

ИНСТИТУТ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ
ПРОЕКТ «МАТЬ И ДИТЯ»

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ

2008

Рабочая группа ИЗС/проекта «Мать и дитя» выражает искреннюю благодарность за поддержку и помощь при подготовке данного издания: начальнику отдела организации акушерско-гинекологической помощи Департамента медико-социальных проблем материнства и детства Министерства здравоохранения и социального развития РФ, доктору медицинских наук, профессору О. С. Филиппову; заместителю начальника управления организации государственного контроля качества медицинской помощи населению Росздравнадзора Н. А. Веселову, менеджеру Отдела здравоохранения агентства США по международному развитию Л. Б. Петросян (Москва) и всем тем, кто выразил свою заинтересованность, прислав отзывы, замечания и добавления.

Четыре вопроса, которые должны задавать себе профессиональные работники для оценки своих действий:

Что я делаю?

Зачем я это делаю?

Достигает ли это цели?

Есть ли лучший или более приемлемый путь к достижению этой цели?

Когда другие знают, что делать, мы знаем, что делать не стоит.

Встречаются больные, которым мы можем помочь, но нет таких, которым мы не можем навредить.

Артур Блюменфельд

**Издание 3-е, переработанное
и дополненное**

СОДЕРЖАНИЕ

Рабочая группа	5
Предисловие	7
Словарь терминов и сокращений	10
Клинические протоколы	
<i>Ведение нормальной беременности (беременности низкого риска, неосложненной беременности)</i>	11
<i>Нормальные роды</i>	43
<i>Наблюдение за состоянием плода во время беременности и в родах</i>	69
<i>Гипертензия, вызванная беременностью. Преэклампсия. Эклампсия</i>	85
<i>Предлежание плаценты</i>	93
<i>Послеродовое кровотечение</i>	99
<i>Преждевременные роды</i>	109
<i>Дородовое излитие вод</i>	115
<i>Мекониально окрашенные воды. Синдром мекониальной аспирации</i>	121
<i>Роды через естественные родовые пути с рубцом на матке</i>	127
<i>Использование антибиотиков в акушерстве. Послеродовые гнойно-септические осложнения</i>	131

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Ведение беременности и родов при тазовом предлежании плода</i>	137
<i>Дистоция плечиков</i>	143
<i>Переношенная беременность</i>	147
<i>Слабость родовой деятельности. Использование окситоцина в родах</i>	149
<i>Родовозбуждение (индукция родов)</i>	155

РАБОЧАЯ ГРУППА

Руководитель группы

Вартапетова Н. В. к. м. н., генеральный директор ИЗС, руководитель проекта «Мать и дитя»

Группа разработчиков

Бугаева Е. В. заместитель главного врача по амбулаторной работе городского роддома № 5, г. Красноярск
Веккер И. Р. к. м. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии Оренбургской государственной медицинской академии
Даценко А. В. к. м. н., доцент кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета Красноярской государственной медицинской академии
Лагунко К. П. заведующий родовым отделением Ухтинского межтерриториального родильного дома, Республика Коми
Костин И. Н. к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов, г. Москва
Рудзевич А. Ю. к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС Тюменской государственной медицинской академии
Селиванов О. Л. заведующий отделением патологии беременных УНИИ ОММ, г. Екатеринбург
Трушков А. Г. к. м. н., заведующий кафедрой ФПК и ППС Тюменской государственной медицинской академии
Швабский О. Р. ведущий специалист по клиническим вопросам ИЗС, г. Москва

Участники

Анаховский А. А. главный врач родильного дома № 1, г. Вологда
Аристова Т. В. заместитель главного врача МУЗ «Родильный дом № 1», г. Барнаул
Безменова Т. А. заместитель главного врача ММУЗ «МПЦ», г. Оренбург
Брынза Н. С. к. м. н., первый заместитель директора департамента здравоохранения Тюменской области, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС Тюменской государственной медицинской академии
Бурмистрова Т. И. д. м. н., заведующая отделом организации медпомощи женщинам и детям департамента здравоохранения администрации Приморского края, г. Владивосток
Бутова Е. А. д. м. н., профессор, заместитель министра здравоохранения МЗ Омской области
Ванюшкин С. С. заместитель главного врача по лечебной работе родильного дома № 1, г. Вологда
Володина Е. Л. начальник сектора охраны материнства и детства департамента здравоохранения Вологодской области
Горбунова О. П. главный специалист отдела организации медицинской помощи департамента здравоохранения Тюменской области
Григорьева Е. Е. д. м. н., главный акушер-гинеколог комитета по делам здравоохранения г. Барнаула
Дуда Т. Л. к. м. н., заместитель главного врача МУЗ «Родильный дом № 2», г. Барнаул
Жуков С. Г. к. м. н., главный врач ММУЗ «МПЦ», г. Оренбург
Иванов Е. Г. врач акушер-гинеколог, МУЗ «Родильный дом № 2», г. Барнаул

-
- Кабаков В. Л. заместитель главного врача МУЗ «ГБ № 3», г. Архангельск, эксперт проекта по РОУС, антенатальному уходу
- Ковалевская О. И. главный врач родильного дома № 2, г. Красноярск
- Несвяченая Л. А. к. м. н., главный специалист, главный акушер-гинеколог департамента здравоохранения администрации Приморского края, г. Владивосток
- Новосельцева Н. В. главный врач МУЗ «Роддом № 2», г. Омск
- Погорелова Г. Ф. заместитель главного врача по родовспоможению ГУЗ «Приморская краевая клиническая больница № 1», г. Владивосток
- Протопопова Н. В. д. м. н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет», заместитель главного врача по родовспоможению Иркутской областной больницы
- Ралко В. В. к. м. н., заместитель главного врача по родовспоможению Омской областной клинической больницы
- Ругин А. И. главный врач Калужской областной больницы
- Самчук П. М. д. м. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет»
- Санина Т. П. акушерка родового блока акушерского стационара МУЗ «ГБ № 21», эксперт проекта по РОУС, г. Пермь
- Сапрыкин В. Б. д. м. н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Оренбургской государственной медицинской академии
- Сафронова Е. И. заведующая отделением новорожденных роддома № 3, эксперт проекта «Мать и дитя» по неонатальному уходу, г. Мурманск
- Степанова И. А. акушерка родового блока акушерского стационара МУЗ «ГБ № 21», эксперт проекта по РОУС, г. Пермь
- Удалов А. П. главный акушер-гинеколог Вологодской области
- Фадеева Е. К. главный врач родильного дома № 5, г. Красноярск
- Фадеева Н. И. д. м. н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Алтайского государственного медицинского института, г. Барнаул
- Третинник Л. В. заместитель главного врача МУЗ «Клинический родильный дом № 3», г. Владивосток
- Шагеева Г. А. главный акушер-гинеколог городского управления здравоохранения г. Красноярска
- Шипицына Е. В. акушерка родового блока акушерского стационара МСЧ № 9, эксперт проекта по РОУС, г. Пермь

Консультанты

- Башмакова Н. В. д. м. н., профессор, главный акушер-гинеколог Уральского Федерального округа, г. Екатеринбург
- Падруль М. М. д. м. н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета Пермской государственной медицинской академии
- Филиппов О. С. д. м. н., профессор, начальник отдела организации акушерско-гинекологической помощи Департамента медико-социальных проблем материнства и детства Министерства здравоохранения и социального развития РФ
- Ходороджа С. эксперт Европейского бюро ВОЗ, Республика Молдова
-

ПРЕДИСЛОВИЕ

Уважаемые коллеги!

Вашему вниманию представляется третье, дополненное издание клинических протоколов Института Здоровья Семьи/проекта «Мать и дитя».

Институт Здоровья Семьи (ИЗС) — российская негосударственная организация, работающая в области здравоохранения и социальной защиты. Основная цель ИЗС — улучшение здоровья женщин, мужчин, детей и семьи в целом.

ИЗС разрабатывает и внедряет проекты, направленные на повышение знаний и навыков медицинских и социальных работников, руководителей здравоохранения, преподавателей медицинских вузов и колледжей оказания современной качественной практической и консультативной помощи. В своей деятельности ИЗС основывается на данных доказательной медицины и проводит работу в соответствии с российским законодательством и нормативными требованиями с широким привлечением руководителей здравоохранения различного уровня и ведущих российских специалистов. Сотрудниками и консультантами ИЗС являются специалисты, имеющие большой опыт в области клинической медицины.

Институт Здоровья Семьи успешно реализует несколько проектов в области здравоохранения на территории России, в том числе с 1999 г. по настоящее время три этапа проекта «Мать и дитя» в 21 российском регионе (данные на сентябрь 2008 г.) в рамках контракта с Агентством США по международному развитию (АМР США).

Идея создания клинических протоколов возникла после первых лет работы проекта «Мать и дитя», когда выявились значительные разногласия между специалистами, оказывающими помощь беременным, роженицам и родильницам как в рамках одной территории, так и в рамках отдельно взятого учреждения, что делало эту помощь не только неэффективной, но и небезопасной для пациентов.

Акушерская группа по разработке протоколов проекта была создана в 2005 г. Мультидисциплинарная группа объединила всех медицинских работников учреждений (и врачей, и акушеров), участвующих в проекте, представителей местных администраций, Роспотребнадзора, вузов, российских и международных экспертов. За прошедшие 3 года была проделана огромная работа по поиску и анализу информации, полученной из самых авторитетных источников: документов ведущих ассоциаций акушеров-гинекологов (США, Великобритании, Канады, Австралии и других), публикаций из журналов, монографий, рекомендаций ВОЗ.

Начало работы над протоколами совпало с изменением государственной политики РФ в сфере здравоохранения, а именно с повышением внимания к вопросам качества предоставляемой помощи. Этого же требуют и клиенты, и страховые компании.

Клинические акушерские протоколы, так же как и наши учебные семинары, основаны на принципах доказательной медицины.

Это достаточно новый подход к оценке медицинской научной информации (прошло немногим более 30 лет со времени первых публикаций о доказательной медицине ее основателя А. Кохрейна). Рекомендации доказательной медицины формулируются на основе систематического научного обзора и обобщения результатов исследований, организованных на принципах клинической эпидемиологии и позволяющих точно оценить и сопоставить пользу и риск от того или иного вида медицинского вмешательства.

Кроме того, на сегодняшнем этапе развития доказательной медицины обращается особое внимание на активное вовлечение клиентов/пациентов в процесс принятия решений.

В России уже есть примеры разработки клинических протоколов на основе данных доказательной медицины, например принятые Российской ассоциацией по остеопорозу клинические рекомендации по диагностике, профилактике и лечению этого заболевания.

Работа над протоколами в рамках проекта «Мать и дитя» велась по схеме, апробированной во многих странах и предполагающей поиск, сравнение, обобщение и широкое распространение полученных доказательств для использования в интересах пациентов. Все рекомендации распределены по градации достоверности и уровню убедительности доказательств.

Градация достоверности рекомендаций	Уровень убедительности доказательств*	Вид исследования
A	1a	Систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований (испытаний) — РКИ
	1b	Отдельное рандомизированное контролируемое исследование
B	2a	Систематический обзор когортных исследований
	2b	Отдельное когортное исследование
	3a	Систематический обзор исследований «случай—контроль»
	3b	Отдельное исследование «случай—контроль»
C	4	Исследование серии случаев
D	5	Мнение эксперта, не подвергавшееся прицельной критической оценке либо основанное на физиологии, результатах пробного исследования или на «основных принципах»

* Уровень убедительности доказательств будет указан в тексте клинических протоколов.

Первое издание 2006 г. содержало в себе пять протоколов, наиболее важных с практической точки зрения экспертов — акушеров-гинекологов, а именно: ведение нормальных родов, преэклампсии/эклампсии, послеродового кровотечения, дородового излития вод и родов через естественные родовые пути с рубцом на матке.

После опубликования в течение года протоколы прошли испытание в пилотных учреждениях нескольких регионов и показали свою высокую эффективность по улучшению качества оказания помощи. Кроме того, протоколы стали активно использоваться в качестве базового обучающего материала для тренингов.

Одновременно велась работа над следующими шестью протоколами, темы которых были согласованы на одной из очередных конференций проекта, которая состоялась в октябре 2006 г. в Москве при участии представителей Минздравсоцразвития РФ, НЦАГиП Росмедтехнологии им. В. И. Кулакова, ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава. В издание 2007 г. были добавлены протоколы по следующим темам: ведение беременности низкого риска, ante- и интранатальное наблюдение за состоянием плода, ведение преждевременных родов, синдром мекониальной аспирации, предлежание плаценты, использование антибиотиков в акушерстве.

В настоящем, третьем издании Вы можете познакомиться уже с шестнадцатью акушерскими протоколами. За последний год были созданы и апробированы пять документов по следующим темам: ведение переносимой беременности, индукция родов, родоусиление, ведение беременности и родов при тазовом предлежании, дистоция плечиков.

Таким образом, на сегодняшний день в протоколах проекта «Мать и дитя» отражены, по нашему мнению, все наиболее важные вопросы оказания акушерской помощи. В принципе, количество протоколов может быть бесконечно большим, но на нынешнем этапе деятельности ИЗС нам представляется более важным качественное изменение системы оказания помощи матерям и детям. Именно поэтому мы переходим от разработки новых документов к их полноценному внедрению в работу всех учреждений.

Мы продолжим обучение перинатологов-практиков и организаторов здравоохранения. Очень полезным представляется сотрудничество с вузами и НИИ.

Кроме того, в наших планах увеличение информационной поддержки. Так, в течение последнего года нами выпущено четыре номера научно-практического бюллетеня «Вестник ИЗС», каждый номер которого был посвящен отдельной теме, а именно: «Кровотечения», «Эклампсия», «Кесарево сечение как метод профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку», «Преждевременные роды». В дополнение к уже существующим разрабатываются новые материалы для медицинских специалистов и клиентов. Информация, содержащаяся там, представляет собой квинтэссенцию материалов из Кокрановской базы, наиболее авторитетных специализированных журналов и документов ведущих обществ акушеров-гинекологов различных стран. Большинство этих документов также доступно на нашем web-сайте.

Институт Здоровья Семьи/проект «Мать и дитя» надеется на внимательное отношение всех специалистов к настоящему изданию. Мы готовы к любой форме сотрудничества, приглашаем к всестороннему обсуждению документов. Просим все Ваши пожелания и замечания отправлять по электронной почте: shvabo@jsi.ru, факсу: +7 (495) 937 36 80 или по почте: Россия, 119049, г. Москва, ул. Коровий Вал, д. 7, офис 175. Дополнительную информацию Вы всегда можете найти на сайте нашей организации: www.ifhealth.ru.

*Вартапетова Наталья Вадимовна,
к. м. н., генеральный директор ИЗС,
руководитель проекта «Мать и дитя»*

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ И СОКРАЩЕНИЙ

АД	— артериальное давление
ВУИ	— внутриутробная инфекция
ДАД	— диастолическое артериальное давление
ЖК	— женская консультация
ИМТ	— индекс массы тела
ИППП	— инфекции, передаваемые половым путем
КС	— кесарево сечение
КТГ	— кардиотокография
ПИТ	— палата интенсивной терапии
РДС	— респираторный дистресс-синдром
САД	— систолическое артериальное давление
СЗП	— свежемороженая плазма
УЗИ	— ультразвуковое исследование
ЧД	— частота дыхания
ЧСС	— частота сердечных сокращений

Метаанализ (meta-analysis) — метод статистического анализа, в ходе которого объединяются результаты нескольких исследований, а итоговая оценка представлена в виде одного взвешенного показателя (при этом больший вес обычно присваивают более крупным исследованиям или исследованиям более высокого методологического качества).

Относительный риск, ОР (relative risk, RR) — отношение вероятностей развития определенного исхода в группах сравнения. При $ОР > 1$ вероятность развития этого исхода в основной группе выше, чем в контрольной, а при $ОР < 1$ — ниже.

Рандомизированное контролируемое испытание, РКИ (randomised controlled trial, RCT) — испытание, в котором участников в случайном порядке (рандомизированно) распределяют в две группы и более — по меньшей мере одну основную (где применяется изучаемое вмешательство) и контрольную (где применяется плацебо или другое вмешательство).

Систематический обзор (systematic review) — обзор, в котором четко сформулирован изучаемый вопрос, подробно описаны методы поиска, отбора, оценки и обобщения результатов различных исследований, соответствующих изучаемому вопросу. Может включать в себя метаанализ (см. выше), но не обязательно.

Специфичность (specificity) — вероятность получения отрицательного результата диагностического теста при отсутствии заболевания.

Чувствительность (sensitivity) — вероятность получения положительного результата диагностического теста при наличии болезни.

ВЕДЕНИЕ НОРМАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (беременности низкого риска, неосложненной беременности)

Введение

Система антенатального наблюдения в Европе сложилась еще в начале XX века. Ее главной целью было снижение высокого уровня материнской смертности. И это было очень логично, ведь беременная женщина находится под наблюдением специалиста значительно более длительное время, чем во время родов, а значит, появляется больше возможностей для профилактики различных осложнений беременности. Но эти ожидания оправдались далеко не в полной мере. Антенатальный уход влияет на уровень материнской смертности только от одной причины — эклампсии. **Неэффективными** оказались: распределение женщин по группам риска (на основе формального подсчета баллов каждый триместр), строгий контроль веса беременной (взвешивание на каждом приеме), рутинная пельвиометрия и т. д. Некоторые мероприятия оказались очень дорогими и также не принесли ожидаемых результатов, например рутинное назначение препаратов железа с целью снижения количества анемии во время беременности и после родов + рутинное обследование на ИППП. **Эффективными** оказались: разработка клинических протоколов ведения акушерских осложнений, консультирование беременных и их семей о неотложных ситуациях, распределение потоков для обеспечения помощью наиболее подготовленного персонала в наиболее приемлемых условиях (регионализация помощи).

Несмотря на это, в нашей стране все чаще процесс вынашивания ребенка превращается в бесконечную череду явок в женские консультации, неоднократных за период беременности посещений узких специалистов, сдачи многочисленных анализов и многократного прохождения некоторых видов исследований. При этом влияния на результат, то есть сохранение здоровья матери и ребенка, даже такой усиленный вариант антенатального ухода не оказывает вообще или оказывает в очень малой степени. Исследования, проведенные по инициативе ВОЗ в 4 странах с различными системами оказания помощи беременным (в том числе на Кубе, медицина которой очень похожа на российскую) и включившие в себя более 50 тыс. участников, доказали, что для снижения количества осложнений со стороны матери и плода достаточно 4 антенатальных посещений. Кроме этого целесообразность наблюдения женщин с неосложненной беременностью у акушера-гинеколога также подвергается сомнению после получения результатов нескольких РКИ. При постоянной нехватке времени специалист оказывается перед сложным выбором: уделять меньше времени пациенткам с нормально протекающей беременностью, чтобы сконцентрироваться на помощи женщинам с осложнениями, или проводить большую часть своего времени, наблюдая за физиологическим процессом, но быстро теряя при этом свою квалификацию. При этом акушерки и врачи общей практики изначально нацелены на оказание помощи при нормальной беременности, что, скорее всего, больше соответствует потребностям женщин и членов их семей. В большинстве развитых стран, где именно акушерки оказывают основную помощь при рождении ребенка, показатели материнской, перинатальной и ранней детской заболеваемости и смертности самые низкие.

Конечно, вряд ли 4 посещения в течение беременности устроят большинство женщин. Четыре посещения — это минимум, который обеспечивает качество, то есть хорошие результаты при минимуме затрат. Но и 7—10 посещений женской консультации должны измениться, прежде всего, качественно. Главными задачами персонала, оказывающего помощь в антенатальный период, должны стать

максимально возможная психологическая поддержка семьи и качественное консультирование по всем вопросам, интересующим, прежде всего, саму женщину. Кроме этого важна подготовка к родам, вскармливанию и уходу за ребенком.

Данный протокол — это современный взгляд на антенатальный уход, попытка пересмотра отношения медицинских специалистов ко многим рутинным процедурам, не имеющим доказательств своей эффективности, и планирование наблюдения и обучения с учетом интересов потребителя, то есть беременной женщины и ее семьи.

Определение

Беременность высокого риска — беременность, которая с большой вероятностью потребует в дальнейшем или потребовала уже вмешательства специалистов. Следовательно, все остальные беременности предлагается отнести к беременностям низкого риска, нормальным или неосложненным беременностям.

Все беременные женщины должны иметь доступ к антенатальной помощи, право выбора учреждения и медицинского специалиста, оказывающего помощь.

Все беременные женщины должны получить полную информацию доступным для них языком о целях и возможных результатах любых скрининговых исследований, любых видах лечения и препаратах, назначаемых во время беременности, в том числе и с профилактической целью.

Все беременные имеют право отказаться вообще от каких-либо исследований или отложить их на время. Показания для их назначения должны быть абсолютно понятны пациентам.

Ведение беременности может осуществлять врач акушер-гинеколог или подготовленная акушерка **(1b)** в муниципальной женской консультации или медицинском учреждении любой другой формы собственности, имеющем на это соответствующую лицензию.

Количество и частота посещений определяется потребностями самой женщины или течением настоящей беременности **(2a)**, но не менее 4 **(1b)**. Продолжительность каждого посещения также определяется желаниями пациентки; при этом продолжительность первого визита, а также явок, посвященных обсуждению результатов обследования, заведомо должна быть больше, чем обычных, очередных.

Оценка степени риска

Распределение беременных женщин по группам низкого и высокого риска необходимо для оказания своевременной и адекватной помощи, прежде всего женщинам, вошедшим в группу высокого риска.

Ни о какой беременности нельзя сказать, что нет вероятности возникновения тех или иных осложнений. Всегда есть вероятность изменения процесса к худшему. Тем не менее рассматривать беременность пессимистично не следует. К беременности всегда изначально надо относиться как к нормальной (физиологической), но медработникам следует быть бдительными в отношении признаков имеющейся или грозящей опасности. Таким образом, в настоящее время основными принципами перинатального ухода должны являться:

- внимательное отношение ко всем женщинам;
- индивидуальные протоколы ухода;
- переоценка состояния матери и плода во время каждого посещения.

Формализованная оценка степени перинатального риска, основанная на подсчете баллов (тем более суммирование этих баллов по триместрам) за определенные факторы риска, не должна больше использоваться, так как слишком часто приводит к необоснованным вмешательствам, не изменяя при этом перинатальные исходы.

Вместо этого предлагается перейти от помощи, ориентированной на риск, к помощи, ориентированной на проблему.

Образ жизни

Работа во время беременности

- нет никаких оснований для рекомендации прекратить работу при неосложненной беременности (**3b**), но необходимо исключить тяжелые физические нагрузки, например перенос тяжестей, и контакт с агрессивными жидкостями и газами;
- при первом визите необходимо предоставить всю имеющуюся юридическую информацию о льготах, правах, пособиях для всех беременных женщин, как имеющих постоянное место работы, так и домашних хозяек, и их семей (**4**);
- необходимо объяснить значение и составляющие родового сертификата, сроки его выдачи;
- при подтверждении беременности выдать справку для предоставления по месту работы или учебы для изменения расписания работы или ее характера — исключение ночных или продолжительных смен, перевод на легкий труд;
- в течение наблюдения заранее обсудить вопросы выдачи больничного листа, сроки, условия.

Занятия физической культурой и спортом

- нет никаких оснований для ограничений занятий физкультурой и спортом во время неосложненной беременности (**1b**);
- необходимо предупредить беременную женщину о потенциальной опасности некоторых видов спорта, например всех видов единоборств, горнолыжного, парашютного, автомобильного спорта, дайвинга и т. д., так как они представляют большой риск абдоминальной травмы и могут вызвать повреждение плода.

Сексуальная жизнь

- нет никаких оснований для ограничений сексуальной жизни при физиологическом течении беременности (**3a**).

Курение

- необходимо предоставить информацию о связи между курением во время беременности и риском рождения маловесного ребенка и преждевременных родов (**1a**);
- организовать работу по прекращению, или, по крайней мере, снижению количества потребляемых сигарет, которая может включать в себя индивидуальное консультирование или групповые занятия, раздачу специальной литературы или фильмов.

Необходима государственная политика по пропаганде вреда курения.

Наибольший успех приносят специальные программы по снижению распространенности курения. Врачи и акушерки, наблюдающие за беременными, должны быть самыми активными участниками данной политики.

Алкоголь

- доказано негативное влияние алкоголя на плод в количестве, превышающем 1 стандартную дозу (15 мл чистого спирта в день, или до 30 мл крепких спиртных напитков, или небольшой бокал некрепленого вина, или около 300 мл светлого пива);
- необходимо убедить пациентку полностью прекратить прием алкоголя во время беременности или принимать не более 1 стандартной дозы алкоголя один-два раза в неделю.

Наркотики

- доказано негативное влияние любых наркотиков на плод;
- необходимо убедить пациентку полностью прекратить прием наркотиков;
- предложить специализированную медицинскую помощь.

Беременные женщины, курящие, принимающие наркотики или алкоголь, должны быть наиболее опекаемы специалистами антенатального ухода. Необходимо использовать все имеющиеся ресурсы для помощи данной категории пациенток.

Воздушные путешествия

- необходимо сообщить, что длительные перелеты опасны развитием венозного тромбоза, для профилактики которого рекомендуется использование компрессионных чулок или бинтов во время полета (3а);
- никаких других влияний на беременность не отмечено;
- большинство компаний-авиаперевозчиков имеют ограничения в зависимости от срока беременности (чаще всего не допускают к полету после 34—36 недель).

Поездки на автомобиле

- необходимо напомнить об обязательном использовании ремней безопасности, причем сам ремень должен располагаться ниже или выше живота (в идеале должны использоваться специальные устройства с двумя ремнями) (3а).

Туристические путешествия

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

Питание беременной женщины

Беременность не требует изменений в рационе питания

Принципы здорового питания

- необходимо употреблять разнообразные пищевые продукты, большинство которых должны составлять продукты растительного, а не животного происхождения;
- хлеб, изделия из муки, крупы, картофель должны употребляться несколько раз в день;
- есть несколько раз в день овощи и фрукты, лучше свежие и выращенные в местности проживания;
- контролировать поступление жира с пищей (не более 30% суточной калорийности);
- заменять животный жир на растительный;
- заменять жирное мясо и мясные продукты на бобовые, зерновые, рыбу, птицу и постное мясо;
- употреблять молоко и молочные продукты (кефир, простоквашу, йогурт, сыр) с низким содержанием жира;
- выбирать продукты с низким содержанием сахара и употреблять сахар умеренно, ограничивая количество сахара и сладких напитков;
- избегать чрезмерного употребления соли, но ограничивать количество соли не нужно. С одной стороны, общее количество соли в пище не должно превышать одну чайную ложку (6 г в день), с другой — уровень потребления соли следует

рассматривать как вопрос индивидуальных предпочтений. Желательно, особенно в йоддефицитных регионах, употреблять йодированную соль;

- приготовление пищи должно обеспечивать безопасность. Приготовление блюд на пару, в микроволновой печи, выпечка или кипячение поможет уменьшить используемое в процессе приготовления количество жира, масла, соли и сахара.

Витамины и микроэлементы

Добавление в рацион питания искусственных витаминов при беременности необходимо крайне редко. Только при крайне нерациональном питании, а также в регионах, где население голодает, применение витаминов оказалось эффективным.

- рутинное применение фолиевой кислоты в дозе 400 мкг ежедневно в период до зачатия и в первые 12 недель беременности достоверно снижает риск развития у плода дефектов нервной трубки (анэнцефалия, spina bifida); необходимо рекомендовать всем женщинам прием фолиевой кислоты **(1a)**;
- нет никаких оснований рутинного использования фолатов для профилактики анемии;
- рутинное применение препаратов железа не показано из-за отсутствия эффекта на перинатальные исходы. Препараты железа уменьшают частоту анемии с уровнем Hb < 100 г/л к моменту родов, но часто вызывают побочные эффекты: раздражение желудка, запор или диарею **(1a)**;
- ежедневная доза витамина А более 700 мкг может иметь тератогенный эффект, поэтому рутинные добавки витамина А должны быть исключены **(4)**. Кроме этого беременная должна иметь информацию о продуктах, содержащих повышенную концентрацию витамина А, например печени или продуктах из нее;
- нет данных, позволяющих рекомендовать дополнительное назначение витамина D из-за отсутствия явных преимуществ его применения **(1b)**;
- дополнительное назначение йода показано в регионах с высоким уровнем заболеваемости эндемическим кретинизмом.

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

Лекарственные препараты

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

- любой врач, назначая лечение женщине репродуктивного возраста, должен задуматься о возможной беременности;
- практически ни один из лекарственных препаратов не может быть классифицирован как тератогенный или нетератогенный без анализа дозирования, продолжительности применения, гестационного срока;
- очень немногие лекарственные препараты прошли тестирование безопасности их применения во время беременности, то есть могут быть признаны полностью безопасными;
- наиболее опасными сроками по влиянию лекарственных средств на плод являются 15—56-й дни после зачатия, за исключением гипотензивных препаратов из группы ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (например, капотен, гоптен, ренитек) и антагонистов рецепторов АТ II (например, лозартан, эпросартан), применение которых во II и III триместрах

может привести к маловодию из-за нарушений развития и функционирования почек плода;

- желателно назначать при беременности уже проверенные препараты, стараться исключить применение новых, только что появившихся на фармацевтическом рынке;
- желателно использование минимально эффективных доз в минимально короткие сроки;
- при наличии хронических экстрагенитальных заболеваний у беременной лечение (выбор препарата, дозы, кратность приема, продолжительность курса) должно назначаться совместно с соответствующим узким специалистом.

Медицинские специалисты должны ясно представлять физические и психологические изменения в организме будущих родителей и этапы развития плода, чтобы предоставить правильную информацию и консультативную помощь при необходимости (смотри приложения).

Дискомфортные состояния во время беременности

Беременность — не болезнь. Безусловно, соглашаясь с этим утверждением, тем не менее надо признать, что существует достаточно много симптомов, которые в другой ситуации, у небеременной женщины, могли бы быть приняты за проявление болезни. Сами по себе эти состояния не опасны для нормального развития плода и не приводят к каким-либо осложнениям, но дискомфорт, который испытывает беременная, сказывается, иногда значительно, на ее работоспособности, настроении, общем восприятии беременности. Уменьшение влияния этих симптомов является важной составляющей антенатального ухода. Медицинский работник не должен ограничиваться фразами: «Это все норма, не волнуйтесь!» или «Это не представляет опасности для Вашего ребенка» и т. д. Только качественно проведенное консультирование, возможно неоднократное, сможет по-настоящему помочь пациентке.

Тошнота и рвота, кроме случаев чрезмерной рвоты беременных (МКБ-Х — O21)

- причина неизвестна;
- наиболее часто проявляется при многоплодной беременности;
- тошнота встречается в 80—85% случаев всех беременностей, рвота — до 52%;
- тяжелые случаи — чрезмерная рвота, приводящая к обезвоживанию и электролитным расстройствам, — встречаются не чаще чем 3—4 случая на 1000 беременностей и требуют стационарного лечения;
- 34% женщин отмечают появление неприятных симптомов в течение 4 первых недель после последних месячных, 85% — в течение 8 недель;
- около 90% беременных отмечают уменьшение симптомов к 16—20-й неделям беременности;
- остальные отмечают тошноту по утрам в дальнейшем;
- не оказывает никакого влияния на исходы беременности, развитие плода (**1b**), но может значительно повлиять на качество жизни пациентки.

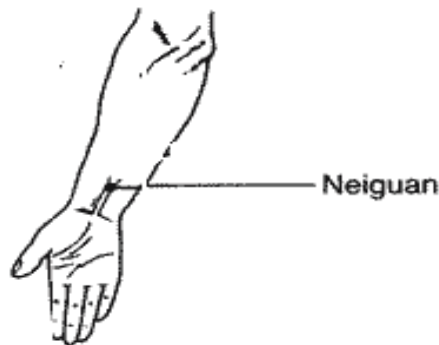
Советы женщинам:

- рано утром съешьте несколько сухих крекеров или кусочек хлеба;
- избегайте острой и жирной пищи;
- ешьте чаще и небольшими порциями.

Лечение:

- нефармакологическое:
 - имбирь в виде порошков или сиропа по 250 мг 4 раза в день — снижение тяжести тошноты и рвоты после 4 дней приема;

- акупрессура точки Neiguan (примерно на 3 поперечных пальца выше запястья);



- фармакологическое:
 - антигистаминные — прометазин (дипразин, пипольфен). Необходимо предупредить пациентку о возможной сонливости как побочном эффекте;
 - метоклопрамид (церукал) из-за неизвестной безопасности не может быть рекомендован как препарат первой линии и может назначаться в особо тяжелых случаях;
 - есть данные об эффективности витамина B, но не ясна его токсичность, поэтому на данный момент он не может быть рекомендован к применению;
 - есть данные об эффективности витамина B₁₂, но не доказана безопасность его применения.

Изжога

- патогенез не ясен, возможно, связана с гормональным статусом, изменяющим активность желудка, вызывающий гастропищеводный рефлюкс;
- частота зависит от гестационного срока: в I триместре встречается до 22%, во II — 39%, в III — до 72%;
- не оказывает никакого влияния на исходы беременности, развитие плода, но может повлиять на качество жизни пациентки.

Советы женщинам:

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

Лечение:

- антацидные препараты могут быть использованы в случаях, когда изжога продолжает беспокоить несмотря на изменение образа жизни и диеты (**2а**).

Запоры

- могут быть связаны с уменьшением потребления пищи, богатой клетчаткой, а также с влиянием прогестерона на активность желудка и, как следствие, увеличением продолжительности эвакуации из него пищи;
- частота снижается с увеличением гестационного срока: в 14 нед — 39%, в 28 нед — 30%, в 36 нед — 20%.

Советы женщинам:

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

Лечение:

- в случаях, когда использование физиологических способов не помогает, обосновано назначение слабительных, увеличивающих объем жидкости в кишечнике (морская капуста, льняное семя, агар-агар) и стимулирующих перистальтику (лактоза), а также смягчающих консистенцию стула (докузат натрия). Доказана их безопасность при длительном применении во время беременности и кормления грудью;
- если эти группы слабительных препаратов не приводят к улучшению состояния в короткие промежутки времени, показано назначение раздражающих слабительных (бисакодил, препараты сенны);
- солевые слабительные и смазки (минеральные масла) не должны использоваться во время беременности.

Геморрой

- 8—10% беременных предъявляют характерные жалобы в III триместре;
- возникновению способствует как сама беременность, так и уменьшение в рационе питания грубой пищи.

Советы женщинам:

- изменения в диете — увеличение доли грубой, волокнистой пищи;
- при сохранении клинических симптомов возможно использование обычных противогеморроидальных кремов;
- хирургическое лечение во время беременности используется крайне редко.

Варикозное расширение вен

Советы женщинам:

- сообщите женщинам, что это распространенный симптом, не приносящий вреда, кроме эстетических проблем, чувства общего дискомфорта, иногда зуда;
- компрессионные эластичные чулки могут уменьшить отеки ног, но не являются профилактикой варикозного расширения вен (**2а**).

Боли в спине

- распространенность высока — от 35 до 61% беременных предъявляют жалобы на боли в нижней части спины;
- 47—60% пациенток сообщили о первых симптомах в период с 5-го по 7-й месяц беременности;
- у большинства интенсивность боли увеличивается к вечеру;
- боли связаны с изменением осанки беременных, массой беременной матки и расслаблением поддерживающих мышц в результате действия релаксина;
- не являются признаком болезненного состояния, например симптомом угрозы прерывания беременности, но значительно влияют на активность беременной в дневное время и невозможность полноценного ночного отдыха.

Советы женщинам:

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

Судороги в ногах

- причины не ясны;
- беспокоят почти 50% беременных, чаще в ночное время в последние недели беременности;
- не являются признаками какого-либо заболевания, но вызывают значительное беспокойство у женщин;

- нет никаких оснований для назначения препаратов Mg, Na, Ca, так как доказательства их эффективности отсутствуют;
- во время приступов целесообразны массаж и упражнения на растяжение мышц.

Влагалищные выделения

- количество и качество влагалищных выделений во время беременности меняется, чаще женщины обращают внимание на увеличение количества выделений, что в большинстве случаев не является признаком заболевания;
- жалобы на неприятный запах, зуд, болезненность могут быть симптомами бактериального вагиноза, трихомонадного вагинита или молочницы (кандидозного кольпита);
- иногда эти же признаки связаны с физиологическими или патологическими состояниями, такими как дерматоз вульвы и аллергические реакции;
- вагинальный кандидоз не оказывает влияния на беременность, нет связи с заболеваниями плода, поэтому скрининг и активное выявление больных женщин не имеет никакого смысла;
- однако при появлении жалоб наилучшим лечением является назначение имидазолов: миконазол (Гинезол 7, Гино-дактарин, Клион-Д 100) или клотримазол (Антифунгол, Йенамазол 100, Кандибене, Канестен, Канизон, Клотримазол) недельным курсом;
- безопасность и эффективность лечения препаратами per os для вагинального кандидоза не известна, поэтому эта группа лекарств назначаться не должна.

Советы женщинам:

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

Клиническое обследование беременных

Вес, рост, ИМТ

- понятие нормы увеличения веса как во время беременности в целом, так и по неделям, месяцам и триместрам очень индивидуально;
- так называемая патологическая прибавка веса за определенный период беременности не должна использоваться в качестве критерия оценки течения беременности и постановки диагноза каких-либо осложнений (например, преэклампсии) или прогнозирования рождения маловесных детей из-за крайне низкой прогностической ценности этого показателя, с одной стороны, и значительного беспокойства беременной женщины по этому поводу — с другой;
- вес и рост женщины должны быть определены во время первого визита для подсчета ИМТ (**2a**);
- ИМТ = вес (кг) / рост (м) в квадрате:
 - низкий ИМТ — < 19,8;
 - нормальный — 19,9—26,0;
 - избыточный — 26,1—29,0;
 - ожирение — > 29,0;
- большего внимания заслуживают пациентки с ИМТ, отличным от нормального, особенно с низким и ожирением.

Обследование молочных желез

- рутинный осмотр молочных желез проводится для выявления онкопатологии;
- специальная подготовка к грудному вскармливанию во время беременности не проводится (**1b**).

Гинекологическое обследование

(может быть отложено до второго посещения, если пациентка не готова)

- **Осмотр в зеркалах:**
 - оценка шейки матки (формы, длины);
 - анализ на онкоцитологию (мазок);
 - при наличии патологических изменений на шейке матки пациентке должно быть предложено проведение кольпоскопии.
- **Бимануальное исследование** рутинно может не проводиться, так как точность подтверждения наличия беременности или уточнения срока гестации низка, диагностика внематочной беременности требует обязательного использования дополнительных исследований, распространенность объемных образований в малом тазу (кист) мала, тем более что беременной женщине будет предложено пройти УЗИ в I триместре, которое и будет являться более качественным и точным методом для определения и подтверждения всех описанных выше диагнозов.

Гематологический скрининг

- **Анемия**
 - низкий и высокий уровень Hb повышают риск рождения маловесных детей и преждевременных родов;
 - наиболее частая причина анемии во всем мире — недостаток железа в организме беременной;
 - с одной стороны — это следствие повышенного расхода железа вследствие роста плода, с другой — относительно большое увеличение объема плазмы крови (до 50%) и меньшее увеличение объема эритроцитов (до 20%);
 - другие причины анемии — талассемия или серповидноклеточная анемия — достаточно редки в России;
 - нормой для беременности в I и III триместрах рекомендуется считать уровень Hb > 110 г/л; во II триместре по причине физиологической анемии (максимальное относительное увеличение объема плазмы к объему эритроцитов) — > 105 г/л (**1a**);
 - уровень Hb < 70 г/л относится к тяжелой степени анемии, требующей обязательного лечения;
 - при скрининговом исследовании на анемию в общем анализе крови достаточно определения только уровня Hb;
 - определение уровня Hb должно проводиться 2 раза в течение беременности (**2a**) — при постановке на учет и в 28—30 недель;
 - при этом рутинное применение препаратов железа при нормальных или умеренно сниженных (100 г/л) уровнях Hb не привело к улучшению перинатальных показателей, заболеваемости и смертности как среди беременных, так и среди детей, при этом уменьшило количество пациенток с уровнем Hb < 100 г/л к моменту родов. Отмечена бóльшая толерантность беременных с умеренным снижением уровня Hb к послеродовой кровопотере;
 - при наличии показаний препараты железа (сульфат) должны назначаться *per os* продолжительным курсом не менее 3 месяцев с индивидуально подобранной дозой.
- **Определение группы крови и Rh-фактора**
 - определение этих показателей важно для профилактики гемолитической болезни плода и новорожденного и возможных трансфузионных проблем;
 - группа крови и Rh-фактор определяются при первом обращении женщины (**2a**), информация о результатах в обязательном порядке заносится в обменную карту или иной документ, постоянно находящийся на руках беременной;
 - при Rh-отрицательной крови пациентки — предложить пройти подобное тестирование будущему отцу ребенка;
 - необходимо определить наличие антител к Rh-фактору в крови при первом обращении и в 26—27 недель повторно (при отрицательном результате первого анализа) для своевременного проведения профилактики анти-D-

иммуноглобулином (2a), кроме случаев Rh-отрицательной принадлежности будущего отца;

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

Скрининг патологии плода

• Скрининг на синдром Дауна

- распространенность в популяции — 6,2 на 10 000 беременностей (1:1613);
- 80% детей с синдромом Дауна имеют тяжелые расстройства интеллекта, остальные 20% могут иметь среднетяжелые нарушения или вовсе не иметь подобных расстройств;
- распространенность синдрома зависит от возраста матери:
 - в 20 лет — 1 на 1 440 беременностей;
 - в 35 лет — 1 на 338;
 - в 45 лет — 1 на 32;
- скрининг на синдром Дауна достаточно эффективен, однако не следует настаивать, если женщина отказывается от проведения теста;
- следует предлагать только при наличии в медицинском учреждении возможности предварительного и последующего консультирования, в ходе которого женщине разъясняют выгоды и риск, связанные с тестированием, а также последствия при получении положительных результатов;
- необходимо также иметь высококачественное стандартное оборудование для ультразвукового сканирования, опытных сотрудников, а также возможность мониторинга эффективности тестирования;
- если эти условия соблюдены, рекомендуется проведение комплексного (интегрированного) тестирования, которое включает УЗИ на 10—14-й неделе беременности для измерения толщины воротникового пространства, а также серологические тесты на 11—14-й и 14—20-й неделях;
- положительные результаты комплексного тестирования являются показанием для проведения амниоцентеза (риск прерывания беременности до 1%). Кроме этого следует учитывать, что вероятность выявления патологии (чувствительность) при комплексном тестировании составляет 90%, а вероятность ложноположительного результата — 2,8%. То есть на каждые девять выявленных плодов с синдромом Дауна приходится один здоровый плод, ошибочно занесенный в разряд больных;
- при подтверждении наличия патологии инвазивными тестами и кариотипированием женщине предлагается прервать беременность, желательно в стационаре 3-го уровня.

• Скрининг структурных аномалий

- предлагается всем беременным на сроке 18—20 нед, при этом какая-то часть грубых структурных аномалий, например анэнцефалия, может быть выявлена при проведении первого УЗИ;
- качество скрининга (процент выявленных аномалий) зависит от:
 - гестационного срока;
 - анатомической системы плода, в которой определяются аномалии;
 - опыта и навыков исследователя;
 - качества аппаратуры;
 - продолжительности исследования (в среднем на выполнение протокола УЗИ должно затрачиваться 30 минут);
- при подозрении на наличие структурных аномалий беременной предлагается пройти более детальное обследование в региональном консультационном центре.

Скрининг инфекций

• Характеристики успешной программы скрининга

- заболевание должно быть общественной проблемой здоровья;
- история заболевания хорошо известна;
- тесты скрининга точны и достоверны;
- доказана эффективность лечения;
- программы скрининга оправдывают затраченные материальные средства.

Большинство инфекций, диагностируемых во время беременности, не заслуживают особого беспокойства, так как чаще всего они не влияют на течение беременности, риск внутриутробного или интранатального заражения. Поэтому тем, кто ведет беременную женщину, важно не применять по отношению к беременности ненужных ограничений и не тратить необдуманно имеющиеся ресурсы

Безусловно, некоторые инфекции могут быть опасны для матери и/или ребенка, однако таких инфекций подавляющее меньшинство. Не следует проводить скрининг на инфекции, если результат такого скрининга не имеет практического смысла — то есть если лечение женщины с положительным результатом исследования невозможно осуществить из-за ограниченных местных ресурсов или отсутствия методов лечения с доказанной эффективностью. Не следует лечить беременную женщину методами, полезность применения которых в период беременности не доказана.

Не следует изолировать беременную женщину от ее ребенка, от других членов семьи или от других пациентов, если нет серьезного риска в результате такого контакта для нее или для других.

Не следует госпитализировать женщину для лечения, кроме случаев, когда амбулаторное лечение невозможно. Само по себе пребывание в больнице может представлять риск и для матери, и для ребенка (прежде всего из-за внутрибольничных инфекций).

Не следует отказываться от грудного вскармливания при наличии инфекции у матери. Ей следует рекомендовать прекратить грудное вскармливание только в том случае, если существует конкретная, определяемая опасность для ребенка в результате подобного контакта.

Вследствие высокого уровня распространенности ИППП, ВИЧ, гепатита В, С среди населения медицинским работникам необходимо соблюдать общие меры предосторожности при лечении всех женщин. То есть соблюдать правило:

**относиться ко всем пациентам, без исключения,
как к заведомо инфицированным.**

• Бессимптомная бактериурия

- распространенность — 2—5% беременностей;
- увеличивает риск преждевременных родов, рождения маловесных детей, острых пиелонефритов у беременных (в среднем развивается у 28—30% не получавших лечения по поводу бессимптомной бактериурии);
- определение — наличие колоний бактерий $> 10^5$ в 1 мл средней порции мочи, определяемое культуральным методом («золотой стандарт») без клинических симптомов острого цистита или пиелонефрита;
- диагностическое исследование — посев средней порции мочи — должно предлагаться всем беременным как минимум один раз при постановке на учет **(1a)**;
- для лечения могут применяться нитрофураны, ампициллин, сульфаниламиды, цефалоспорины 1-го поколения, которые в исследованиях показали одинаковую эффективность;
- лечение должно назначаться после 14 нед беременности для исключения возможного негативного влияния на развитие плода;
- критерий успешного лечения — отсутствие бактерий в моче;

- однократная доза антибактериальных средств так же эффективна, как 4- и 7-дневные курсы, но из-за меньшего количества побочных эффектов должны использоваться именно одноразовые;
 - логично использовать препараты, на которые установлена чувствительность;
 - лечение тяжелых форм инфекции МВС (пиелонефрита) должно проводиться в профильном стационаре (урологическом).
- **Гепатит В**
 - во время беременности течение и лечение острого гепатита не отличается от лечения вне беременности;
 - заражение ребенка чаще всего происходит интранатально (90%);
 - исследование крови на гепатит В (2 раза за беременность) необходимо предлагать всем беременным в целях выявления женщин — носителей HBsAg для проведения детям, рожденным у таких матерей, эффективной профилактики — иммуноглобулин + вакцинация в первые сутки жизни (**1b**);
 - пациентки — носители HBsAg не представляют опасности в быту для персонала и других женщин, равно как и для своих детей, поэтому не должны изолироваться в антенатальном и послеродовом периодах.
 - **Гепатит С**
 - является одной из главных причин цирроза печени, гепатоцеллюлярной карциномы, печеночной недостаточности;
 - нет эффективных методов профилактики и лечения, поэтому логично предложение не проводить рутинное обследование на гепатит С (**3a**), возможно, более целесообразно исследовать только группу риска (потребители в/в наркотиков, переливание крови и ее компонентов в анамнезе, асоциальное поведение и т. д.);
 - но при большой распространенности гепатита С в популяции и финансовых возможностях региона рутинный скрининг может проводиться по решению местных властей;
 - пациентки—носители вируса гепатита С не представляют опасности в быту для персонала и других женщин, равно как и для своих детей, поэтому не должны изолироваться в антенатальном и послеродовом периодах.
 - **Бактериальный вагиноз**
 - бессимптомное течение наблюдается у 50% беременных;
 - результаты РКИ доказывают, что проведение скрининга и лечение здоровых беременных (не предъявляющих жалоб) по поводу бактериального вагиноза не снижает риск преждевременных родов или иных осложнений, например преждевременного разрыва плодных оболочек (**1a**);
 - у женщин с наличием в анамнезе преждевременных родов лечение не влияло на риск повторения преждевременных родов; однако оно, возможно, снижает риск преждевременного разрыва плодных оболочек и вероятность рождения ребенка со сниженной массой тела;
 - для постановки диагноза «бактериальный вагиноз» должны присутствовать как минимум три или четыре признака:
 - негустые белые гомогенные выделения;
 - наличие ключевых клеток в мазке;
 - pH вагинального секрета > 4,5;
 - наличие «рыбного» запаха при добавлении щелочи в вагинальный секрет (аминный тест);
 - показаниями для назначения лечения являются наличие клинической симптоматики, прежде всего жалобы женщины на зуд, жжение, покраснение в области вульвы, обильные выделения с неприятным запахом;
 - лечение — метронидазол в течение 7 дней (per os или местно), однако безопасность для плода не доказана при сроке до 13 нед беременности.

