и остром ДВС-синдроме, лечение фибринолитиками, а также при врожденных гипо- и дисфибриногенемиях.

6. Ортофенантролиновый тест — предназначен для количественного определения в плазме крови растворимых фибринмономерных комплексов, являющихся маркерами внутрисосудистого свертывания, которые находятся в плазме в растворенном состоянии и не сворачиваются под действием тромбина.

7. Определение первичных физиологических антикоагулянтов — учитывается активность антитромбина III и протеина С. При дефиците антикоагулянтов в результате кровопотери или потребления их уровень снижается, что способствует развитию тромбозов.

8. Фактор XIIa-зависимый фибринолиз. Нарушения XIIa-ЗФ обуславливаются изменениями уровня и степени активации компонентов основных плазменных протеолитических систем (свертывания, фибринолиза, каллекреин-кининовой и др.) в связи с тем, что этот вид фибринолиза опосредован через триггерную функцию XII фактора. При ДВС-синдроме отмечается закономерное угнетение XIIa-ЗД, начинающееся уже в 1-й стадии.

9. Определение Д-димера (поздние продукты деградации фибрина). Уровень Д-димера повышается (более 500 нг/мл) при массивном внутрисосудистом свертывании крови.

10. Определение количества тромбоцитов и их агрегационная функция.

Диагностика стадий ДВС-синдрома

| Параметры гемостаза             | Норма    | Гиперкоагуляционная стадия | Гипокоагуляционная стадия |                                   |
|---------------------------------|----------|----------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
|                                 |          |                            | Начальная                 | Терминальная гипокоагуляция       |
| Ли-айт, мин.                    | 5-7      | < 5                        | > 5, сгусток рыхлый       | Сгусток не образуется             |
| АЧТВ, сек.                      | Контроль | < контроля                 | > контроля                | Сгусток не образуется             |
| ТВ, сек.                        | Контроль | < контроля                 | > контроля                | Сгусток не образуется             |
| Протромбиновое время/индекс, %  | 80-100%  | Норма или >                | < нормы                   | Сгусток не образуется             |
| Фибриноген, г/л                 | 2,5-4    | Норма или >                | Норма или <               | Определяется в рептилазовом тесте |
| РФМК, мг/%                      | 5-8      | ↑                          | ↑                         | ↑↓                                |
| АТ III, %                       | 80-100   | ↓                          | ↓                         | ↓                                 |
| XIIa-зависимый фибринолиз, мин. | 6-8      | Удлинен                    | Удлинен                   | Удлинен                           |
| Д-димеры, нг/мл                 | 500      | > 500                      | > 500                     | > 500                             |
| Тромбоциты, тыс                 | 180-350  | 180-350                    | 100-300                   | > 100                             |



## ТЕРАПИЯ ДВС-СИНДРОМА В СТАДИИ КОМПЕНСАЦИИ

В стадии компенсации диагностика ДВС-синдрома строится только на лабораторных показателях, собственной клинической картины эта стадия не имеет.

### Медикаментозная коррекция

1. Терапия основного заболевания.
2. Мембраностабилизаторы.

## ТЕРАПИЯ ДВС-СИНДРОМА В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ

### Медикаментозная коррекция

1. Медикаментозная терапия основного заболевания.
2. Заместительная терапия (трансфузия только через лейкофильтр):

| Плазма                 | Свежезамороженная                                                                                                              | Основной препарат для заместительной терапии. Содержит компоненты как свертывающей, так и противосвертывающей систем. Доза не менее 15 мл/кг |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Препараты клеток крови | - Эритроцитарная масса (взвесь) через лейкофильтр<br>- ЭМОЛТ<br>- Размороженные и отмытые эритроциты<br>- Тромбоцитарная масса | Применяются при снижении уровня соответствующих клеток ниже допустимого уровня                                                               |
| Препараты плазмы       | - Криопреципитат<br>- Фибриноген<br>- Антитромбин III                                                                          | Эти препараты используются как дополнение к применению плазмы                                                                                |

3. Ингибиторы протеаз (только под контролем фибринолиза):

| Препарат              | Доза               |
|-----------------------|--------------------|
| Контрикал (апротинин) | 100000-500000 ЕИК  |
| Трасилол (апротинин)  | 500000-1000000 ЕИК |
| Гордокс (апротинин)   | до 1000000 ЕИК     |
| Антагозан (апротинин) | до 1000000 ЕИК     |

4. Новосевен 4,5 КЕД/кг массы тела болюсно в течение 2-5 минут, при наличии показаний — каждые 2 часа (60-120 мкг/кг).

5. Протомплекс 600 1-2 дозы под контролем клинического эффекта и показателей гемостаза.

Следует помнить, что острая коагулопатия потребления в стадии декомпенсации после устранения геморрагического синдрома представляет серьезную опасность ввиду нарушения кровообращения в легких с формированием ОРДС и почках с формированием ОПН. Кроме того, существует реальная угроза развития стрессовых язв и массивного желудочно-кишечного кровотечения. Изменения в системе гемостаза от гипокоагуляции до восстановления гемостатического потенциала крови и гиперкоагуляции уже в первые

часы создают предпосылки для развития тромбоэмболических осложнений.

1. Необходимо устранить любую форму гипоксии — продленная ИВЛ, восстановление кислородной емкости крови, улучшение перфузии тканей.
2. Стабилизация гемодинамики — устранение артериолоспазма.
3. Низкомолекулярные гепарины (клексан 0,2/сут, фраксин 0,2/сут, фраксипарин 0,3/сут) или гепарин 2,5-5 тыс. через 6 часов под контролем коагулограммы.

## НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОШИБКИ

1. Проведение гепаринотерапии только на основании лабораторного подтверждения ДВС-синдрома крови без учета клинической ситуации.

Подобный односторонний подход может привести к чрезмерно большой кровопотере при родоразрешении.

2. Представление о ДВС-синдроме крови только как о геморрагическом синдроме, без учета предшествующей фазы — тромбообразования в системе микроциркуляции с формированием ОРДС и ОПН, отека головного мозга — полиорганной недостаточности.

3. Лечение проявлений ДВС-синдрома без эффективной терапии основного заболевания.

## ПРОТОКОЛ 8 ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ HELLP-СИНДРОМА

1. Перевод в отделение реанимации.
2. Катетеризация периферической вены.
3. Катетеризация мочевого пузыря.
4. Определение свободного гемоглобина в сыворотке крови и в моче.
5. Количество тромбоцитов.
6. Биохимическое исследование АСТ и АЛТ.
7. УЗИ почек, печени и желчевыводящих путей.
8. Исследование на носительство вирусов гепатита (А, В, С, Е).

Сочетание клиники тяжелой преэклампсии, массивного внутрисосудистого гемолиза, ДВС-синдрома требует срочного оперативного родоразрешения на фоне проведения интенсивной терапии. Обезболивание — эндотрахеальный наркоз.

#### **Интенсивная терапия:**

1. Инфузионная терапия 10-15 мл/кг (растворы гидроксиэтилкрахмала 130/0,4 6%). Бикарбонат натрия под контролем КОС.
2. Стимуляция диуреза салуретиками с темпом диуреза 200-250 мл/час.
3. СЗП 15-20 мл/кг.
4. Протомплекс 600 1-2 дозы под контролем клинического эффекта и показателей гемостаза.
5. Квамател 20 мг 2 раза в сутки или лосек 40 мг в/в.
6. Проведение лечебного обменного плазмафереза и малопоточная ультрагемофильтрация — решение должно быть принято после перевода больной в отделение реанимации общего профиля многопрофильной больницы.
7. Дексаметазон до 12-24 мг, преднизолон 300 мг/сутки.
8. Тромбоциты менее 50 тыс. — трансфузия тромбоцитарной массы 8 доз в плановом порядке.
9. Антибактериальная терапия: цефалоспорины III-IV поколения или ингибиторзащищенные аминопенициллины. Исключаются аминогликозиды.

#### **ПРОТОКОЛ 9**

#### **ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ СЕПСИСА, СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И ЭКЛАМПСИЕЙ**

1. Перевод в отделение реанимации.
2. Катетеризация периферической вены.
3. Катетеризация мочевого пузыря.
4. Оценка проходимости дыхательных путей.
5. Ингаляция кислорода.
6. Перевод на ИВЛ при: нарушении сознания, судорожном синдроме, септическом шоке.
7. Посев крови на стерильность и чувствительность к антибиотикам (до их назначения).

#### **Критерии диагностики сепсиса:**

1. ССВО + очаг инфекции.
2. Гипертермия более 38°C, гипотермия менее 35°C.
3. Лейкопения менее  $4 \times 10^9$ , лейкоцитоз более  $12 \times 10^9$ .
4. Тромбоцитопения, необъяснимая другими причинами.

#### **Критерии диагностики септического шока:**

1. АД сист.  $\leq 90$  мм рт. ст.
2. Олигурия менее 30 мл/час.

3. Дыхательная, сердечно-сосудистая недостаточность.

4. Выраженный метаболический ацидоз.

#### **Интенсивная терапия:**

1. Инфузионно-трансфузионная терапия 30 мл/кг/сутки.
2. Почасовой контроль диуреза.
3. Лосек 40 мг в/в.
4. Низкомолекулярные гепарины (клексан 0,2/сут, фрагмин 0,2/сут, фраксипарин 0,3/сут).
5. Адрено-симпатомиметики при необходимости для стабилизации АД.
6. Антибактериальная терапия: цефалоспорины III-IV поколения или карбапенемы в адекватных дозировках.
7. Малопоточная ультрагемофильтрация в условиях отделения реанимации общего профиля многопрофильной больницы.
8. Хирургическая санация очага инфекции на фоне проводимой интенсивной терапии, при наличии септического шока — хирургические вмешательства после минимальной противошоковой терапии и относительной стабилизации витальных функций 4-6 часов.
9. Обезболивание — эндотрахеальный наркоз.
10. Принять решение о быстрейшем переводе больной в отделение реанимации общего профиля многопрофильной клинической больницы.

#### **ПРОТОКОЛ 10**

#### **ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИЯ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И ЭКЛАМПСИЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

1. Катетеризация периферической вены.
2. Мониторинг: АД, ЧСС, SpO<sub>2</sub>, pCO<sub>2</sub>, ЭКГ, диурез.

#### **Премедикация:**

На фоне введения сульфата магния в поддерживающей дозе.

1. Атропин 0,1%- 0,3-1,0 мл в/в (противопоказан при тахикардии).
2. Лосек 40 мг в/в.
3. Церукал 2,0 в/в.

#### **Вводный наркоз:**

Метод Селлика (перед интубацией для профилактики аспирации).

1. Тиопентал натрия 7-8 мг/кг или пропофол 2 мг/кг.
2. Сукцинилхолин.
3. N<sub>2</sub>O : O<sub>2</sub> — 2 : 1.
4. ИВЛ: CMV, ЧД 18-20 в мин., ДО 7-8 мл/кг, I : E — 1 : 2.



**После извлечения плода, поддержание анестезии:**

1. Фентанил 400-600 мкг.
2. Тиопентал натрия 7-8 мг/кг, пропофол 1-2 мг/кг.
3.  $N_2O : O_2 - 2 : 1$ .
4. Инфузионная терапия в общем объеме не более 15-20 мл/кг (ГЭК 130/0,4 6% раст-вор).
5. Магнезиальная терапия продолжается интраоперационно.

**ПРОТОКОЛ 11**

**СУБАРАХНОИДАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ  
У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ  
ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

**Условия для проведения эпидуральной и субарахноидальной анестезии и аналгезии при тяжелой преэклампсии и эклампсии:**

1. Надежный контроль судорожной активности.
2. Отсутствие симптомов неврологического дефицита.
3. Контролируемое артериальное давление.
4. Уровень тромбоцитов не менее  $100 \times 10^9$ /л.
5. Отсутствие септического состояния, гнойничковых высыпаний в месте проведения манипуляции.
6. Отсутствие признаков любого шока.
7. Отсутствие признаков острого нарушения состояния плода.
8. Катетеризация периферической вены.
9. Мониторинг: АД, ЧСС,  $SpO_2$ , ЭКГ, диурез.
10. Наркотно-дыхательная аппаратура.

**Премедикация:**

1. Атропин 0,1 % 0,3-1,0 мл в/в (по показаниям).
2. Димедрол/Супрастин 1,0 мл в/в (по показаниям).
3. Квамател 20 мг или лосек 40 мг в/в.

**Анестезия:**

1. В положении на левом боку или сидя, уровень пункции L III-IV СМА.
2. В положении на левом боку или сидя, уровень пункции L II ДЭА.
3. КСЭА.

**Варианты комбинации анестетиков:**

1. Избегать введения лидокаина.
2. Маркаин Спинал 12,5-15 мг интратекально.
3. Наропин: кесарево сечение (100-150 мг).
4. Обезболивание родов (20 мг).
5. Инфузионная терапия, в общем объеме не более 20 мл/кг.