- **Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)**

- риск вертикальной трансмиссии зависит от уровня вирусной нагрузки беременной и состояния иммунитета;
- риск вертикальной трансмиссии без проведения профилактики в развитых странах составляет 15—25%;
- трехэтапная профилактика:
 - химиопрофилактика во время беременности и родов;
 - элективное кесарево сечение до начала родовой деятельности, при безводном периоде < 4 ч;
 - отказ от грудного вскармливания снижает риск вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции до 1%;
- исследования на ВИЧ необходимо предлагать всем беременным женщинам 2 раза в течение беременности (при постановке на учет и в 30—32 нед беременности) (**1a**);
- учреждения родовспоможения должны иметь экспресс-тесты для обследования беременных с неизвестным ВИЧ-статусом;
- ведение беременных с положительным ВИЧ-статусом осуществляется совместно с региональным СПИД-центром, который должен обеспечивать всех женщин бесплатными препаратами для химиопрофилактики;
- медицинские работники, наблюдающие за беременной, обязаны активно помогать формированию приверженности к лечению;
- часть пациенток с ВИЧ-(+)-статусом относятся к группе социально дезадаптированных, поэтому им должно быть оказано повышенное внимание в вопросах возможного домашнего насилия, курения, алкоголизма, наркомании;
- пациентки-носители не представляют опасности в быту для персонала и других женщин, равно как и для своих детей, поэтому не должны изолироваться в антенатальном и послеродовом периодах.

- **Краснуха**

- заболевание не представляет опасности для матери;
- имеется риск дефектов развития у плода, если у матери возникают симптомы инфекции до 16-й недели беременности;
- для профилактики наиболее эффективна государственная программа универсальной всеобщей вакцинации детей первого года жизни и девочек-подростков, а также женщин в послеродовом периоде;
- скрининг необходимо предлагать всем беременным во время первого посещения, не имеющим документального подтверждения о вакцинации (**2a**);
- случайная вакцинация женщин, в последующем оказавшихся беременными не является показанием для прерывания беременности, так как живая вакцина безопасна для плода;
- женщины с подозрением на краснуху должны быть изолированы от других беременных (или потенциально беременных), но после исчезновения клинических признаков инфекции опасности для других не представляют.

- **Хламидиоз**

- наиболее распространенная ИППП в европейском регионе;
- увеличивает риск преждевременных родов, задержки внутриутробного развития, неонатальной смертности;
- передача от матери к ребенку приводит к неонатальным конъюнктивитам и пневмонии в 30—40% случаев;
- необходимо предоставить сведения о методах профилактики конъюнктивита во время родов — закладывание тетрациклиновой или эритромициновой мази в конъюнктивы новорожденного к концу первого часа после родов;
- скрининг на бессимптомный хламидиоз не должен предлагаться, так как нет достоверных доказательств его эффективности и рентабельности (**3a**);
- «золотой стандарт» диагностики хламидиоза — проведение ПЦР;

- лечение неосложненной генитальной хламидиозной инфекции при беременности (амбулаторно):
 - эритромицин 500 мг четыре раза в день в течение 7 дней, или
 - амоксициллин 500 мг три раза в день в течение 7 дней, или
 - азитромицин или клиндамицин.
- **Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ)**
 - ЦМВ остается наиболее важной причиной врожденных вирусных инфекций в популяции;
 - риск передачи ЦМВ-инфекции почти исключительно связан с первичным инфицированием (1—4% всех женщин);
 - два возможных варианта течения ЦМВ-инфекции среди новорожденных, инфицированных от матерей до рождения:
 - генерализованная инфекция (10—15% инфицированных плодов) — от умеренного увеличения печени и селезенки (с желтухой) до гибели. С поддерживающим лечением большинство новорожденных с ЦМВ-заболеванием выживают. Несмотря на это, от 80 до 90% этих новорожденных имеют осложнения в первые годы жизни, которые могут включать потерю слуха, ухудшение зрения и разной степени задержку умственного развития;
 - бессимптомная форма (90% всех инфицированных плодов) — в 5—10% случаев могут развиваться разной степени слуховые, умственные или координационные проблемы;
 - риск осложнений у женщин, которые были инфицированы как минимум за 6 мес до оплодотворения, не превышает 1%;
 - рутинный скрининг не должен предлагаться всем беременным из-за невозможности практически доказать наличие первичной инфекции, отсутствия эффективного способа лечения ЦМВ-инфекции, трудностей диагностики инфицирования и поражения плода (**2a**);
 - прерывание беременности до 22 нед возможно в крайне редких случаях при:
 - подтвержденной первичной инфекции матери;
 - позитивных результатах амниоцентеза;
 - неспецифичных ультразвуковых данных (аномалии плода, задержка развития).
- **Токсоплазмоз**
 - распространенность в России, в основном, низкая, поэтому рутинный скрининг не предлагается (**2a**);
 - путь передачи от матери к ребенку — трансплацентарный. Может вызвать внутриутробную гибель, ЗВУР, задержку умственного развития, дефекты слуха и слепоту;
 - риск передачи в основном связан с первичной инфекцией;
 - риск инфекции плода зависит от гестационного срока:
 - самый низкий (10—25%), когда мать инфицируется в I триместре, — тяжелые поражения составляют до 14% случаев;
 - самый высокий (60—90%), когда мать инфицируется в III триместре, — тяжелые поражения практически не встречаются;
 - лечение — Спирамицин, Пириметамин (не рекомендуется до 18-й недели беременности), при этом отсутствуют достоверные доказательства эффективности лечения в предупреждении врожденных инфекций и поражений плода;
 - при первом посещении медицинского специалиста должна быть предоставлена информация о профилактике токсоплазмоза (и других инфекций, передающихся с пищей):
 - не есть сырое и непрожаренное мясо;
 - тщательно чистить и мыть овощи и фрукты перед едой;

- мыть руки и кухонные поверхности, посуду после контакта с сырым мясом, овощами и фруктами, морскими продуктами, домашней птицей;
- одевать перчатки во время садоводства или контакта с землей, которые могут быть заражены фекалиями кошек. После работы необходимо тщательно вымыть руки;
- если есть возможность — избегать прикосновения с миской или туалетом кошек; если нет помощника, всегда делать это в перчатках;
- не выпускать кошек из дома, не брать в дом во время беременности бездомных кошек, не рекомендуется давать кошкам сырое или недостаточно обработанное мясо;

- пациентки, перенесшие токсоплазмоз, не представляют опасности для персонала и других женщин, равно как и для своих детей, поэтому не должны изолироваться в антенатальном и послеродовом периодах.

• Генитальный герпес

- распространенность носительства в России в большинстве регионов высокая;
- скрининг не рекомендуется, так как результаты не меняют тактику ведения (2a);
- поражение плода варьирует в широких пределах — от бессимптомного течения до поражения только кожи, в тяжелых случаях — поражение глаз, нервной системы, генерализованные формы;
- риск заражения новорожденного высок в случае первичного заражения матери непосредственно перед родами (до 2 нед) (риск до 30—50%) — необходимо предложить родоразрешение путем КС;
- при рецидивах инфекции риск очень низкий (< 1—3%) — рекомендовано родоразрешение через естественные родовые пути;
- герпетическая инфекция не является показанием для госпитализации женщин. Женщины, у которых обнаруживается активная форма во время родов, должны соблюдать личную гигиену при контакте с ребенком и не должны брать в руки другого ребенка. Изоляция не требуется.

• Сифилис

- распространенность в популяции значительно варьирует в различных регионах, но остается относительно высокой;
- скрининг предлагается всем женщинам дважды в течение беременности (при постановке на учет и в 30 недель) (2a);
- больные сифилисом пациентки имеют высокий риск наличия других ИППП, поэтому им должно быть предложено дополнительное обследование;
- лечение — пенициллин, может быть проведено амбулаторно;
- женщина, прошедшая адекватный курс лечения сифилиса, не нуждается в изоляции от других женщин и не представляет риска для своего ребенка;
- консультирование, лечение и контроль — у венеролога.

• Туберкулез

- принят в России характер эпидемии;
- при заражении в неонатальный период — высокий риск смертности;
- активная форма туберкулеза — показание к лечению (изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол). Эти препараты безопасны для беременных женщин и для плода;
- стрептомицин, этионамид и протионамид должны быть исключены из-за своей опасности;
- необходимо информировать будущую мать о ведении послеродового периода:
 - изоляция от ребенка не потребуется;
 - грудное вскармливание возможно, применение всех противотуберкулезных препаратов в период грудного вскармливания не представляет опасности;
 - необходимо продолжение полного курса лечения матери;

- ребенок должен будет получить профилактическое лечение;
- необходимо иметь информацию об условиях проживания будущего ребенка, о наличии проживающих в одной квартире или доме людей с активной формой туберкулеза для своевременных мер при выписке новорожденного из родильного отделения.

Рутинный антенатальный скрининг

Рекомендуемые рутинные обследования

- **АД** следует измерять при каждом посещении для определения признаков гипертензии. Гипертензия является только признаком и может как свидетельствовать, так и не свидетельствовать о наличии преэклампсии.

Правила измерения АД

- Наиболее точные показания дает ртутный сфигмоманометр (по нему должны быть откалиброваны все используемые аппараты) (**1b**).
- Пациентка должна быть расслаблена, после отдыха (не менее 10 мин).
- Положение — полусидя или сидя, манжета должна располагаться на уровне сердца пациентки.
- Манжета аппарата для измерения давления должна соответствовать окружности плеча пациентки (лучше больше, чем меньше).
- Достаточно измерения на одной руке.
- Уровень систолического давления оценивается по I тону Короткова (появление), а диастолического — по V (прекращение).
- Показатели должны быть зафиксированы с точностью до 2 мм рт. ст.

- **Анализ мочи на наличие белка (ОАМ)**. Для проведения скринингового обследования можно использовать любой анализ мочи, хотя для получения наиболее полных и точных данных следует сделать анализ суммарного выделения белка в суточном объеме мочи.
- **Измерение высоты стояния дна матки (ВДМ)** для прогнозирования низкой массы плода при рождении. Также этот тест может быть полезен для скрининга с целью дальнейшего исследования возможной задержки развития плода. Качество этого исследования повышается при использовании гравидограммы, которая должна быть в каждой обменной карте.
- **Пальпация живота**. Определение точного положения подлежащей части плода не всегда является точным до 36 нед и может причинить женщине дискомфорт (**3a**), но в 36 нед необходимо определить предлежание.
- **Осмотр состояния ног** на предмет наличия варикозного расширения вен при каждом посещении. При этом наличие отеков (за исключением сильных или быстро возникающих отеков лица или нижней части спины) не следует рассматривать как признаки патологического состояния, поскольку отеки нижних конечностей возникают в норме у 50—80% беременных.

Рутинные обследования, которые проводить не рекомендуется, так как их эффективность отсутствует или не доказана

- **Вес женщины**. Измерение прибавки веса при каждом посещении необоснованно, и нет необходимости советовать женщинам вносить ограничения в режим питания, чтобы ограничить прибавку веса.
- **Пельвиометрия**. Доказано, что данные ни клинической, ни рентгенологической пельвиометрии не обладают достаточной прогностической значимостью для определения несоответствия размеров головки плода и таза матери, что лучше всего выявляется при тщательном наблюдении за течением родов (**2a**).
- **Рутинная аускультация сердцебиения плода** не имеет никакой прогностической ценности, так как может лишь ответить на вопрос: жив ли ребенок? Но в некоторых случаях она может придать уверенности пациентке, что с ребенком все хорошо.

- **Подсчет шевелений плода.** Рутинный подсчет приводит к более частому выявлению снижения активности плода, более частому применению дополнительных методов оценки состояния плода, к более частым госпитализациям беременных и к увеличению числа индуцированных родов. Большое значение имеет не количественная, а качественная характеристика шевелений плода (**1b**).
- **Рутинное УЗИ во второй половине беременности.** Изучение клинической значимости рутинных УЗИ на поздних сроках беременности выявило увеличение количества случаев дородовой госпитализации и индуцированных родов без какого-либо улучшения перинатальных исходов (**1b**). Однако доказана целесообразность УЗИ в особых клинических ситуациях:
 - при определении точных признаков жизнедеятельности или гибели плода;
 - при оценке развития плода с подозрением на ЗВУР;
 - при определении локализации плаценты;
 - при подтверждении предполагаемой многоплодной беременности;
 - при оценке объема амниотической жидкости в случае подозрения на много- или маловодие;
 - при уточнении положения плода;
 - при таких процедурах, как наложение кругового шва на шейку матки или наружный поворот плода на головку.
- **Стрессовая и нестрессовая КТГ.** Отсутствуют доказательства целесообразности применения КТГ в дородовой период в качестве дополнительной проверки благополучия плода при беременностях даже высокого риска (**1a**). В 4 исследованиях, оценивающих влияние рутинной КТГ, были получены идентичные результаты — увеличение перинатальной смертности в группе КТГ (в 3 раза!) при отсутствии влияния на частоту КС, рождения детей с низкой оценкой по шкале Апгар, неврологических нарушений у новорожденных и госпитализации в неонатальную ПИТ. Применение этого метода показано только при внезапном уменьшении шевелений плода, при дородовом кровотечении и любых других состояниях, связанных с риском плода (преэклампсия, декомпенсация диабета и т. п.).

Возможный минимум посещений врача акушера-гинеколога или акушерки во время беременности

1

В идеальной ситуации должно быть до зачатия

2

до 12 недель

- Сбор анамнеза:
 - Акушерский и гинекологический анамнез:
 - сведения о менструальном цикле и методах контрацепции. Знание особенностей менструального цикла помогает точнее определить предполагаемую дату родов. При этом важно учитывать, что у принимавших пероральные контрацептивы аменорея, развившаяся после их отмены, может привести к ошибочным расчетам. Обязательно уточняют, не применялись ли внутриматочные контрацептивы (если да, то отмечают дату удаления);
 - сведения о перенесенных гинекологических заболеваниях, беременностях и родах. Отмечают общее число беременностей и их исход: срочные или преждевременные роды, самопроизвольный или искусственный аборт, состояние здоровья детей. Для каждого рода отмечают особенности течения, продолжительность, способ родоразрешения, осложнения, состояние и вес новорожденного. Повторные самопроизвольные аборты в I или во II триместре беременности могут указывать на наследственную патологию, истмико-цервикальную недостаточность или инфекцию;

— если в анамнезе было кесарево сечение, обсуждают с женщиной вопрос о возможности родов через естественные родовые пути. Необходимо собрать документы о предыдущей операции.

- Перенесенные заболевания и хирургические вмешательства.
- Профессиональные вредности и прием лекарственных средств в ранние сроки беременности.
- Побочное действие лекарственных средств, аллергологический анамнез.
- Семейный анамнез. Выясняют, не было ли в семье наследственных болезней и случаев многоплодной беременности.
- Социальные факторы. Расспрашивают о семейном и социально-экономическом положении женщины, психических травмах и жестоком обращении с ней в прошлом, вредных привычках. Важно помнить, что не каждая женщина легко признается в том, что она курит, употребляет алкоголь или наркотики.
- Сопутствующие проявления, в том числе связанные с беременностью: тошнота, рвота, боль в животе, запор, головная боль, обмороки, выделения из половых путей, болезненное или учащенное мочеиспускание, отеки, варикозное расширение вен, геморрой.
- Клинический осмотр.
- Заполнение обменной карты и карты наблюдения (желательно электронный вариант).
- Измерение веса и роста женщины, подсчет ИМТ.
- Измерение АД.
- Гинекологический осмотр (может быть отложен до второго посещения): осмотр в зеркалах, взятие мазка на онкоцитологию, бимануальное исследование.
- Лабораторные тесты:
 - анализ крови (Hb);
 - посев мочи;
 - кровь на гепатиты В, С, ВИЧ, RW;
 - определение группы крови и Rh-фактора.
- Направление на УЗИ в 10—14 нед.
- Консультирование об образе жизни, о правильном питании.
- Предоставление следующей информации (в том числе в письменной форме): телефоны, адреса медицинских учреждений, оказывающих экстренную помощь. Информирование о поведении в экстренных ситуациях.
- Выдача буклетов, справочной литературы, книг о беременности, родах, послеродовом периоде (желательна организация специальной библиотеки для беременных).

3

14—16 недель

- Обсуждение результатов обследования.
- Измерение АД.
- ОАМ.
- Направление на УЗИ в 18—20 недель (в консультативный центр).

4

18—20 недель

- УЗИ.

5

22 недели

- Обсуждение результатов УЗИ.
- Измерение АД.
- Измерение ВДМ (гравидограмма).
- ОАМ (общий белок).

6

26 недель

- Измерение АД.
- Измерение ВДМ (гравидограмма).
- ОАМ (общий белок).

7

30 недель

- Выдача больничного листа (при необходимости) и родового сертификата.
- Измерение АД.
- Измерение ВДМ (гравидограмма).
- Предоставление информации о курсах подготовки к родам.
- Лабораторные тесты:
 - анализ крови (Hb);
 - ОАМ;
 - кровь на гепатиты В, С, ВИЧ, RW.

8

33 недели

- Обсуждение результатов обследования.
- Измерение АД.
- Измерение ВДМ (гравидограмма).
- ОАМ (общий белок).

9

36 недель

- Измерение АД.
- Измерение ВДМ (гравидограмма).
- ОАМ (общий белок).
- Определение подлежащей части, при тазовом предлежании — предложение наружного поворота в 37—38 недель.
- Обсуждение места родов, организация посещения выбранного учреждения.

10

38 недель

- Измерение АД.
- Измерение ВДМ (гравидограмма).
- ОАМ (общий белок).

11

40 недель

- Измерение АД.
- Измерение ВДМ (гравидограмма).
- ОАМ (общий белок).

12

41 неделя

- Измерение АД.
- ОАМ (общий белок).
- Предложение родовозбуждения или бимануального обследования для оценки шейки матки и отслойки нижнего полюса плодного пузыря — в этом случае предложение дополнительного обследования в объеме сокращенной формы биофизического профиля плода.

Особые состояния во время беременности

Срок беременности > 41 недели

- нормальными считаются роды в сроки 37—42 недели гестации, при этом риск антенатальных потерь возрастает в зависимости от срока: так, в 37 недель риск мертворождения составляет 1/3000 родов, в 42 недели — 1/1000 родов, в 43 недели — 1/500 родов;
- рутинное УЗИ в первой половине беременности позволяет более точно определить срок беременности, чем начало последней менструации, и снижает вероятность стимулирования родовой деятельности при предполагаемой переношенной беременности;
- нет доказательств целесообразности рутинного стимулирования родовой деятельности при сроке беременности до 41 недели. С одной стороны, рутинная индукция родов на сроке 41+ неделя позволяет снизить перинатальную смертность, с другой, необходимо провести около 500 родовозбуждений, не забывая о возможных осложнениях данной процедуры, для исключения одного случая перинатальной смертности;
- необходимо предоставить пациентке возможность информированного выбора: родовозбуждение при наличии условий или тщательный мониторинг плода;
- при наличии условий для относительно безопасного родовозбуждения [родовспомогательные учреждения 2-го или 3-го уровня, наличие средств для эффективной подготовки шейки матки (простагландины, только гелевые формы для местного, влагалищного или интрацервикального применения)] необходимо предлагать родовозбуждение на сроке 41 неделя (**1a**);
- необходимо предоставить пациентке полную информацию о различных методах стимулирования родовой деятельности, о преимуществах и об осложнениях, связанных с каждым из них, для того, чтобы она смогла принять информированное согласие;
- в случае отказа от родовозбуждения можно продолжить амбулаторное наблюдение за беременной в условиях ЖК или родильного отделения с явками не реже 2 раз в неделю и дополнительным обследованием состояния плода в объеме: УЗИ (амниотический индекс) + КТГ (нестрессовый тест), при возможности — доплерометрия сосудов пуповины;
- при патологических или подозрительных изменениях по результатам тестирования необходима срочная госпитализация в стационар не менее 2-го уровня для дообследования и возможного родоразрешения;
- до формального стимулирования родовой деятельности женщинам следует предложить влагалищное исследование с целью отслаивания нижнего полюса плодного пузыря (**1b**);
- для предотвращения одной антенатальной смерти необходимо провести 500 родовозбуждений.

Преждевременные роды

(смотри также клинический протокол «Преждевременные роды»)

- роды на сроке 22—37 полных недель гестации;
- при отсутствии врожденных пороков развития плода являются основной причиной перинатальной заболеваемости и смертности;
- абсолютно эффективных способов профилактики преждевременных родов не существует. Исследования, посвященные изучению антенатального выявления и профилактики риска преждевременных родов в ходе рутинной оценки состояния шейки матки, мониторинга состояния матки, оценки факторов риска, профилактического использования пероральных бета-миметиков и соблюдения постельного режима, добавки минералов и витаминов (Магне-В₆), не дали определенных результатов, поэтому не могут быть рекомендованы для применения;
- также не была доказана эффективность вмешательств социального характера в профилактике преждевременных родов;

- таким образом, основной задачей медицинских работников, оказывающих помощь беременным, является не предотвращение преждевременных родов, а обеспечение соответствующих условий для рождения и оказания помощи новорожденному ребенку сразу после родов:
 - перевод беременной с явными признаками угрозы или начавшимися преждевременными родами в учреждение 3-го уровня, при отсутствии такового или недостатке времени — в ближайший стационар с возможностью оказания неонатальной помощи;
 - одновременно начать профилактику респираторного дистресс-синдрома (глюкокортикоиды по схеме), учитывая максимальную эффективность через 24 часа;
 - одновременно начать токолиз по схеме, принятой в учреждении, учитывая практическую эффективность токолиза при раскрытии шейки матки до 3 см;
- необходимо помнить, что подавление родовой деятельности не всегда сопровождается улучшением перинатальных исходов и может иметь неблагоприятные побочные эффекты для матери и для ребенка.

Многоплодная беременность

- женщины при многоплодной беременности в большей степени по сравнению с одноплодной беременностью испытывают общие неприятные симптомы, в связи с этим они могут нуждаться в дополнительной поддержке при решении эмоциональных, практических и финансовых проблем, связанных с многоплодной беременностью и ожиданием более чем одного ребенка;
- рутинное проведение УЗИ в первой половине беременности способствует ранней диагностике многоплодной беременности, выявлению отклонений в развитии плодов, позволяет оценить мембранно-плацентарные взаимоотношения. Однако влияние на исходы для матери и детей неизвестно.

Тазовое предлежание плода

- при доношенной беременности встречается в 3% случаев, в 33—36 недель — в 9%, в 28—32 недели — в 18%, до 28 недель — в 30%;
- при подозрении на тазовое предлежание в 36 нед необходимо подтвердить диагноз с помощью УЗИ (при возможности), предложить наружный поворот на головку в сроке 37—38 недель (**1a**);
- допустимо проведение наружного поворота в амбулаторных условиях (при наличии аппаратов для УЗИ и КТГ, возможности быстрого перевода в стационар при возникновении осложнений);
- противопоказания для наружного поворота:
 - родовая деятельность;
 - наличие рубца на матке, вне зависимости от причины;
 - патология матки;
 - нарушения состояния плода;
 - дородовое излитие вод;
 - вагинальное кровотечение;
 - другие медицинские состояния матери, не позволяющие произвести манипуляцию;
- при отказе пациентки или отсутствии возможности проведения наружного поворота необходимо предоставить беременной полную информацию о возможных методах родоразрешения при тазовом предлежании: родах через естественные родовые пути и кесаревом сечении, о преимуществах и об осложнениях, связанных с каждым из них, для того чтобы она смогла принять информированное согласие;
- при согласии на оперативное родоразрешение — помочь в выборе стационара, где она будет рожать, обсудить сроки родоразрешения, соответственно, время поступления в отделение (желательно накануне или

непосредственно в день операции), провести необходимые по протоколу подготовки к плановой операции, принятом в учреждении, дополнительные исследования (желательно амбулаторно). Желательна дородовая консультация в выбранном стационаре;

- при отказе от оперативного метода родоразрешения — помочь в выборе стационара (не менее 2-го уровня, где может быть обеспечена круглосуточная помощь высококвалифицированных, имеющих опыт приема родов в тазовом предлежании специалистов). Желательна дородовая консультация в выбранном стационаре.

Преэклампсия/эклампсия

(смотри также клинический протокол «Гипертензия, вызванная беременностью. Преэклампсия. Эклампсия»)

- оказывает значительное влияние на материнскую и неонатальную заболеваемость и смертность (увеличивает);
- распространенность в развитых странах от 2 до 8% всех беременностей, в зависимости от критериев диагностики, принятых в стране;
- при постановке на учет необходимо оценить факторы риска преэклампсии у каждой женщины:
 - тяжелая преэклампсия/эклампсия во время предыдущих беременностей (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);
- умеренное снижение АД в первой половине беременности — это физиологическая особенность. Таким образом, у женщин—хронических гипертоников до 20 недель может определяться нормальное АД (ошибочно);
- патологическим считается АД $\geq 140/90$ мм рт. ст., измеренное после отдыха (обязательно!), при этом ожидание приема в очереди в медицинском учреждении таковым считаться не может. Уровень ДАД (90 мм рт. ст.) имеет большую прогностическую ценность в сравнении с САД;
- в настоящее время не рекомендуется использовать существовавшие ранее рекомендации — считать патологическим увеличение САД на 30, а ДАД на 15 мм рт. ст. в сравнении с исходными данными из-за низкой прогностической ценности (увеличения количества ложно выставленных диагнозов, не подтвержденных дальнейшим наблюдением);
- патологической протеинурией является уровень общего белка в ОАМ > 0,3 г/л. «Золотым стандартом» для подтверждения патологической протеинурии является определение потери белка в суточной порции мочи, так как доказано, что потеря белка за сутки более 0,3 г увеличивает заболеваемость как матери, так и плода/новорожденного;
- наличие умеренных отеков не является диагностическим критерием преэклампсии, так как встречаются у 80% беременных. Опасны внезапно появившиеся, быстро нарастающие отеки, особенно в области поясницы или генерализованные;
- профилактика:

- в группе высокого риска развития преэклампсии ежедневный прием малых доз аспирина (75 мг) достоверно снижает риск развития преэклампсии, при этом не оказывает влияния на риск развития эклампсии;
- в группе высокого риска недостатка Са в пище дополнительный прием Са в дозе до 1 г ежедневно (в виде пищевых добавок) достоверно снижает риск развития гестационной гипертензии и преэклампсии, не оказывая при этом влияния на уровень материнской заболеваемости и смертности;
- не имеют эффекта никакие другие профилактические меры (даже могут нанести вред):
 - ограничение потребления соли;
 - ограничение потребления жидкости;
 - прием витаминов Е и С;
 - прием рыбьего жира;
 - любые изменения в диете, например увеличение потребления белка;
 - дополнительный прием микроэлементов, например Zn, Mg, селена и т. д.;
- при антенатальном наблюдении необходимо тщательно контролировать уровень АД на каждом приеме, так же как и уровень белка в ОАМ;
- при подозрении на развитие преэклампсии необходимо изменить режим наблюдения:
 - назначить повторную явку через 1—2 дня;
 - предложить измерять АД самостоятельно в домашних условиях;
 - при невозможности амбулаторного наблюдения (например, отдаленное место жительства, отсутствие возможности вызова скорой помощи, быстрой госпитализации и т. д.) необходимо предложить стационарное наблюдение, возможно в условиях дневного стационара;
- единственным эффективным методом лечения является родоразрешение;
- умеренная гипертензия — АД до 160/110 мм рт. ст. — может быть естественной компенсаторной реакцией организма для поддержания достаточного объема маточно-плацентарного кровообращения в условиях генерализованного вазоспазма;
- на настоящий момент недостаточно данных, чтобы точно обозначить уровень гипертензии, при котором польза от применения антигипертензивных препаратов перевешивает их недостатки. Логично назначение гипотензивной терапии при опасном для развития кровоизлияния в мозг уровне АД, то есть > 160/110 мм рт. ст. Цель лечения — не нормализация АД (опасна для плода), а поддержание на безопасном уровне;
- препаратом выбора для противосудорожной терапии является раствор сульфата магния (MgSO₄); использование диазепама как препарата первой линии недопустимо из-за выраженного негативного влияния на плод. Кроме этого при оценке исходов для матерей использование сульфата магния в сравнении с диазепамом в 2 раза уменьшило риск материнской смертности;
- **тяжелая преэклампсия** является абсолютным показанием для срочной госпитализации в родовспомогательное учреждение 3-го уровня (при отсутствии такового — в учреждение 2-го уровня);
- **тяжелая преэклампсия** — это тяжелая форма гипертензии (> 160/110 мм рт. ст.) плюс протеинурия или любая форма гипертензии плюс один из ухудшающих симптомов:
 - церебральные симптомы (головная боль, расстройство зрения);
 - олигурия (менее 30 мл/ч);
 - боль в эпигастральной области;
 - рвота;
 - генерализованные отеки (особенно внезапно появившиеся);
 - количество тромбоцитов менее $100 \times 10^9/\text{л}$;
 - нарушение функции печени;
 - отек легких;
 - признаки ЗВУР;

Противосудорожная (всегда) и гипотензивная терапия (при АД > 160/110 мм рт. ст.) при симптомах тяжелой преэклампсии должна начинаться

немедленно

в женской консультации или любом другом медицинском учреждении, куда пациентка обратилась за помощью, не дожидаясь прибытия машины скорой помощи.

- противосудорожная терапия сульфатом магния:
 - нагрузочная доза — 16—20 мл 25% раствора (4—5 г сухого вещества) в/в медленно (за 10—15 мин);
 - поддерживающая доза — 1—2 г сухого вещества в час в/в капельно или через инфузомат;
- гипотензивная терапия — нифедипин:
 - начальная доза — 10 мг (сублингвально);
 - повторно через 30 мин — 10 мг (максимальная суточная доза 120 мг);
- **необходимо помнить о потенциальной опасности сочетания сульфата магния и нифедипина!**
- при сроке беременности < 34 нед начать профилактику респираторного дистресс-синдрома плода глюкокортикоидами по принятой в учреждении схеме;

Набор для оказания помощи при преэклампсии/эклампсии должен находиться во всех медицинских учреждениях, оказывающих помощь женщинам репродуктивного возраста. Он должен быть доступен в течение всего рабочего времени.

- в течение беременности необходимо неоднократно предоставлять информацию об опасных признаках развития преэклампсии/эклампсии как в устной, так и в письменной форме, таких как:
 - головная боль;
 - мелькание мушек перед глазами;
 - ухудшение зрения;
 - боль в правом подреберье;
 - внезапно появившиеся и обширные отеки;
 - уменьшение количества мочи (моча темного цвета).

Беременность у женщин с отрицательной Rh-принадлежностью

- до 15% беременных в России не имеют Rh-фактора;
- количество тяжелых гемолитических болезней плода и новорожденного снижается (1/5000—10 000 родов), но эта патология остается одной из главных причин тяжелой неонатальной заболеваемости и смертности;
- антитела определяются при постановке на учет, в 20 и 27 нед;
- анти-D-иммуноглобулин следует вводить всем женщинам с отрицательной Rh-принадлежностью в период беременности во всех случаях при повышенной опасности плодово-материнского кровотечения (прерывание беременности, инвазивные методы пренатальной диагностики, травмы, антенатальное вагинальное кровотечение, наружный поворот при тазовом предлежании) для профилактики развития гемолитической болезни новорожденных. Дозы анти-D-иммуноглобулина: на сроке до 12 нед — 120 мкг (600 ЕД); > 12 нед — 300 мкг (1500 ЕД). Профилактика уменьшает риск изоиммунизации до 0,2%;
- всем женщинам с отрицательной Rh-принадлежностью без титра антител следует предлагать введение анти-D-иммуноглобулина в 28 и 34 нед беременности в дозе 120 мкг (600 ЕД); альтернатива — однократно в 28 нед в дозе 300 мкг (1500 ЕД);
- послеродовую профилактику анти-D-иммуноглобулином в дозе 300 мкг (1500 ЕД) следует проводить в течение 72 часов после родов всем женщинам, родившим ребенка с положительной Rh-принадлежностью либо ребенка, чью

- Rh-принадлежность определить не представляется возможным, независимо от их совместимости по системе АВ0;
- беременные женщины с установленным титром антител должны направляться для консультации в стационар 3-го уровня, в дальнейшем ведется совместное наблюдение;
 - методы диагностики гемолитической болезни:
 - контроль титра антител;
 - УЗИ + доплерометрия (исследуется скорость кровообращения в средней артерии мозга плода. Исследование повторяется через 2—4 недели);
 - трансабдоминальный амниоцентез и спектрофотометрический анализ околоплодных вод;
 - кордоцентез;
 - при развитии тяжелой формы гемолитической болезни единственным эффективным методом лечения является родоразрешение независимо от срока беременности в стационаре 3-го уровня для последующей постнатальной терапии новорожденного;
 - при развитии крайне тяжелых форм гемолитической болезни плода при сроках гестации, которые не позволяют надеяться на благоприятный исход выхаживания, желателен пролонгировать беременность, поэтому методом выбора является кордоцентез и внутриматочное переливание плоду резус-отрицательных эритроцитов донора.

Гестационный диабет

- распространенность в европейских странах — 0,15—4%;
- факторы риска и показания для проведения теста толерантности к глюкозе:
 - глюкозурия;
 - возраст > 35 лет;
 - ожирение (ИМТ > 30);
 - сахарный диабет в семейном анамнезе;
 - многоводие;
 - гестационный диабет в предыдущие беременности;
 - рождение ребенка с массой > 4000 г;
 - рождение ребенка с пороками развития;
- гестационный диабет увеличивает для плода риск макросомии, родовых травм, гипогликемии, задержки созревания легких, полицитемии, гипербилирубинемии, врожденных пороков развития, позднее — ожирения и диабета;
- у женщин с ГД чаще наблюдаются хроническая гипертензия, преэклампсия, пиелонефрит, многоводие, роды чаще заканчиваются КС, в будущем — развитие сахарного диабета 2 типа, заболеваний сердечно-сосудистой системы;
- при подтверждении диагноза ГД необходимо рекомендовать соблюдение стандартной диеты (как при сахарном диабете), контроль глюкозы в крови 1 раз в неделю;
- инсулинотерапия назначается при невозможности поддержки нормогликемии (натошак $\geq 5,3$ ммоль/л, через 2 часа после еды $\geq 6,7$ ммоль/л), самоконтроль ежедневно;
- при хорошем контроле нормогликемии рекомендуется проведение родов в срок, без вмешательств;
- при подозрении на макросомию решить вопрос о методе родоразрешения индивидуально;
- после родов, через 6—12 недель, необходимо провести стандартный тест толерантности к глюкозе и поставить окончательный диагноз;

- если диагноз сахарного диабета не выставлен, необходимо рекомендовать женщинам с ГД после родов соблюдение диеты, повышенные физические нагрузки и похудение.

Приложения

Листовка-памятка для медицинских работников и беременных женщин

Как заботиться о себе в период беременности

- Полноценная забота о себе в период беременности поможет Вам сохранить не только свое здоровье, но и здоровье Вашего будущего ребенка. Как только Вам показалось, что Вы беременны, сразу обратитесь в женскую консультацию. Если беременность подтвердится и Вас поставят на учет, регулярно посещайте своего лечащего врача в соответствии с установленным расписанием.
- Ешьте здоровую пищу (более подробную информацию см. ниже). Вы прибавите в весе примерно 8—16 кг в зависимости от того, сколько Вы весили до беременности. Беременность — не время для похудения.
- Спите или отдыхайте, когда испытываете в этом потребность. Не изнуряйте себя, но и не расслабляйтесь полностью. Потребность во сне у каждого человека индивидуальна, но большинству достаточно восьми часов в сутки.
- Не курите и избегайте пребывания рядом с курящими. Если Вы курите, бросайте как можно скорее!
- Не употребляйте никаких алкогольных напитков (пиво, вино, крепкие спиртные напитки и т. п.). Разумеется, о наркотиках не может быть и речи!
- Не принимайте никаких таблеток или других медикаментов, кроме тех, которые прописал Вам врач. Помните, что травы и травяные настойки/чай также являются лекарствами.
- Во время беременности Вам также следует избегать сильных и едких запахов (таких, как запах краски или лака). Необходимы также меры предосторожности при обращении с хозяйственными чистящими и моющими средствами: внимательно читайте инструкции на этикетках и следуйте им, пользуйтесь перчатками и не работайте в плохо проветриваемом помещении.
- Если у Вас есть кошка, попросите кого-нибудь из участников семьи убирать ее туалет либо обязательно пользуйтесь резиновыми перчатками (существует заболевание — токсоплазмоз, передаваемое через кошачьи испражнения и опасное для беременных женщин). Во всем остальном Ваши домашние любимцы не представляют опасности для Вас и для Вашего ребенка.
- Физические упражнения полезны как Вам, так и Вашему ребенку. Если не возникает проблем (подробный список проблем см. ниже), Вы можете продолжать выполнять те же упражнения, что и до беременности. Пешие прогулки и плавание — особенно хорошие и удобные способы сохранить активность, стимулировать кровообращение и контролировать прибавку веса.
- Сексуальные отношения во время беременности нормальны и безопасны для Вашего здоровья. Они не причинят вреда и Вашему ребенку. Не беспокойтесь, если из-за гормональных изменений сексуальное желание возросло или снизилось, — это также нормально и индивидуально для женщины. Есть несколько мер предосторожности, которые Вы должны соблюдать. Поскольку Ваш живот будет постепенно увеличиваться, Вам, возможно, придется попробовать различные позы для выбора наиболее удобной. Не рекомендуется лежать на спине. Если ранее у Вас были самопроизвольный аборт или преждевременные роды, врач может посоветовать Вам воздержаться от сексуальных контактов. А в случае если у Вас открылось вагинальное кровотечение, появились боли или начали истекать околоплодные воды, исключите сексуальные контакты и как можно скорее обратитесь к врачу.
- Не стесняйтесь обращаться к своему лечащему врачу или акушерке за информацией и ставить их в известность, если Вы плохо себя почувствовали.

Именно сейчас своевременно получить информацию о пользе грудного вскармливания и методах планирования семьи для кормящих женщин.

Здоровое питание для Вас и Вашего ребенка

- Конечно, хорошее питание важно как для Вашего здоровья, так и для роста и развития Вашего ребенка. Здоровое питание во время беременности столь же важно, как здоровое питание в любой другой период жизни женщины. Не существует «магических» продуктов, которые особо необходимы для нормального течения беременности. Очень мало и «запрещенных» продуктов. Конечно, Вам следует избегать продуктов, на которые у Вас есть аллергия; старайтесь также употреблять как можно меньше сладостей, жирной пищи.
- По структуре Ваше питание должно напоминать пирамиду: наиболее широкая часть, «базис», состоит из хлеба, зерновых культур, каш и макаронных изделий. Вам следует есть этих продуктов больше, чем каких-либо других. Фрукты и овощи образуют вторую по величине группу необходимых продуктов питания. Третью, еще меньшую группу составляют молочные продукты, а также мясо, бобовые, яйца и орехи. На верхушке пирамиды находятся жиры, масла и сладости, которые рекомендуется есть в минимальных количествах. Если у Вас возникают какие-либо вопросы относительно здорового питания, обратитесь за помощью к врачу.
- Беременные нуждаются в большем количестве железа и фолиевой кислоты. Ешьте продукты, богатые железом (бобовые, листовые зеленые овощи, молоко, яйца, мясо, рыба, домашняя птица) и фолиевой кислотой (бобовые, яйца, печень, свекла, капуста, горох, помидоры). Также принимайте витамины и таблетки, содержащие железо, если их Вам порекомендует врач.
- Если у Вас не очень хороший аппетит, принимайте пищу небольшими порциями по 5—6 раз в день вместо 3 больших приемов пищи.
- Выпивайте 8 стаканов жидкости, желательнее воды, ежедневно. Не пейте более трех стаканов в день напитков, содержащих кофеин (чай, кофе, кола), или напитков с большим содержанием сахара. Особенно не рекомендуется употреблять чай и кофе вместе с пищей (кофеин препятствует усвоению железа).

Неудобства, связанные с беременностью

Беременность — время физических и эмоциональных изменений. В определенные периоды беременности многие женщины испытывают некоторый дискомфорт. Не волнуйтесь. Это обычные проблемы, которые уйдут после рождения ребенка. Наиболее распространенные неудобства таковы.

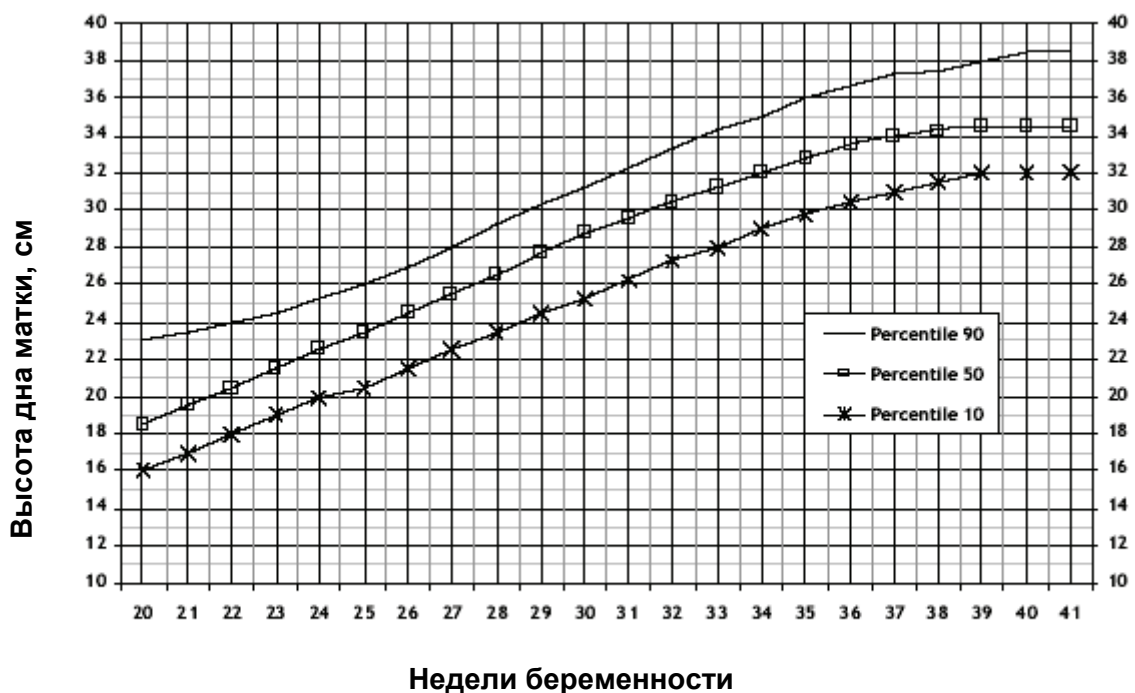
- Учащенное мочеиспускание, особенно в первые три и последние три месяца.
- Повышенная утомляемость, особенно в первые три месяца. Чаще отдыхайте, ешьте здоровую пищу и выполняйте легкие физические упражнения. Это поможет Вам ощутить себя менее усталой.
- Тошнота по утрам или в другое время суток зачастую проходит после первых трех месяцев. Старайтесь рано утром съесть сухое печенье или кусочек хлеба. Избегайте острой и жирной пищи. Ешьте понемногу, но часто.
- На пятом месяце беременности может появиться изжога. Чтобы ее избежать, не пейте кофе или газированную воду с кофеином; не ложитесь и не наклоняйтесь сразу после еды; спите, подложив под голову подушку. Если изжога не проходит, обратитесь за советом к лечащему врачу.
- В течение беременности Вас могут беспокоить запоры. Выпивайте по крайней мере 8 стаканов воды и других жидкостей в сутки и ешьте пищу, богатую клетчаткой, например зеленые овощи и каши с отрубями. Указанный объем воды также поможет Вам избежать инфекций мочеполового тракта.
- Могут отекать лодыжки или ступни. Несколько раз в день поднимайте ноги; спите на боку, чтобы уменьшить отечность.
- В последние 3—4 месяца беременности может появиться боль в пояснице. Носите туфли без каблука, старайтесь не поднимать тяжести; если поднимать тяжести все же приходится, сгибайте колени, а не спину.

Тревожные сигналы

Немедленно обратитесь к врачу, если у Вас появится хотя бы один из следующих симптомов:

- кровянистые выделения из половых путей;
- обильные жидкие выделения из влагалища;
- постоянная головная боль, нарушение зрения с появлением в глазах пятнышек или вспышек;
- внезапный отек рук или лица;
- повышение температуры до 38°C и более;
- сильный зуд и жжение во влагалище или усилившиеся влагалищные выделения;
- жжение и боль при мочеиспускании;
- сильная боль в животе, не стихающая, даже когда Вы лежите и расслабляетесь;
- более 4—5 схваток в течение часа;
- если Вы ушибли живот во время падения, автомобильной аварии или если кто-то Вас ударил;
- после шести месяцев беременности — если Ваш ребенок совершает менее 10 движений в течение 12 часов.

Гравидограмма



Список рекомендуемой литературы

1. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ. под ред. Михайлова А. В. СПб.: «Петрополис», 2003.
2. Di Mario S. et al. Какова эффективность дородовой помощи? (Дополнение). What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement) (2005). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E87997.pdf>).
3. Рудзевич А. Ю., Игошев В. Ф., Брынза Н. С. Дородовое наблюдение за беременными низкого риска, методические рекомендации, ТГМА, г. Тюмень, 2006.