**ПРОТОКОЛ 12**

**ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛГЕЗИЯ  
У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ  
ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ ЧЕРЕЗ  
ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ**

**Условия для проведения эпидуральной и субарахноидальной анестезии и аналгезии при тяжелой преэклампсии и эклампсии:**

1. Надежный контроль судорожной активности.
2. Отсутствие симптомов неврологического дефицита.
3. Контролируемое артериальное давление.
4. Уровень тромбоцитов более  $100 \times 10^9$ .
5. Отсутствие признаков острого нарушения состояния плода.
6. Отсутствие нарушения свертывания крови.
7. Наличие наркотно-дыхательной аппаратуры.

**Базисная терапия проводится в соответствии с протоколом 1, объем обследования согласно базовому алгоритму.**

1. Катетеризация периферической вены.
2. Мониторинг: АД, ЧСС,  $SpO_2$ , ЭКГ, диурез.

**Аналгезия:**

1. В положении на левом боку уровень пункции L II-III.

**Варианты комбинации анестетиков:**

1. Маркаин 0,125 %, однократная доза 25 мг, с интервалом 120-180 минут.
2. Ропивакаин (Наропин) 0,2 % — 16-20 мг (однократная доза) с интервалом 120-180 минут.
3. Фентанил 50 мкг.
4. Инфузионная терапия в общем объеме не более 10-15 мл/кг.
5. После рождения ребенка в эпидуральное пространство вводится дополнительная доза анестетика для обезболивания малых акушерских операций.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Акушерство. Национальное руководство /под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1200 с.
2. Анестезия и интенсивная терапия в акушерстве и неонатологии /А.В. Куликов, Д.П. Казаков, В.М. Егоров и др. – М.: Мед. книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – 264 с.
3. Анестезия и реанимация в акушерской практике /под ред. Е.В. Григорьева. – Кемерово, 2007. – 22 с.
4. Барышев, Б.А. Кровезаменители: справочник для врачей /Б.А. Барышев. – СПб, 2001.
5. Зильбер, А.П. Акушерство глазами анестезиолога /А.П. Зильбер, Е.М. Шифман. – Петрозаводск, 1997. – 397 с.

Таблица

Инфузионно-трансфузионная терапия акушерских кровотечений в зависимости от объёма кровопотери и тяжести состояния

| Степень кровопотери | Кровопотеря   |            | Симптомы                                                                                                                             | Трансфузионные среды                               |                                                  |                                                                                                                   | СЗП                                                                                                               | Эритро-масса                                                                   | Тромбоцитар-ная масса                              |                                                  |  |
|---------------------|---------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--|
|                     | мл            | % ОЦК      |                                                                                                                                      | Кристаллоиды                                       |                                                  |                                                                                                                   |                                                                                                                   |                                                                                |                                                    | Коллоиды                                         |  |
|                     |               |            |                                                                                                                                      | Неосложнённое течение беременности к моменту родов | Осложнённое течение беременности к моменту родов | Неосложнённое течение беременности к моменту родов                                                                |                                                                                                                   |                                                                                |                                                    | Осложнённое течение беременности к моменту родов |  |
| I                   | Менее 750 мл  | До 15 %    | Нет                                                                                                                                  | NaCl 0.9% 1000мл                                   | Рингер 1000 мл                                   |                                                                                                                   | ГЭК 130/0,4<br>6% 500 мл или<br>гелофузин 500 мл                                                                  | АЧТВ более 60 сек,<br>Тромбоциты менее 150×10 <sup>9</sup>                     | -                                                  |                                                  |  |
| II                  | 750-1500 мл   | 15-30 %    | ЧСС более 100 в мин.,<br>АД сист менее 90 мм рт. ст., одышка до 22 в мин.<br>Периферическая вазоконстрикция, похолодание конечностей | NaCl 0.9% 1000мл<br>Рингер 500 мл                  | NaCl 0.9% 1000мл<br>Рингер 500 мл                | ГЭК 130/0,4<br>6% от 500 мл (20 мл/кг) или гелофузин 500 мл (30-50 мл/кг) (при сохранении тенденции к гипотензии) | ГЭК 130/0,4<br>6% от 500 мл (20 мл/кг) или гелофузин 500 мл (30-50 мл/кг) (при сохранении тенденции к гипотензии) | АЧТВ более 60 сек,<br>Тромбоциты менее 150×10 <sup>9</sup> ,<br>СЗП (15 мл/кг) | -                                                  |                                                  |  |
| III                 | 1500-2000 мл  | 30-40 %    | ЧСС более 110 в мин.,<br>АД сист менее 80 мм рт. ст., низкое пульсовое давление.<br>Слабость, цианоз, олигурия                       | NaCl 0.9% 1000мл,<br>Рингер 500 мл                 | NaCl 0.9% 1000мл,<br>Рингер 500 мл               | ГЭК 130/0,4<br>6% от 500 мл (20 мл/кг) или гелофузин 500 мл (30-50 мл/кг) (при сохранении тенденции к гипотензии) | ГЭК 130/0,4<br>6% от 500 мл (20 мл/кг) или гелофузин 500 мл (30-50 мл/кг) (при сохранении тенденции к гипотензии) | Нв менее 70 г/л,<br>Ht менее 0,25,<br>250-500 мл                               | При уровне Tr менее 70×10 <sup>9</sup> ,<br>100 мл |                                                  |  |
| IV                  | Более 2000 мл | Более 40 % | ЧСС более 120 в мин.,<br>АД сист менее 60 мм рт. ст., ЦВД отрицательное.<br>Нарушение сознания, олигурия                             | NaCl 0.9% 1000мл,<br>Рингер 1000 мл                | NaCl 0.9% 1000мл,<br>Рингер 1000 мл              | ГЭК 130/0,4<br>6% до 1000 мл (20 мл/кг) или гелофузин 500 мл (30-50 мл/кг)                                        | ГЭК 130/0,4<br>6% до 1500 мл (20 мл/кг) или гелофузин 500 мл (30-50 мл/кг)                                        | Нв менее 70 г/л,<br>Ht менее 0,25,<br>750 мл                                   | При уровне Tr менее 70×10 <sup>9</sup> ,<br>200 мл |                                                  |  |

**Примечание:** Физиологический раствор натрия хлорида при возможности должен быть заменен на полиионный раствор типа Рингера-лактат в эквивалентных дозах (Серофундин, Нормофундин); ГЭК 130/0,4 – препараты Волювен, Венофундин.



6. Клинические протоколы. – Изд. 3-е. – 2008. – 168 с.
7. Лычев, В.Г. Диагностика и лечение диссеминированного внутрисосудистого свертывания /В.Г. Лычев. – Н. Новгород, 1998.
8. Практическое руководство анестезии и интенсивной терапии при критических состояниях в акушерстве /под ред. В.М. Егорова. – Екатеринбург, 1997. – 65 с.
9. Приказ Минздрава РФ № 363 от 25.11.2002 г. «Об утверждении Инструкции по применению компонентов крови» [Электронный ресурс] / – URL: <http://www.zakonprost.ru/content/base/10968>
10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 572н от 12.11.2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» [Электронный ресурс] / – URL: <http://www.kuzdrav.ru/drupal/node/1763>
11. Протопопова, Н.В. Клинические протоколы /Н. В. Протопопова, П.М. Самчук, Н.В. Кравчук. – Иркутск, 2006. – 256 с.
12. Шифман, Е.М. Преэклампсия, эклампсия и HELLP-синдром /Е.М. Шифман. – Петрозаводск, 2002. – 432 с.
13. Энкин, М. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка /М. Энкин, М. Кейрс, Д. Нейлсон. – СПб.: Петрополис, 2003. – 482 с.
14. A Textbook of postpartum hemorrhage /C. B-Lynch, L. Keith, A. Lalonde et al. //Sapiens publishing. – 2006. – 468 p.
15. Aali, B.S. Nifedipine or hydralazine as a first agent to control hypertension in severe preeclampsia /B.S. Aali, S.S. Nejad //Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2002. – N 81. – P. 25–30.
16. Abouzahr, C. Puerperal sepsis and other puerperal infections. In Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies /C. Abouzahr, E. Aaahman, R. Guidotti //WHO. – 1998.
17. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy /E. Abalos, L. Duley, D. Steyn et al //The Cochrane Database Reviews. – 2001. – Iss. 2: CD 002252.
18. Bacterial Sepsis in Pregnancy /Guideline Title. – 2012. – URL: <http://guideline.gov/content.aspx?id=36901>
19. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). Saving Mother's Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008 /BJOG. – 2011. – V. 118, suppl. 1. – P. 1-203.
20. Duley, L. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy /L. Duley, D. Henderson-Smart //The Cochrane Library. – 2002. – Iss. 4.
21. Duley, L. Magnesium sulfate versus diazepam for pre-eclampsia /L. Duley, D. Henderson-Smart //The Cochrane Library. – 2003. – Iss. 3.
22. Haram, K. The HELLP syndrome: Clinical issues and management /K. Haram, E. Svendsen, U. Abidgaard //A Review. Pregnancy and Child. – 2009. – N 9. – P. 8.
23. Miller, S. Anti-shock garment in postpartum hemorrhage /S. Miller, B.H. Martin, J.L. Morris //Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. – 2008. – Vol. 22, N 6. – P. 1057-1074.
24. NICE. Clinical Guideline : Hypertension in pregnancy. The management of hypertensive disorders during pregnancy. – 2010.
25. Plaat, F. Anaesthetic issues related to postpartum haemorrhage (excluding antishock garments) /F. Plaat //Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. – 2008. – Vol. 22. – N 6. – P. 1043-1056.
26. RCOG. Guideline No. 10(A). The Management of Severe Pre-eclampsia/Eclampsia. – 2010.
27. Searlc, E. Recombinant factor YIIa and other pro-haemostatic therapies in primary postpartum hemorrhage /E. Searlc, S. Pavord, Z. Alfrevic //Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. – 2008. – Vol. 22, N 6. – P. 1057-1074.
28. Sepsis following Pregnancy /Green-top Guideline. – 2012. – P. 64b.
29. WHO recommendations for Prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia /WHO. – 2011.



## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ

### «ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ»

(Рекомендованы КРОО «Ассоциация акушеров-гинекологов». Утверждены ДОЗН КО, приказ № 1483 от 03.11.2011, пересмотрены приказ № 1337 от 24.09.2012).

#### **Клинические протоколы разработали:**

**Артымук Н.В.**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Григорук Н.П.**, к.м.н., доцент, кафедра акушерства и гинекологии № 1, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Григорьев Е.В.**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Зеленина Е.М.**, к.м.н., заместитель начальника, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области.

**Колесникова Н.Б.**, заместитель директора по акушерской помощи, ГБУЗ КО «Областной клинический перинатальный центр им. Л.А. Решетовой».

**Кубасова Л.А.**, к.м.н., заведующий отделением патологии беременности МБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5» г. Кемерово.

**Марочко Т.Ю.**, к.м.н., доцент, кафедра акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Мозес В.Г.**, д.м.н., профессор, кафедра акушерства и гинекологии № 1, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Новикова О.Н.**, к.м.н., доцент, кафедра акушерства и гинекологии № 1, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Паличев В.Н.**, заведующий отделением реанимации и анестезиологии, ГБУЗ КО «Областной клинический перинатальный центр им. Л.А. Решетовой».

**Слугина Г.Д.**, врач анестезиолог-реаниматолог, ГБУЗ КО «Областной клинический перинатальный центр им. Л.А. Решетовой».

**Сурина М.Н.**, аспирант, кафедра акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Ушакова Г.А.**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Шукевич Д.Л.**, д.м.н., ассистент, кафедра анестезиологии и реаниматологии, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Шукевич Л.Е.**, к.м.н., заведующий отделением анестезиологии-реанимации, ГБУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница».

**Чурляев Ю.А.**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии, ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздрава России».

#### **Рецензенты:**

**Белокриницкая Т.Е.**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии, ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Куликов А.В.**, профессор, кафедра анестезиологии и реанимации с курсом трансфузиологии, ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Кабакова Т.В.**, главный специалист акушер-гинеколог, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области.

Клинические протоколы включают последовательность действий врачей при акушерских кровотечениях. Клинические протоколы разработаны для врачей анестезиологов-реаниматологов, акушеров-гинекологов и слушателей циклов последипломного образования.