4. Abalos E., Duley L., Steyn D. W., Henderson-Smart D. J. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 1. Art. No.: CD002252. DOI: 10.1002/14651858.CD002252.
5. Alfirevic Z., Neilson J. P. Biophysical profile for fetal assessment in high risk pregnancies. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1996, Issue 1. Art. No.: CD000038. DOI: 10.1002/14651858.CD000038.
6. Alfirevic Z., Sundberg K., Brigham S. Amniocentesis and chorionic villus sampling for prenatal diagnosis. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 1. Art. No.: CD003252. DOI: 10.1002/14651858.CD003252.
7. Atallah A. N., Hofmeyr G. J., Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 1. Art. No.: CD001059. DOI: 10.1002/14651858.CD001059.
8. Bergel E., Carroli G., Althabe F. Ambulatory versus conventional methods for monitoring blood pressure during pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 4. Art. No.: CD001231. DOI: 10.1002/14651858.CD001231.
9. Boulvain M., Stan C., Irion O. Membrane sweeping for induction of labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1. Art. No.: CD000451.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD000451.pub2.
10. Bricker L., Neilson J. P. Routine Doppler ultrasound in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 2. Art. No.: CD001450. DOI: 10.1002/14651858.CD001450.
11. Bricker L., Neilson J. P. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 1. Art. No.: CD001451. DOI: 10.1002/14651858.CD001451.
12. Brocklehurst P., Rooney G. Interventions for treating genital chlamydia trachomatis infection in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 4. Art. No.: CD000054. DOI: 10.1002/14651858.CD000054.
13. Brocklehurst P. Antibiotics for gonorrhoea in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD000098. DOI: 10.1002/14651858.CD000098.
14. Brown H. C., Smith H. J. Giving women their own case notes to carry during pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art. No.: CD002856.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD002856.pub2.
15. Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1997, Issue 1. Art. No.: CD000170. DOI: 10.1002/14651858.CD000170.
16. Crowther C. A. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 2. Art. No.: CD000020. DOI: 10.1002/14651858.CD000020.
17. Cuervo L. G., Mahomed K. Treatments for iron deficiency anaemia in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD003094. DOI: 10.1002/14651858.CD003094.
18. Duley L., Henderson-Smart D. Reduced salt intake compared to normal dietary salt, or high intake, in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 3. Art. No.: CD001687. DOI: 10.1002/14651858.CD001687.
19. Duley L., Henderson-Smart D. J., Knight M., King J. F. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.: CD004659. DOI: 10.1002/14651858.CD004659.
20. Gagnon A. J. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD002869. DOI: 10.1002/14651858.CD002869.
21. Gates S., Brocklehurst P., Davis L. J. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD001689. DOI: 10.1002/14651858.CD001689.
22. Hemminki E., Blondel B. Antenatal care in Europe: varying ways of providing high-coverage services. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 2001, 94:145–148.
23. Hodnett E. D. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 3. Art. No.: CD000062. DOI: 10.1002/14651858.CD000062.
24. Hofmeyr G. J., Hannah M. E. Planned caesarean section for term breech delivery. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 2. Art. No.: CD000166. DOI: 10.1002/14651858.CD000166.

25. Hofmeyr G. J., Kulier R. External cephalic version for breech presentation at term. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1996, Issue 1. Art. No.: CD000083. DOI: 10.1002/14651858.CD000083.
26. Hutton E. K., Hofmeyr G. J. External cephalic version for breech presentation before term. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD000084.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD000084.pub2.
27. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Routine prenatal care. Bloomington, MN, Institute for Clinical Systems Improvement, 2005.
28. Irion O., Boulvain M. Induction of labour for suspected fetal macrosomia. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2. Art. No.: CD000938. DOI: 10.1002/14651858.CD000938.
29. Jewell D., Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.: CD000145. DOI: 10.1002/14651858.CD000145.
30. Jewell D. J., Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD001142. DOI: 10.1002/14651858.CD001142.
31. Knight M., Duley L., Henderson-Smart D. J., King J. F. Antiplatelet agents for preventing and treating pre-eclampsia. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 2. Art. No.: CD000492. DOI: 10.1002/14651858.CD000492.
32. Kramer M. S., Kakuma R. Energy and protein intake in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.: CD000032. DOI: 10.1002/14651858.CD000032.
33. Kramer M. S. Aerobic exercise for women during pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD000180. DOI: 10.1002/14651858.CD000180.
34. Lauzon L., Hodnett E. Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 3. Art. No.: CD000935. DOI: 10.1002/14651858.CD000935.
35. Lilford R. J. et al. Effect of using protocols on medical care: randomized trial of three methods of taking an antenatal history. *BMJ*, 1992, 305:1181–1184.
36. Lumley J., Oliver S. S., Chamberlain C., Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3. Art. No.: CD001055.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub2.
37. Lumley J., Watson L., Watson M., Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3. Art. No.: CD001056. DOI: 10.1002/14651858.CD001056.
38. Mahomed K., Gulmezoglu A. M. Maternal iodine supplements in areas of deficiency. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1997, Issue 4. Art. No.: CD000135. DOI: 10.1002/14651858.CD000135.
39. Mahomed K., Gulmezoglu A. M. Pyridoxine (vitamin B6) supplementation in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1997, Issue 1. Art. No.: CD000179. DOI: 10.1002/14651858.CD000179.
40. Mahomed K., Gulmezoglu A. M. Vitamin D supplementation in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 1. Art. No.: CD000228. DOI: 10.1002/14651858.CD000228.
41. Mahomed K. Folate supplementation in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1997, Issue 3. Art. No.: CD000183. DOI: 10.1002/14651858.CD000183.
42. Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1997, Issue 4. Art. No.: CD001135. DOI: 10.1002/14651858.CD001135.
43. Mahomed K. Iron supplementation in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 4. Art. No.: CD000117. DOI: 10.1002/14651858.CD000117.
44. Mahomed K. Zinc supplementation in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1997, Issue 3. Art. No.: CD000230. DOI: 10.1002/14651858.CD000230.
45. Makrides M., Crowther C. A. Magnesium supplementation in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 4. Art. No.: CD000937. DOI: 10.1002/14651858.CD000937.
46. McDonald H., Brocklehurst P., Parsons J. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1. Art. No.: CD000262.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD000262.pub2.
47. Mezgolu A. M. Interventions for trichomoniasis in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 3. Art. No.: CD000220. DOI: 10.1002/14651858.CD000220.
48. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Clinical guideline. London, RCOG Press, 2003 (http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/Antenatal_Care.pdf).
49. Neilson J. P. Symphysis-fundal height measurement in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2. Art. No.: CD000944. DOI: 10.1002/14651858.CD000944.

50. Pattinson R. C., Farrell E. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at or near term. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1997, Issue 1. Art. No.: CD000161. DOI: 10.1002/14651858.CD000161.
51. Pattison N., McCowan L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 1. Art. No.: CD001068. DOI: 10.1002/14651858.CD001068.
52. Peyron F., Wallon M., Liou C., Garner P. Treatments for toxoplasmosis in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 3. Art. No.: CD001684. DOI: 10.1002/14651858.CD001684.
53. Quijano C. E., Abalos E. Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy and the puerperium. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD004077.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD004077.pub2.
54. Raynes-Greenow C. H., Roberts C. L., Bell J. C., Peat B., Gilbert G. L. Antibiotics for ureaplasma in the vagina in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Art. No.: CD003767.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD003767.pub2.
55. Smaill F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD000490. DOI: 10.1002/14651858.CD000490.
56. Sosa C., Althabe F., Belizun J., Bergel E. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.: CD003581.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD003581.pub2.
57. The Cochrane Library [database on the Internet and CD-ROM]. London, John Wiley & Sons Ltd., 2006.
58. Tuffnell D. J., West J., Walkinshaw S. A. Treatments for gestational diabetes and impaired glucose tolerance in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 1. Art. No.: CD003395. DOI: 10.1002/14651858.CD003395.
59. Turnbull D., Wilkinson C. Antenatal day care units versus hospital admission for women with complicated pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 4. Art. No.: CD001803. DOI: 10.1002/14651858.CD001803.
60. Van den Broek N., Kulier R., Villar J. Vitamin A supplementation during pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 4. Art. No.: CD001996. DOI: 10.1002/14651858.CD001996.
61. Villar J. et al. WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *The Lancet*, 2001, 357:1551–1564.
62. Villar J., Carroli G., Khan-Neelofur D., Piaggio G., Gulmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 4. Art. No.: CD000934. DOI: 10.1002/14651858.CD000934.
63. Villar J., Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2001, 4, article number CD000934.
64. Villar J., Widmer M., Lydon-Rochelle M. T., Gulmezoglu A. M., Roganti A. Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 2. Art. No.: CD000491. DOI: 10.1002/14651858.CD000491.
65. Walker G. J. A. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3. Art. No.: CD001143. DOI: 10.1002/14651858.CD001143.
66. Walkinshaw S. A. Very tight versus tight control for diabetes in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1996, Issue 2. Art. No.: CD000226. DOI: 10.1002/14651858.CD000226.
67. Young G. L., Jewell D. Antihistamines versus aspirin for itching in late pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1996, Issue 1. Art. No.: CD000027. DOI: 10.1002/14651858.CD000027.
68. Young G. L., Jewell D. Creams for preventing stretch marks in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1996, Issue 1. Art. No.: CD000066. DOI: 10.1002/14651858.CD000066.
69. Young G. L., Jewell D. Interventions for leg cramps in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 1. Art. No.: CD000121. DOI: 10.1002/14651858.CD000121.
70. Young G. L., Jewell D. Interventions for varicosities and leg oedema in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 1. Art. No.: CD001066. DOI: 10.1002/14651858.CD001066.
71. Young G. L., Jewell D. Topical treatment for vaginal candidiasis (thrush) in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3. Art. No.: CD000225. DOI: 10.1002/14651858.CD000225.

НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ (normal birth)

Введение

Понятие нормальных родов является предметом многочисленных дискуссий, продолжающихся уже много лет. В течение последних нескольких десятилетий было предложено множество методов диагностики, профилактики и лечения различных состояний во время беременности. Главная цель этих вмешательств — улучшить результат, то есть сделать беременность и роды более безопасными для матери и ребенка.

И, безусловно, во многом эта цель была достигнута, особенно в развитых странах, где уровни материнской и перинатальной смертности резко снизились, достигнув показателей менее 10 на 100 000 родов для материнской смертности и менее 1 на 1000 рожденных для перинатальной смертности.

Но чем больше роды превращались в «медицинскую процедуру» с соответствующим отношением к женщине и ребенку (как к пациентам), тем больше возникало сомнений у профессионалов, что такой подход к нормальным, физиологическим процессам — беременности и родам — логичен. Кроме того, с внедрением в повседневную жизнь акушеров-практиков доказательной медицины стало понятно, что большинство вмешательств оказались, по меньшей мере, неэффективными, а во многих случаях — вредными и даже небезопасными.

Как же определить те ситуации, когда вмешательство специалиста, скорее всего, будет необходимо и полезно? Может быть, во всех остальных случаях лучшие результаты получит правильно обученная акушерка?

Исследования, проведенные по инициативе ВОЗ в 80—90-х годах XX столетия в странах с различными системами здравоохранения и различным уровнем развития, показали, что примерно 70—80% беременностей и родов могут быть отнесены к беременностям и родам низкого риска. С другой стороны, попытки заранее (при постановке на учет, во время беременности или в начале родов при поступлении в стационар) распределить женщин по группам риска, используя при этом балльную систему оценки факторов перинатального риска, не увенчались успехом. Часто необоснованно беременных относят к группе высокого риска, а следовательно, в большинстве случаев подвергают их необоснованным вмешательствам. При этом более 75% женщин из группы высокого риска рожают абсолютно нормально.

Может быть, не лишено смысла предложение относиться ко всем беременностям и родам изначально как к нормальным, не исключая при этом возможности возникновения любых осложнений? В этом случае профессионалам рекомендуется максимально внимательно относиться ко всем беременным, консультировать их и их семьи, помогая создавать наиболее благоприятную, спокойную обстановку как во время беременности, так и во время родов, но быть готовыми своевременно оказать помощь в полном объеме при возникновении любых осложнений.

Данный протокол является попыткой предложить объем и порядок действий персонала родильного отделения, который, с одной стороны, уменьшит необоснованно частые вмешательства в процесс родов, а с другой стороны, обеспечит максимальную безопасность для матери и ребенка.

Женщине и ее семье должно предоставляться право выбора родильного отделения, если беременность протекала без осложнений и нет каких-либо особых показаний для госпитализации в стационар более высокого уровня оказания помощи. Желательна дородовая групповая или индивидуальная консультация врача или акушерки выбранного семьей родильного отделения. Также желательно составление плана родов, в котором были бы письменно оговорены основные пожелания женщины и ее семьи на время родов и послеродового периода, в том числе вопросы присутствия помощников, методы обезболивания, в том числе медикаментозные, принципы

оказания помощи новорожденному и т. д. Возможно составление подобного плана родов непосредственно при поступлении в стационар акушеркой, которая будет оказывать помощь семье.

Определение

Нормальные роды — это роды одним плодом в сроке 37—42 недели гестации, которые начались спонтанно, имели низкий риск к началу, прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился спонтанно в головном предлежании. После родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Однако если у женщины из группы высокого риска роды протекают без осложнений, то они также могут быть отнесены к тем, к кому применимы рекомендации этого протокола.

Основная цель оказания помощи во время нормальных родов — обеспечить безопасность для женщины и ребенка во время родов при минимально возможном вмешательстве в физиологический процесс.

Обязанности персонала родильного блока

- оказывать максимальную поддержку беременной и членам ее семьи во время родов и в послеродовом периоде;
- внимательно наблюдать за течением родового процесса, состоянием плода и новорожденного после родов, оценивать факторы риска и как можно раньше выявлять осложнения;
- производить вмешательства, такие как ранняя амниотомия, эпизиотомия и т. п., только по строгим показаниям;
- своевременно переводить роженицу на более высокий уровень при оценке риска родов как высокого для данного учреждения или возникновении осложнений уже во время родового процесса, требующих такого перевода.

Приемное отделение

Приемное отделение должно иметь помещение, в котором в полной мере может быть соблюдена конфиденциальность во время приема. При сборе анамнеза и заполнении необходимой медицинской документации в нем не должны находиться посторонние люди, в том числе незанятый непосредственно в приеме пациентки медицинский персонал.

Желательно организовать в акушерском стационаре специальную палату или другое помещение, где могли бы наблюдаться женщины с предвестниками родов.

Объективные признаки начала родов

- структурные изменения шейки матки;
- сокращения матки с определенной регулярностью (во время активной фазы не менее 3 за 10 мин).

Поступающую на роды женщину принимает дежурная акушерка приемного отделения, которая должна

- ознакомить с основными принципами ведения родов в отделении;
- предложить участвовать в родах любому человеку или нескольким по выбору самой женщины, после проведения осмотра сопровождающего акушеркой на наличие признаков ОРВИ и других инфекционных, опасных для окружающих заболеваний. Наличие явных признаков инфекции может быть поводом для

отказа в участии в родах с обязательным разъяснением причины. Никакое дополнительное обследование не требуется;

- предложить выбор: свою или чистую больничную одежду и бахилы для сопровождающих, если они не имеют своей сменной обуви или их одежда неудобная и не очень чистая;
- предложить выбор: свою или чистую больничную одежду пациентке, если она не имеет своей сменной одежды и обуви;
- предложить пациентке принять душ;
- измерить температуру тела, пульс, АД, провести общий акушерский осмотр;
- заполнить историю родов.

При этом рутинно не проводится

- специальная обработка ногтевых фаланг на руках и ногах, сосков молочных желез, не подстригаются ногти;
- очистительная клизма **(1a)** (и не предлагается). Показания — отсутствие стула в течение 3—4 дней или желание пациентки;
- бритье лобка и промежности **(1a)**.

После оформления документации акушерка приемного отделения должна лично проводить семью в родовую блок до палаты, в которой она будет находиться во время родов. Акушерка приемного отделения должна познакомить семью с дежурной акушеркой родового блока.

При поступлении в стационар необследованным пациенткам необходимо определить группу крови и Rh-фактор, провести RW, ВИЧ-экспресс (см. протокол «Ведение нормальной беременности»).

Родовой блок

Родовая палата должна быть одноместной. Для соблюдения конфиденциальности двери в родовую палату должны быть постоянно закрыты. При входе в родовую палату медицинский персонал должен постучать и спросить разрешения войти. Посещение родовой палаты любыми другими медицинским работниками, непосредственно не занятыми в уходе, должно быть максимально ограничено неотложной необходимостью.

В родовой палате должны быть

- *желательно, чтобы родовая палата имела вид, максимально приближенный к домашней обстановке;*
- родовая кровать (допускается функциональная с возможностью изменения положения головного конца), кровать Рахманова не обязательна;
- оборудованное место для реанимации новорожденного с пеленальным столиком с подогревом и доступом к кислороду, Апгар-таймером, электронным термометром для измерения температуры тела ребенка;
- термометр для измерения температуры в помещении, которая должна быть не ниже 25°C;
- в родовом блоке желательны душевые кабины и ванны для пациенток, место для отдыха женщины и сопровождающих ее лиц: кресло, стулья, столик, тумбочку, настольную лампу или ночник, музыкальный центр, а также коврик, гимнастический мяч, надувные кресла, шведскую стенку и другие предметы для релаксации во время родов;
- на окнах шторы или жалюзи.

Наблюдение за родовым процессом возлагается, в основном, на акушерку родового блока, которая должна находиться непосредственно с пациенткой не менее 50% всего времени пребывания женщины в родовом блоке:

- в 1-м периоде — периодически (каждые 15—30 мин);
- в конце 1-го периода, во 2-м и в 3-м периодах — постоянно.

Пациентка должна иметь возможность экстренного вызова персонала.

Наблюдение за родами включает в себя

- выслушивание сердцебиения плода (норма — 110—160 уд/мин);
 - в первый период родов — каждые 15—30 мин в течение одной полной минуты после окончания схватки;
 - во время потуг — после каждой потуги;
 - рутинное применение КТГ всем роженицам не оправдано, особенно в группе родов низкого риска, так как данная методика имеет высокий процент ложноположительных результатов, а следовательно, увеличивает частоту вмешательств, в том числе оперативных родов (**1a**);
- влагалищное исследование для оценки динамики родов в активную фазу производится каждые 4 часа, более частый осмотр по показаниям — родостимуляция окситоцином, излитие околоплодных вод, перед медикаментозным обезболиванием и т. п. (*Примечание: средняя скорость раскрытия шейки матки — 1 см/ч, минимально приемлемый показатель — 0,5 см/ч*);
- оценку схваток: норма в активную фазу — 3—4 схватки за 10 мин, продолжительностью более 40—50 с;
- измерение пульса — каждые 30 мин;
- измерение АД — каждые 4 часа (исключая особые случаи, например хроническую гипертензию);
- измерение температуры тела — каждые 4 часа;
- частота и объем мочеиспускания — самоконтроль женщины (необходимо предлагать чаще посещать туалет);
- обсуждение с пациенткой метода ведения 3-го периода с предоставлением полной устной и письменной информации о потенциальных преимуществах и недостатках активной и выжидательной тактик (пример информированного согласия на активное ведение 3-го периода — см. приложение № 2).

Роды ведутся по партограмме, которую заполняет акушерка. Влагалищное исследование может проводиться как акушеркой, так и врачом, в последнем случае раскрытие шейки матки и положение головки на партограмме заполняется со слов врача (правила заполнения партограммы изложены в приложении № 3).

На протяжении всего периода родов медицинские работники должны оказывать полноценную эмоциональную, психологическую и физическую помощь женщине и ее семье (**1a**).

Еда и питье

Нет никаких данных для запрещения или ограничения в приеме как жидкости, так и легкой пищи (йогурт, яблоко, банан, шоколад, бутерброд и др.). Риск синдрома кислотной аспирации (Мендельсона) связан, прежде всего, с общим наркозом и может быть предупрежден как уменьшением частоты вмешательств, требующих общей анестезии, в том числе КС, увеличением доли проводниковых методов анестезии, так и строгим соблюдением протокола анестезиологического пособия.

Родовая боль

Подавляющее большинство женщин испытывают болевые ощущения во время родов. Общее впечатление от родов во многом зависит от интенсивности болей. Безусловно, чаще всего выраженный болевой синдром сопутствует родам, осложнившимся аномалией родовой деятельности, потребовавшим родостимуляции или изначально вызванным искусственно. Но и нормальные роды также сопровождаются болями.

Помочь роженице справиться с болевыми ощущениями — одна из основных задач медицинского персонала во время родов.

Уменьшение болевых ощущений может быть достигнуто применением медикаментозных методов обезболивания, но гораздо важнее (и безопаснее) использовать немедикаментозные методы, такие как:

- максимальная психологическая поддержка женщины и ее семьи;
- информирование пациентки и ее сопровождающих о родах в максимально необходимом для них объеме. Информация должна быть правдивой с обсуждением как положительных, так и отрицательных моментов того или иного вмешательства или метода, применяемого при оказании помощи;
- свободный выбор позиции во время 1-го и 2-го периодов родов;
- вертикальные положения тела во время схваток (исключая случаи излития вод при неполностью прижатой головке) или положение на боку. Медицинские работники должны поощрять пациентку принимать такие положения;
- массаж;
- специальное дыхание в сочетании с релаксацией;
- душ и ванна;
- музыка;
- ароматерапия;
- чередование тепла и холода;
- акупунктура и акупрессура.

Все методы немедикаментозного обезболивания родов имеют мало доказательств эффективности. Скорее всего, главная их ценность — отвлечение женщины, улучшение ее восприятия родов как радостного и очень важного события, и они, по крайней мере, не вредны.

Помощь во 2-м периоде родов

Акушерка должна:

- приготовить необходимое оборудование и место для реанимации новорожденного (включить тепло, подключить кислород, проверить наличие дыхательного мешка и масок к нему, подключить тройник к электроотсосу, грушу; приготовить пеленки, шапочку и носочки для ребенка);
- подготовить место для родов — разложить чистые пеленки или одноразовый пакет для приема родов в том месте, которая роженица выбрала для родов, нагреть пеленки, которыми будут обтирать ребенка, подготовить необходимые инструменты для родов, в том числе ножницы для пересечения пуповины.

Рождение ребенка может происходить в любом положении, которое выбрала сама женщина (**2a**). Наиболее неудобное и опасное для плода положение — лежа на спине. Чаще всего женщины выбирают положение полусидя.

Начало 2-го периода не всегда совпадает с началом активных потуг. Поэтому не стоит заставлять тужиться раньше того времени, пока пациентка сама не пожалуется на чувство сильного давления на задний проход.

Нет необходимости в:

- управлении потугами с задержкой дыхания (прием Вальсальвы) (**2b**);
- рутинной эпизиотомии (при угрозе разрыва промежности, «высокой» промежности и т. д.) (**1a**);
- обязательной защите промежности (можно применить этот прием, если женщина находится в положении, при котором это практически возможно сделать, но и в этом случае не рекомендовано противодействовать разгибанию головки);
- укорочении 2-го периода при нормальном состоянии плода и роженицы;

- рождении ребенка за одну потугу. После рождения головки необходимо дать возможность развернуться плечикам самостоятельно, при этом необходимо проверить, нет ли обвития пуповины. При тугом обвитии пересечь пуповину между 2 зажимами, при нетугом — ослабить натяжение пуповины и дождаться следующей потуги. Не спешить! Цианоз личика не является опасным признаком!

Прием Кристеллера не должен использоваться!

Активное ведение 3-го периода (1а)

Послеродовое кровотечение является наиболее частой причиной материнской смертности во всем мире. Наиболее частая причина кровотечения — гипотония матки. Единственным вмешательством, которое предлагается рутинно во время нормальных родов, является активное ведение 3-го периода, так как доказана эффективность этого приема в снижении в 2,5—3 раза случаев послеродовых кровотечений вообще и с кровопотерей более 1 л в частности. Кроме этого, уменьшается потребность в переливании крови для лечения тяжелых случаев анемии, как и сами случаи послеродовой анемии.

Протокол активного ведения 3-го периода

1. Введение окситоцина — 10 ЕД в/м в область бедра в течение 1-й минуты после рождения ребенка.
2. **Контролируемая тракция пуповины**
 - Пережмите пуповину ближе к промежности зажимом. Держите пережатую пуповину и концы зажима одной рукой.
 - Положите другую руку непосредственно на дно матки и дождитесь первого маточного сокращения. Переведя руку на область лона, удерживайте матку, отводя ее от лона во время контролируемого потягивания за пуповину. Это поможет избежать выворота матки.
 - Очень осторожно потяните на себя пуповину для рождения плаценты. Не ждите обильных кровянистых выделений до того, как вы начали потягивание за пуповину. Продолжайте отводить матку другой рукой в направлении, противоположном потягиванию за пуповину.
 - Если плацента не опускается в течение 10—20 секунд контролируемого потягивания за пуповину (то есть нет признаков отделения плаценты), прекратите тянуть за пуповину.
 - Осторожно держите пуповину и дождитесь очередного сокращения матки.
 - Во время следующего сокращения матки повторите контролируемое потягивание за пуповину с отведением матки в противоположную сторону.

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

- При рождении плаценты тонкие плодные оболочки могут оборваться. Держите плаценту обеими руками и осторожно поворачивайте ее, пока плодные оболочки не родятся.
- Медленно потяните плаценту для завершения родов.
- Если плодные оболочки оборвались, осторожно исследуйте верхнюю часть влагалища и шейку матки в стерильных перчатках и используйте окончатые зажимы для удаления всех оставшихся частей плодных оболочек, которые будут обнаружены.
- Внимательно осмотрите плаценту, чтобы удостовериться в ее целостности.
- Если пуповина оборвалась или в течение 30 минут не удалось выделить послед, необходимо произвести ручное выделение последа.
- После рождения последа немедленно проведите массаж дна матки через

- переднюю брюшную стенку женщины до появления сокращений матки.
- Повторяйте массаж матки каждые 15 минут в течение первых 2 часов послеродового периода.

После рождения ребенка

- акушерка, ведущая роды, оценивает состояние ребенка на своей руке. Если его состояние не вызывает опасений, то есть он дышит, кричит, в тонусе, сразу же после обтирания теплой чистой пеленкой ребенок выкладывается на живот матери;
- рутинное отсасывание слизи из носа и изо рта новорожденного **(1b)**, зондирование желудка не проводится;
- на головку ребенка одевают чистую, возможно принесенную из дома, шапочку, на ножки — носочки;
- мокрая пеленка сбрасывается, и ребенок накрывается сухой и чистой пеленкой и дополнительно — одеялом;
- пуповина перерезается стерильными инструментами, возможно, отцом ребенка или другим сопровождающим, специальной обработки пуповины антисептиками при этом не требуется **(1a)**;
- родовые пути очень осторожно осматриваются при помощи тампона;
- рутинно осмотр родовых путей в зеркалах не проводится;
- пузырь со льдом на живот не выкладывается;
- рутинная катетеризация мочевого пузыря не проводится;
- при необходимости разрывы мягких тканей родовых путей ушиваются акушеркой или врачом под местным обезболиванием (предпочтительно лидокаином) синтетическим рассасывающимся шовным материалом **(2b)**, предпочтительно (Vicril-Rapid № 2—0) с использованием внутрикожного шва на промежности;

Нет необходимости ушивать большинство разрывов I степени (кожа, подкожная клетчатка).

- перед началом ушивания обязательно сменить перчатки на стерильные;
- обработать антисептиком область вокруг разрыва или эпизиотомной раны; длинные волосы, мешающие ушиванию, можно подстричь;
- дополнительной обработки родовых путей растворами антисептиков не требуется;
- в завершение грязное и мокрое белье из-под женщины меняется на сухое и чистое, и она укрывается вместе с новорожденным отдельной простыней и одеялом.

Первичный уход за новорожденным

Осуществляется акушеркой, принимавшей роды, возможно, совместно со специально обученным медицинским сотрудником (детской медсестрой). Они обязаны:

- проверять дыхание младенца и цвет кожных покровов каждые 15 мин в течение 1-го часа и каждые 30 мин в течение 2-го часа в послеродовом периоде. Если кожа становится цианотичной или у него появляется затруднение дыхания (< 30 или > 60 в минуту) — необходимо дать кислород через маску и срочно вызвать неонатолога;
- измерять температуру тела ребенка электронным термометром через 30 мин после родов и перед переводом, если температура менее $36,5^{\circ}\text{C}$ — необходимо сменить пеленку, шапочку и носочки на теплые, принять дополнительные меры для согревания новорожденного (дополнительное укрывание одеялом вместе с матерью, обогревательная лампа над кроватью, где находятся мать и ребенок, и т. п.);

- предоставить в доступной форме информацию о важности грудного вскармливания, особенно раннего прикладывания к груди, частоте кормлений, правилах прикладывания ребенка к груди и при первых признаках готовности малыша к кормлению — помочь в первом прикладывании.
- Профилактическое закладывание мази в глазки новорожденного (тетрациклиновой или эритромициновой в индивидуальной упаковке) проводится в конце 1-го часа после рождения, дополнительно закладывать мазь в половую щель девочек не требуется.
- Наложение на пуповину пластикового зажима или резинки проводится в удобное для акушерки время. При этом пуповина протирается стерильной марлевой салфеткой и больше ничем не обрабатывается. Марлевая салфетка на пупочный остаток не накладывается. Во время проведения данной процедуры ребенок находится в кожном контакте с матерью.
- Осмотр неонатолога рекомендуется в конце 2-го часа, после чего ребенка переодевают в чистую и сухую одежду (распашонки и ползунки) или пеленают. Тугое пеленание не рекомендуется.
- Взвешивание и измерение ребенка проводится к концу 2-го часа с соблюдением всех правил тепловой защиты.
- Специальная обработка кожи, удаление смазки, обмывание не требуются (кроме случаев сильного загрязнения кровью или меконием).

Через 2 часа при отсутствии осложнений со стороны как матери, так и новорожденного они переводятся вместе на каталке или специальном кресле акушеркой родового блока в послеродовую палату совместного пребывания. Акушерка родового блока должна познакомить семью с дежурной акушеркой послеродового отделения и медсестрой детского отделения, которые будут наблюдать за пациенткой в дальнейшем.

После перевода семьи родовая палата подвергается уборке по типу заключительной.

Комментарии к протоколу

С момента своего появления протоколы проекта «Мать и дитя» активно обсуждались в профессиональной среде. Мы посчитали, что некоторые из них требуют отдельного пояснения.

Одним из таких вызывающих дискуссию вмешательств является активное ведение третьего периода родов как метод профилактики послеродовых кровотечений, остающихся, к сожалению, в нашей стране наиболее частой причиной материнской смертности. В 2003 г. на конгрессе FIGO в Сантьяго (Чили) две авторитетнейшие общественные организации: Международная конфедерация акушеров (ICM) и Международная федерация акушеров-гинекологов (FIGO) выступили с совместным заявлением и рекомендацией о распространении активного ведения третьего периода родов во всех странах мира. Делегация нашей страны, так же как и представители всех остальных государств, подписала это заявление. Основой для такого решения послужили данные метаанализа четырех крупных РКИ, доказывающие эффективность трехкомпонентного протокола активного ведения третьего периода родов, а именно: введение утеротоников, контролируемая тракция за пуповину и массаж матки после рождения последа. Данная методика позволила уменьшить в 2,5 раза количество патологических кровопотерь (свыше 500 мл) и более чем в 3 раза — количество массивных кровотечений (свыше 1 л). В 2007 г. эксперты ВОЗ в специальном бюллетене, посвященном вопросам профилактики послеродовых кровотечений, подтвердили позицию ведущих ассоциаций акушеров-гинекологов: «...на сегодняшний день нет никаких оснований для внесения изменений в существующий протокол профилактики кровотечений...»

Подробнее об отдельных компонентах активного ведения третьего периода:

1. Введение утеротоника.

- Выбор препарата: окситоцин выбран по соображениям эффективности и безопасности (имеет меньше, чем группа эргометрина, побочных эффектов, в том числе наиболее опасного — повышения АД).
- Доза: 10 Ед (эта доза по сравнению с 5 Ед или иной имеет на сегодняшний день наилучшие доказательства эффективности).
- Время введения: в течение первой минуты после рождения ребенка (действие окситоцина близко к природному).
- Путь введения: внутримышечный (именно этот путь введения специалисты могут обеспечить в 100% случаев в отличие от внутривенного при отсутствии периферического катетера).

2. Контролируемая тракция за пуповину (определяющее слово — КОНТРОЛИРУЕМАЯ). Основная цель манипуляции — ускорение процесса отделения и выделения последа, так как хорошо сокращается только пустая матка, и чем быстрее это произойдет, тем меньше риск гипотонического кровотечения. Поэтому предлагается следующий алгоритм: сразу после появления первой схватки (начало отделения последа) ОБУЧЕННАЯ акушерка или врач осторожно потягивают за пуповину, оказывая при этом контрдавление над лоном для предотвращения выворота матки. Основное отличие от протокола, который продолжает использоваться в некоторых учреждениях, заключается в сроках начала потягивания за пуповину: сразу после первой схватки или только после появления признаков отделения последа (Альфельда, Шредера, Довженко и т. п.). Разница незначительна, всего 4—5 мин, но принципиально важна для профилактики гипотонии и величины кровопотери.

3. Массаж матки. Не должен проводиться формально. Акушерка или врач, выполняющие массаж, обязаны убедиться в том, что матка хорошо

сократилась. Контроль за сокращением матки должен проводиться каждые 15 мин в течение первых двух часов послеродового периода.

4. По данным исследований, активное ведение третьего периода родов не увеличивает риск задержки последа или его частей. Кроме того, ни в одном случае в вышеупомянутых РКИ не был зафиксирован выворот матки.

В заключение хотим еще раз подчеркнуть, что активное ведение третьего периода родов является составной частью протоколов профилактики и лечения послеродовых кровотечений крупнейших ассоциаций акушеров-гинекологов мира: США, Австралии, Канады, Соединенного Королевства и т. д.

Приложения

Приложение № 1

Основные принципы общения с пациенткой и членами ее семьи

Обычно беременность — это время радости и ожидания. Одновременно это и период повышенного беспокойства и тревоги. Эффективное проведение бесед с женщиной и ее семьей может помочь укрепить уверенность и доверие женщины к тем людям, которые следят за ее состоянием.

Особенно большие трудности при общении с медицинскими работниками могут возникнуть у пациенток с какими-то осложнениями беременности или родов в объяснении своих проблем. Задача всей команды медицинских работников — уважительное общение с женщиной с тем, чтобы успокоить ее. Это означает, что весь персонал учреждения:

- уважает достоинство женщины и ее право на соблюдение конфиденциальности;
- внимательно и ответственно подходит к нуждам женщины и ее семьи;
- уважительно и без обсуждения относится к тем решениям, которые принимает женщина и ее семья в отношении лечения.

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

Когда работник здравоохранения разговаривает с женщиной о ее беременности или об осложнениях, он должен использовать понятный для пациентки язык.

ПРАВА ПАЦИЕНТОК

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

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ (пример)
на активное ведение третьего периода родов**

_____ (имя), процесс родов не заканчивается рождением ребенка. Вам предстоит родить еще послед, поэтому третий период родов называется — последовый.

Существует 3 способа ведения этого периода: **физиологический, альтернативный и активный.**

При **физиологическом** ведении лекарственные препараты, сокращающие матку, не используются. Послед рождается при сокращении матки. В этом случае пуповина пересекается после прекращения ее пульсации, что позволяет обеспечить нормальный уровень гемоглобина у новорожденного ребенка.

Отрицательными моментами такого ведения может быть удлинение третьего периода родов и увеличение риска послеродового кровотечения.

При **альтернативном** ведении третьего периода после рождения ребенка, в течение первой минуты, будет сделана внутримышечная инъекция (в бедро) окситоцина — препарата, сокращающего матку. Через несколько минут после введения окситоцина произойдет отделение последа от стенок матки и акушерка попросит Вас потужиться. Послед родится самостоятельно.

Отрицательными моментами такого ведения может быть возможная побочная реакция (аллергия, повышение АД, тошнота, рвота) на введение лекарственного препарата (окситоцин), удлинение третьего периода родов и увеличение риска послеродового кровотечения по сравнению с активным ведением.

При **активном** ведении третьего периода после рождения ребенка, в течение первой минуты, будет сделана внутримышечная инъекция (в бедро) окситоцина — препарата, сокращающего матку. Через несколько минут после введения окситоцина произойдет отделение последа от стенок матки и акушерка поможет последу родиться путем аккуратного, легкого потягивания за пуповину. Ваша помощь при этом не понадобится. Такое активное ведение последового периода, как правило, позволяет уменьшить кровопотерю и возможность послеродового кровотечения. **Риск возникновения кровотечения уменьшается на 60%.**

Отрицательными моментами такого ведения могут быть побочные реакции на сокращающие матку средства: повышение АД, тошнота и рвота, болезненность в месте инъекции и болезненные сокращения матки. Если вы почувствуете любой дискомфорт, пожалуйста, обязательно сообщите об этом медицинскому персоналу.

Во время родов мы Вам еще раз напомним об этом и попросим Вашего согласия на любое ведение последового периода.

Я выбираю метод **физиологического, альтернативного, активного** ведения третьего периода родов.

Подпись _____ Дата _____

Подпись специалиста, предоставившего информацию _____

Примечание: желательно провести информирование о методах ведения третьего периода в женской консультации. Повторную беседу провести при поступлении в родильный дом и предоставить письменную информацию (данный бланк).

ПАРТОГРАММА

Может быть единственным документом наблюдения за течением нормальных родов. Заводится при поступлении в стационар пациентки с установленным диагнозом: роды.

Правила заполнения

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

Частота сердечных сокращений плода: фиксируется каждые полчаса (выслушивается каждые 15 минут) — отмечается точкой — •

Околоплодные воды: цвет амниотической жидкости отмечается при каждом вагинальном обследовании:

I — плодный пузырь цел

C — околоплодные воды светлые, чистые

M — воды с меконием (любая интенсивность окраски)

B — примесь крови в водах

A — отсутствие вод/выделений

Конфигурация головки:

0 — конфигурации нет

+ — швы легко разъединяются

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

+++ — швы находят друг на друга и не разделяются

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

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

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

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

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

4/5 — на 4 пальца выше лона — прижата ко входу в малый таз

3/5 — на 3 пальца выше лона — прощупывается большая часть головки над лоном

2/5 — на 2 пальца выше лона — над лоном прощупывается меньшая часть головки

1/5 — головка в полости малого таза

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

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



— точки — слабые схватки продолжительностью до 20 с



— косая штриховка — умеренные схватки продолжительностью 20—40 с



— сплошная штриховка — сильные схватки продолжительностью более 40 с

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

Назначения лекарств: фиксируются любые дополнительные назначения лекарств.

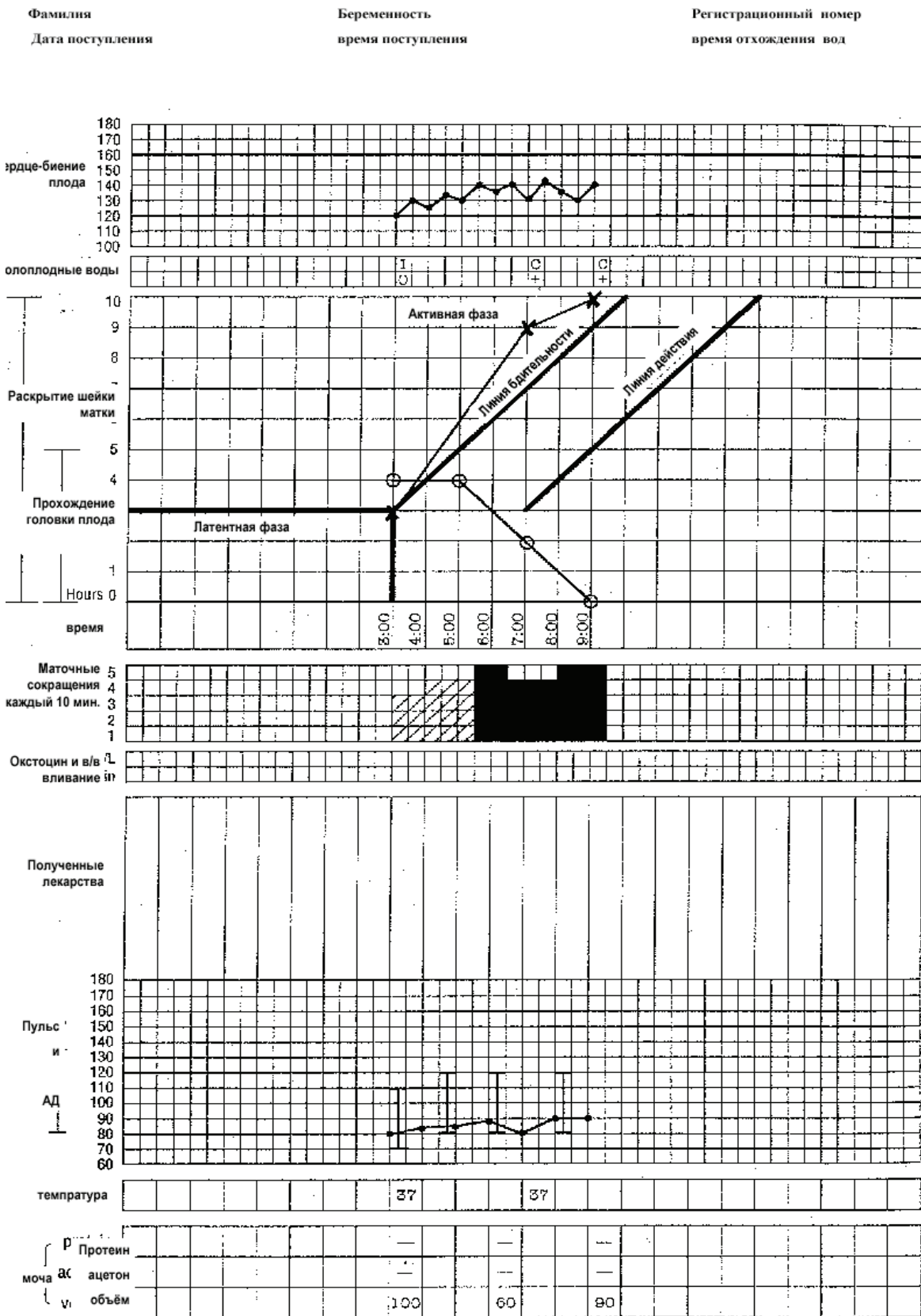
Пульс: каждые 30 минут отмечается точкой — •

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

Температура тела: фиксируется каждые 4 часа.

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

Пример заполненной партограммы



ИФО 94572

ПЛАН РОДОВ

(Заполняется совместно с медицинским работником)

Мое имя _____

Ожидаемый срок родов _____

Имя моего доктора _____

Доктором моего ребенка будет _____

Поддерживающий человек во время родов будет _____

Эти люди будут присутствовать при родах _____

Мы бы хотели, чтобы наш первый ребенок
или дети посещали

- роды
 после перевода в палату
 никогда

Мы посещали

- дородовое обучение в ЖК
 занятия для пап
 родильный дом
 дородовые курсы помимо ЖК

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

Моя цель:

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

Первый период родов (схватки)

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

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

Рождение ребенка

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

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

После рождения моего ребенка мне хотелось бы:

- чтобы _____ перерезал пуповину
 положили ребенка мне на живот сразу после рождения
 завернули ребенка в одеяло прежде, чем передать его мне

- чтобы ребенку надели собственную шапочку и носочки
- чтобы в первый раз запеленали моего ребенка
- чтобы сняли видео или сделали фотографии во время родов
- другое _____

Неожиданные случаи во время родов

Если Вам необходимо получить больше информации по следующим вопросам, спросите Вашего врача или акушерку:

- использование щипцов/вакуум-экстракции
- амниотомия
- эпизиотомия
- мониторинг плода
- родовозбуждение
- родостимуляция
- роды путем кесарева сечения
- другое _____

От рождения ребенка до выписки

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

Я собираюсь:

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

Во время нахождения в отделении мне хотелось бы:

- все время находиться вместе с ребенком
- присутствовать во время исследования моего ребенка неонатологом
- присутствовать во время проведения процедур моему ребенку
- чтобы медсестра показала, как купать моего ребенка
- купать моего ребенка самой
- чтобы _____ искупала моего ребенка в первый раз
- произвести моему ребенку обрезание
- чтобы ребенку сделали прививки БЦЖ и против гепатита В
- другое _____

Следующие люди будут помогать мне дома

Ваши предложения и комментарии

Я хотела бы, чтобы меня навестили после выписки из роддома:

- да. Кто? _____
- нет
- не решила

Подпись _____ Дата _____

Подпись специалиста, собравшего информацию _____

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ВЕДЕНИЯ РОДОВ. МЕТОДЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ

Введение

Беременность и роды являются очень важными событиями в жизни семьи. Это волнительный и ответственный момент. Каждая женщина все 9 месяцев думает о предстоящих родах, неоднократно представляя различные сценарии события. И, конечно же, все надеются на благополучный исход.

Нельзя не сказать о страхе боли. Боль и роды, по мнению многих, неразрывны. Часто интенсивность родовой боли является основной составляющей для оценки родов самой пациенткой, чувства удовлетворенности и желания повторить этот опыт.

Ни про одни роды нельзя сказать, что они были полностью безболезненными, но выраженность болевого синдрома во многом зависит от подготовленности женщины, атмосферы родильного отделения, условий, созданных в родовой палате, и отношения медицинских работников к самой роженице. Также важно и ощущение спокойствия и уверенности, которое может дать постоянное присутствие близкого человека.

Но только этого бывает недостаточно. В настоящее время известны многочисленные методы немедикаментозного обезболивания родов, которые и представлены в данных рекомендациях. Чаще всего этих простых, дешевых, безвредных методов как для матери, так и для плода бывает достаточно.

В случае недостаточности обезболивающего эффекта необходимо применение одного из методов медикаментозного обезболивания, таких как эпидуральная анестезия, наркотические анальгетики и ингаляции закиси азота.

Изменения положения тела

Во многих случаях женщины отмечают уменьшение болевого синдрома при определенном положении тела и сами интенсивно ищут его в процессе родов. Если предоставить право выбора самой пациентке, подавляющее большинство выберет один из вариантов вертикального положения.

Примеры различных положений в родах

Стоя или прохаживаясь



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

Медленный танец



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

Результат: тот же, что и при стоячем положении, плюс движение вызывает смещение в суставах таза, способствуя повороту и рождению плода. Кроме этого объятия близкого человека усиливают чувство благополучия. Ритм и музыка способствуют комфортности.

Выпад



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

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

Сидя прямо



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

Сидя на унитазе



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

Полусидя



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

**Сидя и раскачиваясь на стуле.
Сидя, наклоняясь вперед с опорой**



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

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

Стоя на руках и коленях



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

На коленях, опираясь



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

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

Лежа на боку



Результат: очень удобное положение для отдыха. Удобное положение для многих процедур. Помогает снизить повышенное артериальное давление. Безопасное положение, если использовались медикаменты для обезболивания. Может способствовать ускорению родов, если чередовать с хождением. Нейтрально по отношению к силе тяжести. Полезно при очень скоротечном втором этапе родов. Снимает давление на геморроидальные узлы. Легче дышать между потугами. Облегчает продвижение головки при осложненных родах в потужном периоде.