© Коллектив авторов, 2012



## КЛАССИФИКАЦИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ КЛИНИЧЕСКАЯ

### 1. Кровотечения во время беременности и в родах

- 1.1. Предлежание плаценты
- 1.2. Преждевременная отслойка плаценты

### 2. Кровотечения в послеродовом периоде

- 2.1. Гипо-, атония матки
- 2.2. Задержка в полости матки части последа
- 2.3. Разрывы мягких тканей родовых путей
- 2.4. Врожденные и приобретенные нарушения системы гемостаза

## КЛАССИФИКАЦИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПО МКБ X:

### О44 Предлежание плаценты

О44.0 предлежание плаценты, уточненное как без кровотечения

О44.1 предлежание плаценты с кровотечением

### О45 Преждевременная отслойка плаценты

О45.0 преждевременная отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови

О45.8 другая преждевременная отслойка плаценты

О45.9 преждевременная отслойка плаценты неуточненная

О46 Дородовое кровотечение, не классифицированное в других рубриках

О46.0 дородовое кровотечение с нарушением свертываемости крови

О46.8 другое дородовое кровотечение

О46.9 дородовое кровотечение неуточненное

О67 Роды и родоразрешение, осложнившееся кровотечением во время родов, не классифицированное в других рубриках

О67.0 кровотечение во время родов с нарушением свертываемости крови

О67.8 другие кровотечения во время родов

О67.9 кровотечение во время родов неуточненное

О72 Послеродовое кровотечение

О72.0 кровотечение в третьем периоде родов

О72.1 другие кровотечения в раннем послеродовом периоде

О72.2 позднее или вторичное послеродовое кровотечение

## ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Клинические признаки предлежания плаценты

- возможны эпизоды кровотечений без болевого синдрома и повышенного тонуса матки;
- наружное кровотечение алой кровью, визуальный объем кровопотери соответствует состоянию больной;
- высокое расположение предлежащей части плода или неправильное его положение;

- развитие признаков страдания плода, степень дистресса плода соответствует объему наружной кровопотери.

## Протокол наблюдения и обследования при предлежании плаценты

### 1. Наблюдение пациентки с предлежанием плаценты

1) Любой случай антенатального кровотечения — показание для срочной госпитализации в ближайшее родовспомогательное учреждение (в сроке до 34 недель при наличии условий для транспортировки — в родовспомогательные учреждения третьего уровня).

При любом кровотечении во второй половине беременности влагалищное исследование проводится только в условиях развернутой операционной.

2) При госпитализации в сроках беременности до 34 недель гестации необходимо проведение курса глюкокортикоидов по принятой схеме для профилактики РДС плода.

3) Полное предлежание плаценты (при отсутствии в анамнезе эпизодов кровотечений) — показание для дородовой госпитализации в 34 недели беременности. При отсутствии возможности экстренной транспортировки в стационар 3-го уровня беременная должна быть госпитализирована заблаговременно.

4) В случаях отказа беременной от госпитализации возможно продолжение амбулаторного наблюдения, особенно в условиях города, когда имеется возможность экстренного обращения за специализированной помощью.

5) Режим при отсутствии кровянистых выделений — свободный, при появлении кровянистых выделений — постельный/полупостельный. В случае продолжительной госпитализации с ограничением режима необходимо помнить о повышении риска тромбоэмболии.

6) С пациенткой и членами ее семьи должны быть обсуждены следующие вопросы:

- единственно возможный метод родоразрешения при полном предлежании плаценты — кесарево сечение;
- наиболее частое осложнение — кровотечение, поэтому возможно проведение трансфузии;
- возможно расширение объема операции, вплоть до гистерэктомии;
- другие вопросы, интересующие пациентку и ее родственников.

### 2. Дополнительные лабораторные исследования:

- развернутый клинический анализ крови с подсчетом числа тромбоцитов, определением гематокрита;
- биохимическое исследование крови (общий белок, коагулограмма) — двукратно в 30 и 36



37 недель, при наличии изменений — исследование в динамике.

### **3. Параклинические исследования:**

1) Предлежание плаценты обычно определяется при УЗИ. Более достоверно исследование вагинальным датчиком, чем трансабдоминальным, при этом безопасность обоих способов одинакова.

2) УЗИ-скрининг должен проводиться в сроках 20-22 недели гестации, при этом обязательно определяется локализация плаценты, т.е. должен быть выставлен диагноз «предлежание плаценты».

3) В случае получения положительных или сомнительных результатов УЗИ беременная должна быть проконсультирована в родовспомогательном учреждении 3-го уровня для составления дальнейшего плана ведения беременности.

4) Плацента способна к миграции в течение 2-го и 3-го триместров (эта способность более выражена при локализации плаценты на передней стенке матки, чем на задней, а также при отсутствии кесарева сечения в анамнезе).

5) При полном предлежании плаценты и отсутствии дополнительных показаний повторное УЗИ должно быть проведено не позднее 36 недель беременности.

6) В случае, если проведение УЗИ для подтверждения диагноза невозможно, влагалищное исследование можно проводить **только в условиях развернутой операционной:**

- осмотреть шейку матки в зеркалах — если шейка частично раскрыта и видна ткань плаценты — диагноз очевиден;
- если шейка матки закрыта, то осторожно пропальпировать своды влагалища: если определяется губчатая ткань, диагноз предлежания плаценты подтверждается; если пальпируется твердая головка плода, предлежание плаценты исключается;
- если диагноз предлежания плаценты по-прежнему вызывает сомнения, необходимо провести осторожное пальцевое исследование цервикального канала: если пальпируются мягкие ткани внутри шейки матки, предлежание плаценты подтверждается.

**Лечебная тактика при предлежании плаценты:**

#### **1. Предлежание плаценты без кровотечения (плановая госпитализация)**

Полное предлежание плаценты — абсолютное показание для родоразрешения путем операции кесарева сечения. Наиболее приемлемый срок проведения планового кесарева сечения для уменьшения риска рождения незрелого ребенка — 37 недель беременности.

1) Переопределить группу крови и резус-фактор пациентки. Данные о результатах тести-

рования вынести на первую страницу истории родов.

2) Иметь в запасе не менее 4-х доз одногруппной СЗП и 2-х доз одногруппной эритроцитарной массы для возможной трансфузии.

3) При отсутствии кровотечения выбор анестезии зависит от предпочтений пациентки, врачей анестезиолога-реаниматолога и акушера-гинеколога. Доказана одинаковая эффективность, но большая безопасность региональной анестезии в сравнении с общим наркозом в случаях оперативного родоразрешения при предлежании плаценты.

4) Операцию должен проводить самый опытный врач акушер-гинеколог из присутствующих на смене. При локализации плаценты в области рубца на матке оперирующий хирург должен владеть техникой гистерэктомии.

5) Кесарево сечение проводится в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом. Во время операции высок риск кровотечения из плацентарного ложа — возможно наложение дополнительных гемостатических швов с одновременным введением дополнительных доз утеротоников (20 ЕД окситоцина на 1000 мл раствора со скоростью 60 капель в минуту).

6) При неполном предлежании плаценты возможны роды через естественные родовые пути. В данном случае для прекращения или уменьшения степени кровопотери показана ранняя амниотомия, так как предлежащая головка прижимает край плаценты. Плановое родоразрешение проводится в стационаре 3-го уровня

#### **2. Предлежание плаценты и кровотечение (экстренное родоразрешение)**

1) При наличии кровотечения показана экстренная госпитализация в ближайшее родовспомогательное учреждение.

2) При продолжающемся кровотечении (более 250 мл) родоразрешить оперативным путем в экстренном порядке в ближайшем родовспомогательном учреждении. При сроке беременности до 34 недель родоразрешение проводить с вызовом неонатальной реанимационной бригады на себя.

3) При остановившемся кровотечении (при этом объем кровопотери менее 250 мл), в случае первоначального поступления в стационар 1-го уровня, решить вопрос о переводе в учреждение более высокого уровня. Перевод осуществлять санитарным транспортом в сопровождении врача.

4) При остановившемся кровотечении (при этом объем кровопотери менее 250 мл):

- если плод живой и гестационный срок менее 34 недель — консервативная тактика (начать профилактику РДС плода глюкокортикоидами по принятому в стационаре протоколу);
- если плод живой и гестационный срок 34-37 недель — консервативная тактика;



- если плод живой и доношенный — решение вопроса об оперативном родоразрешении;
- если плод мертвый или с аномалиями развития, несовместимыми с жизнью, то при любом сроке гестации — подготовка к родоразрешению (при полном предлежании плаценты оперативным путем).

5) При повторившемся эпизоде кровотечения необходимо взвесить преимущества и риски продолжения выжидательной тактики для женщины и плода, и решить вопрос о сроке родоразрешения.

### ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ (ПОНРП)

#### Клинические признаки ПОНРП:

- абдоминальный болевой синдром (от нерезко выраженных болей в животе до резких, сочетающихся с гипертонусом матки);
- гипертонус матки вне и во время схватки, болезненность матки при пальпации (локальная или тотальная); при выраженной отслойке плаценты, локализованной по передней стенке матки, характерно локальное выпячивание, асимметрия матки;
- кровотечение возникает чаще в третьем триместре беременности, в первом или втором периоде родов; кровотечение чаще внутреннее, реже наружное или смешанное (объем наружной кровопотери не соответствует тяжести состояния пациентки);
- признаки страдания плода;
- при выраженной отслойке клинические проявления сочетанного шока.

Любой случай антенатального кровотечения — показание для срочной госпитализации в ближайшее родовспомогательное учреждение (в сроке до 34 недель желательно в родовспомогательные учреждения третьего уровня).

**При любом кровотечении во второй половине беременности влагалищное исследование проводится в условиях развернутой операционной.**

При наличии клиники ПОНРП — родоразрешить оперативным путем в экстренном порядке, при возможности — с предварительной амниотомией для снижения внутриматочного давления.

Метод анестезии — ЭТН.

Операцию должен проводить самый опытный врач акушер-гинеколог из присутствующих на смене.

Кесарево сечение проводится в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом. Во время операции высок риск кровотечения из плацентарного ложа — возможно наложение дополнительных гемостатических швов с одновременным введением дополнительных доз утеротоников (20 ЕД

окситоцина на 1000 мл раствора со скоростью 60 капель в минуту).

При ПОНРП, возникшей во втором периоде родов, или непрогрессирующей ПОНРП легкой степени (плод не страдает, объем кровопотери не более 250 мл, отсутствуют признаки шока, имеются данные УЗИ, подтверждающие непрогрессирующую ПОНРП легкой степени) возможны роды через естественные родовые пути с исключением использования утеротоников в I и II периодах родов. В данном случае для уменьшения степени кровопотери и улучшения перинатального исхода целесообразно окончание родов путем наложения акушерских щипцов. Родоразрешение проводится в стационаре 2-3-го уровня при наличии возможности трансфузии значительных объемов препаратов крови.

При остановившемся кровотечении при ПОНРП во время беременности:

- если плод живой и гестационный срок менее 34 недель — консервативная тактика (начать профилактику РДС плода глюкокортикоидами по принятому в стационаре протоколу);
- если плод живой и гестационный срок 34-37 недель — консервативная тактика.

При остановившемся кровотечении, в случае первоначального поступления в стационар 1-го уровня, решить вопрос о переводе в учреждение более высокого уровня.

При повторившемся эпизоде кровотечения необходимо взвесить преимущества и риски продолжения выжидательной тактики для женщины и плода.

С пациенткой и членами ее семьи должны быть обсуждены следующие вопросы:

- единственно возможный метод родоразрешения при выраженной ПОНРП — кесарево сечение;
- наиболее частое осложнение — геморрагический шок, поэтому возможно проведение трансфузии;
- возможно расширение объема операции, вплоть до гистерэктомии;
- другие вопросы, интересующие пациентку и ее родственников.

### ПОСЛЕРОДОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Послеродовое кровотечение — клинически значимая кровопотеря, составляющая более 500 мл при родах через естественные родовые пути и более 1000 мл при оперативном родоразрешении.

Раннее послеродовое кровотечение — в первые 24 часа после родов.

Позднее послеродовое кровотечение — по истечении 24 часов после родов.

Причинами послеродовых кровотечений могут быть расстройства одного из 4-х базовых этиологических процессов, обозначаемых как «4Т».



| «Т»                                                  | Этиологический процесс                                                                                                                                                                                             | Клинические факторы риска                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Нарушение сократительной функции матки («Т» – тонус) | Перерастяжение матки                                                                                                                                                                                               | Многоводие<br>Многоплодие<br>Крупный плод                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                      | «Истощение» сократительной способности миометрия                                                                                                                                                                   | Быстрые роды<br>Затяжные роды<br>Высокий паритет родов (более 5)                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                      | Инфекционный процесс                                                                                                                                                                                               | Хориоамнионит<br>Лихорадочное состояние в родах                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                      | Функциональные/анатомические особенности матки                                                                                                                                                                     | Миома матки<br>Предлежание плаценты<br>Генитальный инфантилизм<br>Пороки развития матки                                                                                                                                                                                                       |
| Задержка тканей в полости матки («Т» – ткань)        | Задержка частей последа                                                                                                                                                                                            | Дефект последа<br>Оперированная матка<br>Высокий паритет родов<br>Плотное прикрепление плаценты<br>Приращение плаценты                                                                                                                                                                        |
|                                                      | Задержка сгустков крови в полости матки                                                                                                                                                                            | Гипотония матки                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Травмы родовых путей («Т» – травма)                  | Разрывы шейки матки, влагалища, промежности                                                                                                                                                                        | Быстрые и стремительные роды<br>Оперативные вагинальные роды                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                      | Травматический разрыв матки во время операции кесарево сечение                                                                                                                                                     | Неправильное положение и предлежание плода<br>Низкое расположение предлежащей части                                                                                                                                                                                                           |
|                                                      | Разрыв матки                                                                                                                                                                                                       | Разрыв матки по старому рубцу<br>Оперированная матка<br>Клинически узкий таз                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                      | Выворот матки                                                                                                                                                                                                      | Высокий паритет родов<br>Расположение плаценты в дне матки                                                                                                                                                                                                                                    |
| Нарушение коагуляции («Т»-тромбин)                   | Врожденные заболевания (болезнь Виллебранда и т.д.)                                                                                                                                                                | Наследственные коагулопатии<br>Заболевания печени                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                      | Приобретенные при беременности нарушения коагуляции<br>Идиопатическая тромбоцитопения<br>Тромбоцитопения с преэклампсией<br>ДВС (преэклампсия, антенатальная гибель плода, инфекция, эмболия околоплодными водами) | Гематомы и/или кровоточивость (в том числе в месте инъекций)<br>Преэклампсия, эклампсия, HELLP синдром<br>Антенатальная гибель плода<br>Хориоамнионит<br>Дородовое кровотечение<br>Аномалии родовой деятельности (дискоординация родовой деятельности, чрезмерно бурная родовая деятельность) |
|                                                      | Лечение антикоагулянтами                                                                                                                                                                                           | Не образуется сгусток крови                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                      |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

### Лечебная тактика при послеродовых кровотечениях

1. Лечение следует начинать как можно раньше, как так в современных условиях фактор времени имеет первостепенное значение в связи с более тяжелым течением и неблагоприятной динамикой патологического процесса.

2. Этиотропная терапия:

2.1. При нарушении тонуса матки провести наружный массаж матки, внутривенное введение утеротоников, управляемую баллонную тампонаду (при кровопотере 500-700 мл), бимануальную компрессию матки (как временная мера при транспортировке).

### Техника управляемой баллонной тампонады:

1) Разместить резервуар на стойке для внутривенных инфузий на высоте 45-50 см выше уровня родильницы.

2) Заполнить резервуар и трубку стерильным теплым раствором из флакона.

3) Просвет трубки перекрыть клеммой.

4) Ввести баллонный катетер в полость матки – вершина купола баллона должна быть доведена до дна матки. Ввести баллон можно с помощью классической техники (шейка матки обнажается в зеркалах и фиксируется окончатными зажимами, баллонный катетер вводится в полость



матки, контроль положения осуществляется с помощью УЗИ) или мануальной (без помощи зеркала и окончатых зажимов «рукой акушера» с заключенным внутри руки баллонным катетером).

5) Соединить открытый конец баллонного катетера с трубкой заполненного резервуара (выполняет ассистент).

6) Открыть клеммы на трубке — при этом уровень раствора в резервуаре снижается в связи с перемещением в просвет расправляющегося баллона.

7) Пополнять убывающий раствор в резервуаре до стабилизации уровня раствора на середине резервуара (выполняет ассистент). Обычно для заполнения системы «баллон-резервуар» требуется 300-500 мл теплого раствора.

8) Удержание баллонного катетера в полости матки при открытой клемме и стабильном уровне раствора в резервуаре.

9) Поэтапное снижение высоты размещения резервуара (пропорционально спонтанному повышению уровня раствора в резервуаре, возникающее в связи с восстановлением сократительной способности матки).

10) Удаление баллонного катетера — при отсутствии кровотечения в течение 30-40 минут при нахождении резервуара практически на одном уровне с внутриматочным катетером (баллон при этом находится в спавшемся состоянии).

*Техника бимануальной компрессии матки:*

- надев стерильные перчатки, войдите рукой во влагалище и сожмите руку в кулак;
- расположите кулак в переднем своде и надавите им на переднюю стенку матки;
- другой рукой через переднюю брюшную стенку надавите на заднюю стенку матки по направлению к руке, введенной во влагалище;
- продолжайте сдавливание, пока кровотечение не остановится и матка не начнет сокращаться.

2.2. При наличии ткани в полости матки — ручное обследование полости матки (кюретаж в исключительных случаях).

2.3. При обнаружении травмы мягких тканей родовых путей — ушивание разрывов мягких тканей родовых путей, при разрыве матки — лапаротомия, при вывороте матки — внутривенный наркоз, коррекция выворота матки, внутривенное введение утеротоников, тампонада влагалища.

2.4. При нарушениях в системе коагуляции — переливание факторов свертывания (СЗП, криопреципитат, тромбоцитарная масса), введение антифибринолитиков.

#### БАЗОВЫЙ АЛГОРИТМ

действий медицинского персонала в критических ситуациях (кровотечение, геморрагический шок)

**выполняется при любых критических состояниях!**

1) Руководит всеми действиями заведующий родовым отделением, в ночное время, праздничные и выходные дни — ответственный дежурный врач.

2) При появлении женщины в критическом состоянии поставить в известность заместителя главного врача по родовспоможению, заведующих родовым и реанимационным отделениями в любое время суток (или их заместителей, или исполняющих обязанности).

3) Определение плана обследования, лечения, тактики ведения пациентки согласно протоколу диагностированной патологии. План согласовать с заместителем главного врача и заведующими структурными подразделениями (реанимации и родильного блока).

4) Осмотр пациентки проводить бригадой дежурных врачей совместно с анестезиологом-реаниматологом, начиная с приемного отделения.

5) Осмотр, обследование и лечение проводятся параллельно.

6) Минимальный объем обследования при угрожающем состоянии:

- группа крови и резус фактор с фенотипом, кровь на совместимость;
- гемоглобин, эритроциты, гематокрит, время свертывания, тромбоциты, гематокрит;
- анализ мочи;
- биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, мочевины, сахар;
- коагулограмма: фибриноген, протромбиновый индекс, АЧТВ, ТВ.

7) Базовое обследование:

- группа крови и резус фактор с фенотипом, кровь на совместимость;
- общий анализ крови + время свертывания, тромбоциты, гематокрит;
- анализ мочи;
- биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, амилаза, сахар крови;
- коагулограмма: фибриноген, АЧТВ, РФМК, фибринолиз, протромбиновый индекс, анти-тромбин III, Д-димер;
- ионограмма: осмолярность, калий плазмы, натрий плазмы, хлор плазмы;
- анализ КОС и газы крови смешанной венозной или капиллярной крови;
- свободный гемоглобин плазмы и мочи;
- мазок на флору (при необходимости);
- микрореакция на сифилис;
- экспресс-тест на ВИЧ;
- рентгенография органов грудной клетки (при необходимости);
- ЭКГ;
- консультация терапевта, невролога, окулиста.

**Приемное отделение**

1. Совместный осмотр: врачами акушером-гинекологом, анестезиологом-реаниматологом, заведующими структурными подразделениями родильного дома.

2. При АД более 100 мм рт.ст., ЧСС менее 100 в мин. катетеризация периферической вены катетером большого диаметра 16-18 G.

3. Начать инфузионную терапию с целью превентивной терапии геморрагического шока: NaCl 0,9 % (без гипотонии), препараты ГЭК 200/0,5 или 130/0,4 или гелофузин 500 мл (при гипотонии).

4. Обследование согласно базовому алгоритму.

5. Катетеризация мочевого пузыря.

6. Поднять на каталке в родильно-операционный блок.

**Родильно-операционный блок**

1. Оценка состояния гемодинамики (АД, ЧСС, Sat O<sub>2</sub>).

2. Оценка проходимости дыхательных путей и адекватности спонтанного дыхания.

3. Ингаляция кислорода через маску или назальный катетер.

4. Профилактика синдрома Мендельсона: лосек 40 мг или квател 20 мг (в течение 20 минут в/в) + церукал 2 мл в/в.

5. Инфузионная терапия соответственно объему определенной кровопотери (табл. 1).

6. Заказать в отделение переливания крови или станции переливания крови одноклассные: эритромассу 2 дозы (500 мл), СЗП 4 дозы (1000 мл).

**1. При гипотоническом, атоническом послеродовом кровотечении (терапевтические мероприятия не более 15-20 минут!!)**

1. Мобилизация всего свободного персонала.

2. Оценка объема кровопотери.

3. Согревание женщины (укрыть).

4. Катетеризация центральной вены или, как минимум, двух периферических катетером большого диаметра (14-16 G).

5. Катетеризация мочевого пузыря.

6. Одномоментно в/в окситоцин 5 МЕ или 10 МЕ в/м + 10 МЕ на 0,9 % — 400,0 NaCl (со скоростью 60 капель в минуту) и метилэргометрин 0,2 г в/в или в/м (**противопоказан при тяжелой преэклампсии!**), возможно использование простагландина F2α 2,5 мг **исключительно внутримышечно**.

Максимальные суточные дозы: окситоцин — 60 МЕ на 0,9 % — 1000,0 NaCl в/в капельно со

скоростью 60 капель в минуту (не более 3 л), метилэргометрин — до 5 доз (1 мг), энзапрост — до 8 доз (20 мг). Смена очереди утеротонических препаратов обусловлена клиническим эффектом.

7. Массаж матки через брюшную стенку.

8. Управляемая баллонная тампонада.

9. Бимануальная компрессия матки.

10. Ручное обследование полости матки (кюретаж в исключительных случаях).

11. При остановке кровотечения: продолжить инфузионно-трансфузионную терапию (теплые растворы), согласно объему определенной кровопотери (табл. 1). Бикарбонат натрия — под контролем КОС.

12. Трансфузия СЗП 15 мл/кг при кровопотере более 1000 мл и кровопотере менее 1000 мл в сочетании с нарушениями свертывания крови: АЧТВ более 60 сек; тромбоциты менее 150×10<sup>9</sup> или антитромбин III менее 60 %, тест Ли-Уайт > 7 мин.

13. Трансфузия эритромассы 500 мл при гемоглобине менее 70 г/л, гематокрите менее 0,25, при кровопотере более 1 л.

14. При продолжающемся кровотечении, при кровопотере более 1 л — сдавление брюшной аорты (для транспортировки в операционную). Темп инфузии должен опережать объем кровопотери на 700-900 мл.

15. При продолжающемся кровотечении — лапаротомия.

16. Повторно простагландины 1 доза (2,5 мг) в/м в матку; компрессионные швы (при наличии подготовленных хирургов); перевязка магистральных сосудов (маточных, яичниковых); перевязка внутренних подвздошных сосудов (при наличии подготовленных хирургов).

17. Гистерэктомия (**должна быть проведена до нарушения гемодинамики!**).

**Применение органосберегающих технологий возможно только при наличии подготовленных хирургов, а также при стабильной гемодинамике у пациентки.**

Стабильная гемодинамика: среднее АД не менее 65 мм рт. ст., ЦВД 7-8 мм вод. ст., диурез 0,5 мл/кг/час, сатурация кислорода 95-98 %.

Нестабильная гемодинамика: невозможность поддержания среднего АД более 65 мм рт. ст. проведением инфузионной терапии и необходимость введения симпатомиметиков и вазопресорных препаратов (дофамин, мезатон, адреналин).

**Категорически неприемлемо повторное применение методов, оказавшихся неэффективными при первом применении.**

**При продолжающемся кровотечении и развитии симптомов геморрагического шока — алгоритм действий согласно Протоколу № 2 Действия персонала при кровотечении, геморрагическом шоке.**



*Обезболивание при кесаревом сечении по поводу кровотечения — эндотрахеальный наркоз (ТВВА + ИВЛ).*

## **II. При кровотечении по поводу предлежания, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты**

1. Влагищное исследование (с осмотром шейки матки на зеркалах) в условиях развернутой операционной с целью уточнения диагноза, определение акушерской ситуации и объема кровопотери, решение вопроса о методе родоразрешения.

2. Мониторинг сердцебиения плода.

3. При часто повторяющихся небольших кровотечениях (по 50 мл три раза), однократной кровопотере > 250 мл и более, профузном кровотечении, полном предлежании плаценты — оперативное родоразрешение.

4. Перевод на ИВЛ. Выбор метода анестезии — ЭТН (ТВВА + ИВЛ).

5. Катетеризация центральной или двух периферических вен катетером большого диаметра 16-18 G.

6. С целью профилактики возникновения кровотечения в послеродовом периоде в/в капельно окситоцин — 20 МЕ на 0,9 % — 1000,0 NaCl со скоростью 60 капель в минуту.

7. После извлечения плода — оценка состояния нижнего сегмента, осмотр плаценты, места ее прикрепления, при трудном отделении от стенок нижнего сегмента, возможно истинном приращении, шеечном предлежании — расширение операции до экстирпации матки.

8. Периоперационный контроль: гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, время свертывания по Ли-Уайту, КОС.