Сидя на корточках



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

На корточках с опорой



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

Результат: удлиняет торс женщины и позволяет плоду при неправильном вставлении принимать нужное положение. Увеличивает подвижность в тазовых суставах, которая может происходить от внешнего давления (кровать, стул) либо от пассивного потягивания (сидения на корточках, оттягивания ног назад), этим достигается «формирование» и поворот изгоняемого плода. Требуется большой силы от партнера.

Повисая на партнере



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

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

Постоянное давление во время схватки

Противодавление

Длительное надавливание в одной точке кулаком или опорной частью ладони, деревянным или пластмассовым валиком, твердым мячом и т. д. Роженица сама определяет то место, где ей больше всего нужно надавливание, и силу, с которой помощник это давление должен производить. Чтобы помочь ей удержать равновесие, вторая рука партнера помещается спереди над бедренной костью (передней верхней подвздошной остью), чтобы компенсировать давление на спину. Партнер отдыхает между схватками.

Двустороннее надавливание на бедро или двойное сжатие бедра

Женщина находится в положении, когда ее бедренные суставы согнуты (она стоит на руках и коленях, нагнувшись вперед), ее партнер кладет руки на ягодичные мышцы (самую «мясистую» часть ягодицы). Длительное надавливание всей ладонью (не опорной частью ладони) следует направлять по диагонали к центру таза женщины.

Коленное надавливание

Женщина сидит ровно на стуле с хорошей опорой низа спины, ее колени расставлены врозь приблизительно на десять сантиметров, ступни опираются на пол. Ее партнер стоит на коленях перед ней и охватывает своими ладонями каждое из колен. Опорная часть ладони находится поверх большеберцовой кости. Партнер длительно надавливает на колени прямо назад в сторону тазобедренных суставов роженицы, наклоняясь в ее сторону в течение всей схватки.

Коленное надавливание также можно производить, когда женщина на боку. Ее верхнее бедро и колено должны быть согнуты под углом 90° . Один помощник надавливает на ее крестец, а другой в это время охватывает ее колено своей ладонью и наклоняется так, чтобы надавливать на колено прямо в сторону спины к тазобедренному суставу.

Проверкой того, стоит или нет выполнять данную методику, является реакция женщины. Если эта методика успокаивает, то ее следует применять. Если же нет, то ее стоит модифицировать (другая точка, различное надавливание) или отказаться от нее совсем.

Методы активации периферических чувствительных рецепторов

Согревание или охлаждение кожных покровов

Согревание кожи может обеспечиваться при помощи различных теплых предметов, таких как водяные грелки, влажные горячие полотенца, электронные

грелки, бутылки с теплой водой, нагретые пакеты с рисом, горячие одеяла. Поверхностное охлаждение получают от мешочков со льдом, резиновых перчаток, набитых льдом, пакетов с замороженным гелем, полотенец, пропитанных охлажденной или ледяной водой, и других холодных предметов.

Согревание широко применимо благодаря его успокаивающему и снимающему боль действию. Менее известно его влияние на ослабление автономных реакций на страх и стресс (реакцию «будь как будет»). Один из эффектов стресса это сужение мелких мышц кожи, вызывающее знакомое чувство «гусиной кожи». Теплая ванна, душ или одеяло заставляют эти мышцы расслабиться. Женщина, которая не может вытерпеть массаж при помощи поглаживания, часто с готовностью соглашается на него после того, как ей разогреют кожу.

Кроме того, тепло может увеличить активность матки при наложении компресса на живот в области верхнего сегмента, не вызывая при этом патологических изменений сердцебиения плода.

Местное наложение горячих компрессов/горячих влажных махровых салфеток на промежность в период второй стадии родов весьма успокоительно. Но при этом температура горячего компресса никогда не должна превышать переносимую температуру налагающим его человеком. Рожаящая женщина может не заметить того, что компресс слишком горяч, т.к. порог ее болевой чувствительности может измениться до такой степени, что может наступить ожог.

Холодные компрессы особенно полезны при болях в суставах: боль в спине при родах хорошо реагирует на терапию холодом. Приглушающий боль эффект можно объяснить тем, что эта процедура приводит к понижению чувствительности, в том числе болевой. В особенности полезны замороженные пакеты с гелем, которые привязывают вокруг тела женщины (две эластичные ленты, одна над областью матки, другая ниже ее) и приклеивают специальным лейкопластырем Велкро. Такие компрессы не только обеспечивают нейтрализацию боли, но также дают поддержку нижней части спины. Женщина может продолжать ходить. Ледяные компрессы, наложенные на промежность как можно раньше после рождения ребенка, снимают отечность и боль. Необходимо помнить о том, что следует положить один-два защитных слоя ткани между кожей женщины и источником холода, чтобы ощущение холода наступало постепенно (от приятной прохлады до холода). Ни в коем случае не ставьте холодный компресс женщине, если она мерзнет. Если она дрожит либо ее руки, ноги или нос холодны, пациентка должна быть сначала согрета в теплой ванне, душе или одеялом, прежде чем ей будет приложен холод.

Нахождение в ванне или под душем во время схваток

Ванна и душ становятся все более популярными средствами для уменьшения боли при родах. Главное действие воды — релаксация. Противопоказания для использования ванны или душа: высокое артериальное давление или необходимость проведения постоянного мониторинга.

Часто возникающие вопросы в связи с приемом ванны во время родов

На каком этапе раскрытия шейки матки женщине следует идти в ванну?

Если роды находятся в самом начале, то погружение в воду, скорее всего, замедлит схватки или временно их прекратит. В активной фазе родов такое действие не наблюдается. Таким образом, если нет показаний к прекращению схваток, женщине следует подождать, пока не начнется активная фаза родов, прежде чем лечь в ванну.

Как долго женщине следует находиться в ванне?

Пациентка может самостоятельно решить этот вопрос, если не появятся обстоятельства, препятствующие нахождению в ванне (ухудшение состояния плода, кровотечение, быстрые роды).

Какова должна быть температура воды?

Если выдерживать температуру воды в пределах от 36,6 до 37,0°C, то это не даст возможности подняться температуре тела женщины, но создаст для нее чувство комфорта. Разумеется, важно, чтобы обслуживающий медицинский персонал постоянно измерял температуру тела матери.

Как вести мониторинг частоты сердцебиения плода?

Может использоваться ручной аппарат Допплера или фетоскоп с длинными трубками.

Увеличивается ли риск инфицирования матери и новорожденного, если мать пользуется ванной, когда у нее произошел разрыв плодных оболочек?

Ни одно из известных до сегодняшнего дня исследований не обнаружило увеличения риска инфицирования матери и новорожденного при сравнении групп, которые использовали ванну, и групп, не использовавших ванну, даже при изучении данных о женщинах с разрывом плодных оболочек. Исследователи не нашли разницы в частоте заболеваемости хориоамнионитом, эндометритом или в наличии неонатальной инфекции между теми, кто пользовался ванной до или после разрыва плодных оболочек. Более того, не было замечено никакой разницы между теми, кто пользовался ванной, и теми, кто во время родов вовсе не пользовался ею.

Вполне очевидно, что необходимы строгие санитарные правила, например частый забор стоячей воды в водопроводной системе на анализ различных культур.

При использовании душа можно получить быстрое и эффективное уменьшение болевого синдрома, направляя брызги на нижнюю часть спины или живота женщины.

Поглаживание и массаж

Использование физического прикосновения в различных формах посылает снижающие боль импульсы: ободряющее похлопывание, поглаживание волос или щеки полным любви движением, крепкое объятие, удерживание руки либо более формальные, целевые массажные методики — все они сообщают женщине о любви, комфортности, желании быть с нею и помочь ей. Поэтому так важно присутствие родных и близких роженице людей постоянно во время родов.

В родовой палате применимы все виды массажа: мягкое и крепкое поглаживание, мнущие движения, глубокое круговое надавливание, потирание, использование кончиков пальцев, всей ладони и различных приспособлений, которые катаются, вибрируют или оказывают давление. Одна из разновидностей массажа — массаж рук — легко применима и почти всегда приветствуется роженицами. Сюда следует включать мнущие движения, давление и потирание всей руки, от кисти до плеча, особенно у тех, кто сжимает кулаки во время схваток. Массаж стимулирует ряд сенсорных рецепторов на коже и в более глубоких тканях, тем самым препятствуя ощущению боли.

Акупунктура и акупрессура

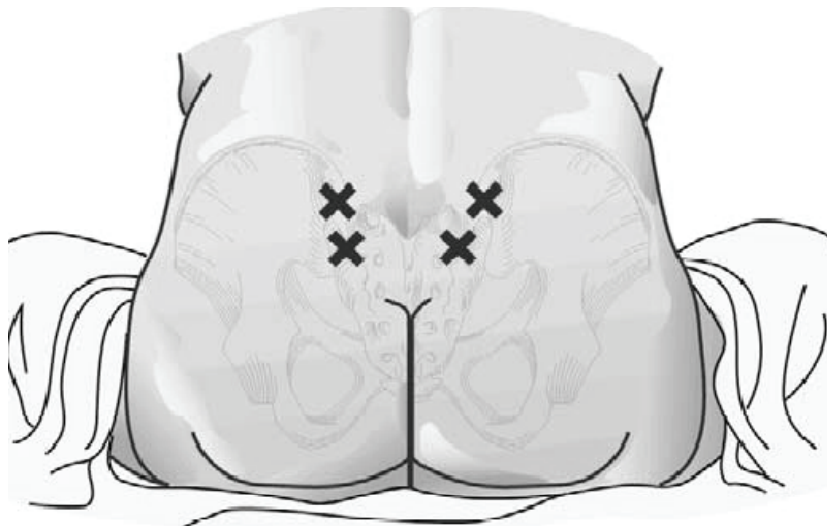
Это древняя восточная целительная методика, она состоит из введения специальных игл или надавливания пальцами либо глубокого массажа в традиционных точках акупунктуры, расположенных вдоль меридианов тела или же по линиям потоков энергии. Врачи-практики добиваются снижения боли при родах и усиления схваток.

Две точки, «хей-гу» и 6-я селезеночная точка, если их стимулировать, усиливают схватки без нарастания боли. Точка «хей-гу» находится на тыльной стороне ладони, в углублении, где сходятся пястные кости большого и указательного пальцев. Шестая селезеночная точка расположена на большеберцовой кости на 4 пальца выше средней лодыжки (внутренней таранной кости). Точку на большеберцовой кости следует нажимать вперед по диагонали. Эта точка очень чувствительна. Крепкое нажатие пальцем проводится в течение 10—60 секунд, затем ее отпускают на такое же время. Эту процедуру следует повторять до 6 раз. Схватки за этот период времени должны усилиться. Но необходимо быть осторожными: эти акупрессурные точки не следует стимулировать во время беременности, а лишь в тех случаях, когда желательны частые сокращения матки.

Внутрикожные инъекции стерильной воды

Вводится по 0,1 мл стерильной воды (солевой раствор показал в исследованиях меньшую эффективность) в 4 точки по 2 с каждой стороны:

- задний верхний гребень подвздошной кости;
- 3 см ниже и 1 см медиальнее предыдущих точек.



Ароматерапия

Методика заключается в применении различных натуральных масел, таких как лавандовое, розовое, ромашковое или шалфейное. Их можно применять в качестве массажного масла, ароматических ванн или ножных ванночек, в виде ароматических свечей; их можно наносить на ладонь или лоб роженицы, а также прикладывать к лицу в виде горячей ароматической салфетки. Все виды масел снимают стресс и напряжение, причем не только у пациенток, но и у медицинского персонала.

Методы стимуляции нисходящих нервных путей, снижающие болевые ощущения

Концентрация и переключение внимания

Концентрация внимания может достигаться путем выполнения роженицей целенаправленных действий, включающих специальную технику дыхания, речевые упражнения, переключение внимания на повседневные дела, например уход за своей внешностью, а также сосредоточение своего внимания на визуальных, звуковых и тактильных раздражителях.

В начале родов лучше переключить свое внимание (пассивная форма концентрации), например посмотреть телевизор, прогуляться по коридору или больничному двору.

Моделирование дыхания, чему учат на курсах подготовки к родам, приводит к быстрой утомляемости, поэтому этим приемом лучше пользоваться при уже установившейся родовой деятельности.

Музыка

Любая музыка по желанию роженицы, но чаще тихая, успокаивающая, может применяться для дополнительной релаксации. Музыка создает особую атмосферу в родильном зале, позволяя установить ритмичное дыхание, помогая в ритмичном массаже. Кроме того, музыка улучшает эмоциональное состояние как медицинского персонала, так и помощников в родах.

Список рекомендуемой литературы

1. Anderson G. C., Moore E., Hepworth J., Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.
2. Barbara Soong, RM, IBCLC, MHA, and Margaret Barnes, RM, MA, PhD *BIRTH* 32:3 September 2005.
3. Basevi V. Lavender Routine perineal shaving on admission in labour (Review) *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 4. Art. No.: CD001236. DOI: 0.1002/14651858.CD001236.
4. Cammu H., Clasen K., Van Wettere L., Derde M.P. To bathe or not to bathe' during the first stage of labor *Acta Obstet Gynecol Scand.* — 1994; 73:468—72.
5. *Care in Normal Birth: a practical guide*, WHO/FRH/MSM/96.24.
6. Cuervo L. G., Rodrlguez M. N., Delgado M. B. Enemas during labour (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999, Issue 4. Art. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.
7. Dystocia, *Clinical Practice Guidelines*, Sogc, No. 40, October 1995.
8. Eckert K., Turnbull D., MacLennan A. Immersion in water in the first stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth.* — 2001; 28:84—93.
9. Eriksson M., Mattsson L. A. Early or late bath during the first stage of labour: a randomised study of 200 women *Ladfors L. Midwifery.* — 1997; 13:146—8.
10. Fraser W. D., Turcot L., Krauss I., Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour (Review), *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 1. Art. No.: CD000015. DOI: 10.1002/14651858.CD000015.
11. Gupta J. K., Hofmeyr G. J. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD002006.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub2.
12. Herman R., Hodek B., Ivcevic-Bakulic T., Kosec V., Kraljevic Z., Fures R. The effect of the presence of the husband during childbirth, *Source: Lijec Vjesn* 1997 Aug-Sep; 119(8-9):231—2.
13. Hodnett E. D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review *Am J Obstet Gynecol.* — 2002;186(Suppl 5):S160—72.
14. Hodnett E. D., Gates S., Hofmeyr G. J., Sakala C. Continuous support for women during childbirth *Cochrane Database Syst Rev.* — 2003; Issue 3.
15. Hodnett E. D., Lowe N. K., Hannah M. E., Willan A. R., Stevens B., Weston J. A. et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial *JAMA.* — 2002; 288:1373—81.
16. Leeman Lawrence, M. D., M. P. H. *The Nature and Management of Labor Pain: Part I. Nonpharmacologic Pain Relief Am Fam Physician.* — 2003; 68:1109—12.
17. Lowe N.K. The nature of labor pain *Am J Obstet Gynecol.* — 2002; 186(Suppl 5):S16—24.
18. *Maternal Position at Midwife-Attended Birth and Perineal Trauma: Is There an Association?*
19. Ohlsson G., Buchhave P., Leandersson U., Nordstrom L., Rydhstrom H., Sjolín I. Warm tub bathing during labor: maternal and neonatal effects. *Acta Obstet Gynecol Scand.* — 2001; 80:311—4.
20. *Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review).*
21. Ross A. Maternal satisfaction with labour analgesia. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol.* — 1998; 12:499—512.
22. Ziaei S., Hajipour L. Effect of acupuncture on labor, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Volume 92, Issue 1, January 2006, Pages 71—72.
23. Scott K. D., Berkowitz G., Klaus M. A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis *Am J Obstet Gynecol.* — 1999; 180: 1054—9.
24. Simkin P. P., O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods *Am J Obstet Gynecol.* — 2002;186(Suppl 5): S131—59.
25. Slade P., MacPherson S. A., Hume A., Maresh M. Expectations, experiences and satisfaction with labour. *Br J Clin Psychol.* — 1993; 32:469—83.
26. *Supporting Women in Labor: Analysis of Different Types of Caregivers*, *J. Midwifery Womens Health* 49(1):24—31, 2004. © 2004 Elsevier Science, Inc.
27. Waldenström U. Experience of labor and birth in 1111 women *J Psychosom Res.* — 1999; 47:471—82.
28. Wuitchik M., Hesson K., Bakal D. A. Perinatal predictors of pain and distress during labor *Birth.* — 1990; 17:186—91.

29. Zupan J., Garner P., Omari A. A. A. Topical umbilical cord care at birth. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3. Art. No.: CD001057.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD001057.pub2.
-

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ

Введение

Наблюдение за развитием плода, определение его состояния, выявление возможных проблем является основной задачей перинатологов. Диагностика угрожающих состояний плода необходима для своевременного вмешательства во время беременности и родов с целью улучшения перинатальных результатов, прежде всего, снижения неонатальной заболеваемости и смертности.

В последние годы предложены многочисленные методы контроля состояния плода, от самых простых, например подсчет шевелений плода, до сложных, требующих специальной аппаратуры, опыта и навыков исследователя, например доплерометрия. Многие из этих методов не прошли проверку временем и не дали тех результатов, которых от них ожидали, например КТГ. Другие оказались очень дороги, что не позволяет использовать их рутинно.

Перед авторами данного протокола стояла задача — оценить методики наблюдения за состоянием плода во время беременности и в родах с позиций доказательной медицины; выбрать лучшие, наиболее полезные из них и описать показания для их использования в зависимости от различных ситуаций, возникающих во время беременности и родов.

Методы наблюдения за состоянием плода во время беременности Измерение высоты дна матки (ВДМ) и окружности живота (ОЖ)

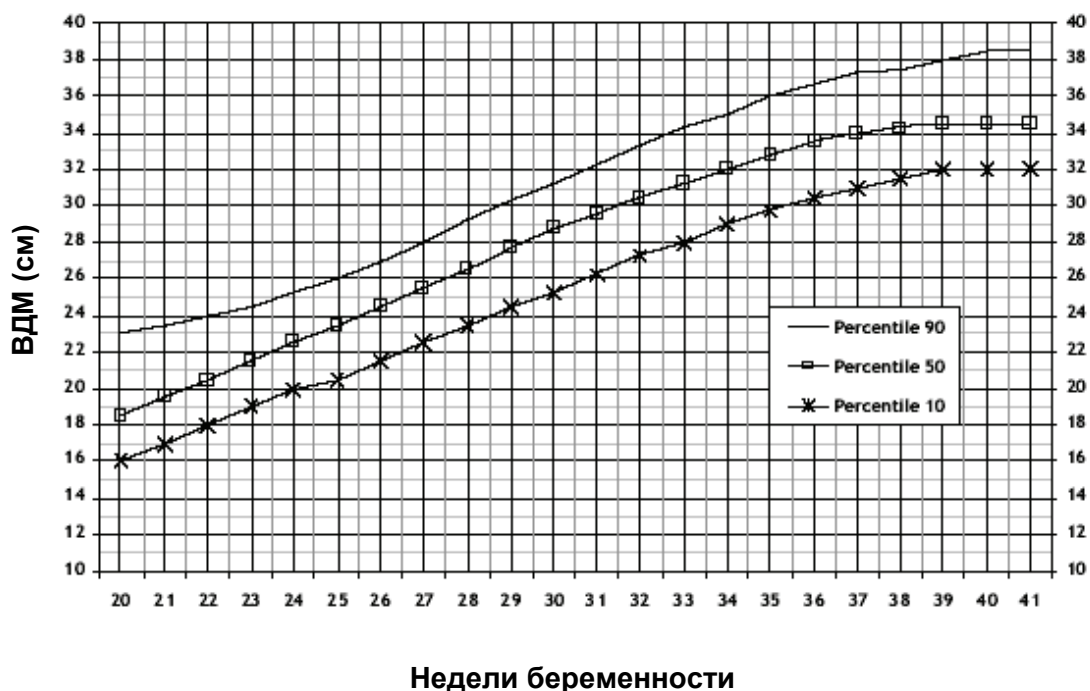
В клинической практике применяются два показателя, по которым можно судить о размерах, а значит, о динамике развития плода:

- ВДМ — расстояние от верхнего края симфиза до дна матки;
- ОЖ — окружность живота на уровне пупка.

Оба показателя очень субъективны, так как измерения, произведенные одним и тем же специалистом у одной и той же беременной, в разное время могут иметь достаточную большую разницу. Кроме того, информативность ОЖ не оценивалась в исследованиях хорошего качества, поэтому не может рекомендоваться в качестве теста.

Чувствительность и специфичность определения ВДМ для диагностики массы плода, низкой для данного срока, признана достаточной для использования этого метода как скринингового. Прогностическая ценность увеличивается при использовании серии исследований, тем более при графическом изображении показателей в виде гравидограммы. Данный график должен быть приложением к каждой обменной карте.

Гравидограмма



Подсчет шевелений плода

Предложено несколько методик подсчета количества шевелений плода:

- методика **Cardiff**: начиная с 9 утра женщина должна лежа или сидя концентрироваться на движениях плода и зафиксировать, сколько времени уходит, чтобы насчитать 10 движений. Если плод не сделал 10 движений до 9 вечера, женщина должна обратиться к специалисту для оценки состояния плода;
- методика **Sadovsky**: в течение одного часа после приема пищи женщина должна, если возможно, лежа концентрироваться на движениях плода. Если пациентка не ощутила 4 движения в течение часа, ей следует фиксировать их в течение второго часа. Если спустя два часа пациентка не ощутила 4 движений, она должна обратиться к специалисту.

При сравнении различных методик не выявлено преимуществ одной перед другой. 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 (**1b**).

Практика подсказывает, что более важным является не формальный подсчет количества шевелений, а качественные изменения, то есть: «шевелится так же, как и вчера, сегодня хуже и т. д.»

В особых случаях, например при наблюдении за беременностью высокого риска можно предлагать неформальное наблюдение за шевелениями плода для самоконтроля.

Ухудшение шевеления плода в течение суток является тревожным симптомом при беременности, о котором необходимо сообщить будущей матери на одном из первых приемов (не позже 20-й недели) для того, чтобы она могла вовремя сориентироваться и обратиться за медицинской помощью.

КТГ (нестрессовый тест, НСТ)

При оценке КТГ в антенатальный период учитываются следующие данные (подробнее ниже, в разделе «Наблюдение за состоянием плода во время родов»):

- базальный ритм (норма: 110—160 уд/мин);
- вариабельность (норма: > 5 уд/мин);

- наличие акцелераций — связанное с сокращениями матки или движениями плода увеличение ЧСС на 15 удв/мин и более продолжительностью > 15 с;
- наличие любых децелераций — эпизоды урежения ЧСС плода.

Сердечная деятельность здорового плода должна реагировать на маточное сокращение или собственное движение в матке учащением ЧСС (акцелерации). В этом случае результат теста оценивается как **«реактивный»**. В случае отсутствия акцелераций — **«ареактивный»**.

- Необходимо помнить о наличии сменяющихся периодов сна и бодрствования у плода. Кроме того, возможно изменение вариабельности под воздействием некоторых лекарств, назначаемых матери (например, седативных).
- При интерпретации результатов теста необходимо помнить о влиянии срока беременности на вариабельность ЧСС плода, поскольку при недоношенной беременности часто встречается ложноположительная ареактивная кривая (в сроке до 28 недель — до 50%).
- Необходимо продолжать запись КТГ первоначально не менее 20 мин. Если по истечении этого промежутка акцелераций не было — продолжить еще 20 мин.
- Отсутствие акцелераций в течение 40 мин — признак ареактивного теста. В этом случае необходимо проведение дополнительных исследований, таких как определение биофизического профиля плода и доплерометрия.

Прогностическая ценность нестрессового теста не превышает 44% из-за большого количества ложноположительных результатов, а также из-за трудности и субъективности оценки результатов, так как эта оценка может быть различна у одного и того же исследователя через определенный промежуток времени, так же как и интерпретация одной КТГ разными исследователями. Попытки повысить ценность НСТ введением формализованной (балльной системы) методики подсчета, компьютерной обработки результатов оказались неудачны.

Анализ данных четырех клинических исследований (> 4500 участников) не дает никаких оснований для рекомендации использования НСТ в виде метода оценки состояния плода при отсутствии особых показаний, так как не было выявлено статистически достоверного улучшения показателей перинатальной заболеваемости и смертности, а наоборот, выявлен тренд к увеличению перинатальной смертности в экспериментальной группе (ОР 2,85; ДИ 0,99—7,12).

В группу показаний для проведения НСТ входят только ситуации, требующие незамедлительной оценки состояния плода, а именно: резкое уменьшение шевелений плода, антенатальное кровотечение.

КТГ (стрессовый тест, СТ)

В настоящее время представляет исключительно исторический интерес. Заклучался в проведении и последующем анализе КТГ на фоне искусственно вызванных сокращений матки несколькими способами, например: в/в введение окситоцина или стимуляция сосков. С одной стороны, СТ характеризовала низкая прогностическая ценность, с другой — небезопасность (гиперстимуляция матки и брадикардия плода), многочисленные противопоказания: предлежание плаценты, антенатальные кровотечения, угроза преждевременных родов и т. п.

УЗИ (во второй половине беременности)

Рутинное использование УЗИ в поздние сроки беременности имеет целью выявление таких состояний плода (например, ЗВУР), при которых дальнейшее вынашивание беременности опасно. В этих случаях срочное вмешательство может улучшить перинатальные исходы.

Основываясь на 7 имеющихся исследованиях (при участии > 25 тысяч женщин), можно заключить, что проведение рутинного УЗИ в поздние сроки беременности для определения развития плода по данным фетометрии не имеет влияния на ранние и поздние неонатальные осложнения, в том числе неврологические, не оказывает влияние на уровень перинатальной смертности. Отсутствуют данные о влиянии на

психологическое состояние матери (1а). Таким образом, рутинное проведение УЗИ в III триместре без особых показаний не обосновано.

Наиболее частые показания для УЗИ в III триместре беременности (сроки определяются индивидуально):

- подозрение на ЗВУР;
- преэклампсия;
- диабет;
- хронические декомпенсированные болезни матери;
- антенатальное кровотечение;
- многоплодие;
- подозрение на маловодие или многоводие;
- срок беременности 41 неделя и более.

Биофизический профиль плода (БПП)

Техника проведения:

- оценка состояния плода проводится при помощи УЗИ + НСТ (при невозможности проведения последнего его результаты могут не учитываться);
- продолжительность УЗИ не менее 30 мин;
- результаты оцениваются в баллах по специальной таблице (смотри ниже), которые суммируются;
- в зависимости от суммы баллов делается прогноз о состоянии плода и предлагается то или иное изменение в протокол ведения конкретной беременности.

Таблица оценки биофизического профиля плода
(SOGC Clinical Practice Guidelines. FETAL HEALTH SURVEILLANCE IN LABOUR. 2002)

Параметр	Баллы	
	2	0
Дыхательные движения плода	1 эпизод продолжительностью не менее 30 с за 30 мин	Отсутствие или эпизод продолжительностью < 30 с за 30 мин
Двигательная активность плода	3 отдельных движения туловища или конечностей плода в течение 30 мин	2 или менее отдельных движения туловища/конечностей плода в течение 30 мин
Мышечный тонус плода	1 эпизод активного разгибания конечностей/туловища с возвращением в состояние флексии. Сжимание/разжимание 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 оценки риска перинатальной смертности (ПС) и ведения беременности в течение 1-й недели после исследования БПП

Сумма баллов	Интерпретация	Риск ПС	Предлагаемое вмешательство
10 из 10			
8 из 10 (нормальный AI) 8 из 8 (без НСТ)	Риск антенатальной гибели крайне низок	1/1000	Обычное ведение
8 из 10 (0 баллов AI)	Возможно хроническое страдание плода	89/1000	Подтвердить наличие целого плодного пузыря. Родоразрешение при доношенной беременности, в сроках гестации < 34 нед — проведение курса профилактики РДС
6 из 10 (2 балла AI)	Сомнительный тест, возможно страдание плода	?	Повторить тест через 24 часа
6 из 10 (0 баллов AI)	Возможно страдание плода	89/1000	При доношенной беременности — быстрое родоразрешение (в течение суток), при сроке < 34 нед — проведение курса профилактики РДС (24 ч) под интенсивным наблюдением за состоянием плода
4 из 10	Высокая вероятность страдания плода	91/1000	Срочное родоразрешение
2 из 10	Доказанный дистресс плода	125/1000	Срочное родоразрешение
0 из 10	Острая гипоксия	600/1000	Срочное родоразрешение

При проведении теста необходимо помнить о физиологических особенностях недоношенных плодов, в частности о том, что плод до 34 нед гестации совершает меньше дыхательных движений, чем доношенный.

Выполнение полного протокола исследования БПП требует значительных ресурсов: времени, специальной аппаратуры, обученного специалиста. Поэтому в последние годы предложено использование «модифицированного (сокращенного)» протокола БПП, который включает в себя определение AI и результаты НСТ. Результаты двух протоколов сопоставимы по эффективности. При получении сомнительного или положительного результата необходимо направление пациентки в стационар 2-го или 3-го уровня для консультации и решения вопроса о дальнейшем ведении беременности.

В настоящее время отсутствуют доказательства преимущества определения БПП перед другими методами диагностики состояния плода, поэтому как скрининговый тест, даже в случае беременности высокого риска, он рекомендоваться не может (**2b**).

Определение объема амниотической жидкости/амниотического индекса (AI)

Уменьшение количества амниотической жидкости является косвенным признаком уменьшения почечной фильтрации, вызванной уменьшением объема почечного кровотока (компенсаторная централизация кровообращения) в ответ на хроническую гипоксию. Следовательно, уменьшение AI или маловодие может быть признаком угрожающего состояния плода.

В настоящее время используются 2 основные техники для измерения количества амниотической жидкости:

- «золотым стандартом» считается определение амниотического индекса (АИ) — сумма объемов наибольших карманов жидкости, определяемых в каждом из 4 квадрантов матки. При этом наиболее часто встречающиеся определения в научных источниках:
 - < 5 см (в некоторых руководствах 6 см) — маловодие;
 - > 20 см — многоводие;
 - более точное определение возможно при использовании специальных таблиц изменений АИ с гестационным сроком и учетом 5% и 95% перцентилей;
- определение объема самого большого кармана жидкости, свободного от мелких частей плода и петель пуповины, измеряемого в 2 перпендикулярных друг другу плоскостях. При этом:
 - 2—8 см — норма;
 - 1—2 см — пограничный;
 - < 1 см — маловодие;
 - > 8 см — многоводие.

Зависимость АИ от гестационного срока

(по данным N. D. Hinh et al. Amniotic fluid index measurements in normal pregnancy after 28 gestational weeks, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2005) 91, 132—136)

Gestational age (wk)	AFI (mm ³)						
	2.5%	5%	10%	50%	90%	95%	97.5%
28	96	97	101	140	193	199	214
29	93	95	100	137	188	195	208
30	91	94	99	135	183	190	202
31	88	92	98	132	178	185	196
32	86	91	97	130	173	180	189
33	83	90	96	128	168	175	183
34	81	88	95	125	162	170	177
35	78	87	94	123	157	166	171
36	76	85	93	120	152	161	165
37	74	84	92	118	147	156	159
38	71	83	91	116	142	151	153
39	69	81	90	113	137	146	147
40	66	80	89	111	131	141	140
41	64	79	88	109	126	137	134
42	61	77	87	106	121	132	128

^a The values listed throughout the table are in millimeter.

Допплерометрия (ДМ)

Эффект Допплера основан на изменении частоты звуковой волны в зависимости от скорости излучателя. При беременности определяется изменение частоты отраженного ультразвукового сигнала от неравномерно движущейся среды — крови в сосудах: маточных артериях, сосудах пуповины, аорте и мозговых артериях плода. Изменения частоты отраженного сигнала регистрируются в виде кривых скоростей кровотока, затем вычисляются индексы сосудистого сопротивления и анализируются полученные результаты.

Индексы сосудистого сопротивления:

- индекс резистентности;
- пульсационный индекс;
- систолодиастолическое отношение (наиболее часто используется в практике).

Изменение нормальных показателей маточно-плацентарно-плодового кровотока — неспецифическое проявление многих патологических состояний плода, причем во многих случаях предшествующее появлению клинических симптомов. Именно эта особенность и позволила считать ДМ на сегодняшний день наиболее объективной оценкой состояния плода во время беременности. При этом наличие качественных изменений кровотока в системе мать—плод оказывается важнее количественных нюансов.

Частота возможных исходов для плодов и новорожденных при различных видах диастолического компонента, измеренного при доплерометрии пупочной артерии (%)

(по данным Karsdorp V. H. et al. *Clinical significance of absent or reversed end diastolic velocity waveforms in umbilical artery. Lancet 1994;344:1664—8*)

Исход	Характеристика диастолического компонента кровотока		
	положительный	нулевой	отрицательный
Мертворожденные	3	14	24
Неонатальная смертность	1	27	51
Живые	96	59	25

Позволяют ли относительно высокие диагностические возможности ДМ как методики для выявления патологии состояния плода, такие как прогностическая ценность положительного и отрицательного результатов, объективность показателей, возможность ранней, на доклинической стадии, диагностики угрожающих состояний плода, рекомендовать ДМ в качестве скринингового теста при антенатальном наблюдении?

Эффективность рутинной ДМ маточных и пуповинных сосудов среди неотобранных беременных или беременных из группы низкого риска оценивалась в 5 экспериментальных работах достаточно высокого качества (> 14 000 участников). Выводы, сделанные при метаанализе этих исследований: рутинное использование ДМ не влияет на основной показатель качества медицинской помощи — перинатальную смертность. Следовательно, данная методика (к тому же чрезвычайно затратная) не может быть рекомендована в качестве скрининга.

В группе беременностей высокого риска (особенно осложнившихся гипертензивными расстройствами и подозрением на ЗВУР) использование ДМ привело к снижению перинатальной смертности в экспериментальной группе (ОР 0,71; ДИ 0,51—1,01) (метаанализ 11 исследований; > 7000 участников). Кроме того, было меньше индуцированных родов (ОР 0,83; ДИ 0,74—0,93), госпитализаций (ОР 0,56; ДИ 0,43—0,72), при этом исходы не ухудшились. Не было различия в группах по частоте дистресса плода в родах (ОР 0,81; ДИ 0,59—1,13) и частоте кесарева сечения (ОР 0,94; ДИ 0,82—1,06).

На основании этих результатов можно рекомендовать использование ДМ в группе высокого риска, особенно при подозрении на ЗВУР и гипертензию (**1b**).

Заключение

Группы беременных, в которых использование расширенного протокола антенатального наблюдения привело к снижению неонатальной заболеваемости и/или смертности:

- ЗВУР;
- преэклампсия/хроническая гипертензия;
- переношенная беременность (> 294 дней);
- родовое излитие вод при недоношенной беременности;
- уменьшение двигательной активности плода;
- сахарный диабет, установленный до беременности;
- инсулинозависимый гестационный диабет.

Интранатальный период

Основными задачами медицинских работников во время родов является наблюдение за течением родового процесса, состоянием матери и плода. Чаще всего (70—85%) роды никаких вмешательств не требуют и даже в группе высокого риска протекают без осложнений. С другой стороны, мы осознаем, что большинство осложнений в родах непредсказуемо и непредотвратимо, но акушеры должны

попытаться уменьшить последствия этих осложнений. Многие зависят от своевременности вмешательства и его объема.

Данный раздел протокола описывает имеющиеся в настоящее время методы наблюдения за состоянием плода в родах, показания для их использования, прогностическую ценность, и возможные последующие шаги при подозрении на наличие признаков страдания плода или их подтверждении.

Среди специалистов до сих пор нет единого мнения по поводу определений и классификации патологических состояний плода.

С 2002 года предложено не употреблять в практике термины «дистресс плода» как антенатальный и интранатальный диагноз и «асфиксия в родах» как неонатальный диагноз [4]. Термин «дистресс плода» неточен и неспецифичен, имеет низкую прогностическую ценность даже в группе беременностей высокого риска, так как часто, несмотря на признаки дистресса, дети рождаются в хорошем состоянии с высокой оценкой по шкале Апгар и нормальными показателями газов крови из пуповины. В то же время диагноз «дистресс плода» требует от клинициста срочного вмешательства в родовой процесс, что приводит к необоснованному увеличению частоты оперативных родоразрешений, прежде всего, КС, причем под общей анестезией, и гипердиагностике патологических состояний новорожденного и необоснованному лечению «диагноза», а не ребенка.

В настоящее время Американская ассоциация акушеров-гинекологов предлагает использовать термин «неопределенное (угрожающее) состояние плода (nonreassuring fetal status)» + описание патологических изменений, обнаруженных при исследовании (например, повторяющиеся переменные децелерации, тахикардия или брадикардия плода, поздние децелерации или низкая оценка БПП).

Особенно важно, в том числе и с юридической точки зрения, время запуска цепочки патологических событий, которые привели к тяжелому повреждению плода. Ранее считалось, что основной причиной детского церебрального паралича являются роды, то есть возникновение этого заболевания ставилось в вину акушерам, оказывавшим помощь непосредственно во время родов. В настоящее время доказано, что только 10% случаев ДЦП обусловлены интранатальными повреждениями, остальные — это дефекты развития, повреждающее действие токсинов, инфекций, последствия дородовых ишемических эпизодов у плода и т. д.

Критерии интранатального повреждения плода (асфиксии) (для постановки диагноза необходимо наличие всех):

- наличие метаболического ацидоза в крови пуповины сразу после рождения (рН < 7 или дефицит оснований ≥ 12 ммоль/л);
- оценка по шкале Апгар 0—3 балла на 5-й минуте;
- наличие неврологических осложнений в раннем неонатальном периоде, таких как судороги, кома, гипотония и тяжелое поражение одного или более органа или системы новорожденного (сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, гематологической, легочной), или поражение печени, или дисфункция мочевыделительной системы.

Методы наблюдения за состоянием плода во время родов Периодическая аускультация сердцебиения плода

Основной уход за беременной и наблюдение за течением родового акта осуществляет акушерка родового блока. Наилучшие результаты могут быть достигнуты при уходе «один на один», то есть одна акушерка отвечает за одни роды. По возможности, этот принцип ухода должен соблюдаться во время всех родов, независимо от принадлежности роженицы к группе низкого или высокого риска (**1a**).

При анализе 15 РКИ оказалось, что принцип ухода «один на один» привел к уменьшению частоты следующих вмешательств во время родов: перидуральной анестезии (6 исследований, > 10 000 участников, ОР 0,90), использование других видов анальгезии/анестезии (11 исследований, > 11 000 участников, ОР 0,87), оперативные вагинальные роды (14 исследований, > 12 500 участников, ОР 0,89), КС (15 исследований, > 12 500 участников, ОР 0,90), увеличил количество спонтанных

вагинальных родов (14 исследований, > 12 500 участников, ОР 1,08) и снизил количество неудовлетворенных отзывов женщин об опыте деторождения (6 исследований, > 9500 участников, ОР 0,73).

Объективным показателем состояния плода является ЧСС, изменения которой могут указывать на возможные проблемы. Определение ЧСС плода на практике может осуществляться путем периодического выслушивания сердцебиения или при помощи КТГ (прямая и непрямая КТГ).

Рекомендуемая частота выслушивания сердцебиения плода (**3b**): в активную фазу — каждые 15—30 минут в течение 1-й минуты после схватки, во 2-ю стадию родов (пассивную фазу) — каждые 5 минут, в фазу активных потуг — после каждой потуги.

Выслушивание сердцебиения плода можно производить обычным акушерским стетоскопом или фетоскопом, ручным доплеровским прибором или при помощи прибора КТГ с обязательной записью в соответствующую часть партограммы.

Частота выслушивания в латентную фазу определяется индивидуально. При этом некоторые состояния, такие как дородовое излитие околоплодных вод, антенатальное кровотечение, некоторые другие симптомы, требуют регулярного и более частого контроля за ЧСС плода с записью в истории родов.

Периодическая аускультация сердцебиения плода и рутинное использование КТГ в течение 20 минут при поступлении в родовой блок сравнивались в нескольких исследованиях. Самое обширное РКИ было закончено в 2003 году (> 8500 участников): использование КТГ не привело к улучшению перинатальных исходов (**1a**).

При сравнении периодической аускультации и продолжительной или непрерывной КТГ в группе КТГ (но при одновременном использовании определения рН из подлежащей части плода) было зафиксировано уменьшение частоты неонатальных судорог без дальнейшего влияния на позднюю неврологическую заболеваемость детей. При этом в группе КТГ было отмечено статистически достоверное увеличение: применения эпидуральной анестезии для обезболивания родов (ОР 1,49), стимуляции родов (ОР 1,26) и оперативных родоразрешений (ОР 1,36). Все остальные исходы оказались примерно одинаковыми в экспериментальной и контрольной группах.

Таким образом, периодическое выслушивание сердцебиения плода является основным и достаточным методом наблюдения за состоянием плода в родах при отсутствии особых показаний (**1a**).

КТГ (непрямая)

Наиболее частые показания для продолжительной или непрерывной КТГ во время родов:

- со стороны матери:
 - роды с рубцом на матке;
 - гипертензия, вызванная беременностью/преэклампсия;
 - перенесенная беременность;
 - индукция родов;
 - диабет;
 - многоплодие;
 - антенатальное кровотечение;
 - другие материнские причины;
- со стороны плода:
 - ЗВУР;
 - недоношенность (< 34 недель);
 - маловодие;
 - нарушение плацентарного кровотока по данным доплерометрии;
- интранатальные показания:
 - родостимуляция;
 - кровотечение из родовых путей;

- гипертермия матери ($> 38^{\circ}\text{C}$);
- появление мекония в водах в процессе родов.

Основные элементы КТГ

Базальный ритм

- норма — 110—160 ударов в минуту, физиологическое уменьшение при увеличении гестационного срока;
- оценивается за промежуток времени 10 минут при отсутствии временных изменений ритма (акцелераций и децелераций) и при неизменной вариабельности;
- легкая тахикардия — 160—180 уд/мин;
- тяжелая тахикардия — > 180 уд/мин (> 200 уд/мин при аритмии у плода);
- физиологическая тахикардия — при недоношенности;
- патологическая тахикардия — как компенсаторная реакция на какой-либо раздражитель, например гипоксию, при гипертермии матери, при тяжелой анемии роженицы или плода;
- умеренная брадикардия — 100—110 уд/мин (при сохраненной вариабельности может быть вариантом нормы при перенесенной беременности);
- выраженная брадикардия — < 100 уд/мин (постоянная может быть признаком нарушений сердечной проводимости);
- возможные причины брадикардии: региональная анестезия, пережатие пуповины, ее выпадение, быстрое продвижение головки по родовым путям, гиповолемия матери, разрыв матки и другие.

Вариабельность

- изменение моментной ЧСС плода;
- физиологическое увеличение с увеличением гестационного срока (клинически значимые изменения возникают после 32 недель);
- вариабельность уменьшается под воздействием седативных препаратов или в стадии сна плода;
- 2 компонента вариабельности:
 - моментальная вариабельность — изменения ЧСС между каждым смежным сокращением (норма — 1—5 уд/мин);
 - медленная вариабельность — флюктуации (осцилляции) моментной частоты по отношению к базальной в течение нескольких десятков сокращений сердца. Одна осцилляция — весь цикл ускорения и замедления ритма по отношению к базальной частоте (норма — 3—6 в минуту);
- нормальная вариабельность — 5—25 уд/мин;
- повышенная (сальтаторный ритм) — > 25 уд/мин (сомнительный прогностический признак, чаще всего наблюдается в период изгнания, в результате острой гипоксии, сжатия пуповины);
- сниженная — 3—5 уд/мин и потерянная — < 2 уд/мин (плохой прогностический признак нарушения нервной, гуморальной и сердечной саморегуляции);
- синусоидный ритм — кривая похожа на синусоиду в пределах 120—160 уд/мин, амплитудой осцилляций — 5—15 уд/мин, частотой осцилляций — 2—5 уд/мин, отсутствием моментальной вариабельности (плохой прогностический признак, причины: анемия плода, тяжелая степень ухудшения состояния плода).

Временные изменения КТГ

Акцелерации

Эпизоды увеличения ЧСС плода на 15 уд/мин и более продолжительностью > 15 с, связанные с сокращениями матки или движениями плода:

- наличие акцелераций — хороший прогностический признак;
- отсутствие акцелераций не является убедительным признаком патологии.

Децелерации

Эпизоды урежения ЧСС плода. Виды децелераций:

- **вариабельные:**
 - имеют постоянно меняющуюся форму, не связаны со схватками, характерно резкое замедление ЧСС (в несколько раз за 1—4 с), затем быстрое или медленное возвращение к прежней частоте;
 - чаще всего связаны со сдавлением пуповины;
 - типичные вариабельные децелерации — исходная акцелерация, замедление ритма до самой низкой точки, возвращение к базальной частоте, компенсаторная акцелерация — связаны с кратковременным нарушением кровообращения, рефлекторное происхождение;
 - атипичные вариабельные децелерации — замедление до 70 уд/мин, двухфазность, медленное возвращение к базальному ритму, уменьшение базального ритма в сравнении с исходным после прекращения замедления, децелерации на фоне тахикардии плода;
 - плохой прогностический признак — замедление ЧСС до 70 уд/мин и ниже продолжительностью > 60 с;
- **поздние:**
 - имеют одинаковую форму, связаны со схватками — отстают от начала и пика схватки, возвращение к базальной частоте происходит после окончания схватки;
 - характерна постоянность — наблюдаются после каждой схватки, имеют форму неправильного блюдца;
 - причина — хроническая плацентарная недостаточность;
 - плохой прогностический признак, чем больше урежение ЧСС («глубже» децелерация) — тем хуже состояние плода; также ухудшает прогноз потеря вариабельности;
- **ранние:**
 - одинаковой формы, связаны со схватками — начинаются и заканчиваются почти одновременно;
 - рефлекторное происхождение, не связаны с гипоксией, связаны с повышением интракраниального давления во время схватки.

Необходимо учитывать, что показатели КТГ описываются по отдельности, но на практике чаще встречаются в комбинации. Кроме того, необходимо учитывать сочетание с конкретной клинической ситуацией, например, наличие мекониальных вод, задержка внутриутробного развития, переносенная беременность и т. д.

Необходимо учитывать характер родовой деятельности. При этом нормой можно считать 3—4 схватки за 10 мин, продолжительностью не более 75 с. Патологией считается тахисистолия: > 5 схваток за 10 мин и гипертонус или тетанус матки — схватки продолжительностью > 75 с. Оба эти состояния могут вызвать гипоксию плода.

Оценка КТГ

Оценка	Параметры КТГ			
	Базальный ритм (уд/мин)	Вариабельность (уд/мин)	Децелерации	Акцелерации
Реактивный тест	110 160	≥ 5	Нет	Есть
Ареактивный тест	100 109 161 180	< 5 или ≥ 40, но < 90	Ранние Вариабельные Поздние не > 3 мин	Отсутствие не является убедительным признаком патологии
Патологический тест	< 100 > 180 Синусоидальный ритм > 10 мин	< 5 или > 90	Атипичные вариабельные Поздние > 3 мин	

Норма — все 4 показателя соответствуют реактивной КТГ.

Подозрительная — хотя бы один показатель соответствует ареактивной КТГ.

Патологическая — 2 и более показателя не соответствуют норме.

Тактика при появлении изменений на КТГ

- установить возможную причину;
- попытаться устранить причину, улучшить маточно-плацентарный кровоток (изменить положение тела — повернуть на бок), продолжая запись КТГ;
- при сохранении изменений определить рН крови, взятой из подлежащей части плода;
- произвести влагалищное исследование для определения предположительного времени окончания родов — 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);
- рассмотреть необходимость оперативного родоразрешения — наложения акушерских щипцов, вакуум-экстракции, экстракции плода за тазовый конец или КС (при отсутствии возможности срочного родоразрешения через естественные родовые пути);
- родоразрешение путем КС должно произойти не позднее 30 минут с момента установления диагноза «угрожающее состояние плода»;
- во 2-м периоде как можно быстрее — эпизиотомия, наложение щипцов, вакуум-экстракция.

Возможные причины появления подозрительной КТГ и действия

- технические:
 - неправильное наложение или плохой контакт датчиков — проверить правильность наложения датчиков;
 - неисправен аппарат — проверить исправность аппарата;
- гипертоническая родовая деятельность:
 - родовозбуждение или родостимуляция (использование простагландинов или окситоцина) — извлечь простагландины из родовых путей, остановить инфузию окситоцина, если необходимо — провести острый токолиз (ввести в/в 10 мкг гинипрала или адекватную дозу другого токолитика);
- тахикардия у матери:
 - инфекция (возможно, хориоамнионит?) — измерить температуру тела, при $> 38^{\circ}\text{C}$ можно предположить инфекцию. Дальнейшее ведение по соответствующему протоколу;
 - дегидратация — исключить возможность дегидратации: предлагать пить во время родов — ввести в/в 500—1000 мл физиологического раствора;
 - использование токолитиков — уменьшить дозу или остановить инфузию токолитиков;
- другие причины:
 - позиция матери, чаще всего на спине — изменить позицию (повернуть на бок);
 - гипотензия матери, возможно, перидуральная анестезия — измерить АД, при необходимости ввести в/в 500 мл физиологического раствора;
 - недавнее влагалищное исследование;
 - рвота.

Возможные способы улучшения маточно-плацентарного кровотока во время родов

- изменение позиции роженицы (единственный метод с доказанной эффективностью);
- прекращение стимуляции матки;
- гидратация;
- изменение техники потуг;

- уменьшение беспокойства, чувства тревоги роженицы, возможно, с использованием специальной техники дыхания;
- кислород маской — 6—8 л/мин.

Не доказана эффективность использования лекарственных средств для профилактики и лечения угрожающего состояния плода во время родов, в том числе пираретама, сигетина, раствора глюкозы и аскорбиновой кислоты, атропина, унитиола, кокарбоксилазы, рибоксина, спазмолитиков и т. д.

Исследование газов крови из кожи головки плода во время родов и пуповины сразу после рождения

- для взятия крови из кожи головки плода необходимы следующие условия:
 - раскрытие шейки матки не менее чем на 3—4 см;
 - излитие околоплодных вод;
 - плотная фиксация головки плода во входе в малый таз;
- методика манипуляции:
 - к головке плода подвести специальный пластиковый конус, обнажая на ней участок кожи;
 - обнаженный участок очистить стерильным ватным тампоном от крови и мекония и надрезать скальпелем;
 - кровь исследуют сразу же после взятия;
 - рану прижать до остановки кровотечения;
- недостатки метода включают: кровотечение у плода и риск передачи инфекции (например, ВИЧ) вследствие контакта крови плода с кровью матери и влагалищным отделяемым;
- желательны определение рН и дефицита оснований одновременно;
- является «золотым стандартом» для определения кислотно-щелочного состояния плода при ареактивном тесте во время родов.

рН, моль/л	Действия
≥ 7,25	Повторить, если КТГ остается патологической
7,21—7,24	Повторить через 30 мин или срочное родоразрешение, если показатели ухудшились
< 7,2	Срочное родоразрешение

Исследование прямой ЭКГ плода

- используется в комбинации со стандартной КТГ;
- требует наложения прямого электрода на кожу предлежащей части плода;
- методика основана на изучении комплекса QRS и Т, а именно анализе изменений в сегменте ST и отношении Т/QRS;
- эффективность ЭКГ плода оценивалась в 4 исследованиях (> 9500 участников). При сравнении с продолжительной КТГ было отмечено уменьшение частоты рождения детей с выраженным ацидозом (ОР 0,64), неонатальной энцефалопатией (ОР 0,33), при том что абсолютное количество детей с таким диагнозом было очень мало [17], меньше потребовалось определений рН крови из головки плода во время родов (ОР 0,76) и уменьшилось количество оперативных вагинальных родов (ОР 0,87);
- не было разницы в таких показателях, как оценка по шкале Апгар < 7 баллов на 5-й минуте, переводов в ПИТ;
- использование прямой ЭКГ в рутинной практике не обосновано из-за необходимости наличия специальной аппаратуры и условий, небезопасности процедуры. Показания для использования — особые случаи, требующие

дополнительных аргументов для продолжения активного наблюдения, включая прямую и непрямую постоянную КТГ (3а).

Исследование сатурации O₂ плода (пульсоксиметрия)

- сравнение эффективности пульсоксиметрии + КТГ и только КТГ проводилось в 3 исследованиях (> 2000 участников). Лучшие результаты в экспериментальной группе были получены только по одному показателю, а именно снижению числа оперативных родов (КС, щипцов, вакуум-экстракций) при ареактивном тесте (ОР 0,71) без ухудшения перинатальных исходов;
- использование пульсоксиметрии в рутинной практике не обосновано. Показания для использования: в комбинации с КТГ при ареактивном тесте (3а).

Список рекомендуемой литературы

1. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ. под ред. Михайлова А. В., СПб.: «Петрополис», 2003.
2. Di Mario S. et al. Какова эффективность дородовой помощи? (Дополнение). What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement) (2005). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E87997.pdf>).
3. Рудзевич А. Ю., Игошев В. Ф., Брынза Н. С. Дородовое наблюдение за беременными низкого риска, методические рекомендации, ТГМА, г. Тюмень, 2006 ACOG Committee Opinion No. 303 Inappropriate Use of the Terms Fetal Distress and Birth Asphyxia, vol. 104, no. 4, October 2004.
4. Alfirevic Z., Devane D., Gyte G. M. L. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour.
5. Alfirevic Z., Neilson J. P. Biophysical profile for fetal assessment in high risk pregnancies.
6. Barry S. Schiffrina B. and Stewart Aterc. Fetal hypoxic and ischemic injuries Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 2006, 18:112–122.
7. Bricker L., Neilson J. P. Routine Doppler ultrasound in pregnancy.
8. Bricker L., Neilson J. P. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation).
9. Chang T. C., Robson S. C., Boys R. J., Spencer J. A. Prediction of the small for gestational age infant: which ultrasonic measurement is best? *Obstet Gynecol* 1992; 80:1030–8.
10. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 4 Copyright © 2006. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
11. Tuffnell Derek J., Wilkinson Kath, Beresford Nicola. Interval between decision and delivery by caesarean section—are current standards achievable? *Observational case series BMJ* 2001; 322:1330–3.
12. East C. E., Chan F. Y., Colditz P. B. Fetal pulse oximetry for fetal assessment in labour.
13. Fawole B., Hofmeyr G. J. Maternal oxygen administration for fetal distress.
14. Ferrazzi E., Bellotti M., Vegni C., Barbera A., Della Peruta S., Ferro B., et al. Umbilical flow waveforms versus fetal biophysical profile in hypertensive pregnancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1989; 33.
15. Gardosi J., Francis A. Controlled trial of fundal height measurement plotted on customised antenatal growth charts. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106:309–17.
16. Goldenberg R. L., Davis R. Cutter et al. (1989): Prematurity, postdates and growth retardation: The influence of ultrasonography on reported gestational age. *Am. J. Obstet. Gynecol* 160, 462–470.
17. Gordon C. S. Smith. Predicting antepartum stillbirth Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 2006, 18:625–630.
18. Hadlock F. Ultrasound evaluation of fetal growth. In: Callen P, ed. *Ultrasonography in obstetrics and gynecology*. 3d ed. Philadelphia: Saunders, 1994.
19. Hodnett E. D., Gates S., Hofmeyr G. J., Sakala C. Continuous support for women during childbirth.
20. Hofmeyr G. J., Kulier R. Operative versus conservative management for 'fetal distress' in labour.
21. Hofmeyr G. J., Kulier R. Piracetam for fetal distress in labour.
22. Hofmeyr G. J., Kulier R. Tocolysis for preventing fetal distress in second stage of labour.
23. Intrapartum fetal emergencies at www.sciencedirect.com Seminars in Fetal & Neonatal Medicine (2006) 11, 150e157.

24. Intrauterine growth restriction at term: Induction or spontaneous labour? Disproportionate intrauterine growth intervention trial at term (DIGITAT): A pilot study Marjan M. L. et al. www.elsevier.com/locate/ejogrb European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 125 (2006) 54–58.
 25. Kulier R., Hofmeyr G. J. Tocolytics for suspected intrapartum fetal distress.
 26. Hinh N. D. et al. Amniotic fluid index measurements in normal pregnancy after 28 gestational weeks. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2005) 91, 132–136.
 27. Neilson J. P. Fetal electrocardiogram (ECG) for fetal monitoring during labour.
 28. Neilson J. P. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy.
 29. Neilson J. P., Alfirevic Z. Doppler ultrasound for fetal assessment in high risk pregnancies.
 30. Pattison N., McCowan L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment.
 31. Robert C. Vandenbosche, M. D., and Jeffrey T. Kirchner, D. O. «Intrauterine Growth Retardation» Lancaster General Hospital, Lancaster, Pennsylvania American Family Physician (October 1998).
 32. Robert Liston, M. B., FRCSC, Vancouver B. C., Joan Crane, M. D., FRCSC, St. John's NF SOGC Clinical Practice Guidelines. Fetal health surveillance in labour. Principal, No. 112, April 2002.
 33. Terry Harper, M. D., Fellow, Fetal growth restriction. Department of Obstetrics/Gynecology, Division of Maternal-Fetal Medicine, University of North Carolina School of Medicine.
 34. The rapid biophysical profile for early intrapartum fetal well-being assessment International Journal of Gynecology and Obstetrics (2006) 95, 14—17 www.elsevier.com/locate/ijgo.
 35. The Use of Electronic Fetal Monitoring The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance Evidence-based Clinical Guideline Number 8 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2001. www.elsevier.com/locate/ijgo.
-

ГИПЕРТЕНЗИЯ, ВЫЗВАННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ (ГВБ). ПРЕЭКЛАМПСИЯ. ЭКЛАМПСИЯ (Gestational [pregnancy-induced] hypertension. Preeclampsia. Eclampsia)

Введение

Преэклампсия — это полисистемный синдром, который обычно проявляется повышением АД и протеинурией [21]. В легкой форме это осложнение беременности встречается у 3—8% женщин и чаще всего не оказывает серьезного влияния на здоровье ребенка и матери, из них у 1—2% беременных преэклампсия приобретает тяжелое течение [18]. При этом поражаются, прежде всего, почки, печень, свертывающая система крови и головной мозг, а также плацента. Тяжелая форма преэклампсии может вызвать серьезные нарушения здоровья матери и ребенка и даже привести к смерти [24, 17]. В развитых странах эклампсия встречается в 1 случае на 2000 беременностей [33], в развивающихся — с частотой от 1/100 до 1/1700 родов [28]. При этом эклампсия остается одной из главных причин материнской смертности в мире (10—15%) (Duley, 1992). Все попытки объяснить причины возникновения преэклампсии пока не дали каких-либо результатов. На сегодняшний день известно более 30 теорий развития этого осложнения. Поиски эффективных методов профилактики также пока не увенчались успехом. Таким образом, единственным методом лечения с доказанной эффективностью остается родоразрешение в том лечебном учреждении, где новорожденному и матери может быть оказана адекватная помощь. Данный протокол является попыткой осмыслить имеющиеся научные данные о преэклампсии/эклампсии и предоставить практикующим специалистам четкие рекомендации по ведению данного осложнения.

Факторы риска

Фактор риска	ОР
Антифосфолипидный синдром в сочетании с преэклампсией в анамнезе	> 9
Тяжелая преэклампсия/эклампсия во время предыдущих беременностей	7,19
Хронические соматические заболевания (гипертоническая болезнь, болезни почек, болезни сердечно-сосудистой системы), сахарный диабет	3,56
Многоплодная беременность	2,93
Первая беременность	2,91
Тяжелая преэклампсия/эклампсия в семейном анамнезе	2,90
Ожирение (ИМТ > 35)	2,47
Возраст старше 40 лет	2,10
Интервал между родами более 10 лет	1,9

Профилактика

На данный момент **не доказана** эффективность:

- ограничения потребления жидкости и соли у беременных;
- добавки или ограничения белков и углеводов в питании беременных;
- дополнительного приема препаратов железа, фолиевой кислоты, магнезии, цинка, рыбьего жира, витаминов Е и С (**2а**).

Доказана эффективность влияния на уменьшение частоты возникновения преэклампсии:

- прием малых доз аспирина (75—120 мг ежедневно) (**1а**) — в группе высокого риска по развитию преэклампсии;
- прием Са в виде пищевых добавок (до 1 г ежедневно) (**1а**) — в группе высокого риска по развитию гипертензии.

Признаки преэклампсии

Гипертензия

Диагноз гипертензии ставится тогда, когда диастолическое давление превышает или равно 110 мм рт. ст. при разовом измерении либо превышает или равно 90 мм рт. ст. при двукратном измерении с интервалом в 4 часа.

Тяжелая гипертензия

Диастолическое АД превышает или равно 120 мм рт. ст. при однократном измерении либо более или равно 110 мм рт. ст. при двукратном измерении с интервалом в 4 часа.

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

Несмотря на повышенные цифры АД, значительное число беременностей протекает нормально, указывая, что в некоторой степени гипертензия положительно воздействует на маточно-плацентарный кровоток в условиях повышенного сосудистого сопротивления и является компенсаторным механизмом.

Протеинурия

Протеинурия не считается патологической, пока она не равняется или не превышает 300 мг за 24 часа либо в 2 пробах, взятых с интервалом в 4 часа (**2а**). Кроме того, необходимо исключить наличие инфекции мочевыделительной системы. Патологическая протеинурия у беременных является первым признаком поражения внутренних органов.

Отеки

Умеренные отеки наблюдаются у 50—80% беременных с физиологически протекающей беременностью. Преэклампсия, протекающая без отеков, признана более опасной для матери и плода, чем преэклампсия с отеками. Быстро нарастающие генерализованные отеки, особенно в области поясницы, являются плохим прогностическим признаком.

Правила измерения АД

- Наиболее точные показания дает ртутный сфигмоманометр (по нему должны быть откалиброваны все используемые аппараты) (**1b**).
- Пациентка должна быть расслаблена, желательно после отдыха (не менее 10 мин).
- Положение — полусидя или сидя (манжета должна располагаться на уровне сердца пациентки), лежа на боку.

- Манжета аппарата для измерения давления должна соответствовать окружности плеча пациентки (лучше больше, чем меньше).
- Достаточно измерения на одной руке.
- Уровень систолического давления оценивается по I тону Короткова, а диастолического — по V (прекращение).
- Показатели должны быть зафиксированы с точностью до 2 мм рт. ст.

Клиническая классификация преэклампсии

Клинически важно различать **легкую** (O13) и **тяжелую** (O14) преэклампсию.

Легкая преэклампсия лечения не требует, показано только тщательное наблюдение, возможно амбулаторно, при соблюдении следующих условий: пациентка адекватно оценивает свое состояние и способна самостоятельно контролировать его, она имеет возможность в любое время суток обратиться за медицинской помощью.

Тяжелая преэклампсия:

- тяжелая форма гипертензии плюс протеинурия или
- любая форма гипертензии плюс один из ухудшающих симптомов:
 - церебральные симптомы (головная боль, расстройство зрения);
 - олигурия (менее 30 мл/ч);
 - боль в эпигастральной области;
 - рвота;
 - обширные отеки (особенно внезапно появившиеся);
 - количество тромбоцитов менее 100 тыс. × 10⁹/л;
 - нарушение функции печени;
 - отек легких;
 - гипотрофия плода.

Ведение преэклампсии

В женской консультации

- Врач или акушерка, поставившие диагноз преэклампсии легкой степени, должны направить пациентку в стационар (возможно, дневной) для обследования и решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременности (**1b**).
- При этом беременная и родильница с признаками тяжелой преэклампсии подлежат госпитализации в ПИТ или родовой блок больницы 3-го уровня (**3a**), при отсутствии такой возможности — в ближайшую больницу 2-го уровня машиной скорой помощи со специализированной бригадой (реанимационной) после стабилизации состояния на месте (**3a**).
- Необходимо начать интенсивную терапию: сульфат магния и, по показаниям, гипотензивные препараты (см. ниже).

В родильном отделении

В приемном отделении беременную с признаками тяжелой преэклампсии сразу же осматривает дежурный врач. Решение о госпитализации и лечении принимается совместно ответственным врачом акушером-гинекологом и врачом анестезиологом-реаниматологом. При наличии родовой деятельности или дородовом излитии околоплодных вод беременная должна быть сразу госпитализирована в 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.

При сроке беременности до 34 нед беременная с признаками тяжелой преэклампсии без родовой деятельности после начала магниевой и гипотензивной терапии также переводится в стационар 3-го уровня.

Обследование

В приемном покое (СИТО!) при тяжелой преэклампсии

- измерение АД;
- общий анализ мочи (белок);
- клинический анализ крови (гемоглобин, тромбоциты, время свертывания).

В стационаре

- общий анализ мочи (определение белка в отдельной порции и суточном объеме, возможно взятие повторного анализа мочи на наличие белка через 4 часа);
- биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ);
- коагулограмма;
- кровь на группу и совместимость;
- КТГ, УЗИ + доплерометрия;
- влагалищное исследование для решения вопроса о сроках и методе родоразрешения.

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 родоразрешения, нет, даже если у младенца небольшие шансы для выживания.

Показания для срочного родоразрешения (независимо от срока гестации):

- тяжелая преэклампсия;
- ухудшение состояния плода;
- прогрессирование симптомов преэклампсии.

Роды через естественные родовые пути предпочтительнее оперативного родоразрешения.

При незрелой шейке (оценка по Бишопу менее 6 баллов) при возможности провести подготовку простагландинами E₂ или E₁ (только интрацервикальное или интравагинальное введение) с последующей ранней амниотомией и родовозбуждением окситоцином на фоне магнезиальной (всегда), гипотензивной (по показаниям) терапии и адекватного обезболивания (перидуральной анестезии).

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

Уход должен осуществляться в безопасной обстановке, женщина не должна оставаться одна.

Предпочтительным методом для обезболивания при оперативном родоразрешении является проводниковая анестезия — спинальная или перидуральная.

Опасности/трудности общей анестезии:

- трудности при интубации из-за отека гортани;
- высокий риск внутримозгового кровоизлияния из-за резкого повышения САД при интубации и экстубации;
- высокий риск отека легких из-за повышения давления в легочных сосудах.

При тяжелой преэклампсии роды должны произойти в пределах 24 часов после появления симптомов.

Симптоматическое лечение

На настоящее время имеются основания для рекомендации только двух видов симптоматического лечения: противосудорожного и гипотензивного.

Противосудорожная терапия

- Магнезиальная терапия является методом выбора для регулирования преэклампсии/эклампсии как наиболее изученная, эффективная и безопасная **(1а)**.
- Начальная доза — 4 г сухого вещества ввести в/в медленно в разведении до 20 мл в течение 5—10 мин **(1а)**.
- Поддерживающая доза 1—2 г в час (предпочтительно при помощи инфузомата). Длительность введения в зависимости от тяжести состояния.
- Магнезиальная терапия может быть начата на любом сроке беременности, в родах (консервативных и оперативных) и послеродовом периоде и должна проводиться в непрерывном режиме.
- Признаками передозировки сульфата магния являются:
 - ЧД — менее 12 в минуту;
 - олигурия (менее 30 мл/ч);
 - отсутствие коленных рефлексов.

При передозировке сульфата магния — прекратить введение препарата и ввести 10 мл 10% раствора глюконата Са в/в в течение 10 мин.

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

Гипотензивная терапия

- Регулирование артериального давления следует начинать при АД более 160/100 мм рт. ст. **(3а)**, при этом следует поддерживать диастолическое давление на уровне 90—95 мм рт. ст. (из-за опасности ухудшения маточно-плацентарного кровообращения).
- Подбор гипотензивных средств — индивидуальный.

Гипотензивные препараты быстрого действия

- *Нифедипин* (из группы блокаторов кальциевых каналов) — начальная доза 10 мг (можно сублингвально), повторно через 30 мин трехкратно до снижения диастолического АД в пределах 90—100 мм рт. ст. (максимальная суточная доза 60 мг). При отсутствии эффекта — сменить или добавить гипотензивный препарат
ИЛИ
- *Анаприлин* — начальная доза 20 мг (0,02 г) 3—4 раза в день. Максимальная разовая доза — 80 мг. Максимальная суточная доза 320—480 мг
ИЛИ
- *Натрия нитропруссид* (вазодилататор миотропного действия) — начальная доза 0,25 мкг/кг/мин в/в капельно, увеличивая при необходимости дозу на 0,5 мкг/кг каждые 5 мин до достижения дозы 5 мкг/кг. Максимальная доза — 8 мкг/кг/мин. (Опасно использовать более 4 часов из-за возможного токсического действия на плод.)

Гипотензивные препараты медленного действия:

- *Допегит* (антигипертензивный препарат центрального действия, метилдопа) — начальная доза 250 мг/сут, каждые 2 дня дозу увеличивают на 250 мг/сут. Максимальная суточная доза — 2,5 г.

Ведение в послеродовом периоде

- При тяжелой форме преэклампсии наблюдение и лечение должно быть продолжено в условиях ПИТ совместно акушером-гинекологом и анестезиологом-реаниматологом.
- Магнезиальная терапия должна продолжаться не менее суток после родоразрешения или последнего припадка эклампсии при наличии положительной динамики (**3а**).
- Гипотензивная терапия проводится с индивидуальным подбором лекарственных средств и постепенным снижением доз при стабилизации состояния.
- Перевод роженицы из ПИТ в послеродовое отделение возможен при стабилизации состояния после проведенного лечения, но не ранее 24 часов.

ЭКЛАМПСИЯ

Эклампсия — появление одной или более судорог, не имеющих отношения к другим проявлениям мозговых нарушений (эпилепсия или инсульт) у больных с преэклампсией.

Судороги могут возникнуть во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Если причина судорог не определена, ведите женщину как в случае эклампсии и продолжайте поиски действительной причины.

Помощь во время судорог

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

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

Эклампсия не является абсолютным показанием к срочному родоразрешению. Необходимо сначала стабилизировать состояние пациентки.

Общий алгоритм

Мероприятие	Состояние		
	Легкая преэклампсия	Тяжелая преэклампсия	Эклампсия
Тактика	Обследование, тщательное наблюдение (возможно, амбулаторно)		Активная
Госпитализация	Для обследования	Обязательная госпитализация в учреждение 3—2-го уровня	
Специфическая терапия	—	Магнезиальная, гипотензивная	
Родоразрешение	—	В течение 24 ч (при ухудшении состояния плода или прогрессировании симптомов — экстренно)	Экстренно после стабилизации состояния

Тяжесть преэклампсии	Срок беременности, нед		
	32	36	38
Преэклампсия легкой степени	Наблюдение		Возможно плановое родоразрешение
Преэклампсия тяжелой степени	Родоразрешение с профилактикой РДС	Экстренное родоразрешение	

Список рекомендуемой литературы

1. Aali B. S., Nejad S. S. Nifedipine or hydralazine as a first-line agent to control hypertension in severe preeclampsia. *Acta Obstet Gynecol Scand.* — 2002; 81:25–30.
2. Abalos E., Duley L., Steyn D. W., Henderson-Smart D. J. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art. No.: CD002252.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2002 Jan. 9.
4. Atallah A. N., Hofmeyr G. J., Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, 4, 2000. Oxford: Update Software.
5. Australasian Society for the Study of Hypertension in Pregnancy. Consensus statement — management of hypertension in pregnancy, executive summary. *Medical Journal of Australia.* — 1993; 158:700–2.
6. Brown M. A., Buddle M. L. What's in a name? Problems with the classification of hypertension in pregnancy. *Journal of Hypertension.* — 1997; 15:1049–54.
7. Clarke M., Oxman A. D. editors. *Cochrane Reviewers' Handbook* 4.1 [updated June 2000]. In: *Review Manager (RevMan)* [Computer program]. Version 4.1. Oxford, England: The Cochrane Collaboration, 2000.
8. Coppage K. H., Polzin W. J. Severe preeclampsia and delivery outcomes: is immediate cesarean delivery beneficial? *Am J Obstet Gynecol.* — 2002 May; 186(5):921–3.
9. Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2000. Oxford: Update Software. CD000065.
10. Crowther C. A., Hiller J. E., Doyle L. W. Magnesium sulphate for preventing preterm birth in threatened preterm labour. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.
11. Davey D. A., MacGillivray I. The classification and definition of the hypertensive disorders in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* — 1988; 158:892–8.

12. Derham R. J., Hawkins D. F., deVries L. S., Aber V. R., Elder M. G. Outcome of pregnancies complicated by severe hypertension and delivered before 34 weeks: stepwise logistic regression analysis of prognostic factors. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. — 1989; 96:1173–81.
13. Douglas K. A., Redman C. W. G. Eclampsia in the United Kingdom. *Br Med J*. — 1994, 309: 1395–1400.
14. Duley L. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie trial: a randomised placebo controlled trial. *Lancet*. — 2002;359:1877–90.
15. Duley L., Gulmezoglu A. M. Magnesium sulphate versus lytic cocktail for eclampsia. In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000.
16. Duley L., Henderson-Smart D. Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia. In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003.
17. Duley L., Henderson-Smart D. Magnesium sulphate versus phenytoin for eclampsia. In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003.
18. Duley L., Henderson-Smart D. J. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software. Search date 2002.
19. Duley L., Henderson-Smart D. J., Knight M., King J. F. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 4. Art. No.: CD004659.
20. Duley L., Williams J., Henderson-Smart D. J. Plasma volume expansion for treatment of pre-eclampsia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999, Issue 4. Art. No.: CD001805.
21. Gifford R. W., August P., Chesley L. C., Cunningham G., Ferris T. F., Lindheimer M. D. et al. National High Blood Pressure Education Program Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. — 1990;163 (5 Pt 1):1689–712.
22. Higgins R. J., de Swiet M. Blood-pressure measurement and classification in pregnancy. *The Lancet*. — 2001, 357, 131–35.
23. Hood D. «Preeclampsia» in book: «Practical Obstetric Anesthesia». W.B. Saunders Company. 1997: p. 211–35.
24. Knight M., Duley L., Henderson-Smart D. J., King J. F. Antiplatelet agents for preventing and treating pre-eclampsia. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2):CD000492.
25. Knight M., Duley L., Henderson-Smart D. L., King J. F. Antiplatelet agents for preventing and treating pre-eclampsia. (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, 4, 2000. Oxford: Update Software. CD000492.
26. Makrides M., Crowther C. A. Magnesium supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 4, 2000. Oxford: Update Software. CD000937.
27. Management of Eclampsia. RCOG Guidelines.
28. Management of severe preeclampsia and eclampsia. Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST). August 2001.
29. Pre-eclampsia — study group recommendations. RCOG Guidelines.
30. Recent developments in obstetrics Andrew H Shennan *BMJ*. — 2003; 327:604–608.
31. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. — 2000; 183(1):S1–22.
32. Review Manager (RevMan). 4.1 for Windows Edition. Oxford, England: The Cochrane Collaboration, 2000.
33. Roberts J. M., Villar J. Preventing and treating eclamptic seizures. *Br Med J*. — 2002, 325: 609–610.
34. Sibai B. M., Spinnato J. A., Watson D. L., Hill G. A., Anderson G. D. Pregnancy outcome in 303 cases with severe preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*. — 1984; 64:319–25.
35. Solomon C. G., Seely E. W. Preeclampsia—Searching for the cause. *N Engl J Med*. — 2004, 350; 7:641–42.
36. The detection, investigation and management of hypertension in pregnancy. ASSHP Consensus Statement Executive Summary Final edited version 7/05/00 14/55.
37. Villar J., Merialdi M., Gulmezoglu A. M., Abalos E., Carroli E. G., Kulier R. et al. Nutritional interventions during pregnancy for the prevention or treatment of maternal morbidity and preterm delivery: an overview of randomised controlled trials. *J Nutr*. — 2003;133:1S–20S.
38. Villar J., Say L. et al. Methodological and technical issues related to the diagnosis, screening, prevention, and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. *International journal of G&Ob*. — 2004, 85; 1: S28–41.
39. Von Dadelszen P., Ornstein M. P., Bull S. B. et al. Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension: a meta-analysis. *Lancet*. — 2000 Jan 8; 355:87–92.
40. Walker J. J. Pre-eclampsia. *Lancet*. — 2000; 356:1260–65.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ (Placenta previa)

Введение

Кровотечение при предлежании плаценты с возможным ее вращением в матку или близлежащие органы непредсказуемо и непредотвратимо, чаще всего значительно по объему и представляет реальную угрозу жизни и здоровью матери и плода. В связи с ростом частоты КС в течение последних десятилетий в сочетании с увеличением среднего возраста беременных (особенно первородящих) увеличивается и частота данного осложнения. По данным ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации кровотечения при беременности и в родах являются наиболее частой причиной материнской смертности в России из числа прямых акушерских причин, несмотря на то что именно эти причины являются управляемыми, и правильно и своевременно оказанная помощь может значительно увеличить шансы выжить как матери, так и плода.

Именно поэтому задача диагностики и своевременного и адекватного вмешательства, прежде всего, родоразрешения является на сегодня актуальнейшей задачей, стоящей перед всеми специалистами, оказывающими помощь при беременности.

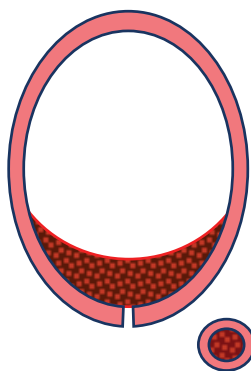
Этот клинический протокол ведения беременности и родов при предлежании плаценты является документом, суммирующим последние доказательные данные о тактике ведения при описанных осложнениях.

Определение

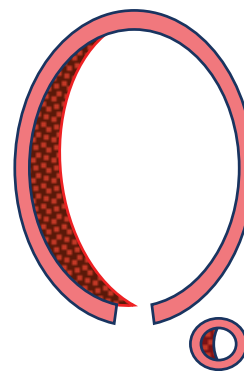
Прикрепление плаценты в области внутреннего зева или в непосредственной близости от него, препятствующее или создающее помехи при родоразрешении через естественные родовые пути.

Частота встречаемости предлежания плаценты колеблется в пределах 0,3—0,8%.

Классификация



полное предлежание
(нет возможности для родоразрешения
через естественные родовые пути)



неполное предлежание
(есть возможность естественных родов)

Скрининг и диагностика

- предлежание плаценты обычно определяется при УЗИ. Более достоверно исследование вагинальным датчиком, чем трансабдоминальным (**1b**), при этом безопасность обоих способов одинакова (**1b**);
- в России большинство беременных обращаются за помощью в женские консультации в первой половине беременности. В этом случае УЗИ-скрининг должен проводиться на сроке 18—20 нед, при этом обязательно определяется локализация плаценты, а значит, должен быть выставлен диагноз «предлежание плаценты»;
- в случае получения положительных или сомнительных результатов УЗИ беременная должна быть проконсультирована в родовспомогательном учреждении 3-го уровня для составления дальнейшего плана ведения беременности;
- в наиболее сложных случаях, особенно при подозрении на placenta accreta, increta, percreta, желательно использование аппарата ядерно-магнитного резонанса или мощного цветного Допплера;
- плацента способна к «миграции» в течение II и III триместров (эта способность более выражена при локализации плаценты на передней стенке матки, чем на задней, а также при отсутствии КС в анамнезе);
- при полном предлежании плаценты и отсутствии дополнительных показаний УЗИ необходимо повторить не позднее 32 недель гестации (**3a**);
- при неполном предлежании и отсутствии дополнительных показаний повторное УЗИ должно быть проведено не позднее 36 недель (**3a**).

Медицинский работник, оказывающий помощь беременной, должен заподозрить предлежание плаценты у необследованных женщин в случае:
— любого кровотечения (особенно яркой, свежей крови) из половых путей во второй половине беременности;
— высокого расположения предлежащей части над входом в таз или неправильного положения плода.

Клиническая картина предлежания плаценты

- возможны эпизоды кровотечений без болевого синдрома и повышенного тонуса матки;
- кровотечение наружное, поэтому визуально определенный объем кровопотери соответствует состоянию беременной;
- высокое расположение предлежащей части плода или неправильное его положение;
- развитие признаков дистресса плода соответствует объему наружной кровопотери.

Ведение во время беременности

Любой случай антенатального кровотечения — показание для срочной госпитализации в ближайшее родовспомогательное учреждение (на сроке до 34 нед желательно в учреждение 3-го уровня).

- при госпитализации на сроке беременности до 34 недель гестации и возможности родоразрешения необходимо проведение курса глюкокортикоидов по принятой схеме для профилактики РДС;
- полное предлежание плаценты (при отсутствии в анамнезе эпизодов кровотечений) — показание для дородовой госпитализации в 34 недели беременности (**3a**). При отсутствии возможности экстренной транспортировки в стационар 3-го уровня беременная может быть госпитализирована раньше;

- в случаях отказа от госпитализации возможно продолжение амбулаторного наблюдения, особенно в условиях города, когда имеется возможность экстренного обращения за специализированной помощью, обязательно после качественно проведенного консультирования;
- режим госпитализации при отсутствии кровянистых выделений — свободный. При появлении кровянистых выделений — ограниченный, возможно, постельный;
- в случае продолжительной госпитализации с ограничением режима необходимо помнить о повышении риска тромбоэмболии;
- при поступлении и во время последующих бесед 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.

Профилактика

Начало кровотечения при предлежании плаценты связано с динамическими изменениями в нижнем сегменте матки, происходящими в конце беременности, а также с повышением маточной активности.

Попытки использования токолитиков группы бета-миметиков в случаях предлежания плаценты, с одной стороны, привели к увеличению гестационного срока и веса новорожденных, с другой — вызвали значительное количество известных побочных эффектов для матери и плода. Поэтому использование токолитиков для улучшения исходов беременности при предлежании плаценты в данное время в практике родовспомогательных учреждений не рекомендуется.

Наложение профилактического шва на шейку матки при предлежании плаценты в одном РКИ привело к уменьшению количества родов до 34 недель беременности (ОР 0,45), рождения детей весом < 2000 г (ОР 0,34) и с низкой оценкой по шкале Апгар на 5-й минуте (ОР 0,34) по сравнению с контрольной группой, в которой шов не накладывался (**1b**). Но из-за эпидемиологической слабости этого исследования пока невозможно рекомендовать данное вмешательство в широкую практику.

Плановое родоразрешение при известном диагнозе полного предлежания плаценты

Полное предлежание плаценты — абсолютное показание для родоразрешения путем КС. Наиболее приемлемый срок проведения планового КС для уменьшения риска рождения незрелого ребенка — 38 недель беременности.

- Необходимо заранее переопределить группу крови и Rh-принадлежность пациентки. Данные о результатах тестирования должны быть вынесены на первую страницу истории родов.
- Необходимо заготовить не менее 4 единиц эритроцитарной массы для возможной трансфузии.
- Выбор анестезии зависит от предпочтений пациентки, врача-анестезиолога и врача-акушера с учетом увеличения количества доказательств одинаковой эффективности, но большей безопасности региональной анестезии в случаях оперативного родоразрешения при предлежании плаценты в сравнении с общим наркозом.
- Операцию должен проводить самый опытный врач акушер-гинеколог из присутствующих на смене (особенно опасно расположение по передней стенке при рубце после КС).
- КС 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 1 л раствора со скоростью 60 кап. в минуту).

- В случае возникновения тяжелого кровотечения дальнейшие действия определяет протокол «Послеродовое кровотечение (ПРК)».
- В случае некупируемого кровотечения, особенно при вращении плаценты, может потребоваться расширение объема операции вплоть до гистерэктомии.

При неполном предлежании плаценты возможны роды через естественные родовые пути. В этом случае повышен риск кровотечения во время родов. Ранняя амниотомия в родах может быть эффективной для профилактики и остановки кровотечения, так как предлежащая часть прижимает край плаценты. Родоразрешение проводится в стационаре 2—3-го уровня.

Экстренное родоразрешение при подозрении на предлежание плаценты

Любое кровотечение во второй половине беременности — противопоказание для влагалищного исследования без развернутой операционной.

При наличии показаний к экстренному родоразрешению необходимо:

- до 34 недель гестации проводить родоразрешение в учреждении только 3-го уровня;
- на сроке 34 недели и более возможно проведение родоразрешения в условиях акушерского стационара 2-го уровня, но только при наличии возможности трансфузии значительных объемов препаратов крови.

При поступлении в стационар беременной с подозрением на предлежание плаценты и кровотечением необходимо одновременно:

- позвать на помощь свободный персонал;
- на каталке доставить женщину в операционно-родовой блок;
- развернуть операционную;
- оценить величину кровопотери;
- оценить состояние матери (пульс, АД, ЧДД, температуру тела);
- катетеризировать две кубитальные вены катетерами большого размера (G 14 или 16) (в идеальном случае должно быть произведено на этапе перевозки);
- начать инфузию физиологического раствора в объеме 3:1 к объему предположительной кровопотери;
- определить группу крови, Rh-принадлежность, гемоглобин, эритроциты, гематокрит, коагулограмму;
- обеспечить наличие препаратов крови и СЗП;
- при подозрении на коагулопатию провести прикроватный тест.

При сильном и продолжающемся кровотечении срочно родоразрешить оперативным путем.

При легком или остановившемся кровотечении

- если плод живой и гестационный срок < 34 недель — консервативная тактика (начать профилактику РДС глюкокортикоидами по принятому в стационаре протоколу);
- если плод живой и гестационный срок 34—37 недель — консервативная тактика;
- если плод живой и доношенный — подготовка к плановому оперативному родоразрешению;
- плод мертвый или с явными аномалиями развития при любом сроке гестации — подготовка к родоразрешению (при полном предлежании — оперативным путем).

При остановившемся кровотечении в случае первоначального поступления в стационар 1-го уровня необходимо рассмотреть возможность перевода в учреждение более высокого уровня.

При повторившемся эпизоде кровотечения необходимо взвесить преимущества и риски для женщины и плода при продолжении выжидательной тактики.

В случае если проведение УЗИ для подтверждения диагноза невозможно или его результат ненадежен, влагалищное исследование можно проводить только в условиях развернутой операционной.

Очередность исследования

1. Осмотреть шейку матки в зеркалах, если шейка частично раскрыта и видна ткань плаценты — диагноз очевиден.
2. Если шейка матки закрыта, осторожно пропальпировать своды влагалища: если определяется губчатая ткань, диагноз предлежания плаценты подтверждается; если пальпируется твердая головка плода, предлежание плаценты маловероятно.
3. Если диагноз предлежания плаценты по-прежнему вызывает сомнения, провести осторожное пальцевое исследование цервикального канала: если пальпируются мягкие ткани внутри шейки матки, предлежание плаценты подтверждается.

Список рекомендуемой литературы

1. Ananth C. V., Smulian J. C., Vintzileos A. M. The effect of placenta praevia on neonatal mortality: a population based study in the United States, 1989 through 1997. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1299–304.
2. Arias F. Cervical cerclage for the temporary treatment of patients with placenta praevia. *Obstet Gynecol* 1988; 71:545–8.
3. Carri R. et al. Accuracy of Ultrasonography and Magnetic Resonance Imaging in the Diagnosis of Placenta Accreta, vol. 108, no. 3, part 1, september 2006 *Obstetrics & Gynecology* 573.
4. Cobo E., Conde-Agudelo A., Delgado J., Canaval H., Congote A. Cervical cerclage: an alternative for the management of placenta praevia. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179:122–5.
5. Courbiere B. et al. Conservative treatment of placenta accreta. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; 32:549–54.
6. Denys Clement et al. Case report Conservative treatment of placenta percreta: a safe alternative *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 114 (2004) 108–109.
7. Faiz A. S. et al. Etiology and risk factors for placenta praevia: an overview and meta-analysis of observational studies. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003; 13:175–90.
8. Frederiksen M. C. et al. Placenta praevia: a 22 year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:1432–7.
9. Getahun D. et al. Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption. *Obstet Gynecol* 2006; 107:771–8.
10. Gilles Kayem et al. Conservative Versus Extirpative Management in Cases of Placenta Accreta. *Obstetrics & Gynecology* 2004; 104:531-536.
11. Gilliam M., et al. The likelihood of placenta praevia with greater number of caesarean deliveries and higher parity. *Obstet Gynecol.* 2002; 99:967–80.
12. Groom K. M., Paterson-Brown S. Placenta praevia and placenta praevia accreta: a review of aetiology, diagnosis and management. *Fetal Mat Med Review* 2001;12:41–66.
13. Groom K. M., Woo Y. L., Paterson-Brown S. Management of placenta praevia. *J Obstet Gynaecol* 2000; 20:552–3.
14. Jain A. et al. Conservative management of major placenta praevia accreta: three case reports. *J Obstet Gynaecol* 2004; 24 Suppl 1:s63.
15. Tuzovic L. Complete versus incomplete placenta previa and obstetric outcome *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2006) 93, 110—117.
16. Lewis G., Drife J., editors. *Why Mothers Die 2000–2002. The Sixth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom.* London: RCOG Press; 2004. p. 86–93.

17. Miller et al. Clinical risk factors for placenta praevia–placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177:210–14.
 18. Neilson J. P. et al. Interventions for suspected placenta praevia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Issue 4.
 19. Neilson J. P. et al. Interventions for treating placental abruption. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Issue 4.
 20. Pekka Taipale et al. Prenatal Diagnosis of Placenta Accreta and Percreta With Ultrasonography, Color Doppler, and Magnetic Resonance Imaging, *Obstetrics & Gynecology* 2004;104:537-540.
 21. Placenta praevia and placenta praevia accreta: diagnosis and management RCOG Guideline No. 27 Revised October 2005.
 22. Sharma A., Suri V., Gupta I. Tocolytic therapy in conservative management of symptomatic placenta praevia. *Int J Gynecol Obstet* 2004;84:109–13.
 23. Sheiner E., et al. Placenta praevia: obstetric risk factors and pregnancy outcome. *J Matern Fetal Med* 2001; 10:414–19.
 24. Yinka Oyelese et al. Placenta Previa, Placenta Accreta, and Vasa Previa vol. 107, no. 4, april 2006. *Obstetrics & Gynecology* 927.
 25. Yuval Gielchinsky et al. Perinatal Outcome of Pregnancies Complicated by Placenta Accreta, *Obstetrics & Gynecology* 2004; 104:527-530.
-

ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ (ПРК) (PPH — PostPartum Haemorrhage)

Определение

Послеродовое кровотечение — клинически значимая кровопотеря, составляющая более 500 мл при родах через естественные родовые пути и более 1000 мл при КС.

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

Классификация

Раннее послеродовое кровотечение — в первые 24 часа после родов.

Позднее послеродовое кровотечение — по истечении 24 часов послеродового периода.

Факторы риска

Фактор риска	Частота, %
Предлежание плаценты	13,1
Удлинение третьего периода родов	7,6
Задержка плаценты и ее частей в полости матки	5,2
Преэклампсия	5,0
Срединно-латеральная эпизиотомия	4,7
Послеродовое кровотечение в анамнезе	3,5
Многплодие	3,3
Слабость родовой деятельности	2,9
Травма мягких родовых путей	2,0
Крупный плод	1,9
Затяжные роды	1,7
Оперативное вагинальное родоразрешение	1,7
Срединная эпизиотомия	1,6
Первородящая	1,5

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

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

Примечание: протокол активного ведения 3-го периода см. в протоколе нормальных родов.

Проблемы и ошибки при лечении послеродового кровотечения

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

- недооценка риска послеродового кровотечения (хотя оценка риска в антенатальном периоде не всегда эффективно выявляет женщин, у которых может развиться ПРК);
- недостаточное и/или несвоевременное (позднее) привлечение помощников из числа опытных сотрудников, заведующих отделениями, главных специалистов управления здравоохранения;
- недостаточное количество препаратов крови;
- отказ или задержка трансфузии препаратов крови (часто при недооценке кровопотери);
- слишком позднее начало хирургического гемостаза;
- несвоевременное заполнение и некачественное ведение медицинской документации.

Способы определения объема кровопотери

- Визуальный метод (ошибка 30%).
- Гравиметрический метод — взвешивание операционного материала (ошибка 15%).
- Измерение мерной емкостью (кружка, лоток с нанесенной градуировкой).
- Снижение уровня гематокрита менее 10% от исходного.
- По шоковому индексу Альговера (отношение ЧСС к систолическому АД) (не информативен при гипертензии).

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

Этиология

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

Этиологические факторы риска ПРК		
«Т»	Этиологический процесс	Клинические факторы риска
Нарушение сократительной функции матки («Т» — тонус)	Перерастяжение матки	<ul style="list-style-type: none"> • многоводие • многоплодие • крупный плод
	«Истощение» сократительной способности миометрия	<ul style="list-style-type: none"> • быстрые роды • затяжные роды • высокий паритет (> 5 родов)
	Инфекционный процесс	<ul style="list-style-type: none"> • хориоамнионит • лихорадка в родах
	Функциональные/анатомические особенности матки	<ul style="list-style-type: none"> • миома матки • предлежание плаценты

Задержка тканей в полости матки («Т» — ткань)	Задержка частей последа	<ul style="list-style-type: none"> • дефект последа • оперированная матка • высокий паритет • плотное прикрепление плаценты • приращение плаценты
	Задержка сгустков крови в полости матки	<ul style="list-style-type: none"> • гипотония матки
Травмы родовых путей («Т» — травма)	Разрывы шейки матки, влагалища, промежности	<ul style="list-style-type: none"> • быстрые роды • оперативные вагинальные роды
	Травматический разрыв матки во время кесарева сечения	<ul style="list-style-type: none"> • неправильное положение плода • низкое расположение предлежащей части
	Разрыв матки	<ul style="list-style-type: none"> • оперированная матка
Нарушения коагуляции («Т» — тромбин)	Выворот матки	<ul style="list-style-type: none"> • высокий паритет • расположение плаценты в дне матки
	Врожденные заболевания (гемофилия А, болезнь фон Виллебрандта)	<ul style="list-style-type: none"> • наследственные коагулопатии • заболевания печени
	Приобретенные при беременности Идиопатическая тромбоцитопения Тромбоцитопения с преэклампсией ДВС-синдром (преэклампсия, антенатальная гибель плода, тяжелая инфекция, эмболия околоплодными водами)	<ul style="list-style-type: none"> • гематомы и/или кровоточивость (в том числе в местах инъекций) • преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром • антенатальная гибель плода • хориоамнионит • дородовое кровотечение
	Лечение антикоагулянтами	<ul style="list-style-type: none"> • не образуется сгусток крови

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

Пошаговая терапия ПРК (при кровотечении без признаков геморрагического шока)

Шаг 1

Начальная оценка

Одновременно (3а)

- Мобилизация свободного персонала (не оставляя пациентку одну, **позвать на помощь** опытного акушера-гинеколога, владеющего оперативной техникой в полном объеме, анестезиолога-реаниматолога, лаборанта).
- Оценка объема кровопотери.
- Оценка состояния и контроль жизненно важных функций организма (АД, пульс, температура, частота дыхания).
- Катетеризация 2 периферических вен (№ 14—16G) для начала инфузии кристаллоидов в отношении 3:1 к объему кровопотери и утеротоников.
- Выделить сотрудника для постоянного ведения карты интенсивной терапии.
- Катетеризация мочевого пузыря — мочевой пузырь должен быть пустым.
- Согревание женщины (накрыть одеялом, поменять влажные простыни на сухие).
- Определение группы крови, Rh-фактора, взятие крови для анализа на совместимость.
- Установить причину
 - исследовать матку (тонус, ткань);
 - осмотреть родовые пути (травма).