9. Инфузионно-трансфузионная терапия согласно объему определенной кровопотери. Бикарбонат натрия 4 % под контролем КОС при декомпенсированном метаболическом ацидозе и отсутствии гипернатриемии и гиперосмолярности.

10. Трансфузия СЗП 15 мл/кг при сочетании острой кровопотери более 1000 мл и нарушений свертывания: АЧТВ более 60 сек и/или снижение уровня антитромбина III до 60 %.

11. Трансфузия тромбоцитарной массы при уровне тромбоцитов менее  $70 \times 10^9$  (решение должно быть принято при отсутствии иных причин тромбоцитопении и сохранении данных изменений в течение минимум 2 суток).

12. Трансфузия эритромассы при кровопотере более 1000 мл, гемоглобине менее 70 г/л, гематокрите менее 0,25.

13. Транексам 15 мг/кг в/в при высоком риске кровотечения и лабораторном подтверждении фибринолиза более 300 мин (обязателен контроль фибринолиза лабораторно и продуктов деградации фибрина — РФМК, Д-димер).

14. При массивной кровопотере более 30 % ОЦК, концентрации гемоглобина менее 70 г/л, уровне гематокрита менее 0,25 (любой из признаков) — продленная ИВЛ в условиях отделения реанимации не менее 6 часов. Перевод из операционной только при стабильном АД с продолжающейся инфузией вазопрессоров. Неадекватная по количеству и/или качеству инфузионно-трансфузионная терапия — показание для продления ИВЛ.

### *В послеоперационном периоде*

1. Инфузионная терапия: не более 20 мл/кг/сутки, контроль ЦВД, диуреза с достижением показателя не менее 30 мл/час, гемотрансфузия при гемоглобине менее 70 г/л, эритроциты менее  $2,0 \times 10^{12}$ /л, гематокрит менее 0,25. Подход к гемотрансфузии является индивидуальным! Коррекция постгеморрагической анемии отмытыми эритроцитами, желательно с индивидуальным подбором донора.

2. Антибактериальная терапия: цефалоспорины III генерации + метрогил или защищенные пенициллины.

3. Профилактика тромбоэмболических осложнений: любой фракционированный гепарин 0,2-0,4 мл п/к, при наличии контроля свертывания (АЧТВ и время свертывания) через 8 часов при восстановленном гемостазе.

4. Критерии перевода родильницы на самостоятельное дыхание и экстубации:

- хирургический гемостаз,
- стабильная гемодинамика без вазопрессоров,
- отсутствие гипоксемии по данным КОС,
- отсутствие явлений остаточной медикаментозной седации,
- доступный продуктивный контакт,
- рентгенография ОГК не должна иметь признаков острого повреждения легких.

### **ПРОТОКОЛ № 2**

#### **Действия персонала при кровотечении, геморрагическом шоке**

##### *Приемное отделение*

1. Совместный осмотр врачами акушером-гинекологом, анестезиологом-реаниматологом, заведующими структурными подразделениями, оценка.

2. Катетеризация периферической вены катетером большого диаметра 14-16 G.

3. Минимальный объем обследования по базовому протоколу.

4. Инфузионная терапия: стартовый раствор NaCl 0,9 %.

5. Оценка проходимости дыхательных путей и адекватности спонтанного дыхания.

6. Ингаляция кислорода.

7. Профилактика синдрома Мендельсона: церукал 2 мл в/в, лосек 40 мг или квамател 20 мг в/в.

8. Поднять на каталке в родильно-операционный блок.

9. Заказать одноклассные эритроциты 500 мл, СЗП 1000 мл.

#### Родильно-операционный блок

1. Катетеризация мочевого пузыря.

2. Оценка состояния гемодинамики.

3. Влагалищное исследование в условиях развернутой операционной с целью уточнения диагноза, определение акушерской ситуации и объема кровопотери, решение вопроса о методе родоразрешения.

4. Обследование согласно базовому алгоритму.

5. При клинико-лабораторных признаках геморрагического шока со снижением  $SpO_2$  менее 90 % и продолжающемся кровотечении — перевод на ИВЛ.

6. Катетеризация центральной или двух периферических вен катетером большого диаметра (14-16 G).

7. Инфузионно-трансфузионная терапия, согласно объему определенной кровопотери (табл. 1).

1). Бикарбонат натрия — под контролем КОС.

8. Преднизолон 150-300 мг в/в капельно.

9. Транексам 15 мг/кг (обязателен лабораторный контроль фибринолиза и продуктов деградации фибрина — РФМК, Д-димер) с повторным введением той же дозировки через 2 часа.

10. При остановке кровотечения по поводу гипотонического/атонического кровотечения: продолжить инфузионно-трансфузионную терапию согласно объему определенной кровопотери и показателей гемодинамики (табл. 1).

11. Трансфузия СЗП 15 мл/кг мл при кровопотере более 1000 мл в сочетании с нарушениями свертывания: АЧТВ более 60 сек; тромбоциты менее  $150 \times 10^9$ , снижении уровня антитромбина III менее 60 %.

12. При гемоглобине менее 70 г/л, гематокрите менее 0,25 — трансфузия эритроцитов 500 мл.

13. При массивной кровопотере более 30 % ОЦК, концентрации гемоглобина менее 70 г/л, уровне гематокрита менее 0,25 (любой из признаков) — продленная ИВЛ в условиях отделения реанимации не менее 6 часов. Перевод из операционной только при стабильной гемодинамике и адекватном гемостазе.

#### В раннем послеоперационном периоде

1. Инфузионная терапия не менее 20 мл/кг/сутки, контроль ЦВД, диуреза не менее 30 мл/час; гемотрансфузия при гемоглобине ме-

нее 70 г/л, эритроцитах менее  $2,0 \times 10^{12}$ /л, гематокрите менее 0,25.

2. Антибактериальная терапия: цефалоспорины III генерации + метрогил или защищенные пенициллины.

3. Профилактика тромбоэмболических осложнений: любые фракционированные гепарины в терапевтической дозе п/к не ранее 8 часов после родов. Обязательным является надежный хирургический гемостаз и отсутствие гипокоагуляции.

4. Перевод родильницы на самостоятельное дыхание и экстубация при стабильном АД и хирургическом гемостазе, отсутствии гипоксемии по данным КОС, отсутствии явлений остаточной медикаментозной седации, доступном продуктивном контакте. Рентгенография ОГК не должна иметь признаков острого повреждения легких.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Айламазян, Э.К. Акушерские кровотечения (профилактика и лечение) /Э.К. Айламазян, М.А. Репина, Т.У. Кузьминых //Акушерство и гинекология. — 2009. — № 3. — С. 15-20.
2. Курцер, М.А. Перевязка внутренних подвздошных артерий как альтернатива гистерэктомии при массивных акушерских кровотечениях /М.А. Курцер, А.В. Панин, Л.В. Сушевич //Акушерство и гинекология. — 2005. — № 4. — С. 12-15.
3. Методическое письмо «О материнской смертности в Российской Федерации в 2008 году» № 15-4/2279-07 от 18.09.2009 /Департамент развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития России. — Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=478138>.
4. Момот, А.П. Фармакотерапия массивных акушерских кровотечений /А.П. Момот, И.В. Молчанова, В.Б. Цхай //Акушерство и гинекология. — 2010. — № 4. — С. 3-10.
5. Салов, И.А. Прогноз и лечение массивной акушерской кровопотери /И.А. Салов, Д.В. Маршалов //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2008. — № 2. — С. 29-33.
6. Тактика ведения пациенток с акушерскими кровотечениями в раннем послеродовом периоде /А.А. Ищенко, А.Д. Липман, А.И. Ищенко, Н.С. Трифонова //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2006. — № 6. — С. 36-40.
7. Трифонова, Н.С. Современные методы терапии акушерских кровотечений /Н.С. Трифонова, А.А. Ищенко //Акушерство и гинекология. — 2008. — № 3. — С. 7-10.
8. Федорова, Т.А. Анализ многоцентрового применения рекомбинантного коагуляционного ФАКТОРА VIIA (НовоСэвен) в лечении массивных акушерских кровотечений /Т.А. Федорова, Е.В. Стрельникова, О.В. Рогачевский //Акушерство и гинекология. — 2008. — № 4. — С. 48-52.
9. Физико-химическое свертывание и вспенивание крови в полости матки как способ ее тампонирования при гипотоническом маточном кровотечении /Н.С. Стрелков [и др.] //Медицинская помощь. — 2007. — № 5. — С. 24-25.

Инфузионно-трансфузионная терапия акушерских кровотечений в зависимости от объёма кровопотери и тяжести состояния

Таблица 1

| Степень кровопотери |              | Кровопотеря | Симптомы                                                                                                                 | Трансфузионные среды                               |                                                  |                                                                                    |                                                                                |                                                    |                                                                         |
|---------------------|--------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|                     |              |             |                                                                                                                          | Кристаллоиды                                       | Осложнённое течение беременности к моменту родов | Неосложнённое течение беременности к моменту родов                                 | Коллоиды                                                                       | Осложнённое течение беременности к моменту родов   | СЗП                                                                     |
|                     |              |             |                                                                                                                          | Неосложнённое течение беременности к моменту родов | Осложнённое течение беременности к моменту родов | Неосложнённое течение беременности к моменту родов                                 | Осложнённое течение беременности к моменту родов                               | Эр. масса                                          | Тромб. масса                                                            |
| I                   | < 750 мл     | До 15 %     | Нет                                                                                                                      | NaCl 0,9% 800-1000 мл                              | Рингер 800 мл                                    |                                                                                    |                                                                                | АЧТВ > 60 сек;<br>Тромбоциты < 150×10 <sup>9</sup> | -                                                                       |
| II                  | 750-1500 мл  | 15-30 %     | ЧСС ≤ 100 в мин., АД сист ≤ 110 мм.рт.ст., одышка до 22 в мин., периферическая вазоконстрикция, похолодание конечностей. | NaCl 0,9% 800 мл Рингер 500 мл                     | NaCl 0,9% 800 мл Рингер 500 мл                   | ГЭК 130/0,4 6% 500 мл или гелофузин 500 мл (при сохранении тенденции к гипотензии) | ГЭК 130/0,4 6% 500млгилелофузин 500 мл (при сохранении тенденции к гипотензии) | НЬ < 70 г/л;<br>Ht < 0,25;<br>СЗП 250-500 мл       | -                                                                       |
| III                 | 1500-2000 мл | 30-40 %     | ЧСС 110 в мин., АД сист 80-100 мм.рт.ст., низкое пульсовое давление. Слабость, цианоз, Олигурия.                         | NaCl 0,9% 800 мл Рингер 500 мл                     | NaCl 0,9% 800 мл Рингер 500 мл                   | ГЭК 130/0,4 6% 1000 мл (при сохранении тенденции к гипотензии)                     | ГЭК 130/0,4 6% 1000 мл (при сохранении тенденции к гипотензии)                 | НЬ < 70 г/л<br>Ht < 0,25<br>СЗП 250-500 мл         | При уровне Тг<70×10 <sup>9</sup> 8дозили тромбоконцентрат 1 доза        |
| IV                  | > 2000 мл    | > 40 %      | ЧСС ≥ 120 в мин., АД сист < 60 мм рт. ст. ЦВД -отрицательное. Нарушение сознания. Олигурия.                              | NaCl 0,9% 800 мл Рингер 800 мл                     | NaCl 0,9% 800 мл Рингер 800 мл                   | ГЭК 130/0,4 6% 1000 мл                                                             | ГЭК 130/0,4 6% до 1500 мл                                                      | НЬ < 70 г/л<br>Ht < 0,25<br>СЗП 750 мл             | При уровне Тг < 70×10 <sup>9</sup> 8-16 доз или тромбоконцентрат 2 дозы |

**Примечание:** физиологический раствор натрия хлорида при возможности должен быть заменен на полиионный раствор типа Рингера-лактат в эквивалентных дозах (Серофундин, Нормофундин)

Таблица 2  
Утеротоники

|                                  | <b>1-я очередь<br/>Окситоцин</b>                                                                       | <b>2-я очередь<br/>Эргометрин<br/>Метилэргометрин</b>                                           | <b>3-я очередь<br/>Энзапрост</b>                                                                                                |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Начальная доза и способ введения | 10 ЕД в/м или 5 ЕД в/в (медленно)                                                                      | 0,2 мг в/м или в/в (медленно)                                                                   | 2,5 мг в/м, возможно в мышцу (шейку) матки                                                                                      |
| Повторные дозы                   | 20 ЕД в/в капельно в 1 л раствора со скоростью 60 капель в минуту                                      | 0,2 мг в/м каждые 15 минут (при необходимости 0,2 мг в/м или в/в медленно каждые 4 часа)        | 2,5 мг каждые 15 минут                                                                                                          |
| Максимальная доза                | Не более 3 л жидкости, содержащей окситоцин                                                            | 5 доз (1,0 мг)                                                                                  | 8 доз (20 мг)                                                                                                                   |
| Опасные побочные эффекты         | Расслабление мышечной стенки сосудов, снижение общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС) | Периферическая вазоконстрикция (гипертензия, инсульт, бронхоспазм), тонические сокращения матки | Гипотония, тахикардия, увеличение частоты дыхания, тошнота, рвота, головная боль, парадоксальная реакция – гипертонический криз |
| Противопоказания                 | -                                                                                                      | Преэклампсия, гипертензия, болезни сердца                                                       | Нельзя вводить внутривенно, астма                                                                                               |