Шаг 2 Этиотропная терапия

«Тонус»	«Ткань»	«Травма»	«Тромбин»
<ul style="list-style-type: none"> • Массаж матки • Утеротоники • Бимануальная компрессия матки 	<ul style="list-style-type: none"> • Ручное обследование полости матки (кюретаж в исключительных случаях) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ушивание разрывов мягких тканей родовых путей • Лапаротомия при разрыве матки • Коррекция выворота матки 	<ul style="list-style-type: none"> • Переливание факторов свертывания (СЗП, криопреципитата, тромбоцитарной массы) • Антифибринолитик и

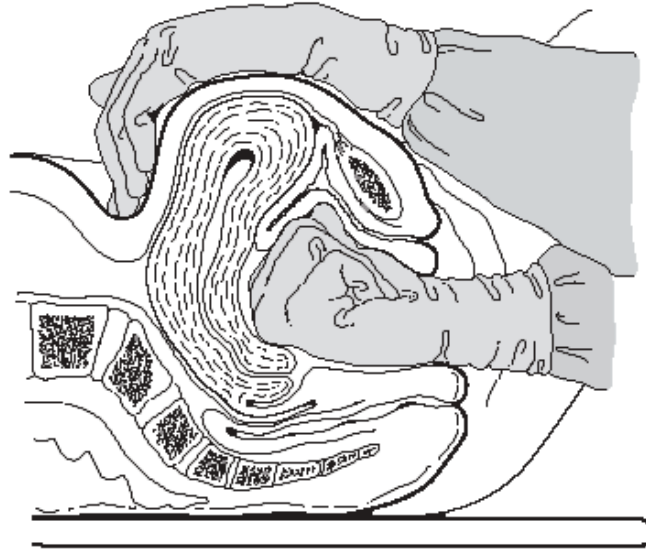
Атония матки является наиболее частой причиной ПРК.

Для лечения атонии могут быть использованы следующие группы утеротоников:

Параметры	Очередность введения и препараты		
	1-я очередь Окситоцин	2-я очередь Эргометрин Метилэргометрин	3-я очередь Простагландин F _{2α} (энзапрост)
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 мин (при необходимости — 0,2 мг в/м или в/в (медленно) каждые 4 часа	2,5 мг каждые 15 мин
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, предупреждения	—	Преэклампсия, гипертензия, болезни сердца	Нельзя вводить внутривенно. Астма

Примечание: смена очереди утеротонических препаратов обусловлена клиническим эффектом.

Метод для временного контроля кровотечения Бимануальная компрессия матки



Техника

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

При продолжающемся кровотечении

Одновременно

- Мобилизация всего свободного персонала (**позвать на помощь дополнительно** заведующего отделением; анестезиолога-реаниматолога (если не был вызван ранее); лаборанта — повторно; специалиста, ответственного в стационаре за переливание крови).
- Оценка объема кровопотери.
- Оценить состояние женщины и проводить контроль жизненно важных функций организма (постоянный мониторинг АД, пульса, температуры, частоты дыхания) с ведением карты интенсивного наблюдения.
- Продолжить введение кристаллоидов так быстро, как возможно, в отношении 3:1 к объему кровопотери. В дальнейшем программа инфузионной терапии составляется совместно с анестезиологом-реаниматологом.
- Развернуть операционную (**ЛУЧШЕ РАНЬШЕ, ЧЕМ ПОЗЖЕ**).

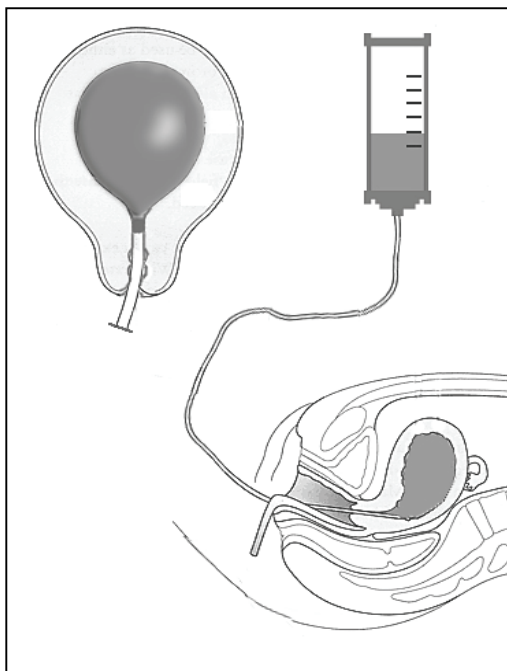
При акушерских кровотечениях одной из основных причин неблагоприятных исходов является слишком позднее проведение хирургического гемостаза.

- Провести лабораторные тесты:
 - клинический анализ крови (гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, время свертывания);
 - коагулограмма;
 - прикватный тест на свертываемость.
- Повернуть пациентку на бок и согреть (**но не перегревать!**) — поменять влажные простыни на сухие, дать дополнительное одеяло.
- Обеспечить подачу кислорода через маску со скоростью 8 л в минуту.

- Обеспечить наличие препаратов крови: СЗП, эритромаcсы в необходимом количестве.

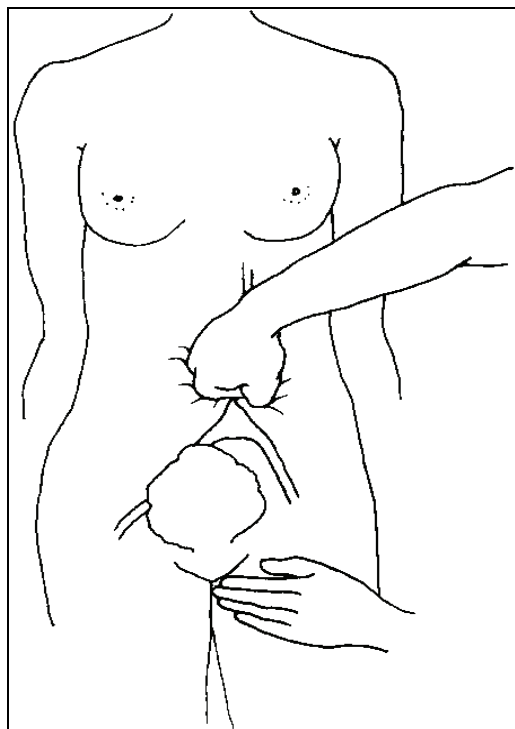
Шаг 3 Методы временной остановки кровотечения

Внутриматочная тампонада



Возможный способ — введение в полость матки баллонного катетера, который заполняется 180—360 мл физиологического раствора. Если процедура оказалась эффективной и кровотечение остановилось, катетер может быть оставлен в полости матки на 12—24 часа.

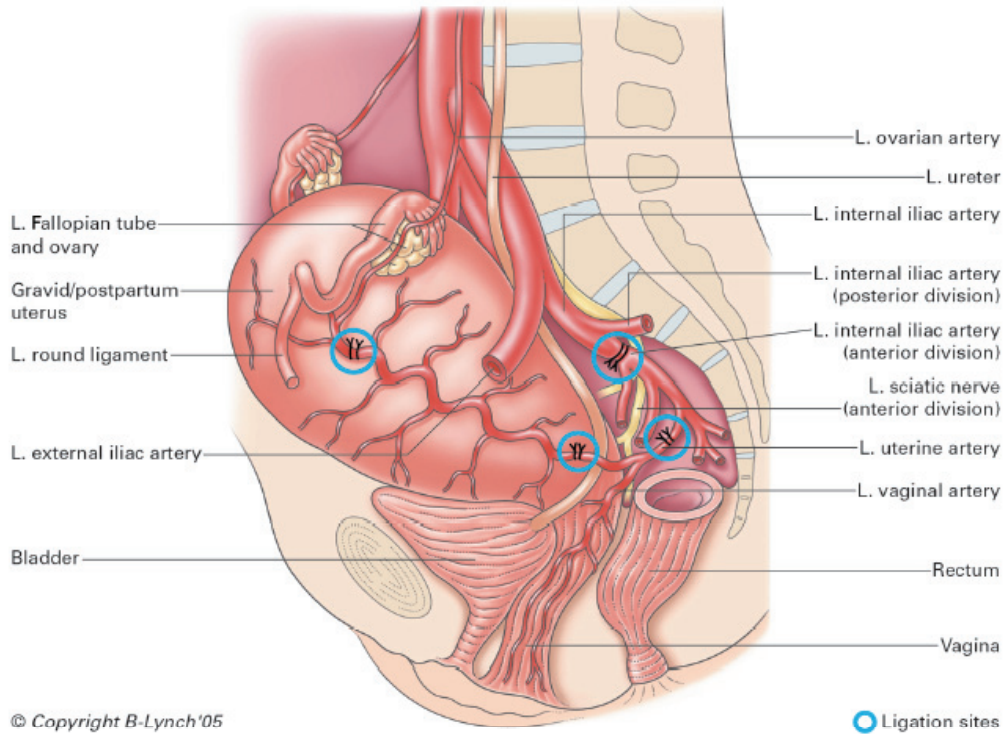
Сдавление брюшной аорты



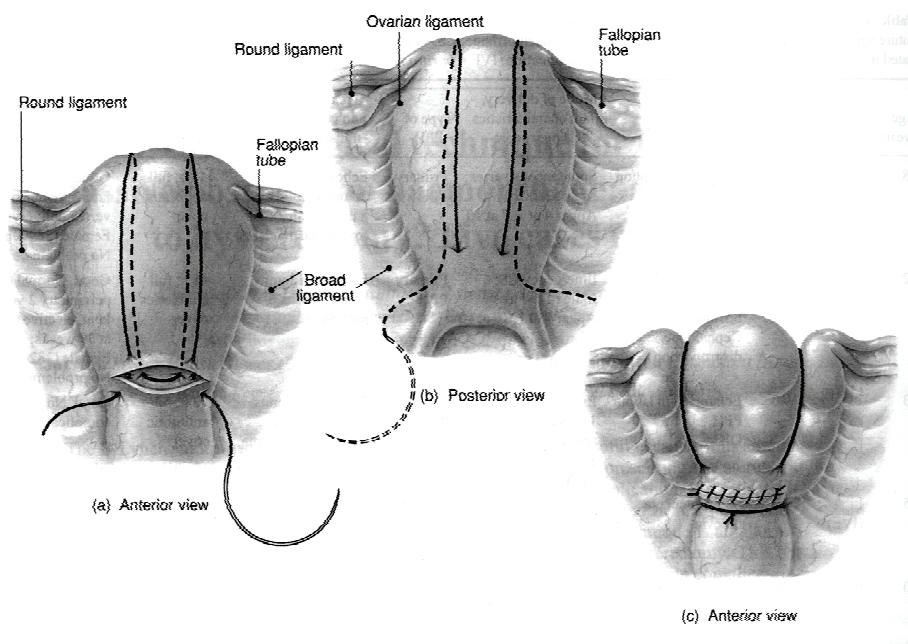
- примените нисходящее давление сложенным кулаком брюшной аорты прямо через брюшную стенку;
- точка надавливания находится прямо над пупком и немного левее;
- в раннем послеродовом периоде пульсация аорты может быть легко определена через переднюю брюшную стенку;
- другой рукой пальпируйте пульс на бедренной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

Шаг 4
Лапаротомия
(позаправный хирургический гемостаз)

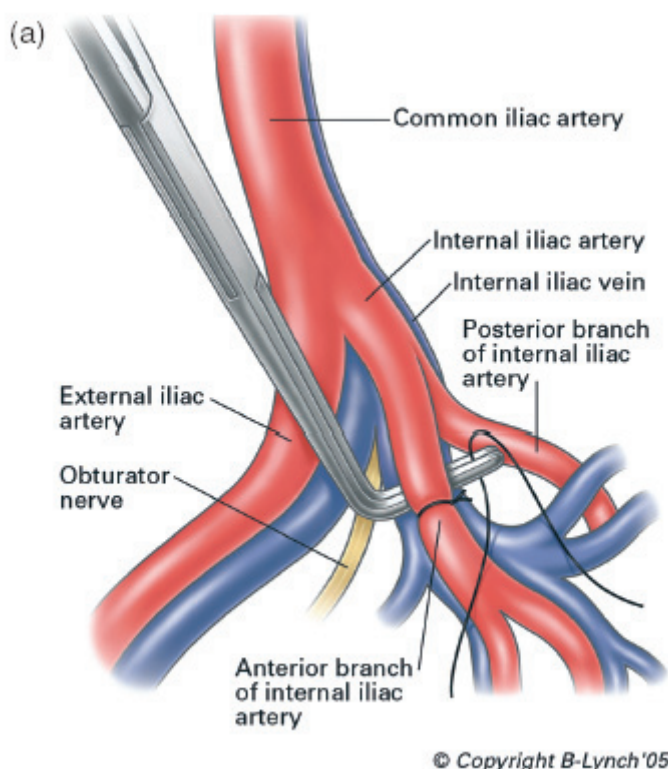
1. Повторить инъекцию 1 дозы (5 мг) простагландинов в матку.
2. Произвести последовательную перевязку сосудов (восходящих ветвей маточных артерий и яичниковые артерии с обеих сторон) (2a).



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



4. Перевязка внутренних подвздошных артерий (2а).



5. Произвести тотальную или субтотальную гистерэктомию.

Список рекомендуемой литературы

1. A State-Wide Assessment of the Obstetric, Anesthesia, and Operative Team Personnel Who Are Available to Manage the Labors and Deliveries and to Treat the Complications of Women Who Attempt Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, September 2002 (Volume 187, Number 3).
2. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 8, 2005. Oxford: Update Software Ltd. Available from <http://www.rhlibrary.com>. (Reprinted from *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
3. Ashley S. Roman, M. D., M. P. H., Andrei Rebarber, M. D. Seven Ways to Control Postpartum Hemorrhage *Cont OB/GYN* 48(3):34-53, 2003. © 2003 Medical Economics Company, Inc.
4. Control of Postpartum and Post Abortal Haemorrhage with Uterine Packing Gulfshan Haq, Subhana Tayyab Department of Gynaecology, Dow University of Health Sciences, Karachi.
5. Karen L. Maughan, M. D., Steven W. Heim, M. D., M. S. P. H., and Sim S. Galazka, M. D. Preventing Postpartum Hemorrhage: Managing the Third Stage of Labor University of Virginia School of Medicine, Charlottesville, Virginia *Family Physician* www.aafp.org/afp Volume 73, Number 6 March 15, 2006.
6. Kayani S. I., Walkinshaw S. A., Preston C. Pregnancy outcome in severe placental abruption. *Liverpool Women's Hospital, UK review article*.
7. McCormick M. L., H. C. G. Sanghvi, B. Kinzie, N. McIntosh. Averting maternal death and disability. Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings. JHPIEGO Corporation, Baltimore, MD, USA.
8. Methylergometrine and carboprost tromethamine prophylaxis for postpartum hemorrhage Singh Nisha, Singh Uma Department of Obstetrics and Gynecology, King George's Medical University, Lucknow *J Obstet Gynecol India* Vol. 55, No. 4: July/August 2005. Pg 325-328 original article. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*.
9. Michael P. Wainscott M. D., Michael P. Wainscott M. D. Pregnancy, Postpartum Hemorrhage.

10. Misoprostol for Prevention of Postpartum Hemorrhage: An Evidence-Based Review by U.S. Pharmacopeia (USP) Joyce Primo Carpenter, M.D., B.Sc. Pharm., USP Global Assistance Initiatives, Maryland, USA.
11. Misoprostol in preventing postpartum hemorrhage: A meta-analysis C. Langenbach. *Epidemiology and Biostatistics*, School of Public Health, University of California at Berkeley, Berkeley, CA, USA *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. — (2006) 92, 10-18.
12. Postpartum haemorrhage Gowri Ramanathana, Sabaratnam Arulkumar *Obstetrics & Gynaecology*, St. George's Hospital, London *Division of Obstetrics & Gynaecology*, St. George's Hospital, Blackshaw Road, London SW17 0QT, UK *Current Obstetrics & Gynaecology* (2006) 16, 6–13 Z. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 77 2002 267-275.
13. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 8, 2005. Oxford: Update Software Ltd. Available from <http://www.rhlibrary.com>. (Reprinted from *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
14. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 8, 2005. Oxford: Update Software Ltd. Available from <http://www.rhlibrary.com>. (Reprinted from *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
15. Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 8, 2005. Oxford: Update Software Ltd. Available from <http://www.rhlibrary.com>. (Reprinted from *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
16. Rashmi Bagga, M. D.; Vanita Jain, M. D.; Seema Chopra, M. D.; Jasvinder Kalra, M. D.; Sarala Gopalan, PhD. Massive obstetric hemorrhage *FRCOG Journal of perinatal Medicine* Volume 31, Issue 5 (2003).
17. Geller S. E., M. G. Adams, P. J. Kelly, B. S. Kodkany, R. J. Derman. Postpartum hemorrhage in resource-poor settings. Department of Obstetrics and Gynecology (MC 808), University of Illinois at Chicago, Chicago, Illinois, USA UMKC School of Medicine and Nursing, Kansas City, USA c J.N. Medical College, Belgaum, Karnataka, India UMKC School of Medicine, Kansas City, USA *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2006) 92, 202—211 www.elsevier.com/locate/ijgo.
18. The Management of Postpartum Haemorrhage Scottish Obstetric Guidelines and Audit Project. A Guideline Development Project initiated by the Scottish Executive Committee of the RCOG, funded by the Clinical Resource and Audit Group of the SODoH and working to the methodology of the Scottish Intercollegiate Guidelines Network A Clinical Practice Guideline for Professionals involved in Maternity Care in Scotland.
19. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported. Christopher B-Lynch Consultant (Obstetrics and Gynaecological Surgery).
20. The Management of Postpartum Haemorrhage. A Clinical Practice Guideline for Professionals involved in Maternity Care in Scotland Pilot Edition Guideline produced in June 1998 and valid until June 2000.
21. Three Keys to Avoiding Postpartum Hemorrhage by Margaret Scott, CPM. *Midwifery Today*. Issue 48, Winter 1998. Reprinted in *The Hemorrhage Handbook*.
22. Use of a Condom to Control Massive Postpartum Hemorrhage *MedGenMed Ob/Gyn & Women's Health* Sayeba Akhter, FCPS, DRH, FICMCH, Mosammata Rashida Begum, FCPS, MS, Zakia Kabir, Maliha Rashid, FCPS, Tarafder Runa Laila, FCPS, Fahmida Zabeen, FCPS *Medscape General Medicine* 5(3), 2003. © 2003 Medscape.
23. Uterovaginal Packing With Rolled Gauze in Postpartum Hemorrhage Case Report Posted 02/13/2004.
24. Von Willebrand disease and pregnancy. Jane Strong, Department of Haematology, Nottingham City Hospital, Hucknall Road, Nottingham NG5 1PB, UK *Current Obstetrics & Gynaecology* (2006) 16, 1–5 review article.

Преждевременные роды (Preterm labour)

Введение

Частота преждевременных родов в мире в последние годы составляет 5—10% и, несмотря на появление новых технологий, не имеет тенденции к снижению.

На долю недоношенных детей приходится 60—70% ранней неонатальной смертности, 50% неврологических заболеваний, в том числе ДЦП. Мертворождение при преждевременных родах наблюдается в 8—13 раз чаще, чем при срочных.

За последние десятилетия в развитых странах:

— смертность детей с массой тела 1000—1500 г снизилась с 50 до 5%;

— смертность детей с массой тела 500—1000 г снизилась с 90 до 20%.

К снижению смертности и заболеваемости привели:

- регионализация перинатальной помощи;
- применение кортикостероидов;
- препараты сурфактанта;
- применение антибиотиков;
- улучшение методов вентиляции легких;
- улучшенный неонатальный уход.

Определение

Преждевременными родами называют роды, наступившие на сроке беременности от 22 до 37 недель, при этом масса плода составляет от 500 до 2500 г.

Факторы риска

Почти 30% преждевременных родов происходят без видимой причины. К факторам риска относят: преждевременные роды в анамнезе, курение, низкое социально-экономическое положение, инфекционные заболевания, преждевременное излитие околоплодных вод, истмико-цервикальную недостаточность, аномалии развития матки, вредные факторы внешней среды.

Прогноз исходов

Начавшиеся преждевременные роды в большинстве случаев остановить не удается. Токोलитическая терапия позволяет продлить беременность на 1—3 суток, однако не снижает частоту преждевременных родов. Прогноз для плода определяется сроком гестации.

Преждевременные роды в 22—27 недель с массой плода до 1000 г составляют 5% от общего количества и характеризуются выраженной незрелостью легких плода. Исход родов для плода в этой группе наименее благоприятный. Хотя даже в этих сроках в ряде случаев профилактика РДС эффективна. Показатели перинатальной заболеваемости и смертности крайне высокие.

При преждевременных родах на сроке 28—33 недели с массой плода 1000—1800 г, несмотря на то что легкие плода еще незрелые, с помощью кортикостероидов удается добиться ускорения созревания легких. Поэтому исход родов для плода при этом сроке более благоприятный.

Преждевременные роды на сроке 34—37 недель составляют более половины от общего количества. Легкие плода практически зрелые и не требуют введения средств для стимуляции созревания сурфактанта. Инфекционная заболеваемость ново-

рожденных, родившихся на сроке 34—37 недель, значительно ниже по сравнению с более ранними сроками. Пролонгирование беременности на этом сроке не оказывает существенного влияния на показатели перинатальной смертности.

Профилактика

Доказана эффективность влияния на частоту преждевременных родов:

- программы по отказу от курения;
- диагностики и лечения бессимптомной бактериурии;
- диагностики и лечения бактериального вагиноза в группе женщин с преждевременными родами в анамнезе.

Не доказана эффективность влияния на частоту преждевременных родов:

- усиленного антенатального ухода (увеличение дородовых посещений, постельный режим, психологическая и социальная поддержка, диеты, воздержание от секса, госпитализация в «критические сроки», раннее профилактическое использование токолитиков, метаболическая терапия и т. д.);
- наложения шва на шейку матки, кроме группы женщин с выявленным «укорочением» шейки матки менее 15 мм;
- лечения бактериального вагиноза, кроме группы беременных с преждевременными родами в анамнезе;
- профилактического назначения антибиотиков при целом плодном пузыре.

Ранняя диагностика

Укорочение шейки матки по данным трансвагинального УЗИ имеет высокую прогностическую ценность для преждевременных родов. Длина шейки матки менее 15 мм — 50% шанс родить в сроке менее 32 недель.

Определение фетального фибронектина во влагалищном содержимом после 22 недель является хорошим прогностическим фактором преждевременных родов.

Использование указанных методов не влияет на перинатальные исходы в общей популяции, но имеет определенную прогностическую ценность в группе женщин с преждевременными родами в анамнезе.

Ведение преждевременных родов

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

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

Открытие маточного зева, см	Срок беременности, нед	
	менее 34	34—37
Менее 3	- перевод на 3-й (2-й) уровень - профилактика РДС - токолиз	- перевод на 2-й (3-й) уровень - токолиз на время транспортировки
Более 3	- для 1-го уровня — вызов неонатологической реанимационной бригады - роды	- вызов неонатолога - роды

Профилактика РДС

С этой целью используют глюкокортикоиды, которые способствуют синтезу сурфактанта и более быстрому созреванию легких плода, уменьшают риск развития РДС, внутрижелудочковых кровоизлияний и неонатальной смерти недоношенных новорожденных (**1a**).

Доказана эффективность профилактики респираторного дистресс-синдрома при сроке беременности 24—34 недели (**1a**). На курс лечения необходимо назначить:

- внутримышечно 2 дозы бетаметазона по 12 мг с интервалом в 24 часа; ИЛИ
- 4 дозы дексаметазона по 6 мг с интервалом в 12 часов.

При начавшихся преждевременных родах и открытии шейки матки более 3 см профилактика РДС не проводится, так как эффективная экспозиция глюкокортикоидов составляет не менее суток (**1b**).

Многочисленные курсы лечения глюкокортикоидами по сравнению с однократным курсом не приводят к снижению заболеваемости новорожденных и не рекомендуются к применению (**1b**).

Токолиз

Цель токолитической терапии:

- проведение курса профилактики РДС;
- перевод на соответствующий уровень оказания неонатальной помощи (2-й или 3-й).

На сегодняшний день препаратом выбора для токолитической терапии являются блокаторы кальциевых каналов (**нифедипин**), поскольку доказаны его преимущества по сравнению с другими препаратами:

- безопасность применения;
- время пролонгирования беременности;
- уменьшение неонатальных осложнений.

Схема применения нифедипина: 20 мг перорально; 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/сут.

Побочные эффекты:

- гипотензия крайне редко проявляется у пациенток с нормотонией;
- вероятность гипотензии повышается при совместном использовании нифедипина и магния сульфата;
- другие побочные эффекты: тахикардия, приливы, головные боли, головокружение, тошнота.

Рекомендуемый мониторинг при остром токолизе нифедипином в стационаре:

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

После купирования родовой деятельности поддерживающее лечение не рекомендуется.

При непереносимости нифедипина возможно использование бета-миметиков.

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

При хориоамнионите токолитическая терапия противопоказана.

Особенности ведения преждевременных родов

- Непрерывная психологическая поддержка во время родов, полная информированность пациентки о сложившейся акушерской ситуации и прогнозе исхода родов для новорожденного.
- Ведение преждевременных родов при головном предлежании плода осуществляется через естественные родовые пути. Преждевременные роды не являются показанием к КС.
- При необходимости обезболивания в первом периоде родов следует избегать назначения лекарственных препаратов, угнетающих дыхательный центр плода. Методом выбора является эпидуральная анестезия.
- Второй период родов ведется без защиты промежности.
- Не доказана целесообразность проведения эпизиотомии, пудендальной анестезии.

Список рекомендуемой литературы

1. Angel J. L. et al. Carbohydrate intolerance in patients receiving oral tocolytics. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 159(3):762, 1988.
2. Beall M. H. et al. A comparison of ritodrine, terbutaline, and magnesium sulfate for the suppression of preterm labor. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 153:854, 1985.
3. Bloss J. D. et al. Pulmonary edema as a delayed complication of ritodrine therapy: A case report. *J. Reprod. Med.* 32(6):469, 1987.
4. Collaborative Group on Antenatal Steroid Therapy. Effect of antenatal dexamethasone administration on the prevention of respiratory distress syndrome. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 141:276, 1981.
5. Creasy R. K. et al. Oral ritodrine maintenance in the treatment of preterm labor. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 137:212, 1980.
6. Creasy R., Gummer B., Liggins G. System for predicting spontaneous preterm birth. *Obstet. Gynecol.* 55:692, 1980.
7. Cunningham F. G. et al. Pulmonary injury complicating antepartum pyelonephritis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 156(4):797, 1987.
8. Dudley D. K. L., Hardie M. J. Fetal and neonatal effects of indomethacin used as a tocolytic agent. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 151:181, 1985.
9. Ferguson J. E. et al. A comparison of tocolysis with nifedipine or ritodrine: Analysis of efficacy and maternal, fetal, and neonatal outcome. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 163(1 Pt. 1):105, 1990.
10. Ferguson J. E. et al. Cardiovascular and metabolic effects associated with nifedipine and ritodrine tocolysis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 161(3):788, 1989.
11. Ferguson J. E. et al. Neonatal bilirubin production after preterm labor tocolysis with nifedipine. *Dev. Pharmacol. Ther.* 12(3):113, 1989.
12. Ferguson J. E. et al. Nifedipine pharmacokinetics during preterm labor tocolysis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 161(6 Pt. 1):1485, 1989.
13. Ferguson J. E., Hensleigh P. A., Kredenster D. Adjunctive use of magnesium sulfate with ritodrine for preterm labor tocolysis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 148(2):166, 1984.
14. Gamissans O. et al. A study of indomethacin combined with ritodrine in threatened preterm labor. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 8(3):123, 1978.
15. Hankins G. D. V. Complications of Beta-sympathomimetic Tocolytic Agents. In S. L. Clark, Phelan J. P., D. B. Cotton (eds.), *Critical Care Obstetrics*. Oradell, NJ: Medical Economics Books, 1987. Pp. 192—207.
16. Hatjis C. G. et al. Efficacy of combined administration of magnesium sulfate and ritodrine in the treatment of preterm labor. *Obstet. Gynecol.* 69:317, 1987.
17. Hatjis C. G., Swain M. Systemic tocolysis for premature labor is associated with an increased incidence of pulmonary edema in the presence of maternal infection. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 159(3):723, 1988.
18. Hollander D. I., Nagey D. A., Pupkin M. J. Magnesium sulfate and ritodrine hydrochloride: A randomized comparison. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 156:433, 1987.
19. Katz Z. et al. Treatment of premature labor contractions with combined ritodrine and indomethacine. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 21:337, 1983.

20. Lam F. et al. Use of subcutaneous terbutaline pump for long-term tocolysis. *Obstet. Gynecol.* 72:810, 1988.
 21. Liggins G. C. The Prevention of RDS by Maternal Betamethasone Administration. In *Lung Maturation and the Prevention of Hyaline Membrane Disease. Report of the 70th Ross Conference on Pediatric Research.* Columbus, OH: Ross Laboratories, 1976. P. 97.
 22. Main E. K., Main D. M., Gabbe S. G. Chronic oral terbutaline therapy is associated with maternal glucose intolerance. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 157:644, 1987.
 23. Martin R. W. et al. Comparison of oral ritodrine and magnesium gluconate for ambulatory tocolysis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 158:1440, 1988.
 24. McGregor J. A. et al. Adjunctive erythromycin for idiopathic preterm labor: Results of a randomized, double-blinded, placebo-controlled trial. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 154(1):98, 1986.
 25. Moise F. J. et al. Indomethacin in the treatment of premature labor: Effects on the fetal ductus arteriosus. *N. Engl. J. Med.* 319:327, 1988.
 26. Morales W. J. et al. A randomized study of antibiotic therapy in idiopathic preterm labor. *Obstet. Gynecol.* 72(6):829, 1988.
 27. Morales W. J. et al. Efficacy and safety of indomethacin versus ritodrine in the management of preterm labor: A randomized study. *Obstet. Gynecol.* 74(4):567, 1989.
 28. Morales W. J. et al. Fetal lung maturation: The combined use of corticosteroids and thyrotropin-releasing hormone. *Obstet. Gynecol.* 73(1):111, 1989.
 29. Morales W. J. et al. The use of antenatal vitamin K in the prevention of early neonatal intraventricular hemorrhage. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 159(3):774, 1988.
 30. National Institutes of Health Consensus Report. Report of the Consensus Development Conference on the Effects of Corticosteroids for Fetal Maturation on Perinatal Outcomes, U.S. Dept. of Health & Human Services, Public Health Service, NIH and NICHD Health & Human Development (NIH Pub. #95—3784). Washington, DC: NICHD, 1994.
 31. Newton E. R., Dinsmoor M. R., Gibbs R. S. A randomized, blinded, placebo-controlled trial of antibiotics in idiopathic preterm labor. *Obstet. Gynecol.* 74(4):562, 1989.
 32. Niebyl J. R. et al. The inhibition of premature labor with indomethacin. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 136:1014, 1980.
 33. Ogburn P. L. et al. Magnesium sulfate and beta-mimetic dual-agent tocolysis in preterm labor after single-agent failure. *J. Reprod. Med.* 30(8):583, 1985.
 34. Philipsen T. et al. Pulmonary edema following ritodrine-saline infusion in preterm labor. *Obstet. Gynecol.* 53:304, 1981.
 35. Pomerance J. J. et al. Maternally administered antenatal vitamin K: Effect on neonatal prothrombin activity, partial thromboplastin time, and intraventricular hemorrhage. *Obstet. Gynecol.* 70:235, 1987.
 36. Read M. D., Wellby D. E. The use of a calcium antagonist (nifedipine) to suppress preterm labour. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 93:933, 1986.
 37. Reiss U. et al. The effect of indomethacin in labour at term. *Int. J. Obstet. Gynaecol.* 14:369, 1976.
 38. Stubblefield P. G., Heyl P. S. Treatment of premature labor with subcutaneous terbutaline. *Obstet. Gynecol.* 59(4):457, 1982.
 39. Ulmsten U. Treatment of normotensive and hypertensive patients with preterm labor using oral nifedipine, a calcium antagonist. *Arch. Gynecol.* 236(2):69, 1984.
-

ДОРОДОВОЕ ИЗЛИТИЕ ВОД (ДИВ) (PROM — Prelabour Rupture Of Membranes)

Определение

Разрыв плодного пузыря до начала родовой деятельности при гестационном сроке более 22 недель.

«ДИВ до начала преждевременных родов» — при разрыве плодных оболочек до 37 полных недель беременности.

«ДИВ до начала срочных родов» — при разрыве плодных оболочек начиная с 37-й недели беременности.

Введение

Дородовое излитие вод при недоношенной беременности осложняет течение беременности только в 2% случаев, но связано с 40% преждевременных родов и, как следствие, является причиной значительной части неонатальной заболеваемости и смертности [17, 20, 21]. Три основные причины неонатальной смертности связаны с ДИВ при недоношенной беременности: недоношенность, сепсис и гипоплазия легких. Новорожденные с ВУИ, проявившейся сепсисом, имеют смертность в четыре раза выше, чем пациенты без сепсиса [16]. Риск для матери связан прежде всего с хориоамнионитом. Доказана связь между восходящей инфекцией из нижних отделов генитального тракта и ДИВ. Каждая третья пациентка с ДИВ при недоношенной беременности имеет положительные результаты посевов культуры генитального тракта [14,15], более того, исследования доказали возможность проникновения бактерий через интактные мембраны [18,19]. Имеется множество публикаций, в которых обсуждаются вопросы выявления плодов с ВУИ, роли профилактического назначения антибиотиков, токолитиков и кортикостероидов, оптимального гестационного возраста для родоразрешения и т.д. Целью работы над данным протоколом является оценка доказательств эффективности существующих методов диагностики и лечения состояний, связанных с ДИВ, а также выработка практических рекомендаций по их ведению.

Диагностика

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

При подозрении на ДИВ влагалищное исследование противопоказано, так как значительно увеличивает риск распространения инфекции (**2b**) и вряд ли будет полезно для определения тактики дальнейшего ведения беременности и родов.

Если разрыв оболочек произошел достаточно давно, диагностика может быть затруднена. Возможно проведение следующих диагностических тестов после тщательного сбора анамнеза:

- предложить пациентке чистую прокладку и оценить характер и количество выделений через 1 час;

- произвести осмотр на гинекологическом кресле стерильными зеркалами — жидкость, вытекающая из цервикального канала или находящаяся в заднем своде, подтверждает диагноз;
- провести «цитологический тест (симптом «папоротника»)» (частота ложноотрицательных ответов более 20%);
- использовать одноразовые тест-системы («Амниотест»);
- провести УЗИ — олигогидрамнион в сочетании с указанием на истечение жидкости из влагалища подтверждает диагноз ДИВ (**2b**).

Одна из основных задач — как можно более точно определить срок беременности.

ДИВ при гестационном сроке до 34 недель беременности

Ведение

- Перевод в акушерский стационар 3-го уровня или, при отсутствии такового в любой стационар 2-го уровня, где может быть оказана квалифицированная помощь недоношенным детям.
- Выжидательная тактика (без влагалищного осмотра), так как перинатальные исходы при сравнении с активной тактикой значительно лучше.
- Наблюдение за пациенткой осуществляется в палате отделения патологии беременности (контроль температуры тела, пульса, ЧСС плода, выделений из половых путей, сокращений матки каждые 4 часа с ведением специального листа наблюдений в истории родов).
- Токोलитики при преждевременных родах показаны на период не более 48 часов для перевода в перинатальный центр и назначения кортикостероидов (**2a**).
- Антибиотикопрофилактика начинается сразу после постановки диагноза ДИВ и продолжается до рождения ребенка, но не более 7 дней (эритромицин в таблетках по 0,5 г через 8 часов (**1a**)).
- Для профилактики РДС плода используют кортикостероиды — 24 мг бетаметазона (по 12 мг в/м через 24 часа) или 24 мг дексаметазона (по 6 мг в/м каждые 12 часов) (**1a**).
- Кортикостероиды противопоказаны при имеющихся признаках инфекции.

Продолжительность выжидательной тактики зависит от:

- гестационного срока (в 28—31 неделю — ценна каждая неделя, в 32—34 недели — каждые 2—3 дня);
- состояния плода;
- наличия инфекции.

Признаки инфекции:

- лихорадка матери ($> 38^{\circ}\text{C}$);
- тахикардия плода (> 160 уд/мин);
- тахикардия матери (> 100 уд/мин) — все три симптома не являются патогномичными;
- выделения из влагалища с гнилостным запахом;
- повышение тонуса матки (оба последних симптома являются поздними признаками инфекции).

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

Хориоамнионит — абсолютное показание к быстрому родоразрешению и не является противопоказанием к оперативному родоразрешению по обычной методике. При отсутствии активной родовой деятельности и шансов быстрого рождения ребенка метод выбора — кесарево сечение.

Выжидательная тактика	
Риск	Преимущества
Развитие инфекции	Ускоряет созревание легких плода Выигрыш времени для перевода в стационар 3-го уровня и/или реализации эффекта кортикостероидов Плод растет Развитие спонтанной родовой деятельности
Активная тактика	
Риск	Преимущества
Родовозбуждение: <ul style="list-style-type: none"> • гиперстимуляция • увеличение частоты КС • боль, дискомфорт Недоношенность: <ul style="list-style-type: none"> • РДС • внутричерепное кровоотечение • некротизирующий энтероколит Развитие септических осложнений у матери	Возможное предупреждение инфекции

ДИВ при гестационном сроке 34—37 недель беременности	
Ведение	
<ul style="list-style-type: none"> • Возможна выжидательная тактика (без влагалищного исследования). • При развитии спонтанной родовой деятельности проведение токолиза нецелесообразно (2a). • Наблюдение за пациенткой осуществляется в палате отделения патологии беременности (контроль температуры тела, пульса, ЧСС плода, выделений из половых путей, сокращений матки каждые 4 часа с ведением специального листа наблюдений в истории родов). • Антибиотикопрофилактика начинается сразу после постановки диагноза ДИВ (см. выше). • Целесообразность проведения профилактики РДС глюкокортикоидами можно рассмотреть в случае, если срок беременности точно подсчитать не удастся. 	

ДИВ при гестационном сроке более 37 недель беременности	
<p>Частота ДИВ при доношенной беременности составляет около 10% (6—19%). У большинства женщин после ДИВ самостоятельно развивается родовая деятельность:</p> <ul style="list-style-type: none"> • почти у 70% — в течение 24 часов; • у 90% — в течение 48 часов; • у 2—5% роды не начинаются и в течение 72 часов; • почти у такой же доли беременных роды не наступают и через 7 суток. <p>В 1/3 случаев причина ДИВ при доношенной беременности — инфекция (субклинические формы).</p>	

Ведение	
<ul style="list-style-type: none"> • Возможны выжидательная и активная тактики. 	

- Пациентка и ее семья должны получить максимальную информацию о состоянии матери и плода и преимуществах той или иной тактики — обязательно получение информированного письменного согласия от пациентки.

Выжидательная тактика	
Риск	Преимущества
Развитие инфекции	Развитие спонтанной родовой деятельности

Активная тактика	
Риск	Преимущества
Родовозбуждение: <ul style="list-style-type: none"> • гиперстимуляция • увеличение частоты КС • боль, дискомфорт Развитие септических осложнений у матери	Возможное предупреждение инфекции

Выжидательная тактика:

- без влагалищного исследования;
- наблюдение за пациенткой осуществляется в палате отделения патологии беременности (контроль температуры тела, пульса, ЧСС плода, выделений из половых путей, сокращений матки каждые 4 часа);
- антибиотикопрофилактика при безводном периоде более 18 часов — ампициллин 2 г в/в (предпочтительно) или в/м каждые 6 часов до родоразрешения. При отсутствии признаков инфекции антибиотикотерапия в послеродовом периоде не назначается;
- при появившихся признаках инфекции — родовозбуждение.

Продолжительность выжидательной тактики зависит от:

- желания женщины;
- наличия инфекции;
- состояния плода.

НО! Частота инфекции и КС возрастает значительно в случае родовозбуждения после 72-часового безводного периода.

Примерные планы родов в зависимости от длительности безводного периода (БП) и времени поступления в стационар:

1. Время поступления — 9.00 = БП к моменту поступления — 3 часа (с 6.00) = возможная индукция — с 6.00 (следующее утро) при БП 24 часа.
2. Время поступления — 15.00 = БП к моменту поступления — 3 часа (с 12.00) = возможная индукция — с 6.00 (через одно утро) при БП 42 часа.
3. Время поступления — 21.00 = БП к моменту поступления — 3 часа (с 18.00) = возможная индукция — с 6.00 (через одно утро) при БП 32 часа.

Активная тактика:

- оценка состояния шейки матки;
- при незрелой шейке матки (оценка по шкале Бишопа < 6 баллов) показано использование простагландинов (только интравагинально);
- при зрелой шейке матки родовозбуждение возможно как простагландинами, так и окситоцином;

- оперативное родоразрешение проводится по акушерским показаниям по обычной методике вне зависимости от продолжительности безводного периода и наличия признаков хориоамнионита;
- антибиотикотерапия показана только при наличии клинических признаков хориоамнионита (ампициллин 2 г в/в через 6 часов + гентамицин 5 мг/кг в/в однократно в сутки и после рождения ребенка; метрогил 500 мг через 8 часов). Терапия продолжается до 48 часов нормальной температуры.

Общий алгоритм

Мероприятие	Срок беременности, нед		
	менее 34	34—37	более 37
Стационар	3—2-й уровень	—	—
Тактика	Выжидательная	Выжидательно-активная	Активно-выжидательная
Токолитики	48 часов	—	—
Антибиотики	До родов (не более 7 суток)	До родов (не более 7 суток)	При безводном промежутке более 18 ч или при инфекции
Профилактика РДС	+	При сомнении в сроках	—
Родовозбуждение при наличии инфекции	+	+	+

Список рекомендуемой литературы

1. ACOG Practice Bulletin Number 1: Clinical management guidelines for Obstetrician-Gynecologists: premature rupture of membranes. June, 1988.
2. Baud O. Are neonatal brain lesions due to intrauterine infection related to mode of delivery? Br J Obstet Gynaecol. — 1998 Jan; 105(1):121-4.
3. Broekhuizen F. F., Gilman M., Hamilton P. R. Amniocentesis for Gram Stain and culture in preterm premature rupture of the membranes. Obstet Gynecol — 1985; 66:316-21.
4. Carroll S. G., Papaioannou S., Ntumazah I. L., Philpott-Howard J., Nicolaides K. H. Lower genital tract swabs in the prediction of intrauterine infection in preterm prelabour rupture of the membranes. British Journal of Obstetrics and Gynaecology — 1996; 103:54-59.
5. Cotton D. B., Hill L. M., Strassner H. T., Platt L. D., Ledger W. J. Use of amniocentesis in preterm gestation with ruptured membranes. Obstet Gynecol. — 1984; 63:38-48.
6. Douvas S. G., Brewer J. M., McKay M. L., Rhodes P. J., Kahlstorf J. H., Morrison J. C. Treatment of preterm rupture of the membranes. J Reprod Med — 1984;29:741-4.
7. Flenady V., King J. Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.
8. Galask R. P., Varner M. W., Petzold R., Wilbur S. L. Attachment to the chorionic membranes. Am J Obstet Gynecol. — 1984; 148:915-25.
9. Grisaru-Granovsky S. et al. Cesarean section is not protective against adverse neurological outcome in survivors of preterm delivery due to overt chorioamnionitis. J Matern Fetal Neonatal Med. — 2003 May; 13(5):323-7.
10. Gyr T. N., Malek A., Mathez-Loic et al. Permeation of human chorioamniotic membranes by Escherichia coli in vitro. Am J Obstet Gynecol. — 1994; 170:223-7.
11. Hannah M., Ohlson A., Farine D. et al. Induction of labor compared with expectant management for prelabour rupture of the membranes at term. N Engl J Med. — 1996; 334:1005-1010.
12. Kenyon S. et al. Antibiotics for preterm premature rupture of membranes (Cochrane Review), Cochrane Library, Issue 3, 2002.
13. Maxwell G. L. Preterm premature rupture of membranes. Obstet Gynecol Surv. — 1993; 48:576-83.
14. Merenstein G. B., Weisman L. E. Premature rupture of the membranes: neonatal consequences. Semin Perinatol. — 1996; 20:375-80.

15. Mozurekewich E., Wolf F. Premature rupture of membranes at term: A meta-analysis of three management strategies. *Obstet Gynecol.* — 1997;89:1035-43.
 16. Mozurkewich E. Management of premature rupture of membranes at term: an evidence-based approach. *Clin Obstet Gynecol.* — 1999 Dec; 42(4): 749-56.
 17. Patrick S. Ramsey, M. D., MSPH, Joelle M. Lieman, M. D., Cynthia G. Brumfield, M. D., Waldemar Carlo, M. D. Chorioamnionitis increases neonatal morbidity in pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes; *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2005) 192, 1162–6.
 18. Shalev E., Peleg D., Eliyahu S., Nahum Z. Comparison of 12- and 72-hour expectant management of premature rupture of membranes in term pregnancies. *Obstet Gynecol.* — 1995 May; 85(5 Pt 1):766-8.
 19. Tan B., Hannah M. Oxytocine for prelabour rupture of membranes at term. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2000; (2):CD000157.
 20. Wagner M. V. et al. A comparison of early and delayed induction of labor with spontaneous rupture of membranes at term. *Obstetrics & Gynecology.* — 1989; 74:93-97.
 21. Yvonne W. Wu, M. D., MPH; Gabriel J. Escobar, M. D.; Judith K. Grether, PhD; Lisa A. Croen, PhD; John D. Greene, M. A.; Thomas B. Newman, M. D., MPH. Chorioamnionitis and Cerebral Palsy in Term and Near-Term Infant. *JAMA.* — 2003; 290:2677-2684.
-

МЕКОНИАЛЬНО ОКРАШЕННЫЕ ВОДЫ. СИНДРОМ МЕКОНИАЛЬНОЙ АСПИРАЦИИ Meconium stained amniotic fluid (MSAF) Meconium aspiration syndrome (MAS)

Введение

Меконий, или первородный кал, на 75—80% состоит из воды. Остальная часть представлена кишечным секретом, желчью, соком поджелудочной железы, кровью, пушковыми волосами. Хотя меконий может быть обнаружен в кишечнике плода уже на сроке 14—16 нед, при преждевременных родах он встречается достаточно редко. Частота мекониального окрашивания вод возрастает к концу беременности и зависит от гестационного срока, достигая максимума к 42 нед. В среднем меконий в околоплодных водах обнаруживается в 10—15% всех родов (Woods, 1994). При этом наиболее опасная ситуация возникает при сочетании мекониально окрашенных вод и патологических изменений ЧСС плода. Среди данной группы новорожденных уровень перинатальной смертности составляет от 30 до 220‰, а неонатальной заболеваемости — до 500‰.

При попадании мекония в дыхательные пути, что возможно во время вдоха еще внутриутробно или сразу после рождения, может развиваться синдром мекониальной аспирации (MAS). Это случается примерно в каждом 10-м случае при наличии мекония в водах и ассоциировано с высоким уровнем смертности (более 4—10,5% новорожденных, у которых развился синдром мекониальной аспирации, умирают, что составляет до 2—20% всех случаев перинатальной смертности). Кроме того, синдром мекониальной аспирации остается наиболее частой причиной неонатального респираторного дистресса. Последние исследования подтвердили, что аспирация мекония более опасна, чем представлялась ранее. Патологическая цепочка гипоксемия → ацидоз → легочная гипертензия часто не позволяет надеяться на успех лечения.

Аспирация мекония может произойти в любой момент беременности и родов. Предотвратить все случаи аспирации невозможно. Но правильно оказанная, прежде всего, правильно организованная акушерская и неонатальная помощь может снизить частоту этого осложнения, а значит, и перинатальную заболеваемость и смертность.

Кроме того, остается несколько вопросов ведения данного состояния, которые до сих пор не имеют четких рекомендаций. Например, профилактическая ценность амниоинфузии, необходимость санации полости рта и носа до рождения плечиков ребенка или обязательная интубация с санацией верхних дыхательных путей.

Данный протокол составлен на основе данных последних доступных исследований и предлагает алгоритм ведения родов при мекониально окрашенных водах и синдроме мекониальной аспирации, который может стать основой для совместной работы акушеров и неонатологов.

Определение

Синдром мекониальной аспирации развивается при попадании мекония в дыхательные пути, то есть обнаружение мекония ниже голосовой щели подтверждает причину дистресса новорожденного.

Кроме того, риск развития синдрома мекониальной аспирации зависит от концентрации мекония в околоплодных водах. При наличии мекония в водах принято выделять 3 степени окраски:

- легкая;
- умеренная;
- выраженная — густые воды, консистенция «горохового супа».

Аспирация мекония может стать причиной

- мекониальной обструкции дыхательных путей;
- химического воспаления;
- уменьшения продукции эндогенного сурфактанта, так же как и его инактивации.

Осложнения синдрома мекониальной аспирации:

- пневмоторакс;
- гиповентиляция;
- ацидоз.

Группа риска:

- переносимая беременность;
- маловесный относительно гестационного срока новорожденный;
- ЗВУР;
- состояние дистресса плода в анте- или интранатальном периодах;
- состояния матери, при которых наиболее часто нарушается маточно-плацентарное кровообращение:
 - гестационная гипертензия;
 - хроническая гипертензия;
 - курение;
 - хронические заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой системы;
- состояния, возникающие во время родов, при которых происходит нарушение маточно-плацентарного кровообращения;
- маловодие.

Ведение

Аntenатальный период

Объективно обнаружить меконий в водах в антенатальный период практически невозможно (исключая амниоцентез, который производится редко по строгим показаниям, и амниоскопию).

Предлагается тщательное наблюдение за состоянием плода в группе высокого риска по нарушению маточно-плацентарного кровотока, которое должно включать в себя:

- контроль шевелений плода;
- определение биофизического профиля плода (в том числе сокращенного: определение амниотического индекса (АИ) и проведение нестрессового теста);
- доплерографию.

Родоразрешение женщин с мекониально окрашенными водами целесообразно проводить в стационарах 2—3-го уровня. При невозможности перевода — обеспечить присутствие на родах неонатолога.

При подтверждении нарушений маточно-плацентарного кровотока наиболее оправданным вмешательством будет родоразрешение, тем более при сроках более 41 недели (смотри протокол «Наблюдение за состоянием плода во время беременности и родов»).

Интранатальный период

При подтверждении наличия мекония в водах после искусственного или естественного вскрытия плодного пузыря, а также при скудном количестве или полном отсутствии вод при доказанном отсутствии оболочек:

- необходим тщательный контроль за состоянием плода, который должен включать в себя постоянную или продолжительную КТГ;
- в случае отсутствия подозрительной или патологической КТГ роды ведутся по протоколу нормальных родов, но с постоянной или продолжительной КТГ;

- при патологической КТГ необходимо определить рН крови, взятой из предлежащей части плода, или провести доплерографию. При подтверждении нарушений маточно-плацентарного кровотока срочно закончить роды в соответствии с акушерской ситуацией;
- появление мекония во время родов расценивается как проявление дистресса плода, поэтому следует пересмотреть план ведения родов;
- поставить в известность специалистов-неонатологов — на родах обязательно присутствие 2 врачей или врача и медсестры, каждый из которых должен обладать навыками первичной реанимации новорожденного, а один из них должен иметь навыки интубации трахеи;
- подготовить необходимую аппаратуру для проведения первичной реанимации в родильном зале.

Все специалисты, работающие в родовом блоке, должны пройти тренинги по первичной реанимации и сдать экзамен. Подобные тренинги должны быть регулярными (не реже 1 раза в год), и все вновь принятые на работу в родовую блок не должны допускаться к самостоятельной работе без сдачи экзамена по первичной реанимации.

После рождения головки плода (до рождения плечиков при головном предлежании):

- при легкой или умеренной концентрации мекония в водах и отсутствии патологических изменений ЧСС — отсасывание изо рта и из носа не производится (**1b**);
- при густых мекониальных водах — отсасывание изо рта и из носа производится во всех случаях;
- в случае сочетания мекониально окрашенных вод любой консистенции и патологических изменений ЧСС — отсасывание изо рта и из носа производится во всех случаях.

После рождения плода:

- в случае **отсутствия асфиксии** (ЧСС > 100 уд/мин, плач или самостоятельное дыхание, хороший тонус), независимо от концентрации мекония и данных КТГ, рутинно интубация трахеи не производится, ребенок выкладывается на живот матери и дальнейший уход осуществляется по протоколу нормальных родов;
- при **асфиксии** — одновременно:
 - пережимается и перерезается пуповина;
 - ребенок обсушивается и переносится на реанимационный столик;
 - отсасывание изо рта и из носа катетером размером не менее 10 F (этот размер может оказаться слишком большим при рождении маловесного плода, в этом случае размер определяется специалистом).

На реанимационном столе:

- обязательно наличие источника лучистого тепла и предварительно согретых пеленок;
- головка и лицо новорожденного должны быть обсушены, ноги и тело до груди прикрыты сухой пеленкой, шея несколько разогнута;
- катетер для санации должен иметь резервуар, где скапливается отсасываемое содержимое для визуального измерения его количества;
- ввести ларингоскоп для визуализации голосовых связок;
- ассистент подключает 100% кислород через носовую канюлю и монитор для контроля за ЧСС плода (или начинает считать сам, дополнительно отстукивая ритм по столу);
- несмотря на то что у новорожденного может быть брадикардия, необходимо предварительно отсосать содержимое из ротоглотки. Если же состояние новорожденного тяжелое, необходимо начать вентиляцию с положительным

давлением, даже если какая-то часть мекония еще осталась в дыхательных путях;

- если голосовые связки не могут быть визуализированы — повторить санацию через катетер размером 10 F или более;
- ввести эндотрахеальную трубку, подключить к ней аспиратор и начать отсасывание мекония, давление при отсасывании не должно превышать 100 мм рт. ст.

Для исключения дополнительной контаминации не использовать эндотрахеальную трубку для санации ротовой полости — все катетеры и трубки должны использоваться только один раз!

- если после первой интубации меконий остается в дыхательных путях, ребенок должен быть интубирован повторно в той же последовательности, что и раньше;
- при необходимости, если состояние ребенка позволяет, возможны неоднократные интубации до полного удаления мекония из дыхательных путей;
- эндотрахеальная трубка может быть оставлена для проведения вентиляции;
- для профилактики гипоксии и брадикардии необходимо исключить длительную санацию дыхательных путей, в таких случаях дополнительная санация может быть произведена после подачи кислорода и начала вентиляции;
- после стабилизации состояния новорожденного необходимо ввести в желудок зонд для профилактики аспирации и перевести ребенка для дальнейшего наблюдения в ПИТ.

Амниоинфузия

Амниоинфузия — введение физиологического раствора в полость матки. Предложена как метод для профилактики компрессии пуповины при маловодии или для снижения концентрации мекония в околоплодных водах. Используются различные методики, отличающиеся друг от друга объемом и скоростью вводимого раствора.

Влияние проведения амниоинфузии при мекониально окрашенных водах для профилактики MAS было изучено в 12 исследованиях. Последний обзор результатов исследований данной методики в библиотеке Кокрана датируется 2001 годом.

Общее количество участников исследований, проведенных в различных странах, было чуть менее 1900 человек.

Основными результатами проведения амниоинфузии были:

- снижение количества случаев густых мекониальных вод (ОР 0,03, 95% ДИ 0,01—0,15);
- снижение количества эпизодов переменных децелераций (ОР 0,65, 95% ДИ 0,49—0,88);
- тенденция к снижению общего количества родоразрешений путем КС (ОР 0,82, 95% ДИ 0,69—1,97);
- ни одного случая перинатальной смертности зафиксировано не было;
- при выделении в отдельную группу стран с ограниченными ресурсами перинатальной помощи результаты амниоинфузии были еще более значимые:
 - снижение количества MAS (ОР 0,24, 95% ДИ 0,12—0,48);
 - снижение случаев неонатальной гипоксической ишемической энцефалопатии (ОР 0,07, 95% ДИ 0,01—0,56);
 - снижение необходимости в госпитализации в неонатальную ПИТ и неонатальной вентиляции (ОР 0,56, 95% ДИ 0,39—0,79);
 - выявилась тенденция по снижению перинатальной смертности (ОР 0,34, 95% ДИ 0,11—1,06).

На основании этих результатов авторами обзора сделаны выводы, что проведение амниоинфузии в случае обнаружения густых мекониальных вод во время родов улучшает перинатальные исходы, особенно в учреждениях или странах с

ограниченными ресурсами по оказанию перинатальной, прежде всего, неонатальной помощи. При этом авторы замечают, что существует слишком мало сведений о редких, но потенциально опасных побочных действиях для матери.

Список рекомендуемой литературы

1. Ahanya S. N. Meconium passage in utero: mechanisms, consequences, and management. *Obstet Gynecol Surv.* 2005 Jan; 60(1): 45-56.
2. Bhuta T., Clark R. H., Henderson-Smart D. J. Rescue high frequency oscillatory ventilation vs conventional ventilation for infants with severe pulmonary dysfunction born at or near term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001; (1):CD002974.
3. British Paediatric Association. Neonatal resuscitation. London: BPA, 1993.
4. Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (2):CD000170.
5. Davis P. G., Henderson-Smart D. J. Intravenous dexamethasone for extubation of newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001; (4):CD000308.
6. Evans N., Kluckow M., Currie A. Range of echocardiographic findings in term neonates with high oxygen requirements. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 1998 Mar; 78(2): F105-11.
7. Ghidini A. Severe meconium aspiration syndrome is not caused by aspiration of meconium. *Spong CY. Am J Obstet Gynecol.* 2001 Oct; 185(4): 931-8.
8. Halliday H. L. Endotracheal intubation at birth for preventing morbidity and mortality in vigorous, meconium-stained infants born at term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001; (1):CD000500.
9. Linder N., Aranda J. V., Tsur M., Matoth I., Yatsiv I., Mandelberg H. et al. Need for endotracheal intubation in meconium stained neonates. *J Pediatr* 1988; 112:613-5.
10. Michael G. Meconium Aspiration Syndrome — More Than Intrapartum Meconium, *N Engl J Med* 353;9 www.nejm.org September 1, 2005.
11. Pinar H. Postmortem findings in term neonates. *Semin Neonatol.* 2004 Aug; 9(4): 289-302.
12. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Working party report on maternity care in obstetrics and gynaecology. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 1990.
13. Salvia-Roiges M. D. Efficacy of three treatment schedules in severe meconium aspiration syndrome. *Acta Paediatr.* 2004 Jan; 93(1): 60-5.
14. Sims D. G., Heal C. A., Bartle S. M. Use of adrenaline and atropine in neonatal resuscitation. *Arch Dis Child* 1994; 70:F3-10.
15. Soll R. F., Dargaville P. Surfactant for meconium aspiration syndrome in full term infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (2):CD002054.
16. Vain N. E. Oropharyngeal and nasopharyngeal suctioning of meconium-stained neonates before delivery of their shoulders: multicentre, randomised controlled trial. *Lancet.* 2004 Aug 14; 364(9434): 597-602.
17. Van Kaam A. H. Open lung ventilation improves gas exchange and attenuates secondary lung injury in a piglet model of meconium aspiration. *Crit Care Med.* 2004 Feb; 32(2): 443-9.
18. Ward M. Steroid therapy for meconium aspiration syndrome in newborn infants. *Sinn J. Cochrane Database Syst Rev.* 2003; (4):CD003485.
19. Which vitamin K preparation for the newborn? *Drug Ther Bull* 1998;36:17-9.
20. Wiswell T. E. Delivery room management of the apparently vigorous meconium-stained neonate: results of the multicenter, international collaborative trial., et al. *Pediatrics.* 2000 Jan; 105: 1-7.
21. Wiswell T. E. Handling the meconium-stained infant. *Semin Neonatol.* 2001 Jun; 6(3): 225-31.
22. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ. под ред. Михайлова А. В, СПб.: «Петрополис», 2003.

РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ С РУБЦОМ НА МАТКЕ (VBAC — Vaginal Birth After previous Caesarean birth)

Введение

Частота оперативных родов путем кесарева сечения неуклонно растет и достигла в среднем по РФ 17% (2005 г.). Наиболее частым показанием для планового КС является наличие рубца на матке после предшествующей операции. Вряд ли такая высокая частота оперативного родоразрешения устраивает профессионалов, понимающих, что это увеличивает, прежде всего, материнскую заболеваемость и смертность. Роды через естественные родовые пути с рубцом на матке являются возможным путем для снижения уровня КС. Целью разработки данного протокола является оценка безопасности VBAC и выработки основных рекомендаций по ведению пациенток с рубцом на матке во время беременности и родов.

Впервые успешные случаи VBAC упоминаются в работе Schell J. T. в 1923 г., который описал успешные вагинальные роды 34 детей у 23 матерей с рубцом на матке после предшествующего КС [16]. Но и после этого в течение многих десятилетий высказывание «одно КС — всегда КС» воспринималось как аксиома акушерами-гинекологами всего мира. До сих пор отсутствуют рандомизированные исследования, сравнивающие вагинальные роды и плановое повторное КС. Данные когортных исследований подтверждают, что доля успешных VBAC составляет от 50 до 85% [13, 14, 15, 17, 18, 19, 20]. Риск осложнений, таких как гистерэктомия, разрыв матки и операционная травма близлежащих органов, оценен в нескольких крупных исследованиях. В 1996 г. McMahon с соавт. оценил этот риск как соотношение 1,6% против 0,8% в группе VBAC [18]. При этом необходимость переливания крови, частота послеродовых инфекционных осложнений были сопоставимы. В 1999 г. Rageth с соавт. оценил исходы 17 613 влагалищных родов после КС и 11 433 плановых повторных КС [21]. Частота гистерэктомии (ОР 0,36, 95% ДИ 0,23—0,56), воспалительных заболеваний в послеродовом периоде (ОР 0,65, 95% ДИ 0,55—0,77), и тромбозмембранных осложнений (ОР 0,52, 95% ДИ 0,34—0,78) были меньше в группе VBAC. Также в группе успешных родов через естественные родовые пути были меньше кровопотеря (ОР 0,50, 95% ДИ 0,3—0,9) и более быстрое восстановление полноценной активности женщины в послеродовом периоде. Влияние операции КС на последующие беременности было оценено в 16 938 случаях и доказало увеличение частоты эктопической беременности (ОР 1,28), предлежания плаценты (ОР 3,89), отслойки плаценты (ОР 2,41) [31]. Повторное КС связано с увеличением риска предлежания плаценты (ОР 1,59, 95% ДИ 1,21—2,08) и вращения плаценты. В случае выбора женщиной планового КС риск возникновения РДС у новорожденного возрастает в 2 раза (6% против 3%) [26].

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

Роды через естественные родовые пути с рубцом на матке могут проводиться в стационарах, имеющих возможность проведения экстренного КС круглосуточно (**2a**), причем время от появления показаний к КС до начала операции не должно превышать 30 мин (**3b**).

Противопоказания

Абсолютные

- Предыдущее корпоральное КС или якорный разрез на матке.
- Предшествующий разрыв матки.
- Любое другое противопоказание для родов через естественные родовые пути.
- Отказ пациентки.

Относительные

- Более чем один рубец на матке после КС.
- Предшествующая гистеротомия.
- Предшествующее КС менее 2 лет назад.
- Предполагаемый вес плода > 4500 г.
- Неизвестный тип разреза на матке.
- Тазовое предлежание плода.
- Многоплодная беременность.

Ведение беременности

- Врачи женской консультации должны информировать беременную о возможности родов через естественные родовые пути с рубцом на матке.
- Врачи женской консультации, наблюдающие за беременной, обязаны подготовить документы (справки, выписки) о предшествующем КС или другом вмешательстве на матке, которые должны содержать информацию о показаниях к операции, типе разреза на матке (**2b**).
- Пациентка должна получить исчерпывающую информацию о родах через естественные родовые пути с рубцом на матке (возможный риск и преимущества), которая поможет ей принять осознанное решение.
- Дородовая консультация специалиста — акушера-гинеколога — обязательна.
- Врачи родильного отделения должны предлагать пациенткам, не имеющим абсолютных противопоказаний, роды через естественные родовые пути при наличии рубца на матке.
- Должно быть письменно оформлено информированное согласие пациентки.

Ведение родов

1-й период

- Роженица должна наблюдаться в родовом блоке с начала родовой деятельности.
- Обязательное ведение партограммы.
- Роды ведутся по протоколу нормальных родов, но с использованием постоянной (**2a**) или периодической КТГ (минимум 20 мин через 1 час).
- Медикаментозное обезболивание родов проводится согласно местным протоколам (предпочтительнее перидуральная анестезия).

2-й период

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

3-й период

Последовый период ведется активно.

Ручное обследование полости матки — по обычным показаниям.

Послеродовый период

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

Признаки угрожающего и начавшегося разрыва матки — показание для срочной лапаротомии **(2a)**:

- ухудшение состояния плода;
- напряженность в надлобковой области;
- кровянистые выделения из половых путей;
- острые боли в области рубца вне схватки;
- остановка родовой деятельности.

Принципы оперативного лечения при разрыве матки:
максимально консервативная тактика — органосохраняющий объем.

Особые случаи

Родовозбуждение

Родовозбуждение окситоцином повышает риск разрыва по рубцу. Однако индукция родов окситоцином не противопоказана. Индукция родов по схеме: амниотомия → окситоцин должна назначаться после тщательного обсуждения акушерской ситуации и учета всех акушерских факторов риска **(2b)**. Простагландины не используются из-за более высокой опасности осложнений (разрыв матки) по сравнению с окситоцином **(2b)**.

Родостимуляция

Родостимуляция с рубцом на матке после КС не противопоказана **(2a)**. В литературе описаны 3000 случаев применения окситоцина в родах у пациенток с рубцом на матке после предшествующего КС. Риск разрыва по рубцу в сравнении со спонтанными родами при наличии рубца повышается, но незначительно (1,8% — расхождение, не требующее лечения, < 0,5% — разрыв матки). Скорее всего, родостимуляция целесообразна в активную фазу и во второй период. Динамика родов оценивается по партограмме. Родостимуляция проводится окситоцином по протоколу, принятому в лечебном учреждении.

Более одного рубца на матке

Вопрос, требующий тщательного подхода и обсуждения в каждом конкретном случае. Данных в литературе немного. Частота разрывов матки, имеющей более одного рубца, несколько выше (4%) **(2b)**.

Многоплодная беременность и тазовое предлежание

Роды двойней и тазовое предлежание плода не являются противопоказаниями для родов через естественные родовые пути с рубцом на матке **(2b)**. В литературе нет данных о росте материнской и неонатальной заболеваемости при многоплодной беременности по сравнению с родами одним плодом.

Тазовое предлежание само по себе является в настоящее время дискуссионным вопросом о целесообразности и безопасности родов через естественные родовые пути при доношенной беременности.

Список рекомендуемой литературы

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after previous Cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin No. 5. Washington (DC): ACOG; 1999.
2. Biswass A. Management of previous Cesarean section. Curr Opin Obstet Gynecol. — 2003; 15:123–9.

3. Bujold E., Gauthier R. J. Neonatal morbidity associated with uterine rupture: what are the risk factors? *Am J Obstet Gynecol.* — 2002; 186:311–4.
4. Regnard C., Nosbusch M. Cesarean section scar evaluation by saline contrast sonohysterography *Ultrasound Obstet Gynecol.* — 2004; 23: 289–292.
5. Coassolo K. M., Stamilio D. M., Pare E. et al. Safety and efficacy of vaginal birth after cesarean attempts at or beyond 40 weeks of gestation. *Obstet Gynecol.* — 2005; 106:700-706.
6. Davies G. A., Hahn P. M., McGrath M. M. Vaginal birth after Cesarean section: physicians' perceptions and practice. *J Reprod Med.* — 1996; 41:515–20.
7. Flamm B. L., Lim O. W., Jones C., Fallon D., Newman L. A., Mantis J. K. Vaginal birth after Cesarean section: results of a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol.* — 1988; 158:1079–84.
8. Gilliam M., Rosenberg D., Davis D. The likelihood of placenta previa with greater number of Cesarean deliveries and higher parity. *Obstet Gynecol.* — 2002; 99:976–80.
9. Gordon C. S., Smith, MD, PhD; Jill P. Pell, MD; Alan D. Cameron, MD; Richard Dobbie, BSc. Risk of Perinatal Death Associated With Labor After Previous Cesarean Delivery in Uncomplicated Term Pregnancies. *JAMA.* — 2002; 287:2684-2690.
10. Hibbard J. U., Ismail M. A., Wang Y., Te C., Karrison T., Ismail M. A. Failed vaginal birth after Cesarean section: how risky is it? *Am J Obstet Gynecol.* — 2001; 184:1365–73.
11. Hook B., Kiwi R., Amini S. B., Fanaroff A., Hack M. Neonatal morbidity after elective repeat Cesarean section and trial of labor. *Pediatrics.* — 1997; 100:348–53.
12. Kieser K. E., Baskett T. F. A 10-year population-based study of uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol.* — 2002; 100:749–53.
13. Lovell R. Vaginal delivery after Caesarean section: factors influencing success rates. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* — 1996; 36:4–8.
14. McMahon M. J. Vaginal birth after Cesarean. *Clin Obstet Gynecol.* — 1998; 41:369–81.
15. McMahon M. J., Luthier E. R., Bowes W. A., Olshan A. F. Comparison of a trial of labor with an elective second Cesarean section. *N Engl J Med.* — 1996; 335:689–95.
16. Mozurkewich E. L., Hutton E. K. Elective repeat Cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *Am J Obstet Gynecol.* — 2000; 183:1187–97.
17. O'brien-Abel N. Uterine rupture during VBAC trial of labor: risk factors and fetal response. Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Maternal and Fetal Medicine, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA 98195-6460, USA.
18. Quilligan E. J. Vaginal birth after Cesarean section: 270 degrees. *J Obstet Gynecol Res.* — 2001; 27:169–73.
19. Rageth J. C., Juzi C., Grossenbacher H. Delivery after previous Cesarean: a risk evaluation. *Obstet Gynecol.* — 1999; 93:332–7.
20. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *The New England Journal of Medicine.* Copyright © 2001 by the Massachusetts Medical Society volume 345 July 5, 2001 number 1.
21. Rosen M. G., Dickinson J. C., Westhoff C. L. Vaginal birth after Cesarean section: a meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstet Gynecol.* — 1991; 77:465–70.
22. Rozenberg P., Goffinet F., Philippe H. J., Nisand I. Ultrasonographic measurement of lower uterine segment to assess the risk of defects of scarred uterus. *Lancet.* — 1996; 347:281–4.
23. Schell J. T. Once a Cesarean always a Cesarean? *N Y Med J.* — 1923;637.
24. Scott J. R. Avoiding labor problems during vaginal birth after Cesarean delivery. *Clin Obstet Gynecol.* — 1997; 40:533–41.
25. Shipp T. D., Zelop C., Cohen A., Repke J. T., Lieberman E. Post-Cesarean Delivery Fever and Uterine Rupture in a Subsequent Trial of Labor, *Ob/Gyn.* — 2003;101(1):136-139.
26. Shipp T. D., Zelop C., Cohen A., Repke J. T., Lieberman E. Post-Cesarean Delivery Fever and Uterine Rupture in a Subsequent Trial of Labor. *Obstetrics and Gynecology.* — 2003; 101(1):136-139.
27. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Vaginal birth after previous Caesarean birth. *Clinical Practice Guideline No. 68.* Ottawa (ON): SOGC; December 1997.
28. Temporal trends in the rates of trial of labor in low-risk pregnancies and their impact on the rates and success of vaginal birth after cesarean delivery.
29. Vaginal birth after cesarean Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Vaginal birth after cesarean. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2002 Oct. 23 p.
30. Vaginal Birth After Cesarean Birth - California, 1996-2000 from Morbidity & Mortality Weekly Report.
31. Vaginal birth after previous caesarean birth clinical practice guidelines policy statement No. 68, December 1997.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИБИОТИКОВ В АКУШЕРСТВЕ. ПОСЛЕРОДОВЫЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ (ПГСО)

Введение

Несмотря на снижение показателей материнской смертности в России в последнее десятилетие, акушеров не может не печалить тот факт, что структура этого показателя, принимаемого ООН/ВОЗ за одно из основных критериев эффективности деятельности медицинской системы во всех странах, остается в России аналогичной таковым в развивающихся странах, которые не обладают такой системой оказания помощи матерям почти со 100% охватом всех беременных.

Инфекционные послеродовые осложнения являются одной из главных причин материнской заболеваемости и смертности. Так, в 2004 и 2005 годах от послеродовых гнойно-септических осложнений умерло по 29 женщин, что составило в последний исследуемый год 11,4% [1]. Поэтому профилактика и своевременное адекватное лечение этого состояния остаются чрезвычайно актуальными для современного российского акушерства. Необходимо сказать, что распространенность ПГСО, по данным различных международных научных источников, составляет от 2 до 10% (в среднем 5%) после вагинальных родов, а после оперативных родов — 20—50% (!), что никак не согласуется с данными официальной статистики российских родовспомогательных учреждений. Возможно, недоучет, недооценка состояния, а следовательно, и позднее начало адекватной терапии и являются причиной неблагоприятной статистики заболеваемости и смертности родильниц.

В данном протоколе рассмотрены современные подходы к вопросам диагностики, профилактики и лечения послеродовых гнойно-септических осложнений у родильниц.

Профилактика

Выполнение целого ряда акушерских процедур (например, КС и ручного удаления плаценты) повышает риск инфекционных заболеваний у женщин. Этот риск может быть уменьшен за счет не только соблюдения общих принципов асептики и антисептики, но и профилактического использования антибактериальных средств. При этом профилактическое использование антибиотиков (АБ) не только снижает послеродовую заболеваемость, но и уменьшает необходимость назначения АБ в лечебных дозах продолжительными курсами.

Показания для проведения АБ-профилактики

1. Акушерские операции:
 - кесарево сечение (всегда при экстренном КС и в группе высокого риска по инфекционным осложнениям при плановом КС);
 - ручное отделение и выделение последа;
 - ручное обследование полости матки;
 - извлечение плода за тазовый конец;
 - послеродовая гистерэктомия.
2. Дородовое излитие околоплодных вод при недоношенной беременности (сразу после постановки диагноза) (**1a**).

3. Дородовое излитие околоплодных вод при доношенной беременности (при безводном периоде более 18 часов) **(2а)**.
4. Доказанное носительство (бак-посев) β-гемолитического стрептококка **(2а)**.
5. С началом преждевременных родов при отсутствии данных о носительстве β-гемолитического стрептококка **(3а)**.
6. Разрывы промежности 3-й и 4-й степени.
7. Выворот матки.
8. Разрыв матки.

Доказано:
одна доза антибиотика широкого спектра действия, назначаемая с целью профилактики, так же эффективна, как 3 дозы или назначение препарата на 24 ч (1а).

Схемы антибиотикопрофилактики

- При КС — 2 г ампициллина или цефалоспорины 1-го поколения вводится в/в медленно сразу после пережатия пуповины.
- При всех других акушерских вмешательствах — 2 г ампициллина или 1 г цефалоспоринов 1-го поколения в/в медленно сразу при возникновении показаний для их введения.
- Если процедура продолжается более 6 часов или кровопотеря составляет 1500 мл или более, необходимо ввести вторую дозу АБ для поддержания адекватной его концентрации в крови во время процедуры.
- При дородовом излитии вод при недоношенной беременности — эритромицин по 500 мг per os через 8 часов в течение 7 дней.
- При дородовом излитии вод при гестационном сроке более 37 нед — ампициллин по 2 г или цефалоспорины 1-го поколения по 1 г в/в через 6 часов до рождения ребенка (при отсутствии признаков инфекции АБ после родов не назначаются).
- При носительстве стрептококков группы В — пенициллин 2 млн ЕД в/в каждые 6 часов с момента поступления в стационар, начала родов, не менее, чем за 4 часа до рождения ребенка.

Схемы антибиотикотерапии

- В качестве препаратов первой линии при инфекции, возникшей во время родоразрешения или в послеродовом периоде, целесообразно использование следующей комбинации:
 - ампициллин 2 г в/в каждые 6 часов;
 - гентамицин 5 мг/кг веса тела в/в каждые 24 часа;
 - метронидазол 500 мг в/в каждые 8 часов (при назначении данного препарата необходимо пересмотреть режим грудного вскармливания следующим образом: сцеживание до инфузии — перерыв между прикладываниями к груди 8 часов — кормление сцеженным молоком).

Перед началом антибиотикотерапии необходимо взять отделяемое из матки на бактериологическое исследование для определения флоры и ее чувствительности к антибиотикам.

- При неагрессивной инфекции возможно использование амоксициллина по 500 мг per os каждые 8 часов вместо ампициллина, также может быть использована пероральная форма метронидазола вместо в/в введения.
- При отсутствии клинического эффекта в течение 48 часов при адекватных дозах антибиотиков необходимо произвести переоценку состояния пациентки и предположить наличие других возможных источников инфекции.

- Или пересмотреть лечение в соответствии с данными о чувствительности к антибиотикам (или добавить дополнительные препараты против анаэробов, если они еще не использовались).
- **Если отсутствует возможность выполнения бактериологических исследований**, необходимо заново переоценить состояние женщины на предмет выявления скопления гноя, особенно в полости таза, и в неэффективных случаях предположить тромбоз глубоких вен и вен таза.
- Кроме того, необходимо рассмотреть возможность устойчивости микроорганизмов, вызвавших инфекцию, к ранее использованной комбинации антибиотиков и в этих случаях:
 - если есть подозрение на стафилококковую инфекцию, добавить:
 - клоксациллин 1 г в/в каждые 4 часа;
 - или ванкомицин 1 г в/в каждые 12 часов, вводимый в течение часа;
 - если есть подозрение на кластридиальную инфекцию или гемолитический стрептококк группы А, добавить пенициллин 2 млн ЕД в/в каждые 4 часа;
 - если вышеупомянутые инфекции исключены, добавить 2 г цефтриаксона в/в каждые 24 часа;
- критерий отмены антибиотикотерапии — отсутствие лихорадки в течение 48 часов. Нет необходимости продолжать антибиотикотерапию перорально, так как это не может принести дополнительной пользы.

Для предупреждения развития флебитов место вкола иглы для инфузии необходимо менять каждые три дня или при появлении первых признаков воспаления.

При генерализованных формах инфекции антибиотикотерапия должна быть назначена как минимум на 7 сут.

Гипертермия в послеродовом периоде

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

Отдельные нозологические формы ПГСО

Базовая тактика

- Постельный режим.
- Адекватная гидратация перорально или в/в.
- Снижение температуры тела физическими методами (вентилятор, прохладная губка).
- Или медикаментозными, например парацетамол по 0,5 г.
- Если есть подозрение на шок, немедленно начать лечение (даже если нет признаков шока, необходимо иметь настороженность относительно шока при последующей оценке состояния женщины, так как ее состояние может быстро ухудшиться).

Эндометриит

Стандартное определение случая метрита включает в себя следующие клинические симптомы (для постановки диагноза достаточно наличие 2 симптомов):

1. Температура тела 38°C и выше.
2. Болезненная матка при пальпации.
3. Выделения из половых путей с неприятным запахом.
4. Возможно умеренное кровотечение из половых путей.

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

Факторы риска:

- хориоамнионит в родах;
- КС (особенно экстренное);
- длительный безводный период (> 18 часов при доношенной беременности);
- многократные влагалищные исследования в родах (особенно более 7);
- затяжные роды, потребовавшие родостимуляции;
- влагалищные родоразрешающие операции;
- родовой травматизм;
- задержка частей последа.

В случае диагностики метрита родильница должна быть переведена в палату, где возможна организация круглосуточного дежурства родственников или знакомых для оказания помощи в уходе, прежде всего, за новорожденным. В случае отсутствия такой возможности максимальную помощь должны оказывать сотрудники отделения, прежде всего, акушерки послеродового поста, которые должны завести экспресс-карту для контроля температуры тела, АД, пульса, диуреза и объема проводимых лечебных мероприятий.

При субфебрильной температуре в послеродовом периоде (до 37,5°C в течение более 24 часов со 2-х суток послеродового периода при отсутствии клинических признаков эндометрита):

- контроль температуры тела через 3 часа с записью в истории родов;
- бак-посев из полости матки;
- провести дифференциальную диагностику с другими возможными причинами повышения температуры тела.

Дифференциальная диагностика ПГСО

Обязательные симптомы	Вероятные симптомы	Вероятный диагноз
Гипертермия, озноб, гнойные выделения с запахом, болезненная матка	Кровотечение Шок	Метрит
Боль и вздутие внизу живота, периодическая гипертермия, озноб, болезненная матка	Неэффективность антибиотиков Образование в области придатков или дугласовом пространстве Гной при кульдоцентезе	Тазовый абсцесс
Повышение температуры тела, озноб, боль внизу живота, парез кишечника	Положительные симптомы раздражения брюшины Вздутие живота Диспепсия Шок	Перитонит
Болезненность и напряжение молочной железы на 3—5-й день после родов	Возможно как одно-, так и двустороннее поражение	Лактостаз
Болезненность раны, кровянистые или серозные выделения	Умеренная гиперемия	Абсцесс раны Серома Гематома раны
Болезненность, гиперемия, отек раны	Гнойные выделения из раны	Флегмона раны Раневой целлюлит
Дизурия	Боль за или над лобком	Цистит
Дизурия, гипертермия, озноб	Боль за или над лобком Боль в поясничной области Болезненность грудной клетки Диспепсия	Острый пиелонефрит
Гипертермия, отсутствие эффекта от антибиотиков	Болезненность икроножных мышц	Тромбоз глубоких вен

Тазовый абсцесс

- Если абсцесс флюктуирует в дугласовом пространстве, необходимо произвести кульдоцентез, дренирование; если после этого сохраняется гектическая лихорадка — произвести лапаротомию для дренирования.
- Комбинация антибиотиков перед дренированием абсцесса и до отсутствия лихорадки в течение 48 часов:
 - ампициллин — 2 г в/в каждые 6 часов;
 - гентамицин — 5 мг/кг веса в/в каждые 24 часа;
 - метронидазол — 500 мг в/в каждые 8 часов.

Перитонит

- Лапаротомия.
- Дренирование брюшной полости для перитонеального лаважа (диализа).
- При септической или некротической матке — гистерэктомия (по возможности субтотальная).

Раневая инфекция промежности и передней брюшной стенки

- При наличии гноя или жидкости раскрыть и дренировать рану.
- Удалить инфицированные кожные или подкожные швы и обработать рану растворами антисептиков (H_2O_2 , фурацилин + диоксидин (0,5% или 1% — 10 мл)).
- Наложить повязку с гипертоническим раствором (10% NaCl) на рану; перевязки необходимо производить каждые 24 часа или по необходимости.
- Если абсцесс без флегмоны, нет необходимости в использовании антибиотиков.

Особые состояния

Лактостаз

- Если ребенок способен к сосанию:
 - кормить чаще, помогать чаще прикладывать к груди;
 - перед кормлением проводить расслабляющие мероприятия: теплый компресс, теплый душ, массаж спины и шеи;
 - необходимо поддерживать грудь повязкой или бюстгалтером;
 - между кормлениями приложить холодный компресс к молочным железам;
 - при необходимости возможно назначение парацетамола 500 мг per os;
 - продолжать данные манипуляции необходимо в течение 3 дней после их начала для закрепления результата.
- Если ребенок не способен к сосанию:
 - сцеживать молоко рукой или молокоотсосом.
- Если женщина не кормит грудью:
 - необходимо поддерживать грудь повязкой или бюстгалтером;
 - периодически прикладывать холодный компресс к молочным железам;
 - избегать массажа и прикладывания тепла к груди, стимуляции сосков;
 - при необходимости возможно назначение парацетамола 500 мг per os;
 - продолжать данные манипуляции необходимо в течение 3 дней после их начала для закрепления результата.

Список рекомендуемой литературы

1. Antibiotics for preterm rupture of membranes (Cochrane Review). The Reproductive Health Library, Issue 9, 2006.
2. Flenady V., King J. Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2.

3. French L. Prevention and treatment of postpartum endometritis. *Curr Womens Health Rep* 2003 Aug;3(4):274-9.
 4. French L. M., Smaill F. M. Antibiotic regimens for endometritis after delivery (Cochrane Review). *The Reproductive Health Library*, Issue 9, 2006.
 5. Hopkins L., Smaill F. Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for cesarean section. *The Cochrane Database of Systematic Issue* 1.
 6. Hopkins L., Smaill F. Antibiotic regimens for management of intraamniotic infection. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2.
 7. Kenyon S., Boulvain M., Neilson J. Prophylactic antibiotics for inhibiting preterm labour with intact membranes (Cochrane Review).
 8. King J., Flenady V. *The Reproductive Health Library*, Issue 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd.
 9. Liabsuetrakul T., Choobun T., Peeyananjarassri K., Islam M. Antibiotic prophylaxis for operative vaginal delivery (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004.
 10. Ness R. B., Soper D. E., Holley R. L., et al. Douching and endometritis: results from the PID evaluation and clinical health (PEACH) study.; *Sex Transm Dis* 2001 Apr;28(4):240-5.
 11. Ross J. D. What is endometritis and does it require treatment? *Sex Transm Infect* 2004 Aug;80(4):252-3.
 12. Smaill F., Hofmeyr G. J. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 3.
 13. Thinkhamrop J., Hofmeyr G. J., Adetoro O., Lumbiganon P. Prophylactic antibiotic administration in pregnancy to prevent infectious morbidity and mortality. *The Cochrane Database of Systematic Issue* 4.
 14. Tran S. H., Caughey A. B., Musci T. J.; Meconium-stained amniotic fluid is associated with puerperal infections.; *Am J Obstet Gynecol* 2003 Sep;189(3):746-50.
 15. William J. Ledger Post-partum endomyometritis diagnosis and treatment: A review, *J. Obstet. Gynaecol. Res.* Vol. 29, No. 6: 364–373, December 2003.
 16. Материнская смертность в Российской Федерации в 2005 году (по данным Минздравсоцразвития России), информационное письмо, Москва, 2007.
 17. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов, Руководство для врачей и акушеров, редактор русского издания Могилевкина И.А. ВОЗ, 2000.
 18. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ. под ред. Михайлова А. В, СПб.: «Петрополис», 2003.
-

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

Введение

Частота тазового предлежания плода при доношенной беременности составляет 3—5%. Показатель перинатальной смертности в 4—5 раз выше по сравнению с родами в головном предлежании. Несмотря на это, вопрос о методе родоразрешения при тазовом предлежании плода до настоящего времени остается нерешенным. При сравнении вагинальных родов при тазовом предлежании с плановым КС, особенно в странах с низкой перинатальной смертностью, были отмечены более частые случаи тяжелых осложнений и смерти среди новорожденных при родах через естественные родовые пути. Эти данные заставили пересмотреть подходы к родоразрешению женщин при тазовом предлежании плода.

Классификация

- Чисто ягодичное предлежание.
- Смешанное ягодичное предлежание.
- Ножное.

Клинически важно подтверждение тазового предлежания в 36 недель.

Диагностика

- Наружное акушерское исследование.
- Влагалищное исследование.
- УЗИ.

При проведении УЗИ необходимо обратить внимание на **следующие факторы**:

- Предлежание плода.
- Аномалии развития матки.
- Аномалии развития плода.
- Количество вод.
- Локализация плаценты.
- Патология пуповины.
- Определение массы плода.
- Определение степени разгибания головки плода.

Ведение беременности

При подтверждении тазового предлежания **необходимо**:

- провести консультирование;
- при отсутствии противопоказаний (см. ниже) — предложить наружный поворот плода на головку в сроке 37 недель и более.

При отказе от проведения наружного поворота и сохранении тазового предлежания необходимо обследование и выбор рациональной тактики ведения родов в учреждении не ниже 2-го уровня.

Противопоказания для проведения наружного поворота

- Когда КС неизбежно (например, предлежание плаценты).
- Многоплодная беременность.
- Дородовое излитие околоплодных вод.

- Антенатальные кровотечения.
- Маловодие.
- Аномалии развития матки.
- Рубец на матке.
- Дистресс плода.
- Ножное предлежание плода.
- Отсутствие согласия беременной.

**Возможные осложнения
при проведении наружного акушерского поворота плода:**

- Преходящая брадикардия плода.
- Дистресс плода.
- Отслойка плаценты.
- Фето-материнская трансфузия.
- Дородовое излитие околоплодных вод.

Условия для проведения наружного поворота:

1. Наличие информированного согласия.
2. В стационаре, при наличии условий для проведения экстренного кесарева сечения.
3. Наличие аппаратов для проведения УЗИ и КТГ.
4. Обследование согласно принятому стандарту.
5. Подготовленный специалист.
6. Положение женщины — на боку, под углом 30—45°.
7. Острый токолиз.
8. Пустой мочевого пузырь.

Техника проведения наружного поворота

1. УЗИ.
2. Провести НСТ в течение не менее 20 минут.
3. Провести острый токолиз: в/в 10 мкг гинипрала.
4. Нанести на живот тальк или масло.
5. Приподнять из малого таза женщины тазовый конец плода.
6. Провести поворот плода.
 - движения должны быть постоянными и длительными;
 - пациентку просят во время процедуры расслабиться, глубоко дышать. Процедура может сопровождаться дискомфортом, но не должна вызывать резких болезненных ощущений.
7. Периодически (не менее 2 раз за 5 минут) проводить контроль за сердцебиением плода; при появлении брадикардии процедуру останавливают. Если ЧСС плода возвращается к норме, то процедуру продолжают. Если нормальный ритм не восстанавливается, то пациентку переводят в операционную для немедленного выполнения КС.
8. Продолжительность процедуры не должна быть более 5 минут, возможно проведение повторных попыток до 3 раз за одну процедуру.
9. После завершения процедуры снова выполнить НСТ в течение не менее 20 минут.
10. УЗИ-контроль
11. При успешной попытке поворота нет необходимости в фиксировании плода и дальнейшем стационарном наблюдении за беременной.

При сохранении тазового предлежания плода беременная должна быть информирована о возможных способах родоразрешения. Необходимо предоставить информацию о преимуществах и рисках, связанных с каждым из них. Результатом консультирования должно быть получение информированного согласия на выбранный метод родоразрешения.

При выборе родов оперативным путем обговаривается день операции. Назначается обследование в объеме, принятом в стационаре. Женщина должна быть заранее проконсультирована врачом-анестезиологом для выбора метода анестезии. Пациентка поступает на родоразрешение утром в назначенный день (предпочтительно) или накануне вечером.

Операция кесарева сечения проводится по обычной методике. Врач-оператором должен быть назначен специалист, имеющий опыт подобных родов.

Роды через естественные родовые пути возможны при следующих условиях:

- Антенатальный период
 1. отсутствие противопоказаний для вагинальных родов;
 2. стационар 2—3-го уровня (круглосуточное наличие высококвалифицированного персонала, имеющего навыки принятия родов в тазовом предлежании и оказания всех видов пособий при этом);
 3. чисто ягодичное или смешанное предлежание;
 4. вес плода 2500—3800 г;
 5. отсутствие разгибания головки;
 6. ИМТ женщины менее 30 кг/м²;
 7. отсутствие патологии строения таза, нормальные размеры таза;
- Интранатальный период
 1. неосложненное течение родов.

Вагинальные роды в тазовом предлежании

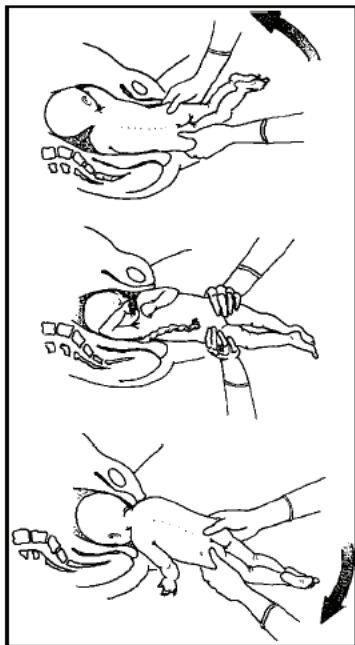
- Первый период родов ведется по протоколу нормальных родов.
- Во втором периоде родов возможны два варианта ведения.
 1. оказание пособия только при рождении головки (рекомендуется);
 2. оказание пособия по Цовьянову и пособия при рождении головки.

Приемы и пособия при вагинальных родах

1. Как только ягодичцы прорезались, попросите женщину тужиться при схватках.
2. Оцените необходимость проведения эпизиотомии.
3. Только поддерживайте ягодичцы, не оказывая никаких дополнительных пособий (не тянуть) — позвольте ягодичцам рождаться самостоятельно, пока не будет видна нижняя часть спины и затем нижний угол лопаток.
4. Если ножки не рождаются самостоятельно, высвободите их по одной:
 - a. надавите сзади колена для сгибания бедра;
 - b. захватите лодыжку и извлеките стопку и ножку;
 - c. повторите то же самое для другой ножки.
5. Удерживайте ребенка за бедра. Не держите ребенка за бока или живот, так как при этом можно повредить почки или печень.
6. Рождение ручек
 - a. *Ручки на груди*
 - i. Позвольте ручкам высвободиться самостоятельно одной за другой. Помогайте только при необходимости.
 - ii. После самостоятельного рождения первой ручки поднимите ягодичцы вперед к животу матери для того, чтобы дать возможность второй ручке родиться самостоятельно.
 - iii. Если ручка не рождается самостоятельно, положите один или два пальца на локтевой сгиб и согните ручку, проведя ее вниз через лицо ребенка.
 - b. *Ручки вытянуты за головку или обвиты вокруг шеи*
 - i. Используйте прием Ловсета:
 1. Захватите ребенка за бедра и поверните его на пол-оборота, удерживая спинку сверху и одновременно

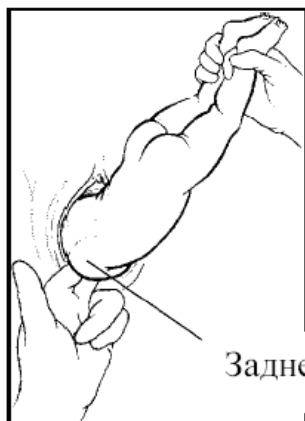
потягивая его вниз, так чтобы ручка, которая находилась сзади, стала бы передней и смогла родиться под лонной дугой.