**Применение:** Смена очереди утеротонических препаратов обусловлена клиническим эффектом.

10. Хирургический компонент лечения акушерских гипотонических гипотонических кровотечений /А.Н. Рымашевский, В.Е. Радзинский, Н.А. Красникова и др //Акушерство и гинекология. – 2008. – № 3. – С. 30-34.
11. Эффективность борьбы с кровотечениями в послеродовом периоде как индикатор качества акушерско-гинекологической помощи //Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2008. – № 12. – С. 43-48.
12. Audit of massive obstetric haemorrhage in southmead hospital using modified Scottish confidential audit of severe maternal morbidity (SCASMM) data collection tool: Nov 2010 – OCT 2011 /E.H. Shaw, J. Richardson, S. McKenna, L. Davies and S.G. Barnfield //Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. – 2012. – V. 97. – P. A81.
13. Catling, S. Coagulopathy during intraoperative cell salvage in a patient with major obstetric haemorrhage /S. Catling, S.L. Haynes //Br. J. Anaesth. – 2011. – V. 106. – P. 749.
14. Cesarean Delivery in the Interventional Radiology Suite: A Novel Approach to Obstetric Hemostasis /N. O'Rourke, T. McElrath, R. Baum, W. Camann, R. Tuomala, A. Stuebe, B.S. Kodali //Anesth. Analg. – 2007. – V. 104. – P. 1193-1194.
15. Maternal haemorrhage /M. Walfish, A. Neuman, D. Wlody et al. //Br. J. Anaesth. – 2009. – V. 103, suppl. 1. – P. i47-i56.
16. Misoprostol for postpartum haemorrhage //DTB. – 2010. – V. 48. – P. 66-69.
17. Mousa, H.A. Risk factors and interventions associated with major primary post partum haemorrhage unresponsive to first-line conventional therapy /Mousa H.A., Cording V., Alfirevic Z. //Acta Obstet. Gynecol. – 2008. – V. 87. – P. 652-661.
18. Newbold, S. Audit of obstetric haemorrhage and the use and electronic traceability of blood transfusions in the maternity unit, Sunderland Royal Hospital /S. Newbold, S. Adair //Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. – 2010. – V. 95. – P. Fa55-Fa56.
19. Oxytocin bolus versus oxytocin bolus and infusion for control of blood loss at elective caesarean section: double blind, placebo controlled, randomised trial /S.R. Sheehan, A.A. Montgomery, M. Carey, F.M. McAuliffe, M. Eogan, R. Gleeson, M. Geary, D.J. Murphy //The ECSSIT Study Group //BMJ – 2011. – V. 343. – P. d4661.
20. Prevalence and risk factors for obstetric haemorrhage in 6730 singleton births after assisted reproductive technology in Victoria Australia /D.L. Healy, S. Breheny, J. Halliday, A. Jaques, D. Rushford, C. Garrett, J.M. Talbot, H.W.G. Baker //Hum. Reprod. – 2010. – V. 25. – P. 265-274.
21. Prospective audit of major obstetric haemorrhage – a pilot study /S.N. Johnson, S. Varadkar, S. Khalid, J. Fleming, R. Fanning, C. Flynn, B. Byrne //Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. – 2010. – V. 95. – P. Fa47-Fa48.
22. Recombinant Activated Factor VII in Obstetric Hemorrhage: Experiences from the Australian and New Zealand Haemostasis Registry /L.E. Phillips, C. McLintock, W. Pollock, S. Gatt, P. Popham, G. Jankelowitz, R. Ogle, P.A. Cameron //Anesth. Analg. – 2009. – V. 109. – P. 1908-1915.
23. Rudra, P. Coagulopathy during intraoperative cell salvage in a patient with major obstetric haemorrhage /P. Rudra, S. Basak //Br. J. Anaesth. – 2011. – V. 106. – P. 280-281.
24. Wise, A. Strategies to manage major Obstetric Haemorrhage /Wise A., Clark V. //Curr. Opin. Anaesthesiol. – 2008. – V. 21. – P. 281-287.
25. WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage /WHO. – 2007.

# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ

## «МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ»

(Рекомендованы КРОО «Ассоциация акушеров-гинекологов».  
Утверждены ДОЗН КО, приказ № 1386 от 04.10.2012).

### Клинические протоколы разработали:

**Артымук Н.В.**, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 2, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России».

**Зеленина Е.М.**, к.м.н., заместитель начальника, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области.

**Кабакова Т.В.**, главный областной специалист по акушерству и гинекологии, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области.

### МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТКИ

**Категория возрастная:** девочки-подростки, женщины фертильного возраста.

**Нозологическая форма:** маточная беременность в сроке до 63 дней аменореи.

**Код по МКБ-10:** O04.9

**Условие оказания:** амбулаторная помощь (дневной стационар женской консультации).

### 1. Критерии и признаки, определяющие модель пациентки

- сведения из анамнеза об отсутствии очередной менструации до 63 дней, считая с первого дня последней менструации;
- наличие маточной беременности по данным объективного (гинекологического) обследования сроком до 9 недель (включительно);
- наличие маточной беременности по данным ультразвукового исследования сроком до 9 недель (включительно);
- желание женщины прервать беременность медикаментозным способом.

### 2. Порядок включения пациентки в протокол

Состояние пациентки, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели при отсутствии противопоказаний для использования метода медикаментозного прерывания беременности.

Противопоказания для медикаментозного аборта:

- внематочная беременность и подозрение на нее;
- острая и хроническая почечная недостаточность;
- острая и хроническая печеночная недостаточность;
- хроническая надпочечниковая недостаточность;
- наличие в анамнезе аллергической реакции на мифепристон, мизопроустол.

### 3. Требования к диагностике (табл. 1)

Перед проведением процедуры медикаментозного аборта необходимо подтвердить факт наличия маточной беременности и определить ее срок путем бимануального обследования и ультразвукового исследования, а также провести общее физикальное обследование, включающее общую термометрию, подсчет частоты сердечных сокращений и измерение артериального давления.

Лабораторные исследования следует проводить по показаниям при наличии факторов риска или клинических проявлений сопутствующих состояний или заболеваний (ИППП, анемия, нарушения свертываемости крови, резус-отрицательная кровь, острые воспалительные заболевания) для их диагностики и принятия решения о начале соответствующего курса лечения или профилактики осложнений медикаментозного аборта.

### 4. Характеристика алгоритма и особенностей выполнения медицинского аборта (табл.2)

#### а) 1 посещение

Пациентка заполняет информированное согласие, в присутствии врача принимает мифепристон (200 мг), запивая водой, и находится под наблюдением в течение одного-двух часов.

При возникновении головной боли, гипертермии, тошноты, рвоты проводится медикаментозная коррекция состояния пациентки в зависимости от выраженности симптомов (анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства, влияющие на центральную нервную систему, средства, регулирующие моторику желудочно-кишечного тракта центрального действия согласно стандарту).

#### б) 2 посещение

Через 36-48 часов после приема мифепристона проводится опрос жалоб и общий физикальный осмотр пациентки, прием простагландина (мизопроустол) в дозе 400 мг внутрь или под язык и





Таблица 1

| Код         | Наименование                                                                     | Частота предоставления | Среднее количество |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|
| B01.001.01  | Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога первичный                          | 1                      | 1                  |
| A01.20.001  | Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии                                              | 1                      | 1                  |
| A01.20.002  | Визуальное исследование в гинекологии                                            | 1                      | 1                  |
| A01.20.003  | Пальпация в гинекологии                                                          | 1                      | 1                  |
| A02.20.001  | Осмотр шейки матки в зеркалах                                                    | 1                      | 1                  |
| A02.03.001  | Термометрия общая                                                                | 1                      | 1                  |
| A 02.09.001 | Измерение частоты дыхания                                                        | 1                      | 1                  |
| A02.12.001  | Исследование пульса                                                              | 1                      | 1                  |
| A02.10.002  | Измерение частоты сердцебиения                                                   | 1                      | 1                  |
| A02.12.002  | Измерение артериального давления на периферических артериях                      | 1                      | 1                  |
| A04.20.001  | Ультразвуковое исследование матки и придатков                                    | 1                      | 1                  |
| A09.20.001  | Микроскопическое исследование влагалищных мазков                                 | 0,5                    | 1                  |
| A11.20.006  | Получение влагалищного мазка                                                     | 0,5                    | 1                  |
| A09.05.003  | Исследование уровня общего гемоглобина в крови с помощью анализатора             | 0,4                    | 1                  |
| A08.05.003  | Исследование уровня эритроцитов в крови                                          | 0,4                    | 1                  |
| A09.05.002  | Оценка гематокрита                                                               | 0,4                    | 1                  |
| A08.05.004  | Исследование уровня лейкоцитов в крови                                           | 0,2                    | 1                  |
| A08.05.005  | Исследование уровня тромбоцитов в крови                                          | 0,2                    | 1                  |
| A08.05.006  | Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)                           | 0,2                    | 1                  |
| A11.05.001  | Взятие крови из пальца                                                           | 0,6                    | 1                  |
| A11.12.009  | Взятие крови из периферической вены                                              | 0,1                    | 1                  |
| A09.05.050  | Исследование уровня фибриногена в крови                                          | 0,1                    | 1                  |
| A09.05.047  | Исследование уровня антитромбина III в крови                                     | 0,1                    | 1                  |
| A12.05.042  | Определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)         | 0,1                    | 1                  |
| A12.05.027  | Определение протромбинового времени в крови или плазме                           | 0,1                    | 1                  |
| A12.05.028  | Определение тромбинового времени в крови                                         | 0,1                    | 1                  |
| A12.05.005  | Исследование основных групп крови (A, B, 0)                                      | 0,2                    | 1                  |
| A12.05.006  | Определение резус-принадлежности                                                 | 0,2                    | 1                  |
|             | Определение $\beta$ -хорионического гонадотропина в крови количественным методом | 0,2                    | 1                  |

Таблица 2

| Код         | Наименование                                                                     | Частота предоставления | Среднее количество |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|
| B01.001.02  | Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога повторный                          | 1                      | 3                  |
| A01.20.001  | Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии                                              | 1                      | 2                  |
| A01.20.002  | Визуальное исследование в гинекологии                                            | 1                      | 2                  |
| A01.20.003  | Пальпация в гинекологии                                                          | 1                      | 1                  |
| A25.20.001  | Назначение лекарственной терапии при заболеваниях женских половых органов        | 1                      | 3                  |
| A11.02.002  | Внутримышечное введение лекарственных средств и растворов                        | 1                      | 2                  |
| A02.31.001  | Термометрия общая                                                                | 1                      | 1                  |
| A 02.09.001 | Измерение частоты дыхания                                                        | 1                      | 1                  |
| A02.12.001  | Исследование пульса                                                              | 1                      | 1                  |
| A02.10.002  | Измерение частоты сердцебиения                                                   | 1                      | 1                  |
| A02.12.002  | Измерение артериального давления на периферических артериях                      | 1                      | 1                  |
| A11.05.001  | Взятие крови из пальца                                                           | 0,4                    | 1                  |
| A08.05.003  | Исследование уровня эритроцитов в крови                                          | 0,4                    | 1                  |
| A09.05.002  | Оценка гематокрита                                                               | 0,4                    | 1                  |
| A09.05.003  | Исследование уровня общего гемоглобина в крови                                   | 0,4                    | 1                  |
| A04.20.001  | Ультразвуковое исследование матки и придатков                                    | 1                      | 1                  |
|             | Определение $\beta$ -хорионического гонадотропина в крови количественным методом | 0,2                    | 1                  |



дальнейшее наблюдение в течение 3 часов. При удовлетворительном течении процесса прерывания беременности (кровянистые выделения в умеренном количестве, отсутствие выраженных болевых ощущений, аллергической реакции на препараты) пациентка может быть отпущена домой. Желательно установить с ней телефонный контакт.

При наличии побочных эффектов проводится симптоматическая медикаментозная терапия согласно стандарту:

- при повышенной кровопотере, не требующей инструментальной ревизии полости матки, назначаются сокращающие матку средства — настойка водяного перца, окситоцин;
- при болевом синдроме — анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства, транквилизаторы, спазмолитики; для профилактики болевого синдрома возможно назначение препаратов одновременно с простагландином;
- при рвоте, диарее — средства, регулирующие моторику желудочно-кишечного тракта; для профилактики рвоты у женщин с ранним токсикозом следует рекомендовать легкий завтрак и прием средства, регулирующего моторику желудочно-кишечного тракта (метоклопрамид 1 табл. до еды однократно) за 30-40 мин. до приема мифепристона или мизопростола.