2. Помогите рождению ручки, положив один или два пальца на верхнюю ее часть. Опустите ручку вниз через грудку при согнутом локте с кистью, проведенной через лицо.
3. Для рождения второй ручки поверните ребенка назад на пол-оборота, удерживая спинку сверху, и, потягивая его вниз, высвободите вторую ручку тем же путем из-под лонного сочленения.



с. Туловище ребенка не поворачивается

- і. Если туловище ребенка не удается повернуть для рождения ручки, находящейся спереди, первой, высвободите то плечо, которое находится сзади:
 1. Захватите и поднимите ребенка за лодыжки.
 2. Сдвиньте грудь ребенка по направлению к внутренней поверхности ноги женщины. Плечико, расположенное сзади, должно родиться.
 3. Выведите ручку.
 4. Опустите ребенка назад за лодыжки. Теперь должно родиться плечико, которое расположено спереди.
 5. Выведите ручку.

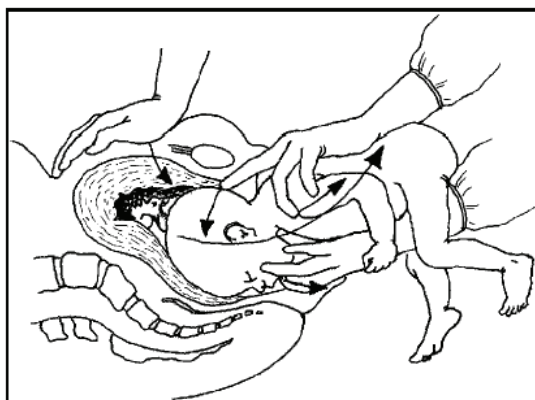


Заднее плечико

7. Рождение головки

- a. Помогите рождению головки, используя прием Морис—Смелли—Вейта
 - i. Положите тело ребенка лицом вниз поверх вашей ладони и предплечья.
 - ii. Положите указательный и безымянный пальцы этой руки на скуловые кости ребенка и средний палец в рот ребенка для отведения челюсти вниз и сгибания головки.
 - iii. Используйте другую руку для захвата плечиков ребенка.
 - iv. Двумя пальцами верхней руки осторожно согните головку ребенка по направлению к груди, пока приложенное снизу давление на челюсть не выведет головку плода вниз до появления границы волосистой линии.
 - v. Потяните осторожно для рождения головки.
- b. Попросите ассистента надавить над лонным сочленением матери одновременно с рождением головки. Это поможет удержать головку ребенка согнутой.
 - i. Поднимите ребенка, удерживая руки по разным сторонам головки, до высвобождения ротика и носа.

Прием Морис-Смелли-Вейта



8. Затруднение (невозможность) выведения головки

- a. Катетеризируйте мочевого пузыря.
- b. Ассистент должен быть наготове для удержания ребенка, пока накладываются длинные щипцы или щипцы Пипера.
- c. Убедитесь, что шейка полностью раскрыта.
- d. Заверните туловище ребенка в ткань или полотенце и отведите его кверху.
- e. Введите левую ложку щипцов.
- f. Введите правую ложку щипцов и закройте замок.
- g. Используйте щипцы для сгибания головки плода и рождения головки.
- h. Если щипцы использовать невозможно, надавите над лобком матери для сгибания головки ребенка и вытолкните ее через таз.

Список рекомендуемой литературы

1. Carayol M. et al. Non-clinical determinants of planned cesarean delivery in cases of term breech presentation in France, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86:9, 1071–1078.
2. Carcopino Xavier. French trainees in obstetrics and gynaecology theoretical training and practice of vaginal breech delivery: A national survey, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 135 (2007) 17–20.
3. Chinnock Marian. Obstetric Trainees' Experience in Vaginal Breech Delivery Implications for Future Practice. *Obstetrics & Gynecology* Vol. 110, No. 4, October 2007.
4. Coyle M. E., Smith C. A., Peat B. Cephalic version by moxibustion for breech presentation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD003928. DOI: 10.1002/14651858.CD003928.pub2.

5. External cephalic version and reducing the incidence of breech presentation, RCOG, Guideline No. 20a December 2006.
6. Glezerman Marek. Five years to the term breech trial: The rise and fall of a randomized controlled trial, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2006) 194, 20–5.
7. Hannah, Mary E. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000; 356: 1375–83.
8. Herbst Andreas et al. Influence of mode of delivery on neonatal mortality and morbidity in spontaneous preterm breech delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 133 (2007) 25–29.
9. Hofmeyr G. J., Kulier R. Cephalic version by postural management for breech presentation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1996, Issue 2. Art. No.: CD000051. DOI: 10.1002/14651858.CD000051.
10. Hofmeyr G. J., Kulier R. Expedited versus conservative approaches for vaginal delivery in breech presentation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1996, Issue 2. Art. No.: CD000082. DOI: 10.1002/14651858.CD000082.
11. Hofmeyr G. J., Gyte G. Interventions to help external cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1996, Issue 3. Art. No.: CD000184. DOI: 10.1002/14651858.CD000184.pub2.
12. Hofmeyr G. J., Hannah M. E. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1995, Issue 4. Art. No.: CD000166. DOI: 10.1002/14651858.CD000166.
13. Hunter S., Hofmeyr G. J., Kulier R. Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2. Art. No.: CD001063. DOI: 10.1002/14651858.CD001063.pub3.
14. Hutton E. K., Hofmeyr G. J. External cephalic version for breech presentation before term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1996, Issue 2. Art. No.: CD000084. DOI: 10.1002/14651858.CD000084.pub2.
15. Interpretation of the Term Breech Trial findings, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2006) 195, 1873–7.
16. Kumari A. S. Mode of delivery for breech presentation in grandmultiparous women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 85 (2004) 234–239.
17. Krebs Lone. Diagnostic accuracy of clinical examination for The relation of breech presentation at term to epilepsy in childhood. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 127 (2006) 26–28.
18. Natasha Nassar. Cross sectional analytic study detection of non-cephalic presentation in late pregnancy, *BMJ* 2006;333;578-580.
19. Natasha Nassar. Development and pilot-testing of a decision aid for women with a breech-presenting baby. *Midwifery* (2007) 23, 38–47.
20. Natasha Nassar. Diagnostic accuracy of clinical examination for detection of non-cephalic presentation in late pregnancy: cross sectional analytic study, *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38919.681563.4F (published 4 August 2006).
21. Loi. C. Sentilhes. Attempted vaginal versus planned cesarean delivery in 195 breech first twin pregnancies. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2007; 86: 55-60.
22. Molkenboer J. F. M. Birth weight and neurodevelopmental outcome of children at 2 years of age after planned vaginal delivery for breech presentation at term, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2006) 194, 624–9.
23. Marion Carayol. Changes in the rates of caesarean delivery before labour for breech presentation at term in France: 1972–2003. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 132 (2007) 20–26.
24. Simm A. Fetal malpresentation, *Current Obstetrics & Gynaecology* (2004) 14, 231–238.
25. Shennan Andrew. How to manage term breech deliveries. *BMJ* volume 323 4 august 2001.
26. The management of breech presentation, RCOG, Guideline No. 20b December 2006.
27. Tiran Denise et al. Breech presentation: increasing maternal choice. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery* (2004) 10, 233–238.
28. Weiniger Carolyn F. et al. External Cephalic Version for Breech Presentation With or Without Spinal Analgesia in Nulliparous Women at Term. A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology* Vol. 110, No. 6, December 2007.
29. Wibool Rueangchainikhom. Efficacy of External Cephalic Version with Tocolysis in Late Pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2008; 91 (1): 19-24.

Дистоция плечиков (ДП) Shoulder dystocia

Введение

Частота ДП, по данным различных источников, колеблется от 0,5 до 1%. Сопровождается повышенной смертностью и значительным количеством осложнений, прежде всего, травмами новорожденного (повреждением плечевого нервного сплетения — 4—16% от всех случаев ДП, переломами ключицы, плечевой кости, асфиксией) и матери (кровотечение, тяжелые разрывы промежности).

Определение

Затруднение при рождении плечевого пояса. При этом переднее плечико (чаще) упирается в лонное сочленение или заднее (реже) — в мыс крестца.

Дистоция плечиков — малопредсказуемое и редко предотвратимое осложнение родов. Поэтому весь медицинский персонал, участвующий в оказании помощи во время родов, обязан владеть всеми видами вспомогательных приемов и знать свои роли и обязанности при возникновении ДП.

Факторы риска антенатальные

1. Вес плода более 4,5 кг (при этом более 48% ДП наблюдается при весе плода < 4,0 кг).
2. ДП во время предыдущих родов.
3. ИМТ матери > 30 кг/м².
4. Сахарный диабет.

Факторы риска интранатальные

1. Затянувшийся первый период родов.
2. Вторичная слабость родовой деятельности.
3. Затянувшийся второй период родов.
4. Индукция родов.
5. Стимуляция родов.
6. Вагинальные оперативные роды.

Ятрогенными причинами возникновения ДП могут быть форсирование потуг (раннее «растуживание») роженицы и чрезмерные тракции за головку.

Все женщины должны быть оценены по риску развития ДП и своевременно переведены на более высокий уровень оказания помощи в случае повышенного риска.

Весь персонал, участвующий в родах, должен владеть навыками оказания помощи при дистоции плечиков.

Диагностика

- Головка плода родилась, но шея осталась плотно охваченной вульвой.
- Подбородок втягивается и опускает промежность.
- Потягивание за головку не сопровождается рождением плечика.

Алгоритм оказания помощи при ДП

Не паниковать! — отметьте время рождения головки, у вас есть 5 минут, в течение которых возможность тяжелого повреждения (асфиксии) или гибели плода низка.

1. Позвать на помощь — помощь должны оказывать как минимум 2 специалиста, владеющих всем объемом навыков; желательно присутствие неонатолога.
2. Положить женщину на спину (родовой стол, кровать-трансформер), тазовый конец должен располагаться на краю кровати.
3. Обхватить голову ребенка руками в щечно-височных областях и осторожно (отклоняя не более чем на 30° от оси) потянуть вниз.

Не используйте давление на дно матки.

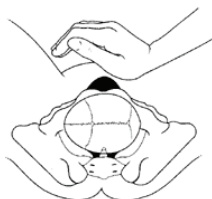
Это может привести к дальнейшему усилению воздействия плечика на матку и ее разрыву

4. **Приемы при ДП/их возможная последовательность** (каждый из приемов не должен проводиться более чем 30—60 с):

- в положении литотомии — согнуть ноги в коленях и привести бедра максимально к груди — **прием McRoberts**



- давить над лоном на плечо ребенка в направлении кзади со стороны позиции (спинки) плода — **прием Rubin I**



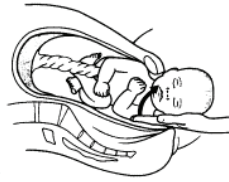
- оценить необходимость проведения эпизиотомии;
- ввести руку, одноименную переднему плечу плода (2 пальца), со стороны спинки и оказать на него давление по направлению к груди — **прием Rubin II**



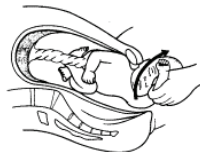
- + — ввести вторую руку спереди к заднему плечу и обеими руками перевести заднее плечо в переднее — **прием «винт» Wood;**



- **«обратный винт» Wood** — поменять руки и поворачивать в другую сторону



- извлечь **заднюю** ручку разноименной рукой акушера — ввести пальцы по спинке, лопатке, по плечу до локтя и дальше до запястья, затем спереди по грудке, лицу — **никогда не пытаться извлечь переднюю ручку!**



- перевернуть женщину в коленно-локтевую позицию и попытаться повторить все приемы в этом положении, кроме Rubin I;
- сломать ключицу.

В литературе описаны случаи применения симфизиотомии и приема Заванелли при отсутствии эффекта от вышеперечисленных методов.

Чрезвычайно важно правильно заполнить документацию. Должен быть выделен один специалист для фиксации всех моментов и последовательности помощи.

В документе необходимо отразить

1. Время рождения головки.
2. Направление поворота головки после ее рождения.
3. Последовательность приемов, их продолжительность.
4. Время рождения туловища.
5. Список специалистов, оказывавших помощь, и время их прибытия в родильный зал.
6. Состояние ребенка после рождения.
7. рН крови из пуповины, взятой сразу после рождения.

Список рекомендуемой литературы

1. Benjamin K. et al. Part 1. Injuries to the Brachial Plexus: Mechanisms of Injury and Identification of Risk Factors, *Adv Neonatal Care*. 2005;5(4):181-189.
2. Cervical Neck Dislocation Associated With the Zavanelli Maneuver, *Obstetrics & Gynecology* 2006; 108:737-738.
3. Croftset Joanna F. et al. Management of Shoulder Dystocia, Skill Retention 6 and 12 Months After Training. *Obstetrics & Gynecology* 1069vol. 110, No. 5, November 2007.
4. Crofts Joanna F. et al. Training for Shoulder Dystocia, A Trial of Simulation Using Low-Fidelity and High-Fidelity Mannequins, *Obstetrics & Gynecology* 2006;108:1477-1485.
5. Cuning Sr. J. Guidelines for the Management of Shoulder Dystocia. The Queen Mothers Hospital, www.elsevier.com/locate/ijgo.
6. Iffy Leslie et al. The risk of shoulder dystocia related permanent fetal injury in relation to birth weight, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 136 (2008) 53–60.
7. Kung J. et al. Delivery of the posterior arm reduces shoulder, dimensions in shoulder dystocia, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2006) 93, 233—237.

8. Lerner Henry et al. Shoulder dystocia: What if you could see it coming? Contemporary Ob/Gyn Nov 1, 2007.
 9. Lerner Henry M. et al. Shoulder dystocia: What is the legal standard of care? Obg Management August 2006 Vol. 18, No. 8.
 10. MacKenzie I. Z. et al. Management of Shoulder Dystocia, Trends in Incidence and Maternal and Neonatal Morbidity. Obstetrics & Gynecology 1059vol. 110, No. 5, November 2007.
 11. Manual techniques superior to episiotomy for shoulder dystocia, Source: 24th Annual Meeting of the Society for Maternal-Fetal Medicine: New Orleans, Louisiana, USA; 2-7 February 2004.
 12. Mazouniet Chafika et al. Maternal morbidity associated with obstetrical maneuvers in shoulder dystocia, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 129 (2006) 15–18.
 13. Ross Michael G. Episiotomy versus fetal manipulation in managing severe shoulder dystocia: A comparison of outcomes, Am J Obstet Gynecol. 2005 Oct; 193(4):1582-3; author reply 1583-4
 14. Sandmire H. F. Catastrophic shoulder dystocia, International Journal of Gynecology and Obstetrics 85 (2004) 190–194.
 15. Shoulder dystocia — Facts, Evidence and Conclusions. <http://shoulderdystociainfo.com/index.htm>.
 16. Shoulder Dystocia RCOG, Guideline No. 42, December 2005.
 17. Shobha H. Mehta et al. Shoulder dystocia and the next delivery: Outcomes and management, The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, Volume 20, Issue 10 2007 , pages 729 — 733.
 18. Vani Dandolu et al. Shoulder Dystocia at Noninstrumental Vaginal Delivery. Amer J Perinatol: DOI: 10.1055/s-2006-951304.
-

ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. Post-term pregnancy

Определение

Беременность, продолжающаяся более 42 полных недель (294 дня) с первого дня последних месячных.

Введение

Частота переношенной беременности, по данным различных источников, колеблется от нескольких процентов до 10—15%. При этом частота родов после 42 полных недель доходит до 5—6%. Наибольшую опасность переношенная беременность представляет для плода, увеличивая риск перинатальной смертности и заболеваемости, прежде всего, от причин, связанных с нарушением маточно-плацентарного кровообращения. В среднем для предотвращения 1 случая перинатальной смерти от причин, связанных с перенашиванием, необходимо не менее 500 индукций родов. При этом необходимо учитывать, что в ряде случаев для подготовки шейки матки потребуются дорогостоящие простагландины. И все же большинство развитых стран приняло протоколы, предусматривающие предложение (обсуждение) индукции пациенткам в сроке 41 полная неделя беременности. Данный протокол представляет именно эту точку зрения.

Диагностика

1. Наиболее точное определение гестационного срока возможно при проведении УЗИ в I триместре (измерение копчико-теменного размера).
2. Менее точно
 - a. определение срока по первому дню последних месячных (при условии регулярного цикла);
 - b. субъективное определение срока по размерам матки при первом вагинальном осмотре во время постановки на учет по беременности.

Нет данных для предложений индукции ранее полной 41-й недели при нормальной беременности (1a).

При гестационном сроке 41 нед необходимо:

- провести консультирование беременной + рассмотреть возможность индукции (1a) (перевести в учреждение не ниже 2-го уровня) + получить информированное согласие.

Если принято решение об индукции — ведение далее по протоколу «Индукция родов».

Индукция родов может проводиться в учреждении не ниже 2-го уровня.

Если индукция не проводится, необходимо усиленное антенатальное наблюдение за плодом.

Амбулаторно (предпочтительно) или стационарно (при отдаленности места проживания от акушерского стационара, где будут проходить роды) необходимо:

1. Обучить женщину качественной оценке шевелений плода.
2. Проводить не реже чем 1 раз в 3—4 дня:
 - a. НСТ (смотри протокол «Наблюдение за состоянием плода во время беременности») + определение АИ, что в комплексе чаще называют

модифицированный или укороченный «биофизический профиль плода»; возможно проведение «классического» БПП.

b. Допплерографию.

- При сроке беременности 42 недели необходима госпитализация.

Список рекомендуемой литературы

1. Bakketeig L., Bergsjø P. Post-term pregnancy: magnitude of the problem. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press 2000;765-775.
 2. Goeree R. et al. Cost-effectiveness of induction of labour versus serial antenatal monitoring in the Canadian Multicentre Postterm Pregnancy Trial. Canadian Medical Association Journal, Vol 152, Issue 9 1445-1450.
 3. Chamberlain G., Zander L. ABC of labour care: induction. British medical journal 1999; 318(7189):995-998.
 4. Cleary-Goldman Jane et al. Postterm Pregnancy: Practice Patterns of Contemporary Obstetricians and Gynecologists, American Journal of Perinatology, Volume 23, Number 1, 2006.
 5. Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. Cochrane Library; Issue 2, 2000.
 6. Gülmezoglu A. M., Crowther C. A., Middleton P. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD004945. DOI: 10.1002/14651858.CD004945.pub2.
 7. Heimstad et al. Induction of labour for post-term pregnancy and risk estimates for intrauterine and perinatal death, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 87:2, 247–249.
 8. Heimstad Runa et al. Induction of Labor or Serial Antenatal Fetal Monitoring in Postterm Pregnancy. A Randomized Controlled Trial, Obstetrics & Gynecology Vol. 109, No. 3, March 2007.
 9. Katsoulis L. C., Veale D. J. H., Hofmeyr G. J. South African traditional remedies used during pregnancy. Southern African ethnobotany 2000; 1:13-16.
 10. Management of Prolonged Pregnancy AHRQ Publication No. 02-E018 <http://www.ahrq.gov>.
 11. Mitri F., Hofmeyr G. J., Van Gelderen C. J. Meconium during labour: self-medication and other associations. South African medical journal 1987; 71:431-433.
 12. Post-Term Pregnancy, Sogc, Clinical Practice Guidelines No. 15, 2001.
 13. Prolonged pregnancy. Review of the literature. Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction 1995;24(7):739-746.
 14. Vintzileos A. M., Ananth C. V., Smulian J. C., Scorza W. E., Knuppel R. A. The impact of prenatal care on neonatal deaths in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. American journal of obstetrics and gynecology 2002; 186:1011-1016.
-

Слабость родовой деятельности. Использование окситоцина в родах

Введение

Слабость родовой деятельности является наиболее частой причиной экстренного КС и вагинальных оперативных родов в развитых странах. Часто нарушение нормальной родовой деятельности приводит к необходимости медикаментозного обезболивания родов, ухудшению состояния плода, возрастает опасность послеродового кровотечения, инфекции. Удивительно, что научных исследований, посвященных данному вопросу, немного, несмотря на высокую распространенность этого осложнения. Многие методы, рекомендованные ранее, прежде всего, практическими врачами не достигли успеха и не снизили частоту аномалий родовой деятельности.

Определение

Наиболее сложная задача, стоящая перед практическими врачами и акушерками — это правильная и своевременная постановка диагноза.

Для определения неудовлетворительного, патологического прогресса в родах необходимо, прежде всего, иметь представление о нормальном родовом процессе.

Признаки (объективные) родов

- Регулярные маточные сокращения (усиливающиеся и удлиняющиеся во времени).
- Динамические изменения шейки матки (размягчение, сглаживание, раскрытие).

Именно отсутствие динамики — главное отличие прелиминарного периода (ложные схватки) от родов. Физиологическая длительность прелиминарного периода неизвестна, а поэтому не может являться объективным признаком начала родов, хотя и говорит в большинстве случаев о скором их наступлении.

Диагноз «патологический прелиминарный период» в МКБ-Х отсутствует, а значит, многочисленные вмешательства, применяемые в родовспомогательных учреждениях в связи с этим состоянием, ничем не обоснованы.

При отсутствии динамики родовой деятельности, а главное, состояния шейки матки во время наблюдения в стационаре необходимо выставить диагноз «ложные схватки» и перевести из родильного блока в дородовое отделение или выписать домой (согласно предпочтениям, высказанным пациенткой).

Периоды родов

- 1-й период — до полного раскрытия шейки матки:
 - а. латентная фаза — до 3 см раскрытия;
 - б. активная фаза — с 3 см до полного раскрытия.
- 2-й период — до рождения ребенка:
 - а. пассивная фаза;
 - б. фаза активных потуг.
- 3-й период — до рождения плаценты.

Латентная фаза 1-го периода — не менее 2 схваток за 10 минут при наличии структурных изменений шейки матки.

Продолжительность 1-го периода (средняя), учитывая, что трудно точно определить начало латентной фазы:

- первородящие — 8 часов;
- повторнородящие — 6 часов.

Продолжительность латентной фазы не может быть единственным критерием для вмешательства. Важно состояние матери (настроение, утомленность и т. д.) и ребенка.

Единственным возможным вмешательством при слабости родовой деятельности является стимуляция родов:

- при целых плодных оболочках — амниотомия, возможно, с последующим назначением окситоцина;
- при дородовом излитии околоплодных вод — стимуляция родов окситоцином.

Отсутствуют доказательства эффективности и безопасности применения спазмолитиков, медикаментозного сна, анальгетиков.

Доказано, что результаты родов улучшаются при поступлении женщин в родовой блок непосредственно в активную фазу родов (**3а**). Это означает, что информирование женщин и членов их семей о признаках начала родов является важной составляющей работы медицинских специалистов ЖК, дородовых отделений и родильных домов.

Кроме того, положительно влияют на исходы родов:

- информирование рожениц и членов их семей, помощников о течении родового процесса;
- поддержка «один на один»;
- продолжительная эмоциональная поддержка (по возможности с момента поступления в стационар);
- кормление легкой пищей;
- достаточное питье;
- адекватное обезболивание, прежде всего, немедикаментозными методами;
- активная ходьба в 1-й период;
- свободный выбор позиции во время 1-го и 2-го периодов родов;
- своевременное освобождение мочевого пузыря.

1-й период:

Активная фаза 1-го периода

Средняя скорость раскрытия шейки матки:

- первородящие — 1 см/ч;
- повторнородящие — 1,5 см/ч.

Использование партограммы для ведения родов улучшает диагностику (см. протокол «Нормальные роды»)

Критерии постановки диагноза

- Скорость раскрытия шейки в активную фазу родов матки менее 0,5 см/ч.

При достижении линии действия должна быть обсуждена стимуляция родов.

Неудовлетворительный прогресс в родах требует консультации и вмешательства ответственного дежурного врача.

Методы стимуляции родов

1. Амниотомия
 - a. ранняя амниотомия снижает:
 - i. продолжительность родов на 60—120 минут;
 - ii. риск рождения новорожденного с оценкой по шкале Апгар < 7 баллов на 5-й минуте;
 - iii. частоту использования окситоцина;
 - b. возможные осложнения:
 - i. инфекция;
 - ii. компрессия петель пуповины из-за маловодия;
 - iii. выпадение петель пуповины (при неприжатой предлежащей части);
 - iv. ранение сосудов пуповины (редко).
2. Окситоцин (при исключении клинически узкого таза)
 - a. режимы дозирования — **только методом в/в титрования!**
 - i. в начале активной фазы:
 1. начальная дозировка — 1—2,5 мЕд/мин;
 2. оценка родовой деятельности каждые 30 минут с последующим возможным удвоением дозы при отсутствии эффекта;
 3. использовать минимальные эффективные дозировки окситоцина по достижении адекватной родовой деятельности;
 4. продолжить введение окситоцина в последней подобранной дозе в течение не менее 30 минут после рождения ребенка из-за повышенного риска гипотонического кровотечения;
 - ii. в конце активной фазы (8 см и более) — **необходимо учитывать, что с увеличением раскрытия шейки матки увеличивается чувствительность матки к окситоцину:**
 1. начальная дозировка — 4 мЕд/мин;
 2. оценка родовой деятельности каждые 15—30 минут с последующим возможным удвоением дозы при отсутствии эффекта;
 3. использовать минимальные эффективные дозировки окситоцина по достижении адекватной родовой деятельности;
 4. максимально допустимая дозировка — 32 мЕд/мин;
 5. не отключать окситоцин до родоразрешения;
 6. продолжить введение окситоцина с последней дозировкой в течение не менее 30 минут после рождения ребенка из-за повышенного риска гипотонического кровотечения.

При использовании окситоцина обязательно наблюдение за состоянием плода — длительная (или постоянная) КТГ.

Адекватная родовая деятельность в активную фазу — 3—4 схватки за 10 минут продолжительностью не менее 40 с.

Эффективная стимуляция родов окситоцином — раскрытие шейки матки не менее 1 см в час.

Продолжительность стимуляции родов зависит от состояния матери и плода, но не должна превышать 6—8 часов.

При неэффективности стимуляции родов окситоцином единственный приемлемый способ родоразрешения — КС.

Побочные эффекты окситоцина

- Гиперстимуляция (> 5 схваток за 10 мин продолжительностью более 120 сек).
- Преждевременная отслойка плаценты.
- Ухудшение состояния плода.
- Родовая травма плода.
- «Истощение матки» — атония матки — послеродовое кровотечение.
- Разрыв матки.

Действия при гиперстимуляции

1. отключить окситоцин;
2. повернуть женщину на левый бок;
3. дать кислород через маску (III B);
4. провести острый токолиз;

2-й период:

Средняя продолжительность:

- Первородящие — 2 часа (при использовании перидуральной анестезии — до 3 часов).
- Повторнородящие — 1 час (при использовании перидуральной анестезии — до 2 часов).

Клиническое значение имеет продолжительность фазы активных потуг. Состояние новорожденных достоверно хуже при продолжительности этой фазы больше 60 минут.

Поэтому важно:

1. Не принуждать женщин тужиться заранее, чему способствует, например, свободное положение роженицы во 2-м периоде и самостоятельный выбор позиции
2. Внимательно наблюдать за состоянием плода — выслушивать сердцебиение после каждой потуги.

Методы стимуляции родов

1. Амниотомия.
2. Окситоцин:
 - a. режимы дозирования — **только методом в/в титрования!**
 - i. начальная дозировка — 4—8 мЕд/мин;
 - ii. оценка родовой деятельности каждые 15 минут с последующим возможным удвоением дозы при отсутствии эффекта;
 - iii. использовать минимальные эффективные дозировки окситоцина по достижении адекватной родовой деятельности;
 - iv. максимально допустимая дозировка — 32 мЕд/мин;
 - v. с особой осторожностью использовать окситоцин у повторнородящих женщин;
 - vi. продолжить введение окситоцина в последней подобранной дозе в течение не менее 30 минут после рождения ребенка из-за повышенного риска гипотонического кровотечения.

При ухудшении состояния плода или при отсутствии продвижения головки в течение часа после начала введения окситоцина:

- и расположении головки 1/5 и ниже (в полости малого таза) извлечь ребенка посредством наложения акушерских щипцов или вакуум-экстрактора (смотри протокол «Оперативные вагинальные роды»);
- и расположении головки 2/5 и выше произвести кесарево сечение.

Список рекомендуемой литературы

1. Dystocia and Augmentation of Labor, ACOG practice bulletin, International Journal of Gynecology & Obstetrics 85 (2004) 315–324 Number 49, December 2003.
2. Selin et al. Dystocia in labour — risk factors, management and outcome: a retrospective observational study in a Swedish setting', Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 87:2, 216 — 221.
3. SARA G. et al. Dystocia in Nulliparous Women, Am Fam Physician 2007;75:1671-8. Poor progress of labour.
4. Essam El-Hamamy et al. A novel therapy for dystocia? Current Obstetrics & Gynaecology (2005) 15, 1–8.
5. Ustunyurt, Emin et al. Prospective randomized study of oxytocin discontinuation after the active stage of labor is established, Medical Hypotheses 2006; 68: 227 Issue 24: 20 Nov 2006.
6. Using and abusing oxytocin Gary Ventolini, Contemporary OB/GYN Sep 1, 2004.
7. Blanks A. M., Thornton S. The role of oxytocin in parturition. BJOG. 2003;110(Suppl 20):46-51.
8. Merrill D. C., Zlatnik F. J. Randomized, double-masked comparison of oxytocin dosage in induction and augmentation of labor. Obstet Gynecol. 1999;94:455-463.
9. Martin J. A. et al. Births: final data for 2003. Natl Vital Stat Rep 2005;54:1-116.
10. Zhang J., Troendle J. F., Yancey M. K. Reassessing the labor curve in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol 2002;187:824-8.
11. Rouse D. J., Owen J., Hauth J. C. Criteria for failed labor induction: prospective evaluation of a standardized protocol. Obstet Gynecol 2000;96(5 pt 1):671-7.
12. O'Driscoll K., Meagher D., Robson M. Active Management of Labour: The Dublin Experience. 4th ed. New York, N.Y.: Mosby, 2003.
13. Ponkey S. E., Cohen A. P., Heffner L. J., Lieberman E. Persistent fetal occiput posterior position: obstetric outcomes. Obstet Gynecol 2003;101(5 pt 1):915-20.
14. Zahalka N., Sadan O., Malinger G., Liberati M., Boaz M., Glezerman M., et al. Comparison of transvaginal sonography with digital examination and transabdominal sonography for the determination of fetal head position in the second stage of labor. Am J Obstet Gynecol 2005;193:381-6.
15. Shaffer B. L. et al. Manual rotation of the fetal occiput: predictors of success and delivery. Am J Obstet Gynecol 2006;194:e7-9.
16. Simkin P. et al. The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia. 2d ed. Malden, Mass.: Blackwell Science, 2005.
17. Cheng Y. W. et al., Hopkins L. M., Caughey A. B. How long is too long: does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? Am J Obstet Gynecol 2004;191:933-8.

Родовозбуждение (индукция родов)

Induction of labour

Определение

Искусственная инициация родовой деятельности до спонтанного ее начала. Включает в себя случаи родовозбуждения как при целом плодном пузыре, так и при дородовом излитии вод.

Эпидемиология

Частота, в зависимости от региона и страны, колеблется от нескольких процентов (в основном развивающиеся страны) до 20—25% в Западной Европе и США, где продолжает увеличиваться, прежде всего, за счет расширения показаний со стороны матери и плода к прерыванию беременности.

Индукция родов должна рассматриваться только в том случае, когда риск от пролонгирования беременности для матери, плода или обоих превышает риск самой индукции.

Обязательно получение информированного согласия от матери после обсуждения всех возможных благоприятных исходов и возможных осложнений (**2b**).

Потенциальные опасности индукции родов

- гиперстимуляция матки;
- нарушение сердечной деятельности плода, появление мекония в водах;
- увеличение количества оперативных родов;
- ятрогенная незрелость;
- выпадение петель пуповины при амниотомии как составной части протокола индукции;
- отслойка плаценты;
- разрыв матки.

Индукция родов может проводиться в учреждениях не ниже 2-го уровня (3a).

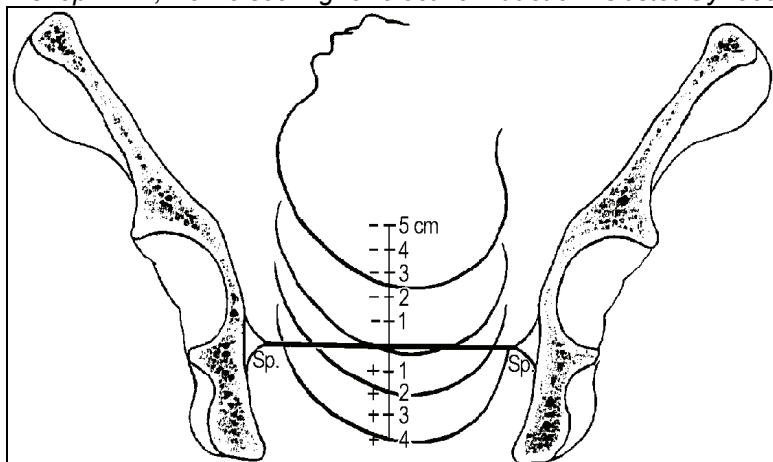
Перед проведением индукции родов необходимо оценить:

- Состояние плода.
- Зрелость шейки матки по шкале Бишопа.

Модифицированная шкала Бишопа

Баллы	Оцениваемый симптом				
	Раскрытие шейки матки, см	Длина шейки матки, см	Расположение предлежащей части относительно остей таза	Консистенция шейки матки	Положение шейки матки относительно проводной оси таза
0	< 1	> 4	— 3	Плотная	Кзади
1	1—2	2—4	— 2	Средняя	По центру
2	2—4	1—2	— 1	Мягкая	—
3	> 4	< 1	—	—	—

Bishop E. H., *Pelvic scoring for elective induction. Obstet Gynecol.* 1964; 24(2):267.



Зрелая шейка — 6 и более баллов, что является хорошим прогностическим признаком успешной индукции.

При оценке < 6 баллов необходима предварительная подготовка шейки матки (2а)

Методы подготовки шейки матки:

1) Медикаментозные методы

а. простагландины

- Простагландин E₂ — гель:

(1) интрацервикально (динопростон: Prepidil®) 0,5 мг;

(2) интавагинально (динопростон: Prostin®) (возможно использование при излитии околоплодных вод) 1 мг и 2 мг.

б. антипрогестины

- мифепристон — таб.

2) Механические методы (менее эффективны, чем простагландины)

а. ламинарии — увеличивают риск инфекции;

б. катетер Фолея — вводится в цервикальный канал и наполняется 30—60 мл воды — оставляется на 24 часа или до выпадения.

Относительные противопоказания для применения механических методов — низкое расположение плаценты, случаи антенатального кровотечения, дородовое излитие вод, цервицит.

Диагноз гипертензии ставится тогда, когда диастолическое давление превышает или равно 110 мм рт. ст. при разовом измерении или превышает или равно 90 мм рт. ст. при двукратном измерении с интервалом в 4 часа.

Накоплен большой опыт использования простагландина E₁ (мизопростол) для подготовки шейки матки в дозах, не превышающих 50 мкг. В РКИ доказана его эффективность как при вагинальном, так и при оральном введении. При этом отмечена большая частота осложнений (случаи гиперстимуляции матки с нарушением сердечной деятельности плода и без нее) и выраженности побочных эффектов у матери (тошнота, рвота, лихорадка) по сравнению с вагинальными формами простагландина E₂.

В ряде стран, в том числе России, данный препарат не разрешен к применению в акушерской практике.

Возможные схемы подготовки шейки матки (выбор зависит от предпочтений и опыта применения специалистом, подбирается индивидуально):

1. Интрацервикально 0,5 мг — через 6 часов при отсутствии эффекта 1 мг интравагинально — с повторением дозы через 6 часов.
2. Интрацервикально 0,5 мг — с повторением дозы через 6 часов интрацервикально — до 3 доз.
3. 1 или 2 мг интравагинально — с повторением дозы через 6 часов — до 3 доз.
4. 2 мг интравагинально — с повторением дозы через 12 часов — до 3 доз.

Окситоцин не должен применяться ранее, чем через 6 часов после введения последней дозы простагландина E₂ (3b).

Подготовка шейки матки должна проводиться только в условиях акушерского стационара.

Варианты гиперстимуляции матки

- Тахисистолия — более 5 схваток за 10 минут (или более 10 за 20 мин).
- Гипертонус — схватки продолжительностью более 120 с.

Действия при гиперстимуляции

1. Отключить окситоцин/удалить гель (**2b**).
2. Повернуть женщину на левый бок (**2a**).
3. Дать кислород через маску (**3b**).
4. При необходимости провести острый токолиз (**1b**).

Методы индукции

- Отслойка нижнего полюса плодного пузыря.
- Амниотомия.
- В/в введение окситоцина (при отсутствии плодного пузыря).
- Простагландин E₂ — гель.

Возможный алгоритм индукции

1. Произвести амниотомию.
2. Через 2 часа при отсутствии родовой деятельности начать введение окситоцина:
 - a. Начать с 1 мЕд/мин.
 - b. Увеличивать дозу через 30 минут (1b).
 - c. 1 мЕд/мин — 2 мЕд/мин — 4 мЕд/мин — 8 мЕд/мин — 16 мЕд/мин — 24 мЕд/мин — 32 мЕд/мин (максимально допустимая дозировка).
 - d. Использовать минимально эффективные дозы.
 - e. При достижении эффекта — 3—4 схватки за 10 минут продолжительностью до 1 минуты — зафиксировать вводимую дозу окситоцина.
 - f. Не прекращать введение окситоцина до родов.
 - g. Продолжить введение окситоцина в течение не менее 30 минут после рождения ребенка (если использовался в непрерывном режиме); при этом 3-й период родов ведется по обычному протоколу.

Пример расчета окситоцина при разведении 5 мЕд на 400 мл раствора

- в 1 мл — 20—25 капель;
- в 1 мл — 12,5 мЕд;
- в 1 капле — 0,625 мЕд;
- в 2 каплях — 1,25 мЕд;
- в 4 каплях — 2,5 мЕд и т. д.

Использование окситоцина допускается только методом титрования.

Наблюдение за состоянием плода во время индукции (КТГ)

- перед началом индукции (3а);
- после начала схваток в течение не менее 20 минут через каждый час (при родах низкого риска);
- или постоянное (при родах высокого риска).

Женщина не должна оставаться одна.

Уход должен осуществляться по принципу «один на один» (3b).

Родовозбуждение считается неудачным, если при использовании максимальных доз окситоцина в течение 1 часа не удается достигнуть адекватной родовой деятельности (3—4 схватки за 10 минут продолжительностью не менее 40 с) и отсутствии динамики раскрытия шейки матки.

При неэффективности родовозбуждения — кесарево сечение.

Список рекомендуемой литературы

1. Bricker L., Luckas M. Amniotomy alone for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD002862. DOI: 10.1002/14651858.CD002862.
2. Caughey B. et al. Induction of labor and cesarean delivery by gestational age, American Journal of Obstetrics and Gynecology Volume 195, Issue 3 , September 2006, Pages 700-705.
3. Debra A. Guinn et al. Labor induction in women with an unfavorable Bishop score: Randomized controlled trial of intrauterine Foley catheter with concurrent oxytocin infusion versus Foley catheter with extra-amniotic saline infusion with concurrent oxytocin infusion, American Journal of Obstetrics and Gynecology Volume 191, Issue 1 , July 2004, Pages 225-229.
4. Feitosa F. E. L. et al. Sublingual vs. vaginal misoprostol for induction of labor International Journal of Gynecology and Obstetrics (2006) 94, 91—95.
5. G. Oldberg Lisa B. Misoprostol And Pregnancy, N Engl J Med, Vol. 344, No. 1 January 4, 2001.
6. Gómez Laencina Ana M. et al. Comparison of ultrasonographic cervical length and the Bishop score in predicting successful labor induction, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, Volume 86, Issue 7 2007 , pages 799—804.
7. Grobman William A. et al. Factors associated with the length of the latent phase during labor induction, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 132 (2007) 163—166.
8. Hatfield Ann S. Sonographic cervical assessment to predict the success of labor induction: a systematic review with metaanalysis, American Journal of Obstetrics & Gynecology august 2007.
9. Heffner L. J. et al. Impact of Labor Induction, Gestational Age, and Maternal Age on Cesarean Delivery Rates, Obstetrics and Gynecology. 2003;102(2):287-293.
10. Howarth G. R., Botha D. J. Amniotomy plus intravenous oxytocin for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3. Art. No.: CD003250. DOI: 10.1002/14651858.CD003250.
11. Induction of Labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2001.
12. Karjane Nicole W. et al. Induction of Labor Using a Foley Balloon, With and Without Extra-Amniotic Saline Infusion, Obstetrics & Gynecology Vol. 107, No. 2, Part 1, February 2006.
13. Kashanian Maryam et al. Clinical Practice Guide Effect of Membrane Sweeping at Term Pregnancy on Duration of Pregnancy and Labor Induction: A Randomized Trial, Gynecologic and Obstetric Investigation 2006;62:41-44.

14. Lars-Ake and Salvesen, Kjell A. 'Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy', *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86:8, 950—956.
15. MacKenzie I. Z. et al. Induction of labour at the start of the new millennium *Reproduction* (2006) 131 989–998.
16. Melamed Nir et al. Preinduction cervical ripening with prostaglandin E₂ at preterm, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, Volume 87, Issue 1 2008 , pages 63—67.
17. Megalo Alexandre N. et al. Influence of misoprostol or prostaglandin E₂ for induction of labor on the incidence of pathological CTG tracing: a randomized trial, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* Volume 116, Issue 1, 10 September 2004, Pages 34-38.
18. Nicholson James M. et al. A Preventive Approach to Obstetric Care in a Rural Hospital: Association Between Higher Rates of Preventive Labor Induction and Lower Rates of Cesarean Delivery, *Annals Of Family Medicine* [Www.Annfam.org](http://www.annfam.org) . Vol. 5, No. 4. July/August 2007.
19. Patrick S. Ramsey et al. Cardiotocographic Abnormalities Associated With Dinoprostone and Misoprostol Cervical Ripening *Obstetrics & Gynecology* 2005;105:85-90.
20. Peng Chiong Tan. Membrane Sweeping at Initiation of Formal Labor Induction. A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology* Vol. 107, No. 3, March 2006.
21. Peng Chiong Tan et al. Effect of Coital Activity on Onset of Labor in Women Scheduled for Labor Induction A Randomized Controlled Trial, *Obstetrics & Gynecology* 2007;110:820-826.
22. Roberts Lynne M. et al. Misoprostol to induce labour: A review of its use in a NSW hospital, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007; 47: 291–296.
23. Rozenberg Patrick et al. A randomized trial that compared intravaginal misoprostol and dinoprostone vaginal insert in pregnancies at high risk of fetal distress, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* Volume 191, Issue 1, July 2004, Pages 247-253.
24. Van Gemund N. et al. Intervention Rates after Elective Induction of Labor Compared to Labor with a Spontaneous Onset, A Matched Cohort Study, *Gynecologic and Obstetric Investigation* 2003;56:133-138.
25. Zeteroglu Sahin et al. Induction of labor with misoprostol in pregnancies with advanced maternal age, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* Volume 129, Issue 2 , December 2006, Pages 140-144.
26. Kavanagh J., Kelly A. J., Thomas J. Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 4. Art. No.: CD003392. DOI: 10.1002/14651858.CD003392.pub2.
27. Muzonzini G., Hofmeyr G. J. Buccal or sublingual misoprostol for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD004221. DOI: 10.1002/14651858.CD004221.pub2.
28. Kelly A. J., Kavanagh J., Thomas J. Castor oil, bath and/or enema for cervical priming and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art. No.: CD003099. DOI: 10.1002/14651858.CD003099.
29. Kavanagh J., Kelly A. J., Thomas J. Corticosteroids for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art. No.: CD003100. DOI: 10.1002/14651858.CD003100.pub2.
30. Hutton E., Mozurkewich E. Extra-amniotic prostaglandin for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art. No.: CD003092. DOI: 10.1002/14651858.CD003092.
31. Smith C. A. Homoeopathy for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 4. Art. No.: CD003399. DOI: 10.1002/14651858.CD003399.
32. Kavanagh J., Kelly A. J., Thomas J. Hyaluronidase for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art. No.: CD003097. DOI: 10.1002/14651858.CD003097.pub2.
33. Irion O., Boulvain M. Induction of labour for suspected fetal macrosomia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2. Art. No.: CD000938. DOI: 10.1002/14651858.CD000938.
34. Boulvain M., Kelly A. J., Irion O. Intracervical prostaglandins for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD006971. DOI: 10.1002/14651858.CD006971.
35. Kelly A. J., Tan B. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 3. Art. No.: CD003246. DOI: 10.1002/14651858.CD003246.

36. Luckas M., Bricker L. Intravenous prostaglandin for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD002864. DOI: 10.1002/14651858.CD002864.
 37. Bouvain M., Kelly A., Lohse C., Stan C., Irion O. Mechanical methods for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 4. Art. No.: CD001233. DOI: 10.1002/14651858.CD001233.
 38. Bouvain M., Stan C., Irion O. Membrane sweeping for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 1997, Issue 4. Art. No.: CD000451. DOI: 10.1002/14651858.CD000451.pub2.
 39. Neilson J. P. Mifepristone for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD002865. DOI: 10.1002/14651858.CD002865.
 40. Thomas J., Kelly A. J., Kavanagh J. Oestrogens alone or with amniotomy for cervical ripening or induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 4. Art. No.: CD003393. DOI: 10.1002/14651858.CD003393.
 41. Alfirevic Z., Weeks A. Oral misoprostol for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD001338. DOI: 10.1002/14651858.CD001338.pub2.
 42. French L. Oral prostaglandin E2 for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD003098. DOI: 10.1002/14651858.CD003098.
 43. Kelly A. J., Kavanagh J., Thomas J. Relaxin for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD003103. DOI: 10.1002/14651858.CD003103.
 44. Kavanagh J., Kelly A. J., Thomas J. Sexual intercourse for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD003093. DOI: 10.1002/14651858.CD003093.
 45. Hofmeyr G. J., Gülmezoglu A. M. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 1. Art. No.: CD000941. DOI: 10.1002/14651858.CD000941.
 46. Kelly A. J., Kavanagh J., Thomas J. Vaginal prostaglandin (PGE2 and PGF2a) for induction of labour at term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD003101. DOI: 10.1002/14651858.CD003101.
-

Любые предложения и замечания по поводу представленных клинических протоколов просим направлять в Институт Здоровья Семьи

119049, Москва, ул. Коровий Вал, 7, офис 175

Тел. (495) 937 3623

Факс (495) 937 3680

Адрес в Интернете: www.ifhealth.ru

E-mail: shvabo@jsi.ru; shvabo@yandex.ru