Если объем кровопотери превышает физиологический уровень (две прокладки «Макси» в час на протяжении двух часов), пациентка направляется в гинекологический стационар.

В целях послеабортной реабилитации и для профилактики непланируемой беременности назначаются оральные контрацептивы при отсутствии противопоказаний к их использованию также в день приема простагландина.

#### **в) 3 посещение**

На 7-10-й день от приема мифепристона выполняется:

- оценка эффективности медикаментозного аборта (отсутствие плодного яйца в матке);
- определение осложнений (продолжающаяся беременность, задержка плодного яйца в матке, кровотечение, послеабортный эндометрит);
- назначение реабилитации (по показаниям).

Проводятся осмотр пациентки, влагалищное и бимануальное исследование, УЗИ органов малого таза, по показаниям — общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит, количество эритроцитов). Если перед проведением процедуры медикаментозного аборта проводилось количественное исследование содержания Я-хорионического гонадотропина (Я-ХГ), то динамика его снижения в послеабортном периоде может служить надежным критерием прерывания беременности. Если

уровень Я-ХГ снижается на 50 % через 24 часа, то беременность, скорее всего, прервана. Содержание Я-ХГ должно быть ниже 1000 МЕ/л через 2 недели после приема мифепристона

При снижении гемоглобина ниже 110 г/л назначаются диета, богатая железом и витаминами, железосодержащие препараты.

Подбор метода контрацепции (КОК или ВМК).

Если не были назначены контрацептивы, при возобновлении половой жизни рекомендуется использование презервативов.

С целью реабилитации при наличии полиморфной ультразвуковой картины М-ЭХО (множественные ЭХО-позитивные и ЭХО-негативные структуры, расширение М-ЭХО, остатки хориальной ткани при отсутствии признаков воспаления) проводится реабилитация гестагенами согласно стандарту с 16-го по 25-й дни цикла (считая со дня экспульсии плодного яйца).

#### **5. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации**

В процессе медикаментозного аборта и в послеабортном периоде рекомендуется амбулаторный режим, ограничение тяжелого физического труда, воздержание от половой жизни (в период кровянистых выделений).

#### **6. Требования к уходу за пациенткой и вспомогательным процедурам**

Специальных требований нет.

#### **7. Требования к диетическим назначениям и ограничениям**

Желательно включение в рацион говядины и говяжьей печени как основных пищевых источников железа, запасы которого в организме могут быть снижены (Россия является эндемичной территорией по анемии, частота которой составляет 40 %).

#### **8. Информированное добровольное согласие пациентки при выполнении протокола**

Информированное добровольное согласие пациентки дает в письменном виде.

#### **9. Правила изменения требований при выполнении протокола и порядок прекращения действия протокола**

При положительном эффекте от проводимой терапии (прерывание беременности и экспульсия плодного яйца из матки), нормальных показателях температуры тела, отсутствии болей в животе, отсутствии болезненности матки при пальпации и уменьшении размеров матки, нормальных показателях крови (гемоглобин, эритроциты) действие данного протокола прекращается в связи с достижением результата.



Пациентка направляется в гинекологический стационар:

- при отсутствии эффекта от проводимой терапии и продолжающейся беременности;
- при прерывании беременности, отслойке плодного яйца и задержке его в полости матки;

- если объем кровопотери превышает физиологический уровень (две прокладки «Макси» в час на протяжении двух часов);
- при наличии болей внизу живота, гипертермии, сукровичных серозно-гнойных выделений из половых путей, других признаков инфекции.

## Приложение 1

# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ СПОСОБОМ

Я, \_\_\_\_\_, нижеподписавшаяся, подтверждаю, что приняла решение о прерывании беременности медикаментозным способом.

Я предупреждена, что не должна прибегать к подобному методу, если не уверена, что хочу прервать беременность.

Я предупреждена, что в 2-4 % случаев прерывание беременности может не произойти или процедура заканчивается неполным абортом. В этих случаях я согласна прервать беременность инструментальным способом (вакуум-аспирацией). Я также предупреждена, что, если я решу сохранить беременность после приема препаратов для ее прерывания, то возможно рождение больного ребенка, и всю ответственность принимаю на себя.

Я информирована врачом, что прерывание беременности может осуществляться как медикаментозным, так и хирургическим методами. Я самостоятельно выбрала прерывание беременности с помощью препаратов Мифепристон и Мизопростол, как наиболее безопасный способ.

Я подтверждаю, что ознакомилась с методикой процедуры медикаментозного прерывания беременности, противопоказаниями и побочными эффектами при ее проведении, а также с инструкцией на препараты Мифепристон и Мизопростол.

Я поняла, что:

- медикаментозный аборт может быть выполнен при сроках беременности до 6 недель (42 дня аменореи, считая от первого дня последней менструации) согласно инструкции или до 9 недель (63 дня аменореи) согласно рекомендациям ВОЗ;
- Мифепристон принимается согласно инструкции к препарату, утвержденной Минздравсоцразвития РФ, в дозе 200 мг в присутствии врача;
- через 1-2 суток принимается Мизопростол для полного завершения аборта в лечебном учреждении или на дому по моему желанию; при отсутствии эффекта возможен повторный прием простагландина в той же дозировке;
- необходимо контрольное посещение врача через 10-14 дней после принятия Мифепристона;
- во время контрольного визита к врачу обычно выполняется ультразвуковое исследование для установления факта прерывания беременности; однако выполнение УЗИ ранее 10-14 дня и обнаружение детрита (кровь, фрагменты тканей) в полости матки может явиться причиной диагностики «неполного аборта» и неоправданного внутриматочного вмешательства; количество выполненных УЗИ после приема таблеток не влияет на эффективность прерывания беременности и даже является фактором риска «неудачного» аборта вследствие его гипердиагностики. Для подтверждения факта прерывания беременности на контрольном приеме УЗИ может быть заменено на определение Я-ХГЧ в крови, уровень которого ниже 1000 мЕ/л через 2 недели после приема таблеток свидетельствует о полном прерывании беременности. Врач также предупредил меня о том, что тест на беременность не может использоваться для контроля прерывания беременности, так как он остается положительным вплоть до следующего менструального цикла.

Врач предупредил меня, что выполнение медикаментозного аборта в сроке до 9 недель, использование 200 мг Мифепристона (1 таблетка) и прием Мизопростола является современной, рекомендованной Всемирной Организацией Здравоохранения схемой медикаментозного аборта, эффективность которой достигает 98 %, доказана многими международными исследованиями и является настолько же эффективной, как и принятая ранее в России схема с использованием 600 мг мифепристона в сро-



ке до 6 недель и Мизопростола в присутствии врача с последующим наблюдением в течение 4-6 часов, рекомендованная Минздравсоцразвития РФ (Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1056 с. Рекомендовано Минздравсоцразвития для врачей женских консультаций).

Мне даны разъяснения о:

- действии назначаемых мне препаратов для медикаментозного аборта, а также тех препаратов, которые я могу принять для профилактики рвоты, спазмов и болей при изгнании плодного яйца из матки, уменьшения объема кровопотери;
- основных этапах медикаментозного аборта;
- следующих возможных осложнениях: аллергической реакции на препараты, патологической кровопотере, неполном аборте (задержке плодного яйца в полости матки) и продолжающейся беременности. Врач предупредил меня, что не может быть 100 %-й гарантии предотвращения возможных осложнений, но их частота невелика и составляет суммарно не более 5 %.

Во всех случаях возникновения тех или иных осложнений, связанных с проведением медикаментозного аборта, я должна обратиться к своему врачу и следовать его рекомендациям. В случае моего обращения в другое лечебное учреждение я подтверждаю своей подписью, что не имею никаких претензий к врачу и лечебному учреждению, куда я первоначально обратилась за медикаментозным абортом.

Контактные телефоны врача, а также телефоны для обращения в случае возникновения неотложной ситуации мне предоставлены.

Я информирована также врачом о режиме поведения, в том числе половой жизни, и возможных последствиях при его нарушении, необходимости приема назначаемых мне лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача, о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности.

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением медикаментозного аборта, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении мне процедуры медикаментозного аборта с использованием препаратов Мифепристон в дозе 200 мг (1 таблетка) и Мизопростол в дозе 400 мг (2 таблетки) внутрь / под язык (нужное подчеркнуть) в лечебном учреждении / на дому (нужное подчеркнуть) с последующим контролем через 10-14 дней, для чего я должна явиться к врачу для осмотра.

Пациент (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения медикаментозного аборта, дал ответы на все вопросы.

Врач (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

### ПРОТОКОЛ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

| Дата | Препарат    | Доза, принятая пациенткой | № и серия упаковки | Подпись пациентки | Подпись врача |
|------|-------------|---------------------------|--------------------|-------------------|---------------|
|      | Мифепристон |                           |                    |                   |               |
|      | Мизопростол |                           |                    |                   |               |

## ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ СПОСОБОМ

Сегодня, \_\_\_\_\_ (дата), Вы приняли таблетку, содержащую мифепристон, для прерывания беременности. Вы приняли \_\_\_\_\_ мг мифепристона в \_\_\_\_\_ часов. Вы наверняка не почувствовали разницы в самочувствии после приема этой таблетки. Через некоторое время у Вас может начаться небольшое вагинальное кровотечение.

Вы должны вернуться в лечебно-профилактическое учреждение между 36 и 48 часами, начиная с настоящего момента, между \_\_\_\_\_ часами \_\_\_\_\_ (дата) и \_\_\_\_\_ часами \_\_\_\_\_ (дата). В это время Вы принимаете мизопропростол внутрь или под язык в соответствии с назначением врача. В этот же день Вам будет назначен визит на контрольный осмотр.

**Симптомы.** Ожидайте схваткообразные боли и кровотечение, которое может превосходить обычное по сравнению с тем, которое бывает у Вас во время менструального цикла. У большинства женщин вагинальное кровотечение начинается между одним и семью часами после приема мизопростола. Это сильное кровотечение длится недолго — около 1-4 часов, и уменьшается сразу после того, как плодное яйцо выйдет наружу. Пейте много жидкости (избегайте алкоголя) и ешьте легкую пищу. Следите за своим кровотечением.

**Экстренные случаи.** Экстренные случаи бывают редко, но важно быть к ним подготовленной. У Вас должен быть экстренный план, предусматривающий следующие моменты: как звонить нам, кто сможет Вас отвезти, адрес нашего учреждения. **СВЯЖИТЕСЬ С НАМИ** по предоставленному Вам номеру экстренной помощи в лечебно-профилактическом учреждении.

**Когда звонить с просьбой о помощи.** Если вы думаете, что нуждаетесь в экстренной помощи из-за: чрезмерного кровотечения (4 пропитавшиеся прокладки в течение 2 часов); чрезмерных спазмов или боли (не снимаемых предписанными обезболивающими препаратами); температуры от 38°C и выше; сильной рвоты или диареи, позвоните по экстренному номеру до того, как Вы обратились в другое медицинское учреждение или в службу скорой помощи. Позвонив, будьте готовы предоставить следующую информацию: Ваша температура за последний час; количество прокладок, использованных Вами за последний час.

### Период восстановления

**Чувствительность молочных желез.** Любая чувствительность груди, связанная с беременностью, должна исчезнуть в течение нескольких дней. Если у Вас происходит выделение молока из груди, используйте обтягивающий бюстгалтер с абсорбирующим материалом внутри. Выделение должно прекратиться через день или два.

**Тошнота.** Тошнота должна прекратиться в течение 24-48 часов.

**Утомляемость.** В связи с внезапным изменением в гормональном статусе организма вследствие аборта, Вы можете испытывать чувство усталости и/или легкой депрессии в течение нескольких дней.

**Деятельность.** Вы можете возобновить обычную деятельность — учебу, работу, вождение автомобиля, как это запланировано. Избегайте энергичных действий, таких как тяжелые физические нагрузки, плавание, поднятие тяжестей, верховые поездки и др. в течение не менее двух недель.

**Сексуальные контакты.** В связи с риском послеабортной инфекции и опасностью забеременеть в течение нескольких дней после аборта, избегайте сексуальных контактов до послеабортного контроля.

**Контрацепция.** Вы сможете забеременеть очень скоро после аборта. Рекомендуем Вам избегать сексуальных контактов до проверки у врача. Если врач не назначил Вам другого контрацептива, используйте презерватив при каждом половом сношении.

**Диета.** Вы можете есть все, что хотите. Однако, если у вас тошнота, вы почувствуете себя лучше при соблюдении осторожности в еде.

**Тампоны или прокладки?** В связи с возможностью инфекции, после аборта следует использовать гигиенические прокладки, а не тампоны. Спринцевание не разрешается до тех пор, пока не будет осуществлен контроль — через 14 дней.

**Контрольный визит.** Контрольный осмотр врачом должен быть выполнен спустя 7-14 дней после первого визита. Вас должны обследовать, и сделать тест на беременность или провести ультразвуко-





вое исследование с тем, чтобы определить, является ли аборт завершенным. Не стесняйтесь связаться с нами и вернуться в лечебно-профилактическое учреждение в любой момент в процессе процедуры аборта.

У большинства женщин (90 %) аборт завершается к моменту контрольного визита. Если беременность продолжается (около 1 %), ее необходимо прервать, используя вакуумную аспирацию или другой метод, принятый в лечебном учреждении или рекомендованный врачом. Если беременность не развивается, но и не удалась из полости матки (около 5 %), вы можете: а) использовать вторую дозу мизопростала и вернуться для проверки через неделю или б) выбрать хирургический аборт.

Вакуумный аборт будет назначен, если у Вас не прервалась беременность в течение 5 недель после вашего первоначального визита или если доктор посоветовал выполнение вакуумного аборта.

Медикаментозный аборт более чем в 95 % случаев является эффективным. Некоторым женщинам понадобится вакуумная процедура для завершения процесса, если медикаменты не были полностью эффективными или в случае чрезмерного кровотечения. Как мифепристон, так и мизопростол, вероятнее всего, не увеличивают риск врожденных пороков у плода, хотя этот вопрос в клинических условиях не исследован. Поэтому продолжать беременность НЕ рекомендуется, если Вы приняли один или оба эти медикамента.

Немедленно позвоните нам в лечебно-профилактическое учреждение, если Вы испытываете какие-либо проблемы или у Вас есть вопросы (№ телефона \_\_\_\_\_).

### Приложение 3

## ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ ВАКУУМНОЙ АСПИРАЦИИ (МВА)

Мануальная вакуумная аспирация (МВА) — простой, эффективный и безопасный метод для удаления содержимого матки и биопсии эндометрия.

#### Показания к МВА:

- прерывание непланируемой беременности в сроке до 10 недель включительно;
- неразвивающаяся и патологическая беременность в сроке беременности до 10 недель включительно;
- пузырный занос;
- неполный самопроизвольный выкидыш (начавшийся выкидыш, аборт в ходу, септический аборт);
- задержка элементов плодного яйца при ранее выполненной процедуре хирургического или медикаментозного аборта (неполный аборт);
- гематометра;
- дисфункциональное маточное кровотечение;
- остатки плацентарной ткани после самостоятельных или оперативных родов;
- биопсия эндометрия (бесплодие, аменорея, гиперплазия эндометрия; хроническая инфекция эндометрия, контроль при заместительной гормональной терапии);
- изучение биоценоза полости матки.

#### Противопоказания к МВА:

- маточная беременность сроком более 12 недель;
- острые и подострые воспалительные заболевания органов малого таза;

- острые воспалительные заболевания любой другой локализации;
- острые инфекционные заболевания;
- нарушение свертываемости крови, маточные кровотечения в анамнезе;
- наличие миомы матки, аномалий развития полового аппарата.

#### Необходимый перечень обследования для проведения МВА:

- группа крови, Rh-фактор;
- анализ крови на сифилис, ВИЧ, HBSAg;
- анализ крови на гемоглобин;
- бактериоскопия мазков из влагалища, цервикального канала и уретры;
- ультразвуковое исследование органов малого таза;

**Место проведения МВА:** гинекологический стационар или дневной стационар женской консультации.

#### 1 посещение

Консультирование пациентки.

#### Порядок консультирования пациенток:

Мануальная вакуумная аспирация — простой, эффективный и безопасный метод для удаления содержимого матки и биопсии эндометрия.

Устройство для МВА представляет собой бесшумный портативный шприц-аспиратор объемом 60 см<sup>3</sup>, снабженный уникальным запорным клапаном, создающим вакуум до начала процедуры. Мягкие гибкие пластиковые канюли диаметром



от 4 до 12 мм позволяют бережно по отношению к эндометрию удалять содержимое матки. Аспиратор, удерживая удаленную ткань, упрощает ее обследование. Это дает возможность исключить травмирующую процедуру контрольного кюретажа матки. Эффективность процедуры составляет 99-100 %.

#### *Принципы консультирования:*

Предоставление ясной, простой и легко понятной информации, позволяющей снизить уровень тревоги у пациенток и дающей ей возможность принять информированное решение о своей беременности.

Консультирование проводится в конфиденциальной обстановке и предполагает адекватное и доброжелательное общение пациентки и медицинских работников.

Консультирование включает информацию:

- о состоянии здоровья пациентки и течении данной беременности (при ее наличии);
- о различных методах анестезии, их преимуществах и недостатках;
- о продолжительности процедуры и вероятном времени пребывания в ЛПУ;
- о поведении и мерах безопасности после МВА;
- о рекомендуемых данной пациентке методах контрацепции;
- о возможностях получения медицинской помощи при появлении признаков осложнений МВА (инфекции малого таза, кровотечения, гематометры и др.).

Пациентка заполняет информированное согласие на проведение МВА и проходит необходимое обследование.

#### **2 посещение**

Проведение процедуры МВА в соответствии с протоколом выполнения МВА.

В случае повышенного риска развития инфекционных осложнений пациентке необходимо проведение антибиотикопрофилактики. С этой целью применяются ингибиторзащищенные аминопенициллины (ампициллин/сульбактам 1,5-3 г внутривенно, амоксициллин/клавулат 1,2 г внутривенно) или цефалоспорины I-II поколения. Введение препаратов — за 1 час до проведения процедуры МВА.

В случае наличия в анамнезе воспалительных заболеваний органов малого таза, гонореи, многочисленных половых партнеров возможно назначение доксициклина внутрь 0,3 г/сутки (0,1 г за 1 час до проведения процедуры МВА; 0,2 г через 1,5 часа после проведения МВА) или пенициллина (2 млн. ед. внутривенно за 1 час до проведения процедуры МВА).

При проведении процедуры МВА в дневном стационаре женской консультации пациентка должна находиться под наблюдением в течение

4-х часов, ей выдается на руки справка о проведении МВА, работающим женщинам выдается листок нетрудоспособности в установленном порядке, но не менее чем на 3 дня.

Назначаются контрольные посещения женщины с целью оценки состояния здоровья пациентки на 3-й день после операции с ультразвуковым контролем и по результату гистологического (цитогенетического) исследования на 14-й день после МВА.

При возникновении осложнений в виде боли внизу живота, кровянистых выделений пациентка в экстренном порядке направляется в гинекологический стационар.

#### **3 посещение**

Через 3 суток после 2-го посещения.

Проводится осмотр пациентки, влагалищное и бимануальное исследование, УЗИ органов малого таза, по показаниям — общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит, количество эритроцитов).

Определение Я-ХГ 2 раза в динамике в сомнительных случаях.

Подбор метода контрацепции (КОК или ВМК).

#### **Протокол выполнения МВА**

1. Проверьте необходимость в обезболивании и, если нужно, введите обезболивающее средство. Обычно достаточно парацервикальной анестезии и/или седативного средства. Предпочтительно, чтобы во время операции пациентка была в сознании и могла информировать врача о своем самочувствии. Сильное седативное действие или общая анестезия редко бывают необходимы и создают дополнительный риск.

2. Проверьте размер или положение матки при бимануальном исследовании.

3. Введите зеркало для осмотра шейки матки.

4. Промойте шейку матки и влагалище раствором антисептика.

5. Фиксируйте шейку матки пулевыми щипцами и осторожно распрямите канал шейки матки натяжением.

6. Проведите обезболивание.

7. Введите канюлю в матку и с ее помощью измерьте длину полости матки после ее введения до дна матки, сосчитав точки, расположенные на канюле (точка, ближайшая к кончику канюли, располагается в 6 см от нее, а другие расставлены через 1 см).

8. Если канал шейки матки не пропускает канюлю необходимого диаметра, его следует расширить (механическими или осмотическими расширителями).

9. Введите канюлю только за внутренний зев.

10. Присоедините шприц к канюле, держа конец канюли в одной руке, а шприц — в другой.



Убедитесь в том, что канюля не продвинулась дальше в матку, пока вы присоединяли шприц.

11. Медленно проводите канюлю в полость матки, пока она не коснется дна, освободите нажимной клапан на шприце, чтобы передать вакуум через канюлю в матку. В шприц начнет поступать ткань с кровью и пузырьками.

12. Удаляйте содержимое матки, мягко и осторожно передвигая кончик канюли в матке, слегка вращая при этом шприц. Важно не вывести отверстия канюли из цервикального канала, иначе вакуум будет потерян. Если это произойдет, следуйте инструкциям по восстановлению вакуума.

13. Проверьте признаки завершенности процедуры. Сама процедура может быть гораздо более быстрой, чем обычное расширение цервикального канала и выскабливание полости матки, и она оканчивается, когда в канюле появляется розовая пена без ткани, ощущается шероховатость при перемещении канюли по внутренней поверхности полости матки и матка сокращается вокруг канюли. При проведении биопсии эндометрия процедура завершается, как только получено достаточно ткани для гистологического исследования.

14. Извлеките канюлю из матки и отсоедините шприц. Удалите все инструменты.

15. Обследуйте аспирированную ткань на присутствие продуктов зачатия (при аборте или неполном выкидыше), чтобы судить об их соответствии срокам беременности и убедиться в

полном ее прекращении. Разделите и промойте ткани, чтобы удалить сгустки крови, поместите ткань хориона во флакон с питательной средой для визуальной проверки и направления на гистологическое (цитогенетическое) исследование. При биопсии эндометрия выдавите аспирированную ткань в кювету с фиксирующим раствором и промойте им канюлю и шприц для полного удаления ткани из них.

#### **Послеоперационная медицинская помощь:**

1. Следите за восстановлением состояния пациентки.

2. Дайте пациентке послеоперационную консультацию, которая должна включать следующую информацию:

- небольшие маточные сокращения могут продолжаться в течение нескольких дней и их можно облегчить приемом анальгетиков;
- нормальные менструации должны восстановиться в течение 4-8 недель;
- нельзя помещать что-либо во влагалище в течение нескольких дней, пока не прекратятся кровянистые выделения.

Способность к деторождению восстанавливается вскоре после процедуры, поэтому, если новая беременность не желательна, требуется консультация по контрацепции.

Составьте расписание контрольных осмотров и проинформируйте о признаках и симптомах, требующих немедленного обращения к врачу.

#### Приложение 4

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ВАКУУМНОЙ АСПИРАЦИИ В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДО 10 НЕДЕЛЬ

Я, нижеподписавшаяся, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, в соответствии со статьями 32, 36 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1, настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне мануальной вакуумной аспирации (далее – МВА), то есть хирургической операции, и удаление плодного яйца (эмбриона человека), которая проводится под обезболиванием.

1. Я проинформирована врачом о нижеследующем:
- о смысле МВА и обезболивания, и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу;
  - о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил проведения МВА нет 100-процентной гарантии предотвращения возможных осложнений при проведении самой МВА и в послеоперационном периоде;
  - о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности;
  - о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после МВА в соответствии с назначением лечащего врача;



- о необходимости приема назначенных мне лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача;
- о режиме поведения, в том числе половой жизни, в послеоперационном периоде и возможных последствиях при его нарушении.

2. Мне даны разъяснения о:

- действию назначаемых мне перед проведением и во время проведения операции лекарственных препаратов и возможных осложнениях при их применении;
- основных этапах обезболивания;
- возможных осложнениях и последствиях проведения МВА: скопление крови в полости матки, остатки плодного яйца в полости матки, острый и/или подострый воспалительный процесс матки и/или придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует оперативного вмешательства.

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Мне разъяснена также альтернатива проведения мануальной вакуумной аспирации.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением МВА, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении мне мануальной вакуумной аспирации.

Пациент \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата \_\_\_\_\_

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациентке суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения мануальной вакуумной аспирации, дал(а) ответы на все вопросы.

Врач \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата \_\_\_\_\_



---

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ<br>«ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ,<br>В РОДАХ, ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ: ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ<br>И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ»<br>(рекомендованы кроо «ассоциация акушеров-гинекологов» 19.03.2013,<br>утверждены дозн ко 27.11.11)..... | 4  |
| КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ<br>«ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ»<br>(Рекомендованы КРОО «Ассоциация акушеров-гинекологов» 12.02.2013,<br>утверждены ДОЗН КО 18.02.2013).....                                                                                             | 13 |
| КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ<br>«АНТЕНАТАЛЬНЫЙ И ИНТРАНАТАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ».....                                                                                                                                                                                                     | 33 |
| КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ<br>«ПОСЛЕРОДОВЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ».....                                                                                                                                                                                                | 43 |
| КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ<br>«НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ».....                                                                                                                                                                                                       | 56 |
| КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ<br>«ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ<br>ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ».....                                                                                                                                                         | 68 |
| КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ «МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ».....                                                                                                                                                                                                                            | 79 |





